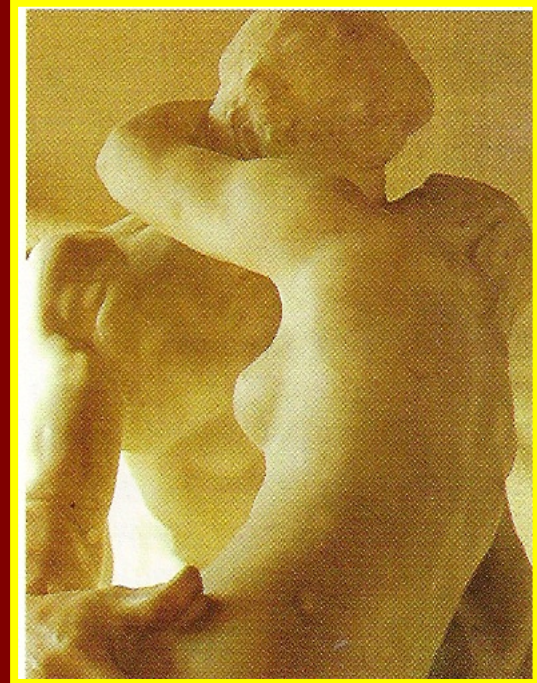


Α.Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ : Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
« ΑΦΡΟΔΙΣΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ »
ΕΡΕΥΝΑ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ
ΣΤΟ ΓΥΝΑΙΚΕΙΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΤΗΣ
ΠΟΛΗΣ ΤΩΝ ΠΑΤΡΩΝ



ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ :
ΛΑΖΟΠΟΥΛΟΥ ΑΓΑΠΗ
ΣΥΜΙΑΚΑΚΗ ΜΑΓΔΑ

ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:
ΔΕΤΟΡΑΚΗΣ Ι.

ΠΑΤΡΑ - 2008

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	1
ΣΚΟΠΟΣ	3
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	5

ΚΥΡΙΟ ΜΕΡΟΣ

ΜΕΡΟΣ Ι

ΒΑΚΤΗΡΙΑΚΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ

- 1. ΣΥΦΙΑΗ**13
- 2. ΓΟΝΟΚΟΚΚΙΚΗ**52
ΛΟΙΜΩΞΗ
- 3. ΜΗ ΓΟΝΟΚΟΚΚΙΚΕΣ**
ΟΥΡΗΘΡΙΤΙΔΕΣ70
- 4. ΑΦΡΟΔΙΣΙΟ**
ΛΕΜΦΟΚΟΚΚΙΩΜΑ.77
- 5. ΜΑΛΑΚΟ ΕΛΚΟΣ**88
- 6. ΒΟΥΒΩΝΙΚΟ**
ΚΟΚΚΙΩΜΑ94
- 7. ΧΛΑΜΥΔΙΑ**100

- 8. ΜΟΛΥΣΜΑΤΙΚΟ
ΚΗΡΙΟ -
ΛΟΘΗΝΑΣ119**

**ΜΕΡΟΣ Ι ΙΙ
ΠΑΡΑΣΙΤΩΣΕΙΣ**

- 1. ΨΩΡΑ125**
- 2. ΦΘΕΙΡΙΑΣΗ
ΕΦΗΒΑΙΟΥ133**

**ΜΕΡΟΣ Ι Ι Ι
ΜΥΚΗΤΙΑΣΕΙΣ**

- 1. ΚΑΝΤΙΝΤΙΑΣΗ140**

**ΜΕΡΟΣ Ι V
ΙΟΓΕΝΕΙΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ**

- 1. ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β146**
- 2. ΕΡΙΠΗΣ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ
ΟΡΓΑΝΩΝ157**
- 3. ΚΟΝΔΥΛΩΜΑΤΑ
(HPV)169**

**4. ΜΟΛΥΣΜΑΤΙΚΗ
ΤΕΡΜΙΝΘΟΣ182**

5. ΗΙV ΛΟΙΜΩΞΗ188

ΜΕΡΟΣ V

ΜΕΤΡΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΣΜΝ

**1. ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΠΟΥ
ΒΟΗΘΟΥΝ ΣΤΗ
ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΣΜΝ216**

**2. ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ
ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ
ΤΩΝ ΣΜΝ221**

ΜΕΡΟΣ VI

ΕΡΕΥΝΑ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΤΗΣ ΠΟΛΕΩΣ ΤΩΝ ΠΑΤΡΩΝ

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ229

**2. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ
ΑΝΑΛΥΣΗ232**

**3. ΣΥΖΗΤΗΣΗ
(ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ) ...267**

ΜΕΡΟΣ VII

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ283

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα είναι σύνολο νοσημάτων που μεταδίδονται κυρίως με τη σεξουαλική επαφή και κατατάσσονται στην κατηγορία των « νοσημάτων της συμπεριφοράς». Επίσης σεξουαλικά μπορεί να μεταδοθούν λοιμώξεις και από άλλους μικροοργανισμούς, όπως τα γεννητικά μυκοπλάσματα, ο κυτταρομεγαλοϊός και φυσικά ο ιός του συνδρόμου της επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας (AIDS), η σημερινή μάστιγα της ανθρωπότητας. Πολλά από τα αφροδίσια νοσήματα εκτός από τη σεξουαλική επαφή μπορούν να μεταδοθούν, από τη μητέρα στο έμβryo, με την έκθεση στο αίμα ή τα παράγωγα του και επιπλέον με μολυσμένες σύριγγες και βελόνες. Ωστόσο δεν υπάρχει κίνδυνος μετάδοσής τους, με τις συνηθισμένες κοινωνικές επαφές, όπως δεν υπάρχει σημαντικός κίνδυνος μετάδοσής τους με το τσίμπημα των κουνουπιών.

Τα τελευταία χρόνια υπάρχει σημαντική πρόοδος στον τομέα της έρευνας, στην αφροδισιολογία καθώς και στην δερματολογία.. **Ο αριθμός των νοσημάτων που μεταδίδονται σεξουαλικά έχει αυξηθεί σημαντικά και υπερβαίνει τα είκοσι.** Η μεγάλη έξαρση των αφροδισίων νοσημάτων την τελευταία δεκαετία αποτελεί σημαντικό πρόβλημα στα παιδιά και τους εφήβους με σοβαρές ιατρικές, κοινωνικές, και οικονομικές επιπτώσεις. Οι αιτίες για το φαινόμενο αυτό που πλήττει κυρίως τις αναπτυσσόμενες χώρες ποικίλλουν. **Η αυξημένη σεξουαλική δραστηριότητα, ειδικά των εφήβων, η συχνή εναλλαγή ερωτικών συντρόφων, η μεγαλύτερη χρήση αντισυλληπτικών φαρμάκων συγχρόνως με τη μειωμένη χρήση άλλων προφυλακτικών μεθόδων και φυσικά οι ασυμπτωματικοί φορείς που δεν γνωρίζουν ότι είναι προσβεβλημένοι αποτελούν τα κύρια αίτια μετάδοσης των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων.** Στην επιδείνωση της κατάστασης συμβάλλει όχι μόνο η επιλογή μιας μερίδας ανθρώπων κυρίως νέων να " απολαμβάνουν " το σεξ χωρίς μέτρα προφύλαξης, αδιαφορώντας για τους κινδύνους, αλλά και η παράληψη κάποιων που έχουν μολυνθεί να ενημερώσουν για το γεγονός αυτό τους ερωτικούς τους συντρόφους. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα η αλυσίδα της μετάδοσης να μην διακόπτεται και όλο και περισσότεροι άνθρωποι να προσβάλλονται με απρόβλεπτες συνέπειες.. **Τέλος όλη αυτή η κατάσταση εννοείται σε μεγάλο βαθμό διότι η νεολαία δεν υποβάλλεται συχνά σε προληπτικές εξετάσεις**

Για την πρόληψη αυτών των νοσημάτων χρειάζεται ενημέρωση από εξειδικευμένο προσωπικό όπως οι νοσηλευτές. Οι νοσηλευτές με ομιλίες σε σχολεία, δήμους, κέντρα υγείας, μπορούν να πληροφορήσουν υπεύθυνα το κοινό έτσι ώστε να προφυλάσσονται από την μετάδοση των αφροδισίων νοσημάτων. **Το καλύτερο μέσο για την επίτευξη αυτού του στόχου είναι ο οικογενειακός προγραμματισμός καθώς και η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση**

στα Ελληνικά σχολεία. Πέραν από τις βιολογικές και ιατρικές διαστάσεις πρέπει να εξετάζονται από τους εκπαιδευτικούς και οι πολιτιστικές και ψυχολογικές παράμετροι που είναι οι βάσεις για να επιτευχθούν οι στόχοι της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης στα σχολεία. Ο ρόλος όμως των νοσηλευτών δεν σταματάει εδώ , γιατί είναι υπεύθυνοι και για την περίθαλψη των ασθενών από τα συγκεκριμένα νοσήματα , είτε αυτοί νοσηλεύονται στο νοσοκομείο είτε είναι εξωτερικοί ασθενείς.

**Στους γονείς μας, για την κατανόηση
και τη βοήθεια που μας προσέφεραν.**

ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός αυτής της εργασίας είναι η ουσιαστική και σε βάθος ενημέρωση των σπουδαστών νοσηλευτών για τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Το νοσηλευτικό προσωπικό είναι απαραίτητο σε όλες τις υπηρεσίες υγείας. Η βάση πάνω στην οποία πρέπει να στηριχτούν οι μελλοντικοί νοσηλευτές έτσι ώστε να συμβάλλουν ενεργά στην πρόληψη των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων, είναι οι απαραίτητες γνώσεις και εκπαίδευση.

Τα μέτρα πρόληψης σε συνδυασμό με τον οικογενειακό προγραμματισμό και τη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση αν εφαρμοστούν σωστά και με μεθοδικότητα μπορούν να οδηγήσουν σταδιακά στη μείωση της συχνότητας, νοσηρότητας και θνησιμότητας των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων που αποτελούν μάλιστα της ανθρωπότητας τις τελευταίες δεκαετίες. Η μόρφωση και η ευαισθητοποίηση τόσο των νοσηλευτών, του ιατρικού και παραϊατρικού προσωπικού όσο και του απλού πολίτη αποτελεί ελπίδα για την μελλοντική εκρίζωση και τον αφανισμό των ΣΜΝ που « πληγώνουν τον έρωτα και σκοτώνουν τη νεολαία ».

Ο αποτελεσματικότερος τρόπος πρόληψης των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων είναι η αποφυγή της ερωτικής συνεύρεσης με μολυσμένο σύντροφο. Και οι δύο νέοι ερωτικοί σύντροφοι θα πρέπει να ελέγχονται για σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα πριν έλθουν σε σεξουαλική επαφή. Αν κάποιος επιλέξει να έλθει σε σεξουαλική συνεύρεση με άτομο που είναι άγνωστο αν είναι μολυσμένο από τον HIV ή πάσχει από κάποιο αφροδίσιο νόσημα, ***θα πρέπει σε κάθε σεξουαλική πράξη να χρησιμοποιεί καινούργιο προφυλακτικό.*** Οι έγκυες γυναίκες πρέπει να ελέγχονται κατά πόσο έχουν προσβληθεί από νοσήματα που μεταδόθηκαν από το σεξ. ***Μερικές από τις παθήσεις αυτές μπορεί να βλάψουν το παιδί.*** Εάν υπάρχει μια τέτοια πάθηση, είναι δυνατόν σε μερικές περιπτώσεις να ληφθούν προληπτικά μέτρα για να αποφευχθεί ο κίνδυνος μόλυνσης του παιδιού από οποιονδήποτε παθογόνο μικροοργανισμό μεταδίδεται με αίμα. ***Αυτό συμβαίνει αν οι βελόνες ή άλλα μέσα που χρησιμοποιούνται δεν είναι αποστειρωμένα για την προστασία του παιδιού. Οι χρήστες ναρκωτικών ουσιών είναι απαραίτητο να χρησιμοποιούν πάντοτε νέες αποστειρωμένες σύριγγες.*** Απαγορεύεται η κοινή χρήση οδοντόβουρτσας, ξυραφιών και άλλων στοιχείων που μπορεί να έχουν μολυνθεί με αίμα. ***Τατουάζ ή piercing σώματος μπορεί να βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο. Τα σπερμοτοξικά διαλύματα δεν προστατεύουν από το AIDS.*** Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας προειδοποιεί ότι η αντίληψη αυτή είναι λανθασμένη. Μάλιστα η τακτική χρήση των σκευασμάτων αυτών μπορεί να υποβοηθή την προσβολή από τον ιό του AIDS. ***Επιπλέον οι τακτικές προληπτικές εξετάσεις για αφροδίσια νοσήματα καθώς και η ενημέρωση του συντρόφου ότι έχουμε μολυνθεί από κάποιο ΣΜΝ είναι μέτρα πρόληψης που μπορούν να σταματήσουν αυτή την αλυσίδα μεταδοτικότητας και διασποράς***

*ασθενειών, η οποία έχει αυξηθεί τα τελευταία χρόνια και σε πολλές περιπτώσεις οφείλεται στην αδιαφορία της νεολαίας. Άλλο μέτρο αντιμετώπισης είναι οι εμβολιασμοί, όμως τα διαθέσιμα εμβόλια κατά των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων είναι περιορισμένα. Συνίσταται η ανοσοποίηση κατά του ιού της ηπατίτιδας Α και Β, για την πρόληψη της μετάδοσης των ιογενών αυτών λοιμώξεων κατά την σεξουαλική επαφή. Υπάρχουν άριστες προοπτικές για την ανάπτυξη εμβολίου έναντι του HSV-2. **Η σημασία των προβλημάτων της υγείας που σχετίζονται με το σεξ είναι πολύ μεγάλη , γι' αυτό είναι αναγκαίο να γίνεται μία όσο το δυνατόν καλύτερη ενημέρωση όλων, για τα ζητήματα της σεξουαλικής υγείας.** (Παπαδημητρίου Μ, 2004, Marschall S., Runge M., Andrew Gireganti, 2006, Κρεατσά Γ., 1998, www.medlook.net/19/03/08 , www.cdc.gov/19/03/08)*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα κυρίως από τα τέλη του 19ου αιώνα και αρχές του 20ου αιώνα αποτελούν τη μάστιγα της ανθρωπότητας. Η μεγάλη θνησιμότητα και νοσηρότητα κατέστησε αναγκαία την ανάπτυξη μιας ιδιαίτερης ειδικότητας της αφροδισιολογίας με σκοπό την καταπολέμηση τους. Τρία ήταν τα φαινόμενα που ήταν καθοριστικά για την εξέλιξη της αφροδισιολογίας .

- 1) Η μη πλήρης εκρίζωση των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων αλλά, αντιθέτως η συνεχής και επίμονη παρουσία τους στον πληθυσμό, με επικίνδυνες επιδημιολογικές εξάρσεις κατά καιρούς, ιδιαίτερα στις αναπτυσσόμενες χώρες.
- 2) Η διαπίστωση της μεταδοτικότητας ορισμένων άλλων νοσημάτων μέσω της σεξουαλικής πρακτικής, πέραν των « παραδοσιακών αφροδισίων », όπως π.χ η ηπατιτίδα Β, η HPV λοίμωξη κ.α.
- 3) Η επιδημιολογική εισβολή και διασπορά του Συνδρόμου της Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας (AIDS) η οποία υπήρξε κορυφαία εκδήλωση ιατρό-κοινωνικού ενδιαφέροντος και ανησυχίας στον κόσμο. (Στρατηγός Ι.,2004)

Η επιδημιολογία των αφροδισίων νοσημάτων μελετάει σε βάθος τα γεγονότα με σκοπό την πρόληψη και τον έλεγχο τους. Παράγοντες που επηρεάζουν την επιδημιολογία των ΣΜΝ είναι οι πόλεμοι, οι κοινωνικές αναστατώσεις, η μετανάστευση, η φτώχεια, το επίπεδο του ηθικού πολιτισμού, οι συνθήκες υγιεινής, η οργάνωση των υπηρεσιών υγείας και τα διαθέσιμα μέσα πρόληψης, διάγνωσης και θεραπείας. *Αυξημένο κίνδυνο να νοσήσουν από ΣΜΝ μία ή περισσότερες φορές διαπιστώνεται στη νεαρή ηλικία, σε άνδρες, σε έγχρωμους, μειονότητες σε κατοίκους πόλεων, σε κατώτερες κοινωνικές τάξεις, σε χρήστες ναρκωτικών ουσιών, σε ομοφυλόφιλους και σε άτομα με πολλαπλούς συντρόφους και ριψοκίνδυνη συμπεριφορά.*

Τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα προκαλούνται από ένα ευρύ φάσμα παθογόνων μικροοργανισμών. Οι μικροοργανισμοί αυτοί μεταδίδονται από άτομο σε άτομο με τη σεξουαλική επαφή και προκαλούν πληθώρα νοσημάτων. Τα σύνδρομα που προκαλούν οι μικροοργανισμοί αυτοί προσβάλλουν τόσο τα σεξουαλικά ενεργά άτομα, όσο και τα νεογνά που γεννιούνται από πάσχισες μητέρες (Στρατηγός Ι.,2004, Παπαδημητρίου Μ., 2004, Marschall S.,Runge, M.Andrew Gireganti, 2006, Κρετσά Γ.,1998)

Τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα διακρίνονται σε αυτά που προκαλούνται από βακτήρια και είναι η σύφιλη, η βλεννόρροια, το μαλακό έλκος, το βουβωνικό ή αφροδίσιο κοκκίωμα και το αφροδίσιο λεμφοκοκκίωμα στα οποία είχε στηριχθεί μερικές δεκαετίες πριν, όλο το οικοδόμημα της παραδοσιακής «αφροδισιολογίας». Υπάρχουν λοιμώξεις που προκαλούνται από μύκητες και σε αυτή την κατηγορία ανήκουν η καντιντίαση και η δερματοφυτία. Οι λοιμώξεις που προκαλούνται από παράσιτα είναι η ψώρα καθώς και η φθειρίαση του εφηβίου. Άλλες παρασιτώσεις είναι η ογκοκέρκωση, φιλαρίαση, το ερπυστικό εξάνθημα, η οξυουρίαση κ.α. Γνωστές είναι και οι λοιμώξεις που οφείλονται σε πρωτόζωα, όπως οι τριχομονάδες, η γκαρντίαση και η αμοιβάδωση σε ομοφυλόφιλους άνδρες. (Στρατηγός Ι.,2004)

Οι βακτηριακές λοιμώξεις θεραπεύονται εύκολα με την κατάλληλη αντιμικροβιακή αγωγή. Οι μυκητιασικές λοιμώξεις θεραπεύονται με σωστή υγιεινή και αντιμυκητιακά σκευάσματα, ενώ οι παρασιτικές λοιμώξεις θεραπεύονται με την κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή ανάλογα με το είδος της παρασίτωσης. Η τριχομονάδες θεραπεύονται με μετρονιδαζόλη. **Αντίθετα τα ιογενή σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα όπως αυτά που προκαλούνται από τον ιό της Ανοσοανεπάρκειας του ανθρώπου (HIV), τον ιό των ανθρώπινων θηλωμάτων (HPV), και τον ιό του απλού έρπητα τύπου 2 (HSV-2) είναι χρόνιες, ανίατες λοιμώξεις που χαρακτηρίζονται από παρατεταμένη απόπτωση ιών και δυνατότητα μόλυνσης του ερωτικού συντρόφου.** Οι λοιμώξεις αυτές δεν θεραπεύονται με αντιική αγωγή. Σχεδόν όλα τα σεξουαλικά ενεργά άτομα διατρέχουν κίνδυνο να προσβληθούν από τα ιογενή σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Ο HPV παραμένει στον πρωκτογεννητικό βλεννογόνο επί μήνες, επί δεκαετίες μετά την πρωτογενή λοίμωξη. Η λοίμωξη από τον HSV-2 είναι χρόνια και διαρκεί εφόρου ζωής. Η πρόληψη αποτελεί την καλύτερη προσέγγιση στην αντιμετώπιση των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων. (Στρατηγός Ι.,2004, Παπαδημητρίου Μ.,2004, Marschall S.Runge, M.Andrew Gireganti,2006, Κρεατσά Γ.,1998)

Πολλά ΣΜΝ είναι δυνατόν να μεταδοθούν στο νεογνό κατά την περιγεννητική περίοδο. Ο HIV ο HPV ο HBV και ο HSV μπορούν να προκαλέσουν περιγεννητική λοίμωξη. Ο HIV μπορεί να μεταδοθεί από τη μητέρα στο παιδί κατά την κύηση, τον τοκετό και τη γαλουχία. Η αντιρετροϊκή θεραπεία της εγκύου, η χημειοπροφύλαξη για το κύημα και η τήρηση των ορθών συνθηκών μαιεύσης όπως και η αποφυγή του μητρικού θηλασμού μειώνουν τον κίνδυνο μετάδοσης. **Η μετάδοση της HPV λοίμωξης στο νεογνό γίνεται κατά τη διάρκεια του φυσιολογικού τοκετού, αν και έχουν περιγραφεί και περιπτώσεις μετά από καισαρική τομή.** Η μετάδοση της HPV λοίμωξης στο νεογνό έχει ως αποτέλεσμα την ανάπτυξη κονδυλωμάτων ή θηλωμάτων στον λάρυγγα στη βρεφική ηλικία. Η HSV μετάδοση έχει αμεσότερα αποτελέσματα στο νεογνό, το οποίο είναι περισσότερο ευαίσθητο στην οξεία σπλαχνική λοίμωξη. Εμφανίζουν εικόνα γενικευμένης λοίμωξης ή εντόπισης στο κεντρικό νευρικό σύστημα ή λοίμωξης δέρματος, οφθαλμών και στόματος.

(Παπαδημητρίου Μ.,2004, Marschall S.Runge, M.Andrew Gireganti,2006, Κρεατσά Γ.,1998, Στρατηγός Ι. ,2004)

Η υποψία ερπητικής λοίμωξης επιβάλλει την έγκαιρη χορήγηση ακυκλοβίρης. Όσον αφορά την περιγεννητική μετάδοση της HBV λοίμωξης, λοίμωξη με τον ιό της ηπατίτιδας Β ορίζεται η ανίχνευση των ορολογικών δεικτών ηπατίτιδας (HbsAg, HbeAg, HbcAb) τους πρώτους 6 μήνες της ζωής. Σημεία μείζονος κλινικής σημασίας είναι η άμεση αντιμετώπιση του νεογνού HbsAg(+) μητέρας με υπεράνοσο γ-σφαιρίνη και εμβόλιο, καθώς και ο εμβολιασμός όλων των παιδιών με το εμβόλιο της ηπατίτιδας Β. ***Η σύφιλη που μεταδίδεται και αυτή περιγεννητικά μπορεί να διαρκέσει δια βίου, με σοβαρή μακροπρόθεσμη νοσηρότητα.*** (Παπαδημητρίου Μ.,2004, Marschall S.Runge, M.Andrew Gireganti,2006, Κρεατσά Γ.,1998, Στρατηγός Ι. ,2004)

Στα αναπτυσσόμενα έθνη, όπου τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα είναι συχνότερα, η έλλειψη πόρων για την υγεία συχνά θέτει περιορισμούς, στην ανίχνευση και αντιμετώπιση τους με αποτέλεσμα χιλιάδες παιδιά να γεννώνται καθημερινά με HIV λοίμωξη. Όμως οι οικονομικά εύρωστες κοινωνίες τα τελευταία χρόνια έχουν συντελέσει σημαντική πρόοδο στην κατανόηση της παθογένειας, διάγνωσης, θεραπευτικής αγωγής, παρακολούθησης και πρόληψης της HIV λοίμωξης με αποτέλεσμα να έχει μεταβληθεί σημαντικά η επιδημιολογία της λοίμωξης. (Στρατηγός Ι., 2004)

Τα συνήθη σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα είναι:

A. Βακτηριακής αιτιολογίας

- Γονοκοκκική ουρηθρίτιδα
- Μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα
- Αφροδίσιο λεμφοκοκκίωμα
- Μαλακό έλκος
- Σύφιλη
- Λοίμωξη από μυκόπλασμα
- Λοίμωξη από χλαμύδια

B. Ιογενούς αιτιολογίας

- Έρπητας τύπου 1 και 2 (HSV)
- Οξυτενή κονδυλώματα (HPV)
- Λοίμωξη από τον HIV
- Ηπατίτιδα Β, C, D, G

Γ. Πρωτοζωικής αιτιολογίας

- **Τριχομονάδες**
- **Μυκητιασικής αιτιολογίας**
- **Εξωπαρασιτικής**
- **Φθειρίαση**

ΣΞΞΟΥΑΛΙΚΑ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

ΑΣΘΕΝΕΙΑ	ΣΥΝΗΘΕΣΤΕΡΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	ΘΕΡΑΠΕΙΑ	ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΑΝ ΔΕ ΘΕΡΑΠΕΥΤΕΙ
ΤΡΙΧΟΜΟ- ΝΑΔΕΣ Αιτία: Πρωτόζωο παράσιτο	Άντρες: Ενοχλήσεις στο πέος. Άλγος κατά την ούρηση. Υδαρής έκκριση. Γυναίκες: Κιτρινωπή, αφρώδης και κάκοσμη κολπική έκκριση. Κοιλιακοί πόνοι κατά την ούρηση. Κνησμός στη γενετήσια περιοχή. Ενοχλήσεις κατά τη συνουσία.	Αντιβιοτικά	Ουρολοιμώξεις
ΦΘΕΙΡΙΑΣΗ (ψείρες) Αιτία: Εξωτερικό παράσιτο	Κνησμός, μικρά κινού- μενα παράσιτα, ορατά με γυμνό οφθαλμό, προσκολλημένα στο τρίχωμα του εφηβίου.	Αντιπαρασιτική θεραπεία. Απο- λύμανση ενδυ- μάτων.	Καμία
ΓΟΝΟΡΡΟΙΑ Αιτία: Βακτηρίδιο	Εμφανίζονται αργά και κάποιες φορές και καθόλου. Άντρες: Κολλώδης ή πυώδης έκκριση από το πέος. Άλγος κατά την ούρηση. Γυναίκες: Αύξηση των κολπικών εκκρίσεων. Διαταραχές στην περίο- δο. Άλγος κατά την ούρηση.	Αντιβιοτικά για εκείνον που έ- χει προσβληθεί και το/τη σύντροφό του.	Άντρες: Αρθρίτιδα, πόνοι στο πέος και τη βουβωνική χώρα. Στείριότητα. Γυναίκες: Αρθρίτιδα, στείρο- τητα, πυελική φλεγμονή. Νεογέννητα: τύφλωση ή πνευμονία. Δύσκολη θεραπεία.
ΧΛΑΜΥΔΙΑ Αιτία: Βακτηρίδιο	Το 75% των προσβλη- θέντων δεν παρου- σιάζουν συμπτώματα. Μοιάζουν με αυτά της γονόρροιας και είναι δύσκολο να εντοπι- στούν. Εντοπίζονται ευκολότερα στους άντρες.	Αντιβιοτικά (τετρακυκλίνη)	Παρόμοιες με της γονόρροιας.
ΣΥΦΙΛΗ	Πρώτη φάση: Ερυθρά ανώδυνη εξέλκωση στα γεννητικά όργανα, στο στόμα και στον πρωκτό.	Αντιβιοτικά (πενικιλίνη)	Καταστρεπτικές βλάβες του κυκλοφορικού και νευρικού συστήματος. Δυσμορφίες και θάνατος του νεογέννητου.

ΑΣΘΕΝΕΙΑ	ΣΥΝΗΘΕΣΤΕΡΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	ΘΕΡΑΠΕΙΑ	ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΑΝ ΔΕ ΘΕΡΑΠΕΥΤΕΙ
	<p>Δεύτερη φάση (μετά από 1-6 μήνες από την επαφή): Διόγκωση των λεμφαδένων στους βουβώνες, στις μασχάλες ή στο λαιμό, κηλίδες στο δέρμα και στα εσωτερικά όργανα.</p> <p>Τρίτη φάση (μετά από 3-4 χρόνια από την επαφή): Έλκη στο δέρμα και στα εσωτερικά όργανα. Απώλεια ευαισθησίας στα άκρα.</p>		
<p>ΓΕΝΕΤΗΣΙΟΣ ΕΡΠΗΣ</p> <p>Αιτία: Ιός</p>	<p>Συνήθως φλεγμονές γύρω από τα γεννητικά όργανα και τον πρωκτό, με μικρές επώδυνες φυσαλίδες. Άλγος κατά την ούρηση. Στο πρώτο επεισόδιο συμπτώματα παρόμοια με της γρίπης.</p>	<p>Αποφυγή κάθε σεξουαλικής επαφής όσο υπάρχουν οι φυσαλίδες. Δύσκολη θεραπεία.</p>	<p>Επανεμφάνιση των συμπτωμάτων σε καταστάσεις στρες. Κίνδυνος θανάτου ή σοβαρών νόσων στα νεογέννητα. Κίνδυνος αποβολής. Ψυχολογική αίσθηση απόρριψης. Κίνδυνος τραχηλικού καρκίνου.</p>
<p>ΚΟΝΔΥΛΩΜΑΤΑ</p> <p>Αιτία: Ιός</p>	<p>Τα συμπτώματα εντοπίζονται ευκολότερα στις γυναίκες: Ανώδυνες κακώσεις που θυμίζουν μικρά εξογκώματα (μυρμηκίες), σαν κουνουπίδια. Συνήθως στον κόλπο, στον τράχηλο της μήτρας και στα εξωτερικά γεννητικά όργανα και στη γύρω περιοχή.</p>	<p>Κρυοπηξία. Ακτίνες λέιζερ. Ηλεκτροπηξία. Δύσκολη θεραπεία.</p>	<p>Συχνή επανεμφάνιση. Πιθανή ανάπτυξη καρκίνου.</p>
<p>ΜΟΛΥΝΣΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΟ ΤΟΥ AIDS</p> <p>Αιτία: Ιός</p>	<p>Συνήθως δεν υπάρχουν εμφανή συμπτώματα επί πολλά χρόνια, αλλά όσοι έχουν προσβληθεί μεταδίδουν την ασθένεια, ακόμη και αν δεν παρουσιάζουν συμπτώματα.</p>	<p>Θεραπείες για τη μείωση της ταχύτητας της εξέλιξής της.</p>	<p>Μετάδοση στο έμβryo. Μεγάλη ευπάθεια σε οποιαδήποτε μόλυνση. Σπάνιες μορφές καρκίνου και νευρολογικά προβλήματα. Θάνατος.</p>

(Δετοράκης, Ι., Παπαγεωργίου Ι., 2002)

ΜΕΡΟΣ Ι ΒΑΚΤΗΡΙΑΚΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ



Σύφιλη

Γονοκοκκικές λοιμώξεις

Μη γονοκοκκικές ουρηθρίτιδες

Αφροδίσιο λεμφοκοκκίωμα

Μαλακό έλκος

Βουβωνικό κοκκίωμα

Χλαμύδια

**Μολυσματικό κηρίο –
Δοθίνας**

ΣΥΦΙΛΗ

- Ιστορία της σύφιλης
- Ορισμός
- Μετάδοση – Αιτιολογία
- Νοσολογικό Περίγραμμα Πορεία - Πρόγνωση
 - Πρώιμος
 - Όψιμος
 - Συγγενής (πρώιμος)
- Πρωτόγονος σύφιλη
- Επιπλοκές
- Διαφορική διάγνωση
- Δευτερόγονος
- Λανθάνουσα σύφιλη
- Τριτόγονος σύφιλη
 - Εκδηλώσεις από το δέρμα
 - Εκδηλώσεις από συστήματα και όργανα
- Θεραπεία

1.1.Ιστορία της σύφιλης

Η σύφιλη αναγνωρίστηκε αιφνιδίως κατά το τέλος του 15 ου αιώνα και « σάρωσε » κυριολεκτικώς σαν θύελλα την Ιβηρική χερσόνησο, την Ιταλία, τη Δυτική Ευρώπη και το γνωστό τότε κόσμο. Υπάρχουν δύο βασικές απόψεις σχετικά με την προέλευση της σύφιλης:

Η πρώτη, που υπήρξε επικρατέστερη για μεγάλο χρονικό διάστημα είναι η Κολομβιανή θεωρία η του νέου κόσμου (Oriol 1994, Catteral 1979, Hudson 1968, Schreiber et al 1987) σύμφωνα με την οποία εισήχθη στην Ευρώπη το 1493 από την Νότιο Αμερική μέσω των πληρωμάτων του Χριστόφορου Κολόμβου ο οποίος έφτασε στις Δυτικές Ινδίες το 1492. Ναύτες του Χριστόφορου Κολόμβου αναφέρεται ότι αρρώστησαν μετά από επαφές που είχαν με ιθαγενείς γυναίκες της νήσου Ισπανιόλα, δηλαδή της σημερινής Αϊτής. Με την επιστροφή τους στην Ευρώπη η νόσος εμφάνισε μια εκρηκτική επιδημική διασπορά. Σ' αυτό συντέλεσε η εκστρατεία του Βασιλιά Καρόλου του VII εναντίον του Βασιλείου της Νεαπόλεως (1494). Ανάμεσα στους στρατιώτες του εκστρατευτικού σώματος υποστηρίζεται ότι υπήρχαν ναύτες από τα πληρώματα του Κολόμβου. Έτσι το στράτευμα μολύνθηκε με αποτέλεσμα να διαλυθεί και να γίνει μεγάλη διασπορά της νόσου, μετά από την επιστροφή στις εστίες τους.

Βάσιμα υποστηρίζεται όμως ότι η περίφημη νόσος δεν ήταν αυτή ακριβώς που αντιστοιχούσε στην κλινική συμπτωματολογία της συφιλίδος, αλλά σε εντερική λοίμωξη. Ωστόσο η Κολομβιανή θεωρία για την διασπορά της συφιλίδος εδραιώθηκε με βάση τις τότε μελέτες του Pussey το 1933, οι οποίες στηρίζονται σε κείμενα Ισπανών γιατρών του 16^{ου} αιώνα.

Σύμφωνα με αυτήν την άποψη που υποστηρίζεται από πολλούς συγγραφείς μετά τη διατύπωση της από τον Hackett, (κατά Robertson et al 1980) όλες οι σπειροχαίτες τρεπονηματώσεις έχουν ένα κοινό πρόγονο, δηλαδή μία σαπροφυτική μορφή τρεπονήματος που επιβίωσε αρχικά στη λάσπη. Με την πάροδο του χρόνου πέρασε στα ζώα και ακολούθως στον άνθρωπο. Σύμφωνα με αυτή τη θεωρία η νόσος Pinta εκπροσωπεί την αρχική Σπειροχαίτωση στην αρχική πηγή της εμφανίσεως της στην Κεντρική Αφρική και Ασία (Hudson 1968)

Ακολούθησε μια άλλη ποικιλία Τρεπονηματώσεων, η νόσος Yaws. Η Yaws ενδημεί στη Κεντρική Αφρική και Νότιο Αμερική. Ακολουθεί μια άλλη ποικιλία η οποία ονομάζεται ενδημική σύφιλη ή νόσος Bejel στις χώρες της Μέσης Ανατολής. Οι βλάβες εντοπίζονται κυρίως στους βλεννογόνους και ιδιαίτερα στο στόμα. Το τρεπώνημα

επιβιώνει και αναμεταδίδεται μέσω των βλεννογόνων με το φίλημα, το σάλιο και την κοινή χρήση σκευών φαγητού και νερού. Η μετάδοση γίνεται κυρίως κατά την παιδική ηλικία αλλά και κατά την εφηβική. Ως σεξουαλικά μεταφερόμενη νόσος Ενδημεί στις ερήμους της Αφρικής και της Αραβίας καθώς και στην Κεντρική Αυστραλία. Η σποραδική σύφιλη είναι μια μορφή τρεπονηματώσεως, ένα σύνδρομο που έχει τις ρίζες του στις δύο προηγούμενες μορφές.

Επομένως με το σκεπτικό αυτό, η Pinta, η Yaws, η ενδημική σύφιλη (Bejel για την Αραβία) και η αφροδίσια σύφιλη-που μας ενδιαφέρει – είναι μία και η αυτή νόσος. Είναι μία τρεπονημάτωση η οποία εκφράζεται με ποικιλία κλινικών συνδρόμων ανάλογα με την επίδραση κλιματολογικών και πολιτισμικών παραγόντων. Βάσιμα υποστηρίζεται ότι η τρεπονημάτωση αυτή, με την γενική έννοια του όρου υπήρχε πολλές χιλιάδες χρόνια πριν από το 1493 και μια τεράστια διασπορά έγινε από την Κεντρική Αφρική μέσω Κεντρικής Ασίας, Ευρώπης (Βοσνία), Βερίγγειο του Πόρθμου στην Αμερικανική Ήπειρο, Μεσοποταμία, Ινδία, Κεϋλάνη, Ινδονησία , όπου ακριβώς βρίσκονται τα ίχνη της νόσου (Selvin 1984). Υποστηρίζεται λοιπόν ότι ακριβώς ένεκα αναπτύξεως του εμπορίου και του δουλεμπορίου κατά τον 15^ο αιώνα υπήρξαν σοβαρές μετακινήσεις πληθυσμών, με συνέπεια τη διασπορά της νόσου. Δύο μεγάλα γεγονότα παρατηρήθηκαν στο τέλος του 15^{ου} αιώνα , με αρχές του 16ου:

Το ένα ήταν η εκρηκτική επιδημία που « σάρωσε » την Ευρώπη και η αναγνώριση της Σύφιλης και το άλλο ήταν η ανακάλυψη του Νέου Κόσμου. (Στρατηγός Ι., 2004).

1.2.Ορισμός της νόσου - Συνώνυμα

Το όνομα της νόσου « Σύφιλης » οφείλεται στον ποιητή, αστρονόμο και γιατρό της Βερόνας και προσωπικό γιατρό αργότερα του Πάπα Παύλου του ΙΙΙ, Girolamo Fracastoro. Η σύγχυση όσον αφορά την ονομασία της συφιλίδος οφείλεται στο γεγονός ότι η νόσος μάλλον ήταν ενδημική στις χώρες της Μεσογείου σύμφωνα με περιγραφές ιστορικών ντοκουμέντων και αναγνωριζόταν με ονόματα κατά την προ του 15^{ου} αιώνα περίοδο π.χ.: « Fig disease ». Δόθηκε αυτή η ονομασία από αρχαιοτάτους χρόνους επειδή οι δερματοβλεννογόνες εκδηλώσεις μοιάζουν με το ανοικτό σύκο. « Venereal Leprosy » είναι όρος που χρησιμοποιήθηκε από αρχαίους για να διαχωριστεί από τη Λέπρα . Νόσος Hawse Το « Serpantine Disease » ή « mal Franzozo » είναι όροι οι

οποίοι χρησιμοποιήθηκαν στη Βόρεια Ιταλία πριν από την εποχή του Κολόμβου. **Από τη μελέτη όλων αυτών των ιστορικών στοιχείων, συνοψίζοντας συνάγεται ότι η σύφιλη προϋπήρχε του 1493 με διάφορους ορισμούς :** Indian Measles ή Great Rox, « Lues venereal », « Γαλλική Νόσος », « Morbus Venereus », «Ναπολιτάνικη Νόσος », «Γερμανική Νόσος », « Νόσος των Πολωνών », « Νόσος των άπιστων ». Τελικώς επικράτησε ο όρος Σύφιλη. Οι πρώτες πραγματείες αναφορικά με τη σύφιλη είδαν το φως της δημοσιότητας το 1496 και το 1498. Ας σημειωθεί ότι η τυπογραφία ανακαλύφθηκε το 1450 και η συγγραφή βιβλίων σχετικών με το θέμα υπήρξε σημαντική. (Στρατηγός Ι., 2004)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1°

ΣΥΦΙΛΗ (SYTHILIS)



Εικόνα 5. Σύφιλη

Πηγή <http://misssinglink.ucsf.edu> :

Η σύφιλη είναι μία σεξουαλικά μεταδιδόμενη λοίμωξη που οφείλεται στο *Treponema pallidum* και χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση ενός επώδυνου 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. Το βακτηρίδιο της σύφιλης δημιουργεί στους ασθενείς έλκη και πληγές στα γεννητικά όργανα ή αλλού και εξάνθημα. Σε ακραίες περιπτώσεις, ιδιαίτερα όταν δεν δοθεί η κατάλληλη θεραπεία, είναι σε θέση να προκαλεί θανατηφόρες βλάβες στη καρδιά, στο αναπνευστικό και στο κεντρικό νευρικό σύστημα. Είναι επίσης δυνατόν να προκαλεί παραφροσύνη. Τα τελευταία χρόνια η επίπτωση της σύφιλης και η κλινική πορεία έχουν αυξηθεί. Επιπλέον η απάντηση στη συνήθη θεραπεία μπορεί να εμφανίζεται τροποποιημένη σε HIV-θετικούς ασθενείς. (www.medlook.net, 19/3/08, Κασιμάτης Β., 1991, Fitzpatrick T., Richard J., 2003, Καλογερόπουλος Α., 1996)

1.1. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Γενικά επιδημιολογικά στοιχεία

Ηλικία. Η σύφιλη προσβάλλει *συχνότερα ενήλικες* με μέγιστη συχνότητα μεταξύ **20-24**.

Φύλλο. *Οι άνδρες επικρατούν έναντι των γυναικών 2:1 έως 4:1.* Οι άντρες φαίνεται να προσβάλλονται *συχνότερα λόγω της εντονότερης σεξουαλικής τους δραστηριότητας, αλλά και της συμμετοχής των ομοφυλόφιλων.*

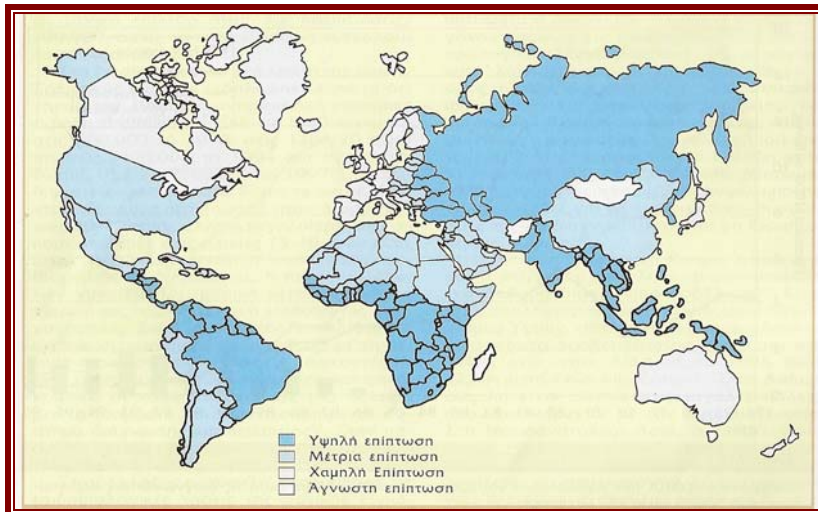
Φυλή. *Όλες οι φυλές.* Στις ΗΠΑ, η επίπτωση αυξάνεται στους Αφροαμερικανούς και στους Ισπανόφωνους. (Κασιμάτης Β., 1991, Καλογερόπουλος Α., 1996, Fitzpatrick T., Richard J, 2003, Στρατηγός Ι., 2004)

Παράγοντες κινδύνου:

- **Η φτώχεια**
- **Η πορνεία**
- **Άτομα με άλλο ΣΜΝ**
- **Οι ομοφυλόφιλοι**
- **Η ριψοκίνδυνη σεξουαλική συμπεριφορά**
- **Η χρήση « απαγορευμένων » ουσιών σε συνδυασμό ή ως αντάλλαγμα για ερωτική συνεύρεση.**

Η φτώχεια και η επακόλουθη δυνατότητα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας αποτελούν παράγοντες κινδύνου, *όπως και η πορνεία που ευδοκimeί σε περιβάλλον οικονομικής ανέχειας. Άτομα με άλλο ΣΜΝ κινδυνεύουν περισσότερο να μολυνθούν από σύφιλη.* Μέχρι πρόσφατα, *σχεδόν το 50% των ανδρών με σύφιλη στις ΗΠΑ ήταν ομοφυλόφιλοι, όμως το ποσοστό αυτό έχει ελαττωθεί εξαιτίας ασφαλέστερων σεξουαλικών πρακτικών.* Άλλοι παράγοντες κινδύνου *είναι η ριψοκίνδυνη σεξουαλική συμπεριφορά* (πολλαπλοί ευκαιριακοί σύντροφοι, παράδοξες πρακτικές, μη χρήση προφυλακτικού) *η οποία αυξάνει τον κίνδυνο της μόλυνσης.* Η χρήση «απαγορευμένων» ουσιών ιδίως σε συνδυασμό *ή ως αντάλλαγμα για ερωτική συνεύρεση,* αποτελεί επίσης παράγοντα αυξημένου κινδύνου. Ως συνέπεια της αύξησης της σεξουαλικώς μεταδιδόμενης σύφιλης σημειώθηκε σημαντική αύξηση του αριθμού των περιπτώσεων **συγγενούς σύφιλης.** (Κασιμάτης Β., 1971, Fitzpatrick T., Richard J., 2003, Καλογερόπουλος Α., 1996, Στρατηγός Ι., 2004)

Μετά την κατακόρυφη αυτή μείωση των αφροδισίων νοσημάτων, το 1945-1950 που με μικρές αστάθμητες επιδημιολογικές διακυμάνσεις είχε διάρκεια σχεδόν για 25-30 χρόνια, άρχισε μόλις κατά την τελευταία 10ετία , η έστω 15ετία , να επανεμφανίζεται το ίδιο πρόβλημα , μετά από μια περίοδο ανεμελιάς και άκρατης εμπιστοσύνης στη βεβαιότητα ότι το «άγος» των αφροδισίων νόσων σχεδόν εξαφανίστηκε από τις πολιτισμένες χώρες. Όμως η σύφιλη όπως και τα άλλα αφροδίσια νοσήματα , βρίσκονταν σε έξαρση τα προηγούμενα χρόνια. (Στρατηγός Ι., Στεφάνου Θ.,1987)



**Εικόνα 1. Γεωγραφική κατανομή της σύφιλης.
Πηγή:Στρατηγός Ι.,2004**

Επιδημιολογικά στοιχεία σύφιλης στις ΗΠΑ

Στις ΗΠΑ μετά τη θεαματική μείωση της επίπτωσης στα τέλη της δεκαετίας του 1950 (5,0 και 2,8 περιπτώσεις /100.000 πληθυσμού για τους άνδρες και τις γυναίκες αντίστοιχα) **παρατηρήθηκε σταθερή αύξηση μετά το 1960. Οι περιπτώσεις σύφιλης** (πρωτογενους και δευτερογενους) **παρουσίασαν σταθερή άνοδο από ένα χαμηλό ποσοστό 9,4 περιπτώσεων/100.000 πληθυσμό το 1977 σε 14,1 περιπτώσεις/100.000 πληθυσμό το 1983. Η αύξηση αποδόθηκε στη σεξουαλική απελευθέρωση, τη χρήση αντισυλληπτικών δισκίων (αντί του προφυλακτικού), αλλά και τη χαλάρωση των προγραμμάτων ελέγχου και πρόληψης. Στα τέλη της δεκαετίας του 1980 σημειώθηκε αύξηση της ετεροφυλόφιλης μετάδοσης της σύφιλης, κυρίως μεταξύ των έγχρωμων Αμερικανών, των μεγάλων αστικών κέντρων, σε ισχυρή συσχέτιση με την πορνεία και τη χρήση της κοκαΐνης « κρακ » , που κορυφώθηκε το 1990 με επίπτωση 20,3 νέες περιπτώσεις σύφιλης/100.000 πληθυσμού. Στις ΗΠΑ, η σύφιλη είναι 44 φορές συχνότερη στους μαύρους απ'ότι στους λευκούς. Το 1998 η επίπτωση της σύφιλης περιορίστηκε στο 3,2/100.000. Παρ'όλα αυτά τοπικές εξάρσεις εξακολουθούν να συμβαίνουν.** (Φωτίου Κ.,1990 , Στρατηγός Ι.,2004)

Επιδημιολογικά στοιχεία σύφιλης στην Ευρώπη

Στην Ευρώπη, η επίπτωση διατηρείται **σε χαμηλά επίπεδα** και μέχρι σήμερα καταγράφονται λιγότερες από 10 νέες περιπτώσεις/100.000 πληθυσμού ετησίως. **Παροδική αύξηση, κυρίως μεταξύ των ομοφυλόφιλων ανδρών, σημειώθηκε κατά τις δεκαετίες του 1960 και του 1970. Στην εποχή της επιδημίας του AIDS, η συχνότητα της μολυσματικής σύφιλης μειώθηκε περαιτέρω. Πάντως εξακολουθούν να καταγράφονται περιορισμένες, τοπικά και χρονικά, επιδημιολογικές εξάρσεις.** (Στρατηγός Ι.,2004)

Επιδημιολογικά στοιχεία σύφιλης στη Ρωσία

Στη Ρωσία και άλλα νέα κράτη της πρώην Σοβιετικής Ένωσης εκδηλώθηκε κατά τη δεκαετία του 1990 **μία ανησυχητική επιδημική έκρηξη της σύφιλης από τις 5-50 περιπτώσεις/100.000 το 1990, στις 120-170 περιπτώσεις/100.000 το 1994 και ειδικά στη Ρωσία, στις 277/100.000 το 1997. Οι μισές περιπτώσεις ήταν άτομα ηλικίας 20-29 ετών, αλλά η μεγαλύτερη αύξηση παρατηρήθηκε στις ηλικίες 15-19 ετών.** (Στρατηγός Ι.,2004)

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, κεντρικό, κρατικό σύστημα ελέγχου σε ένα χαλαρό μεικτό (δημόσιο και ιδιωτικοποιημένο) σύστημα διάγνωσης και θεραπείας. Στην παρούσα φάση, παρατηρούνται σταθεροποιητικές ή και πτωτικές τάσεις. (Στρατηγός Ι.,2004)

Επιδημιολογικά στοιχεία σύφιλης στην Ελλάδα

Στην Ελλάδα η σύφιλη ακολούθησε τις επιδημιολογικές τάσεις της Δυτικής Ευρώπης. Σύμφωνα με κάποια ενδηκτικά στοιχεία που προέρχονται από το νοσοκομείο <Α.Συγγρός>, **η σύφιλη περυσίασε 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.** (Στρατηγός Ι.,2004)

Σύφιλη

<u>Έτη</u>	<u>Νομός</u> <u>Αττικής</u>	<u>Υπόλοιπη</u> <u>χώρα</u>
1980	10,2	5,3
1981	7,8	6,3
1982	6,4	5,6
1983	5,4	5,0
1984	5,3	4,4

Πίνακας 3. Συχνότητα σύφιλης σε 100.000 στην Αττική και την υπόλοιπη χώρα, 1980-1984
Πηγή: Στρατηγός Ι., Στεφάνου Θ., 1987

<u>Νόσημα</u>	<u>Αριθμός</u>	<u>%</u>
Σύφιλη	2.873	3,6

Πίνακας 1. Συχνότητα σύφιλης στην Ελλάδα, 1980-1984.
Πηγή: Στρατηγός Ι., Στεφάνου Θ., 1987

Σύφιλη

<u>Έτη</u>	<u>Α</u>	<u>%</u>
1980	640	22,2
1981	661	23,0
1982	580	20,9
1983	512	17,9
1984	480	16,0

Πίνακας 2. Κατανομή σύφιλης κατ'έτος, 1980-1984
Πηγή: Στρατηγός Ι., Στεφάνου Θ., 1987

Η αναλογία άνδρες/γυναίκες στην περίοδο 1974-1996 ήταν 6 προς 1.
(Στρατηγός Ι.,2004)

Σύφιλη

<u>Ηλικία (έτη)</u>	<u>Άρρενες</u>	<u>Θήλεις</u>
-9	2	1
10-14	7	2
15-19	236	76
20-24	772	101
25-29	549	100
30-34	338	78
35-49	349	77
50+	148	37
Σύνολο	2.401	472

**Πίνακας 4.Κατανομή περιπτώσεων σύφιλης
καθ'ηλικία και φύλο,1980-1984**
Πηγή:Στρατηγός Ι.,Στεφάνου Θ.,1987

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 ανιχνεύτηκαν σε τυχαίο ορολογικό έλεγχο. Τα άτομα με λανθάνουσα σύφιλη είναι μεγαλύτερης ηλικίας και ανώτερης κοινωνικο-οικονομικής τάξης (συνήθως ετεροφυλόφιλοι και έγγαμοι) από τους ασθενείς με σύφιλη στην Ελλάδα στο παρελθόν. ***Τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα έχουν σχέση με το μορφωτικό επίπεδο, τον τρόπο ζωής και την οικονομική κατάσταση.*** (Στρατηγός Ι.,2004)

Επάγγελμα

Σύφιλη

Αγρότες-γεωργοί	175
Εργάτες-τεχνίτες	560
Μαθητές-φοιτητές	252
Ναυτικοί	322
Οικιακά	335
Στρατιώτες-στρατιωτικοί	141
Υπάλληλοι (διάφοροι)	385
Εκδιδόμενα πρόσωπα	24
Ομοφυλόφιλοι	5
Άνεργοι	220
Λοιπά	445
Σύνολο	2.873

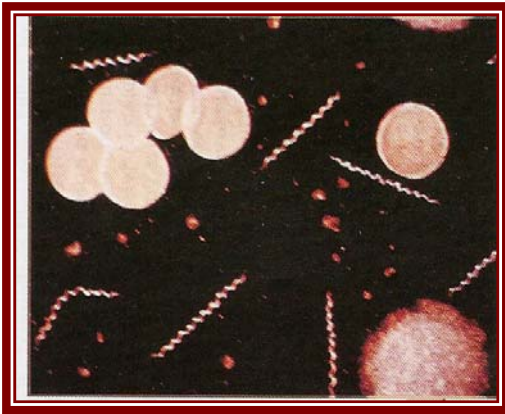
Πίνακας 5.Κατανομή περιπτώσεων σύφιλης κατά επάγγελμα, 1980-1984Πηγή:Στρατηγός Ι.,Στεφάνου Θ.,1987

Για τη διατήρηση και την εξάπλωση τους ευθύνεται:

1. Η κατάλυση της αστικής συμβατικής ηθικής και η σεξουαλική απελευθέρωση.
2. Η μεγάλη διακίνηση των πληθυσμών (εξωτερικός και εσωτερικός τουρισμός).
3. Η αύξηση του προσδόκιμου της επιβίωσης και η μακρύτερη σεξουαλική δραστηριότητα του ατόμου.
4. Η έλλειψη φόβου από τη νόσηση και τη σύλληψη, καθώς και η παραμέληση των ατομικών μέτρων υγιεινής.
5. Η συχνή και ανεξέλεγκτη αλλαγή ερωτικού συντρόφου, κυρίως από τους άνδρες.
6. Η ομοφυλοφιλία και η χρήση ψυχοφαρμάκων και άλλων ηδονιστικών μέσων.
7. Οι θεραπευτικές αποτυχίες. (Στρατηγός Ι., Στεφάνου Θ.,1987)

1.2. ΜΕΤΑΔΟΣΗ-ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Αιτιολογία : Η αιτιολογία της σύφιλης είναι το **Treponema pallidum** (ωχρά σπειροχαίτη). Είναι ένα ευαίσθητο μικρόβιο το οποίο καταστρέφεται εύκολα σε συνθήκες περιβάλλοντος εντός 4 ωρών. (Στρατηγός Ι. ,2004)



Εικόνα 14. Ωχρά σπειροχαΐτη. Σκοτεινό πεδίο. Χαρακτηριστική σπειροειδής μορφή του τρεπονήματος.

Πηγή: Αρχείο Ι.Δ.Στρατηγού

Μετάδοση: Η σύφιλη μπορεί να μεταδοθεί με τους εξής τρόπους:

- Σεξουαλικά
- Αιματογενώς
- Ενδομητρίως

1.2.1. Σεξουαλική μετάδοση.

*Η σύφιλη μεταδίδεται κυρίως δια μέσου του σεξ. Η μετάδοση με τη σεξουαλική επαφή είναι ο κατεξοχήν τρόπος μόλυνσης. Η πιθανότητα μεταδόσεως μεταξύ ερωτικών **συνρόφων υπολογίστηκε ότι αφορά το 50% των επαφών**. Προκειμένου να μολυνθεί ένα άτομο χρειάζονται 500-1000 τρεπονήματα. Για την επιτυχή μετάδοση χρειάζεται **θερμό, υγρό περιβάλλον**, όπως ακριβώς συμβαίνει στο βλεννογόνο των γεννητικών οργάνων και του στόματος. (Στρατηγός Ι.,2004)*

1.2.2. Αιματογενής μετάδοση.

*Μετάδοση μπορεί να γίνει και με **μετάγγιση αίματος**. Το φαινόμενο αυτό 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**. (Στρατηγός Ι.,2004)*

1.2.3. Ενδομήτρια μετάδοση.

*Η μετάδοση συγγενώς γίνεται μέσω της **κυκλοφορίας του αίματος προς το κύημα**. Εάν η μητέρα μολύνθηκε στους τρεις πρώτους μήνες της εγκυμοσύνης τότε το έμβρυο μολύνεται, επιζεί και γεννιέται συφιλιδικό. Εάν όμως η μητέρα μολυνθεί λίγες εβδομάδες πριν τον τοκετό τότε το έμβρυο γεννιέται υγιές. Υπάρχει κίνδυνος μόλυνσης αλλά αυτό μπορεί να συμβεί κατά*

τη διάρκεια του τοκετού. Η ενδομήτρια μετάδοση πριν ακόμα από τη 10^η εβδομάδα, κατά την περίοδο της πρώιμης σύφιλης είναι απολύτως βέβαιη. Αντίθετα, επί όψιμης λανθάνουσας σύφιλης η μετάδοση είναι βέβαιη αλλά πιθανή και γίνεται λιγότερο πιθανή όσο παλαιότερα έχει γίνει η μόλυνση. (Στρατηγός Ι., 2004, Κανιτάκης Κ., 1978)

Στις χώρες της Μέσης Ανατολής, της Κεντρικής και Νοτίου Αμερικής και σε μερικές περιοχές της Κεντρικής Ευρώπης και ιδιαίτερα στη Γιουγκοσλαβία γίνεται με τη επαφή σώματος με σώμα, καθώς και έμμεσα με τη χρήση των ίδιων οργάνων φαγητού (ποτήρια, σκεύη κ.λπ). (Στρατηγός Ι., 2004)

Κλινικές εκδηλώσεις πρώιμου συγγενούς σύφιλης.

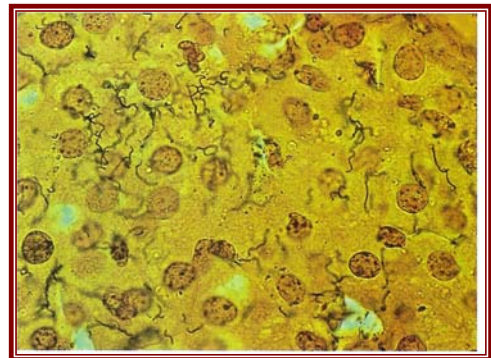
- **Ηπατο-σπληνομεγαλία**
- **Εκδηλώσεις από τα οστά**
 - **Οστεοχονδρίτιδα**
 - **Περιοστίτιδα**
 - **Χοριοαμφιβληστροειδίτιδα**
 - **Μηνιγγίτιδα**
 - **Υδροκέφαλος**
 - **Μικροπολυαδενίτιδα**
 - **Αναιμία**
- **Εκδηλώσεις από τους βλεννογόνους (77%)**
 - **Συφιλιδική ρινίτιδα ή κόρυζα**
 - **Λαρυγγίτιδα**
- **Εξανθήματα από το δέρμα**
 - **Συφιλιδική πέμφιξ**
 - **Ερυθματώδη και βλατιδώδη Εξανθήματα**
 - **Διάχυτη διήθηση γύρω από το στόμα**
 - **Συφιλιδική αλωπεκία, παρωνυχία**

(Κανιτάκης Κ., 1978)

1.2.4. Πρόληψη συγγενούς σύφιλης

- A.** Συστηματικός κλινικός και ορολογικός έλεγχος κατά την έκδοση του προγαμιαίου πιστοποιητικού.
- B.** Συστηματικός κλινικός και ορολογικός έλεγχος των εγκύων στον 3 και 6 μήνα της κύησης, μέχρι και τον τοκετό.
- Γ.** Άμεση θεραπεία σε περίπτωση που διαπιστωθούν συφιλιδικές εκδηλώσεις ή εκδηλώσεις λανθάνουσας σύφιλης και παρακολούθηση των ασθενών.
- Δ.** Παρακολούθηση του νεογνού σε περίπτωση που η μητέρα έχει σύφιλη ακόμα και αν έχει υποστεί θεραπεία.

Ηπατικά κύτταρα προσβεβλημένα από το βακτήριο *Treponema pallidum*, που προκαλεί τη σύφιλη, όπως φαίνεται στο ηλεκτρονικό μικροσκόπιο.
Πηγή: Χρυσή Υγεία.,2002

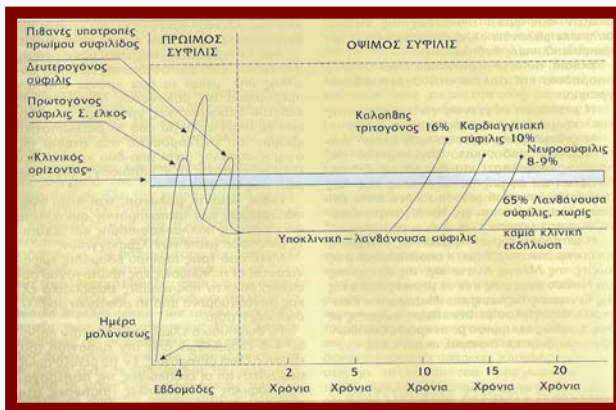


1.3. ΝΟΣΟΛΟΓΙΚΟ ΠΕΡΙΓΡΑΜΜΑ

- 1.** Η Σύφιλη είναι νόσος λοιμώδης, μεταδοτική και γενικευμένη-πολυσυστηματική, σχεδόν από την αρχή της μόλυνσης (σπειροχαιτώση).
- 2.** Η νόσος οφείλεται στην ωχρά σπειροχαιτή (*treponema pallidum*).
- 3.** Το ωχρό τρεπόννημα ενοφθαλμίζεται με επιτυχία σε ορισμένα πειραματόζωα, όμως δεν καλλιεργείται *in vitro*.
- 4.** Μεταδίδεται σχεδόν αποκλειστικά με τη σεξουαλική επαφή.
- 5.** Μεταδίδεται επίσης συγγενώς στο κύημα κατά την ενδομήτρια ζωή.
- 6.** Η νόσος δεν είναι κληρονομική.
- 7.** Χαρακτηρίζεται είτε από μεγάλη ποικιλία κλινικών εκδηλώσεων από όργανα και συστήματα είτε παραμένει επί μακρόν ασυμπτωματική-λανθάνουσα.
- 8.** Υποδύεται σωρεία νοσηρών εκδηλώσεων στο χώρο της Παθολογίας, Χειρουργικής, Νευρολογίας, Οφθαλμολογίας κ.λπ.
- 9.** Βασικό φάρμακο για τη θεραπεία της νόσου είναι η πενικιλίνη και τα αντιβιοτικά. Η ωχρά σπειροχαιτή ήταν και εξακολουθεί να είναι ευαίσθητη στην πενικιλίνη.
- 10.** Η πρώιμη σύφιλη μετά από θεραπεία συνήθως δεν καταλείπει ουλές, αλλά μόνο δισχρωματικές αλλοιώσεις. Στις περιπτώσεις όψιμης σύφιλης παραμένουν επιπλέον ουλές.
- 11.** Η σύφιλη σήμερα ιάται. (Στρατηγός Ι.,2004)

1.4. ΠΟΡΕΙΑ – ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Η κλινική πολυμορφία της σύφιλης και η προοδευτικά εξελισσόμενη αλληλουχία των κλινικών εκδηλώσεων συσχετίζονται απόλυτα με τη φυσική πορεία της νόσου η οποία είναι μακρά και συνεχίζεται για δεκαετίες. (Στρατηγός Ι.,2004)



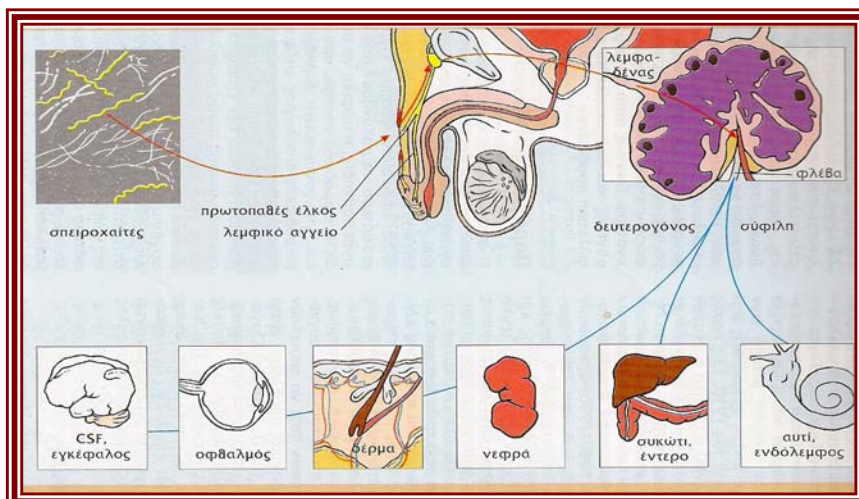
Σχήμα 2. Σύφιλη-φυσική πορεία της νόσου.

Πηγή:Στρατηγός Ι.,2002

Αναλύοντας τη φυσική πορεία της σύφιλης προκύπτει ότι οι μεταδοτικές κλινικές εκδηλώσεις είναι μόνο εκείνες που βρίσκονται στο στάδιο της πρώιμης σύφιλης, δηλαδή, μέχρι τα δύο χρόνια από την ημερομηνία της μόλυνσης. Αυτές που ταξινομούνται στο στάδιο της όψιμου σύφιλης (μετά από δύο χρόνια) δεν είναι μεταδοτικές (π.χ. καρδιαγγειακή, νευρική σύφιλη κ.λ.π).

Πρωτόγονος σύφιλη.

Περίοδος επώασης: Μετά από τρεις περίπου εβδομάδες εμφανίζονται οι εκδηλώσεις της πρωτογενούς σύφιλης, δηλ. το πρωτοπαθές συφιλιδικό έλκος, συνοδευόμενο από σύστοιχη συφιλιδική αδενίτιδα. (Στρατηγός Ι.,2004)



Σχήμα 1.Μόλυνση-Πρωτοπαθές συφιλιδικό έλκος και προσβολή οργάνων και συστημάτων του οργανισμού (Πορεία τρεπονήματος).
Πηγή:Στρατηγός Ι.,2004

Ακόμη και χωρίς θεραπεία, το έλκος επουλώνεται πλήρως εντός 4-6 εβδομάδων και η λοίμωξη ή καθίσταται λανθάνουσα ή εμφανίζονται οι κλινικές εκδηλώσεις της δευτερογόνου σύφιλης. Υπάρχει ωστόσο, όχι σπάνια, μία επικάλυψη εκδηλώσεων, δηλαδή ενώ υπάρχει και διατηρείται ακόμη το συφιλιδικό έλκος με τη συφιλιδική αδενίτιδα, εμφανίζονται συγχρόνως και οι εκδηλώσεις της δευτερογόνου σύφιλης. Η μορφή αυτή ονομάζεται πρωτοδευτερόγωνα σύφιλη. (Στρατηγός Ι., 2004)

Δευτερογόνος σύφιλη.

Ουσιαστικά οι εκδηλώσεις της δευτερογόνου σύφιλης αρχίζουν να εμφανίζονται προοδευτικά μετά από 6 εβδομάδες (40-50 ημέρες) από την ημέρα της μόλυνσης και παραμένουν μέχρι 12 εβδομάδες ή 6 μήνες και καμία φορά και 12 μήνες.

ΠΡΩΙΜΟΣ ΣΥΦΙΛΗ

1. Μεταδοτικές μορφές
Πρώιμο στάδιο. Από 6 μήνες έως 2 χρόνια από τη μόλυνση.

2. Πρωτόγονος
(Από: 15 ημέρες έως 2 μήνες)
Συφιλ. Έλκος-Σύστοιχος Συφιλ.
Αδενίτιδα.

3. Δευτερόγονος
(Από 2 έως 6 μήνες από της μόλυνσης) Ροδάνθη, Συφ. Βλατίδες, Συφ. Πλάκες, Συφ. Αλωπεκία και ποικίλα εξανθήματα.

4. Πρώιμη Κακοήθης Συφ.
(Από 1 έως 2 χρόνια Συφιλιδικό ρύψασμα)

5. Πρώιμη Λανθάνουσα Σύφ.
(Μέχρι 2 χρόνια)
Ουδέν κλινικός. Ορολογικός έλεγχος θετικός

Οι σφιλιδικές αυτές αλοιώσεις και ιδιαίτερα οι κηλιδοβλατιδώδεις εξαφανίζονται αυτομάτως με τη σειρά που εμφανίζονται σε διάστημα 3-6 μηνών. Πριν ακόμα συμπληρωθούν δύο χρόνια η σύφιλη έχει καταστεί λανθάνουσα, δηλ. χωρίς κλινικές εκδηλώσεις. Είναι όμως δυνατόν πριν ακόμα συμπληρωθούν τα δύο χρόνια και ιδιαίτερα μεταξύ του 1^{ου} και του 2^{ου} έτους να υποτροπιάσει η νόσος και να εμφανίσει τις εκδηλώσεις της πρώιμης κακοήθους

σύφιλης. Η πρώιμος κακοήθης σύφιλη είναι σπάνια και μεταδοτική μορφή.
(Στρατηγός Ι., 2004)

ΟΨΙΜΟΣ ΣΥΦΙΛΗ

1. Μη μεταδοτικές Μορφές

(όψιμο στάδιο)
(Μετά τα 2 έτη από
της μόλυνσεως)

2 . Όψιμος λανθάνουσα

- Ουδεμία κλινική ένδειξη ή σύμπτωμα
από: Δέρμα-βλεννογόνους,
Σπλάχνα, ΚΝΣ,
Οφθαλμούς
- Ορολογικές εξετάσεις:
Θετικές με υψηλούς
τίτλους
- ENY: Σπανίως θετικό

3. Τριτόγονος Σύφιλη

(Κλινική μορφή οψίμου)
Κομμιώματα-Φύματα-
Οζίδια, Ελκωτικά οζίδια

4. Όψιμος Σύφιλη-Σπλαχνικοί εντοπισμοί

Καρδιαγγειακή Σύφιλη
Νευροσύφιλη

- α.** Ασυμπτωματική: ENY: θετικό
- β.** Συμπτωματική: ENY: θετικό
- γ.** Μηνιγγοεγκεφαλίτις
- δ.** Νωτιάς φθίσις
- ε.** Προϊούσα Γενική Παράλυση
 - Προσβολή Ήπατος νεφρών-πνεύμονος-οφθαλμών κ.λπ.

Λανθάνουσα σύφιλη.

Η λανθάνουσα σύφιλη χωρίζεται στην **πρώιμη λανθάνουσα και στην όψιμη λανθάνουσα**. Αυτές οι δύο καταστάσεις **είναι μη συμπτωματικές και μη μεταδοτικές κατά τη σεξουαλική επαφή**. Τα όρια μεταξύ τους είναι δύο χρόνια. Η φυσική πορεία της νόσου διαρκεί δεκαετίες. Ο καθορισμός της περαιτέρω εξέλιξής της σύφιλης από το όριο των δύο ετών και πέραν χαρακτηρίζεται από τα παρακάτω στοιχεία:

- 1) Οι εκδηλώσεις δεν είναι μεταδοτικές.**
- 2) Σε ένα ποσοστό 35-65% ουδέποτε εμφανίζονται εκδηλώσεις όψιμης σύφιλης. Οι άνθρωποι αυτοί ζουν με τη λανθάνουσα σύφιλη τους χωρίς εκδηλώσεις και αποθνήσκουν από άλλη αιτία.**
- 3) Από το υπόλοιπο ποσοστό 45-50% βρέθηκε ότι :**

- α.** Το 23,6% ανέπτυξε βλεννοδερματικές αλλοιώσεις
- β.** Το 15,8 % ανέπτυξε καλοήθους εκδηλώσεις όψιμης σύφιλης π.χ. δερματικά οζίδια και κομμιώματα.
- γ.** Το 10,4% ανέπτυξε καρδιαγγειακές αλλοιώσεις και
- δ.** Στο 8% , προσεβλήθη το νευρικό σύστημα (νευροσύφιλη).

Πρόκειται για την μελέτη του OLSO η οποία αποτελεί τη βασική πηγή πληροφόρησης στο θέμα της φυσικής πορείας της σύφιλης. (Στρατηγός Ι.,2004) Δύο άλλα σημεία με ιδιαίτερη σημασία σε ότι αφορά τη φυσική πορεία της νόσου είναι ότι:

- 1. Κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης η σύφιλη διαδράμει ηπίως και ότι**
- 2. Η τυχαία λήψη αντιβιοτικών γι' άλλη αιτία εξαφανίζει τα συμπτώματα της νόσου χωρίς όμως να ιάται ο ασθενής. (Στρατηγος Ι.,2004)**

Συγγενής σύφιλη.

Όταν η μη υποβληθείσα σε θεραπεία σύφιλη επιμένει για περισσότερα από 4 χρόνια, σπάνια είναι μεταδοτική, εκτός της περίπτωσης των εγκύων γυναικών , οι οποίες αν παραμείνουν χωρίς θεραπεία μπορεί να μεταδώσουν τη σύφιλη στα έμβρυα τους, ανεξαρτήτως της διάρκειας της νόσου. **Τα κομμιώματα σχεδόν ποτέ δεν ιώνται. Οι οξιδιοελκωτικές συφιλίδες υφίστανται αυτόματη μερική ίαση, όμως καινούργιες βλάβες εμφανίζονται στην περιφέρεια.** (Κασιμάτης Β.,1991, Fitzpatrick T, Richard J,2003, Καλογερόπουλος Α.,1996)

ΣΥΓΓΕΝΗΣ ΣΥΦΙΛΗ (ΠΡΩΙΜΟΣ)

1. Μεταδοτικές μορφές

Δέρμα-βλεννογόνοι
Συφιλιδική Πέμφιγα,
Συφιλιδική ρινίτις-
Ποικίλες εκδηλώσεις από δέρμα
και βλεννογόνους

2. Γενικές – σπλαχνικές – εκδηλώσει

Προσβολή: ήπατος – νεφρών,
οφθαλμών
Οστών (οστεοχονδρίτις –
οστεοπεριχονδρίτις)
Υδροκεφαλία κ.α.

3. ΣΥΦΙΛΙΔΙΚΑ ΣΤΙΓΜΑΤΑ

(Μη μεταδοτικές μορφές)
Ακτινοειδείς γραμμώσεις:
Εφιπιοειδής ρίνα
Εξοστώσεις: Τριάς του Hutchinson

1.5. ΠΡΩΤΟΓΟΝΟΣ ΣΥΦΙΛΗ (Primary Syphilis)

Πρωτόγονος επίκτητη σύφιλη σημαίνει δύο εκδηλώσεις:

1. Το συφιλιδικό έλκος και
 2. Τη σύστοιχη συφιλιδική αδενίτιδα. (Στρατηγός Ι.,2004)
- Χρόνος επώασης:*

Χρόνος επώασης.21 ημέρες (κατά μέσο όρο), εύρος 10 εως 90 ημέρες. (10,25-28). Ο χρόνος επώασεως είναι ο χρόνος που απαιτείται προκειμένου να ολοκληρωθεί η βιολογική αυτή διεργασία, δηλ, η πλασματοκυτταρική διήθηση, η παραγωγή ανοσοσυμπλεγμάτων, η εναπόθεσή τους στο τοίχωμα των αγγείων και η νέκρωση των απιφανειακών ιστών. Κατ' άλλους, η εμφάνιση του πρωτοπαθούς έλκους γίνεται επίσης κατά το maximum της σπειροχαιτεμίας και θεωρείται ως ένα είδος αλλεργικής αντιδράσεως. (Στρατηγος Ι.,2004)

Το έλκος διατηρείται για 3 μέχρι και 12 εβδομάδες χωρίς θεραπεία. (Φωτίου Κ.,1990)

1.5.1..Κλινικοί χαρακτήρες έλκους.

1. Το έκκριμα είναι μάλλον ορρώδες και όχι πυώδες και βρίθει από σπειροχαΐτες
2. Είναι σκληρό, με βάση διηθημένη και σκληρή
3. Είναι ανώδυνο
4. Είναι διάβρωση ή επιπολής έλκωση
5. Έχει χείλη ομαλά
6. Έχει πυθμένα « χροιας ως από μυικής σαρκος ». Πολλές φορές καλύπτεται από εφελκίδα η οποία πρέπει να αφαιρεθεί κατά τη λήψη του, προς εξέταση του εκκρίματος.
7. Διαρκεί από 3-8 εβδομάδες οπότε εξαφανίζεται τελείως η ουλοποιείται αυτομάτως αφήνοντας ανεπαίσθητο σημάδι.
- 8 Είναι μάλλον μονήρες και σπανίως εμφανίζονται πολλαπλά έλκη συγχρόνως η με μικρή διαφορά χρόνου του ενός από το άλλο και
9. Συνοδεύεται από σύστοιχη αδενίτιδα. (Στρατηγός Ι.,2004)

Το συφιλιδικό έλκος εμφανίζει μία σημαντικού βαθμού ποικιλία κλινικών παραλλαγών (*νάνου, γιγάντιου, υπερτροφικού, εκθηρωτικού κ.λπ*). Στο 25% όμως, το συφιλιδικό έλκος ή περνά απαρατήρητο ή εξαφανίζεται λίγες μέρες μετά την εμφάνιση του, *οπότε η διάγνωση γίνεται ευθύς μετά την εμφάνιση των εκδηλώσεων της δευτερόγονου σύφιλης*. (Στρατηγός Ι.,2004)

1.5.2.Κλινικοί χαρακτήρες αδενίτιδας.

1. Οι αδένες είναι σκληροί και ευκίνητοι. Ιδιαίτερα οι Βουβωνικοί ψηλαφώνται και μοιάζουν με αμύγδαλα. Ένα εξ αυτών είναι ο μεγαλύτερος και ονομάζεται κατά παρομοίωση: « *prefet de l'aine de Ricord* ».
2. Είναι ανώδυνοι
3. Δεν συμφύονται με τους γύρω ιστούς και το υπερκείμενο δέρμα και
4. Αν γίνει παρακέντηση ή εξαχθεί ο λεμφαδένας, είναι γεμάτος από σπειροχαΐτες. Η λεμφαδενίτιδα είναι συνήθως μονόπλευρη αλλά εάν το έλκος βρίσκεται στην περιοχή των εξωτερικών γεννητικών οργάνων είναι, όχι σπάνια, αμφοτερόπλευρη. Η αδενίτιδα αυτή παραμένει επί μακρό χρονικό διάστημα και η υψύ του αδένου ουδέποτε αποκαθίσταται απόλυτα. (Στρατηγός Ι.,2004)

Κλινικοί χαρακτήρες έλκους

<u>Συμπτώματα αδενίτιδας</u>	<u>Κλινικοί χαρακτήρες αδενίτιδας</u>
- Αδένες →	α. Σκληροί β. Ευκίνητοι γ. Είναι ανώδυνοι δ. Δεν συμφύονται με τους γύρω ιστούς
(βουβωνικοί) →	α. Είναι ψηλαφητοί β. Μοιάζουν με αμύδαλα
- Λεμφαδένας →	(Είναι γεμάτος σπειροχαίτες)
- Λεμφαδενίτιδα →	Είναι συνήθως μονόπλευρη
- Αδενίτιδα →	Παραμονή για μακρό χρονικό διάστημα (Η υφή του αδένα δεν αποκαθίσταται ποτέ)

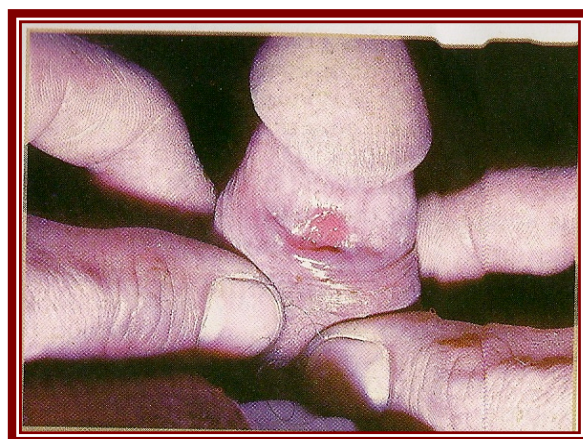
1.5.3. Εντοπισμός συφιλιδικού έλκους.

Η περιοχή των γεννητικών οργάνων είναι η συχνότερη εντόπιση.

Στους άνδρες: Εντοπίζεται στην έσω επιφάνεια της ακροπροσθίας, στη στεφανιαία αύλακα, στο σώμα, στη βάση. Σπανιότερα εμφανίζεται στο δέρμα του όσχεου και μέσα στην ουρήθρα, οπότε δίνει συμπτωματολογία μη ειδικής ουρηθρίτιδας. (Κασιμάτης Β.,1991, Fitzpatrick T, Richard J.,2003, Καλογεροπουλος Α.,1996)

Εικόνα 1. Πρωτόγονος Σύφιλη.
Συφιλιδικό έλκος βαλανοποσθικής
αύλακας.

Πηγή : Στρατηγός Ι., 2004



Εντοπισμός έλκους
στους άνδρες

(Συνηθέστερος εντοπισμός)

- α.** Στην έσω επιφάνεια της ακροπροσθίας
- β.** Στη στεφανιαία αύλακα
- γ.** Στο σώμα και
- δ.** Στη βάση

(Σπανιότεροι εντοπισμοί)

- α.** Στο δέρμα του όσχεου και
- β.** Μέσα στην ουρήθρα

μεγάλα χείλη, στην περιοχή του σκαφοειδούς βάρθρου στην κλειτορίδα, κυρίως όμως στην περιοχή του τραχήλου της μήτρας. Στην περίπτωση αυτή παρατηρείται οίδημα του τραχήλου που συνοδεύεται από ελαφρό αίσθημα βάρους. Ωστόσο το έλκος του τραχήλου της μήτρας διαδράμει απαρατήρητο και στις περιπτώσεις αυτές η διάγνωση γίνεται όταν αρχίσει η εμφάνιση των εκδηλώσεων της δευτερόγονου σύφιλης. Όχι σπάνια και ιδίως όταν παραμένει χωρίς θεραπεία, συγγέεται με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. (Στρατηγός Ι.,2004

Εικόνα 1. Συφιλιδικό έλκος πέους.

Πηγή:
Κανιτάκης
Κ.,1978



Στις γυναίκες:
Εντοπίζεται
οπουδήποτε στα
μικρά και

Εντοπισμός έλκους
στις γυναίκες

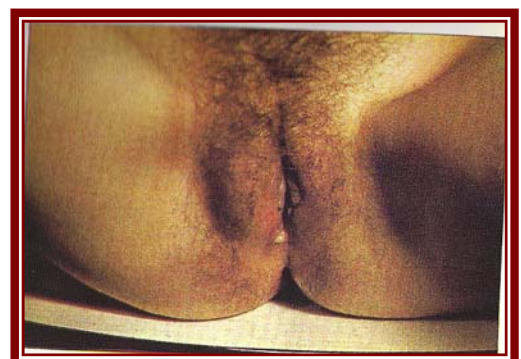
(Κοινοί εντοπισμοί)

- α.** Στα μικρά και στα μεγάλα χείλη
- β.** Στην περιοχή του σκαφοειδούς βάρθρου
- γ.** Στην κλειτορίδα

(Κύριος εντοπισμός)

- α.** Στον τράχηλο της μήτρας

Εικόνα 2. Συφιλιδικό έλκος αιδοίου, σκληρό
Οίδημα μεγάλου χείλους.
Πηγή: Κανιτάκης Κ.,1978



Εξωγεννητικοί εντοπισμοί.

- α.** Στα χείλη του στόματος. Είναι αποτέλεσμα φιλήματος ή στοματογεννητικής σεξουαλικής επαφής.
- β.** Στη γλώσσα. Εμφανίζεται συχνά και συνοδεύεται από ελαφρύ περιελκωτικό οίδημα.
- γ.** Στην περιοχή των αμυγδαλών και στο φάρυγγα εμφανίζεται σπανιότερα.
- δ.** Στα αυτιά, στους βραχίονες, στις θηλές τους στήθους εμφανίζεται κάπως συνηθέστερα. Είναι αποτέλεσμα φιλήματος ή δαγκώματος.
- ε.** Στην περιοχή του πρωκτού εμφανίζεται υπό μορφή ραγάδας.
Έχει ανευρεθεί επίσης στα τοιχώματα του εντέρου συγχεόμενο με αναπτυσσόμενο καρκίνωμα εντέρου.
(Στρατηγός Ι.,2004)

Εξωγεννητικοί εντοπισμοί

(Συνηθέστερες περιοχές εμφάνισης)

- α.** Στα χείλη του στόματος
- β.** Στη γλώσσα
- γ.** Στον πρωκτό

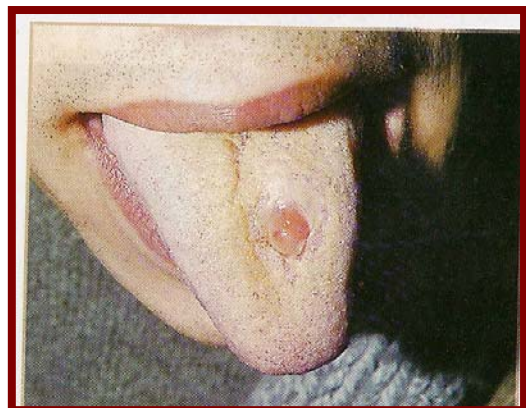
(Σπανιότερες περιοχές εμφάνισης)

- α.** Στις αμυγδαλές
- β.** Στο φάρυγγα

Εικόνα 3. Συφιλιδικό έλκος γλώσσας
Πηγή:Αρχείο Ι.Δ. Στρατηγού,2004

Η ταυτόχρονη μόλυνση ωχράς Σπειροχαιτίης και Haemophilus Ducey δίνει μια ιδιαίτερη μορφή μόλυνσεως που ονομάζεται μεικτό έλκος

Επώαση. Ο χρόνος επώασης του Μαλακού έλκους που οφείλεται στον Haemophilus ducrey διαρκεί μόνο 5-6 ημέρες



Συμπτώματα. Εμφανίζεται έλκωση με τους χαρακτηριστές του μαλακού έλκους ιδιαίτερα 5-6 ημέρες μετά τη μόλυνση. Προοδευτικά όμως η μορφολογία του έλκους διαφοροποιείται και μετά από 3-4 εβδομάδες υπερέχουν οι χαρακτηριστές του συφιλιδικού έλκους. (Στρατηγός Ι.,2004)



Εικόνα 2. Πολλαπλές συφιλιδικές πλάκες στην υπερώα
Πηγή: Στρατηγός Ι.,2004

Εικόνα 2. Μαλακό έλκος (Νόσος Ducey).
Διαφορική διάγνωση με το συφιλιδικό έλκος.

Πηγή: Αρχείο Ι.Δ. Στρατηγού,2004



1.6. ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Άνδρες. Ραχιαία λεμφαδενίτιδα του πέους.

Γυναίκες. Λεμφικό οίδημα των μεγάλων χειλέων του αιδοίου ή του ενός χείλους η της περιοχής όπου έχει εγκατασταθεί το έλκος (συμπληρωματικό οίδημα των μεγάλων χειλέων). (Στρατηγός Ι.,2004)

1.7. ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

- Ο έρπης των γεννητικών οργάνων. Διαφοροδιαγνώσεται από την πολυκυκλική διάταξη των διαβρώσεων και από τα στοιχεία που προέρχονται απο το ιστορικό.
- Το μαλακό έλκος. Είναι μαλακό, επώδυνο με βαθιά έλκωση, με χείλη ανώμαλα και ρυπαρό πυθμένα
- Το Αφροδίσιο λεμφοκοκκίωμα το οποίο συνοδεύεται από αμφοτερόπλευρη αδενίτιδα.

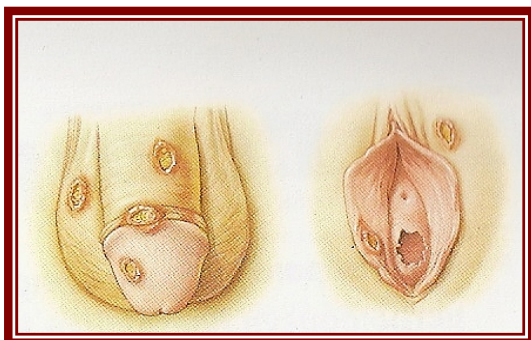
- Μεμονωμένες συφιλιδικές πλάκες των έξω γεννητικών οργάνων γυναικός ιδίως εάν είναι διαβεβρωμένες.
- Διαβεβρωμένες δρυφάδες ψώρας.
- Νόσοι Queyrat και Bowen.
- Καρκίνος τραχήλου της μήτρας.
- Ο έρπης γεννητικών οργάνων σε γυναίκα, εάν βρίσκεται σε ένα χείλος του αιδοίου. Τα τραυματικά έλκη της γλώσσας, εάν συνοδεύονται από φλεγμονώδη διήθηση.
- Το σύνδρομο Αδαμαντιάδη-Behcet, εάν συνοδεύεται από εκδηλώσεις στην περιοχή του στόματος η και του αιδοίου.
- Πυώδης-νεκρωτική αμυγδαλίτιδα.
- Περίοδυξη μακράς διάρκειας.
- Οι περιπρωκτικές δρυφάδες πρέπει να ελέγχονται ιδιαίτερα επί ομοφυλοφίλων.
- Ο καρκίνος του απευθυσμένου εντέρου επιβάλλεται να διαφοροδιαγνωσθεί από συφιλιδικό έλκος στην ίδια περιοχή. (Στρατηγός Ι.,2004)

1.8. ΔΕΥΤΕΡΟΓΟΝΟΣ ΣΥΦΙΛΗ (Secondary Syphilis)

Η δευτερογόνος σύφιλη εμφανίζεται 2 έως 10 εβδομάδες μετά την εμφάνιση του πρωτοπαθούς έλκους. Το έλκος μπορεί να είναι ακόμη παρόν όταν εμφανίζονται οι δευτεροπαθείς βλάβες. Συνοπάρχουσα HIV λοίμωξη μπορεί να μεταβάλλει την πορεία της δευτερογόνου σύφιλης. Σύνδρομο « οξείας νόσου » : πονοκέφαλος, ρίγη, πυρεξία, αρθαλγίες, μυαλγίες, κακουχία, φωτοφοβία. Οι βλεννογονοδερματικές βλάβες είναι ασυμπτωματικές. (Κασιμάτης Β.,1991, Fitzpatrick T, Richard J.,2003, Καλογερόπουλος Α.,1996)

Χωρίς θεραπεία οι βλάβες της δευτερογενούς σύφιλης υποχωρούν μέσα σε τέσσερες μέχρι δώδεκα εβδομάδες και η νόσος εισέρχεται στο στάδιο της λανθάνουσας σύφιλης κατά το οποίο δεν υπάρχουν κλινικές εκδηλώσεις. Η εξέταση σε σκοτεινό πεδίο είναι αρνητική αλλά οι ορολογικές δοκιμασίες είναι θετικές. (Φωτίου Κ.,1990)

Οι εκδηλώσεις δευτερογόνου σύφιλης μετά την αποδρομή τους δεν αφήνουν ουλές πλην ορισμένων (συφιλιδικό ρύπασμα), αλλά καταλείπουν έντονου βαθμού δυσχρωμία. (Στρατηγός Ι.,2004)



Εικόνα. Άποψη του συφιλιδικού ενοφθαλμισμού στο πέος (αριστερά) και το αιδοίο (δεξιά) σε διάφορες πιθανές θέσεις.

Πηγή: Χρυσή Υγεία.,2002

Για να εμφανιστούν οι εκδηλώσεις της δευτερογενούς σύφιλης θα πρέπει :

- *Να έχει προυπάρξει πρωτοπαθές συφιλιδικό έλκος, έστω και αν αυτό έχει διαδράμει απαρατήρητο.*
- *Να μην έχει γίνει χρήση θεραπευτικής αγωγής, έστω και τυχαία λήψη αντιβιοτικών. (Στρατηγός Ι.,2004)*

Οι κλινικές εκδηλώσεις της δευτερογενούς σύφιλης ταξινομούνται σε δύο ενότητες:

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



**Εικόνα 9. Βλατιδώδες
Συφιλιδικό εξάνθημα.
Πηγή: Αρχείο: Ι.Δ.
Στρατηγού.**

Όσον αφορά τα συφιλιδικά εξανθήματα της δευτερογενούς σύφιλης αφορούν το 80% και άνω των περιπτώσεων και έχουν κάποιους γενικούς χαρακτήρες. Αυτοί είναι οι εξής: (Στρατηγός Ι.,2004)

**Μορφές συφιλιδικών
εξανθημάτων**

- Πολύμορφα
- Συμμετρικά στην αρχή, ασύμμετρα αργότερα
- Άκνησμα – Διάσπαρτα
- Εμφανίζονται με διαδοχικές εκθύσεις
- Δεν καταλείπουν ουλές (Στρατηγός Ι.,2004)

Στις πρώιμες εκδηλώσεις δευτερογόνου σύφιλης ταξινομούνται τα:

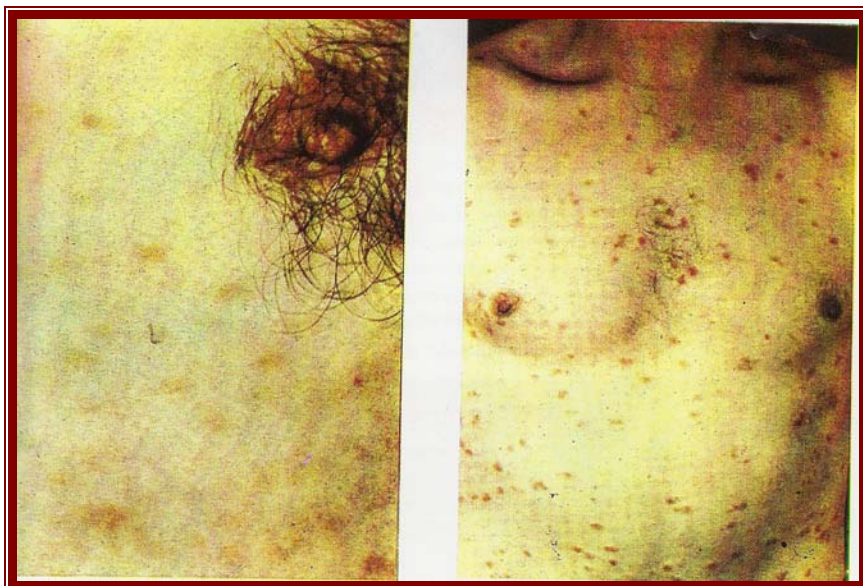
- 1) Θηματοκηλιδώδη ερυώδη εξανθήματα (Ροδάνθη)
- 2) Βλατιδώδη και βλατιδολεπιδώδη εξανθήματα.
(Στρατηγός Ι.,2004)

Από πλευράς μορφολογίας τα βλατιδώδη αυτά εξανθήματα διακρίνονται σε.

**Βλατιδώδη εξανθήματα
(Μορφολογία)**

- Μικροβλατιδώδη
- Μεγαλοβλατιδώδη
- Βλατιδο – λεπιδώδη
- Βλατιδο – εφελκιδώδη
- Βλατιδωνεκρωτικά
- Λειχηνοειδή και Ακμοειδή – Θυλακικά

(Στρατηγός Ι.,2004)



**Εικόνα 1. Συφιλιδική
ροδάνθη**
Πηγή: Κανιτάκης
Κ.,1978

**Εικόνα 2. Βλατιδώδες
συφιλιδικό εξάνθημα.**
Πηγή: Κανιτάκης Κ.,1978

1.8.1. Συμπτώματα

**Εικόνα 7. Μεγαλοβλατιδώδες Συφιλιδικό
Εξάνθημα. Πηγή: Αρχείο: Ι.Δ.
Στρατηγού,2004**



Δερματικές βλάβες. Κηλίδες και βλατίδες 0,5 έως 1,0 cm στρογγυλές, ή ωοειδείς, ρόδινες έως καστανέρυθρες. Το αρχικό εξάνθημα είναι πάντοτε κηλιδώδες. Τα οψιμότερα εξανθήματα μπορεί να είναι βλατιδολεπιδώδη, φλυκταινώδη ή ακμοειδή. Φυσαλιδοπομφολυγώδεις βλάβες εμφανίζονται μόνο στην νεογνική συγγενή σύφιλη. Σπάνια οι βλάβες της δευτερογόνου σύφιλης και το έλκος της πρωτογόνου σύφιλης εμφανίζονται ταυτόχρονα. Στην ψηλάφηση, οι βλατίδες είναι σκληρές, ενώ τα πλατέα κονδυλώματα είναι μαλακά. Το σχήμα των βλαβών μπορεί να είναι δακτυλιοειδές ή πολυκυκλικό, ειδικά στο πρόσωπο ατόμων με σκουρόχρωμο δέρμα. Σε υποτροπιάζουσα δευτερογόνο σύφιλη, τοξοειδείς βλάβες. Πάντοτε σαφώς αφοριζόμενες βλάβες, εκτός από το κηλιδώδες εξάνθημα. Οι βλάβες είναι

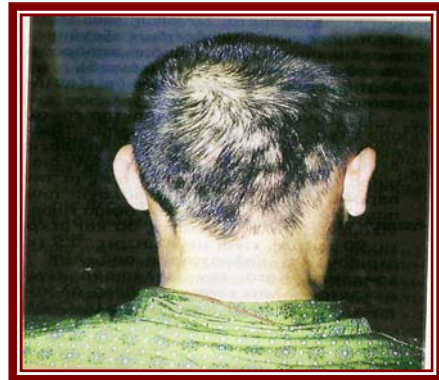
διάσπαρτες , τείνουν να παραμένουν διακριτές και συνήθως είναι συμμετρικές. (Κασιμάτης Β.,1991, Fitzpatrick T, Richard J.,2003, Καλογερόπουλος Α.,1996)

1.8.2. Κατανομή εξανθημάτων.

Τρίχες.Υπάρχουν δύο τύποι:

- 1.** Η διάχυτη αλωπεκία που περιλαμβάνει τους κρόταφους και την βρεγματική περιοχή του τριχωτού.
- 2.** Η κατά πλάκας, « σκοροφαγωμενη » αλωπεκία στο τριχωτό της κεφαλής και γενείου. Απώλεια των βλεφαρίδων και του έξω τριτημορίου των φρυδιών. (Κασιμάτης Β., 1991, Fitzpatrick T, Richard J.,2003)

Εικόνα 8. Συφιλιδική Αλωπεκία.
Πηγή: Αρχείο: Ι.Δ. Στρατηγού,2004



Πρόσωπο. Διηθημένες βλατίδες ελαφρώς ερυθρές, εδραζόμενες επί σμηγματορροϊκού εδάφους συρρέουν κυρίως στην περιοχή των ρινοχειλικών αυλακών και στην περιοχή κατά μήκος της παρυφής του τριχωτού. Εντοπίζονται επίσης στο μέτωπο διατεταγμένες (Στρατηγός Ι.,2004)

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.Οι βλατίδες αυτές ονομάζονται « συφιλιδικές πλάκες » γεννητικών οργάνων. Συνήθως είναι ελαφρώς διαβεβρωμένες καλυπτόμενες από ορρώδες έκκριμα που είναι πλημμυρισμένο από σπειροχάιτες.. Οι συφιλιδικές πλάκες που εμφανίζονται στο παρακείμενο των βλεννογόνων δέρμα και συνυπάρχουν με τις συφιλιδικές πλάκες των βλεννογόνων προεκτεινόμενες προς τη βουβωνική χώρα, τους μηρούς και το εφηβαίο στις γυναίκες. Στο όσχεο ιδιαίτερα οι συφιλιδικές πλάκες είναι μεγαλύτερες, μαλθακής συστάσεως και εμφανίζονται με απολέπιση ή καλυπτόμενες από εφελκίδα. (Στρατηγός Ι.,2004)

1.8.3. Συστηματικές εκδηλώσεις δευτερογόνου σύφιλης.

Συστηματικές εκδηλώσεις

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

(Στρατηγός Ι.,2004)

1.8.4. Όψιμες εκδηλώσεις δευτερογόνου σύφιλης:

Από το δέρμα και τους βλεννογόνους. Οι αλλοιώσεις αυτές αφορούν σχεδόν το 30% των περιπτώσεων. Εμφανίζονται αυτόματα και σε όλη την έκταση των βλεννογόνων συγχρόνως με τις εκδηλώσεις από το δέρμα, δηλ.50 έως 60 ημέρες από τη μόλυνση. Είναι ανώδυνες,, περιβάλλονται από ερυθριματώδη άλω και εξαφανίζονται μέσα σε λίγες ημέρες ή έστω δύο εβδομάδες.

Εντοπίζονται.

- Στη γλώσσα, παρειές και χείλη
- Στις αμυγδαλές
- Στο φάρυγγα επί της επιγλωτίδας και των επιγλωτιδικών πτυχών
- Στους ρώθωνες
- Στους βλεννογόνους των γεννητικών οργάνων
- Στα τοιχώματα του κόλπου και στον τράχηλο της μήτρας.

(Στρατηγός Ι.,2004)

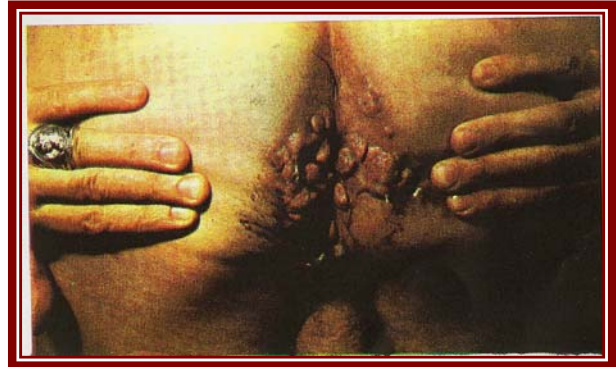
Μορφολογία: (Συνήθης μορφές)

- Η συφιλιδική όνυξη και περιόνυξη
- Μικροβλατιδώδες συφιλιδικό εξάνθημα, λειχηνοειδές ή ακμοειδές. Εμφανίζεται μετά το δέκατο χρόνο από τη μόλυνση και σε οποιοδήποτε σημείο.

Σπάνιες μορφές

- **Πλατέα κονδυλώματα.** Εμφανίζονται ιδιαίτερα σε μελαμψούς ανθρώπους και εντοπίζονται κυρίως στην περιπρωκτική χώρα.
- **Φλυκταινώδες συφιλιδικό εξάνθημα.** Σήμερα είναι άγνωστο. Μία κλινική παραλλαγή του εξανθήματος αυτού όψιμως εμφανιζόμενη είναι το συφιλιδικό ρύπασμα. (Στρατηγός Ι.,2004)

Εικόνα 3. Συφιλιδικές πλάκες πρωκτού.
Πηγή: Κανιτάκης Κ.,1978



- Φλυκταινώδες συφιλιδικό εξάνθημα.

Εντοπίζεται στα κάτω άκρα, κυρίως επί καχεκτικών ατόμων. Άτομα που πάσχουν από φυματίωση ή ανοσοκαταστολή (AIDS).



**Εικόνα 11. Περίπτωση HIV λοίμωξης σε έδαφος Όψιμης Σύφιλης.
Πηγή: Αρχείο: Ι.Δ. Στρατηγού,2004**

Λεικομελανοδερμίες.

Τα όψιμος εμφανιζόμενα εξανθήματα της δευτερογόνου σύφιλης είτε είναι συνέχεια και προέκταση των προΐμων εμφανιζόμενων εξανθημάτων είτε είναι εξανθήματα εμφανιζόμενα μετά την ύφεση και υποσττροφή των εκδηλώσεων της πρώιμης σύφιλης. Χαρακτηρίζονται ως εξανθήματα της πρώιμης κακοήθους σύφιλης. **Τα εξανθήματα αυτά που εμφανίζονται κατά το τέλος του 2^{ου} έτους είναι τα ακόλουθα.**

- Το μικροβλατιδώδες θυλακικό
- Το νεκρωτικό
- Το φλυκταινώδες και συφιλιδικό ρύπασμα

(Στρατηγός Ι.,2004)

1.8.5. Συστηματικές εκδηλώσεις δευτερογόνου σύφιλης.

- **Διάσπαρτη λεμφαδενίτιδα.** Οι υπερκλείδιοι, οι μασχالياίοι, οι επιτραχήλιοι, οι βουβωνικοί είναι διογκωμένοι, σκληροί και ευκίνητοι. Καμία φορά ο σπλήνας ψηλαφάτε διηθημένος. Γενικευμένη λεμφαδενίτις εμφανίζεται στο 50% των περιπτώσεων .
- **Συφιλιδική ηπατίτιδα**

- **Σπειραματονεφρίτιδα και νεφρωσικό σύνδρομο.** Σε περίπτωση που δεν γίνει θεραπεία, η νεφρική λειτουργία αποκαθίσταται προοδευτικά από μόνη της.
- **Περιοσπιτίτιδα.** Είναι συχνή προσβολή. Αρχίζει με πόνους στην κνήμη. Ακτινογραφικώς παρατηρούνται κάποιες αλλοιώσεις οι οποίες όμως αποκαθίστανται σε εννέα περίπου μήνες από το τέλος της θεραπείας.
- **Αρθρίτιδα και ορογονίτιδα.** Υπολογίζεται στο 6% των περιπτώσεων δευτερογόνου σύφιλης η αρθραλγία σε αντίθεση με την αρθρίτιδα ή ορογονίτιδα συφιλιδικής αιτιολογίας η οποία είναι σπάνια αλλά και ανώδυνη.
- **Ιροκλιδίτιδα**
- **Νευρολογικές εκδηλώσεις δευτερογόνου σύφιλης.** Εμφανίζονται επιπλοκές από τα ότα. Η λειτουργία της ακοής όμως αποκαθίσταται μετά την εφαρμογή της θεραπείας.
- **Παρωτίτιδα.** (Στρατηγός Ι.,2004)

Συστηματικές εκδηλώσεις
Δευτερογόνου σύφιλης

- Διάσπαρτη λεμφαδενίτιδα
- Συφιλιδική ηπατίτιδα
- Σπειραματονεφρίτιδα και νεφρωσικό σύνδρομο
- Περιοσπιτίτιδα
- Αρθρίτιδα και ορογονίτιδα
- Ιροκλιδίτιδα
- Νευρολογικές εκδηλώσεις δευτερογόνου σύφιλης
- Παρωτίτιδα

1.9. ΛΑΝΘΑΝΟΥΣΑ ΣΥΦΙΛΗ (Latent Syphilis)

Λανθάνουσα σύφιλη είναι το στάδιο εκείνο κατά το οποίο δεν υπάρχουν κλινικά συμπτώματα η σημεία 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 την σύφιλη είναι θετικές. Το εγκεφαλονωτιαίο υγρό είναι φυσιολογικό. Η πρώιμη

λανθάνουσα σύφιλη (διάρκεια < 2 χρόνων) διακρίνεται από την όψιμη λανθάνουσα με βάση τη διάρκεια της λοίμωξης. **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. **Μία έγκυος γυναίκα με λανθάνουσα μορφή της νόσου μπορεί να μολύνει το έμβρυο με αποτέλεσμα την εκδήλωση συγγενούς σύφιλης στο νεογνό.** (Κασιμάτης Β.,1991, Fitzpatrick T, Richard J.,2003, Καλογερόπουλος Α.,1996)

1.10. ΤΡΙΤΟΓΟΝΟΣ ΣΥΦΙΛΗ

Διάρκεια των βλαβών. Στην μη αντιμετωπισθείσα σύφιλη, 15% των ασθενών αναπτύσσουν όψιμη καλοήγη σύφιλη, κυρίως με δερματικές βλάβες. Η τριτόγονος σύφιλη είναι σήμερα πολύ σπάνια. Παλαιότερα, οι ασθενείς που προσέρχονταν με τριτόγονο σύφιλη έδιναν ιστορικό ύπαρξης βλαβών διάρκειας 3 έως και 7 ετών εύρος 2 έως 60 έτη). **Τα κομμώματα αναπτύσσονται από το 15^ο έτος.** (Κασιμάτης Β.,1991, Fitzpatrick T, Richard J.,2003, Καλογερόπουλος Α.,1996)

1.10.1.Στην όψιμη συμπτωματική (τριτόγονο) σύφιλη ταξινομούνται:

1. Οι δερματοβλεννογόνιες συφιλιδικές αλλοιώσεις της όψιμης σύφιλης
 2. Η σύφιλη των οστών
 3. Η σύφιλη των σπλάχνων, πνευμόνων και ήπατος
 4. Η καρδιαγγειακή σύφιλη
 5. Η νευροσύφιλη και η προσβολή των οφθαλμών.
- (Στρατηγός Ι.2004)

Εκδηλώσεις όψιμης συμπτωματικής.

Εκδηλώσεις από το δέρμα: Οζίδιο - ελκωτικές συφιλίδες. Προσομοιάζουν με βλάβες κοινού λύκου (φυματίωση του δέρματος). Οζίδια και πλάκες με ουλές, που παρουσιάζουν κεντρική ίαση, με η χωρίς ψωριασιόμορφα λέπια και με η χωρίς εξέλκωση. Τυπικά, και σε αντίθεση με τον κοινό λύκο, οι συφιλίδες δεν υποτροπιάζουν σε θέσεις ούλων, αλλά κυρθώς στην περιφέρεια τους. Επιπλέον οι συφιλίδες δεν είναι μαλακές αλλά υπόσκληρες. Ομαδοποιημένες βλάβες, οφιοειδείς,

δακτυλιοειδείς, πολυκυκλικές, με κτενιοειδή όρια. Μονήρεις μεμονωμένες βλάβες: Εντοπίζονται στα αντιβράχια (εκτατικές επιφάνειες), στη ράχη ή στο πρόσωπο. (Κασιμάτης Β.,1991, Fitzpatrick T, Richard J.,2003, Καλογερόπουλος Α.,1996)

Εκδηλώσεις από το δέρμα

<u>Συμπτώματα</u> <u>Εντοπισμός</u>	<u>Χαρακτηριστικά</u>
<ul style="list-style-type: none"> • Οξίδιο-ελκωτικές συφιλίδες 	<ul style="list-style-type: none"> α. Με η χωρίς ψωριασιόμορφα λέπια β. Με η χωρίς εξέλκωση γ. Δεν υποτροπιάζουν σε θέσεις ούλων Υποτροπιάζουν στην περιφέρεια ε. Είναι υπόσκληρες δ. Ομαδοποιημένες βλάβες
<ul style="list-style-type: none"> • Οφιοειδείς • Δακτυλιοειδείς • Πολυκυκλικές 	<ul style="list-style-type: none"> α. Κτενιοειδή όρια
<ul style="list-style-type: none"> • Μονήρεις και 1. Στα αντιβράχια • Μεμονωμένες βλάβες 2. Στη ράχη ή 3. Στο πρόσωπο 	

Φυματο-οζώδες Συφιλιδικό εξάνθημα. Όψιμη σύφιλη (τρίτογονος). Κνήμες
 Πηγή: Αρχείο: Ι.Δ.
 Στρατηγού,2004



Κομμιώματα. Ο όρος κομμίωμα (στα λατινικά: « gum ») περιγράφει έναν όγκο ελαστικής σύστασης η μία εν τω βάθει κοκκιωματώδη βλάβη που βρίσκεται στο υπόδερμα και παρουσιάζει τάση για νέκρωση και εξέλκωση. **Οξίδιο με εξέλκωση. Μεμονωμένες βλάβες. Εντοπίζονται οπουδήποτε, αλλά κυρίως στο τριχωτό της κεφαλής, στο πρόσωπο, στο στήθος** (στερνοκλειδική χώρα) και στη γαστροκνήμια . (Κασιμάτης Β.,1991, Fitzpatrick T, Richard J.,2003, Καλογερόπουλος Α.,1996)



Εικόνα 13. Κομμιώματα κνημών (Οψιμος Τριτόγονος Σύφιλη). Πηγή: Αρχείο: Ι.Δ. Στρατηγού,2004

1.10.2. Εκδηλώσεις από συστήματα και όργανα.

Σύφιλη των οστών.

Μακρά οστά. Η κνήμη προσβάλλεται συχνότερα.

Πλατέα οστά. Αρχικά προσβάλλεται το μετωπιαίο οστό και στη συνέχεια διηθούνται οι μήνιγγες και ο εγκέφαλος από τους κομμιωματώδεις ιστούς.

Στερνικό άκρο της κλείδας. Διηθείται έχοντας τη μορφή όζου, σκληρού και ανώδυνου.

Υπερώα. Σοβαρές επιπτώσεις έχει η ανάπτυξη κομμιώματος στην υπερώα. Αφού καταστραφούν οι ιστοί επακολουθεί καθίζηση του ρινικού διαφράγματος, καθίζηση της ρινός και δυσσομία στόματος και ρινός, εξαιτίας της εξελκώσεως των ιστών.

Αρθρώσεις. Προσβάλλονται συχνότερα σε αυτό το στάδιο απ' ότι επί δευτερογόνου σύφιλης. (Στρατηγός Ι.,2004)

Εκδηλώσεις στα οστά

- Μακρά οστά
- Πλατέα οστά
- Στερνικό άκρο της κλείδας
- Υπερώα
- Αρθρώσεις

Καρδιαγγειακή σύφιλη.

Η καρδιαγγειακή σύφιλη εμφανίζεται 5-40 χρόνια μετά την πρωτογενή λοίμωξη.

Εκδηλώσεις: Προσβάλλονται κυρίως οι μεγάλες αρτηρίες αορτή, η ανιούσα κυρίως αορτή, το αορτικό τόξο και λιγότερο η κατιούσα αορτή. Σπάνια προσβάλλονται και οι φλέβες. Το αποτέλεσμα είναι να προκληθεί μια αορτίτιδα με συνηθέστερα συμπτώματα το σθηθαγχικό άλγος κατά τη σωματική προσπάθεια. Η πιο συνηθισμένη επιπλοκή της συφιλιδικής αορτίτιδας είναι το ανεύρυσμα της ανιούσης αορτής. (Στρατηγός Ι.,2004)

Σημεία προσβολής

- Αορτή (κυρίως η ανιούσα)
- Αορτικό τόξο
- Κατιούσα αορτή (λιγότερο)
- Φλέβες (σπάνια προσβολή)

Διάγνωση. Η διάγνωση της συφιλιδικής αορτοπάθειας στηρίζεται κυρίως στα κλινικά ευρήματα της αορτικής ανεπάρκειας. Αυτά είναι:

- 1) Ο σφυγμός του Corigan:** Μπορεί να εντοπιστεί στον τράχηλο κατά την επισκόπηση με το λεγόμενο χορό των καρωτίδων. Στο φαινόμενο αυτό ο όγκος παλμού που εκτοξεύεται από την αριστερή κοιλία είναι υπερβολικά αυξημένος . Αυτό οδηγεί σε αύξηση της συστολικής πίεσης .

- 2) **Καταγράφεται μεγάλη διαφορική πίεση.** Ο άρρωστος μπορεί να έχει συστολική πίεση 170-180 mmHg, η δε διαστολική του μπορεί να φτάνει μέχρι το μηδέν. (Στρατηγός Ι.,2004)

Η διάγνωση μπορεί ακόμα να βοηθηθεί από:

1. Το ηλεκτροκαρδιογράφημα
2. Το υπερηχογράφημα
3. Την αξονική και την μαγνητική που όμως δεν είναι απολύτως απαραίτητες.

Θεραπεία. Στους πάσχοντες πρέπει να δοθεί πενικιλλινοθεραπεία με ειδικό σχήμα και χημειοπροφύλαξη.

Σε καρδιακή ανεπάρκεια χορηγούνται διουρητικά, δακτυλίτιδα, αγγειοδιασταλτικά και νιτρώδη. (Στρατηγός Ι.,2004)

Νευροσύφιλη.

Η κλινική ταξινόμηση της Νευροσύφιλης είναι η εξής.

- 1) **Πρώιμος Νευροσύφιλη**
- 2) **Οξεία μηνιγγίτιδα** (κατά τη διάρκεια της πρώιμου επίκτητου συφιλίδος) μετά τις πρώτες 4-5 εβδομάδες από την ημέρα της μόλυνσεως και κατά την περίοδο του συφιλιδικού έλκους.
- 3) **Ασυμπτωματική Νευροσύφιλη**
- 4) **Όψιμη Νευροσύφιλη** (μετά από δύο χρόνια και παραπάνω) η οποία περιλαμβάνει:

- Χρόνια μηνιγγο-αγγειακή σύφιλη
 - Προϊούσα γενική παράλυση
 - Νωτιάδα φθίση
 - Διάφορες αταξινόμητες άτυπες μορφές.
- (Στρατηγός Ι.,2994)

Πρόγνωση. Η πρόγνωση γενικός δεν είναι καλή.

Εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την έγκαιρη έναρξη της θεραπείας.

Θεραπεία. Σε πρώιμη μορφή νευροσυφιλίδος η θεραπεία πλέον είναι πιο απλή. Σε όψιμη νευροσύφιλη με βλάβες στο νευρικό ιστό μη ανατάξιμες, τα αποτελέσματα της θεραπείας είναι απογοητευτικά. (Στρατηγός Ι.,2004)

1.11. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΥΦΙΛΗΣ

Η θεραπεία της σύφιλης στις μέρες μας είναι πολύ απλή και βασίζεται στη χρήση **αντιβιοτικών (Πενικιλίνης)**

Αυτό πραγματοποιείται:

- Με τη χρήση μίας μοναδικής υψηλής δόσης ή
- Με την τακτική χορήγηση της για διάστημα μερικών ημερών ή εβδομάδων. (Χρυσή Υγεία.,2002)

Η θεραπεία αυτή είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική , διότι προκαλεί **μαζική καταστροφή όλων των σπειροχαιτών**. Αυτό σε μερικούς ασθενείς μπορεί να προκαλέσει μία έντονη αντίδραση, η οποία εμφανίζεται μέσα σε λίγες ώρες από την ένεση, αλλά όμως υποχωρεί μέσα σε λίγες ημέρες. **Η θεραπεία αναχαιτίζει μεν τη λοίμωξη, αλλά παρόλα αυτά μπορεί να παραμείνουν οι οργανικές βλάβες που προκλήθηκαν από την ασθένεια σε προηγούμενες φάσεις.** (Χρυσή Υγεία.,2002)

ΓΟΝΟΚΟΚΚΙΚΗ ΟΥΡΗΘΡΙΤΙΔΑ

- Εντοπισμένη λοίμωξη
- Φυσική πορεία νόσου
- Κλινική εικόνα στους άνδρες
- Κλινική εικόνα στις γυναίκες
- Επιπλοκές στους άνδρες
- Επιπλοκές στις γυναίκες
- Επιπλοκές και στα δύο φύλλα
- Διάχυτη γονοκοκκική λοίμωξη

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2°

ΕΝΤΟΠΙΣΜΕΝΗ ΛΟΙΜΩΞΗ (ΓΟΝΟΚΟΚΚΙΚΗ ΟΥΡΗΘΡΙΤΙΔΑ) ΚΑΙ ΔΙΑΧΥΤΗ ΓΟΝΟΚΟΚΚΙΚΗ ΛΟΙΜΩΞΗ (Localized Infection Gonorrhoea) & (Disseminated Gonococcal Infection)

Α. ΕΝΤΟΠΙΣΜΕΝΗ ΛΟΙΜΩΞΗ



Εικόνα 3. Εντοπισμένη γονοκοκκική Ουρηθρίτιδα.

Πηγή: www.thebody.com/15/1/08

Εικόνα. Ο γονόκοκκος *Neisseria gonorrhoeae* όπως φαίνεται στο ηλεκτρονικό μικροσκόπιο
Πηγή: Χρυσή Υγεία.,2002

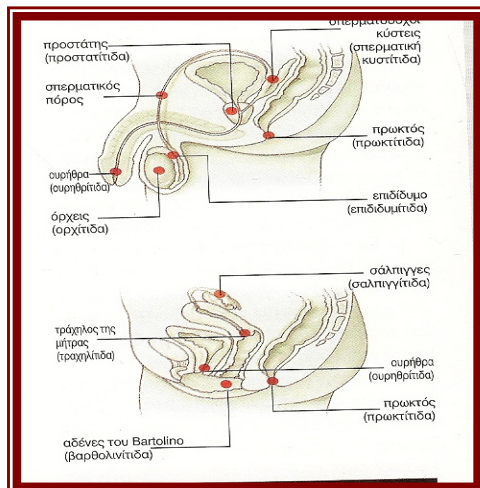


Η *N.gonorrhoeae* είναι παθογόνος μικροοργανισμός μόνο για τον άνθρωπο. Δεδομένου ότι το μικρόβιο δεν είναι ικανό να επιβιώσει πολύ καιρό μακριά από το ανθρώπινο σώμα, η μετάδοση προκαλείται με την άμεση επαφή με άτομα που έχουν προσβληθεί και μόνο σε εξαιρετικές περιπτώσεις μ' έμμεσο τρόπο μέσω μολυσμένων στοιχείων. (Χρυσή Υγεία.,2002)

Μεταδίδεται από άτομο σε άτομο σχεδόν αποκλειστικά με τη σεξουαλική επαφή (κολπική, πρωκτική και στοματικό σεξ). Από τον τύπο της σεξουαλικής πρακτικής που χρησιμοποιήθηκε κατά τη στιγμή της μετάδοσης, εξαρτάται και η έδρα της λοίμωξης. *Επιπλέον μεταδίδεται από τη πάσχουσα έγκυο στο κύημα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μέσω του αμνιακού σάκου και ακόμα συχνότερα κατά τη διάρκεια του τοκετού. Αυτό συμβαίνει εξαιτίας της επαφής μεταξύ των μολυσμένων βλεννογόνων των γεννητικών οργάνων της μητέρας και των βλεννογόνων των ματιών του παιδιού, περίπτωση στην οποία η έδρα της ασθένειας είναι τα μάτια του παιδιού.* (Στρατηγός Ι.,2004, Χρυσή Υγεία.,2002)

Η πιθανότητες να μολυνθεί ένας άνδρας μετά από σεξουαλική επαφή με μολυσμένη γυναίκα είναι **30-35%** περίπου. Η πιθανότητα όμως να μολυνθεί μία γυναίκα μετά από σεξουαλική επαφή με μολυσμένο άνδρα είναι μεγαλύτερη και κυμαίνεται περίπου στο **50%**. (Στρατηγός Ι.,2004)

Η γονοκοκκική ουρηθρίτιδα προσβάλλει τις βλεννογονοδερματικές επιφάνειες **του κατώτερου ουροποιογεννητικού συστήματος, του πρωκτού, του ορθού και του στοματοφάρυγγα. Στους άνδρες η πιο συχνή εκδήλωση είναι ένα πύοδες ουρηθρικό έκκριμα. Στις γυναίκες, η τραχηλική λοίμωξη είναι συχνότερη και είναι συνήθως ασυμπτωματική. Εάν μείνει χωρίς θεραπεία, η λοίμωξη μπορεί να επεκταθεί σε βαθύτερες δομές με **σχηματισμό αποστημάτων και διάσπαρτη γονοκοκκική λοίμωξη. Ωστόσο η επινέμηση της νόσου σε άλλους ιστούς μπορεί να επιφέρει σοβαρές δυσλειτουργίες όπως η στείρωση και η τύφλωση.** (Ιωακίμίδης Π.,1999)**

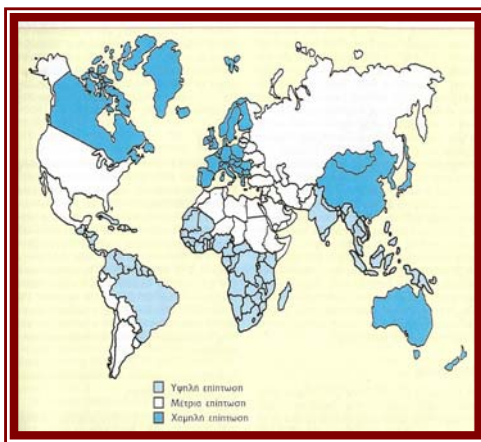


Σχήμα. Συνήθης εντοπισμός των γονοκοκκικών βλαβών σε άνδρες και γυναίκες.

Πηγή: Χρυσή Υγεία.,2002

2.1. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Από το **1960 έως το 1975** περίπου, η βλεννόρροια ήταν το συχνότερο σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα σε όλα τα ανεπτυγμένα κράτη. Τα άτομα που νοσούν συχνότερα είναι ηλικίας **15-35 ετών**. Στις γυναίκες η συνηθέστερη ηλικία προσβολής είναι **μεταξύ 20-24 ετών**. Οι άνδρες προσβάλλονται συχνότερα λόγω της εντονότερης ερωτικής δραστηριότητας. Σε πρόσφατες μελέτες που έγιναν στη Βρετανία διαπιστώθηκε ότι οι έγχρωμοι ξένης εθνικότητας έχουν αυξημένο κίνδυνο να νοσήσουν από βλεννόρροια ανεξάρτητα από την κοινωνικοοικονομική τους θέση. (Στρατηγός Ι., Στεφάνου Θ., 1987)



Εικόνα 2. Γεωγραφική κατανομή της γονοκοκκικής ουρηθρίτιδας
Πηγή: Στρατηγός Ι., 2004

<u>Ηλικίες (έτη)</u>	<u>Άρρενες</u>	<u>Θήλεις</u>	<u>Σύνολο</u>	
-9	-	2	2	
10-14	3	10	13	
15-19	2.720	320	3.040	
20-24	3.945	977	4.922	25-29
2.464	964	2.428		
30-34	1.835	760	2.595	35-49
1.195	375	1.570		
50+	525	155	680	<u>Σύνολο</u>
<u>12.687</u>	<u>3.563</u>	<u>16.250</u>		

ΠΙΝΑΚΑΣ 4. Κατανομή περιπτώσεων βλεννόρροιας καθ' ηλικία και φύλο, 1980-1984.

Πηγή: Στρατηγός Ι., Στεφάνου Θ., 1987

ΕπαγγέλματαΒλεννόρροια

Αγρότες – γεωργοί	844
Εργάτες – τεχνίτες	4.277
Μαθητές – σπουδαστές	
Φοιτητές	2.232
Ναυτικοί	1.878
Οικιακά	706
Στρατιώτες – στρατιωτικοί	1.347
Υπάλληλοι (διάφοροι)	2.128
Εκδιδόμενα πρόσωπα	43
Ομοφυλόφιλοι	11
Άνεργοι	828
Λοιπά	1.956
Σύνολο	16.250

**ΠΙΝΑΚΑΣ 5. Κατανομή περιπτώσεων
βλεννόρροιας κατά επάγγελμα, 1980-1984**
Πηγή: Στρατηγός Ι., Στεφάνου Θ.,1987

<u>Έτη</u>	<u>Α</u>	<u>%</u>
1980	2.914	17,4
1981	3.610	22,4
1982	3.208	19,5
1983	3.278	20,8
1984	3.240	19,9
Σύνολο	79.705	100,0

**ΠΙΝΑΚΑΣ 2. Κατανομή βλεννόρροιας
κατ' έτος, 1980-1984**
Πηγή: Στρατηγός Ι., Στεφάνου Θ.,1987

<u>Έτη</u>	<u>Νομός Αττικής</u>	<u>Υπόλοιπη χώρα</u>
1980	34,7	28,9
1981	57,5	28,5
1982	36,8	31,0
1983	30,8	34,8
1984	29,6	33,5

ΠΙΝΑΚΑΣ 3. Συχνότητα βλεννόρροιας σε 100.000 κατοίκους στην Αττική και την υπόλοιπη χώρα, 1980-1984

Πηγή: Στρατηγός Ι., Στεφάνου Θ.,1987

2.2. ΦΥΣΙΚΗ ΠΟΡΕΙΑ ΝΟΣΟΥ

Η γονοκοκκική λοίμωξη διακρίνεται σε τρεις κλινικούς τύπους κατά τη φυσική πορεία της νόσου. Αυτοί οι τύποι είναι οι εξής :

- A. Οξεία γονοκοκκική λοίμωξη**
- B. Χρόνια γονοκοκκική λοίμωξη**
- Γ. Ασυμπτωματική βλεννόρροια**

Η οξεία βλεννόρροια *διαρκεί από δύο έως έξι εβδομάδες*
Η πιο συνηθισμένη μορφή της ασθένειας είναι η ουρηθρίτιδα, η οποία αρχικά εκδηλώνεται με:

- **Αίσθημα ανάγκης για ούρηση**
- **Κάψιμο κατά την ούρηση και**
- **Πόνος κατά τη στιγμή της ούρησης**
 (Χρυσή Υγεία.,2002)

Η διάρκεια ποικίλει από λίγες ώρες μέχρι 1-2 ημέρες. (Χρυσή Υγεία.,2002)

Η χρόνια βλεννόρροια (μετά την οξεία) χαρακτηρίζεται από άμβλυση των υποκειμενικών και αντικειμενικών συμπτωμάτων. Η αλλαγή αυτή γίνεται προοδευτικά και αφού περάσουν γύρω στις **8 εβδομάδες**. Η ασυμπτωματική βλεννόρροια δεν έχει εμφανή συμπτωματολογία και χαρακτηρίζεται σε μεγάλο βαθμό από *οροβλεννώδεις εκκρίσεις οι οποίες συνοδεύονται από αίσθημα βάρους και ήπιου άλγους περιοδικός.*

Υπάρχει κίνδυνος να επεκταθεί η λοίμωξη και να προκαλέσει σαλπινγίτιδα, που όταν είναι αμφίπλευρη μπορεί να προκαλέσει κατάσταση στειρότητας. Επίσης είναι πιθανό να εμφανισθούν αποστήματα στα γεννητικά όργανα και ακόμη πιο σοβαρό πυελοπεριτονίτιδα. (Χρυσή Υγεία.,2002)

Εκδηλώσεις Πυελοπεριτονίτιδας

1. Πυρετός
1. Έντονοι πόνοι στην κοιλιακή χώρα

2.3. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΒΛΕΝΝΟΡΡΟΙΑΣ ΣΤΟΥΣ ΑΝΔΡΕΣ

Περίοδος επώασης: Το 90% των ανδρών αναπτύσσουν ουρηθρίτιδα μέσα σε 5 ημέρες από την έκθεση. (Ιωακιμίδης Π.,1999, Παπαλουκάς Χ.Α.,1985, Φραγκίσκος Ι., Χανιώτης Δ., Χανιώτης Ι.,2002)

Κλινικές εκδηλώσεις στους άνδρες: Ουρηθρικό έκκριμα που κυμαίνεται από λίγο και διαυγές έως πύωδες και άφθονο. Οίδημα της ακροπροσθίας ή του πέους βαλανοποσθίτιδα με έκκριμα υπό την ακροπροσθία στους μη περιτομηθέντες άνδρες. Αίσθημα κνησμού το οποίο μεταπίπτει σε αίσθημα καύσου και πόνου. Η δυσουρία είναι σύννηθες φαινόμενο, ενώ η αιματουρία ή η έκκριση αιματηρού εκκρίματος είναι ασυνήθης. Μετά από 2-6 εβδομάδες τα συμπτώματα αμβλύνονται και η νόσος μεταπίπτει στη φάση της χρόνιας βλεννόρροιας. (Ιωακιμίδης Π.,1999, Παπαλουκάς Χ.Α.,1985, Χανιώτης Δ., Χανιώτης Ι.,2002, Στρατηγός Ι.,2004)

Εικόνα 3. Γονοκοκκική λοίμωξη στον άνδρα.
Πηγή: Στρατηγού Ι.Δ.,2004



2.4. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΒΛΕΝΝΟΡΡΟΙΑΣ ΣΤΙΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ

Περίοδος επώασης: Ο χρόνος επώασης στις γυναίκες συνήθως είναι πάνω από 2 εβδομάδες όταν η λοίμωξη είναι

συμπτωματική. Παρόλα αυτά το **75% των γυναικών είναι ασυμπτωματικές.**

Κλινικές εκδηλώσεις στις γυναίκες: Η βλεννόρροια στις γυναίκες στην αρχική φάση των **3-6 εβδομάδων** εμφανίζει ήπια συμπτωματολογία. Παρατηρούνται **αυξημένες εκκρίσεις** η οποίες όμως αφορά το **40-60%**. Μετά από **4-6 εβδομάδες ακολουθεί πυώδες έκκριση** και φλεγμονώδης επιπέμηση της μολύνσεως εις τους περιουριθρικούς ιστούς, εις τους θυλάκους των τριχών του εφηβαίου. Το πυώδες έκκριμα εντοπίζεται στο στόμιο της ουρήθρας του τραχήλου της μήτρας και στον πρωκτό, όχι όμως κολπίτιδα. Τα συμπτώματα αυτά συνοδεύονται από **αίσθημα βάρους, αίσθημα προπτώσεως των γεννητικών οργάνων και ισχυρού πόνου προοδευτικά εγκατεστημένου.** Μετά πάροδο **6-7 εβδομάδες** οι εκκρίσεις περιορίζονται, η υποκειμενική ενόχληση περίπου εκμηδενίζεται και το άτομο μεταπίπτει στη χρόνια φάση της νόσου. (Ιωακίμης Π.,1999, Παπαλουκάς Χ.Α.,1985, Φραγκίσκος Ι., Χανιώτης Δ., Χανιώτης Ι., 2002, Στρατηγός Ι.,2004)



Εικόνα 4. Γονοκοκκική λοίμωξη στις γυναίκες
Πηγή:www.ongvisar.org.br,15/1/08

2.5. ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΑΠΟ ΓΟΝΟΚΟΚΚΙΚΗ ΛΟΙΜΩΞΗ ΣΤΟΥΣ ΑΝΔΡΕΣ.

Οι επιπλοκές στους άνδρες με λοίμωξη από γονόκοκκο διακρίνονται σε

- A. Ήσσανος και**
- B. Μείζονος σημασίας**

2.5.1. Επιπλοκές ήσσανος σημασίας:

Στην κατηγορία των ήπιων επιπλοκών διακρίνουμε **τη φλεγμονή των Τυσονίων αδένων.** Άλλες ήπιες επιπλοκές είναι:

- **Η μόλυνση των περιουρηθρικών ιστών και**

- Η μόλυνση και φλεγμονή των κωπηρείων αδένων. Η μόλυνση αυτή επιτείνει το άλγος με αποτέλεσμα τη δημιουργία αποστήματος. (Στρατηγός Ι.,2004)

Φλεγμονή και αποστήματα

- παραουρηθρικών αδένων και πόρων
- αδένων Tyson
- αδένων Littre

Περιουρηθρική φλεγμονή και απόστημα

Στενώματα ουρήθρας

Φλεγμονή και αποστήματα αδένων Cowper

Επιδιδυμίτιδα

ΠΙΝΑΚΑΣ 8. Τοπικές επιπλοκές της βλεννόρροιας στον άνδρα

Πηγή: Στρατηγός Ι., Στεφάνου Θ.,1987

2.5.2. Επιπλοκές μείζονος σημασίας:

Στην κατηγορία των επιπλοκών μείζονος σημασίας ανήκουν η *επιδιδυμίτιδα και η ορχεοεπιδιδυμίτιδα*. Το οίδημα του οσχέου και η φλεγμονή του όρχεος αποτελεί ενίοτε βασικό σύμπτωμα για τη διάγνωση της βλεννόρροιας. Αποτέλεσμα της επιπλοκής αυτής είναι η *στείρωση* εάν η μόλυνση είναι *αμφοτερόπλευρη και η θεραπεία καθυστερημένη*. Άλλη *σοβαρή επιπλοκή είναι η προστατίτιδα με κύριο σύμπτωμα τον ισχυρό πόνο*. Η χρόνια προστατίτιδα δεν σχετίζεται με γονοκοκκική λοίμωξη. (Στρατηγός Ι., 2004)

2.6. ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΑΠΟ ΓΟΝΟΚΟΚΚΙΚΗ ΛΟΙΜΩΞΗ ΣΤΙΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ

Μετά από διάστημα *3-4 εβδομάδων* παρατηρείται επέκταση της μόλυνσεως σε *όλους τους ιστούς και τους επιχωρίους αδένες*. Οι επιπλοκές που μπορεί να εμφανίσουν οι γυναίκες είναι οι ακόλουθες: (Στρατηγός Ι., 2004)

- Βαρθολινίτιδα
- Φλεγμονή των περιουρηθρικών αδένων (Skene).
- Εξαρτηματίτις και Πυελική νόσος
- Οξεία αιδιοκολπίτις των «ανήβων κορασίδων»
- Γονοκοκκική κολπίτις

Βαρθολινίτις.

Κλινική εικόνα: Η μόλυνση των βαρθολίνειων αδένων χαρακτηρίζεται αρχικά από την φλεγμονή των στομίων. Άλλα συμπτώματα είναι

Συμπτώματα βαρθολινίτιδας

- Φλεγμονή των στομίων
- Έντονος πόνος στους αδένες
- Υπέμετρα διογκωμένος αδένας, σφαιρικού σχήματος
- Πυώδες έκκριμα το οποίο εμφανίζεται στο κάτω μέρος του προδρόμου του κόλπου

(Στρατηγός Ι.,2004)

Φλεγμονή περιουρηθρικών αδένων.

Κλινική εικόνα: Οι αδένες φλεγμαίνουν σε αρχικό στάδιο χωρίς όμως έντονη συμπτωματολογία. Παρατηρούνται τα εξής κλινικά χαρακτηριστικά

Χαρακτηριστικά φλεγμονής

- Τα χείλη του αιδοίου ξεραίνονται
- Η χροιά του αιδοίου είναι ερυθρά
- Διόγκωση των σμηγματογόνων αδένων
- Οι τριχοσμηγματογόνοι θύλακοι του εφηβαίου και των τριχών του αιδοίου μολύνονται, φλεγμαίνουν και σε ορισμένα σημεία διαπυούνται
- Πρόκειται περί γονοκοκκικής θυλακίτιδος

(Στρατηγός Ι.,2004)

Εξαρτηματίτις και Πυελική νόσος.

Είναι μία επιπλοκή σοβαρή η οποία φτάνει **το 10% των περιπτώσεων και οδηγεί στη στέρωση ή την εξωμήτριο κύηση.** Η πυελική νόσος που οφείλεται στο γονόκοκκο εγκαθίσταται μόνο αν δεν εφαρμοστεί η θεραπευτική αγωγή.

Η διασπορά γίνεται κυρίως δια μέσου των σαλπίγγων (εξαρτηματίτης) οι οποίες φλεγμαίνουν και συνοδεύεται από ισχυρό πόνο, μόνο στην περίπτωση που ο γονόκοκκος έχει κατακλίσει τον τράχηλο και τους ενδομητρικούς ιστούς. Η διασπορά μπορεί να γίνει και μέσο της λέμφου. (Στρατηγός Ι.,2004)

Οξεία αιδιοκολπίτις.

Τα αίτια της οξείας αιδιοκολπίτις είναι τα εξής:

- 1). Σεξουαλική παρενόχληση ή**
- 2). Τυχαία μόλυνση σε οικογένειες με κακές συνθήκες υγιεινής**

Κλινικές εκδηλώσεις:

- Πυώδες έκκριμα από τον κόλπο ή λευκόρροια
- Αίσθημα καύσου
- Δυσουρία

Γενικά συμπτώματα

- Αδιαθεσία
- Κόπωση ή μέτριος πυρετός
- Πόνος στο κάτω μέρος της κοιλιάς (μπορεί να αντανακλά στην πλάτη).

(Στρατηγός Ι.,2004, Χρυσή Υγεία.,2002)

4.5.4.Γονοκοκκική κολπίτις.

***Κλινική εικόνα:** Η γονοκοκκική κολπίτιδα συνήθως έχει χρόνια εξέλιξη και δεν δημιουργεί εμφανή συμπτώματα στην ενήλικη γυναίκα σε αντίθεση με τα κορίτσια και τις έφηβους που προκαλεί άφθονη κιτρινωπή λευκόρροια και έντονη φλεγμονή του βλεννογόνου των γεννητικών οργάνων. Η συμπτωματολογία στη γονοκοκκική κολπίτιδα κατά την οξεία φάση χαρακτηρίζεται από:*

- Πυώδες έκκριση από τον κόλπο
- Αίσθημα καύσου και
- Δυσουρία (Στρατηγός Ι.,2004)

4.7. ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΓΟΝΟΚΟΚΚΙΚΗΣ ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΚΑΙ ΤΑ ΔΥΟ ΦΥΛΛΑ

Οι επιπλοκές αυτές που μπορούν να εντοπιστούν και στους άνδρες αλλά και στις γυναίκες και οφείλονται στο γονόκοκκο είναι οι εξής:

- Το σύνδρομο Fitz-Hugh-Curtis
- Γονοκοκκική πρωκτίτις
- Γονοκοκκική στοματο-φαρυγγίτις. (Στρατηγός Ι.,2004)

Σύνδρομο Fitz-Hugh-Curtis

Το σύνδρομο αυτό θεωρείται επέκταση της πυελικής νόσου και οφείλεται στα χλαμύδια ή στο γονόκοκκο. Η μετάδοση του γονόκοκκου γίνεται κυρίως μέσω του λεμφικού δικτύου *στο περιτόναιο και στους ιστούς γύρω από το ήπαρ.* (Στρατηγός Ι.,2004)

Κλινικές εκδηλώσεις:

Χαρακτηρίζεται από *έντονο άλγος* και συνοδεύεται από *βήχα και δυσχέρεια της αναπνοής.* Αυτός ο φλεγμονώδης τύπος περί-ηπατίτιδας εμφανίζεται σε συχνότητα 1-10% σε γυναίκες με πυελική νόσο, αλλά έχει παρατηρηθεί και στους άνδρες. (Στρατηγός Ι.,2004)

Γονοκοκκική πρωκτίτις

Η γονοκοκκική πρωκτίτις εμφανίζεται σε *γυναίκες και ομοφυλόφιλους άνδρες με:*

- Πρωκτίτιδα με πόνο και έντονη φλεγμονή
- Πυώδες ή βλεννοπυώδες έκκριμα, ακόμα και αιματηρό
- Επώδυνη αφόδευση
- Σπάνιες εκδηλώσεις
 - Αίσθημα τεινισμού
 - Πόνος ή αίσθημα καύσου του εντέρου
 - Διάρροια ή δυσκοιλιότητα

Υπολογίζεται ότι 30-70% των γυναικών με βλεννόρροια έχουν θετικές καλλιέργειες από τον πρωκτό. Η γονοκοκκική πρωκτίτιδα μπορεί να εξελιχθεί ασυμπτωματικά κυρίως στις γυναίκες. (Ιωακίμίδης Π.,1999, Παπαλουκάς Χ.Α.,1985, Φραγκίσκος Ι., Χανιώτης Δ., Χανιώτης Ι.,2002, Στρατηγός Ι.,2004)

4.8. ΕΠΙΜΕΡΟΥΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΠΟΥ ΟΦΕΙΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΛΟΙΜΩΞΗ ΜΕ ΓΟΝΟΚΟΚΚΟ

Άλλες επιπλοκές που οφείλονται σε λοίμωξη με γονόκοκκο είναι οι ακόλουθες:

- Γονοκοκκική οφθαλμία και
- Γονοκοκκική στοματο-φαρυγγίτις

Γονοκοκκική οφθαλμία

Στο νεογνό, ο μικροοργανισμός μεταδίδεται καθώς το νεογνό διέρχεται μέσα από το γεννητικό σωλήνα από τις εκκρίσεις της μητέρας. Πρόκειται για μία επιπεφυκίτιδα, που εκδηλώνεται μεταξύ λίγων ωρών ή **μετά από 2-7 ημέρες μετά τη γέννηση**. Στους ενήλικες η γονοκοκκική οφθαλμία είναι σπάνια στις βιομηχανικές χώρες, αλλά εμφανίζεται **σε χώρες του Τρίτου κόσμου**, όπως στην Αιθιοπία. Στους ενήλικες η μόλυνση εγκαθίσταται διαμέσου των χειρών στα οποία υπήρξε έκκριμα μη αποξηραμένο και τα χέρια ήρθαν σε επαφή με τα μάτια. (Ιωακίμίδης Π.,1999, Παπαλουκάς Χ.Α.,1985, Φραγκίσκος Ι., Χανιώτης Δ., Χανιώτης Ι.,2002, Στρατηγός Ι.,2004)

Κλινικές εκδηλώσεις:

- Φαινόμενα εντόνου επιπεφυκίτιδος
- Άφθονο πύοδες έκκριμα των επιπεφυκώτων
- Συνήθως εμφανίζεται με απουσία λοίμωξης των γεννητικών οργάνων
- Μπορεί να επιπλακεί με εξέλκωση του κερατοειδούς και διάτρηση. (Ιωακίμίδης Π.,1999, Παπαλουκάς Χ.Α.,1985, Φραγκίσκος Ι., Χανιώτης Δ., Χανιώτης Ι.,2002)

Εκδηλώσεις γονοκοκκικής οφθαλμίας στα νεογνά

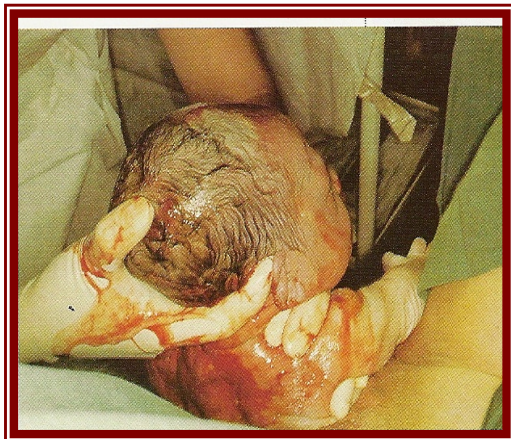
Νόσος	Αίτιο	Εκδηλώσεις	Επιπλοκές
• Γονόκοκκος	Neisseria Gonorrhoeae	α. Κοκκίνισμα του επιπεφυκόττα β. Βλεννοπυώδεις εκκρίσεις κιτρινωπού ή πράσινου χρώματος.	1. Διαταραχές όρασης 2. Απώλεια όρασης Τύφλωση

(Χρυσή Υγεία.,2002)

Προληπτικά μέτρα στα νεογέννητα :

Ενστάλαξη στα μάτια των νεογνών λίγες ώρες μετά τη γέννηση :

- Μερικές σταγόνες νιτρικού αργύρου ή
- Δραστικών αντιβιοτικών εναντίον του γονόκοκκου.



Εικόνα. Ενστάλαξη νιτρικού αργύρου ή αντιβιοτικού στα μάτια του μωρού λίγο μετά τον τοκετό.

Πηγή: Χρυσή Υγεία.,2002

Αυτό το μέτρο έχει μειώσει κατά πολύ ή ακόμα και εξαλείψει αυτή τη μορφή λοίμωξης από γονόκοκκο στις χώρες που εμφανίζεται συστηματικά. (Χρυσή Υγεία.,2002)

Γονοκοκκική στοματοφαρυγγίτις

Ο ενοφθαλμισμός του γονόκοκκου γίνεται *δια στοματο-γενετικής σεξουαλικής επαφής με άτομο που πάσχει από γονοκοκκική ουρηθρίτιδα ή κολπίτιδα*

Συμπτώματα
Στοματο –
φαρυγγίτιδος

- Ήπια φλεγμονή των ούλων
- Ήπια φλεγμονή των αμυγδαλών με:
 - Διάχυτη ερυθρότητα
 - Οίδημα με ή χωρίς φλύκταινες
- Ήπια φλεγμονή στο στο φάρυγγα
- Ήπια καταρροϊκή διάθεση

Εικόνα 3.
γονοκοκκική
στοματο-
φαρυγγίτις
στρατηγός 941
Πηγή: Αρχείο: Ι.Δ.
Στρατηγού,2004



Εάν δεν συνυπάρχει γονοκοκκική λοίμωξη των γεννητικών οργάνων, η νόσος διαδράμει *απαρατήρητη υπό τη μορφή της ασυμπτωματικής βλεννόρροιας.* (Στρατηγός Ι.,2004)

B. ΔΙΑΧΥΤΗ ΓΟΝΟΚΟΚΚΙΚΗ ΛΟΙΜΩΞΗ

Η διάχυτη γονοκοκκική λοίμωξη (ΔΓΛ) είναι μία συστηματική λοίμωξη που ακολουθεί την αιματογενή διασπορά του γονόκοκκου από τις μολυσμένες βλεννογόνιες θέσεις *στο δέρμα, τις αρθρώσεις και στα τενόντια έλυτρα.* Χαρακτηρίζεται από *πυρετό, πετεχειώδεις ή φλυκταινώδεις βλάβες των άκρων, ασύμμετρες αρθραλγίες, τενοντοελυτρίτιδα ή σηπτική αρθρίτιδα.* Μερικές φορές επιπλέκεται με περιηπατίτιδα και σπανίως με ενδοκαρδίτιδα ή μηνιγγίτιδα. (Ιωακιμίδης Π.,1999, Παπαλουκάς Χ.Α.,1985, Φραγκίσκος Ι., Χανιώτης Δ., Χανιώτης Ι.,2002)

Συνώνυμα: Γονοκοκκαιμία (gonococccemia), σύνδρομο γονοκοκκικής αρθρίτιδος-δερματίτιδας (gonococcal arthritis-dermatitis syndrome). (Ιωακιμίδης Π.,1999, Παπαλουκάς Χ.Α.,1985, Φραγκίσκος Ι., Χανιώτης Δ., Χανιώτης Ι.,2002)

Χρόνος επώασης: Η περίοδος επώασης είναι *7-30 ημέρες από τη λοίμωξη του βλεννογόνου* (κυμαίνεται από μερικές ημέρες έως 1 έτος).

Ποικίλλει ανάλογα με διάφορους παράγοντες του ξενιστή.

Αυτοί είναι οι εξής :

- *Η έμμηνος ρύση και η*
- *Επιθετικότητα του λοιμογόνου μικροοργανισμού*

Η νόσος είναι συχνότερη στις γυναίκες και εμφανίζεται **7-8 ημέρες περίπου μετά από την έμμηνου ρύση.**

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ (πρόδρομα συμπτώματα)

- Πυρετός
- Ανορεξία
- Κακουχία
- Ρίγη

Δερματικά ευρήματα : Ερυθρηματώδεις κηλίδες, 1 έως 5 mm, που εξελίσσονται σε **αιμορραγικές φλύκταινες μέσα σε 24-48 ώρες.** Το κέντρο μερικές φορές είναι αιμορραγικό/νεκρωτικό. *Σπανίως, μεγάλες αιμορραγικές πομφόλυγες, 3-20 στον αριθμό.*

Εντοπισμός δερματικών βλαβών: Οι βλάβες κατανέμονται στα **άνω άκρα** πιο συχνά από ότι στα κάτω άκρα, κοντά στις μικρές αρθρώσεις των χεριών ή των ποδιών. Είναι δύσκολο να ανιχνευθούν σε **μαύρους ασθενείς. Το πρόσωπο δεν παρουσιάζει βλάβες.**

Ευρήματα από τους βλεννογόνους: Συνήθως υπάρχει ασυμπτωματικός αποικισμός στο στοματοφάρυγγα, στην ουρήθρα, στο ορθό, στο πρωκτό και στο ενδομήτριο.

Γενική εξέταση: Σε γενική εξέταση ανευρίσκεται πυρετός 38°-39° συνήθως.

Η βαρύτητα της νόσου ποικίλλει:

- Η ΔΓΛ μπορεί να εκδηλωθεί μόνο με **βλάβες στο δέρμα**
- Υπάρχει και η κλασική ΔΓΛ με **βλάβες στο δέρμα και τενοντοελυτρίτιδα**
- Έχουμε τη ΔΓΛ με **σηπτική αρθρίτιδα** και τη
- Διάχυτη γονοκοκκική λοίμωξη με **μεταστατική λοίμωξη σε άλλες περιοχές.** (Ιωακιμίδης Π.,1999, Παπαλουκάς Χ.Α.,1985,Φραγκίσκος Ι., Χανιώτης Δ., Χανιώτης Ι.,2002)

Κλασική ΔΓΛ:

Η τενοντοελυτρίτιδα είναι συχνή. Εντοπίζεται σε μία ή σε λίγες θέσεις στα άκρα. Αυτές οι θέσεις είναι:

- Οι **τένοντες των εκτεινόντων και καμπτήρων μυών και**
- Τα **έλυτρα των άκρων χειρών/ποδιών.**

Άλλα συμπτώματα
Διάχυτης γονοκοκκικής λοίμωξης

- A. Ερύθημα**
- B. Ευαισθησία**
- Γ. Οίδημα κατά μήκος του περιβλήματος του τενόντιου ελύτρου**

Σηπτική αρθρίτιδα: Οι κλινικές εκδηλώσεις της σηπτικής αρθρίτιδας είναι οι εξής :

- Η άρθρωση είναι *ερυθρή, θερμή, ευαίσθητη με συλλογή υγρού.*
- Προσβάλλονται συχνότερα *το γόνατο, ο αγκώνας, η ποδοκνημική, οι μετακαρποφαλαγγικές/μεσοφαλαγγικές αρθρώσεις της άκρας χειρός, ο ώμος και το ισχίο.*
- Συνήθως προσβάλλονται μόνο μία με δύο αρθρώσεις

Άλλα ευρήματα

- **Ηπατίτιδα**
- **Περιηπατίτιδα (σύνδρομο Fitz-Hugh-Curtis)**
- **Μυοπερικαρδίτιδα**
- **Ενδοκαρδίτιδα**
- **Μηνιγγίτιδα**

Σπάνια

- **Πνευμονίτιδα**
- **Σύνδρομο αναπνευστικής δυσχέρειας των ενηλίκων και**
- **Οστεομυελίτιδα**

Άλλα ευρήματα: *Ηπατίτιδα, περιηπατίτιδα, (σύνδρομο Fitz-Hugh-Curtis), μυοπερικαρδίτιδα, ενδοκαρδίτιδα, μηνιγγίτιδα. Σπάνια πνευμονίτιδα, σύνδρομο αναπνευστικής δυσχέρειας των ενηλίκων και*

οστεομυελίτιδα. (Ιωακίμης Π.,1999, Παπαλουκάς Χ.Α.,1985, Φραγκίσκος Ι., Χανιώτης Δ., Χανιώτης Ι.,2002)

**Συμπτώματα διάσπαρτης γονοκοκκικής
λοίμωξης και στα δύο φύλλα**

Πυρετός
Αρθραλγίες
Δερματικά εξανθήματα
 - Αιμορραγικά
 - Φυσαλιδοβλατιδώδη
Αρθρίτιδα
Μηνιγγίτιδα
Ενδοκαρδίτιδα, μυοκαρδίτιδα, περικαρδίτιδα
Περιηπατίτιδα

**ΠΙΝΑΚΑΣ 9. Συμπτώματα διάσπαρτης
γονοκοκκικής λοίμωξης και στα δύο φύλλα**
Πηγή: Στρατηγός Ι., Στεφάνου Θ.,1987

ΜΗ ΓΟΝΟΚΟΚΚΙΚΕΣ ΟΥΡΗΘΡΙΤΙΔΕΣ

- **Εισαγωγή**
- **Επιδημιολογία**
- **Αιτιολογία**
- **Μη γονοκοκκικές ουρηθριτιδες από**
- **Μυκοπλάσματα**
- **Αναερόβια – Αερόβια μικρόβια, ιούς και μύκητες**

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο ΜΗ ΓΟΝΟΚΟΚΚΙΚΕΣ ΟΥΡΗΘΡΙΤΙΔΕΣ

Μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα (ΜΓΟ) είναι η οξεία, υποξεία ή χρόνια φλεγμονή της ουρήθρας η οποία οφείλεται σε μικρόβια –εκτός του γονόκοκκου- και ιούς ή είναι αποτέλεσμα μηχανικών ή χημικών τραυματισμών, σπανιότερα δε λήψης φαρμάκων, συστηματικών νόσων ή αλλεργίας. **Η μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα αποτελεί το πιο συχνό σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα στον κόσμο, τουλάχιστον στους άνδρες.** Λόγω αυτού και του ότι ενοχοποιήθηκε σε μεγάλο βαθμό για επιπλοκές όπως **επιδιδυμίτιδα, ορχίτιδα, προστατίτιδα, τραχηλίτιδα ή πυελική φλεγμονώδη νόσο** αλλά και αυξημένο κίνδυνο διασποράς του ιού του AIDS, προκαλεί ιδιαίτερο επιστημονικό ενδιαφέρον. (Στρατηγός I.,2004)

3.1. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Η ΜΓΟ αποτελεί τη συχνότερη μορφή ουρηθρίτιδας στον άνδρα στη Δυτική Ευρώπη, τη Βόρειο Αμερική, την Αυστραλία **αλλά και την Ελλάδα.** Από το 1985 μέχρι και το 1991 παρατηρείται μείωση της συχνότητας εμφάνισης των μη γονοκοκκικών ουρηθρίτιδων, η οποία όμως ακολουθείται από μία μικρή αύξηση από το **1992** και μετά. (Στρατηγός I.,2004)

<u>Έτη</u>	<u>A</u>	<u>%</u>
1980	7.378	17,8
1981	6.978	16,8
1982	6.374	15,9
1983	11.043	26,7
1984	9.450	22,8

Σύνολο 41.223 100,0

Πίνακας 2. Κατανομή μη γονοκοκκικής ουρηθρίτιδας κατ'έτος, 1980-1984

Πηγή: Στρατηγός I., Στεφάνου Θ.,1987

3.2. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Οι μη γονοκοκκικές ουρηθρίτιδες παρόλο που είναι γνωστές από το 1782 δεν έχει ακόμη ξεκαθαριστεί το πρόβλημα της αιτιολογίας τους. Πιθανά αίτια ΜΓΟ είναι τα *χλαμύδια* το *μυκόπλασμα*, οι *ιοί*, τα *παράσιτα* οι *μύκητες* και τα *βακτήρια*. Εμείς θα αναφερθούμε στο καθένα ξεχωριστά λόγω της διαφορετικότητας που παρουσιάζουν ως προς την κλινική εικόνα, τη φυσική πορεία, τις επιπλοκές αλλά και τη θεραπευτική αντιμετώπισή τους. (Στρατηγός Ι.,2004)

3.3. ΜΗ ΓΟΝΟΚΟΚΚΙΚΕΣ ΟΥΡΗΘΡΙΤΙΔΕΣ ΑΠΟ ΜΥΚΟΠΛΑΣΜΑΤΑ

Τα μυκοπλάσματα είναι οι μικρότεροι ανεξάρτητοι μικροοργανισμοί. Έχουν διάμετρο **125-250 nm**. Συσχέτιση με τις λοιμώξεις του ουροποιογεννητικού συστήματος φαίνεται ότι έχουν τρία είδη:

- Το ουρεαλυτικό ουρέόπλασμα (*Ureaplasma urealyticum*),
- Το *M.hominis*
- Και το *M. genitalium*

Τα μυκοπλάσματα είναι γεγονός ότι ανευρίσκονται σχετικά συχνά στους *βλεννογόνους των γεννητικών οργάνων* σεξουαλικά δραστήριων ατόμων χωρίς να προκαλούν φανερά νόσο. (Στρατηγός Ι.,2004)

Η αιτιολογική σχέση του *U.urealyticum* στις ΜΓΟ δεν έχει αποδειχθεί με απόλυτη βεβαιότητα διότι ανευρίσκεται και στην ουρήθρα υγιών ως σαπρόφυτο. Από τα υπόλοιπα μυκοπλάσματα, το *M.fermentans* είναι ένας σπάνιος ξενιστής του *κατώτερου ουροποιογεννητικού συστήματος* και το *M.hominis* δεν είναι σημαντικός παράγων στην παθογένεια της ΜΓΟ αλλά ενοχοποιείται σε κάποιο βαθμό σε *κολπίτιδες και στην πυελική φλεγμονώδη νόσο των γυναικών*. Όσον αφορά το *M.genitalium*, πρόσφατα με την τεχνική PCR αποδείχθηκε ότι υπάρχει συχνότερα στην ουρήθρα ανδρών με ΜΓΟ απ'ότι σε υγιείς. Μια ερευνητική εργασία το 1998 απέδειξε ότι το *M.genitalium* είναι υπεύθυνο ΜΓΟ σε ποσοστό 13% ενώ σε ένα ποσοστό 4% *συνυπάρχει σε ασθενείς με ΓΟ*. (Στρατηγός Ι.,2004)

3.3.1. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Χρόνος επώασης: Η περίοδος επώασης στη ΜΓΟ είναι *μεταξύ 10-20 ημέρες* και τα συμπτώματα εμφανίζονται **βαθμιαία**.

Συμπτωματολογία: Υπάρχει *μέτρια δυσουρία* που μπορεί να λείπει τελείως. Το έκκριμα είναι λίγο, *συνήθως υδαρές, σπάνια βλεννοπυώδες ή πυώδες*. Στο *1/3των περιπτώσεων η ουρηθρίτιδα είναι ασυμπτωματική*.

Στις γυναίκες: Οι γυναίκες με ΜΓΟ που οφείλεται σε μυκοπλάσματα *σπάνια εμφανίζουν ουρηθριτιδικά συμπτώματα*. Εκδηλώνεται συνήθως με *ήπια τραχηλίτιδα ή βαρθολινίτιδα*. (Στρατηγός Ι.,2004)

3.3.2. ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Το *U.urealyticum* και το *M.genitalium* και λιγότερο το *M.hominis* είναι υπεύθυνα σε ποσοστό **20%** της *χρόνιας επιμένουσας ΜΓΟ* ίσως και της *χρόνιας προστατίτιδας*. Τα μυκοπλάσματα επιπλέον παίζουν σημαντικό ρόλο στην *πυελική φλεγμονώδη νόσο*. Τέλος το *U.urealyticum* καθώς και το *M.genitalium* είναι υπεύθυνα σε *μερικές περιπτώσεις του συνδρόμου Reiter*. (Στρατηγός Ι.,2004)

3.3.3. ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπεία επιλογής είναι οι τετρακυκλίνες και οι μακρολίδες. (Στρατηγός Ι.,2004)

3.4. ΜΗ ΓΟΝΟΚΟΚΚΙΚΗ ΟΥΡΗΘΡΙΤΙΔΑ ΑΠΟ ΤΡΙΧΟΜΟΝΑΔΑ ΤΟΥ ΚΟΛΠΟΥ.

Η τριχομοναδική ουρηθρίτιδα οφείλεται στο *παθογόνο πρωτόζωο Trichomonas*. Η *T.vaginalis* πιο συχνά ευθύνεται για ΜΓΟ στις γυναίκες (περίπου το 25% των σεξουαλικά ενεργών γυναικών έχει κάποια τριχομοναδική λοίμωξη) απ'ότι στους άνδρες. Η τριχομονάδοση είναι από τα πιο συχνά σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και συνοδεύονται από σοβαρές επιπλοκές :

- A.** Αυξημένος κίνδυνος μετάδοσης του ιού του AIDS και ο
- B.** Πρόωρος τοκετός στις έγκυες γυναίκες.

Το 1995 καταγράφηκαν παγκοσμίως 170 εκατομμύρια περιστατικά τριχομονάδοσης σε άτομα ηλικίας 15-49 ετών. (Στρατηγός Ι.,2004)

3.4.1. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Χρόνος επώασης: Η περίοδος επώασης της *T.vaginalis* είναι μεταξύ 4-20 ημέρες.

Μετάδοση: Ο κύριος τρόπος μετάδοσης είναι η σεξουαλική επαφή, μπορεί όμως να μεταδοθεί και με τους ακόλουθους τρόπους.

Τρόποι μετάδοσης (Τριχομονάδας)

- Εσώρουχα
- Υγρά
- Μολυσμένα είδη υγιεινής
- Εξεταστικό μητροσκόπιο

Στον άνδρα η τριχομοναδική ουρηθρίτιδα είναι ασυμπτωματική, όταν όμως υπάρχουν συμπτώματα είναι ήπια

Συμπτώματα στον άνδρα από (Τριχομονάδες)

- Μικρή ποσότητα υγρού λεπτόρρευστου
- Λευκωπό υγρό
- Υγρό γαλακτώδους χρώματος
- Το υγρό έχει ιδιαίζουσα οσμή
- Υπάρχει αίσθημα κνησμού και γαργαλισμού κατά μήκος της ουρήθρας

Σε λίγες περιπτώσεις το υγρό μοιάζει με αυτό της βλεννόρροιας Η μόλυνση συχνά είναι μεικτή και πολύ σπάνια υπάρχουν συμπτώματα επιδιδυμίτιδας ή προστατίτιδας.

Στην γυναίκα η τριχομονάδα προκαλεί κυρίως κολπίτιδα, η οποία χαρακτηρίζεται από:

Χαρακτηριστικά κολπίτιδας

- Λεπτόρρευστη, αφρώδης, πρασινοκίτρινη, δύσοσμη έκκριση (οσμή ψαριού)
- Αίσθημα κνησμού και καύσου
- Συχνουρία
- Δυσουρία
- Σε ποσοστό 25-50% παραπονιούνται για δυσπαρευνία
- Σε ποσοστό 5-12% παραπονιούνται για άλγη στο υπογάστριο.

(Στρατηγός Ι.,2004)

3.4.2. ΕΠΠΛΟΚΕΣ

Υπάρχουν λίγες περιπτώσεις προστατίτιδας, πυελικής φλεγμονώδους νόσου, γέννησης νεογνών χαμηλού βάρους, πρόωρου τοκετού και αποβολών στις γυναίκες που δεν μπορούν να αγνοηθούν.

(Στρατηγός Ι.,2004)

3.4.3.ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Το φάρμακο εκλογής είναι η μετρονιδαζόλη.

(Στρατηγός Ι.,2004)

3.5. ΜΗ ΓΟΝΟΚΟΚΚΙΚΗ ΟΥΡΗΘΡΙΤΙΔΑ ΑΠΟ ΑΝΑΕΡΟΒΙΑ ΑΕΡΟΒΙΑ ΜΙΚΡΟΒΙΑ, ΙΟΥΣ ΚΑΙ ΜΥΚΗΤΕΣ.

Ο *Staphylococcus saprophyticus*, είδη *Haemophilus* και *Streptococci*, *τθ cteroides urelyticus*, τα *Microsporidia*, κάποιοι ιοί και κυρίως η *Gardnerella vaginalis* και η *Candida albicans* έχουν ενοχοποιηθεί σε ποσοστό κάτω από 10% ουρηθρίτιδας σε άνδρες αλλά σχεδόν ποτέ σε γυναίκες. (Στρατηγός Ι.,2004)

3.5.1. Gardnerella vaginalis

Η Gardnerella vaginalis αποτελεί τη συχνότερη αιτία παθολογικής κολπικής υπερέκκρισης:

- Σε γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας, ειδικά στην Αφρική.
- Σε γυναίκες που χρησιμοποιούν ενδομήτρια σπειράματα για αντισύλληψη.
- Σε γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε διακοπή κύησης. (Στρατηγός Ι.,2004)

Κριτήρια διάγνωσης:

- Κολπικό έκκριμα λευκωπό, αφρώδες, δύσοσμο
- pH κόλπου >4,5
- Δοκιμασία ΚΟΗ θετική-οσμή «ψαρίλας» με την προσθήκη σταγόνας 10% ΚΟΗ σε κολπικό υγρό (Στρατηγός Ι.,2004)

3.5.2. ΔΙΑΦΟΡΑ ΑΝΑΕΡΟΒΙΑ ΚΑΙ ΑΕΡΟΒΙΑ ΜΙΚΡΟΒΙΑ

Διάφοροι στρεπτόκοκκοι της ομάδας **B**, σταφυλόκοκκοι, εντερόκοκκοι ακόμα και Microsporidia, κυρίως σε ασθενείς με **AIDS**. (Στρατηγός Ι.,2004)

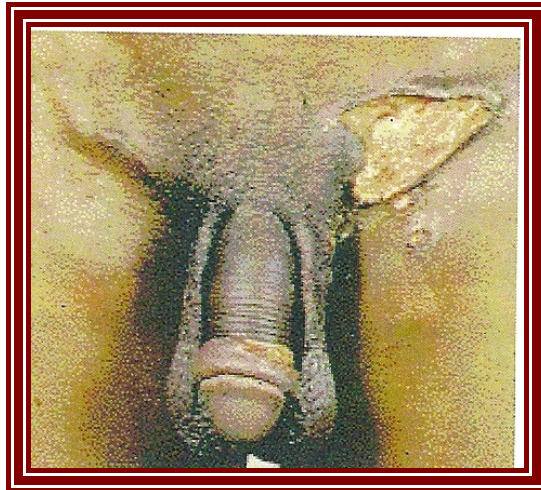
Συμπτωματολογία: Σε αυτή τη μορφή ουρηθρίτιδας το έκκριμα είναι λίγο, πυκνόρρευστο, κολλά στα χείλη της ουρήθρας και γίνεται πολλές φορές αντιληπτό μόνο από την κηλίδωση των εσωρούχων. (Στρατηγός Ι.,2004)

Επιπλοκές: Από βακτηριακή ΜΓΟ σπάνια τεκμηριώνονται επιπλοκές όπως *επιδιδυμίτιδα και προστατίτιδα*. (Στρατηγός Ι.,2004)
Οι μη γονοκοκκικές ουρηθρίτιδες αποτελούν σήμερα το πιο συχνό σεξουαλικό μεταδιδόμενο νόσημα στο Δυτικό Κόσμο. *Η αύξηση του αριθμού των κρουσμάτων με ΜΓΟ είναι αποτέλεσμα της έναρξης της σεξουαλικής δραστηριότητας σε πολύ μικρή ηλικία, της αύξησης των ομοφυλοφιλικών και αμφιφυλικών σχέσεων και της μείωσης της χρήσης προφυλακτικών μέτρων μετά το πρώτο ισχυρό shock που προκάλεσε το Σύνδρομο της Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας (AIDS)*. Το *C.trachomatis*, το *U.urealyticum*, το *M.genitalium* και η *T.vaginalis* είναι υπεύθυνα για τον μεγαλύτερο αριθμό των περιστατικών με ΜΓΟ. (Στρατηγός Ι.,2004)

ΑΦΡΟΔΙΣΙΟ ΛΕΜΦΟΚΟΚΚΙΩΜΑ

- **Εισαγωγή**
- **Επιδημιολογία**
- **Μετάδοση**
- **Αιτιολογία**
- **Προδιαθεσικοί παράγοντες**
- **Παθογένεια**
- **Κλινική εικόνα**
- **Διαφορική διάγνωση**
- **Πορεία και πρόγνωση**
- **Θεραπεία**

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο ΑΦΡΟΔΙΣΙΟ ΛΕΜΦΟΚΟΚΚΙΩΜΑ



Εικόνα 11. Αφροδίσιο λεμφοκοκκίωμα

Πηγή: <http://www.moondragon.org/15/1/08>

Το αφροδίσιο λεμφοκοκκίωμα είναι μια χρόνια σεξουαλική μεταδιδόμενη λοίμωξη η οποία προκαλείται από τα *Chlamydia trachomatis* . Η νόσος σήμερα είναι σπάνια και κρούσματα ανευρίσκονται σε τροπικές και υποτροπικές περιοχές της γης.. **Προσβάλλει κατ' εξοχήν άνδρες** .

Συνώνυμα : Βουβωνικό λεμφοκοκκίωμα, νόσος Durand – Nicolas – Favre, Κλιματικός βουβώνας.
(Στρατηγός I.,2004)

9.1. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Το νόσημα αυτό ενδημεί στις τροπικές χώρες και είναι συχνό αίτιο λεμφικής απόφραξης και ελεφαντίασης . Αποτελεί αίτιο ελκών των γεννητικών οργάνων σε ποσοστό 2-10% σε περιοχές της Ινδίας και της Αφρικής

<u>Χώρα</u>	<u>Επίπτωση</u>	<u>Έτη</u>	<u>Κρούσματα</u>
ΗΠΑ	Πτώση από το 1972	1980 1997	200-300 113
Μ. Βρετανία	Σημαντική μείωση		
Παρίσι			0%
Μαγαδασκάρη			24%

Στην Ελλάδα

<u>Αφροδίσιο λεμφοκοκκίωμα</u>		
<u>Έτη</u>	<u>A</u>	<u>%</u>
1980	2	1,0
1981	-	-
1982	1	0,5
1983	19	8,7
1984	195	89,8
Σύνολο	217	100.0

(Στρατηγός Ι.,2004)

Η οξεία μορφή της νόσου εμφανίζεται κυρίως στους άνδρες (άνδρες/γυναίκες>5:1). Στις γυναίκες παρουσιάζονται σήμερα όψιμες επιπλοκές της νόσου. *Στις γυναίκες και στους ομοφυλόφιλους άνδρες το ορθοπρωκτογεννητικό σύνδρομο είναι συχνότερο. Προσβάλλονται συνήθως άτομα ηλικίας 15 – 40 ετών και κυρίως την Τρίτη δεκαετία, που είναι η πιο ενεργή σεξουαλικά περίοδος της ζωής.*

9.2. ΜΕΤΑΔΟΣΗ

Τα *Chlamydia trachomatis* μεταδίδονται με γεννητικά υγρά κυρίως από ασυμπτωματικές γυναίκες φορείς. Συγκεκριμένα τα *chlamydia trachomatis* εντός του πυώδους εκκρίματος ενοφθαλμίζονται στο δέρμα ή στο

βλεννογόνο του ερωτικού συντρόφου, όπου εισέρχονται μέσω μικροσκοπικών διαρρήξεων και εκδορών.

9.3. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Το Αφροδίσιο λεμφοκοκκίωμα οφείλεται στα *Chlamydia trachomatis* και ειδικότερα στους ορότυπους L1, L2 και L3. Στις ΗΠΑ συνηθέστερος είναι ο L2. (www.gyn.gr/15/1/08, Στρατηγός Ι.,2004, Καπετανάκη Ι.,1971, Σαρόγλου Γ.,2002)

Προδιαθεσικοί παράγοντες.

- Παρατηρούνται συχνότερα σε αστικά κέντρα
- Συχνότερα κρούσματα μεταξύ των μαύρων
- Εμφανίζονται συχνότερα σε άτομα με χαμηλή κοινωνικοοικονομική τάξη και με έντονη σεξουαλική δραστηριότητα. (Στρατηγός Ι.,2004)

9.4. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Αρχικά πρόκειται για λοίμωξη των λεμφαγγείων και των λεμφαδένων. Η λεμφαγγειίτιδα και η λεμφαδενίτιδα παρουσιάζονται στα λεμφαγγεία και παροχετεύουν την περιοχή ενοφθαλμισμού. Ακολουθεί περιλεμφαγγειίτιδα και περιτονίτιδα. Οι λεμφαδένες νεκρώνονται και σχηματίζονται αποστήματα και συρίγγια. Καθώς η λοίμωξη υποχωρεί η ίνωση αντικαθιστά την οξεία φλεγμονή με αποτέλεσμα την απόφραξη της λεμφικής παροχέτευση , χρόνια οίδημα και στενώσεις.. Η θέση ενοφθαλμισμού καθορίζει τους αδένες που θα προσβληθούν .

Αδένες που προσβάλλονται

- Πέος, πρόσθια ουρήθρα-επιπολής, εν το βάθει βουβωνικοί.
- Οπίσθια ουρήθρα-εν το βάθει λαγόνιοι, περιορθικοί.
- Αιδοίο-βουβωνικοί
- Κόλπος, τράχηλος-εν το βάθει λαγόνιοι, περιορθικοί, οπισθοβουβωνικοί, οσφυοϊεροί
- Πρωκτός-βουβωνικοί
- Ορθό-περιορθικοί, εν τω βάθει λαγόνιοι

Ιστορικό ταξιδιού.

Οι περισσότερες περιπτώσεις Αφροδίσιου λεμφοκοκκιώματος στην Βόρειο Αμερική και στην Ευρώπη εμφανίζονται σε ασθενείς που ταξίδεψαν στις ενδημικές περιοχές και ήταν εκεί σεξουαλικά δραστήριοι. (www.gyn.gr/15/1/08 , Καπετανάκη Ι.,1971, Σαρόγλου Γ.,2002)

9.5. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Η πορεία της νόσου ακολουθεί τρία ανεξάρτητα στάδια. Αυτά είναι τα ακόλουθα :

- 1. Το πρωτοπαθές**
- 2. Το δευτεροπαθές και**
- 3. Το τριτοπαθές στάδιο**

9.5.1.Πρωτογενές στάδιο.

Περίοδος επώασης : Το πρωτογενές στάδιο έχει περίοδο επώασης 30-40 ημέρες από τον ενοφθαλμισμό.

<u>Συμπτώματα</u>	<u>Χαρακτήρας</u>	<u>Εξέλιξη</u>	<u>Εντοπισμός</u>
1. Βλατίδα ή Φλύκταινα	Μικρή, ανώδυνη και ρήγνεται	Έλκωση	<u>Άνδρες</u> Α. Στη βαλανοποσθική αύλακα Β. Στη βάλανο Γ. Στην ακροποσθία <u>Γυναίκες</u> Α. Στο οπίσθιο τοίχωμα του αιδοίου Β. Στον κόλπο Γ. Στο τράχηλο της μήτρας
2. Πιθανό οίδημα	Υποχώρηση Σε μια βδομάδα		

Το οξύ αφροδίσιο λεμφοκοκκίωμα συνήθως συνοδεύεται από συστηματικά συμπτώματα. Αυτά είναι τα ακόλουθα :

- Πυρετός
- Ρίγος
- Κεφαλαλγία
- Μηνιγγισμός
- Ανορεξία
- Μυαλγίες
- Αρθραλγίες
- Λευκοκυττάρωση

Στη θέση ενοφθαλμισμού μπορεί να υπάρχει ανώδυνη ερπητόμορφη διάβρωση ή εξέλκωση η οποία όμως παρατηρείται σε λιγότερο από το ένα τρίτο των ανδρών. Στις γυναίκες είναι ιδιαίτερα σπάνιο.
 (www.gyn.gr/15/1/08 , Καπετανάκη ι.,1971, Σαρόγλου Γ.,2002)

9.5.2. Δευτερογενές στάδιο.

Γνωστό και ως Βουβωνικό σύνδρομο το δευτερογενές στάδιο ακολουθεί 2-6 εβδομάδες μετά το πρώτο στάδιο και έχει κυρίαρχο σύμπτωμα τη Βουβωνική λεμφαδενίτιδα . Μπορεί να συνοδεύεται και από τις ακόλουθες εκδηλώσεις :

Πιθανά συμπτώματα

- Προσβολή των μηριαίων λεμφαδένων
- Βουβωνική αδενίτιδα
- Συμπτώματα από την κοιλιακή χώρα ή άλγος της ράχης
- Στο 65% δημιουργούνται σκληρές, μη διαπυούμενες μάζες.

(Στρατηγός Ι.,2004)

Εικόνα 1. Νόσος Nicolas-Favre.
(Διαπυούμενες μάζες)
Πηγή : Στρατηγός Ι.Δ.,2004



Χαρακτηριστικά βουβωνικής λεμφαδενίτιδας

- Μονόπλευρη
- Το δέρμα λεπτύνεται
- Στο 35% έχουμε διάνοιξη και παροχέτευση πύου. Διαρκεί Εβδομάδες
- Ακολουθούν ουλές
- Έντονο τοπικό άλγος στη βουβωνική χώρα
- Άλγος στο υπογάστριο και στη ράχη

Χαρακτηριστικά βουβωνικής αδενίτιδας.

Η βουβωνική αδενίτιδα παρουσιάζεται στο 20-30% των γυναικών που νοσούν και συνήθως έχουν προσβληθεί σε περιοχές που παροχετεύονται στους περιπρωκτικούς ή εν τω βάθει λαγόνιους λεμφαδένες, δηλαδή

- **Στον πρωκτό**
- **Στο αιδοίο**
- **Στο τράχηλο ή**
- **Στην οπίσθια ουρήθρα.** (Στρατηγός Ι.,2004)

Συνοδά συμπτώματα κάτω κοιλιακής χώρας.

- **Πυρετός**
- **Ρίγη**
- **Μυαλγίες**
- **Αρθαλγίες**

Συνοδά συμπτώματα ορθοπρωκτογεννητικού συνδρόμου

- **Κνησμό στο πρωκτό**
- **Έκκριμα από το ορθό**
- **Πυρετός**
- **Άλγος στο ορθό**
- **Τεινεσμός**
- **Δυσκοιλιότητα**
- **Κόπρανα « δίκην μολυβιών »**
- **Απώλεια βάρους**

Σπάνια είναι η συστηματική διασπορά της χλαμυδιακής λοίμωξης, η οποία όμως μπορεί να προκαλέσει :

- **Αρθρίτιδα**
- **Πνευμονίτιδα**
- **Ηπατίτιδα**
- **Σπάνια περιηπατίτιδα.** (Στρατηγός Ι.,2004)

9.3.3. Σπάνιες συστηματικές επιπλοκές.

1. Καρδιακή συμμετοχή
2. Πνευμονική λοίμωξη
3. Ασηπτική μηνιγγίτιδα και
4. Οφθαλμική φλεγμονώδη νόσο. (Στρατηγός Ι.,2004)

9.6. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΔΕΡΜΑΤΙΚΩΝ ΒΛΑΒΩΝ

Μπορεί να υπάρχει εμφάνιση πολυμόρφων ερυθρημάτων ή οζώδους ερυθήματος. Το οζώδες ερύθημα εμφανίζεται στο 10% των περιπτώσεων. Ο πρωτοπαθής ενοφθαλμισμός στο στόμα ή στο φάρυγγα έχει ως αποτέλεσμα λεμφαδενίτιδα των υπογνάθιων ή των τραχηλικών λεμφαδένων.

9.6.1. Κατανομή δερματικών βλαβών.

Κατανομή δερματικών βλαβών

<u>Στους άνδρες</u>	<u>Στις γυναίκες</u>
<ul style="list-style-type: none">• Στεφανιαία αύλακα• Χαλινός• Ακροποσθία• Πέος• Ουρήθρα• Βάλανος του πέους• Όσχεο	<ul style="list-style-type: none">• Οπίσθιο τοίχωμα του κόλπου• Χαλινός της κλειτορίδας• Οπίσθιο χείλος του τραχήλου• Αιδοίο

9.6.2. Ορθοπρωκτογεννητικό σύνδρομο.

Το ορθοπρωκτογεννητικό σύνδρομο συνδέεται με :

- Παθητική πρωκτική σεξουαλική επαφή
- Πρωκτοκολίτιδα και
- Υπερπλασία των εντερικών και περιπρωκτικών λεμφαδένων.

Όλα τα παραπάνων έχουν σαν αποτέλεσμα τη δημιουργία :

- Περιπρωκτικών αποστημάτων
- Ισχιορθικών και ορθοκολπικών πρωκτικών συριγγίων και
- Στενώσεων του ορθού.

Γενική εξέταση φανερώνει :

- Ευαισθησία του υπογαστρίου
- Πάχυνση του πυελικού παχέος εντέρου και
- Διογκωμένοι περιορθικοί λεμφαδένες.

Αισθιομήνη.

Η αισθιομήνη είναι η ελεφαντίαση των γεννητικών οργάνων, συνήθως των γυναικών, η οποία μπορεί να εξελκωθεί και εμφανίζεται από 1-20 χρόνια μετά την πρωτογενή λοίμωξη. (www.gyn.gr/15/1/08 , Καπετανάκη I.,1971, Σαρόγλου Γ.,2002)

9.7. ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

1. **Πρωτογενές στάδιο.** Έρπης των γεννητικών οργάνων , πρωτογενής σύφιλη και μαλακό έλκος .
2. **Βουβωνικό σύνδρομο.** Περισφυγμένη βουβωνοκήλη, βουβωνική πανώλη, τουλαραιμία, φυματίωση, έρπης των γεννητικών οργάνων, σύφιλη, μαλακό έλκος και νόσος του Hodgkin.
3. **Ορθοπρωκτογεννητικό σύνδρομο.** Στένωση του ορθού εξαιτίας καρκίνου του ορθού, τραύμα, ακτινομυκητίαση, φυματίωση και σχιστοσωμίαση.
4. **Αισθιομήνη.** Φιλαρίαση και μυκητίαση.

9.8. ΠΟΡΕΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Η φυσική πορεία της νόσου ποικίλει. Οι επιπλοκές της ορθοπρωκτικής λοίμωξης αν δεν χορηγηθεί θεραπεία είναι οι ακόλουθες .

- Το περιορθικό απόστημα
- Το συρίγγιο του πρωκτού
- Το ορθοκολπικό, το ορθοκυστικό
- Το ισχιορθικό συρίγγιο.

Η μικροβιακή επιλοίμωξη συμβάλλει στην εμφάνιση επιπλοκών.
Μια όψιμη επιπλοκή είναι η στένωση του ορθού. Η αυτόματη υποχώρηση είναι συχνή. (www.gyn.gr/15/1/08 , Καπετανάκη Ι., 1971, Σαρόγλου Γ.,2002)

9.9. ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Απαραίτητη είναι η διάνοιξη και παροχέτευση των προσβεβλημένων λεμφαδένων *με σκοπό την πρόληψη δημιουργίας ελκών και συριγγίων.*

Φάρμακο επιλογής είναι :

- Δοξυκυκλίνη για 21 ημέρες

Εναλλακτικό φάρμακο είναι :

- Ερυθρομυκίνη για 21 ημέρες
- Χειρουργική αντιμετώπιση με
 - A. Διαδερμική αναρρόφηση ή
 - B. Χειρουργική διάνοιξη και παροχέτευση
- Παρακολούθηση και
- Αντιμετώπιση των ερωτικών συντρόφων.

ΜΑΛΑΚΟ ΕΛΚΟΣ

- Εισαγωγή

- Επιδημιολογία

- Μετάδοση

- Κλινική εικόνα

**- Κλινικές μορφές
έλκους**

- Θεραπεία

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5° ΜΑΛΑΚΟ ΕΛΚΟΣ



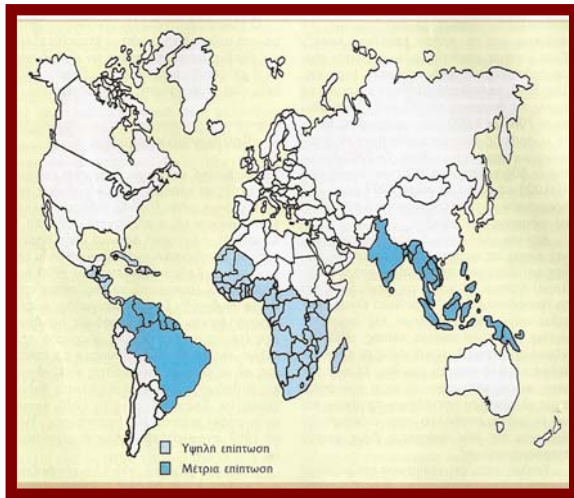
Εικόνα 6.Τυπικό μαλακό έλκος

Πηγή:<http://history.amedd>

Το μαλακό έλκος είναι μία οξεία, ελκωτική, σεξουαλική μεταδιδόμενη νόσος, που χαρακτηρίζεται από ένα επώδυνο έλκος στη θέση ενοφθαλμισμού, στην πρωκτογεννητική περιοχή, συνήθως στα έξω γεννητικά όργανα και συχνά συνοδεύεται από βουβωνική αδενίτιδα. Οφείλεται στον Αιμόφιλο **Ducreyi** (1889), ο οποίος είναι gram (-) μη κινητός βάκιλος και στις καλλιέργειες έχει την τάση να προκαλεί ελκώσεις. (Berenson Abbey.,2000, Κατσάμπας Α.,1999, Στρατηγός Ι.,2004, www.thebody.com,15/1/08)

5.1.ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Το μαλακό έλκος είναι ενδημικό στην Αφρική και Ασία και αποτελεί αιτία σε ποσοστό **25-60%** των ελκώσεων των γεννητικών οργάνων, ενώ στις Δυτικές χώρες είναι αιτία μόνον σε ποσοστό **1-2%**. **Οι άνδρες προσβάλλονται συχνότερα από τις γυναίκες, διότι αυτές φαίνεται να είναι λιγότερο ευπαθείς στις καταστρεπτικές ιδιότητες του βακίλου.**



Εικόνα 3. Γεωγραφική κατανομή μαλακού έλκους
Πηγή: Στρατηγός Ι.,2004

<u>Μαλακό έλκος</u>		
<u>Έτη</u>	<u>A</u>	<u>%</u>
1980	15	9,0
1981	41	24,5
1982	104	62,3
1983	5	3,0
1984	2	1,2
<u>Σύνολο</u>	<u>166</u>	<u>100,0</u>

ΠΙΝΑΚΑΣ 2. Κατανομή μαλακού έλκους κατ'έτος , 1980-1984
Πηγή: Στρατηγός Ι., Στεφάνου Θ.,1987

5.2.ΜΕΤΑΔΟΣΗ

*Πιθανότερα κατά τη διάρκεια σεξουαλικής επαφής με ερωτικό σύντροφο, ο οποίος έχει έλκος στα γεννητικά όργανα από **H.ducreyi**. Το μαλακό έλκος αποτελεί συνμπαράγοντα για την μετάδοση του **HIV**. Το ποσοστό HIV λοίμωξης μεταξύ των πασχόντων από μαλακό έλκος είναι υψηλό. Σε ποσοστό **10%** των ασθενών με μαλακό έλκος πάσχουν από σύφιλη ή έρπητα των γεννητικών οργάνων.*

Επίπτωση: Οι αναφορές είναι λιγότερες από τα πραγματικά περιστατικά. Το 1994 αναφέρθηκαν 773 περιπτώσεις στις ΗΠΑ.

Γεωγραφική κατανομή: Είναι σπάνιο στις βιομηχανικές χώρες. Μικροεπιδημίες εισάγονται σποραδικά από τροπικές χώρες του Τρίτου Κόσμου, ειδικά μεταξύ φτωχών κατοίκων αστικών κέντρων και λιμανιών. (Berenson Abbey.,2000, Κατσάμπας Α.,1999, www.thebody.com,15/1/08)

5.3.ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Περίοδος επώασης:

Στους άνδρες ο χρόνος επώασης φτάνει το πολύ 7 ημέρες, ενώ στις γυναίκες μπορεί να είναι μεγαλύτερος. Η πύλη εισόδου είναι κάθε λύση συνέχειας των ιστών. Ποιο ευπαθείς είναι οι άνδρες που δεν έχουν περιτομή. (Στρατηγός Ι.,2004)

Ευρήματα από το δέρμα: (πρωτοπαθής βλάβη)

Αρχικά εμφανίζεται ευαίσθητη βλατίδα με ερυθρηματώδη άλω, η οποία εξελίσσεται σε φλύκταινα, διάβρωση και έλκος. Το κλασικό έλκος είναι συνήθως ιδιαίτερα ευαίσθητο ή επώδυνο. Τα χείλη είναι οξέα, υποσκαμμένα και δεν είναι σκληρά. Ο κρατήρας του έλκους είναι ρυπαρός με κοκκιωματώδη υφή, ενώ αιμορραγεί εύκολα. Το οίδημα της ακροπροσθίας είναι συχνό. Το έλκος μπορεί να είναι μονήρης ή να υπάρχουν πολλαπλά έλκη που συνενώνονται για να σχηματίσουν μεγάλα ή και γιγαντιαία έλκη. (Berenson Abbey.,2000,Κατσάμπας Α.,1999,www.thebody.com,15/1.08)

Κατανομή των βλαβών:

Πολλαπλά έλκη αναπτύσσονται από εντοενοφθαλμισμό.

Στο άνδρα: ακροπροσθία, χαλινός της ακροπροσθίας, αύλακα, βάλανος του πέους.

Στη γυναίκα: χαλινός της κλειτορίδας, χείλη του αιδοίου, πρόδρομος του κολεού, κλειτορίδα, τοιχώματα του κόλπου (από απευθείας επέκταση από την είσοδο του κόλπου), τράχηλος, περιπρωκτικά.

Εξωγεννητικές βλάβες: στήθος, δάχτυλα, μηροί, βλεννογόνος του στόματος, τράχηλος της μήτρας, ορθό και φάρυγγας.

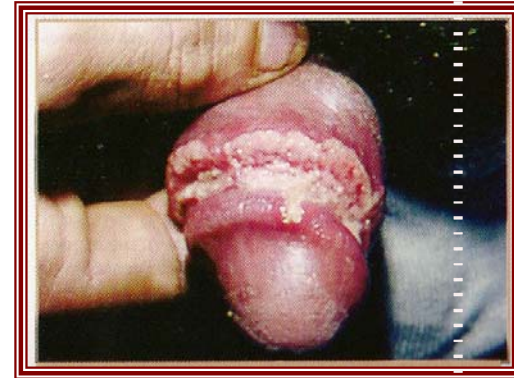
Συνοδά συμπτώματα: Βουβωνική αδενίτης συνοδεύει στο 40-70%

το έλκος. *Εμφανίζεται στο 35% των περιπτώσεων, 7 ημέρες μετά το έλκος και είναι επώδυνη ενώ οι αδένες είναι μαλακοί κατά την ψηλάφηση.*
(Berenson Abbey.,2000,Κατσάμπας Α.,1999,Στρατηγός I.,2004,www.thebody.com,15/1/08)



**ΕΙΚΟΝΑ 3.Μαλακό έλκος.
Αμφοτερόπλευρη αδενίτιδα
Πηγή: Στρατηγός Ι.Α., 2004**

**ΕΙΚΟΝΑ 4 . Μαλακό έλκος. Παραμελημένη μορφή.
Πηγή: Στρατηγός Ι.Α.,2004**



Δευτερογενής επιμόλυνση:

Η δευτερογενής επιμόλυνση μπορεί να οδηγήσει σε *γιγαντιαίες ελκώσεις οι οποίες επουλώνονται αργά και με ουλές.* (Στρατηγός Ι.,2004)

<i>Συμπτώματα</i>	<i>Χαρακτηριστικά</i>	<i>Εξέλιξη</i>	<i>Εντοπισμός</i>
• Βλατίδες	Ευαίσθητη Ερυθματώδη άλω	Φλύκταινα Διάβρωση Έλκος	Δερματικά
• Έλκος	Ευαίσθητο Επώδυνο	Γιγαντιαίο έλκος	Έξω γεννητικά όργανα
• Βουβωνική αδενίτις	Επώδυνη Μαλακοί αδένες		Βουβωνικοί αδένες

Ο κίνδυνος μόλυνσης με ωχρά σπειροχάιτη ταυτόχρονα δεν είναι σπάνιος .Πολύ συχνή στην Ευρώπη είναι η συνύπαρξη λοίμωξης από τον απλό έρπητα. *Επιπλέον το μαλακό έλκος μπορεί να συνυπάρχει και με αφροδίσιο λεμφοκοκκίωμα, αλλά και με βουβωνικό κοκκίωμα.* (Στρατηγός I.,2004)

5.4.ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΕΛΚΟΥΣ

- 1) Γιγαντιαίο μαλακό έλκος, με μονήρη ευμεγέθη βλάβη,
- 2) Φαγεδενικό μαλακό έλκος, με επιμολύνσεις,
- 3) Θυλακικό μαλακό έλκος, με πολλαπλά μικρά έλκη σε θυλακική κατανομή,
- 4) Βλατιδώδες μαλακό έλκος, με ελκωτική βλατίδα, κοκκιωματώδη,
- 5) Παροδικό μαλακό έλκος, με μικρή έλκωση, η οποία ιάται σε λίγες ημέρες, και ίσως μετά 2-3 εβδομάδες εμφανίζει οξεία περιοδική λεμφαδενίτιδα,
- 6) Μεγάλο ερπυστικό έλκος μεγεθύνεται με επέκταση και αυτενοφθαλμισμό.

5.5.ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπεία εξαρτάται από την δυνατότητα καλλιέργειας του Αιμόφιλου και την αντιμικροβιακή ευαισθησία του

Θεραπεία του Αιμόφιλου

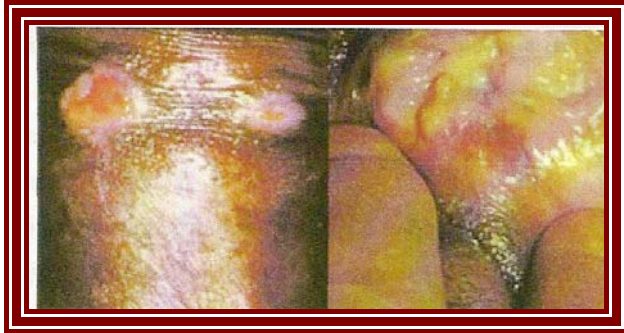
- Τριμφενικόλη, εφάπαξ
- Σουλφαμεθοξαζόλη για 10 ημέρες
- Ερυθρομυκίνη για 5 ημέρες
- Αμοξυκιλλίνη για 7 ημέρες
- Σιπροφλοξασίνη, εφάπαξ
- Σπεκτικομυκίνη, εφάπαξ

(Στρατηγός I.,2004)

ΒΟΥΒΩΝΙΚΟ ΚΟΚΚΙΩΜΑ

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">- Εισαγωγή | <ul style="list-style-type: none">- Κλινική εικόνα |
| <ul style="list-style-type: none">- Επιδημιολογία | <ul style="list-style-type: none">- Θεραπεία |
| <ul style="list-style-type: none">- Παθογένεια | |

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6° ΒΟΥΒΩΝΙΚΟ ΚΟΚΚΙΩΜΑ



Εικόνα 10.Βουβωνικό κοκκίωμα
Πηγή:<http://www1.lf1.cuni>

Η νόσος του Donovan είναι μία χρόνια, προοδευτικά καταστροφική, μικροβιακή λοίμωξη *της γυναίκας μετρίως μεταδοτική σεξουαλικά πάθηση, που χαρακτηρίζεται από εξελκώσεις και επιθηλιοματώδη υπερπλασία. Οφείλεται στο μικροοργανισμό *Calymmatobacterium granulomati s*, ο οποίος κατατάσσεται στην ομάδα των Βρουκελών.*

Αφορά τη Βουβωνική και Πρωκτογεννητική περιοχή, με μικρή τάση προς ίαση και πιθανή προδιάθεση προς ανάπτυξη κακοήθειας. **Αφορά κατεξοχήν άτομα χαμηλής κοινωνικό-οικονομικής τάξης.** (www.gyn.gr,15/1/08 , Στρατηγός Ι.,2004)

Συνώνυμα: Αφροδίσιο κοκκίωμα, ντονοβάνωση (*donovanosis*), Σκληρυντικό κοκκίωμα Μεταδοτικό κοκκίωμα.

6.1. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Υπάρχουν ενδείξεις ότι τα φυλετικά και εθνικά χαρακτηριστικά προδιαθέτουν στη νόσο. Αυτό όμως μπορεί να οφείλεται διαφορές κοινωνικό-οικονομικής φύσης ή συνθηκών διαβίωσης και υγιεινής. Σε μεγάλες σειρές ασθενών σχετίζεται με τη σύφιλη και την HIV, χωρίς να επηρεάζει όμως την κλινική τους πορεία. Επιπλέον λόγω του ότι προκαλεί έλκη των γεννητικών οργάνων προδιαθέτει στη μετάδοση του HIV.

Με το βουβωνικό κοκκίωμα σχετίζονται.

A. Το χαμηλό εισόδημα

B. Κακή υγιεινή

Φύλο. Εμφανίζεται κυρίως στους άνδρες και σε άτομα ηλικίας 20-30 ετών (70% των ασθενών είναι 20-40). Οι ομοφυλόφιλοι προσβάλλονται συχνότερα.

Αιτιολογία. Οφείλεται στο *Calymmatobacterium granulomatis*, ένα ενδοκυττάριο gram – αρνητικό ραβδίο εντός κάψας.

Μετάδοση. Ανεπαρκώς κατανοητή. Η μετάδοση γίνεται με σεξουαλική επαφή, αλλά μπορεί να γίνει και μη σεξουαλική μετάδοση, η οποία πιθανολογείται :

- Από την εμφάνιση της νόσου σε παιδιά που δεν συμμετέχουν σε σεξουαλικές επαφές και
- Από τη σπάνια μετάδοση σε μόνιμους ερωτικούς συντρόφους εν ενεργεία πασχόντων.

Γεωγραφική κατανομή. Ενδημικές εστίες εντοπίζονται σε τροπικές και υποτροπικές περιοχές, όπως: *Ινδία, Παπούα -Νέα Γουινέα, Νότια Αφρική, Κεντρική Αυστραλία*). Σπάνια εμφανίζεται στις *Η.Π.Α στον Καναδά και στην Ευρώπη*. (www.gyn.gr,15/1/08, Στρατηγός Ι.,2004)

6.2. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Πύλη εισόδου.

*Η πρωκτογεννητική περιοχή αποτελεί τη πύλη εισόδου του *Calymmatobacterium granulomatis*, από λύση συνέχειας των ιστών. Αυτό οδηγεί στην ανάπτυξη κοκκιώματος και στην καταστροφή των ιστών. Στο 5-10% παρατηρείται ψευδοελεφαντίαση, παρόλο που τα λεμφαγγεία της περιοχής δεν επηρεάζονται άμεσα.* (Στρατηγός Ι.,2004)

Η μεταδοτικότητα είναι μικρή. Πρέπει να γίνουν συνεχείς επαφές έτσι ώστε να εκδηλωθεί κλινική λοίμωξη. Τις περισσότερες φορές δεν ανιχνεύονται βλάβες στους ερωτικούς συντρόφους. (www.gyn.gr,15/1/08 , Στρατηγός Ι.,2004)

Ιστορικό ταξιδιού. Σεξουαλική επαφή σε ενδημικές περιοχές

Χαρακτήρες. Τα έλκη των γεννητικών οργάνων είναι σχετικά ανώδυνα. (www.gyn.gr,15/1/08 , Στρατηγός Ι.,2004)

6.3. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Περίοδος επώασης: Τα συμπτώματα εμφανίζονται μετά από χρόνο επώασης 8 ημέρες έως 12 εβδομάδες .(Στρατηγός Ι.,2004)

8.3.1.Βλάβες του δέρματος.

Πρωτοπαθής βλάβη. Εμφανίζεται κομβιοειδής βλατίδα ή υποδόριο οζίδιο, τα οποία εξελκούνται μέσα σε λίγες μέρες και είναι ακίνδυνα. **Οι βλάβες εξελίσσονται σε ελκώσεις .** Τα έλκη παρουσιάζουν στη βάση τους ερυθρό (σαν βοδινό κρέας), εύθρυπτο κοκκιώδη ιστό, με σαφώς αφοριζόμενα, ακανόνιστα χείλη. Εξαπλώνεται κατά συνέχεια ιστών, ή μέσω αυτό-ενοφθαλμισμού σε παρακείμενες περιοχές του δέρματος. Η επιμόλυνση από αναερόβιους μικροοργανισμούς μπορεί να προκαλέσει **πόνο και δύσοσμο εξίδρωμα.** (www.gyn.gr,15/1/08, Στρατηγός Ι.,2004)

Λιγότερο συχνές επιπλοκές του δέρματος

- Οι εν τω βάθει εξελκώσεις
- Οι χρόνιες ουλωτικές βλάβες
- Η φίμωση
- Το λεμφοίδημα (ελεφαντίαση του πέους, του όσχεου και του αιδοίου)
- Η εκσεσημασμένη επιθηλιακή υπερπλασία (μακροσκοπικά προσομοιάζει με καρκίνωμα)

(Στρατηγός Ι.,2004)

8.3.2.Κατανομή στους άνδρες. (Οι βλάβες στο 80-90% εντοπίζονται στα γεννητικά όργανα)

Κατανομή βλαβών στα γεννητικά όργανα άνδρα

- Στο σώμα του πέους
- Στη βάλανο
- Στην ακροπροσθία και στο όσχεο

Κατανομή βλαβών στα γεννητικά όργανα γυναίκας

- Στα μικρά χείλη
- Στο όρος της Αφροδίτης
- Στο χαλινό της κλειτορίδας

Οι εξελκώσεις στη συνέχεια επεκτείνονται με απευθείας επέκταση ή με αυτοενοφθαλμισμό στην:

- *Βουβωνική χώρα και*
- *Στο περίνεο*

8.3.3.Εξωγεννητικές βλάβες

Οι εξωγεννητικές βλάβες **Εντοπίζονται**

- A. Στο στόμα**
- B. Στα χείλη**
- Γ. Στο φάρυγγα**
- Δ. Στο πρόσωπο**
- Ε. Στο πεπτικό σύστημα και**
- Z. Στα οστά**

8.3.4.Οψιμες επιπλοκές.

Ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα στην περιοχή των γεννητικών οργάνων.

8.3.5.Γενική εξέταση.

Σύστοιχη λεμφαδενοπάθεια είναι σπάνια. Μεγάλο υποδόριο οζίδιο μπορεί να μιμείται διογκωμένο βουβωνικό λεμφαδένα. (www.gyn.gr,15/1/08, Στρατηγός Ι., 2004)

6.4. ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΕΛΚΟΥΣ

Ελκωτική μορφή

- 2. Υπερτροφική ή μυρμυκιδώδης μορφή με:**
 - Ξηρότερη έλκωση
 - Με υπεξηρημένη κοκκιωματώδη βάση
- 3. Νεκρωτική μορφή με: Ταχεία και Εκτεταμένη καταστροφή των περιβαλλόντων ιστών**
- 4. Σκληρωτική ή αυλωτική μορφή (συνηθέστερη στις γυναίκες)**
Χαρακτηρίζεται από: Υπέρμετρη παραγωγή ινώδους ιστού. (Στρατηγός Ι.,2004)

6.5. ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπεία φαίνεται να ανακόπτει την προϊούσα καταστροφή των ιστών, αν και συχνά απαιτείται παρατεταμένη διάρκεια θεραπείας για να επιτευχθεί ανάπτυξη κοκκιώδους ιστού και επανεπιθηλίωση των ελκών. (www.gyn.gr,15/1/08, Στρατηγός Ι., 2004)

Τα καλύτερα αντιμικροβιακά σχήματα που συνιστώνται είναι τα εξής:

1. Τριμεθοπρίμη-σουλφαμεθοξαζόλη, για 3 εβδομάδες
2. Σιπροφλοξασίνη και
3. Ερυθρομυκίνη για 3 εβδομάδες

Η τετρακυκλίνη δεν συνιστάται πλέον. **Ακόμα και με αποτελεσματική αγωγή η νόσος μπορεί να υποτροπιάσει σε 6-18 μήνες.** (Στρατηγός Ι.,2004)

ΧΛΑΜΥΔΙΑ ΤΡΑΧΩΜΑΤΟΣ

- **Εισαγωγή**
- **Επιδημιολογία**
- **Αιτιολογία**
- **Μετάδοση**
- **Περίοδος επώασης**
- **Κλινική εικόνα**
- **Επιπλοκές**
- **Θεραπεία**

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο ΧΛΑΜΥΔΙΑ ΤΡΑΧΩΜΑΤΟΣ (CHLAMYDIA TRACHOMATIS)



Εικόνα Χλαμύδια όπως φαίνονται
στο ηλεκτρονικό μικροσκόπιο.
Πηγή: www.hiv.gr/4/4/08

Η μόλυνση με χλαμύδια είναι η συχνότερη σεξουαλικά μεταδιδόμενη, βακτηριακή λοίμωξη σε νέες γυναίκες. Προκαλείται από το βακτηρίδιο Chlamydia Trachomatis το οποίο προσβάλλει και τα δύο φύλλα. Η μόλυνση με χλαμύδια φαίνεται ότι λαμβάνει επιδημικές διαστάσεις σε πολλές χώρες του κόσμου, ιδιαίτερα στους νέους κάτω των 26 ετών, και απειλεί με στειρότητα όχι μόνο γυναίκες αλλά και άνδρες. Οι περισσότερες μελέτες που έχουν γίνει τα τελευταία 10 χρόνια αναφέρονται στις χλαμυδιακές λοιμώξεις του ουρογεννητικού συστήματος και ιδιαίτερα στη μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα, που αποτελεί σήμερα τη συχνότερη πάθηση που προκαλούν τα χλαμύδια. (www.medlook.net,4/4/08, Μελέκος Μ.Δ., Μελέκος Ι.Δ.,1987)

7.1. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, *η επίπτωση της χλαμυδιακής λοίμωξης είναι διπλάσια από την επίπτωση της βλεννόρροιας στις ανεπτυγμένες χώρες. Η μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα στην Ελλάδα εμφανίζει τις υψηλότερες συχνότητες κατά έτος μεταξύ των εξετασθέντων στο νοσοκομείο « Α. Συγγρός » σε σύγκριση με τα άλλα ΣΜΝ (1974-1996). Πτώση εμφανίζεται μετά το 1985 και αύξηση από το 1992. Η μη γονοκοκκική*

ουρηθρίτιδα αντιπροσωπεύει το 66% του συνόλου των διαγνώσεων στα ΣΜΝ. (Στρατηγός Ι.,2004)

Ο επιπολασμός σχετίζεται με :

- Την ηλικία
- Το βαθμό σεξουαλικής εμπειρίας και
- Το σεξουαλικό προσανατολισμό

Οι ετεροφυλόφιλοι άνδρες προσβάλλονται συχνότερα από τους ομοφυλόφιλους, με εξαίρεση την πρωκτίτιδα.κινδυνεύουν περισσότερο από την χρήση αντισυλληπτικών και όχι προφυλακτικών

- Τα νεαρά άτομα
- Οι άγαμοι και οι
- Γυναίκες

Η υψηλότερη αναλογία στις γυναίκες με θετική τραχηλική καλλιέργεια παρατηρείται στις ηλικίες μεταξύ 15-21 ετών. Πιθανολογείται ότι η μεταδοτικότητα των χλαμυδιακών λοιμώξεων είναι λίγο μικρότερη από εκείνη των γονοκοκκικών λοιμώξεων. (Στρατηγός Ι.,2004)

Πίνακας 7. Παράγοντες που σχετίζονται με την ανάπτυξη χλαμυδιακών λοιμώξεων. Πηγή: Στρατηγός Ι.,2004

7.2. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Τα χλαμύδια είναι gram αρνητικά, μικρά, ακίνητα, αποστρογγυλεμένα η ωοειδή, υποχρεωτικά ενδοκυττάρια *βακτηρίδια*. Το μέγεθος τους κυμαίνεται από 200-1000 nm και είναι ορατά σε κοινό μικροσκόπιο, αφού χρωματιστούν. (<http://panacea.med.uoa.gr/4/04/08> , Στρατηγός Ι.,2004)

ΠΙΝΑΚΑΣ 7. Παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με την ανάπτυξη χλαμυδιακών λοιμώξεων.

- Ηλικία < 20 έτη
- Αριθμός συντρόφων > 3 το τελευταίο έτος
- Αριθμός συντρόφων > 1 χωρίς προφύλαξη
- Χρήση αντισυλληπτικού δισκίου χωρίς τη χρήση μεθόδου φραγμού
- Κολπική υπερέκκριση



Εικόνα γλαμυδίων σε ηλεκτρονικό μικροσκόπιο.
Πηγή: www.hiv.gr/4/04/08

Το γένος των γλαμυδίων περιλαμβάνει τα εξής 3 παθογόνα είδη:

- 1) Το γλαμύδιο του τραχώματος (Chlamydia Trachomatis),** το οποίο προκαλεί (τράχωμα, επιπεφυκίτιδα, αφροδίσιο λεμφοκοκκίωμα και λοιμώξεις του γεννητικού συστήματος). Το C.trachomatis αναγνωρίστηκε ως αιτία του τραχώματος το 1940, αλλά σήμερα αποτελεί μία από τις σημαντικότερες αιτίες των μη γονοκοκκικών ουρηθρίτιδων και περιγεννητικών λοιμώξεων ενώ σπάνια ενοχοποιείται για πρόκληση υποξείας ενδοκαρδίτιδας, περιτονίτιδας, πλευρίτιδας και λοιμώξεων του αναπνευστικού.
- 2) Το γλαμύδιο της πνευμονίας (Chlamydia Pneumoniae),** το οποίο είναι συχνό αίτιο λοιμώξεων του ανώτερου αναπνευστικού και πνευμονιών, κυρίως σε παιδιά και νεαρούς ενήλικες..
- 3) Το γλαμύδιο της ψιττάκωσης (Chlamydia Psittaci),** το οποίο ανευρίσκεται σε διάφορα είδη θηλαστικών, πτηνών και στον άνθρωπο προκαλεί πνευμονία και ψιττάκωση. (<http://panacea.med.uoa.gr/4/04/08>, Στρατηγός Ι.,2004)

7.3. ΜΕΤΑΔΟΣΗ

Τα γλαμύδια μεταδίδονται με την σεξουαλική επαφή (στοματική, κολπική, πρωκτική επαφή). Μπορεί να μεταδοθεί ύπουλα στις γυναίκες και να προκαλέσει μια επώδυνη, μακράς διάρκειας κατάσταση που λέγεται φλεγμονώδης νόσος της πύελου, καθώς και στειρότητα (αδυναμία να κάνει παιδιά). Έγκυες γυναίκες είναι δυνατόν να μολύνουν τα παιδιά τους κατά τον τοκετό, στα μάτια και τους πνεύμονες . (www.ephebiatrics.gr,4/04/08,www.thessalonikefs.gr,4/04/08)

7.4. ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΕΠΩΑΣΗΣ – ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Τα γλαμύδια ζουν στο σπέρμα και στα κολπικά υγρά. Μια γυναίκα ίσως να μην γνωρίζει ότι έχει μολυνθεί από γλαμύδια μέχρι να κάνει το ειδικό τεστ ή να αποφασίσει να κάνει παιδί και να έχει πρόβλημα στην προσπάθεια να μείνει

έγκυος. Μπορεί δηλαδή να μην υπάρχουν καθόλου συμπτώματα. **Οι άνδρες συχνά δεν έχουν συμπτώματα και μεταδίδουν τη λοίμωξη χωρίς να ξέρουν ότι την έχουν.** Μερικές φορές τα συμπτώματα είναι τόσο ήπια που κάποιος να μην τους δώσει σημασία. **Εάν υπάρχουν συμπτώματα, αυτά εμφανίζονται 1-3 εβδομάδες μετά τη σεξουαλική επαφή με το μολυσμένο άτομο.**

(www.hiv.gr,4/04/08, www.ephebiatrics.gr,4/04/08)

Τα συμπτώματα που πρέπει να προσέξουν οι γυναίκες είναι τα εξής:

- 1. Καινούργιο ή διαφορετικό έκκριμα από τον κόλπο**
- 2. Πόνος στην κοιλιά χαμηλά, που μερικές φορές συνοδεύεται από πυρετό και ρίγος**
- 3. Πόνος κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής επαφής**
- 4. Κολπική αιμορραγία εκτός περιόδου**
- 5. Κολπική αιμορραγία μετά από σεξουαλική επαφή**
- 6. Μπορεί να υπάρχει δύσοσμο κολπικό έκκριμα**
- 7. Τσούκσιμο κατά την ούρηση**

Τα συμπτώματα που πρέπει να προσέξουν οι άνδρες είναι τα εξής.

Συμπτώματα στους άνδρες

- **Υδαρείς ή γαλακτώδεις σταγόνες από το πέος**
- **Αίσθημα κνησμού στο εσωτερικό του πέους**
- **Αίσθημα καύσου κατά την ούρηση**
- **Πόνος ή πρήξιμο στους όρχεις**

(www.ephebiatrics.gr,4/04/08, www.thessalonikefs.gr,4/04/08)

Το 75% των γυναικών και το 50% των ανδρών δεν θα παρουσιάσουν κανένα σύμπτωμα με αποτέλεσμα να μην γνωρίζει ότι έχει μολυνθεί και να μην συμβουλευτεί κάποιον ειδικό. Αν η πάθηση δεν θεραπευτεί στο στάδιο εμφάνισης των συμπτωμάτων όταν αυτά υπάρχουν, τα οποία μοιάζουν με της βλεννόρροιας και συχνά είναι ήπια και περνούν μέσα σε λίγες μέρες, το μικρόβιο μπορεί να μπει μέσα στον οργανισμό και να προκαλέσει σοβαρά προβλήματα στειρότητας κ.α. Οι λοιμώξεις από το C.Trachomatis προκαλούν ένα ευρύ φάσμα κλινικών εκδηλώσεων σε άνδρες, γυναίκες και παιδιά στο οποίο και θα εστιάσουμε.

(www.hiv.gr,4/04/08, www.thessalonikefs.gr,4/04/08, <http://panacea.med.uoa.gr,4/04/08>)

7.5. ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Είδη γλαυιδίων	Νόσοι που προκαλούν
1. Το γλαυίδιο του τραχώματος	A. Τράχωμα B. Επιπεφυκίτιδα Γ. Αφροδίσιο λεμφοκοκκίωμα Δ. Λοιμώξεις του γεννητικού Συστήματος.
2. Το γλαυίδιο της πνευμονίας	A. Λοιμώξεις του αναπνευστικού. B. Λοιμώξεις στους πνεύμονες (κυρίως σε παιδιά και εφήβους)
3 Το γλαυίδιο της ψιττάκωσης.	α. Πνευμονία β. Ψιττάκωση

Οι συνέπειες αν δεν θεραπευτούν τα γλαυίδια του τραχώματος είναι οι εξής.

Στις γυναίκες: Αν δεν θεραπευτεί προσβάλλει τον τράχηλο της μήτρας, τις σάλπιγγες και το ουροποιητικό σύστημα (ενδέχεται να αναπτύξουν φλεγμονή στην πύελο, περιοχή που βρίσκεται στην λεκάνη). Μπορεί να προκληθεί επίμονος πόνος και να υπάρξουν προβλήματα αναπαραγωγής. Επίσης αν η γυναίκα προσβληθεί κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και δεν λάβει θεραπεία, αυξάνεται η πιθανότητα μετάδοσης γλαυιδίων στο έμβρυο.

*Στους άνδρες: Αν δεν θεραπευτεί προσβάλλει την επιδιδυμίδα (την αποθήκη του σπέρματος, δίπλα από τον όρχι) και προκαλεί τοπική διόγκωση και πόνο. Επιπλέον μπορεί να εμφανίσουν μόλυνση στην ουρήθρα. Όταν υπάρχει έκθεση στον ιό, αυξάνεται η πιθανότητα πρόσληψης και μετάδοσης του ιού **HIV**. (www.hiv.gr,4/04/08, www.imop.gr,4/04/08)*

Άνδρες	Γυναίκες	Παιδιά
<ul style="list-style-type: none"> • Ουρηθρίτιδα • Μεταγονοκοκκική ουρηθρίτιδα • Επιδιδυμίτιδα • Προστατίτιδα • Πρωκτίτιδα • Επιπεφυκίτιδα • Φαρυγγίτιδα • Αφροδίσιο λεμφοκοκκίωμα • Σύνδρομο Reiter • Υπογονιμότητα 	<ul style="list-style-type: none"> • Βαρθολινίτιδα • Βλεννοπυώδης τραχηλίτιδα • Ενδομητρίτιδα • Σαλπινγίτιδα • Περιηπατίτιδα • Ουρηθρίτιδα • Αφροδίσιο λεμφοκοκκίωμα • Επιπεφυκίτιδα • Φαρυγγίτιδα • Υπογονιμότητα σαλπινγικής αιτιολογίας • Εξωμήτριος κύηση • Δυσπλασία • Πρόωρος τοκετός • Αντιδραστική αρθρίτιδα • Θνησιγενή έμβρυα 	<ul style="list-style-type: none"> • Επιπεφυκίτιδα • Πνευμονία • Ασυμπτωματικός αποικισμός του φάρυγγα • Ασυμπτωματικός αποικισμός γαστρεντερικού σωλήνα • Μέση ωτίτιδα

Πίνακας 2:φάσμα κλινικών εκδηλώσεων των λοιμώξεων από C.Trachomatis.

Πηγή: <http://panacea.med.uoa.gr>.

Οι λοιμώξεις με τις οποίες θα ασχοληθούμε και προκαλούνται από C.Trachomatis είναι οι ακόλουθες:

Λοιμώξεις από γλαυμύδια

- **Φλεγμονώδεις παθήσεις της πυέλου (σαλπινγίτιδα)**
- **Επιδιδυμίτιδα**
- **Προστατίτιδα**
- **Αφροδίσιο λεμφοκοκκίωμα – λεμφώματα**
- **Σύνδρομο Reiter**
- **Περιτονίτιδα και περιηπατίτιδα**
- **Χλαμυδιακή πνευμονία σε παιδιά**
- **Ουρηθρίτιδα (ΜΓΟ), τραχηλίτιδα και βαρθολινίτιδα στις γυναίκες**
- **Ουρηθρίτιδα (ΜΓΟ) στους άνδρες**
- **Γενικά περί περιγεννητικής μετάδοσης**

Φλεγμονώδεις παθήσεις της πυέλου:

Με τον όρο φλεγμονώδης νόσος της πυέλου εννοείται η λοίμωξη του ανώτερου γεννητικού συστήματος της γυναίκας, η οποία προσβάλλει τη μήτρα τις σάλπιγγες, τις ωοθήκες και τους παρακείμενους ιστούς. Η φλεγμονώδης νόσος της πυέλου είναι το συχνότερο νόσημα σε γυναίκες ηλικίας 15 έως 24 ετών. Η φλεγμονώδης νόσος της πυέλου οφείλεται κυρίως στα χλαμύδια του τραχώματος. (Στρατηγός Ι.,2004)

Κυριότεροι παράγοντες κινδύνου (φλεγμονώδους παθήσεως της πυέλου)

- **Νεαρή ηλικία**
- **Πολλαπλοί ερωτικοί σύντροφοι**
- **Χρήση ενδομητρικών σπειραμάτων**
- **Ενδοκολπικές πλύσεις**
- **Πλύσεις με αντισηπτικά σαπούνια**
- **Το κάπνισμα**
- **Συνύπαρξη λοιμώξεων από γονόκοκκο ή χλαμύδια ή HIV**
- **Βακτηριακή κολπίτιδα**

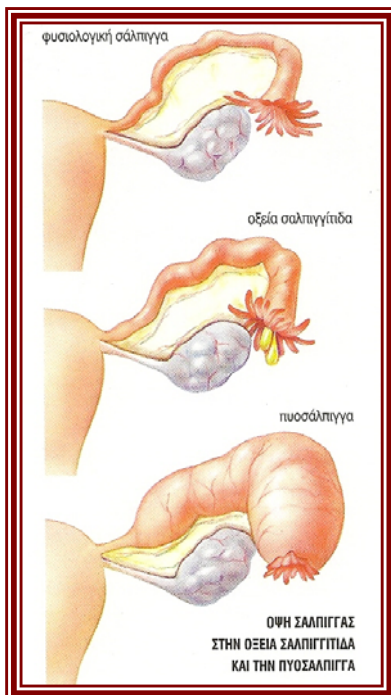
Η σημαντικότερη φλεγμονώδη πάθηση της πυέλου που προκαλείται από τα χλαμύδια του τραχώματος είναι η σαλπιγγίτιδα, κυρίως λόγω της στειρότητας που προκαλεί. Με τον όρο σαλπιγγίτιδα δηλώνουμε τη φλεγμονή των σαλπίγγων. Η νόσος μπορεί να είναι ασυμπτωματική ή να εμφανίζει οξεία κλινική εικόνα. (Στρατηγός Ι.,2004)

Εκδηλώσεις σαλπιγγίτιδας.

- **Πόνος στο κατώτερο τμήμα της κοιλιάς (έντονος-επίμονος)**
- **Πυρετός**
- **Δύσσομες κολπικές εκκρίσεις, ενίοτε αιματηρές**
- **Συχνοουρία**
- **Δυσουρία**

Επιπλοκές σαλπινγίτιδας.

- Μπορεί να υπάρξει δημιουργία αποστήματος
Στις σάλπιγγες (κυρίως σε μεγάλες γυναίκες)
- Μπορεί να προκληθεί σοβαρή περιτονίτιδα
σε περίπτωση που σπάσει το απόστημα.



Εικόνα σαλπίγγων.

Πηγή: Χρυσή Υγεία,2002

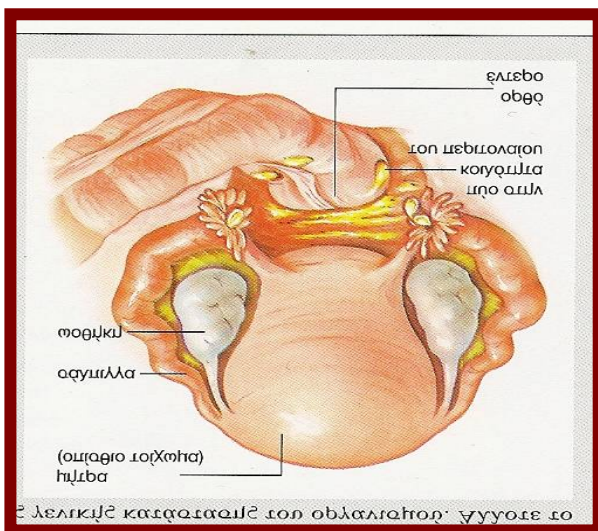
Χρονιότητα της μόλυνσης δημιουργεί τις ακόλουθες εκδηλώσεις:

- Πόνους στο κατώτερο τμήμα της κοιλιάς
- Πόνους στην πλάτη (εντονότεροι κατά την καταμήνια περίοδο)
- Παθολογικές κολπικές αιμορραγίες
- Πόνο κατά τη συνουσία. (Χρυσή Υγεία.,2002)

Η συχνότητα εμφάνισης της σαλπινγίτιδας συνεχώς αυξάνεται και αναφέρεται ότι το 25% των προσβεβλημένων γυναικών υποφέρουν από τις επιπλοκές της. Έτσι η αναλογία εξωμήτριας : ενδομήτριας κνήσεως στις εγκυμονούσες που πάσχουν από χλαμυδιακή σαλπινγίτιδα είναι 1:24, αντίθετα δηλαδή με τις υγιείς εγκυμονούσες που η αναλογία αυτή είναι 1:150. **Η μόλυνση με χλαμύδια είναι επικύνδινη γιατί στο μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών δεν προκαλεί συμπτώματα, με αποτέλεσμα η μόλυνση να μην θεραπεύεται και η αλυσίδα μετάδοσης του μικροβίου σε άλλους σεξουαλικούς συντρόφους να μην διακόπτεται.** Όλα αυτά έχουν οδηγήσει σε μια ανησυχητική αύξηση των κρουσμάτων από χλαμύδια τα τελευταία χρόνια. Σύμφωνα με στατιστικά στοιχεία η αύξηση αυτή κυμαίνεται από 10-30%.. (Μ.Δ.Μελέκος,Ι.Δ.Μελέκος,1987, www.medlook.net,4/4/08, www.Ginaikes.com,4/04/08)

Επιδιδυμίδα-στεριότητα:

Το 1975 ο Hear υπέθεσε ότι τα χλαμύδια μπορούσαν να είναι ένα από τα παθογόνα μικρόβια της επιδιδυμίδας. Ο Berger και συν (1979-1980), καλλιεργώντας υγρά αναρροφήσεως από τις φλεγμαίνουσες επιδιδυμίδες απέδειξαν ότι πράγματι τα χλαμύδια ήταν μεταξύ των παθογόνων αιτιολογικών παραγόντων, και όχι μόνον αυτό, αλλά επιπλέον αποτελούσαν τους συχνότερους νοσογόνους παράγοντες στους πάσχοντες ηλικίας κάτω των 25 χρόνων. Τα ίδια ευρήματα πιστοποιήθηκαν και από τους Becker και συν (1984). **Στους άνδρες τα χλαμύδια είναι δυνατόν να προκαλέσουν φλεγμονή στους όρχεις και στην επιδιδυμίδα επίμηκες σώμα που μεταφέρει το σπέρμα από τους όρχεις στο πέος).** Η ορχίτιδα και η επιδιδυμίτιδα εκδηλώνεται με τα εξής συμπτώματα.



• **Εικόνα. Ορχιοεπιδιδυμίτιδα**
Πηγή: Χρυσή Υγεία, 2002

- Πυρετό
 - Γενική αδιαθεσία
 - Ερυθρό και θερμό όσχεο (λόγω εξοίδησης)
 - Πόνος, πιθανόν έντονος (εντοπίζεται στο όσχεο)
- Ο πόνος αντανακλάται στη βουβωνική χώρα και στην κοιλιά.

Σύμφωνα με στατιστικά στοιχεία η αμφοτερόπλευρη ορχίτιδα προκαλεί στειρότητα σε περίπου 4% των περιπτώσεων. **Φαίνεται λοιπόν ότι η μόλυνση με χλαμύδια προκαλεί στειρότητα στον άνδρα λόγω του ότι μειώνει την κινητικότητα των σπερματοζωαρίων. Είναι σημαντικό οι άνδρες να γνωρίζουν ότι τα χλαμύδια απειλούν τη γονιμότητα τους.** Ερευνητές από τη Σουηδία εξέτασαν και παρακολούθησαν για 3 χρόνια, 244 ζευγάρια που είχαν πρόβλημα στειρότητας. Οι άνδρες που είχαν αντισώματα εναντίον του βακτηριδίου Chlamydia Trachomatis, γεγονός που έδειχνε ότι μολύνθηκαν με χλαμύδια, είχαν **33% λιγότερες πιθανότητες** να τεκνοποιήσουν. Τα ζευγάρια που έχουν πρόβλημα στειρότητας πρέπει να ελέγχονται για μόλυνση με χλαμύδια. Περίπου 1 ζευγάρι στα 6 παρουσιάζει πρόβλημα τεκνοποίησης και στο **50%** των περιπτώσεων οφείλεται σε προβλήματα του άνδρα Στο Ηνωμένο

Βασίλειο υπολογίζεται ότι το 10% των ανδρών πάσχουν από μόλυνση λόγω χλαμυδίων. (Μ.Δ. Μελέκος,Ι.Δ. Μελέκος,1987., www.Ginaikes.com,4/04/08)

Χλαμύδια

Σημεία προσβολής	Εκδηλώσεις	Σημεία εντοπισμού
A. Επιδιδυμίδα B. Τους όρχεις	α. Φλεγμονή στους όρχεις β. Φλεγμονή στην επιδιδυμίδα	1. Στους όρχεις 2. Στο επιμήκες σώμα. (Μεταφορά σπέρματος από τους όρχεις στο πέος)
Επιπλοκές :	1. Προβλήματα τεκνοποίησης 2. Στειρότητα	

Προστατίτιδα:

Παρουσία των χλαμυδίων εμφανίζεται σε πολλές περιπτώσεις χρόνιας προστατίτιδας, μετά από καλλιέργεια των αρχικών ούρων όσο και του σπερματικού και προστατικού υγρού. Το γεγονός όμως αυτό δεν επιτρέπει την απόλυτη αιτιολογική διάγνωση, αφού η πιθανότητα επιμόλυνσεως των προαναφερθέντων δειγμάτων από μια είδη μολυσμένη ουρήθρα δεν μπορεί να αποκλειστεί. Το 1985 ο Poletti και συν , μετά από καλλιέργειες υλικού βιοψίας του προστάτη σε περιπτώσεις μικροβιακής προστατίτιδας και ταυτόχρονα χλαμυδιακής ουρηθρίτιδας, απομόνωσαν το χλαμύδιο του τραχώματος στον αδένα, στο 33% των ασθενών. Φαίνεται λοιπόν ότι τα χλαμύδια προσβάλλουν και τον προστάτη, παρόλο που το θέμα βρίσκεται ακόμα υπό μελέτη. Στη χρόνια προστατίτιδα οι εκδηλώσεις είναι τοπικές και εμφανίζονται σταδιακά. Συμπτώματα τα οποία σημαίνουν *προστατίτιδα είναι η δυσουρία, ο καύσος κατά την ούρηση, ο πόνος στους όρχεις, στο περίνεο ή υπερηβικά, η επώδυνη εκσπερμάτιση, αλλαγές στην ποιότητα του σπέρματος και η στυτική δυσλειτουργία.* (Μ.Δ.Μελέκος,Ι.Δ.Μελέκος.,1987, Στρατηγός Ι.,2004)

Χαρακτηριστικά προστατίτιδας

Αίτιο	Νόσος
Χλαμύδιο του τραχώματος	Χρόνια προστατίτιδα
Συμπτώματα	
Α. Δυσουρία	
Β. Καύσος καυτά την ούρηση	
Γ. Πόνος στους όρχεις	
Δ. Πόνος υπερηβικά ή	
Ε. Επώδυνη εκσπερμάτιση	
Στ. Αλλαγές στην ποιότητα του σπέρματος	
Ζ. Στυτική δυσλειτουργία	
Η. Πυώδες έκκριμα από την ουρήθρα	

Εικόνα Όψη προστάτη με οξεία προστατίτιδα
Πηγή : Χρυσή Υγεία ,2002



Αφροδίσιο λεμφοκοκκίωμα-λεμφώματα

Η πάθηση αυτή στις μέρες μας μεταδίδεται με τη σεξουαλική επαφή, παρόλα αυτά όμως είναι ασυνήθιστη. **Κλινικά η νόσος παρουσιάζεται με διόγκωση των λεμφαδένων, με λοβώδη μορφώματα και στενώματα στον πρωκτό καθώς και με έλκη στο πέος και αιδοίο, ενώ η εικόνα της ελεφαντίασης δεν είναι σπάνια.** Η διάγνωση της νόσου γίνεται με την ανεύρεση του χλαμυδίου του τραχώματος στο υλικό που αναρροφείται από τους μολυσμένους λεμφαδένες. (Μ.Δ.Μελέκος,Ι.Δ.Μελέκος,1987)

Στο Παρίσι σύμφωνα με πρόσφατες έρευνες, τα χλαμύδια πιθανώς να διαδραματίζουν ρόλο στην εμφάνιση μιας μορφής λεμφώματος που επηρεάζει τους ιστούς γύρω από τα μάτια. Η διαπίστωση αυτή γεννά ελπίδες για την καταπολέμηση της νόσου με αντιβιοτικά. Τα αποτελέσματα της έρευνας

ανακοινώθηκαν στις 31/10/05 στο Ευρωπαϊκό αντικαρκινικό συνέδριο και αποτελούν μία ακόμα απόδειξη της σχέσης της βακτηριακής μόλυνσης με την καρκινογένεση. ([www. Kathimerini.gr,4/04/08](http://www.Kathimerini.gr,4/04/08))

Αίτιο	Ασθένεια
Χλαμύδια	Αφροδίσιο Λεμφοκοκκίωμα
Συμπτώματα	<ul style="list-style-type: none">• Διόγκωση των λεμφαδένων• Στενώματα στον πρωκτό• Μορφώματα στον πρωκτό• Έλκη στο πέος και στο αιδοίο• Ελεφαντίαση

Σύνδρομο Reiter:

Το σύνδρομο Reiter χαρακτηρίζεται από επιπεφυκίτιδα, αρθρίτιδα και ουρηθρίτιδα και μπορεί να παρουσιαστεί με τη μορφή επιδημίας σε περιπτώσεις επιδημικής εκρήξεως σιγκελλώσεως. Μπορεί επίσης να εμφανιστεί μετά από κάποιο αφροδίσιο νόσημα. Τα χλαμύδια έχουν απομονωθεί στον επιπεφυκότα, την ουρήθρα και, σπανιότερα, στο αρθρικό υγρό των ασθενών. Δεν έχει όμως διευκρινιστεί αν το παθογόνο χλαμύδιο είναι του τραχώματος, αν γενικά τα χλαμύδια μπορούν να προκαλέσουν την εμφάνιση του συνδρόμου και αν, τέλος οι άρρωστοι με την πάθηση αυτή είναι πιο επιρρεπείς στην ίδια τη νόσο. Η πιθανότητα εμφάνισης του συνδρόμου Reiter μετά από μια ΜΓΟ είναι 1-3% και η εμφάνιση του γίνεται συνήθως ένα μήνα μετά τη ΜΓΟ με οξεία ασύμμετρη oligoarthritis, επιπεφυκίτιδα, ιριδοκυκλίτιδα, κερατοδερμία ιδίως παλαμών-πελμάτων, κυκλική βαλανίτιδα κ.α. (Μ.Δ. Μελέκος, Μελέκος Ι.Δ., Στρατηγός Ι.,2004)



Εικόνα

2. Σύνδρομο Reiter.

**Βλάβες στα νύχια.
Πηγή: Αρχείο: Ι.Δ.
Στρατηγού,2004**

**Εικόνα 1. Σύνδρομο Reiter
«Γονοκοκκική Κερατοδερμία»
Πηγή : Αρχείο: Ι.Δ. Στρατηγού,2004**



Συστήματα που προσβάλλει το Σύνδρομο Reiter

- Εκδηλώσεις από το ουρογεννητικό σύστημα
- Εκδηλώσεις από το δέρμα και τους βλεννογόνους
- Εκδηλώσεις από αρθρώσεις και μυοσκελετικό σύστημα
- Εκδηλώσεις από το γαστρεντερικό σύστημα
- Εκδηλώσεις από τους οφθαλμούς
- Εκδηλώσεις από το καρδιαγγειακό
- Εκδηλώσεις από τους νεφρούς

Περιτονίτιδα και περιηπατίτιδα.

Σε έρευνες που έγιναν στο τέλος της 10/ετίας του 1970 διαπιστώθηκε η παρουσία του χλαμυδίου του τραχώματος στο δουλγάσσειο χώρο γυναικών με λαπαροσκοπικά διαπιστωμένη περιτονίτιδα. Όλες οι παθούσες ήταν σεξουαλικά ενεργοί και γι' αυτό είχε υποτεθεί ότι η μόλυνση αποκτήθηκε μετά από σεξουαλική επαφή. Η μόλυνση μπορεί να προσβάλει το **περιτόναιο ανιόντος**, σαν συνέχεια μιας

προηγθείσας χλαμυδιακής σαλπινγίτιδας ή τραχηλίτιδας.
(Μ.Δ.Μελέκος,Ι.Δ.Μελέκος,1987)

Χλαμυδιακή πνευμονία σε παιδιά.

Τα χλαμύδια μπορούν να προκαλέσουν φαρυγγίτιδα, πνευμονίτιδα στα νεογνά (με την οποία και θα ασχοληθούμε) με ταυτόχρονη επιπεφυκίτιδα ή και φαρυγγίτιδα, σπανιότερα ενδοκαρδίτιδα, και επιπεφυκίτιδα μετ'εγκλείστων στα νεογνά και στους ενήλικες. Στους ενήλικες οι προαναφερθείσες λοιμώξεις έπονται της χλαμυδιακής μόλυνσεως των γεννητικών οργάνων, ενώ στα παιδιά η λοίμωξη γίνεται από μολυσμένες μητέρες. (Μ.Δ.Μελέκος,Ι.Δ.Μελέκος,1987)

Η χλαμυδιακή πνευμονία είναι μια από τις πιο συνηθισμένες μορφές πνευμονίας των τριών πρώτων μηνών της ζωής. Σε διάφορες μελέτες το χλαμύδιο του τραχώματος ευθύνεται για τα 15% μέχρι 73% της απύρετης πνευμονίας στους πρώτους μήνες της ζωής. Η διάγνωση γίνεται από την χαρακτηριστική κλινική εικόνα, την απομόνωση του χλαμυδίου στο ρινοφάρυγγα και από τη μέτρηση των ειδικών IgM αντισωμάτων. (Κ.Φωτίου,1990)

ΠΙΝΑΚΑΣ 1

Χαρακτηριστικά χλαμυδιακής πνευμονίας

Ηλικία	3 μέχρι 12 εβδομάδες
Έναρξη	Βαθμιαία
Βαρύτητα	Ελαφρά μέχρι μέτρια. Άγνωστο αν υπάρχουν κατάλοιπα
Βήχας	Επαναληπτικός, βραχύς βήχας
Πυρετός	Δεν υπάρχει στα 95% των περιπτώσεων
Επιπεφυκίτις	Υπάρχει στα 50% των περιπτώσεων
Εξέταση αναπνευστικού	Ταχύπνοια. Εισπνευστικοί ρόγχοι. Συρίττουςα αναπνοή μόνο στα 5% των περιπτώσεων
Ακτινογραφία θώρακα	Διάμεσα διηθήματα, συνήθως αμφοτερόπλευρα
Εργαστηριακά ευρήματα	Ηωσινοφιλία. Αύξηση των ανοσοσφαιρινών IgM και IgG και μερικές φορές IgA. Ειδικά IgM αντισώματα
Πορεία	Παρατεταμένη, εβδομάδες

Πίνακας 1. Χαρακτηριστικά χλαμυδιακής πνευμονίας.

Πηγή: Κ.Φωτίου,1990

Ουρηθρίτιδα (ΜΓΟ), τραχηλίτιδα και βαρθολινίτιδα στις γυναίκες.

Από όλους τους αναγνωρισμένους μικροβιακούς αιτιοτιολογικούς παράγοντες στη μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα το χλαμύδιο του τραχώματος προκαλεί τις συχνότερες και σοβαρότερες επιπλοκές.

Επώαση: Ο χρόνος επώασης της λοίμωξης από C Trachomatis είναι 7-21 ημέρες.

Συμπτώματα: Στις γυναίκες τα συμπτώματα της ουρηθρίτιδας είναι περισσότερο **ασαφή και αβληγρά**, με προέχοντα τη **συχνουρία** και τη **δυσουρία**. Κύρια εκδήλωση χλαμυδιακής λοίμωξης στις γυναίκες είναι η **τραχηλίτιδα**, η οποία μπορεί να είναι **ασυμπτωματική**, συνήθως όμως παρουσιάζεται με ρύση από τον κόλπο βλεννοπυώδους **κιτρινοπράσινου υγρού καθώς και την εμφάνιση μικρών κολλικών αιμορραγιών κυρίως μετά τη συνουσία και τέλος πόνοι στο κάτω μέρος της κοιλιάς**. (Στρατηγός Ι.,2004, Χρυσή Υγεία.,2002)

Ο Raavonen (1979), μελετώντας τις σεξουαλικές συντρόφους ανδρών με ΜΓΟ, βρήκε ότι τα 54 και 66% των γυναικών με παρουσία χλαμυδίων στην ουρήθρα ή στον τράχηλο έπασχαν κλινικά από ουρηθρίτιδα και τραχηλίτιδα αντίστοιχα. **Η παρουσία των χλαμυδίων στην ουρήθρα ή και στον τράχηλο, αν και μπορεί να παραμένει κλινικά ασυμπτωματική για μεγάλο χρονικό διάστημα, συνυπάρχει σε πολλές περιπτώσεις με ανωμαλίες του οργάνου, όπως την τραχηλική δυσπλασία**. Όσο για την βαρθολινίτιδα, ερευνητικές μελέτες έχουν δείξει ότι τόσο ο βαρθολίνειος πόρος όσο και ο αδένας προσβάλλονται από τα χλαμύδια άμεσα και σε διάφορο βαθμό. (Μ.Δ. Μελέκος, Ι.Δ.Μελέκος,1987)

Επιπλοκές: Η ουρηθρίτιδα καθώς και άλλες επιπλοκές της χλαμυδιακής λοίμωξης αποτελούν σημαντικό παράγοντα κινδύνου **στεριότητας, έκτοπης κύησης και περιγεννητικής θνησιμότητας**. Μια ιδιαίτερα σημαντική επιπλοκή των γονοκοκκικών και μη γονοκοκκικών ουρηθρήτιδων στις γυναίκες είναι η **πυελική φλεγμονώδης νόσος (ΠΦΝ)**, αποτέλεσμα ανιούσας λοίμωξης από την ουρήθρα και τον ενδοτράχηλο στο ανώτερο γεννητικό σύστημα. Το χλαμύδιο του τραχώματος φαίνεται ότι ευθύνεται σε ποσοστό **50%** περίπου για την ΠΦΝ, η οποία άλλοτε εμφανίζεται ως οξεία, εντός **24-48 ωρών**, και χρειάζεται νοσοκομειακή νοσηλεία και άλλοτε ως υποξεία ή χρόνια, εξελισσόμενη εντός εβδομάδων. Στην τελευταία υπάρχει ο κίνδυνος της μη έγκαιρης διάγνωσης με αποτέλεσμα τη μη ορθή αντιμετώπιση με οδυνηρά αποτελέσματα. (Στρατηγός Ι.,2004)

Χαρακτηριστικά
Ουρηθρίτιδας, τραχηλίτιδας
βαρθολινίτιδας

(Αίτιο)	(Νόσος)	(Συμπτώματα)	(Επιπλοκές)
<u>Χλαμύδια</u>	A. Ουρηθρίτιδα	1. Συχνουρία 2. Δυσουρία	α. Στειρότητα β. Έκτοπη κύηση γ. Περιγεννητική δ. Πυελική φλεγμονώδης νόσος
	B. Τραχηλίτιδα	α. Κιτρινοπράσινο υγρό από τον κόλπο	
	Γ. Βαρθολινίτιδα		

Ουρηθρίτιδα (ΜΓΟ) στους άνδρες.

Επώαση: Ο χρόνος επώασης είναι 7-21 ημέρες.

Συμπτώματα: Στους άνδρες τα συμπτώματα είναι συνήθως ήπια και συχνά- μερικοί ανεβάζουν το ποσοστό >30% ή λείπουν. Το έκκριμα είναι λίγο σε ποσότητα, ιξώδες και διαυγές, πολύ σπάνια πυώδες. Σημαντικό γνώρισμα του εκκρίματος αποτελεί το ότι δεν αποβάλλεται αυτόματα, είτε κολλά στο έξω στόμιο της ουρήθρας, είτε χρειάζεται άμελξη του πέους για να εμφανιστεί. Ακόμη είναι δυνατόν να υπάρχει αίσθημα νυγμών, έπειξη προς ούρηση, συχνουρία και δυσουρία.

Επιπλοκές: Μόνο ένα ποσοστό 1-2% των ασθενών με χλαμυδιακή ΜΓΟ παρουσιάζουν επιδιδυμίτιδα και η πιθανότητα να προκληθεί ολιγοσπερμία ή αζωοσπερμία και εξ'αυτής στειρότητα είναι κυριολεκτικά ελάχιστη, διότι θα πρέπει να προηγηθεί χρόνια αμφοτερόπλευρη επιδιδυμίτιδα. (Στρατηγός Ι.,2004)

Γενικά περί περιγεννητικής μετάδοσης.

Η παρουσία του χλαμυδίου του τραχώματος στο γεννητικό σωλήνα της μητέρας δημιουργεί στο νεογνό κινδύνους να μολυνθεί κατά τη δίοδο του κατά τον τοκετό. Η συχνότητα της μόλυνσης στα νεογνά εξαρτάται άμεσα από τη συχνότητα του αποικισμού του τραχήλου της εγκύου που κυμαίνεται ευρέως

από 1,9% μέχρι 37% και στα κορίτσια της εφηβικής ηλικίας από 8% μέχρι 24,7%. (Κ.Φωτίου,1990)

Η συχνότητα εξαρτάται:

- A. Από το είδος του πληθυσμού που μελετάται**
- B. Το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο (χαμηλό)**
- Γ. Την ηλικία της μητέρας (κάτω των 20 χρόνων)**
- Δ. Από προηγούμενες εκθέσεις σε αρρώστιες που μεταδίδονται σεξουαλικά.**

Τα 25% μέχρι 50% των νεογνών που γεννιούνται από μητέρες με χλαμυδιακή τραχηλίτιδα εμφανίζουν **νεογνική οφθαλμία** και 5% μέχρι 20% **πνευμονία**. Συνολικά 60% μέχρι 70% των νεογνών θα μολυνθούν. Η πιο συχνή αιτία επιπεφυκίτιδας στα νεογνά στις αναπτυγμένες χώρες είναι το χλαμύδιο του τραχώματος (13% μέχρι 74% των περιπτώσεων). (Κ.Φωτίου,1990)

7.6.Θεραπεία

Το C.Trachomatis έχει ένα σχετικά μεγάλο κύκλο ζωής περίπου 36 ωρών και απαιτεί *παρατεταμένη έκθεση σε ένα αντιβιοτικό* για να εξαφανιστεί. (Στρατηγός Ι.,2004)

Ο ασθενής θα πρέπει να:

- Παίρνει όλη τη δόση για όλο το χρονικό διάστημα που του όρισε ο γιατρός.
- Να μην σταματήσει την αγωγή μόλις περάσουν τα συμπτώματα. **(ολοκλήρωση της θεραπείας).**
- Αν εξαφανιστούν τα συμπτώματα 1-2 εβδομάδες μετά το τέλος της θεραπείας να απευθυνθούν ξανά στο γιατρό τους.
- Να ενημερώνουν τους σεξουαλικούς τους συντρόφους ,ώστε να εξεταστούν και αυτοί.
- Να διακόψουν τις σεξουαλικές επαφές στο διάστημα της θεραπείας.
- Ετήσιο έλεγχο σε όλες τις σεξουαλικά δραστήριες γυναίκες άνω των 25.
- Ενημερώνει τους φίλους του για την πάθηση και τα συμπτώματα της .Να τους προτείνει να εξεταστούν αν νομίζουν ότι έχουν μολυνθεί. (www.hiv.gr/4/4/08)

Το σχετικά υψηλό κόστος του φαρμάκου αντισταθμίζεται από τη βέβαιη συμμόρφωση των πασχόντων σε αυτή την απλή θεραπεία, με συνέπεια :

A. Την ελάττωση υποτροπών

B. Την ελάττωση επιπλοκών

Γ.. Τη μεγάλη αποδοχή λήψης του από τους φαινομενικά ή πραγματικά ασυμπτωματικούς σεξουαλικούς συντρόφους τους , που έχει σαν αποτέλεσμα τη μείωση της διασποράς της νόσου.

Σε θεραπεία πρέπει να υποβάλλονται οι ερωτικοί σύντροφοι του τελευταίου τουλάχιστον 15ημέρου προ της έναρξης των συμπτωμάτων του πάσχοντος. (Στρατηγός I.,2004)

ΜΟΛΥΣΜΑΤΙΚΟ ΚΗΡΙΟ

- ΕΙΣΑΓΩΓΗ

- ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

**- ΚΛΙΝΙΚΗ
ΕΙΚΟΝΑ**

- ΘΕΡΑΠΕΙΑ

- ΔΟΘΗΝΑΣ

**- ΕΠΠΟΛΗΣ
ΘΥΛΑΚΙΤΙΔΑ**

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο ΜΟΛΥΣΜΑΤΙΚΟ ΚΗΡΙΟ



Εικόνα 5.Πομφολυγώδες κηρίον
Πηγή: Στρατηγός Ι.Δ.,2004

Το μολυσματικό κηρίο είναι μία επιπολής μεταδοτική λοίμωξη, με επίπτωση κατεξοχήν τους καλοκαιρινούς μήνες. (Στρατηγός Ι.,2004)

7.1.ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Ανάλογα με τη μορφή του κηρίου τα αίτια είναι τα εξής.

ΜΟΡΦΗ

- α).** Μη πομφολυγώσες
- β).** Το πομφολυγώδες

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

- 1).** Χρ. σταφυλόκοκκος
 - 2).** Στρεπτόκοκκος ή
 - 3).** Και στα δύο
-
- 1).** Στο σταφυλόκοκκο αποκλειστικά

7.2.ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

α). Μη πομφολυγώδες κηρίο

Μη πομφολυγώδες κηρίο

Πρόδρομα συμπτώματα	Εξέλιξη	Εντοπισμός
1. Φυσαλίδα	→ Σπάζει, → ξηραίνεται → κιτρινωπή-καφέ εφελκίδα	α) Κάτω από τη μύτη β) Κάτω από το στόμα γ) Γλουτοί δ) Τα άκρα ε) Το τριχωτό της κεφαλής

Υπάρχει τάση για αυτοϊαση των βλαβών σε διάστημα 2-3 εβδομάδων, χωρίς ουλή, μια και η προσβολή είναι επιδερμидική. (Στρατηγός Ι.,2004)

β) Πομφολυγώδες κηρίο

Πομφολυγώδες κηρίο

Συμπτώματα	Χαρακτηριστικά (περιεχόμενο)	Εξέλιξη
• Πομφόλυγες	1. Δεν σπάνε εύκολα 2. Μεγεθύνονται 1-2.εκ., 3. Διαρκούν 2-3 ημέρες	α) Ρήξη β) Διαβρώσεις καλυπτόμενες από καφεδοειδής εφελκίδες γ) Σπάνια αδενίτης δ) Συχνά πυοδερματίτιδα
Εντοπισμός	A. Παντού	<u>Περιεχόμενο</u> Διαυγές → Θολερό



Εικόνα 6. Βλαστική πυοδερματίτις.
Πηγή : Αρχείο : Ι.Δ. Στρατηγού.,2004

7.3.ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ο ασθενής πρέπει:

- να απομονωθεί (λόγω μεταδοτικότητας),
- να χρησιμοποιεί προσωπικά αντικείμενα υγιεινής,
- να εφαρμόζει τοπικά αντιβιοτικά
 - α. Μουπιροσίνη για 7-10 ημέρες
 - β. Φουσιδινικό οξύ για 7-10 ημέρες

Σε διάσπαρτες βλάβες χορηγούνται το ακόλουθο σχήμα.

Συστηματική χορήγηση για σταφυλοκοκκικό κηρίο:

- Αμοξικιλίνης με
- Κλαβουλανικό οξύ.

Συστηματική χορήγηση για στρεπτοκοκκικό κηρίο:

- Ερυθρομυκίνη ή
- Κλαριθρομυκίνη. (Στρατηγός Ι.,2004)
-

7.4.ΔΟΘΙΗΝΑΣ

Οξεία
Δερματο
πάθεια



Δοθιήνας

Εντοπισμός



Γεννητικά όργανα

Χαρακτηριστικά



A.Οξεία,
Νεκρωτική
μόλυνση

Αίτια



1.Χρυσίζοντας
σταφυλόκοκκος



Θύλακα της τρίχας

Προδιαθεσικοί παράγοντες.

- Τριβή
- Πίεση
- Εφίδρωση
- Σακχαρώδης διαβήτης
- Διαταραχή του ανοσολογικού συστήματος

Ο δοθιήνας αρχίζει σαν μικρό θυλακικό φλεγμονώδες οζίδιο. Στο κέντρο του εμφανίζεται σκληρή, κωνική περιοχή η οποία περιβάλλεται από ερυθματώδη άλω. Το οζίδιο γρήγορα διαπυείται, νεκρούται, ρήγνυται, παροχετεύεται το πύο και γίνεται ορατό το έμβολο. Το έμβολο αποτελείται από νεκρωμένους ιστούς. Μετά την επούλωση μένει ουλή. (Στρατηγός Ι.,2004)

7.5.ΕΠΙΠΟΛΗΣ ΘΥΛΑΚΙΤΗΣ

Εντοπισμός

A. Γεννητικά
όργανα

Αίτια

↓
1. Σταφυλόκοκκος

Πρόδρομα Συμπ.

↓
α) Μικρή, θολωτή φλύκταινα
β) Ερυθματώδη άλω

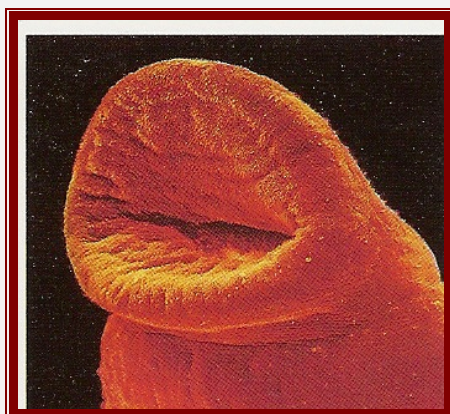
Επούλωση

↓
Χωρίς ουλή μετά από 7-10

Προδιαθεσικοί Π.

- 1.** Τριβή
- 2.** Υγρασία
- 3.** Κακή υγιεινή ημέρες

ΜΕΡΟΣ Ι Ι ΠΑΡΑΣΙΤΩΣΕΙΣ



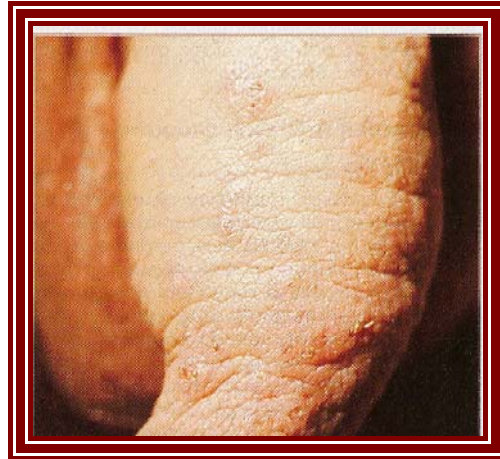
ΨΩΡΑ

ΦΘΕΙΡΙΑΣΗ ΤΟΥ ΕΦΗΒΑΙΟΥ

ΨΩΡΑ

- Εισαγωγή
- Επιδημιολογία
- Μετάδοση
- Κλινικές μορφές ψώρας
- Επιπλοκές
- Πρόγνωση
- Διαφορική διάγνωση
- Θεραπεία

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1° ΠΑΡΑΣΙΤΩΣΕΙΣ (ΨΩΡΑ)



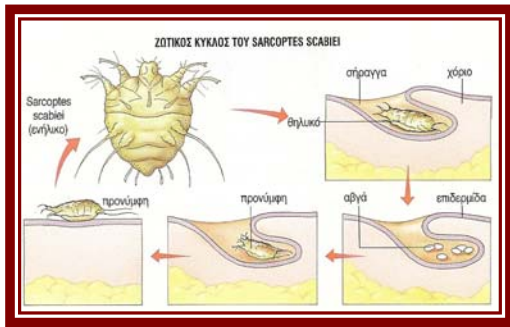
Η ψώρα είναι μία σεξουαλική μεταδοτική δερματοπάθεια που αφορά τα δύο φύλλα αλλά και όλες τις ηλικίες. **Η ψώρα μεταδίδεται μετά από παρατεταμένη σωματική επαφή με αποτέλεσμα όταν αυτές γίνονται χωρίς προφυλάξεις να υπάρχει κίνδυνος να πάρει επιδημικές διαστάσεις.** Επιπλέον υπάρχει κίνδυνος για εξάπλωση της σε μέρη που η ατομική υγιεινή είναι πλημμελής. Η ψώρα οφείλεται στο ακάρι της ψώρας του ανθρώπου, ένα παράσιτο το οποίο εγκαθίσταται στο δέρμα και ανοίγει σήραγγες όπου τοποθετεί τ' αυγά του **και χαρακτηρίζεται από έντονο γενικευμένο κνησμό και χαρακτηριστικές δερματικές αλλοιώσεις.** Ο κνησμός αυτός είναι ιδιαίτερα έντονος και παρουσιάζεται αφού περάσουν μία ή δύο εβδομάδες, με έξι εβδομάδες το μέγιστο από τη μετάδοση. **Το κύριο χαρακτηριστικό του κνησμού είναι ότι εντείνεται τη νύχτα, όταν το άτομο κοιμάται.** Αυτό συμβαίνει γιατί τα θηλυκά εκμεταλλεύονται την άνοδο της σωματικής θερμοκρασίας που συμβαίνει τότε, προκειμένου να διανοίξουν τις σήραγγες και να εναποθέσουν τα αυγά.

(Στρατηγός Ι.,2004, Χρυσή υγεία.,2002)

Συνώνυμα: Scabies, Kratze, Sarna, Escabiosis, Psora, Itch, Gale

Εικόνα. Το Sarcoptes scabiei, όπως φαίνεται στο ηλεκτρονικό μικροσκόπιο
Πηγή: Χρυσή Υγεία,2002





Εικόνα. Ζωικός κύκλος του Sarcoptes Scsbiei.

Πηγή: Χρυσή Υγεία,2002

1.1. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Η ψώρα παρουσιάζει επιδημικές διαστάσεις συνήθως στη διάρκεια πολεμικών περιόδων, στα στρατόπεδα αλλά και στον άμαχο πληθυσμό. Οι παράγοντες που ευνοούν την ανάπτυξη αλλά και την εξάπλωση της ψώρας είναι οι ακόλουθοι. (Στρατηγός Ι.,2004)

Προδιαθεσικοί παράγοντες

1. Φτώχεια και φτωχή Υγιεινή, ατομική και κοινή
2. Σεξουαλικές επαφές χωρίς διάκριση
3. Κακή διάγνωση λόγω:
 - Χαμηλού δείκτη υποψίας των γιατρών για ύπαρξη ψώρας
 - Αλλαγών στη μορφολογία της ψώρας
 - (Νορβηγική και Οζώδης ψώρα)
 - Άτυπη κλινική εικόνα
 - Χρήση στεροειδών
 - Μετάδοση με τα ζώα
4. Δημογραφικοί παράγοντες:
 - Πλανόδια εργασία
 - Μετακίνηση αγροτών προς τα αστικά κέντρα
5. Συχνά ταξίδια
6. Απώλεια ανοσίας πληθυσμού
7. Οικολογικοί παράγοντες
8. Υιοθετημένα αλλοδαπά παιδιά

1.2. ΜΕΤΑΔΟΣΗ

Η μετάδοση της ψώρας επιτυγχάνεται με παρατεταμένη σωματική επαφή, με τους εξής τρόπους :

- Με σεξουαλική επαφή (στους ενήλικες κατά κανόνα)
- Παραμονή στο ίδιο κρεβάτι (κυρίως στα παιδιά) και
- Κατά τη διάρκεια ομαδικών παιχνιδιών στο σχολείο.

Η περίοδος μεταδοτικότητας δεν είναι μόνο κατά τη διάρκεια της νόσου, αλλά και 4 – 6 εβδομάδες πριν την εκδήλωση.

Σπάνιοι τρόποι μετάδοσης.

- Εσώρουχα
- Ενδύματα και
- Κλινοσκεπάσματα

Αυτό συμβαίνει διότι το ακάρι δεν ζει περισσότερο από 24 – 48 ώρες περίπου μακριά από το δέρμα του ανθρώπου. (Στρατηγός Ι.,2004)

1.3. ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΨΩΡΑΣ

A. Κλασική ή Τυπική ψώρα

B. Ειδικές ή Άτυπες κλινικές μορφές ψώρας

- Ψώρα των βρεφών και των νηπίων
- Οζώδης ψώρα
- Νορβηγική ή Εφελκιδώδης ψώρα
- Ψώρα στον άνθρωπο προερχόμενη από ψώρα ζώων
 1. Ψώρα του σκύλου
 2. Ψώρα στον άνθρωπο
- Ψώρα των « καλλιεργημένων » ή « καθαρών » ατόμων.
- « Ανεπίσημη » ψώρα
- Ψώρα των υπερηλίκων
- Ψώρα σε HIV ασθενείς
- Συνύπαρξη ψώρας και σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων
- Ψώρα του τριχωτού της κεφαλής
- Πομφολυγώδης ψώρα. (Στρατηγός Ι.,2004)

Εικόνα 3. Ψώρα με εικόνα αγγειίτιδας.
 Πηγή: Αρχείο:Ι.Δ. Στρατηγού, 2004



1.4. ΚΛΙΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ ΚΛΑΣΙΚΗΣ Η ΤΥΠΙΚΗΣ ΨΩΡΑΣ

Μετά από περίοδο επώασης 4 – 6 εβδομάδων εμφανίζεται λόγω υπερευαισθησίας :

- Εξάνθημα και
- Κνησμός

ΚΛΑΣΙΚΗ ΨΩΡΑ

Σύμπτωμα	Χαρακτηριστικά	Εξέλιξη
Κνησμός	Έντονος στη νυχτερινή κατάκλιση	
Ξεσμός	Έντονος	Εκτεταμένες εκδορές
Σήραγγα	A. Μήκος 5mm B. Χρώμα δέρματος	Αύλακα (καφέ-μαύρο στα ακάθαρτα άτομα)
Ευθηματώδεις κνηδωτικές βλατίδες	Συχνά διαβρωμένες	
Φυσαλίδες		
Εκδορές		
Αιματογενείς εφελκίδες		Δυσιδρωσία ή χρόνια έκζεμα

(Στρατηγός Ι.,2004)

Τα αυλάκια ή σήραγγες είναι ορατά με γυμνό μάτι , γιατί αποτελούν καμπύλες διογκωμένες και σε ένα από τα άκρα, στο οποίο προχωρά το παράσιτο, σχηματίζεται μια μικρή προεξοχή που μερικές φορές έχει στην κορυφή της μια μικρή φυσαλίδα γυαλιστερής όψης.. Οι εκδηλώσεις της ασθένειας προκαλούνται από τα παράσιτα, αλλά και από αντίδραση αλλεργικού τύπου που αναπτύσσει το άτομο που έχει προσβληθεί στα διάφορα στοιχεία που παράγει το ακάρι ή που υπάρχουν στον οργανισμό του.

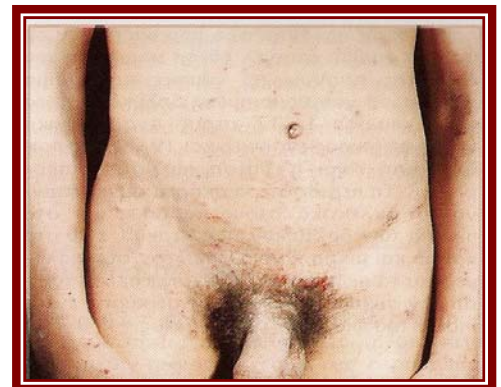
Για τους παραπάνω λόγους η ένταση του κνησμού εξαρτάται από :

- Τη σοβαρότητα της μόλυνσης
- Την έκταση της μόλυνσης και
- Τα χαρακτηριστικά του ατόμου

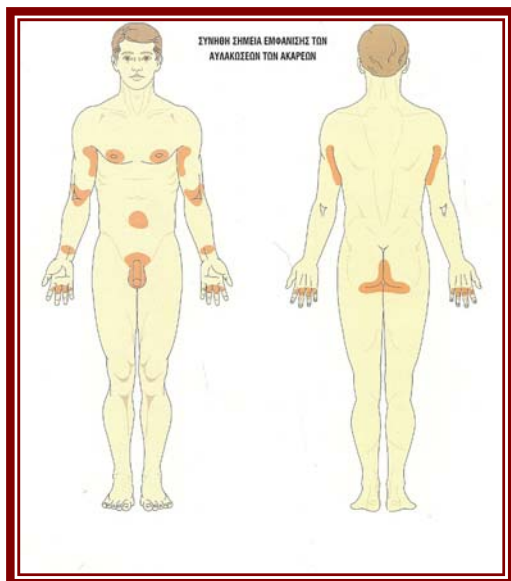
Όταν η αλλεργική αντίδραση είναι έντονη, παρατηρείται η δημιουργία μικρών όγκων ή στρογγυλευμένων μικρών, σκληρών και κιτρινωπών ή καφετί οζιδίων που είναι ιδιαίτερα κνησμώδη και κατανέμονται σε όλη την επιφάνεια του δέρματος. (Χρυσή Υγεία.,2002)

Το ψωριακό εξάνθημα με τη μορφή κνιδωτικών βλατίδων εντοπίζεται στις εξής περιοχές :

- Στην καμπτική επιφάνεια των καρπών
- Στις μεσοδακτυλικές πτυχές
- Στα πλάγια των δακτύλων των χεριών
- Στις εκτατικές επιφάνειες των αγκώνων
- Στην πρόσθια επιφάνεια των μασχαλών
- Περιομφαλικά
- Στην κάτω μοίρα των γλουτών
- Στην άνω μοίρα των μηρών
- Κάτω από τη θηλή του μαστού (μολύνει τις παρειές του βρέφους κατά το θηλασμό)
- Στο πέος ή
- Στο όσχεο. (Στρατηγός Ι.,2004)



Εικόνα 1. Ψώρα. Τυπική κλινική εικόνα.
Πηγή : Στρατηγός Ι.,2004



Εικόνα. Σημεία εμφάνισης των αυλακώσεων των ακάρεων
Πηγή: Χρυσή Υγεία,2002

1.5. ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Υπάρχει κίνδυνος επιμολύνσεων λόγω ξεσμού από :

- Σταφυλόκοκκους (πηκτάση θετικούς)
- α – και β – αιμολυτικούς στρεπτόκοκκους
- Το κορνοβακτηρίδιο της διφθερίτιδας.

Οι εικόνες που μπορεί να αναπτυχθούν είναι :

- Πυοδερμίτιδας
- Μολυσματικού κηρίου ή
- Θηλίτιδας

Η στρεπτοκοκκική πυοδερμίτιδα σπάνια μπορεί να συνδυαστεί με :

- Οξεία σπειραματονεφρίτιδα ή
- Σηψαιμία

Στη Νορβηγική ψώρα οι επιμολύνσεις είναι σπάνιες, ίσως επειδή υπάρχει κνησμός και ξεσμός. Δευτεροπαθείς βλάβες είναι το έκζεμα και η εκζεματοποίηση, οι οποίες αναπτύσσονται συχνότερα στα ατοπικά άτομα. Οι βλάβες αυτές μπορεί να παραμείνουν και μετά τη θεραπεία και ίαση της ψώρας. (Στρατηγός Ι.,2004)

1.6. ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Η πρόγνωση της ψώρας είναι γενικά καλή εκτός από τη σπάνια περίπτωση εμφάνισης επιπλοκών και ειδικά της Σπειραματονεφρίτιδας και της Σηψαιμίας. Η ψώρα αν δεν θεραπευτεί μπορεί να διαρκέσει για πολλά χρόνια. (Στρατηγός Ι.,2004)

1.7. ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

- Ατοπική δερματίτιδα
- Εξ' επαφής δερματίτιδα
- Βλατιδώδη κνίδωση
- Μολυσματικό κηρίο
- Θυλακίτιδα
- Επιδερμοφυτία
- Ψωρίαση
- Σύφιλη
- Δήγματα εντόμων
- Ροδόχρωα πιτυρίαση
- Ερπητοειδή δερματίτιδα κ.λπ. (Στρατηγός Ι.,2004)

1.8. ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Αν ο ψωρικός ασθενής παρουσιάζει εκτεταμένες μολύνσεις και εκδορές θα προηγηθεί αποκατάσταση τους. ***Αν υπάρχει εκζεματοποίηση θα αποκατασταθεί με καταπραϋντικά και ποτέ με στεροειδή.*** Για την τελική ίαση του ασθενή και τον έλεγχο ή την υποτροπή επιδημίας ψώρας, πρέπει να υποβληθούν υποχρεωτικά σε ταυτόχρονη θεραπεία όλα τα άτομα που αναφέρονται στο σημείο των θεραπευτικών οδηγιών. Το αντιψωρικό φάρμακο θα πρέπει να είναι το πιο αποτελεσματικό και με τις ηπιότερες ανεπιθύμητες ενέργειες, ιδιαίτερα σε βρέφη και μικρά παιδιά, εγκύους, θηλάζουσες μητέρες, υπερήλικες και ανοσοκατεσταλμένους και ιδιαίτερα στους HIV – ασθενείς. (Στρατηγός Ι.,2004)

ΦΘΕΙΡΙΑΣΗ ΤΟΥ ΕΦΗΒΑΙΟΥ

- | | |
|-----------------|------------------|
| - Εισαγωγή | - Κλινική εικόνα |
| - Επιδημιολογία | - Θεραπεία |
| - Μετάδοση | |

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο ΦΘΕΙΡΙΑΣΗ ΤΟΥ ΕΦΗΒΑΙΟΥ

Οι φθείρες είναι άπτερα έντομα που ανήκουν στη τάξη των Ανοπλούρων και παρασιτούν αποκλειστικά στον άνθρωπο. Το αίτιο της φθειρίασης είναι μικροσκοπικά ζώδια τα οποία μολύνουν ή εγκαθίσταται στο δέρμα, τις τρίχες και το χνούδι του σώματος. **Οι ψείρες τρέφονται αποκλειστικά με αίμα και επιπλέον ζουν και αναπαράγονται στους δερματικούς ιστούς.** Υπάρχουν 3 είδη ψείρας: **Η ψείρα του εφηβαίου** (*Phthirus pubis* ή pubic lice ή crab lice), **η ψείρα του τριχωτού της κεφαλής** (*Pediculus humanus capitis*) **και η ψείρα του σώματος** (*Pediculus humanus humanus*).
(Στρατηγός Ι.,2004, Χρυσή Υγεία.,2002)



Εικόνα. Η ψείρα *Pediculus humanus\capitis*
Πηγή: Χρυσή υγεία.,2002

2.1. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Οι ψείρες προσβάλλουν όλες τις φυλές και όλες τις κοινωνικές τάξεις. Συχνά οι ψείρες του εφηβαίου βρίσκονται σε άτομα με πολλαπλούς ερωτικούς συντρόφους. Η φθειρίαση του εφηβαίου συχνά εντοπίζεται μεταξύ των ομοφυλοφίλων. Γυναίκες με ψείρες του εφηβαίου στις τρίχες του μαστού τις μεταδίδουν στις βλεφαρίδες των βρεφών τους. (Στρατηγός Ι.,2004)

2.2. ΜΕΤΑΔΟΣΗ

Κύριοι τρόποι μετάδοσης της ψείρας του εφηβαίου

<u>Κύριος τρόπος μετάδοσης</u>	<u>Έμμεση μετάδοση</u>
↓ Σεξουαλική επαφή	↓ α. Με τα ρούχα β. Με τα εσώρουχα ασθενών γ. Με κλινοσκεπάσματα δ. Με πετσέτες ε. Με τρίχες

(Στρατηγός Ι.,2004)

Εντοπισμός ψείρας του εφήβαιου

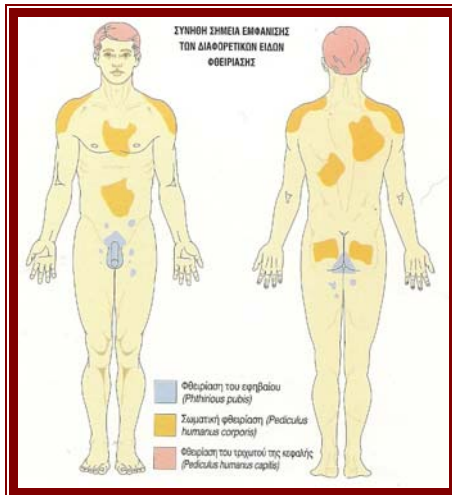
Συχνός εντοπισμός

- Στο εφηβαίο
- Στη περιπρωκτική περιοχή

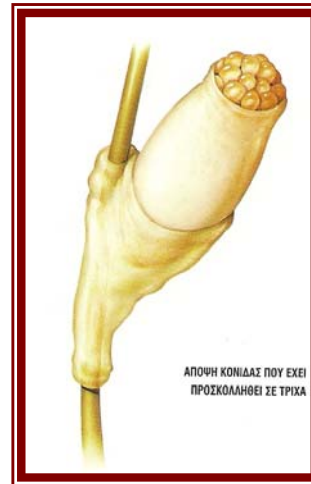
Σπάνιος εντοπισμός

- Στο μουστάκι
- Στο μούσι
- Στις μασχάλες
- Στα φρύδια και
- Στις βλεφαρίδες
- Στο θώρακα και
- Στους μηρούς

(Στρατηγός Ι.,2004)



Εικόνα. Συνήθη σημεία εμφάνισης των διαφορετικών ειδών φθειρίασης.
Πηγή: Χρυσή Υγεία,2002



Εικόνα . Άποψη κόνιδας που έχει προσκολληθεί σε τρίχα.
Πηγή: Χρυσή Υγεία.,2002

(Στρατηγός Ι.,2004)

Χαρακτηριστικά ψείρας

- Α** Έχουν μικρό μέγεθος μεταξύ 1-4 χιλιοστά
- Β.** Ζουν στο ανθρώπινο δέρμα.
- Γ.** Τρέφονται με ανθρώπινο αίμα.
- Δ.** Όταν τσιμπούν το δέρμα με τη σιέλο τους παράγουν μια ουσία που προκαλεί ερεθισμό
- Ε.** Μπορούν να μεταδώσουν μολυσματικές ασθένειες.
- Στ.** Μετακινούνται 4. inches την ημέρα
- Ζ.** Η ώριμη ψείρα επιβιώνει και εκτός του ανθρώπου χωρίς αίμα, μέχρι 36 ώρες σε θερμοκρασία 22° C

2.3. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Η σημαντικότερη εκδήλωση της φθειρίασης είναι ο κνησμός λόγω των τσιμπημάτων των ζουφίων που συνήθως είναι τόσο έντονος που προκαλεί ξύσιμο. Ωστόσο, το ξύσιμο όχι μόνο δεν ανακουφίζει τον κνησμό αλλά και τον επιδεινώνει, και επίσης, συνήθως τραυματίζει το δέρμα και ευνοεί την ανάπτυξη δερματικών λοιμώξεων. (Χρυσή Υγεία.,2002)

Εκτός από τον έντονο κνησμό άλλα σημαντικά χαρακτηριστικά είναι οι κνιδωτικές βλατίδες, δρυφάδες, διαβρώσεις και αιματογενείς εφελκίδες. Στο υπογάστριο, στα πλάγια της κοιλιάς, στο θώρακα και στους μηρούς εντοπίζονται οι κυανές κηλίδες που αποτελούν παθογνωμική βλάβη. Η δράση της σιέλου των ψειρών οφείλεται για αυτές τις κηλίδες. Στα εσώρουχα των ασθενών είναι δυνατόν να εντοπιστούν κηλίδες αίματος, οι οποίες ελευθερώνονται κατά την απομύζηση του αίματος. Τις πρώτες 30 ημέρες είναι δυνατόν να μην παρουσιαστεί ο κνησμός, αλλά μόνο οι κυανές κηλίδες, οι αιματογενείς κηλίδες, οι κηλίδες αίματος στα εσώρουχα, οι ψείρες και οι κόνιδες. Όταν χρονίσει η φθειρίαση παρατηρείται έκζεμα και προδερματίτιδα. (Στρατηγός Ι.,2004)



**Εικόνα 1. Φθειρίαση εφηβαίου.
Πηγή: Αρχείο: Ι.Δ.
Στρατηγού.,2004**

**Εικόνα 2. Φθειρίαση εφηβαίου μασχαλών.
Πηγή: Αρχείο: Ι.Δ.
Στρατηγού.,2004**



Εκδηλώσεις φθειρίασης

<u>Χαρακτηριστικά</u>	<u>Εντοπισμός</u>
• Κνησμός	→ Στο εφηβαίο
• Κυανές Κηλίδες	→ α. Στο υπογάστριο β. Στα πλάγια της κοιλιάς γ. Στο θώρακα δ. Στους μηρούς
• Κνηδωτικές βλατίδες	
• Διαβρώσεις	
• Δρυβάδες	
• Αιματογενείς εφελκίδες	
• Κηλίδες Αίματος (χρονιότητα)	→ Στα εσώρουχα
• Έκζεμα	
• Πυοδερματίτιδα	

(Στρατηγός Ι.,2004)

2.4. ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπεία έγκειται στην εξάλειψη των ζουφίων και των κονίδων **με τη χρήση παρασιτοκτόνων**, τα οποία εφαρμόζονται τοπικά για τρεις ή τέσσερις συνεχόμενες ημέρες. **Κάποιες φορές συνίσταται η χορήγηση ειδικών διαλυμάτων, με βάση το ξύδι και νερό**, ώστε οι τρίχες να μην κολλούν πολύ μεταξύ τους. Για να εξασφαλιστεί η εξάλειψη των κονίδων που ίσως είναι ζωντανές, η διαδικασία επαναλαμβάνεται αφού περάσουν 10 ημέρες περίπου. **Απαιτείται και η απολύμανση των ρούχων, πετσετών και προσωπικών αντικειμένων που ίσως έχουν μολυνθεί**. Για να γίνει η απολύμανση τοποθετούμε τα αντικείμενα σε βραστό νερό, κάνοντας πλύση με χλωρίνη ή σιδερώνοντας τα με ατμό. **Για να αποφευχθούν οι υποτροπές θα πρέπει να γίνεται έλεγχος και θεραπεία του σεξουαλικού συντρόφου**.
(Χρυσή Υγεία.,2002)

**ΜΕΡΟΣ ΙΙΙ
ΜΥΚΗΤΙΣΙΑΚΕΣ
ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ**



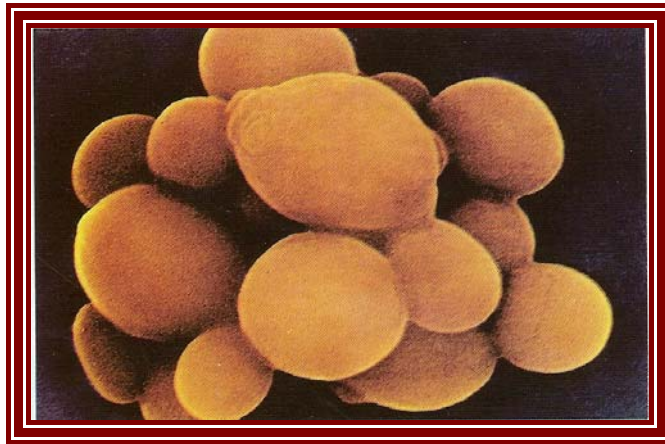
ΚΑΝΤΙΝΤΙΑΣΗ

ΜΥΚΗΤΙΣΙΑΚΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΚΑΤΙΝΤΙΑΣΗ

- **Εισαγωγή**
- **Παθογένεια**
- **Επιδημιολογία**
- **Κλινική εικόνα**
- **Θεραπεία**

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΜΥΚΗΤΙΑΣΙΚΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ



Εικόνα. Μύκητας Candida
Πηγή: Χρυσή Υγεία,2002

1. ΚΑΝΤΙΝΤΙΑΣΗ

Η καντιντίαση είναι μία επιπολής λοίμωξη του δέρματος των μηρογεννητικών πτυχών και των έξω γεννητικών οργάνων. Υπάρχουν δύο κλινικές μορφές καντιντίαςης, *η καντιντίαση των μηρογεννητικών πτυχών και η καντιντίαση των έξω γεννητικών οργάνων (αιδοίτις – βαλανοποσθίτις)*. Προσβάλλει όλες τις ηλικίες και εμφανίζονται πολύ συχνά τόσο στον άνδρα όσο και στη γυναίκα.

Στη γυναίκα η καντιντίαση παρουσιάζεται με τη μορφή αιδοιοκολπίτιδας που εντοπίζεται στα γεννητικά όργανα και τον κόλπο. Οι σημαντικότερες εκδηλώσεις της διαταραχής αυτής είναι το κοκκίνισμα των βλεννογόνων αυτών των οργάνων και ο σχηματισμός ενός υπόλευκου επιφανειακού στρώματος, παράλληλα μ' έκκριση ενός πηκτού υπόλευκου υγρού και έντονο κνησμό. Το αίτιο των μυκητιασικών λοιμώξεων είναι οι ζυμομύκητες του γένους Candida με κυρίαρχη την *Candida albicans*. (Στρατηγός Ι.,2004, Χρυσή Υγεία,2002)

1.1. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ – ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

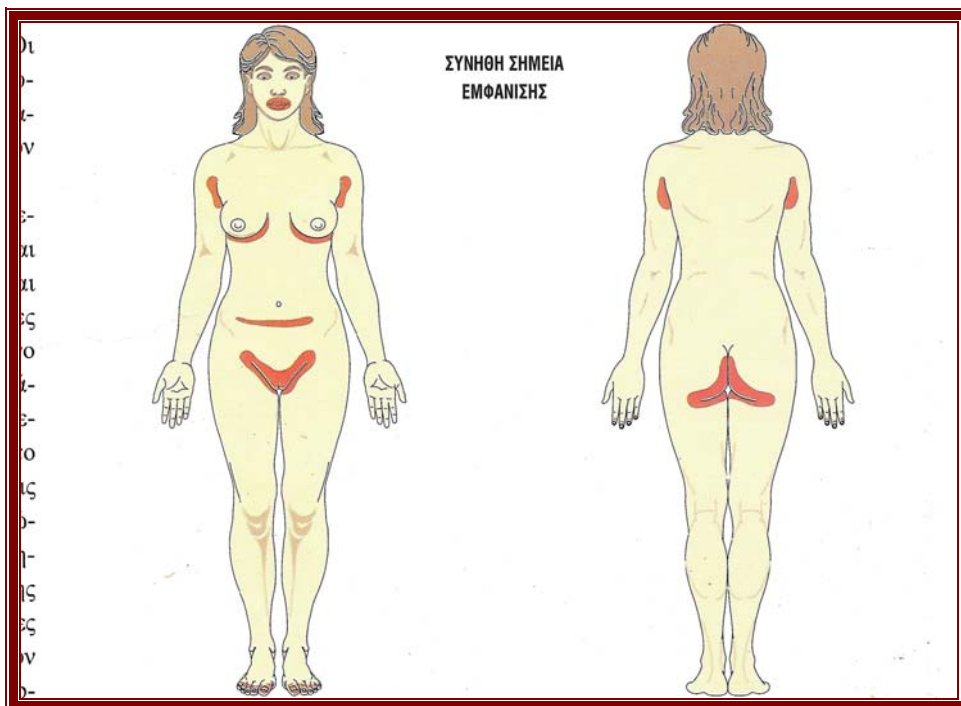
Η Candida βρίσκεται στη φυσιολογική χλωρίδα των βλεννογόνων της στοματικής κοιλότητας, του κόλπου και του γαστρεντερικού σωλήνα. Η λοίμωξη συνήθως προέρχεται από αυτές τις ενδογενείς περιοχές. Η Candida προκαλεί λοίμωξη σε υγρό δέρμα γι' αυτό μπορεί να απομονωθεί στο στοματοφάρυγγα υγιών ενηλίκων σε ποσοστό 31-55%, ενώ σπάνια απομονώνεται από το στεγνό δέρμα. Οι παράγοντες που συμβάλουν στην διαβροχή των πτυχών είναι οι ακόλουθοι. (Στρατηγός Ι.,2004)

Παράγοντες που συμβάλουν στη λοίμωξη

- Η παχυσαρκία
- Συνθετικά και στενά ενδύματα
- Η αυξημένη εφίδρωση και
- Το ζεστό κλίμα
- Η χρήση τοπικών ή συστηματικών κορτικοστεροειδών

1.2. ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

Οι αλλοιώσεις από *Candida* μπορεί να εκδηλωθούν είτε με τη μορφή βλατίδων είτε πλακών ερυθρού χρώματος και φλυκταινιδίων. Οι βλάβες εντοπίζονται στις μηρογεννητικές πτυχές επιπλέον υπάρχει έντονη διαβροχή σε αυτά τα σημεία καθώς και *δυσάρεστη οσμή*. (Στρατηγός Ι.,2004)



Εικόνα .Συνήθη σημεία εμφάνισης.
Πηγή: Χρυσή Υγεία,2002

Συνοδά συμπτώματα

- Αίσθημα κνησμού και
 - Επώδυνες διαβρώσεις πάνω στις πλάκες
- Μορφές καντιντίασης ανάλογα με το σημείο βλάβης.*

1. Καντιντιασική κολπίτιδα
2. Καντιντιασική βαλανίτιδα

2. Καντιντισιακή κολπίτιδα

Η καντιντισιακή κολπίτιδα εντοπίζεται συνήθως στο αιδοίο.

Συμπτώματα κολπίτιδας από Candida

- Σβολιασμένο λευκό υγρό
- Έντονη εξοίδηση των γεννητικών οργάνων
- Κνησμός
- Πόνος στην περιοχή του κόλπου και του περινέου
- Κάψιμο κατά την ούρηση
- Ενοχλήσεις στη συνουσία
- Οίδημα των χειλιών
- Πιθανή εξάπλωση των εξανθημάτων στις μηρογεννητικές πτυχές και στην περιπρωκτική περιοχή

(Χρυσή Υγεία.,2002)

Τα συμπτώματα επιδεινώνονται μια βδομάδα πριν την έναρξη της εμμήνου ρύσεως. Πολλές φορές τα συμπτώματα υποχωρούν μετά από κάποιο χρονικό διάστημα και εμφανίζονται ξανά με τις σεξουαλικές επαφές. Το 5% του γενικού γυναικείου πληθυσμού πάσχει από υποτροπιάζουσα αιδοιοκολπική καντιντίαση, η οποία

αντιμετωπίζεται δύσκολα και σπάνια μπορεί να βρεθούν οι προδιαθεσικοί παράγοντες. (Στρατηγός I.,2004, Χρυσή Υγεία.,2002)

3. Καντιντιασική βαλανίτιδα

Στους άνδρες η καντιντίαση των γεννητικών οργάνων παίρνει τη μορφή βαλανίτιδας, με μόλυνση του δέρματος που καλύπτει τη βάση του πέους. Μπορεί η μόλυνση να επεκταθεί και να προσβάλλει την ακροποσθία, τη βάλανο και το δέρμα που καλύπτει τους όρχεις. Οι εκδηλώσεις συνήθως παρουσιάζονται μια ημέρα μετά τη μετάδοση. (Χρυσή Υγεία,2002)

Εκδηλώσεις καντιντισιακής βαλανίτιδας

- Διάχυτο ερύθημα της βαλάνου
- Κηλιδοβλατιδώδεις βλάβες
- Απολέπιση ή μεμονωμένα φλυκταινίδια
- Ευαισθησία ή κνησμός
- Μπορεί να υπάρχει ερύθημα και ρωγμές

Η καντιντισιακή βαλανίτιδα αποτελεί το 30-35% όλων των περιπτώσεων μολυσματικής βαλανίτιδας. **Οι προδιαθεσικοί παράγοντες, η διαβροχή και η κακή υγιεινή.** Μεγάλη συχνότητα εμφανίζεται σε άτομα που δεν έχουν υποβληθεί σε περιτομή. Σε απουσία θεραπείας η νόσος μπορεί να μετατραπεί σε

χρόνια. (Στρατηγός Ι.,2004, Χρυσή Υγεία,2002)

Η πρωκτική καντιντίαση μπορεί να πλήξει τόσο τις γυναίκες όσο και τους άνδρες και εκδηλώνεται με κοκκίνισμα και κνησμό του πρωκτικού βλεννογόνου, στη συνέχεια με εμφάνιση φυσαλίδων και φλυκταινών και τον τελικό σχηματισμό των πρωκτικών εκδορών. Η πρωκτική καντιντίαση σε απουσία θεραπείας μετατρέπεται σε χρόνια διαταραχή. (Στρατηγός Ι.,2004, Χρυσή Υγεία.,2002)

1.3. ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπεία της καντιντίαςης των γεννητικών οργάνων στηρίζεται στις γενικές θεραπευτικές αρχές, στην τοπική και συστηματική θεραπεία. Οι επιπολής καντιντιάσεις αντιμετωπίζονται κυρίως με τοπική θεραπεία (τοπικά αντιμυκητιασικά φάρμακα) και σε κάποια άλλα συγκεκριμένα περιστατικά μπορεί να γίνει και θεραπεία από το στόμα. Στην τοπική θεραπεία αν εμφανιστεί υποτροπή πρέπει να ερευνηθεί η σύντροφος για τυχόν ύπαρξη κολπικής καντιντίαςης. Τέλος συνίσταται η θεραπεία και στους ερωτικούς συντρόφους των ανθρώπων που έχουν μολυνθεί ακόμα και στην περίπτωση που δεν παρουσιάζουν συμπτώματα , διαφορετικά η διαταραχή παρατείνεται επ'άοριστον. (Στρατηγός Ι.,2004, Χρυσή Υγεία,2002)

Γενικές θεραπευτικές αρχές (καντιντίαςης)

1. Σωστή υγιεινή
2. Συχνός καθαρισμός και σχολαστικό στέγνωμα της περιοχής
3. Πολύ καλό ιστορικό για την ανεύρεση προδιαθεσικών παραγόντων και την αντιμετώπιση αυτών. (τρόπος ένδυσης, υγρό θερμό κλίμα, διαβήτης, παχυσαρκία κ.λπ)

ΜΕΡΟΣ IV ΙΟΓΕΝΕΙΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ

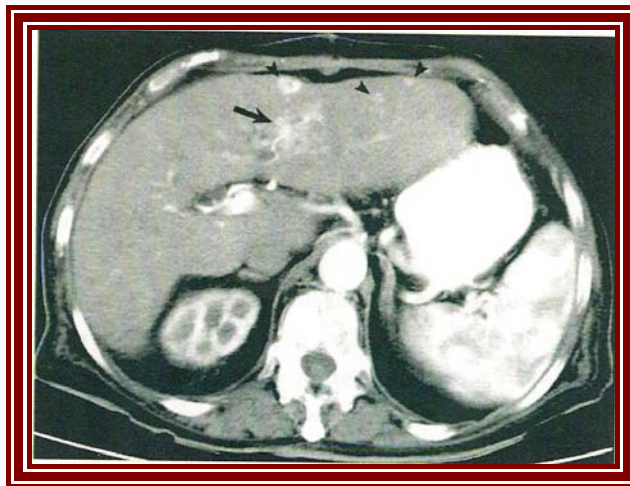


**ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β
ΕΡΙΠΗΣ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ
ΟΡΓΑΝΩΝ
ΚΟΝΔΥΛΩΜΑΤΑ (HPV)
ΜΟΛΥΣΜΑΤΙΚΗ ΤΕΡΜΙΝΘΟΣ
HIV ΛΟΙΜΩΞΗ**

ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β

- | | |
|-----------------|------------------|
| - Εισαγωγή | - Κλινική εικόνα |
| - Επιδημιολογία | - Πρόγνωση |
| - Μετάδοση | - Θεραπεία |

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1° ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β



Εικόνα 13.Κίρρωση ήπατος από ηπατίτιδα Β
Πηγή: www.raduoa.gr,15/1/08

Η Ηπατίτιδα Β έχει παγκόσμια διασπορά και αποτελεί σοβαρό πρόβλημα Δημόσιας Υγείας λόγω *της εύκολης μετάδοσης της, πλην της παρεντερικής οδού και των σημαντικών επιπτώσεων που μπορεί να έχει*. Η μόλυνση του πληθυσμού από τον ιό σε κάποιο στάδιο της ζωής ανέρχεται στα 2 δισεκατομμύρια και από αυτούς 350 εκατομμύρια περίπου είναι χρόνιοι φορείς. *Αν και περίπου το 90% των αρρώστων ιώνται, τα υπόλοιπα 10% γίνονται χρόνιοι φορείς του ιού*. Η φορεία μπορεί να διαρκέσει από μερικά χρόνια μέχρι για όλη τη ζωή του ατόμου. Η φορεία μπορεί να είναι *ασυμπτωματική ή λιγότερο συχνά μπορεί να συνδέεται με χρόνια ηπατίτιδα που μπορεί να εξελιχθεί σε κίρρωση ή σε πρωτοπαθές ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα*

Οξεία ηπατίτιδα με ίκτερο 25%
Κεραυνοβόλος, θανατηφόρος ηπατίτιδα 0.1%
Χρόνιος φορέας 6-10%
Χρόνια επιμένουσα ηπατίτιδα
Χρόνια ενεργός καλοήθης ηπατίτιδα 3-5%
11% των θανάτων συνδέονται με HBV
Καρκίνος του ήπατος
Κίνδυνος για φορείς 273X κίνδυνο για μη φορείς

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.Φάσμα νόσου που σχετίζεται με τον HBV Πηγή: Φωτίου Κ.,1990

Ο ιός Β είναι DNA ιός διαμέτρου 42 nm. Αποτελείται από εξωτερικό περίβλημα το οποίο περιέχει το επιφανειακό αντιγόνο του ιού (HBs Ag) και το πυρηνοκασιδίδιο, που εκφράζει το αντιγόνο του πυρήνα (HbcAg) και το αντιγόνο (HbeAg) που περιέχει το DNA του ιού και τη DNA πολυμεράση. Πολλαπλασιάζεται στο ήπαρ. Ο ιός και μικρά σφαιρικά και κυλινδρικά σωματίδια, τα οποία προέρχονται από το περίβλημα και έχουν μόνο αντιγονικές ιδιότητες, κυκλοφορούν στο αίμα. (Καπετανάκη Ι.,1971, Χατζηγιάννης ΣΤ.,2003, Στρατηγός Ι.,2004, www.uoa.gr,15/1/08)



Εικόνα. Ο ιός της ηπατίτιδας Β όπως φαίνεται στο ηλεκτρονικό μικροσκόπιο
Πηγή: Χρυσή Υγεία.,2002

HbsAg	Οξεία ηπατίτιδα ή χρόνιος φορέας
IgM anti-HBc	Οξεία ηπατίτιδα
IgG anti-HBc	Παλαιά λοίμωξη με αρνητικό HbsAg
	Χρόνια λοίμωξη με θετικό HbsAg
anti-HBs	Ανοσία στον ιό
HbeAg	Οξεία ηπατίτιδα, παραμονή-συνέχιση ενεργού λοίμωξης
Anti-Hbe	Χρόνια λοίμωξη, μη μολυσματικότητα
HBV-DNA	Πολλαπλασιασμός του ιού, μολυσματικότητα

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. Δείκτες ηπατίτιδας Β (HBV)

Πηγή: Χατζηγιάννης Στ., Ηπατίτιδες Β-С,2003

1.1.ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Η συχνότητα της νόσου ποικίλλει από το ένα μέρος του κόσμου στο άλλο. Στις ανεπτυγμένες χώρες της βόρειου Ευρώπης και της ΗΠΑ η συχνότητα είναι χαμηλή ενώ στην Αφρική και Άπω Ανατολή η συχνότητα φτάνει **το 10-**

15%. Οι χρόνιοι φορείς (HbsAg) στους αιμοδότες στις διάφορες χώρες κυμαίνονται **από 0,1% μέχρι 15%**. Συγκεκριμένα το ποσοστό των χρόνιων φορέων του **HBV**, στις χώρες της Δυτικής Ευρώπης και της Βορείου Αμερικής είναι **<1:%**, ενώ στην Νότιο-κεντρική Αφρική, ο επιπολασμός της χρόνιας HBV λοίμωξης **υπολογίζεται σε 15%**.

Στην Ελλάδα η **συχνότητα των χρόνιων φορέων από HBV λοίμωξη είναι 3% περίπου (2%-7%)**. Στη χώρα μας η **ενδο-οικογενειακή μετάδοση είναι αρκετά υψηλή**. Η μετάδοση μεταξύ των συζύγων φτάνει **στο 80%** και στα παιδιά από τη μητέρα και τον πατέρα φτάνει **στο 65% και 42% αντίστοιχα**. Η συχνότητα θετικού HbsAg μέσα στην ελληνική οικογένεια είναι πολύ ψηλότερη από την αντίστοιχη του γενικού πληθυσμού (**13%**). (Καπετανάκη Ι.,1971, Χατζηγιάννης Στ.,2003, Στρατηγός Ι.,2004, www.uoa.gr,15/1/08)

Στις ομάδες υψηλού κινδύνου ανήκουν:

- 1. Οι εκδιδόμενες γυναίκες**
- 2. Οι αφροδισιολογικοί ασθενείς**

Παράγοντες υψηλού κινδύνου είναι:

- A. Η πρωκτική σεξουαλική επαφή**
- B. Οι πολλαπλοί σύντροφοι**

(Καπετανάκη Ι.,1971, Χατζηγιάννης Στ.,2003, Στρατηγός Ι.,2004, www.uoa.gr,15/1/08)

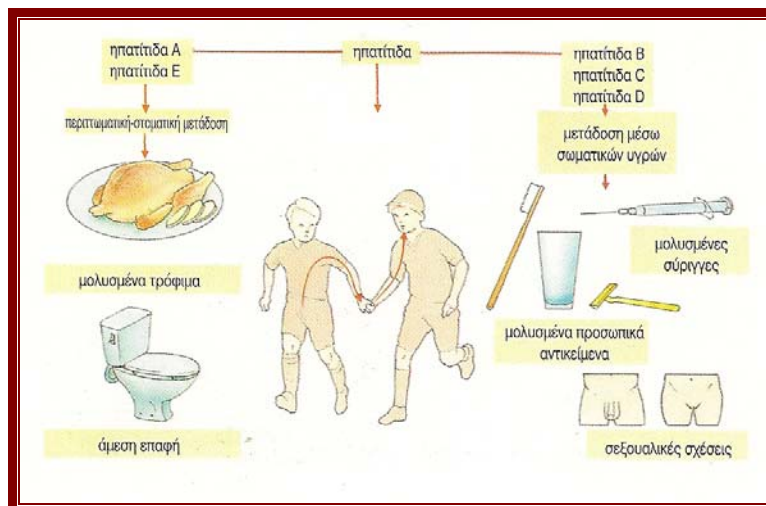
1.2.ΜΕΤΑΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑ

Κυριότεροι τρόποι μετάδοσης
(υψηλή μεταδοτικότητα)

- 1. Ο ιός μεταδίδεται με το αίμα και τα σωματικά υγρά (σπέρμα)**
- 2. Σεξουαλική επαφή**
- 3. Περιγεννητική μετάδοση από μητέρα στο παιδί**
- 4. Ενδοοικογενειακή διασπορά**
- 5. Μολυσμένες σύριγγες και βελόνες**

Τα επίπεδα του ιού στο αίμα είναι πολύ υψηλότερα , 100-1000 φορές σε σύγκριση με άλλες εκκρίσεις του σώματος. Έχει αποδειχθεί ότι **το σπέρμα και ο σίελος είναι μολυσματικά**. Αυξημένος είναι ο κίνδυνος σε περιπτώσεις που

υπάρχει φορέας του ιού B μέσα στην οικογένεια. Η κοινή χρήση αντικειμένων, όπως ξυραφάκια ξυρίσματος και οδοντόβουρτσες από άτομα της οικογένειας μπορεί να είναι αιτία μετάδοσης του ιού. Η μετάδοση του ιού B στις περιοχές με υψηλά ποσοστά φορέων γίνεται κυρίως κατά τη βρεφική και παιδική ηλικία είτε από μητέρα φορέα κατά τη διάρκεια του τοκετού, ιδιαίτερα αν είναι θετική στο HbeAg, είτε αργότερα μεταξύ των παιδιών. Σε περιοχές με χαμηλό ποσοστό φορέων, η μετάδοση γίνεται συνήθως σεξουαλικά ή παρεντερικά. Σεξουαλική μετάδοση του HBV γίνεται κατά την οξεία λοίμωξη και κατά τη διάρκεια της χρόνιας φορείας, με μεγάλη πιθανότητα μετάδοσης στον ερωτικό σύντροφο. Η μετάδοση από άνδρα σε γυναίκα είναι πιο αποτελεσματική, παρά από γυναίκα σε άνδρα. Υπάρχει μεγαλύτερος κίνδυνος μετάδοσης HBV μεταξύ ομοφυλοφίλων ανδρών, παρά μεταξύ ετεροφυλόφιλων. (Καπετανάκη I.,1971, Χατζηγιάννης Στ.,2003, www.uoa.gr,15/1/08)



Σχήμα. Οδοί μετάδοσης τα της ιογενούς ηπατίτιδας
Πηγή: Χρυσή Υγεία.,2002

Περιπτώσεις μη χρήσης Βελόνων

- Βελονισμού
- Τατουάζ
- Τρυπημάτων στα αυτιά ή σε άλλα μέρη του σώματος
- Τρυπημάτων του νοσηλευτικού προσωπικού με βελόνες που χρησιμοποιήθηκαν στη νοσηλεία ατόμων που ήταν φορείς του ιού Β
- Ενδοφλέβιας χρήσης ναρκωτικών ουσιών

Μη αποδεδειγμένη μολυσματικότητα:

1. Τα ούρα
2. Οι κολπικές εκκρίσεις
3. Το μητρικό γάλα
4. Τα δάκρυα

Επιπλέον η μη χρήση βελονών αποτελεί αίτια της διασποράς του ιού σε αυτές τις ομάδες ανθρώπων. Αν και ο ιός ανευρίσκεται σε αυτά τα βιολογικά υγρά δεν έχει αποδειχθεί η μολυσματικότητά τους.

Πιθανοί τρόποι μόλυνσης:

- Τσιμπήματα κουνουπιών και κοριών ιδιαίτερα στις τροπικές περιοχές
- Η χορήγηση αίματος και παραγόντων αυτού (πιθανότητα μόλυνσης ~1:65.000)
- Η αιμοκάθαρση

Οι μεταγγίσεις αίματος και των προϊόντων τους εξακολουθούν να είναι αιτία μετάδοσης σε χώρες που δεν γίνεται έλεγχος του HbsAg πριν από τις μεταγγίσεις. (Καπετανάκη Ι.,1971, Χατζηγιάννης Στ.,2003, www.uoa.gr,15/1/08)

Ο HBV δεν μεταδίδεται με:

- Χειραψία
- Κοινή χρήση πετσέτας και
- Κοινή χρήση των ίδιων σκευών διατροφής

Ο ιός επιβιώνει στο εξωτερικό περιβάλλον τουλάχιστον 7 ημέρες και είναι 100 φορές πιο μολυσματικός από τον HIV. (Στρατηγός Ι.,2004)

Χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών
Νεογνά HbsAg-θετικών μητέρων
Άτομα που ζουν σε περιβάλλον φορέα (οικογένεια)
Σεξουαλικοί σύντροφοι φορέων του ιού B
Ομοφυλόφιλοι και ελευθερίων ηθών ετεροφυλόφιλοι
Αιμορροφιλικοί
Ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση
Ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε μεταμόσχευση
Εργαζόμενοι σε υγειονομικά και παραϊατρικά επαγγέλματα
Οδοντίατροι
Προσωπικό φυλακών
Προσωπικό ιδρυμάτων που περιθάλπουν ασθενείς με χρόνιες παθήσεις

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.Ομάδες υψηλού κινδύνου μόλυνσης από τον ιό της ηπατίτιδας B

Πηγή: Χατζηγιάννης Στ., Ηπατίτιδες B-C,2003

Η γενετήσια μετάδοση του HBV αποτελεί μία από τις κύριες οδούς μετάδοσης και διασποράς του.Οι ομοφυλόφιλοι αναγνωρίζονται σαν η ομάδα με τον μεγαλύτερο κίνδυνο να μολυνθούν από τον HBV σαν αποτέλεσμα σεξουαλικής τους δραστηριότητας. Ο επιπολασμός της μόλυνσης με HBV κυμαίνεται από 40% μέχρι 60% μεταξύ ομοφυλόφιλων ανδρών, ενώ στους ετεροφυλόφιλους κυμαίνεται από 4% μέχρι 18%. Ο επιπολασμός είναι ανάλογος:

- Προς τον αριθμό των ερωτικών συντρόφων
 - Τη διάρκεια της ομοφυλοφιλίας και
 - Το είδος της σεξουαλικής επαφής (ιδιαίτερα πρωκτικής).
- (Φωτίου Κ.,1990)

Τα νεογνά που γεννιούνται από μητέρες θετικές για HBsAg βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο να μολυνθούν από τον HBV. Κανονικά δεν συμβαίνει μεταφορά του ιού μέσω του πλακούντα και η ενδομήτρια μόλυνση είναι σπάνια.Ο κύριος τρόπος μετάδοσης είναι η έκθεση του νεογνού κατά τη γέννηση ή λίγο μετά από αυτή. Σε μεγάλο κίνδυνο βρίσκονται τα νεογνά που οι

μητέρες τους είναι ασυμπτωματικά θετικές για HBsAg και HBeAg. Τα νεογνά αυτά κινδυνεύουν να μολυνθούν και να γίνουν χρόνιοι φορείς σε ποσοστό 80% μέχρι 90%. Ο κίνδυνος του HBV είναι μεγάλος (76%) όταν η μητέρα νοσεί από οξεία ηπατίτιδα Β και βρίσκεται στο τρίτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης και χαμηλός όταν βρίσκεται στα δύο πρώτα τρίμηνα. Επιπλέον το ηπατοκυτταρικό

- Αδυναμία
- Έλλειψη όρεξης
- Απώση για τα λιπαρά τρ Απώση για τα λιπαρά τρόφιμα κυρίως:

- Τα λιπαρά
- Κρέατα
- Τη σοκολάτα και
- Τα τηγανητά

- Αδυναμία
-
- Έλλειψη όρεξης
- Ανορεξία
- Ναυτία
- Μεγάλη κακουχία
- Γενική αδιαθεσία
- Αδυναμία
- Έλλειψη όρεξης
- Αδυναμία
- Έλλειψη όρεξης

καρκίνωμα είναι ιδιαίτερα συχνό σε κράτη με υψηλό επιπολασμό φορέων HBsAg. Ακόμη έχουν αναφερθεί περιπτώσεις νεογνών με κεραυνοβόλο θανατηφόρα ηπατίτιδα Β. (Φωτίου Κ., 1990)

1.3.ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Η οξεία ηπατίτιδα Β (συνηθέστερη μορφή) είναι η ασυμπτωματική ή υποκλινική (70%-80% των περιπτώσεων, κυρίως στα παιδιά). Η κεραυνοβόλος ηπατίτιδα συμβαίνει στο 1% των ασθενών. (Στρατηγός Ι.,2004)

Η πρόδρομη φάση εκδηλώνεται με: Συμπτωματολογία «Τυπικού» ενήλικου.

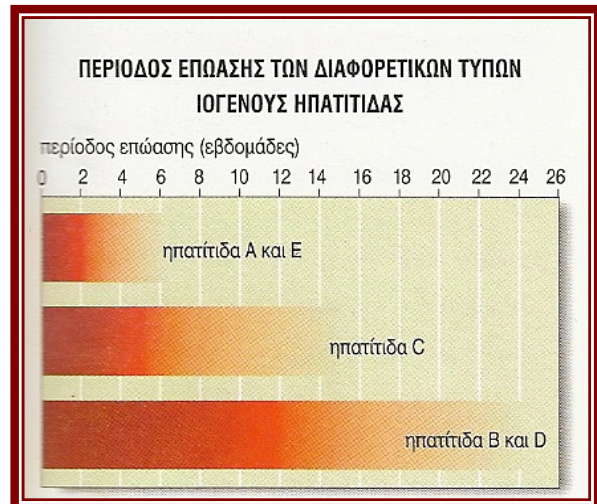
Περίοδος επώασης: Ο χρόνος επώασης όσον αφορά την εκδήλωση της οξείας λοίμωξης είναι 45-180 ημέρες. (Στρατηγός Ι.,2004)

Πίνακας. Περίοδος επώασης των διαφορετικών τύπων ιογενούς ηπατίτιδας

Πηγή: Χρυσή Υγεία.,2002

Μπορεί να συνυπάρχει και:

- Ήπιος πυρετός
- Εξάνθημα ή
- Αρθρίτιδα ή
- Αίσθημα βάρους στην περιοχή του δεξιού υποχονδρίου



Η πρόδρομη φάση διαρκεί από ημέρες μέχρι λίγες εβδομάδες. Στο τέλος αυτής της φάσης τα συμπτώματα υποχωρούν και ακολουθεί η εμφάνιση του ίκτερου (κιτρινωπός χρωματισμός του δέρματος και των βλεννογόνων) που συνήθως διαρκεί από 1-4 εβδομάδες. Μπορεί να γίνει ιδιαίτερα αισθητός στην εσωτερική επιφάνεια των βλεφάρων και στο άσπρο του ματιού. (Στρατηγός Ι.,2004, Χρυσή Υγεία.,2002)

Εικόνα. Χαρακτηριστική ένδειξη κακής ηπατικής λειτουργίας και αύξησης των επιπέδων της χολερυθρίνης στο αίμα
Πηγή: Χρυσή Υγεία,2002



Το ήπαρ είναι ψηλαφητό στο 70% των περιπτώσεων και ο σπλήνας στο 20%. Άλλες ενδείξεις προσβολής του ήπατος είναι ο σκούρος χρωματισμός των ούρων και ο ανοιχτός χρωματισμός των περιττωμάτων που αποκτούν όψη παρόμοια με αυτή του αργίλου. *Η ένταση των συμπτωμάτων δεν υπερβαίνει την 1-3 εβδομάδες. (Στρατηγός Ι.,2004, Χρυσή Υγεία.,2002)*

Όταν οι κύριες εκδηλώσεις υποχωρήσουν, ο ασθενής εισέρχεται σε μία φάση ανάρρωσης, που διαρκεί μερικές εβδομάδες κατά τις οποίες υπάρχει:

- Αίσθημα κόπωσης και
- Μυϊκή αδυναμία

Τα άτομα που έχουν προσβληθεί από ιογενή ηπατίτιδα ανοσοποιούνται έναντι του συγκεκριμένου τύπου του ιού, αλλά μπορεί να νοσήσουν από άλλο ιό της ηπατίτιδας.

Ενδείξεις προσβολής του ήπατος

- Ίκτερος
- Ψηλαφητό ήπαρ στο 70%
- Ψηλαφητός σπλήνας στο 20%
- Ο σκούρος χρωματισμός των ούρων
- Ο ανοιχτός χρωματισμός των περιττωμάτων

1.4.ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Η πρόγνωση της ηπατίτιδας β εξαρτάται από τη μορφή (ικτερική ή αντικτερική). Η ικτερική μορφή *συνήθως υποχωρεί και αφήνει ανοσία*. Ένα ποσοστό αδυνατεί να καθαρίσει το HBsAg, με αποτέλεσμα *να μεταπέσει σε χρονιότητα*. *Οι περιπτώσεις κεραυνοβόλου ηπατίτιδας είναι συχνότερες και βαρύτερες σε σχέση με την ηπατίτιδα Α*. Η αντικτερική μορφή που είναι υποκλινική τις περισσότερες φορές *σε αρκετούς ασθενείς μεταπίπτει σε χρονιότητα, είτε με τη μορφή του υγιούς φορέα είτε ως χρόνια ηπατίτιδα, με εξέλιξη σε κίρρωση ή και ηπατοκυτταρικό καρκίνο*. (Καπετανάκη I.,1971, Χατζηγιάννης Στ.,2003, www.uoa.gr,15/1/08)

1.5.ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η οξεία ικτερική ηπατίτιδα **B** δεν απαιτεί αντική θεραπεία διότι είναι αυτοπεριοριζόμενη νόσος και επιπλέον πολύ σπάνια καταλήγει σε χρονιότητα. Συνίσταται ανάπαυση, ισορροπημένης διατροφής φτωχής σε λιπαρά, καθώς υποχωρούν τα κύρια συμπτώματα. Στις σοβαρές περιπτώσεις ή σε πολύ εξασθενημένα άτομα μπορεί να απαιτηθεί η εισαγωγή στο νοσοκομείο ή η χορήγηση αντικών φαρμάκων. *Χρειάζεται όμως υποχρεωτικά παρακολούθηση της ηπατικής λειτουργίας και αυτό γιατί σε ποσοστό περίπου 1% οδηγεί σε οξεία ηπατική ανεπάρκεια (κεραυνοβόλος ηπατίτιδα) και χωρίς έγκαιρη μεταμόσχευση του ήπατος έχει μεγάλη θνησιμότητα*. Θεραπεία της χρόνιας HBV λοίμωξης απαιτείται σε ασθενείς με χρόνια ηπατίτιδα (HBeAg θετικής ή αρνητικής). (Στρατηγός I.,2004, Χρυσή Υγεία.,2002)

1.6.ΠΡΟΛΗΨΗ

Για τον περιορισμό των νέων λοιμώξεων που στην πλειοψηφία τους συμβαίνουν κατά τη νεογνική και παιδική ηλικία *εφαρμόζεται υποχρεωτικός εμβολιασμός στα νεογνά. Αυτό θα οδηγήσει στην μείωση της επίπτωσης της χρόνιας HBV λοίμωξης στο γενικό πληθυσμό τις επόμενες δεκαετίες.*

Ο εμβολιασμός συνίσταται και σε ενήλικες που ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου, όπως:

- Χρήστες ενδοφλεβίων ναρκωτικών
- Άτομα με πολλαπλούς ερωτικούς συντρόφους
- Άτομα που στο οικογενειακό τους περιβάλλον υπάρχουν ασθενείς με χρόνια HBV λοίμωξη
- Άτομα που υποβάλλονται σε συχνές μεταγγίσεις / αιμοκάθαρση
- Ιατρικό παραϊατρικό προσωπικό
- Άτομα που ζουν σε φυλακές / ιδρύματα

Για να προληφθεί η μετάδοση σε άτομα που συμβιούν με ασθενείς δεν πρέπει να χρησιμοποιούν τα προσωπικά αντικείμενα του ασθενή, ιδιαίτερα τα :

- Σερβίτσια και
- Τα νυχτικά

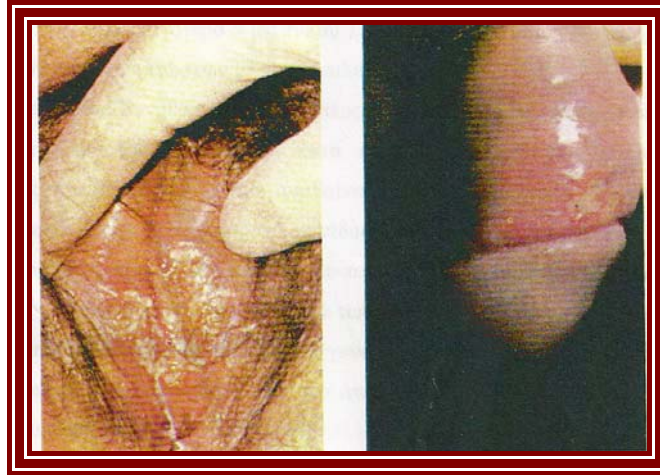
Η απολύμανση της τουαλέτας με χλωρίνη κάθε φορά που τη χρησιμοποιεί ο ασθενής είναι απαραίτητη. (Χρυσή Υγεία.,2002)

Η χορήγηση εμβολίου δημιουργεί προστατευτική ανοσία σε ποσοστό >90% σε άτομα ηλικίας < 40 χρόνων, ενώ μειώνεται περίπου στο 75% για άτομα ηλικίας > 60 χρόνια. Η εφαρμογή γενικευμένου εμβολιασμού έναντι του HBV θεωρείται ότι θα συμβάλει στην οριστική εκρίζωση της HBV λοίμωξης. (Στρατηγός Ι.,2004)

ΕΡΠΗΣ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ

- Εισαγωγή
- Επιδημιολογία
- Μετάδοση
- Παθογένεια
- Κλινική εικόνα
- Επιπλοκές
- Θεραπεία
- Πρόληψη

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο ΕΡΠΗΣ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ Ο (HERPES SIMPLEX VIRUS: GENITAL INFECTIONS)

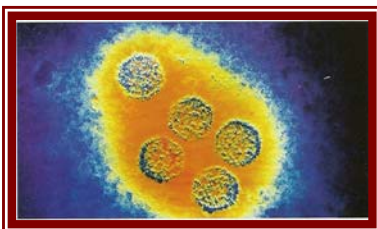


Εικόνα 1. Έρπης γεννητικών οργάνων
γυναίκας και άνδρα.

Πηγή: Ιωακημίδης Π.,1996

Ο έρπητας των γεννητικών οργάνων (ΕΓΟ) ή γεννητικός έρπητας είναι μία σεξουαλικά μεταδιδόμενη λοίμωξη. Αποτελεί χρόνια μόλυνση του δέρματος ή των βλεννογόνων που συνήθως εμφανίζεται κατ' επανάληψη στη διάρκεια της ζωής με τη μορφή μικρών φουσαλίδων που προκαλούν έντονο καύσο.

Προσβάλλει υγιή νεαρά άτομα 18-25 ετών, περίπου στην έναρξη της σεξουαλικής ζωής. Ο ιός Herpes simplex, βρίσκεται στους προσβεβλημένους ιστούς και τις ενεργές βλάβες των ατόμων που πάσχουν από αυτήν τη διαταραχή και πλήττει τον επιδερμικό και νευρικό ιστό. Η λοίμωξη οφείλεται στον ιό του απλού έρπητα (Herpes Simplex Virus – HSV). Ο ιός του έρπητα ανήκει στους DNA ιούς και διακρίνεται με ανοσολογικές, βιολογικές και βιοχημικές μεθόδους, σε δύο τύπους. Οι δύο τύποι του ιού του απλού έρπητα είναι ο τύπος 1 (HSV – 1) και ο τύπος 2 (HSV – 2). Και οι δύο τύποι προκαλούν ΕΓΟ, είναι δε πιθανό ότι ο τύπος 2 προκαλεί συχνότερες υποτροπές του ΕΓΟ



Εικόνα . Ο ιός Herpes simplex όπως φαίνεται
με το ηλεκτρονικό μικροσκόπιο.

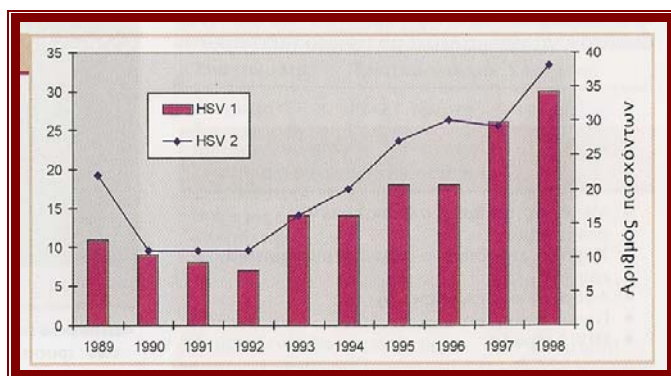
Πηγή: Χρυσή Υγεία.,2002

Ο έρπης των γεννητικών οργάνων απασχολεί μεγάλο αριθμό ατόμων τα τελευταία χρόνια και μαζί με τον ιό των θηλωμάτων του ανθρώπου αποτελούν τα συχνότερα ιογενή σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα .
(Στρατηγός Ι.,2004, Χρυσή Υγεία.,2002, Στρατηγός Ι., Στεφάνου Θ.,1987)

2.1. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Η συχνότητα του έρπητα των γεννητικών οργάνων έχει αυξηθεί σημαντικά τα τελευταία 40 χρόνια. Στις ΗΠΑ το 1987 ο αριθμός των νέων περιπτώσεων έφτανε τις 500.000 το χρόνο και 9.000.000 υποτροπές ετησίως μέχρι το 1990. Στην Αγγλία, από το 1978 – 1987 η συχνότητα της νόσου αυξανόταν κατά 12% κάθε χρόνο. Στη Βρετανία το 1982 είχαν δηλωθεί 14.836 περιπτώσεις έρπητα. (Στρατηγός Ι., Στεφάνου Θ.,1987, Φωτίου Κ.,1990)

Συνήθως ο γεννητικός έρπης οφείλεται στον HSV – 2, αν και τα τελευταία χρόνια έχει παρατηρηθεί σημαντική αύξηση στις γεννητικές ερπητικές λοιμώξεις που οφείλονται στον HSV – 1, ίσως λόγω των αλλαγών στις σεξουαλικές πρακτικές. Σήμερα ο HSV – 1 φαίνεται να είναι υπεύθυνος στο 20%-40% των περιπτώσεων γεννητικού έρπητα. Ανάλογη αύξηση της συμμετοχής του HSV – 1 , έχει παρατηρηθεί και στην Ελλάδα. Η συχνότητα του γεννητικού έρπητα έχει αυξηθεί εντυπωσιακά τα τελευταία χρόνια. Υπάρχουν χώρες όπου το 60%-70% του πληθυσμού εμφανίζει αντισώματα έναντι του HSV – 2 χωρίς όμως όλα τα άτομα να έχουν παρουσιάσει κλινικές εκδηλώσεις της νόσου. Αντισώματα στον HSV – 2 έχουν ανιχνευθεί στα 80% των ιεροδούλων, 60% ενηλίκων κατώτερου κοινωνικοοικονομικού επιπέδου και σε 1,6% μέχρι 8% των γυναικών που προσέρχονται σε κλινικές για σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. (Στρατηγός Ι., Στεφάνου Θ.,1987, Στρατηγός Ι.,2004, Φωτίου Κ.,1990)



Σχήμα 1. Κυριότεροι παράγοντες κινδύνου.
Πηγή: Στρατηγός Ι.,2004

Αυξανόμενη συχνότητα παρουσιάζεται στον πρωκτό των ομοφυλόφιλων. Αν και τα συστηματικά συμπτώματα υποχωρούν μέσα σε μία εβδομάδα, οι διαβρώσεις μπορούν να παραμείνουν για 2 μέχρι και 6 εβδομάδες και υποχωρούν αυτόματα. Περισσότερα από τα 80% των ατόμων με HSV – 2 των γεννητικών οργάνων έχουν υποτροπή μέσα σε 12 μήνες από την πρωτομόλυνση και 55% αυτών με HSV – 1 έρπητα των γεννητικών οργάνων . Η συχνότητα των υποτροπών είναι σχεδόν ίδια μεταξύ ανδρών και γυναικών. (Φωτίου Κ.,1990)

Παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση του γεννητικού έρπητα.

- Μεγάλος αριθμός σεξουαλικών συντρόφων
- Χαμηλό εισόδημα
- Χαμηλό μορφωτικό επίπεδο
- Ανδρική ομοφυλοφιλία
- Γυναικείο φύλο
- HIV λοίμωξη
- Η ευρεία χρήση αντισυλληπτικών
- Η στοματογεννητική σεξουαλική επαφή
- Η συνεχής αύξηση της δεξαμενής ασυμπτωματικών φορέων.

Λόγοι που ο έρπητας των γεννητικών οργάνων θεωρείται από τις πιο σπουδαίες αφροδίσιες νόσους

- Μεγάλη αύξηση της νόσου τα τελευταία χρόνια
- Ταυτόχρονη αύξηση της συχνότητας του νεογνικού έρπητα που έχει σοβαρά επακόλουθα
- Συχνές υποτροπές
- Σοβαρά σεξουαλικά προβλήματα που συχνά δημιουργούνται
- Ανακάλυψη χρήσιμων φαρμάκων εναντίον του ιού.

Ένα σημαντικό επακόλουθο του έρπητα των γεννητικών οργάνων της εγκύου είναι ο νεογνικός έρπητας. Το 75% των περιπτώσεων νεογνικού έρπητα οφείλονται στον HSV – 2 και η μόλυνση του νεογνού γίνεται κατά τον τοκετό ή και ενδομήτρια μετά τη ρήξη των μεμβρανών. Ελάχιστες είναι οι περιπτώσεις συγγενούς μόλυνσης. **Ο νεογνικός έρπητας από τον HSV – 1 συνήθως αποκτάται εξωγεννητικά κατά την περιποίηση του νεογνού από τη μητέρα του ή από το νοσοκομειακό προσωπικό.** Ο κίνδυνος μόλυνσης του νεογνού είναι πολύ μεγαλύτερος (75%) στην πρωτομόλυνση παρά στην υποτροπή (50%). **Γενικά ο κίνδυνος λοίμωξης του νεογνού είναι υψηλός (40% μέχρι 60).** (Φωτίου Κ.,1990)

Ασυμπτωματική απόπτωση του HSV συμβαίνει μόνο στο 0,35 – 1,4% των γυναικών κατά τον τοκετό στις ΗΠΑ. Το 32% των γυναικών έχουν αντισώματα έναντι του HSV. Το 10% των εγκύων γυναικών διατρέχουν κίνδυνο πρωτοπαθούς λοίμωξης από μολυσμένους από τον HSV – 2 ερωτικούς συντρόφους. Η επίπτωση του νεογνικού έρπητα είναι 1 στις 2.000 ως και 1 στις 15.000 γεννήσεις . **Το 95% των νεογνών με HSV λοίμωξη μολύνονται κατά τη διάρκεια του τοκετού.** (www.ancology.gr,15/01/08 Μπόντης Ν.,2002)

Οι γυναίκες που πρέπει να ελέγχονται με ιολογικές ή κυτταρολογικές μελέτες τουλάχιστον 2 φορές κατά τις 6 τελευταίες εβδομάδες της εγκυμοσύνης είναι:

- Γυναίκες με κλινικά ενεργό έρπητα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης
 - Γυναίκες με ιστορικό υποτροπιάζοντα έρπητα και
 - Γυναίκες που έχουν επαφή με άνδρες με γεννητικό έρπητα
 - Απουσία αντι – HSV αντισωμάτων στη μητέρα
 - Επεμβάσεις στο έμβρυο.
- (Φωτίου Κ.,1990)

Βρέφη που ο κίνδυνος μόλυνσης είναι μεγαλύτερος.

- Σε βρέφη που η μητέρες τους είχαν νόσο
 - Σε βρέφη με πρωτομόλυνση και
 - Σε βρέφη που η ρήξη των μεμβρανών χρονολογείται για διάστημα μεγαλύτερο των τεσσάρων μέχρι έξι ωρών και ιδιαίτερα για περισσότερες από 24 ώρες.
- (Φωτίου Κ.,1990)

2.2. ΜΕΤΑΔΟΣΗ

Η μετάδοση του ΕΓΟ γίνεται συνήθως με επαφή δέρματος με δέρμα, (συνουσία και στοματογεννητική επαφή). Επιπλέον η μετάδοση μπορεί να ενδομήτρια, περιγεννητικά ή μετά τη γέννηση. 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. Το ποσοστό μετάδοσης σε ζευγάρια , που ο ένας σύντροφος είναι μολυσμένος και ο άλλος όχι είναι περίπου 10% ετησίως. Το 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 το 30% μολύνονται από τον HSV – 2.
(www.ancology.gr,15/1.08 Στρατηγός Ι., Στεφάνου Θ.,1987, Μπόντης Ν.,2002)

2.3. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

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. Η αρχική μόλυνση συμβαίνει μέσα σε 2 εβδομάδες από την επαφή με ενεργό ερπητική βλάβη. *Συνηθέστερη όμως είναι η μετάδοση με κύτταρα του ιού που αποπίπτουν από ασυμπτωματική λοίμωξη (70% των περιπτώσεων).* *Νεογνά που γεννήθηκαν από γυναίκες που αποβάλλουν ασυμπτωματικά τον HSV, έχουν ελαττωμένο βάρος γέννησης και αυξημένη προωρότητα.* Μετά τον ενοφθαλμισμό ο ιός φτάνει στα αισθητικά ή στα αυτόνομα γάγγλια μέσω περιφερικών αισθητικών νεύρων όπου περνά σε λανθάνουσα κατάσταση. Παρόλα αυτά είναι δυνατόν να επανενεργοποιηθεί σε άλλο χρόνο από παράγοντες όπως :

- Η υπερϊώδης ακτινοβολία
- Ο πυρετός
- Οι σεξουαλικές υπερβολές
- Η κόπωση
- Η έμμηνος ρύση και
- Τα ψυχικά stress.

Η επανενεργοποίηση του ιού είναι δυνατόν να προκαλέσει μη πρωτοπαθή πρώτη εκδήλωση ή υποτροπή ή ακόμα και ασυμπτωματική απόπτωση κυττάρων του ιού. (www.ancology.gr,15/1/08, Στρατηγός Ι.,2004, Μπόντης Ν.,2002)

2.4. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

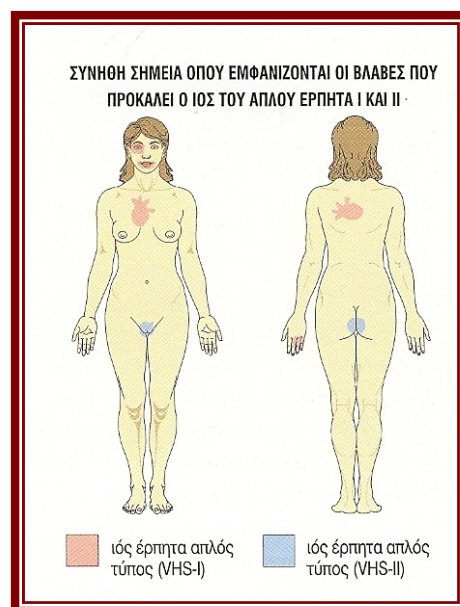
Περίοδος επώασης: Ο χρόνος επώασης είναι 3-7 ημέρες.

<u>Εντοπισμός βλαβών που προκαλούνται από τους ιούς HSV - 1, HSV - 2.</u>	
HSV - 1	HSV - 2
A. Στα χείλη B. Στα μάτια Γ. Στον κορμό Δ. Στα δάχτυλα των χεριών	A. Στα γεννητικά όργανα B. Στον πρωκτό

Εικόνα Σημεία εντοπισμού Έρπητος.
Πηγή: Χρυσή Υγεία, 2002

Κλινικές εκδηλώσεις γεννητικού έρπητα.

Πρωτοπαθής ΕΓΟ. Η λοίμωξη στους συμπτωματικούς ασθενείς ξεκινάει με τα πρόδρομα συμπτώματα που είναι **τοπικός κνησμός ή καυσalgία, κεφαλαλγία, κακουχία μυalgία, και χαμηλή πυρετική κίνηση.** Η πρωτολοίμωξη συνοδεύεται συνήθως από επώδυνη **αιδοιοκολπίτιδα.** Στο 80% των περιπτώσεων συνυπάρχει και **τραχηλίτιδα** και έντονη **βαλανοποσθίτιδα** και **ουρηθρίτιδα** στους άνδρες. Στη συνέχεια εντοπίζονται οι τυπικές βλάβες του έρπητα, δηλαδή οι **φυσαλίδες**, οι οποίες εμφανίζονται κατά ομάδες πάνω σε ερυθματώδη βάση. **Οι φυσαλίδες προκαλούν κνησμό ή πόνο,** με αποτέλεσμα η συνουσία να είναι συχνά επίπονη και κάποιες φορές συνοδεύονται από γενική δυσφορία και φλεγμονή των λεμφογαγγλίων της βουβωνικής χώρας. **Μερικές φορές υπάρχει δυσουρία μέχρι επισχέσεως.** Στον άνδρα οι φυσαλίδες εντοπίζονται στη βάλανο, το έσω



και το έξω πέταλο της ακροποσθίας, το σώμα του πέους και το εφηβαίο. Στη γυναίκα οι φυσαλίδες εντοπίζονται στα μεγάλα και τα μικρά χείλη, στον κόλπο και στον τράχηλο της μήτρας. Στις γυναίκες ο γεννητικός έρπης μπορεί να εντοπιστεί στους γλουτούς, τους μηρούς ή στο κάτω μέρος της ράχης, χωρίς απαραίτητη εντόπιση στη γεννητική περιοχή. **Οι φυσαλίδες είναι συρρέουσες και σύντομα μετατρέπονται σε φλύκταινες, όπου στη συνέχεια καταλήγουν σε επώδυνες ελκωτικές βλάβες οι οποίες επουλώνονται χωρίς να αφήσουν ουλή. Τα συμπτώματα αυτά διαρκούν 2-3 εβδομάδες και η νόσος ιάται.** Παράταση πέραν από το χρόνο αυτό δηλώνει την ύπαρξη δευτερογενούς μόλυνσης ή άλλου αφροδίσιου νοσήματος. (Χρυσή Υγεία.,2002, Στρατηγός Ι.,2004, Στρατηγός Ι., Στεφάνου Θ.,1987)

**Πίνακας 2. Εκδηλώσεις έρπητα.
Πηγή: Στρατηγός Ι.,2004**

ΠΙΝΑΚΑΣ 2. Κλινικές εκδηλώσεις γεννητικού έρπητα		
Συμπτώματα	Πρωτομόλυνση	Υποτροπή
Διάρκεια	12-21 ημέρες	5-10 ημέρες
Τοπικά (πόνος-δυσουρία-κνησμός)	Έντονα	Ήπια-Μέτρια
Συστηματικά (πυρετός-κακουχία)	Συνήθη	Ασυνήθη
Φυσαλίδες	Πολλές – αμφοτερό-πλευρες	Λίγες-περιορισμένες
Σύστοιχνη Λεμφαδενίτιδα	90% (αμφοτερόπλευρη)	25% (μονόπλευρη)



**Εικόνα 1. Έρπης ακροποσθίας
Πηγή: Στρατηγός Ι., 2004**

Εικόνα 2. Έρπης μηρού εγγύς των γλουτών.
Πηγή: Στρατηγός Ι.,2004



Κλινικές εκδηλώσεις των μολυσμένων νεογνών από γεννητικό έρπητα.

- **Εξάνθημα.** Οι βλάβες εμφανίζονται χαρακτηριστικές, με φυσαλίδες σε ερυθματώδη βάση. Αυτό αφορά το 50% των μολυσμένων νεογνών. Οι βλάβες αυτές υποτροπιάζουν, αν επιζήσει το νεογνό.
- **Βλάβες στα μάτια και τη στοματική κοιλότητα**
- **Νεογνικός ίκτερος και τέλος η βαρύτερη επιπλοκή, λόγω εντοπίσεως στο κεντρικό νευρικό σύστημα, η ερπητική μηνιγγοεγκεφαλίτιδα που όμως είναι σπάνια.** Στο μισό των περιπτώσεων το νεογνό πεθαίνει αμέσως μετά τη γέννηση, ενώ όσα επιζήσουν παρατηρείται μικροεγκεφαλία και πνευματική καθυστέρηση.

(Στρατηγός Ι.,2004, Στρατηγός Ι., Στεφάνου Θ.,1987)

Υποτροπιάζον ΕΓΟ. Οι υποτροπές του γεννητικού έρπητα εμφανίζονται στο **70-80% των ασθενών μέσα στον πρώτο χρόνο από την πρωτομόλυνση.** Η συχνότητα των υποτροπών ποικίλει : μία φορά το μήνα, κάθε 2-4 μήνες ή και αραιότερα. **Συνήθως πριν από την εμφάνιση των κλινικών βλαβών υπάρχουν τα πρόδρομα συμπτώματα που διαρκούν περισσότερο από 24 ώρες.** Τα συνηθέστερα είναι :

- **Κνησμός**
- **Καύσος ή**
- **Υπερευαισθησία της πάσχουσας περιοχής**

Γενικά οι βλάβες είναι ηπιότερες και ελαφρότερες από την πρωτοπαθή ΕΓΟ. *Ο αριθμός των υποτροπών αυξάνεται κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης και ιδιαίτερα όσο η γυναίκα πλησιάζει την ημέρα του τοκετού.* Το 25% των γυναικών με ιστορικό γεννητικού έρπητα κάνουν υποτροπή τον τελευταίο μήνα της κύησης, και ένα ποσοστό 11-14% κατά τη διάρκεια του τοκετού. (Στρατηγός Ι.,2004, Στρατηγός Ι., Στεφάνου Θ.,1987)

2.5. ΕΠΠΛΟΚΕΣ

<u>ΣΠΑΝΙΕΣ ΕΠΠΛΟΚΕΣ</u>	<u>ΣΥΝΗΘΗΣ ΕΠΠΛΟΚΕΣ</u>
A. Οξεία επίσχεση ούρων	A. Ψυχολογικές επιπτώσεις στις σεξουαλικές και διαπροσωπικές σχέσεις
B. Οξεία άσηπτη μηνιγγίτιδα	B. Άγχος και φόβος
Γ. Πολύμορφο ερύθημα	1. Μετάδοσης «αθεράπευτου» αφροδισίου νοσήματος στον ερωτικό σύντροφο
	2. Μετάδοση του ιού στο νεογνό
	3. Ανάπτυξη καρκίνου τραχήλου της μήτρας.

2.6. ΘΕΡΑΠΕΙΑ

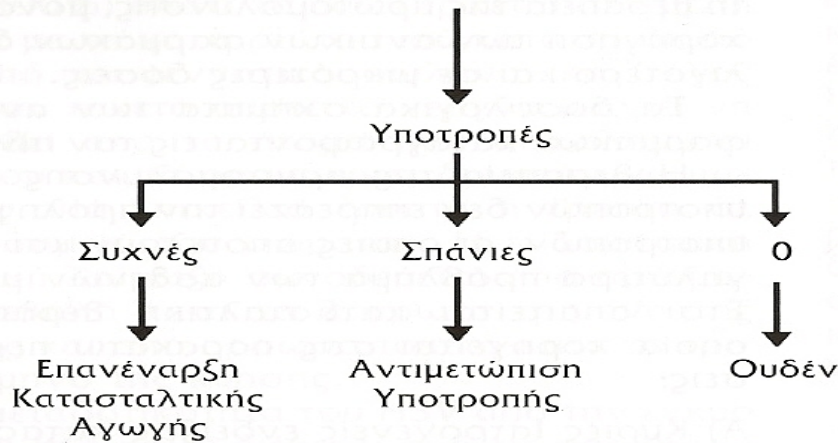
Η θεραπεία του έρπητα των γεννητικών οργάνων στοχεύει :

- A.** Στη θεραπεία της πρωτομόλυνσης
- B.** Στη θεραπεία των υποτροπών
- Γ.** Στην πρόληψη των υποτροπών
- Δ.** Στην πρόληψη της μετάδοσης

Η φαρμακευτική θεραπεία περιλαμβάνει αντικά φάρμακα. Τα πιο δραστικά που χρησιμοποιούνται σήμερα είναι:

- A.** Η Acyclovir
- B.** Το Valacy-clovir και
- Γ.** Το Famcyclovir

1. Θεραπεία καταστολής μέχρι μηδενισμού των υποτροπών (6-12 μήνες) (Πίνακας 3)
2. Διακοπή της θεραπείας κάθε 6-12 μήνες για έλεγχο υποτροπών



Σχήμα 2. Θεραπεία καταστολής υποτροπών Ε.Γ.Ο.

Πηγή: Στρατηγός Ι.,2004

Οι αντικοικοί παράγοντες επιτυγχάνουν μερικό έλεγχο των συμπτωμάτων του έρπητα, όταν χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση των πρώτων κλινικών επεισοδίων του έρπητα ή όταν χρησιμοποιούνται σαν κατασταλτική θεραπεία. Δεν εκριζώνουν τον ευρισκόμενο σε λανθάνουσα κατάσταση ιό του έρπητα. Επιπλέον δεν επηρεάζουν τον κίνδυνο που συνεπάγεται, τη συχνότητα ή την βαρύτητα των υποτροπών μετά τη διακοπή του φαρμάκου. Ακόμη και μετά από εργαστηριακό έλεγχο το 1 / 4 των ασθενών με γεννητικό έρπητα δεν έχουν εργαστηριακή επιβεβαιωμένη διάγνωση. Πολλοί ειδικοί συνιστούν θεραπεία για μαλακό έλκος και σύφιλη συγχρόνως με την θεραπεία για τον γεννητικό έρπητα, εάν η διάγνωση είναι ασαφής ή εάν ο ασθενής ζει σε μία κοινότητα στην οποία ενδημεί το μαλακό έλκος. Οι αντικοικοί παράγοντες είναι περισσότερο αποτελεσματικοί σαν θεραπεία, ειδικά όταν η χορήγησή τους ξεκινά σε λιγότερο από 48 ώρες από την έναρξη των συμπτωμάτων. (Μπόντης Ν.,2000, www.ancology.gr,15/1/08)

Χρησιμοποιείται και η κατασταλτική θεραπεία η οποία έχει σαν στόχο την αντιμετώπιση των υποτροπών του γεννητικού έρπητα. Για να εφαρμοστεί όμως η κατασταλτική θεραπεία θα πρέπει να υπάρχουν κάποιες βασικές προϋποθέσεις. Αυτές είναι οι εξής: (Στρατηγός Ι.,2004)

2.7. ΠΡΟΛΗΨΗ

Ενδείξεις κατασταλτικής θεραπείας

A. Κύριες Ιατρογενείς ενδείξεις κατασταλτικής αγωγής.

1. Μεγάλη συχνότητα υποτροπών (πάνω από 6-8 το χρόνο)
2. Μεγάλη βαρύτητα ή διάρκεια υποτροπών

B. Ψυχοκοινωνικές ενδείξεις.

1. Ασθενείς που ενοχλούνται ιδιαίτερα από τις υποτροπές.
2. Ασθενείς που αισθάνονται ενοχή ή και απορρίπτονται από το σύντροφο.
3. Όταν υπάρχει σημαντικός επηρεασμός της σεξουαλικής ζωής.

(Στρατηγός I.,2002

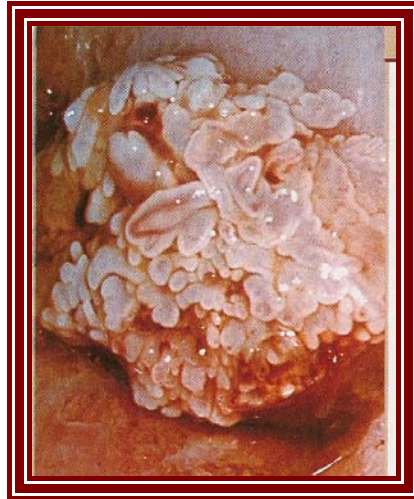
Μέτρα πρόληψης για αποφυγή μετάδοσης του ιού

- Θα πρέπει να δίνεται η οδηγία στους ασθενείς ότι πρέπει να απέχουν από κάθε σεξουαλική δραστηριότητα όταν υπάρχουν βλάβες.
- Πρέπει να ενθαρρύνεται η χρήση προφυλακτικού σε κάθε σεξουαλική επαφή.
- Να γνωρίζουν ότι η αποτελεσματικότητα της χρόνιας κατασταλτικής θεραπείας δεν έχει αποδειχθεί.
- Οι ασθενείς θα πρέπει να γνωρίζουν τη φυσική πορεία της νόσου, με έμφαση στη δυνατότητα υποτροπών, την ασυμπτωματική απόπτωση και τη μετάδοση με τη σεξουαλική επαφή.
- Τέλος ο κίνδυνος λοίμωξης του νεογνού θα πρέπει να εξηγείται σε όλους τους ασθενείς – άνδρες και γυναίκες, με έρπητα των γεννητικών οργάνων.

ΚΟΝΔΥΛΩΜΑΤΑ HPV

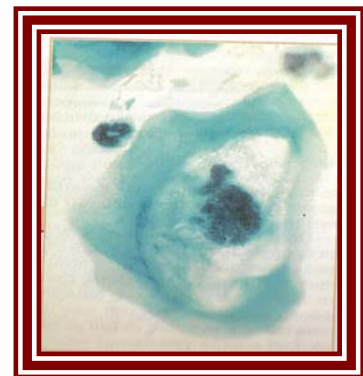
- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">- Εισαγωγή- Μετάδοση- Επιδημιολογία- Μορφές νόσου- Φυσική πορεία νόσου | <ul style="list-style-type: none">- κλινική εικόνα- Μέτρα πρόληψης –
Αντιμετώπισης- Θεραπεία |
|---|---|

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο ΙΟΣ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΘΗΛΩΜΑΤΟΣ (HPV) ΚΟΝΔΥΛΩΜΑΤΑ



**Εικόνα 1. Οξυτενές κονδύλωμα
Στο τράχηλο της μήτρας
Πηγή: Στρατηγός Ι.,2004**

**Εικόνα 10. Κοιλοκύτταρο
με HPV λοίμωξη.
Πηγή: Στρατηγός Ι.,2004**



Οι ιοί των ανθρώπινων θηλωμάτων είναι DNA ιοί γνωστοί ως HPV (Human Papilloma Viruses). Το HPV είναι μια οικογένεια πάνω από 100 ιούς που επηρεάζουν τα διάφορα μέρη του σώματος. Ορισμένα στελέχη του HPV προκαλούν κονδυλώματα για τα πόδια, τα χέρια και άλλα μέρη του σώματος, ενώ άλλα στελέχη, σεξουαλικά μεταδιδόμενα προκαλούν κονδυλώματα που επηρεάζουν το δέρμα στην περιοχή των γεννητικών οργάνων – του αιδοίου, του κόλπου, του τραχήλου της μήτρας, του ορθού, του πρωκτού του πέους ή του όσχεου. Υπάρχουν περισσότερα από 30 στελέχη του HPV που

επηρεάζουν την περιοχή των γεννητικών οργάνων και ανάλογα με τον τύπο του HPV, τα συμπτώματα μπορεί να είναι με τη μορφή κονδυλωμάτων (οξυτενή) καθώς και με ανώμαλες κυτταρικές αλλαγές, ειδικά στον τράχηλο μίας γυναίκας.

Το 80% των σεξουαλικών ενεργών ενηλίκων θα εκδηλώσει HPV λοίμωξη των γεννητικών οργάνων σε κάποια στιγμή της ζωής τους. *Στις περισσότερες περιπτώσεις αυτές οι λοιμώξεις δεν προκαλούν συμπτώματα, αλλά σε ένα μικρό αριθμό γυναικών μπορεί να προκαλέσει αλλαγές στον τράχηλο των γυναικών, που μπορεί να εξελιχθεί σε καρκίνο αν δεν θεραπευτεί. Οι τύποι 16 και 18 είναι η αιτία των περισσότερων καρκίνων. Οι τύποι 6 και 11 προκαλούν τα περισσότερα κρούσματα κονδυλωμάτων των γεννητικών οργάνων.* Η μόλυνση των γεννητικών οργάνων από HPV είναι πολύ συχνή στις μέρες μας στις ηλικίες 18-30 ετών. (<http://www.Health.in.gr/19/03/08>, <http://www.ashastd.org/19/03/08>, Στρατηγός Ι.,2004)

3.1. ΜΕΤΑΔΟΣΗ

Τα κονδυλώματα μεταδίδονται με τη σεξουαλική επαφή (κολπική ή στοματική) καθώς και με τη στενή επαφή των γεννητικών οργάνων, χωρίς να είναι απαραίτητη η διείσδυση. Σε πολύ σπάνιες περιπτώσεις ο οργανισμός μπορεί να δημιουργήσει μόνος του τον ιό. (www.hiv.gr/19/3/08)

Αναλυτικότερα η μετάδοση του HPV μπορεί να γίνει με τους εξής τρόπους.

- 1.** Μέσω λύσεως της συνέχειας του δέρματος (όπως δερματικών εκδορών, σχισμών και γενικά ήπιων δερματικών βλαβών), προκειμένου για δερματικές μυρμηγκιές.
- 2.** Με σεξουαλική επαφή προκειμένου για HPV – φλεγμονή των γεννητικών οργάνων.
- 3.** Κατά τη δίοδο του εμβρύου μέσω του μολυσμένου γεννητικού σωλήνα (σπάνιες περιπτώσεις με λαρυγγική θηλωμάτωση νεογνών)
- 4.** Με αυτοενοφθαλμισμό σε διάφορες θέσεις (π.χ. κατά το ξύρισμα αλλά και το ξύσιμο σε παιδιά και μεγαλύτερα άτομα).
- 5.** Με στοματική σεξουαλική επαφή (περιπτώσεις θηλωμάτων στόματος). (Στρατηγός Ι.,2004)

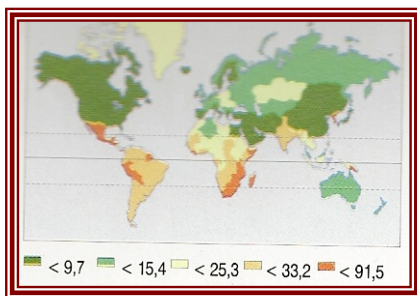
Μεγάλο κίνδυνο διατρέχουν :

- Τα άτομα που διατηρούν πολλές σεξουαλικές επαφές, με πολλούς συντρόφους.
- Τα άτομα τα οποία έχουν ομοφυλοφιλικές σχέσεις.

- Τα άτομα στα οποία υπάρχει πληθώρα προδιαθεσικών καταστάσεων και παθήσεων, όπως κήση, σύφιλη και AIDS. Σε αυτές τις περιπτώσεις μπορεί να έχουμε εμφάνιση της νόσου χωρίς να έχει προηγηθεί σεξουαλική επαφή.

Τα κονδυλώματα είναι πάθηση με μεγάλη μολυσματικότητα και σε περίπτωση καθυστέρησης της θεραπείας ο ιός γίνεται ιδιαίτερα ανθεκτικός για τον πάσχοντα. (<http://www.Kondylomata.gr/19/1/08>)

3.2. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ



Εικόνα . Παγκόσμια κατανομή του τραχήλου της μήτρας

Πηγή: Χρυσή Υγεία.,2002

Στις ΗΠΑ ο HPV θεωρείται ότι είναι ο πιο σεξουαλικά μεταδιδόμενος ιός. Περίπου 20 εκατομμύρια άνθρωποι έχουν μολυνθεί με HPV μέχρι σήμερα. **Ορισμένες μελέτες εκτιμούν ότι το 50-75% του σεξουαλικά ενεργού πληθυσμού είναι εκτεθειμένο σε τουλάχιστον 1 στέλεχος του HPV.** Στα άτομα που έχουν υγιή ανοσοποιητικό σύστημα οι φλεγμονές από τους HPV να καταστέλλονται με ρυθμό 50% περίπου ανά έτος. Ο επιπολασμός της μόλυνσης είναι πολύ μικρότερος στις μεγαλύτερες ηλικίες. Στον τράχηλο της μήτρας βρίσκονται σε ποσοστό 5-10% οι ογκογόνοι τύποι των ιών HPV και αυτό συμβαίνει σε γυναίκες ηλικίας 30-40 ετών, ενώ σε γυναίκες μετά τα 50 έτη ανευρίσκονται μόνο σε ποσοστό 1%. **Το συχνότερο όργανο που προσβάλλεται είναι ο τράχηλος της μήτρας και οι ογκογόνοι τύποι των HPV θεωρούνται ο κυριότερος αιτιολογικός παράγοντας για καρκινογένεση του τραχήλου, παρόλα αυτά δεν αρκεί μόνο η παρουσία των HPV για να γίνει καρκινογένεση.** (<http://www.Health.gr/19/3/08>, Στρατηγός Ι.,2004)

Οξυτενή κονδυλώματα

Ηλικία (έτη)	Άνδρες	Γυναίκες	Σύνολο
- 9	-	-	-
10 – 14	2	-	2
15 – 19	712	306	1.018
20 – 24	2.797	1.392	4.189
25 – 29	3.649	1.810	5.459
30 – 34	2.435	997	3.432
35 – 49	1.883	991	2.874
50 +	1.423	570	2.002
Σύνολο	12.901	6.075	18.976

Πίνακας 4. Κατανομή περιπτώσεων οξυτενών κονδυλωμάτων καθ' ηλικία και φύλλο, 1980 – 1984 (Στην Ελλάδα)

Πηγή: Στρατηγός Ι, Στεφάνου Θ.,1987

<u>Επαγγέλματα</u>	
<u>Οξυτενή</u>	
<u>Κονδυλώματα</u>	
Αγρότες-γεωργοί	975
Εργάτες-τεχνίτες	5.016
Μαθητές-σπουδαστές-φοιτητές	1.568
Ναυτικοί	2.463
Οικιακά	1.147
Στρατιώτες-στρατιωτικοί	2.456
Υπάλληλοι (διάφοροι)	1.846
Εκδιδόμενα πρόσωπα	27
Ομοφυλόφιλοι	18
Άνεργοι	1.265
Λοιπά	2.195
Σύνολο	18.976

Πίνακας 5. Κατανομή περιπτώσεων οξυτενών κονδυλωμάτων κατ' επάγγελμα, 1980 – 1984 (Στην Ελλάδα)

Πηγή: Στρατηγός Ι., Στεφάνου Θ.,1987
Οξυτενή κονδυλώματα

Έτη	A	%
1980	3.303	17,3
1981	3.884	20,4
1982	3.640	19,4
1983	3.693	19,5
1984	4.456	23,4
Σύνολο	18.976	100,0

Πίνακας 2. Κατανομή οξυτενών κονδυλωμάτων κατ' έτος, 1980 – 1984 (Στην Ελλάδα).

Πηγή: Στρατηγός Ι., Στεφάνου θ., 1987

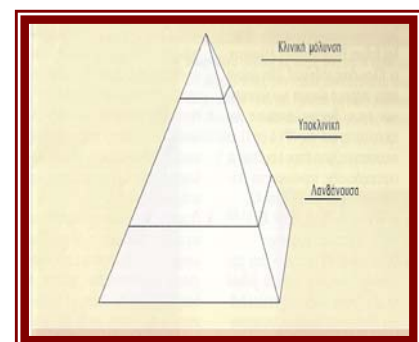
3.3. ΜΟΡΦΕΣ ΝΟΣΟΥ

Οι HPV που προσβάλουν το επιθήλιο του κατώτερου γεννητικού συστήματος (τράχηλος μήτρας, κόλπος, αιδοίο και πρωκτογεννητικής χώρας) είναι περίπου 23 γονότυποι. Αν μολυνθεί το επιθήλιο αυτών των περιοχών από τον ιό μπορεί να οδηγήσει στην εκδήλωση κλινικής, υποκλινικής ή λανθάνουσας νόσου. (Στρατηγός Ι.,2004)

ΜΟΡΦΕΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

ΜΟΡΦΕΣ	ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ
<u>Κλινική νόσος</u>	<p>1. Είναι αλλοίωση είναι ορατή με γυμνό μάτι (θηλώματα των γεννητικών οργάνων, τύποι 6-11 των HPV)</p> <p>2. Άτυπα κονδυλώματα που έχουν τη μορφή βλατίδας</p>
<u>Υποκλινική νόσος</u>	<p>Οι αλλοιώσεις δεν είναι ορατές με γυμνό μάτι. Φαίνονται σε τεστ Παπανικολάου.</p>
<u>Λανθάνουσα νόσος</u>	<p>Δεν υπάρχουν ούτε κλινικές ούτε υποκλινικές αλλοιώσεις. Η ανίχνευση του DNA του ιού γίνεται με μεθόδους υβριδισμού.</p>

Σχήμα 1. Αναλογίες κλινικής Υποκλινικής και λανθάνουσας Μόλυνσης.
Πηγή: Στρατηγός Ι.,2004



3.4.ΦΥΣΙΚΗ ΠΟΡΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Οι περιοχές που τραυματίζονται κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής επαφής αποτελούν τη δίοδο του ιού στον οργανισμό και τη διείσδυση του στα κύτταρα. Το αν θα εκδηλωθεί όμως η φλεγμονή εξαρτάται από τη δράση του ιού και τον βαθμό αντιμετώπισης του ανοσοποιητικού συστήματος. Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων το ανοσοποιητικό σύστημα δεν επιτρέπει στον ιό να αναπτύξει φλεγμονή, με αποτέλεσμα η μόλυνση να μένει σε λανθάνουσα μορφή συνήθως για μεγάλο χρονικό διάστημα. Στην πορεία είναι δυνατόν η

μόλυνση να αποκτήσει υποκλινική μορφή και στην συνέχεια να επιστρέψει στην λανθάνουσα κατάσταση. (Στρατηγός Ι.,2004)

3.5. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Τα κονδυλώματα διακρίνονται ανάλογα το σημείο εντοπισμού τους σε :

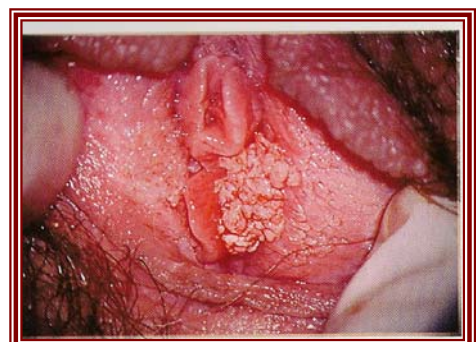
- **Στα κονδυλώματα του δέρματος.** Αυτά εντοπίζονται κυρίως στα χέρια στο πρόσωπο ή στο τριχωτό της κεφαλής. Είναι μικρά, ανώδυνα και μπορεί να έχουν χρώμα άσπρο, ροζ, μπεζ ή καφέ.
- **Στα πλατέα κονδυλώματα.** Αυτά είναι επίπεδα, άσπρα μπεζ ή καφέ και προκαλούν μερικές φορές κνησμό. Εντοπίζονται κυρίως στο πρόσωπο, στον θώρακα, στους καρπούς ή στα χέρια.
- **Plantar κονδυλωμάτων.** Αυτά είναι παχιά, επώδυνα και εντοπίζονται στα πέλματα των ποδιών.
- **Στα κονδυλώματα των γεννητικών οργάνων.** Αυτά είναι συνήθως χρώματος ροζ και ανώδυνα. Στους άνδρες εντοπίζονται κυρίως στην άκρη του πέους στο άνοιγμα της ουρήθρας και στον πρωκτό. Στις γυναίκες εμφανίζονται κυρίως στην είσοδο του κόλπου, στα μικρά και τα μεγάλα χείλη, στον πρωκτό και στο περίνεο. Μπορεί να εμφανιστούν και στο εσωτερικό του κόλπου καθώς και στον τράχηλο.
(<http://www.Health.gr/19/3/08>, www.hiv.gr/19/3/08)



Εικόνα 6. Οξυτενή κονδυλώματα περινέου, πρωκτού.

.Πηγή: Στρατηγός Ι.,2004

Εικόνα 4. Οξυτενές κονδύλωμα στο αιδοίο
Πηγή: Στρατηγός Ι.,2004



Είναι σημαντικό να γνωρίζει κανείς ότι:

- Τα οξυτενή κονδυλώματα δεν προκαλούν καρκίνο. Προκαλούν μόνο κολοήθειες αλλοιώσεις (τύποι 6 και 11). Αυτές οι αλλοιώσεις μπορεί να είναι ορατές με γυμνό μάτι, αλλά μπορεί και να μην είναι.
- Οι ογκογόνοι HPV (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51-59 και 68) προκαλούν και υποκλινικές αλλοιώσεις χαμηλού βαθμού αλλά και υψηλού στο κατώτερο γεννητικό σύστημα της γυναίκας.
- Η πλειοψηφία των νέων γυναικών σήμερα μολύνεται από κάποιους HPV, ακόμη και από ογκογόνους.
- Η τεράστια πλειοψηφία των HPV αλλοιώσεων όμως αποτελούνται από υποκλινικές μορφές.
- Σε γυναίκες >35 αυξάνεται η συχνότητα εμφάνισης μικροδιηθητικών και διηθητικών καρκίνων τραχήλου της μήτρας.
- Ο HPV 16 ανευρίσκεται κατά κύριο λόγο σε νέες γυναίκες πριν την εμμηνόπαυση, κατά κανόνα καπνίστριες. (Στρατηγός Ι.,2004)

ΤΥΠΟΣ ΗΡV	ΣΥΝΟΔΟΣ ΝΟΣΟΣ	ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΚΑΚΟΗΘΕΙΑ
6, 11	ΘΕΥΤΕΝΗ ΚΟΝΔΥΛΩΜΑΤΑ LGSIL(*) ΘΗΛΩΜΑΤΩΣΗ ΛΑΡΥΓΓΟΣ	ΕΛΑΧΙΣΤΗ
16	ΟΓΚΟΙ ΒUSCHKE-LOWENSTEIN CIN 1-3	ΥΨΗΛΗ
18	ΘΗΛΩΜΑΤΩΣΗ BOWEN ΝΟΣΟΣ BOWEN ΚΑΡΚΙΝΟΙ ΤΡΑΧΗΛΟΥ, ΑΙΔΟΙΟΥ ΚΑΙ ΠΡΩΚΤΟΥ CIN 3	ΠΟΛΥ ΥΨΗΛΗ
31, 33, 35, 51	ΣΠΑΝΙΩΣ CIN 1-2 ΚΑΡΚΙΝΟΙ ΤΡΑΧΗΛΟΥ	ΥΨΗΛΗ
39	CIN 1-3, ΚΑΡΚΙΝΟΙ	ΕΛΑΧΙΣΤΗ
41	ΘΗΛΩΜΑΤΩΣΗ BOWEN ΚΟΝΔΥΛΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΕΠΙΠΕΔΟΙ ΑΚΡΟΧΟΡΔΩΝΕΣ ΔΕΡΜΑΤΟΣ	ΜΗΔΕΝ
42	ΕΠΙΠΕΔΑ ΚΟΝΔΥΛΩΜΑΤΑ ΘΗΛΩΜΑΤΩΣΗ BOWEN	ΜΗΔΕΝ
43	LGSIL	ΜΗΔΕΝ
44	ΚΟΝΔΥΛΩΜΑΤΑ	ΜΗΔΕΝ
45	ΚΟΝΔΥΛΩΜΑΤΑ CIN	ΥΨΗΛΗ
52	ΚΑΡΚΙΝΟΙ ΚΟΝΔΥΛΩΜΑΤΑ CIN 1-3, ΚΑΡΚΙΝΟΙ	ΥΨΗΛΗ
56	ΚΟΝΔΥΛΩΜΑΤΑ ΚΑΡΚΙΝΟΙ	ΥΨΗΛΗ

**Πίνακας 2. Οι κυριότεροι γενετικοί τύποι των ΗΡV.
Πηγή: Στρατηγός Ι.,2004**

**Εικόνα 14. Τράχηλος μήτρας.
Προκαρκινικές αλλοιώσεις
Πηγή: Στρατηγός Ι.,2004**





Εικόνα 15. Συνδυασμός από - κακοήθες και καλοήθες HPV.

Πηγή: Στρατηγός Ι.,2004

3.6. ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ

Παράγοντες κινδύνου για επιδείνωση ή υποτροπή της νόσου αποτελούν τα παρακάτω.

ΠΙΝΑΚΑΣ 9. Παράγοντες που ευνοούν την ανάπτυξη ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας τραχήλου σε ασθενείς με HPV λοίμωξη.

- Κάπνισμα
- Καταστολή ανοσολογικού συστήματος
- Συνύπαρξη άλλων λοιμώξεων (ιός του έρπητα, χλαμύδια, κοινά βακτήρια)
- Αντισυλληπτικά δισκία
- Κακή διατροφή

Πηγή: Στρατηγός Ι.,2004



Εικόνα 18. Προκαρκινικές αλλοιώσεις στην περιπρωκτική χώρα. Αφορούν συνήθως HIV – θετικούς ομοφυλόφιλους.

Πηγή: Στρατηγός Ι.,2004

**Εικόνα 19. Υπερκερατωσικές αλλοιώσεις στο αιδοίο, σε έδαφος κονδυλωμάτων. Βιοψία δείχνει διηθητικό καρκίνο. Εμφάνιση σε γυναίκες >50 χρόνων, καπνίστριες.
Πηγή: Στρατηγός Ι.,2004**



Βασικές αρχές αντιμετώπισης μόλυνσης από HPV.

Τι πρέπει να γνωρίζει ο ασθενής

- Ο HPV είναι πολύ συχνός, οι περισσότεροι σεξουαλικά ενεργοί άνθρωποι θα μολυνθούν σε κάποια στιγμή της ζωής τους.
- Ο ιός μπορεί να υπάρχει στον οργανισμό για χρόνια πριν εμφανίσει συμπτώματα ή διαγνωστεί. Αυτό σημαίνει ότι είναι αδύνατον να εντοπιστεί από πού κόλλησε κάποιος.
- Η επιμόλυνση είναι δυνατή και μπορεί να αφορά άλλους τύπους του ίδιου ιού.
- Όλες οι γυναίκες θα πρέπει να κάνουν συστηματικά τεστ Παπανικολάου.

(Στρατηγός Ι.,2004)

3.7. ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Θεραπεία οξυτενών κονδυλωμάτων.

1. **Φαρμακευτικές μέθοδοι** (ποδοφυλλίνη, τριχλωροοξικό οξύ)
2. **Μηχανικές μέθοδοι θεραπείας.** Αυτές περιλαμβάνουν την
 - Καταστροφή των κονδυλωμάτων με κρυοπηξία, διαθερμία και laser
 - Εκτομή κονδυλωμάτων με λαβίδα βιοψίας, leep, νυστέρι**Θεραπεία αλλοιώσεων στον τράχηλο της μήτρας.**

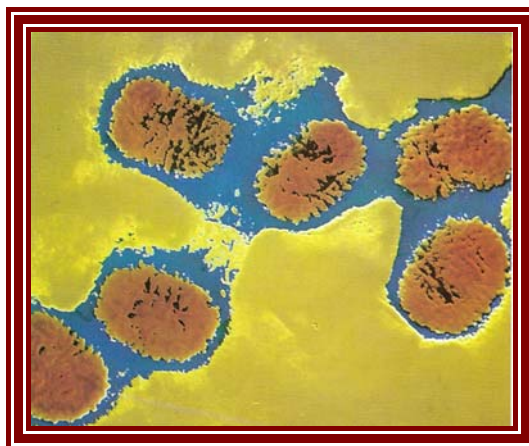
1. **Μέθοδοι θεραπείας στον τράχηλο με**

- **Αφαίρεση της ζώνης μετάπλασης** (κωνοειδής με νυστέρι, κωνοειδής με CO2 laser και εκτοπή της ζώνης μετάπλασης με υψίσυχο ρεύμα)
- **Καταστροφή της ζώνης μετάπλασης** (κρυοπηξία και εξάχνωση με laser). (Στρατηγός I.,2004)

ΜΟΛΥΣΜΑΤΙΚΗ ΤΕΡΜΙΝΘΟΣ

- **Εισαγωγή**
- **Μετάδοση**
- **Επιδημιολογία**
- **Κλινική εικόνα**
- **Επιπλοκές**
- **Διαφορική διάγνωση**
- **Θεραπεία**
- **Πρόληψη**

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο ΜΟΛΥΣΜΑΤΙΚΗ ΤΕΡΜΙΝΘΟΣ



**Εικόνα. Ο ιός της μολυσματικού τερμίνθου, όπως φαίνεται στο ηλεκτρονικό μικροσκόπιο.
Πηγή: Χρυσή Υγεία.,2002**

Η μολυσματική τέρμινθος είναι μια επιπολής μολυσματική δερματοπάθεια που οφείλεται σε ένα ειδικό στέλεχος της ομάδας των ιών της ευλογιάς (Pox virus group). Ο ιός έχει μέγεθος 100-300 nm και βρίσκεται στην επιδερμίδα με μορφή μικρών σωματιδίων. Είναι δερματρόπος ιός. **Η μολυσματική τέρμινθος εμφανίζεται και στους ενήλικες και στα παιδιά κυρίως ηλικίας μέχρι 5 ετών. Μεταδίδεται κατά κύριο λόγο με τη σεξουαλική επαφή.** Είναι πολύ συχνή και υποτροπές με πολλές υποτροπές σε ασθενείς με AIDS, λόγω της ανοσοκαταστολής. Συχνά συνυπάρχει με άλλα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. (Στρατηγός Ι.,2004)

Συνώνυμα του : « Molluscum Contagiosum » είναι : « Condyloma porcelanneum » και « Epitheloma contagiosum »

4.1. ΜΕΤΑΔΟΣΗ

Η μόλυνση προκαλείται από άμεση επαφή με τις βλάβες ή τις εκκρίσεις τους. Η μετάδοση από το ένα άτομο στο άλλο πραγματοποιείται κυρίως με τη σεξουαλική επαφή, αφού οι βλάβες εντοπίζονται συνήθως στα γεννητικά όργανα. **Επιπλέον είναι δυνατή και η αυτομόλυνση.** Αυτό γίνεται όταν το άτομο μεταδίδει τη λοίμωξη από μια δερματική περιοχή σε άλλη με το άγγιγμα ή την τριβή. (Χρυσή Υγεία.,2002)

4.2.ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Η μολυσματική τέρμινθος ταξινομήθηκε με τα άλλα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα προς το τέλος του 19 αιώνα. Συσχέτιση έχει διαπιστωθεί με τη γονοκοκκική λοίμωξη. Ένα περιστατικό μολυσματικής τέρμινθου αντιστοιχεί σε 42 περιπτώσεις βλεννόρροιας. (Χρυσή Υγεία.,2002)

Συχνότητα ατόμων που προσβάλλονται από μολυσματική τέρμινθο

- Παλαιστών
- Μασέζ
- Χρηστών δημοσίων λουτρών και
- Χρηστών δεξαμενών κολύμβησης

(Στρατηγός Ι.,2004)

Η μολυσματική τέρμινθος σε παιδιά εμφανίζεται σε συχνότητα **10.000** παιδιά σε **100.000** περιστατικά με αιχμή ένα **25% μεταξύ παιδιών πέντε ετών περίπου** . (Χρυσή Υγεία.,2002)

4.3. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Το εξάνθημα εμφανίζεται με τη μορφή μικρών οζιδίων και εντοπίζεται κυρίως:

Εντοπισμός βλατίδων ή οζιδίων

- Στο πρόσωπο
- Στο λαιμό
- Στα γεννητικά όργανα
- Στις μασχάλες
- Στην κοιλιακή χώρα
- Στην περιπρωκτική περιοχή και
- Στα γεννητικά όργανα.

Τα οζίδια άλλοτε συρρέουν και άλλοτε είναι διάσπαρτα. Πολλές φορές σχηματίζουν μεγαλύτερα ογκίδια τα οποία επιμολύνονται συχνά με αποτέλεσμα να αφήνουν μικρές ουλές. (Στρατηγός Ι.,2004)

Χαρακτηριστικά βλατίδων

- A.** Έχουν στρογγυλεμένες γυαλιστερές διογκώσεις στο χρώμα του δέρματος
- B.** Έχουν διάμετρο μεταξύ 2 με 10 χιλιοστά
- Γ.** Δεν διαθέτουν έναν κεντρικό πόρο
- Δ.** Αν ασκηθεί πίεση στον κεντρικό πόρο αυτός εκχύει : Ημιστερεή λευκή έκκριση που μοιάζει με πηχτό γάλα.
- Ε.** Δεν προκαλεί κνησμό
- ΣΤ.** Δεν προκαλεί πόνο

(Χρυσή Υγεία.,2002)

Εικόνα. Μολυσματική τέρμινθος.
Μεμονωμένες βλατίδες.
Πηγή: Στρατηγός Ι.,2004



Η γιγαντιαία μορφή μολυσματικής Τερμίνθου παρατηρείται σε περιπτώσεις:

- 1.** AIDS
 - 2.** Ιστοπλάσμωσης
 - 3.** Κοκκιοϊδομύκωσης
 - 4.** Εκτεταμένης συστηματικής μυκητιάσεως κ.α.
- (Στρατηγός Ι.,2004)

4.4. ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Συνήθως δεν παρουσιάζονται επιπλοκές. Για λόγους άγνωστους κάποιες φορές δημιουργείται μια ζώνη που παρουσιάζει κοκκίνισμα και αποφολίδωση γύρω από τις βλατίδες. Όταν οι βλατίδες βρίσκονται στα βλέφαρα μπορούν να προκαλέσουν φλεγμονή του επιπεφυκότα ή του

κερατοειδούς. Παρόλα αυτά οι βλάβες υποχωρούν χωρίς επακόλουθα.
(Στρατηγός Ι.,2002)

4.5. ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. Διαφορική διάγνωση Μολυσματικής Τερμίνθου.

- Νεανικές μυρμηκίες
- Κοινές μυρμηκίες
- Κονδυλώματα (επίπεδα)
- Βλάβες δευτερογόνου Συφυλίδος
- Συριγγώματα
- Κέγχρια
- Μικρά κηλοειδή
- Βασιλοκυτταρικό μικροοζώδες επιθηλίωμα
- Ομαλός λειχήνας Πυογόνο κοκκίωμα (μικρό)
- Δερματοΐνωμα
- Ξανθοενδοθηλίωμα

Πίνακας 1. Διαφορική διάγνωση
Μολυσματικής Τερμίνθου .

Πηγή: Στρατηγός Πίνακας 1. Ι.,2004

4.6. ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Κατά τη διάρκεια του κύκλου εξέλιξης κάθε βλατίδας, αφού περάσουν 2-4 μήνες, όπου τα υγιή επιδερμικά κύτταρα αντικαθιστούν τα μολυσμένα είναι σύνηθες να προκαλούνται αυτομολύνσεις παρακείμενων ή απομακρυσμένων περιοχών. *Αν δεν γίνει η κατάλληλη θεραπεία, η διαταραχή παρατείνεται επ'αόριστον και εκδηλώνεται με τη διαδοχική εμφάνιση και εξαφάνιση βλατίδων σε διάφορα μέρη της επιφάνειας του σώματος.*
(Χρυσή Υγεία.,2002)

ΠΙΝΑΚΑΣ 2. Θεραπευτική αγωγή Μολυσμ. Τερμίνθου.

- Διαθερμopηξία με ή χωρίς τοπική αναισθησία
- Κρυοθεραπεία με υγρό άζωτο
- Χρώση Laser
- Σύνθλιψη των βλαβών (προτιμητέα μέθοδος)
- Τοπική χρήση ερεθιστικών ή καυστικών ουσιών (π.χ. τριχλωροξικό οξύ, ποδοφυλλίνη, τρετινοΐνη κ.λπ.)

Πίνακας 2. Θεραπευτική αγωγή Μολυσματικής Τερμίνθου.
Πηγή: Στρατηγός Ι.,2004

4.7. ΠΡΟΛΗΨΗ

Τα μέτρα πρόληψης που πρέπει να τονίζονται πριν την θεραπευτική αγωγή είναι:

- Προσεκτικός έλεγχος μικρών αδερφών ή ερωτικών συντρόφων ώστε να εξουδετερωθεί εγκαίρως τυχόν μόλυνση.
- Αποφυγή επαφής μεταξύ ερωτικών συντρόφων.
- Σκούπισμα του προσώπου (ταμποναριστά) ώστε να αποφεύγεται η διασπορά στο ίδιο άτομο.

Η εφαρμογή των προληπτικών μέτρων χρειάζεται για μεγάλο χρονικό διάστημα διότι η περίοδος επώασης είναι μεγάλη (40-60) ημέρες. (Στρατηγός Ι.,2004)

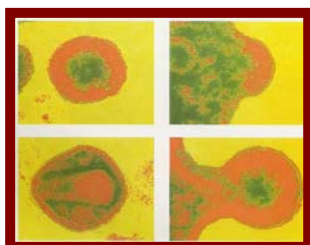
HIV ΛΟΙΜΩΞΗ

- **ΕΙΣΑΓΩΓΗ**
- **ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ**
- **ΜΕΤΑΔΟΣΗ**
- **ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ**
- **ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ**
- **ΘΕΡΑΠΕΙΑ**
- **ΠΡΟΛΗΨΗ**

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5° ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΠΙΚΤΗΤΗΣ ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ (HIV)



Το AIDS είναι μία λοιμώδης ασθένεια η οποία προκαλείται από τον ιό της επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας (HIV), λοιμογόνου παράγοντα του οποίου, μέχρι σήμερα έχουν ανιχνευθεί δύο τύποι: ο HIV – 1 που είναι πρακτικά διαδεδομένος σε όλο τον κόσμο και ο HIV – 2, που εμφανίζεται σε κάποιες περιοχές της Αφρικής.



Εικόνα . Αλληλουχία των φάσεων της εξόδου ενός ιικού σωματιδίου του ιού HIV από ένα λεμφοκύτταρο, με τη βοήθεια ενός ηλεκτρονικού μικροσκοπίου.

Πηγή : Χρυσή υγεία.,2002

Το φυσικό περιβάλλον του ιού είναι στον οργανισμό των ανθρώπων που έχουν προσβληθεί από αυτόν. **Η λοίμωξη από τον HIV έχει μεγάλη περίοδο επώασης κατά την οποία παρατηρείται σταδιακή καταστροφή των λεμφοκυττάρων του περιφερικού αίματος και ανικανότητα του ασθενή να αντιμετωπίσει άλλες λοιμώξεις.** Η εξάπλωση του ιού είναι ραγδαία παγκοσμίως και υπάρχουν δυσκολίες στην αντιμετώπισή του , λόγω των συνεχών αλλαγών και της ανθεκτικότητας του στα φάρμακα. **Υπολογίζεται ότι 4 εκατομμύρια ανθρώπων μολύνονται ετησίως και ότι σήμερα υπάρχουν περίπου 40 εκατομμύρια προσβεβλημένων ατόμων από τον ιό σε παγκόσμια κλίμακα. Οι λοιμώξεις που προσβάλλουν τους ασθενείς με μειωμένη άμυνα του οργανισμού καλούνται ευκαιριακές.** Ο λόγος της ονομασίας τους οφείλεται στην δυνατότητα που

έχουν οι μικροοργανισμοί να βρίσκουν την ευκαιρία να εισβάλουν και να μολύνουν τον οργανισμό όταν η άμυνα είναι μειωμένη ή ανεπαρκής. Ο ιός αυξάνει επίσης τον κίνδυνο προσβολής από καρκίνο και εγκεφαλικές παθήσεις.

Στα πρώτα στάδια της μόλυνσης από τον HIV ένα μεγάλο ποσοστό ατόμων μπορεί να μην εμφανίσουν συμπτώματα, ενώ σε ένα ποσοστό της τάξης του 50% έως 60% τις πρώτες εβδομάδες από τη μόλυνση με τον HIV μπορεί να προκληθεί ένα σύνδρομο, ανάλογο με αυτό της γρίπης. Τα συμπτώματα που προκαλεί ο ιός HIV είναι γνωστά με την ονομασία AIDS. Θεραπεία που να προσφέρει ίαση από το AIDS δεν υπάρχει, παρόλα αυτά παρατηρείται μείωση του συνολικού αριθμού των ασθενών που αποβιώνουν από τη νόσο. (Χρυσή Υγεία.,2002, Στρατηγός Ι.,2004, www.medook.net/19/3/08)

5.1. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

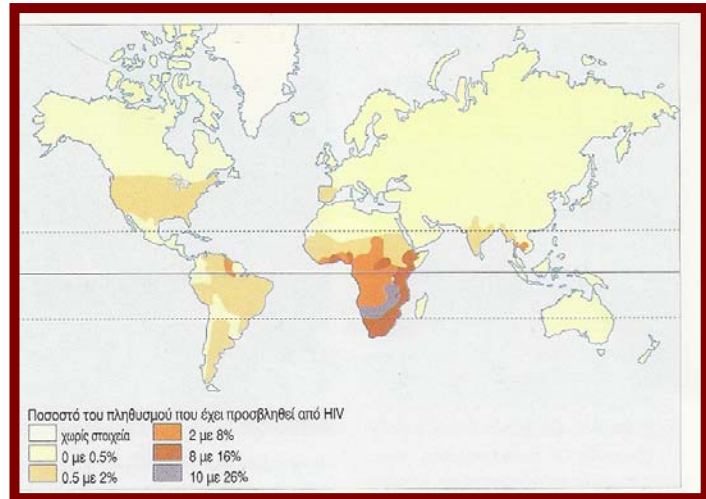
Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας περίπου 40.000.000 άνθρωποι σε ολόκληρο τον κόσμο έχουν μολυνθεί από τον HIV. *Από αυτόν τον αριθμό κρουσμάτων το 1,4 εκατομμύρια είναι παιδιά ηλικίας κάτω των 15 ετών. Η λοίμωξη είναι συχνότερη στους άνδρες απ'ότι στις γυναίκες εκτός από τις χώρες τις Αφρικής και το 90% των ασθενών δεν γνωρίζουν για την κατάσταση της υγείας τους. Η λοίμωξη εμφανίζεται σε όλες τις χώρες, τις φυλές, τις ηλικίες και τις κοινωνικοοικονομικές ομάδες. (Στρατηγός Ι.,2004, Σταυριανέας Ν.Γ., Παπαρίζος Β.Α.,2003)*

Παγκόσμια επιδημιολογικά στοιχεία.

Η κύρια οδός μετάδοσης είναι η σεξουαλική επαφή, σε ποσοστό 85% περίπου. Στην Ανατολική Ευρώπη και την Κεντρική Ασία υπάρχει αύξηση στους ενήλικες άνδρες. Αυτό οφείλεται κυρίως στην αύξηση των χρηστών ενδοφλέβιων ναρκωτικών και της κοινωνικής και οικονομικής αποσταθεροποίησης. Στην Λατινική Αμερική υπάρχει αύξηση της HIV λοίμωξης στους χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών ουσιών και αύξηση των κρουσμάτων στον γυναικείο πληθυσμό. Η μετάδοση του ιού στις γυναίκες της Λατινικής Αμερικής γίνεται από άνδρες αμφιφυλόφιλους κατά τη διάρκεια ετεροφυλοφιλικής συνουσίας. Στις ΗΠΑ περίπου 40.000 νέες λοιμώξεις συμβαίνουν κάθε χρόνο. Από τα άτομα αυτά το 50 – 70% εμφανίζουν σημαντικά συμπτώματα, παρόλα αυτά στις ανεπτυγμένες χώρες της Δυτικής Ευρώπης και της Βόρειας Αμερικής ο αριθμός των νέων κρουσμάτων τα τελευταία χρόνια παραμένει σταθερός. Η λοίμωξη από την εμφάνιση της επιδημίας αφορούσε κατά κύριο λόγο άνδρες ομοφυλόφιλους και τους χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών, μαζί με τις συντρόφους τους. Από το 1993 και μετά το ποσοστό των γυναικών που μολύνονται από HIV έχει αυξηθεί

σημαντικά. (Στρατηγός Ι.,2004, Σταυριανέας Β.Α., Παπαρίζος Β.Α.,2003, Καπετανάκη Ι.,1971, Σαρόγλου Γ.,2002)

Εικόνα . Ποσοστό του ενήλικου πληθυσμού που έχει μολυνθεί από HIV σε παγκόσμια κλίμακα. Πηγή: Χρυσή Υγεία.,2002



Σχεδόν όλες οι περιπτώσεις στις ΗΠΑ και στη Δυτική Ευρώπη οφείλονται στον HIV – 1. Μερικές περιπτώσεις μόνο στη Δυτική Αφρική προκαλούνται από τον HIV – 2. Τόσο ο HIV – 1 όσο και ο HIV – 2 μπορεί να προκαλέσουν οξύ ρετροϊκό σύνδρομο (ΟΡΣ), όμως τα κλινικά ευρήματα της λοίμωξης από HIV- 2 είναι συνήθως λιγότερο βαριά. (Στρατηγός Ι.,2004, Σταυριανέας Β.Α., Παπαρίζος Β.Α.,2003, Καπετανάκη Ι.,1971, Σαρόγλου Γ.,2002)

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. Η επιδημία της HIV λοίμωξης παγκοσμίως (Δεκέμβριος 2000).

		Αριθμός (εκατομ- μύρια)
Ζώντες με HIV/ AIDS λοίμωξη (47%)	Σύνολο	36,1
	Ενήλικες	34,7 (96%)
	Γυναίκες	16,4
Νέες λοιμώξεις το 2000	Παιδιά <15 ετών	1,4 (4%)
	Σύνολο	5,3
	Ενήλικες	4,7 (89%)
	Γυναίκες	2,2 (47%)
Θάνατοι από AIDS το 2000	Παιδιά <15 ετών	0,6 (11%)
	Σύνολο	3,0
	Ενήλικες	2,5 (83%)
	Γυναίκες	1,3 (52%)
Συνολικός αριθμός θανάτων από την αρχή της επιδημίας	Παιδιά <15 ετών	0,5 (17%)
	Σύνολο	21,8
	Ενήλικες	17,5 (80%)
	Γυναίκες	9,0 (51%)
	Παιδιά <15 ετών	4,3 (20%)

Πίνακας 1.
Επιδημία της HIV
λοίμωξης παγκοσμίως.
(Δεκέμβριος 2000)
Πηγή: Στρατηγός Ι.,2004

**Πίνακας 2.
Γεωγραφική
κατανομή
της HIV
λοιμώξης
(Δεκέμβριος
2000)
Πηγή :
Στρατηγός
I.,2004**

ΠΙΝΑΚΑΣ 2. Γεωγραφική κατανομή της HIV λοίμωξης (Δεκέμβριος 2000).

Περιοχή	Αρχή της Επιδημίας	Ζώντες με HIV/AIDS	Νέες λοιμώξεις (2000)	Επιπολα- σμός εν- λίκων (15- 49 ετών)*	Ποσοστό γυναικών με HIV/AIDS	Κύριος τρόπος μετάδοσης ενήλικων
Υπό τη Σαχάρα Αφρική	Τέλη 70- Αρχές 80	25.300.000	3.800.000	8,8%	55%	Ετεροφυ- λοφιλική
Βόρειος Αφρική και Μέση Ανατολή	Τέλη 80	400.000	80.000	0,2%	40%	Ετεροφυλοφιλική, EXN **
Νότιος και NA Ασία	Τέλη 80	5.800.000	780.000	0,56%	35%	Ετεροφυλοφιλική, EXN
Ανατολική Ασία και Ειρηνικός Λατινική Αμερική	Τέλη 80	640.000	130.000	0,07%	13%	EXN, Ετεροφυλοφιλική, Ομοφυλοφιλική
Τέλη 70- Αρχές 80	1.400.000	150.000	0,5%	25%	Ομοφυλοφι- λική, EXN, Ετεροφυλοφιλική	
Καραϊβική	Τέλη 70- Αρχές 80	390.000	60.000	2,3%	35%	Ετεροφυλοφιλική, Ομοφυλοφιλική
Ανατολική Ευρώπη και Κεντρική Ασία	Αρχές 90	700.000	250.000	0,35%	25%	EXN
Δυτική Ευρώπη	Τέλη 70- Αρχές 80	540.000	30.000	0,24%	25%	Ομοφυλοφιλική, EXN
Βόρειος Αμερική	Τέλη 70- Αρχές 80	920.000	45.000	0,6%	20%	Ομοφυλοφιλική, EXN, Ετεροφυλοφιλική
Αυστραλία και Νέα Ζηλανδία	Τέλη 70- Αρχές 80	15.000	500	0,13%	10%	Ομοφυλοφιλική
ΣΥΝΟΛΟ		36.100.000	5.300.000	1,1%	47%	

Επιδημιολογικά στοιχεία στην Ελλάδα.

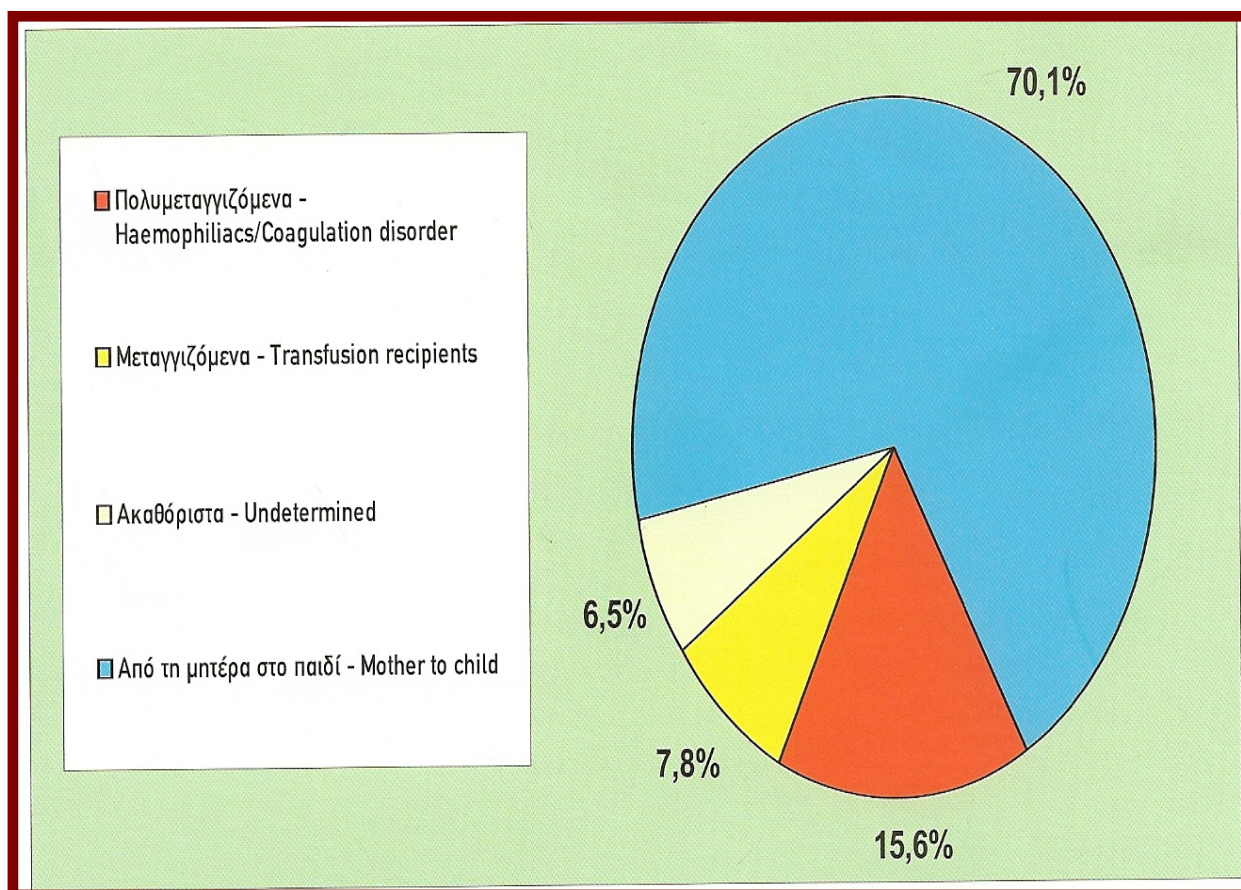
Στην Ελλάδα από την αρχή της επιδημίας μέχρι το τέλος του 2000 ο αριθμός των κρουσμάτων των AIDS που δηλώθηκαν ήταν 2.163 από τα οποία τα 2.131 είναι έφηβοι/ ενήλικες και 32 παιδιά. **Από τους ενήλικες το 86,9% είναι άνδρες και το 13,1% είναι γυναίκες. Στην Ελλάδα το ποσοστό ασθενών εφήβων από AIDS είναι 1,6% που σημαίνει τέσσερις φορές μεγαλύτερο από τις ΗΠΑ.** (Στρατηγός I.,2004, Νικόπουλος Θ.Π., Γκαμάτση Ε.Ε.,1994)

Ομάδα	Αγόρια N	(%)	Κορίτσια N	(%)	Σύνολο N	(%)
0-11 μηνών	2	10,5	1	7,7	3	9,4
1-4 ετών	8	42,1	9	69,2	17	53,1
5-9 ετών	2	10,5	3	23,1	5	15,6
10-12 ετών	7	36,8	0	0,0	7	21,9
Σύνολο	19	100,0	13	100,0	32	100,0

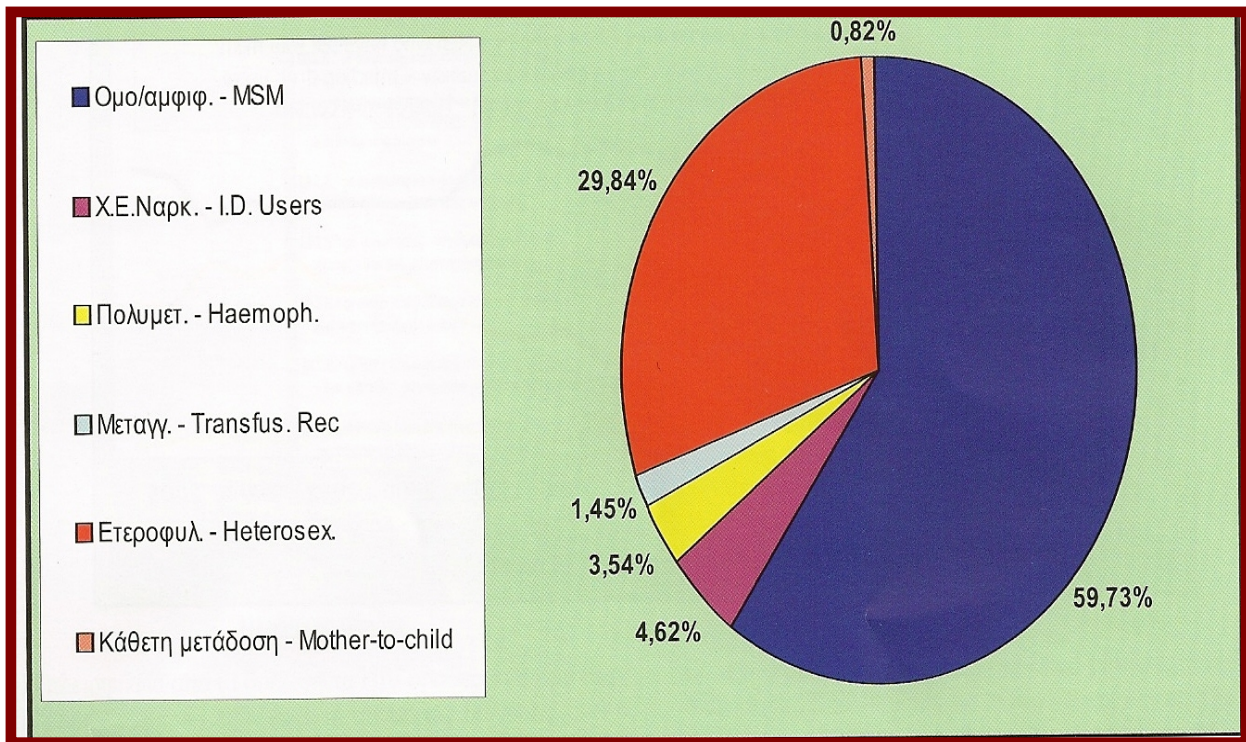
**Πίνακας 4. Δηλωθέντα
κρούσματα παιδιών με AIDS τη
στιγμή της
διάγνωσης κατά ηλικιακή ομάδα
και κατά φύλο στην Ελλάδα
μέχρι τις 31/12/07
Πηγή : Στρατηγός I.,2004**

Πίνακας 5. Δηλωθέντα κρούσματα εφήβων/ανηλίκων με AIDS κατά ηλικιακή στην Ελλάδα μέχρι τις 31/12/07 ομάδα και φύλο
 Πηγή : Στρατηγός Ι.,2004

Ομάδα (έτη)	Ανδρες		Γυναίκες		Σύνολο	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
13-14	5	0,3	0	0,0	5	0,2
15-19	18	1,0	8	2,9	26	1,2
20-24	59	3,2	16	5,7	75	3,5
25-29	233	12,6	53	18,9	286	13,4
30-34	382	20,6	59	21,1	441	20,7
35-39	341	18,4	45	16,1	386	18,1
40-49	434	23,4	32	11,4	466	21,9
50-59	201	10,9	26	9,3	227	10,7
60+	152	8,2	33	11,8	185	8,7
Άγνωστη	26	1,4	8	2,9	34	1,6
Σύνολο	1851	100,0	280	100,0	2131	100,0

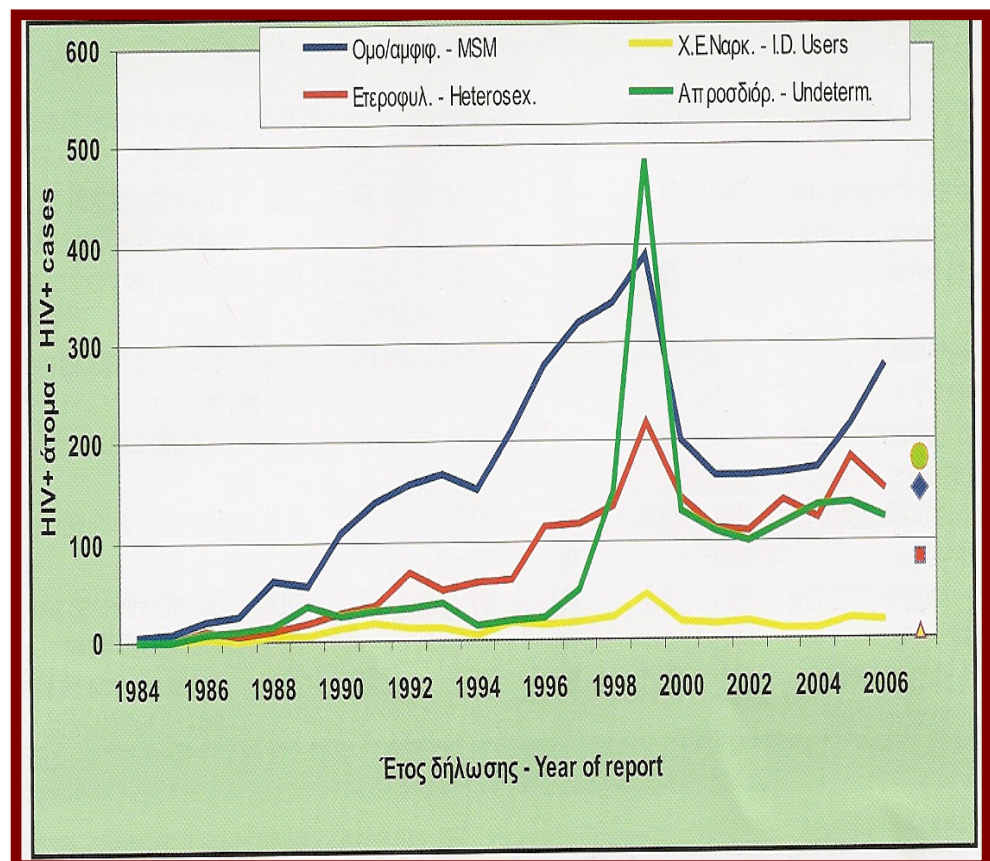


Σχήμα 8. Συνολικά δηλωθέντα HIV οροθετικά παιδιά κατά κατηγορία μετάδοσης στην Ελλάδα μέχρι τις 31/10/07
 Πηγή : Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης.



Σχήμα 3. Συνολικά δηλωθέντα HIV οροθετικά άτομα κατά κατηγορία μετάδοσης στην Ελλάδα μέχρι τις 31/10/07
 Πηγή : ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.,2007

Σχήμα 4. Συνολικά δηλωθέντα HIV οροθετικά άτομα κατά κατηγορία μετάδοσης στην Ελλάδα.
 Πηγή : ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ., 2007



Οι χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών ανήκει σε ομάδα υψηλού κινδύνου, διασποράς του HIV. Από έρευνες που έχουν γίνει αυτό συμβαίνει γιατί ένα μεγάλο ποσοστό ΧΕΝ με HIV μεταδίδουν τον ιό στους ερωτικούς τους συντρόφους οι οποίοι στο μεγαλύτερο ποσοστό δεν είναι τοξικομανείς. Επιπλέον πολλοί ΧΕΝ στρέφονται προς την πορνεία για να εξασφαλίσουν τη δόση τους, με αποτέλεσμα να μεταδίδουν τον ιό στους πελάτες τους. Από αυτά προκύπτει ότι στην Ελλάδα οι ΧΕΝ δεν παίρνουν σε μεγάλο ποσοστό μέτρα προφύλαξης με αποτέλεσμα να είναι διαρκώς εκτεθειμένοι στον HIV, καθώς και σε άλλα ΣΜΝ. Τέλος οι μόνιμες ή περιστασιακές σχέσεις με ΧΕΝ αποτελεί παράγοντα κινδύνου μετάδοσης του HIV στο γενικό πληθυσμό. (Δαρδαβέσης Θ., Δελίδου Κ., Παπαευαγγέλου Γ., Κατσουγιαννόπουλος Β.,1995)

ΚΟΛΠΙΚΕΣ Ή ΠΡΩΚΤΙΚΕΣ ΕΠΑΦΕΣ ΜΕ ΣΤΑΘΕΡΟΥΣ ΕΤΕΡΟΦΥΛΟΦΙΛΙΚΟΥΣ ΣΥΝΤΡΟΦΟΥΣ												
ΦΥΛΟ	1 σύντρ.		2 σύντρ.		3 σύντρ.		4 σύντρ.		5 και >		ΣΥΝΟΛΟ	
	Αριθ.	%	Αριθ.	%	Αριθ.	%	Αριθ.	%	Αριθ.	%	Αριθ.	%
ΑΝΔΡΕΣ	54	57,4	26	27,7	9	9,6	4	4,3	1	1,1	94	80,3
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	5	21,7	6	26,1	7	30,4	3	13,0	2	8,7	23	19,7
ΣΥΝΟΛΟ	59	50,4	32	27,4	16	13,7	7	6,0	3	2,6	117	100,0

Πίνακας 3. Κολπικές ή πρωκτικές επαφές με ευκαιριακούς ετεροφυλοφιλικούς συντρόφους κατά φύλο και αριθμό συντρόφων. Πηγή : Δαρδαβέσης Θ., Δελίδου Θ., Παπαευαγγέλου κ.α.,1995

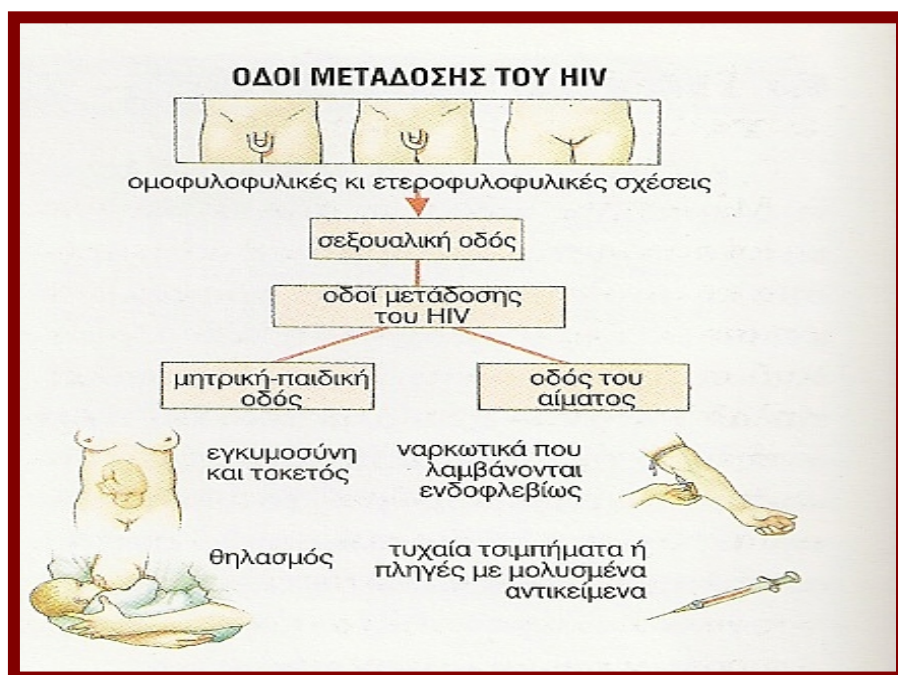
ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΙ ΣΥΝΤΡΟΦΟΙ ΧΡΗΣΤΕΣ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ										
ΜΟΡΦΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΣΧΕΣΗΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΣΥΝΤΡΟΦΩΝ									
	Κανένας		1 σύντρ.		2 σύντρ.		3 σύντρ.		ΣΥΝΟΛΟ	
	Αριθ.	%	Αριθ.	%	Αριθ.	%	Αριθ.	%	Αριθ.	%
Σταθεροί ετεροφυλοφιλικοί	92	57,1	68	42,2	1	0,7	0	0,0	161	100,0
Σταθεροί ίδιου φύλου	1	20,0	4	80,0	0	0,0	0	0,0	5	100,0
Ευκαιριακοί ετεροφυλοφιλικοί	45	38,5	63	53,8	8	6,8	1	0,9	117	100,0
Ευκαιριακοί ίδιου φύλου	34	73,9	10	21,7	2	4,4	0	0,0	46	100,0

Πίνακας 4. Αριθμός σεξουαλικών συντρόφων που είναι χρήστες ενδοφλεβίων ναρκωτικών κατά μορφή σεξουαλικής σχέσης.
Πηγή : Δαρδαβέσης Θ., Δελίδου Θ., Παπαευαγγέλου κ.α.,1995

5.2. ΜΕΤΑΔΟΣΗ

Η μόλυνση με τον ιό του AIDS γίνεται με τους εξής τρόπους:

Εικόνα . Οδοί μετάδοσης του HIV.
Πηγή : Χρυσή Υγεία.,2002



1. Σεξουαλική έκθεση
2. Χρήση ενδοφλέβιων ναρκωτικών
3. Αίμα η παράγωγα αίματος
4. Τατουάζ και τρυπήματα αυτιών με μολυσμένες βελόνες
5. Μεταμοσχευθέντες
6. Σπέρμα
7. Εργαζόμενοι σε υπηρεσίες υγείας
8. Περιγεννητική μετάδοση

Κατά τη σεξουαλική επαφή, δια μέσου των υγρών του σώματος (σπέρμα, κολπικές εκκρίσεις και αίμα). **Οι κολπικές εκκρίσεις και το αίμα εμμήνου ρύσεως είναι δυννητικά μολυσματικά και η έκθεση των βλεννογόνων της στοματικής και κολπικής κοιλότητας σε αυτά τα υγρά έχει το δυναμικό να οδηγήσει σε λοίμωξη HIV.** Πρόσφατες έρευνες έχουν δείξει ότι η μετάδοση του ιού HIV δια μέσου της επαφής του στόματος με τα γεννητικά όργανα, αυξάνεται. **Η ετεροφυλοφιλική και ομοφυλοφιλική σεξουαλική επαφή είναι ο κυρίαρχος τρόπος μετάδοσης της νόσου παγκοσμίως. Σεξουαλική επαφή (κολπική και πρωκτικό) χωρίς προφυλάξεις αποτελούν τον πιο αποτελεσματικό τρόπο μετάδοσης του HIV.** Η μετάδοση από άνδρα σε γυναίκα είναι 2 – 4 φορές πιο εύκολη, με δεδομένα την εκτεταμένη επιφάνεια του βλεννογόνου του κόλπου και την υψηλότερη συγκέντρωση του HIV στο σπέρμα απ’ ότι στα κολπικά υγρά. Έχει συμβεί μόλυνση κατά τη τεχνητή γονιμοποίηση από δότη μολυσμένο από τον HIV. **Παράγοντες που ευνοούν την ετεροφυλοφιλική μετάδοση είναι η ταυτόχρονη παρουσία άλλων ΣΜΝ, η πρόσφατη HIV λοίμωξη του συντρόφου και η χρήση ναρκωτικών ουσιών.** (www.medlook.net/190/3/08, www.c.d.c.gov/190/3/08, Στρατηγός Ι.,2004)

Από μολυσμένο αίμα που μπορεί να βρίσκεται σε βελόνες που χρησιμοποιούνται από κοινού, είτε από χρήστες ναρκωτικών ουσιών είτε από τυχαίο τρύπημα αυτιών ή άλλων σημείων. **Η μετάδοση του ιού με αυτόν τον τρόπο είναι πολύ συχνή και στις ανεπτυγμένες αλλά και στις αναπτυσσόμενες χώρες.** Πριν από το 1993, ήταν ο κύριος τρόπος μετάδοσης στο γυναικείο πληθυσμό της Ευρώπης και της ΗΠΑ. Στην Ευρώπη το 45% των πρόσφατων κρουσμάτων AIDS οφείλεται στη χρήση ενδοφλέβιων ναρκωτικών ουσιών, ιδιαίτερα στην Ιταλία, Ισπανία, Ελβετία κ.α (www.medlook.net/19/3/08, Στρατηγός Ι.,2004)

Σήμερα ευθύνεται για τα 2/3 των κρουσμάτων στις γυναίκες. Από μολυσμένο αίμα και άλλα παράγωγά του, τα οποία δίνονται για μετάγγιση. Μετάδοση με αυτό τον τρόπο γινόταν μετά το 1978, αλλά και πριν το 1985. Σήμερα το αίμα ελέγχεται για το αντιγόνο p24 και για αντι – HIV αντισώματα. **Ο κίνδυνος μετάδοσης της λοίμωξης μετά από μετάγγιση μολυσμένου (από τον HIV) αίματος είναι περίπου 90 – 100%.** Ο κίνδυνος όμως μεταδόσεως του HIV με αυτό τον τρόπο παραμένει υψηλός στις

αναπτυσσόμενες χώρες.. Πριν αρχίσει ο έλεγχος για τον HIV, ο ιός μεταδιδόταν κατά τη μεταμόσχευση συμπαγών οργάνων, μυελού των οστών ή κερατοειδούς. **Ο HIV μπορεί να μεταδοθεί αιματογενώς στο χώρο του νοσοκομείου ως επαγγελματικό ατύχημα.** Η μετάδοση γίνεται από εξ' ατυχήματος τραυματισμό. Επιπλέον ο HIV μεταδίδεται με εργαλεία μολυσμένα από αίμα κατά τη (νύσσον ή τέμνον τραύμα) διάρκεια ιατρικών ή νοσηλευτικών πράξεων. Ο κίνδυνος μετάδοσης του HIV μετά από νυγμό με μολυσμένη βελόνα είναι 0,3%. Γυναίκες που έχουν AIDS μπορούν να μεταδώσουν τον ιό στα παιδιά τους κατά την εγκυμοσύνη, κατά τον τοκετό ή ακόμα και με το θηλασμό. **Το μεγαλύτερο ποσοστό (~ 90%) των παιδιών με HIV λοίμωξη οφείλεται σε κάθετη μετάδοση από τη μητέρα. Η θεραπεία της μητέρας κατά τη διάρκεια της κύηση περιορίζει σημαντικά τον κίνδυνο για το έμβρυο.** (Στρατηγός Ι.,2004, www.medlook.net/13/9/08)

Ο ιός του AIDS δεν μπορεί να μεταδοθεί με τις ακόλουθες εκκρίσεις.

1. Με τη σίελο
2. Με τα δάκρυα και
3. Με τα ούρα.

Εικόνα. Δραστηριότητες που δεν περιέχουν κίνδυνο μετάδοσης του HIV.

Πηγή : Χρυσή Υγεία.,2002



Παράγοντες που επηρεάζουν τη φυσική πορεία της HIV λοίμωξης. (ταχύτερη εξέλιξη) :

- Τα βρέφη
- Οι ηλικιωμένοι
- Άτομα με ορισμένα γενετικά χαρακτηριστικά
- Παρουσία άλλων λοιμώξεων και
- Άτομα με υψηλά επίπεδα HIV – RNA, 1-2 μετά τη μόλυνση

Παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο για μόλυνση με HIV.

A Έλκη γεννητικών οργάνων (μαλακό έλκος, σύφιλη, έρπης γεννητικών οργάνων)

B. Φλεγμονή των γεννητικών οργάνων (άλλα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα).

Γ. Τα HIV- θετικά άτομα με υψηλότερο υϊκό φορτίο.

Δ. Παθητική πρωκτική συνουσία.

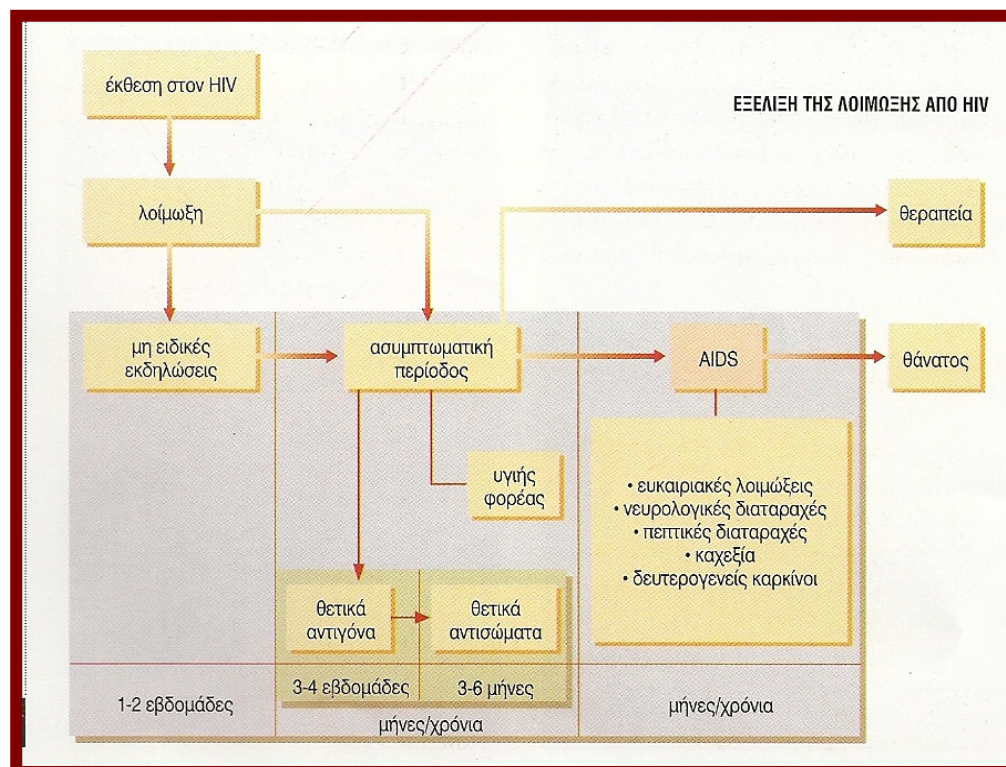
(Στρατηγός Ι.,2004, Καπετανάκη Ι.,1971, Σαρόγλου Γ.,2002)

5.3. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ – ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Η εξέλιξη της HIV – 1 λοίμωξης διακρίνεται σε τρία στάδια.

1. Στην πρωτολοίμωξη
2. Στην κλινικά ασυμπτωματική περίοδο και
3. Στο τελικό στάδιο της νόσου, AIDS.

Εικόνα.
Εξέλιξη της λοίμωξης από HIV.
Πηγή : Χρυσή Υγεία.,2002



Ο ρυθμός εξέλιξης της νόσου ποικίλει σε διαφορετικά άτομα και εξαρτάται από ιολογικούς παράγοντες, αλλά και από παράγοντες του ξενιστή. Καθημερινά μετά τη πρωτολοίμωξη καταστρέφονται και αναπαράγονται δισεκατομμύρια μολυσμένων CD4+ λεμφοκυττάρων. Παρά τις έντονες κυτταρικές και χημικές ανοσολογικές αντιδράσεις που αναπτύσσονται μετά την πρωτοπαθή λοίμωξη, ο ιός δεν απομακρύνεται πλήρως από το σώμα με ελάχιστες εξαιρέσεις). Αναπτύσσεται χρόνια λοίμωξη η οποία επιμένει, με ποικίλο ρυθμό πολλαπλασιασμού του ιού, κατά μέσο όρο επί 10 έτη, πριν το άτομο καταστεί κλινικά ασθενής. (Στρατηγός Ι.,2004, Καπετανάκη Ι.,1971, Σαρόγλου Γ.,2002).

Μηχανισμός παθογένειας κατά τη διάρκεια της λοίμωξης

<p>1. Η αδυναμία εκκρίωσης του ιού στην πρωτολοίμωξη.</p> <p>2. Ο διαρκής πολλαπλασιασμός του ιού σε όλη τη φάση της λοίμωξης.</p> <p>3. Η χρόνια ενεργοποίηση της άμυνας του οργανισμού, η οποία μπορεί να προκαλέσει εξάντληση της ανοσιακής απόκρισης.</p>	<p>4. Η καταστροφή του λεμφικού ιστού με αποτέλεσμα την αδυναμία του ανοσιακού συστήματος να αμυνθεί αποτελεσματικά έναντι του ιού και άλλων παθογόνων.</p> <p>5. Η χρόνια ανασταλτική δράση του HIV – 1 στη λειτουργία του θύμου αδένου.</p>
--	---

Πρωτολοίμωξη.

Στο στάδιο της πρωτολοίμωξης υπάρχουν συμπτώματα σαν αυτά της λοιμώδους μονοκυττάρωσης. Ταυτόχρονα ο ιός αρχίζει να πολλαπλασιάζεται σε μεγάλο βαθμό. Παρόλο που ο οργανισμός αντιστέκεται ο υκός πολλαπλασιασμός δεν μπορεί να περιοριστεί τελείως με αποτέλεσμα η νόσος να μεταπίπτει στην κλινικά ασυμπτωματική περίοδο.

Περίοδος επώασης: Τα συμπτώματα εμφανίζονται σε διάστημα

μίας ή περισσότερων εβδομάδων μετά τη μόλυνση και είναι τα ακόλουθα.

- Πονοκέφαλος
- Φλεγμονή του φάρυγγα
- Πυρετός και
- Αδιαθεσία., κούραση
- Αναγούλες και εμετοί
- Διάρροια
- Πρήξιμο των λεμφαδένων
- Πόνος στις αρθρώσεις και στους μυς
- Εξάνθημα

(www.medlook.gr/19/3/08)

Πίνακας 1.
Σημεία και
συμπτώμα
τα της
οξείας HIV
πρωτολοίμ
ωξης.
Πηγή :
Στρατηγός
I.,2004

- Πυρετός (96%)
- Λεμφαδενοπάθεια (74%)
- Φαρυγγίτιδα (70%)
- Εξάνθημα (70%)
- Ερυθηματώδεις-κηλιδοβλατιδώδεις εξάνθημα που εντοπίζεται στο πρόσωπο και τον κορμό και σπανιότερα στα άκρα, συμπεριλαμβανομένων των παλαμών και των πελμάτων
- Ελκώσεις δέρματος-βλεννογόνων (στοματική κοιλότητα, οισοφάγος ή γεννητικά όργανα)
- Μυαλγία ή αρθραλγία (54%)
- Διάρροια (32%)
- Κεφαλαλγία (32%)
- Ναυτία ή έμετος (27%)
- Ηπατοσπληνομεγαλία (14%)
- Απώλεια βάρους (13%)
- Καντιντίαση στόματος (12%)
- Νευρολογικά συμπτώματα (12%)
- Μηνιγγοεγκεφαλίτιδα ή άσηπτη μηνιγγίτιδα
- Περιφερική νευροπάθεια ή ριζοπάθεια
- Παράλυση του προσωπικού νεύρου
- Σύνδρομο Guillain-Barré
- Νευρίτιδα του βραχιονίου πλέγματος
- Έκπτωση νοητικών λειτουργιών ή ψύχωση

Οι ποιο βαριές εκδηλώσεις αφορούν το νευρικό και γαστρεντερικό σύστημα. Τα συμπτώματα αυτά υποχωρούν μέσα σε μία ή δύο εβδομάδες . Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων τα συμπτώματα αυτά δεν γίνονται αντιληπτά, παρόλα αυτά το 50-70 % των προσφάτως μολυνθέντων βιώνουν

πρωτοπαθή συμπτωματική λοίμωξη. Σε περιπτώσεις όπου δεν υπάρχει πυρετός (23%) η διάγνωση μπορεί να γίνει από τα άτυπα συμπτώματα και από το ιστορικό του ασθενούς (συμπεριφορά αυξημένου κινδύνου). (Στρατηγός Ι.,2004, Χρυσή Υγεία.,2002, Καπετανάκη Ι.,1971, Σαρόγλου Γ.,2002).

Δερματικές εκδηλώσεις.

Το δερματικό εξάνθημα εμφανίζεται (56%) συνήθως 2 ή 3 ημέρες μετά την έναρξη του πυρετού και διαρκεί 5 με 8 ημέρες.

Χαρακτηριστικά δερματικού εξανθήματος.

- 1. Γενικευμένο**
- 2. Συνήθως χωρίς κνησμό**
- 3. Ερυθματώδες**
- 4. Κηλιδώδες, ή φυσαλιδώδες.**

Επιπλέον εμφανίζονται επώδυνα έλκη στο στόμα (29%), στοματική καντιντίαση (17%), έλκη της γεννητικής περιοχής (7%) και σε ποσοστό 5% ουλίτιδα και πρωκτικά έλκη. (Στρατηγός Ι.,2004, Χρυσή Υγεία.,2002, Καπετανάκη Ι.,1971, Σαρόγλου Γ.,2002).



Εικόνα 6. Ελκονεκρωτική Ουλίτις.
Πηγή : Στρατηγός Ι., 2004



Εικόνα 10. Ερυθματώδης καντιντίαση στη ράχη της γλώσσας.
Πηγή : Στρατηγός Ι.,2004

Κλινικά ασυμπτωματική περίοδος.

Το στάδιο αυτό διαρκεί περίπου 10 χρόνια, μπορεί όμως να κρατήσει 5 χρόνια (ελάχιστες περιπτώσεις). Κλινικά συμπτώματα δεν υπάρχουν σε αυτό το στάδιο αλλά ο ιός πολλαπλασιάζεται και εντοπίζεται κυρίως στους

λεμφαδένες. Στην ασυμπτωματική περίοδο μπορεί να χαθεί ο έλεγχος της λοίμωξης , από καταστροφή του λεμφικού ιστού και συνεπώς εξασθένηση του ανοσοποιητικού συστήματος. Όλα αυτά οφείλονται στον συνεχή πολλαπλασιασμό του ιού.

Κλινική εικόνα. Οι εκδηλώσεις του AIDS εμφανίζονται όταν το Ανοσοποιητικό σύστημα είναι πολύ εξασθενημένο και είναι πολυσυστηματικές. **Μία από τις σημαντικότερες συνέπειες της εξασθένησης του αμυντικού συστήματος είναι οι ευκαιριακές λοιμώξεις.** (Στρατηγός .,2004, Χρυσή Υγεία.,2002)

Η πιθανότητα νόσησης από κάποιο παθογόνο μικροοργανισμό στους αρρώστους με AIDS εξαρτάται από:

- Το βαθμό της ανοσοανεπάρκειας
- Τη λοιμογόνο δύναμη του παθογόνου οργανισμού.
- Προηγούμενη ή συνυπάρχουσα λοίμωξη.
- Την οδό μετάδοσης του HIV και
- Παράγοντες που σχετίζονται με τον ξενιστή.
(Στρατηγός I.,2004)

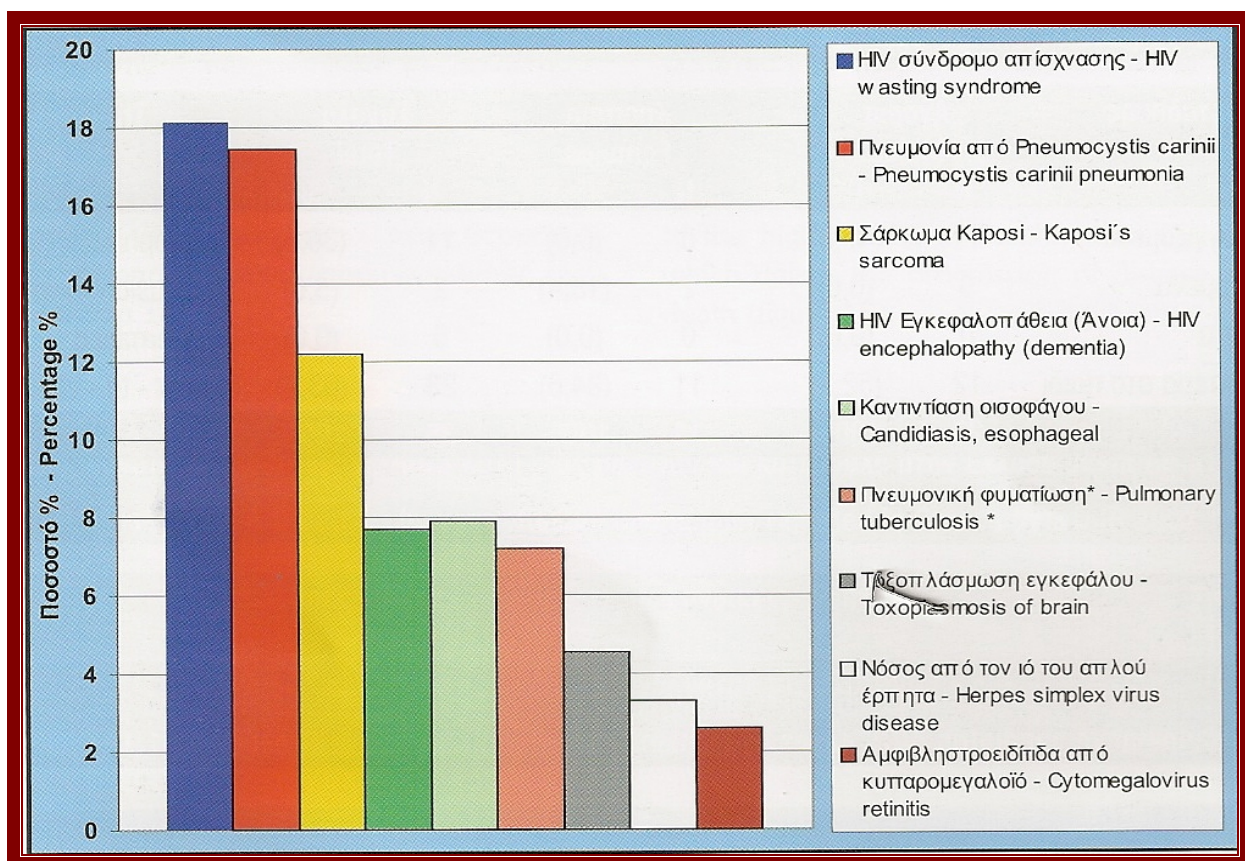
Συστήματα που προσβάλλονται
<ul style="list-style-type: none">• Αναπνευστικό• Νευρικό• Αιμοποιητικό (αναιμία, λευκοπενία)• Γαστρεντερικό (κοιλιακό άλγος, ναυτία, εμετοί ή διάρροια)• Καρδιαγγειακό (θρομβοφλεβίτιδες ή Βακτηριακή ενδοκαρδίτιδα)

(Στρατηγός I.,2004)

Οι πιο συνηθισμένες ευκαιριακές λοιμώξεις των ασθενών με AIDS είναι:

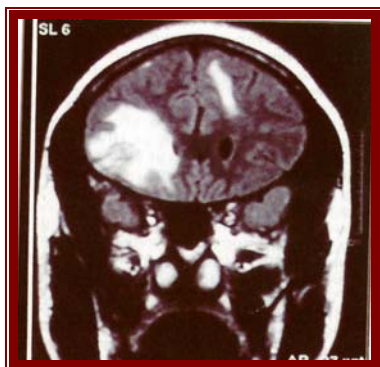
- Η τοξοπλάσμωση
- Η φυματίωση
- Η οισοφαγική καντιντίαση
- Διάφοροι τύποι εντερικών και δερματικών λοιμώξεων.
- Το σάρκωμα Kaposi
- Ιδιαίτεροι τύποι λεμφωμάτων
- Λοιμώξεις στον εγκέφαλο (ανθεκτικές)
- Λοιμώξεις στο έντερο
- Πνευμονοκύστωση .

(Χρυσή Υγεία.,2002)

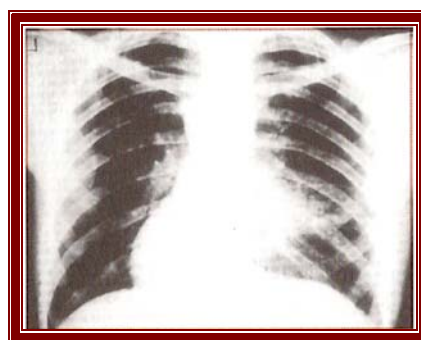


Σχήμα 16. Ενδεικτικές νόσοι AIDS (εκατοστιαία αναλογία) στους έφηβους/ενήλικες στην Ελλάδα μέχρι τις 31/10/07.

Πηγή : ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.,2007



**Εικόνα 1. Λέμφωμα
εγκεφάλου.**
Πηγή : Στρατηγός Ι.,2002



Εικόνα 3. φυματίωση
Πηγή: Στρατηγός Ι.,2002

**Εικόνα 2. Εγκεφαλική
τοξοπλάσμωση.
δεξιού μέσου λοβού.**
Πηγή : Στρατηγός Ι.,2002



Άτομα ευαίσθητα στη Πνευμονοκύστωση.

- Άτομα με συγγενής διαταραχές της κυτταρικής ή χημικής ανοσίας
- Πρόωρα νεογνά με κακή κατάσταση θρέψης
- Άρρωστοι με νεοπλασίες, μεταμοσχεύσεις ή πάσχοντας από άλλα νοσήματα (υπό ανοσοκατασταλτική θεραπεία)

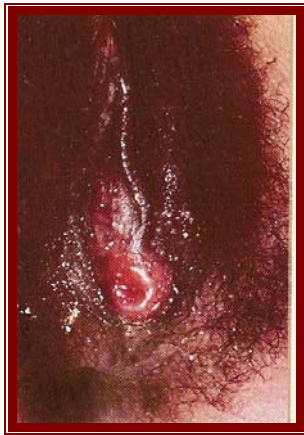
5.3.1. ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΣΕ HIV ΑΣΘΕΝΕΙΣ.

Οι δερματολογικές εκδηλώσεις είναι πολύ συχνές σε HIV ασθενείς. Εμφανίζονται σε ποσοστό 80 % των σθενών σε ασθενείς που βρίσκονται σε προχωρημένα στάδια της νόσου. Οι παθήσεις αυτές σπάνια οφείλονται σε ευκαιριακούς λοιμώδεις παράγοντες. Πρόκειται για κοινές φλεγμονώδεις δερματοπάθειες που εμφανίζουν κάποτε ιδιαίτερα κλινικά χαρακτηριστικά. (Στρατηγός Ι.,2002)

Οι δερματολογικές παθήσεις των HIV ατόμων περιλαμβάνουν :

- 1. Βακτηριακά νοσήματα (σύφιλη κ.α)**
- 2. Ιογενή νοσήματα (ομάδα ερπητοϊών, HPV, Ροχ ιός)**

3. Μυκητιάσεις (από δερματόφυτα, από ζυμομύκητα *Πιτυρόσπορο ovale*)
4. Παρασιτώσεις (φθειρίαση εφηβαίου)
5. Νεοπλάσματα (Σάρκωμα *Kaposi*, Λέμφωμα, Ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα)
6. Άλλα νοσήματα μη φλεγμονώδη
7. Φαρμακευτικά εξανθήματα
(Στρατηγός I.,2002)



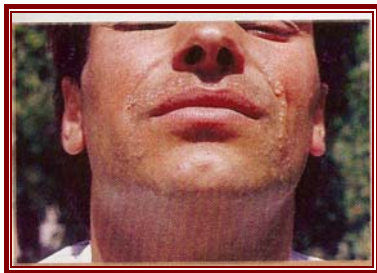
Εικόνα 10. Συφιλικό έλκος σε HIV ασθενή.
Πηγή : Στρατηγός I., 2004



Εικόνα 1. Απλός γεννητικός έρπητας σε HIV άτομο.
Πηγή : Στρατηγός I.,2004



Εικόνα 5. Οξυτενή κονδυλώματα σε HIV ασθενή.
Πηγή : Στρατηγός I.,2004



Εικόνα 4. Μολυσματική τέρμινθος.
Πηγή : Στρατηγός I., 2004



Εικόνα 3. Έρπητας ζωστήρας σε HIV ασθενή.
Πηγή : Στρατηγός I., 2004



Εικόνα 7. Επιπολής μυκητίαση σε HIV ασθενή.
Πηγή : Στρατηγός I., 2004



**Εικόνα 9. Φθείρες εφη-
βαίου και τα αυγά τους.
Πηγή: Στρατηγός Ι.,2002**



**Εικόνα 12. Ακροσάρκωμα
Kaposi.
Πηγή : Στρατηγός Ι.,2002**



**Εικόνα15. Λέμφωμα
σε HIV ασθενή.
Πηγή : Στρατηγός Ι.,
2002**



**Εικόνα 16. Μεταστατικοί όζοι
από πρωτοπαθές Μαλπιγιακό
καρκίνωμα πρωκτού σε έδαφος
HPV λοίμωξης σε HIV ασθενή.
Πηγή : Στρατηγός Ι.,2004**



**Εικόνα 20. Ελκώσεις από
Foscarnet σε HIV ασθενή.
Πηγή : Στρατηγός Ι.,2004**

5.4. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Η ανίχνευση του HIV στον οργανισμό μπορεί να φανεί από τις ακόλουθες εξετάσεις:

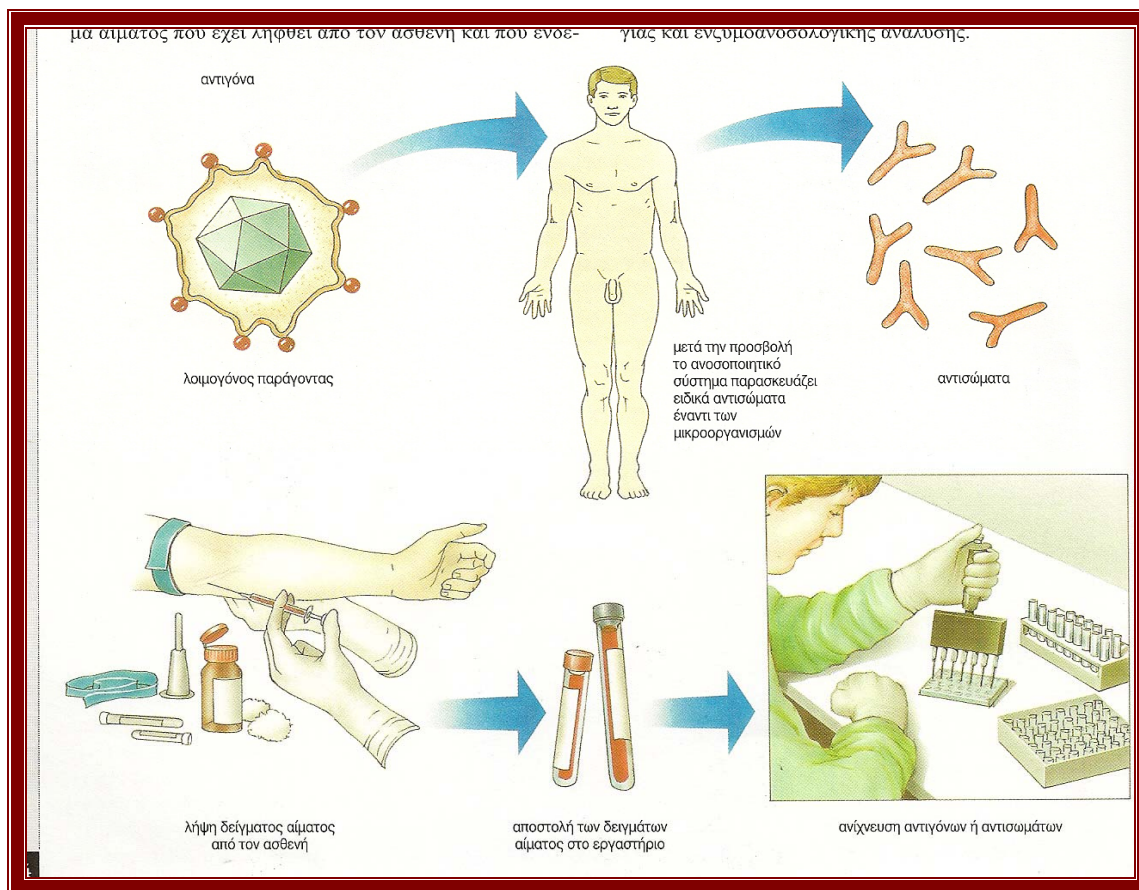
- 1. Εξέταση αίματος**
- 2. Ορολογικές εξετάσεις**
- 3. Δείκτες**
- 4. Καλλιέργεια του HIV**
- 5. Ανίχνευση του HIV – DNA**

Εξέταση αίματος.

Οι αιματολογικές εξετάσεις δείχνουν ***λευκοπενία και αυξημένη ΤΚΕ.*** Τα ***CD4+T- λεμφοκύτταρα*** συνήθως είναι μειωμένα (Φ.Τ. ενηλίκων: 1.000/μL). Μερικές φορές πέφτουν μέχρι και 200 ανά μL, αλλά επανέρχονται στα φυσιολογικά επίπεδα μέσα σε μερικές εβδομάδες. Μετά από τη λανθάνουσα περίοδο τα επίπεδα αυτών των κυττάρων μειώνονται ξανά. *Είναι απαραίτητη η παρακολούθηση του αριθμού των CD4+ για τον έλεγχο του επιπέδου της ανοσοανεπάρκειας και της απόκρισης του οργανισμού στην αντιρετροϊκή θεραπεία.* (Καπετανάκη Ι.,1971, Σαρόγλου Γ.,2002)

Ορολογικές εξετάσεις.

Η Western blot είναι μια μέθοδος που χρησιμοποιείται για την ταυτοποίηση των αντισωμάτων που έχουν αναπτυχθεί στον οργανισμό έναντι συγκεκριμένων αντιγόνων του ιού. Η ορομετατροπή των αντι- HIV – 1 αντισωμάτων με τη μέθοδο ELISA επιβεβαιώνεται από την Western blot, διότι υπάρχει μεγάλη πιθανότητα εσφαλμένου θετικού αποτελέσματος σε έναν πληθυσμό με πολύ χαμηλό επιπολασμό σε αντισώματα έναντι του ιού HIV. (Στρατηγός Ι.,2004, Καπετανάκη Ι.,1971, Σαρόγλου Γ.,2002)



Πίνακας . Ορολογικής εξέτασης (AIDS)

Πηγή: Χρυσή Υγεία.,2002

Τα αντισώματα έναντι του HIV ανιχνεύονται στο 95% των ατόμων εντός 6 μηνών από την λοίμωξη. Παρόλο που ένα αρνητικό τεστ αντισωμάτων συνήθως σημαίνει ότι το άτομο δεν έχει μολυνθεί, η εξέταση αυτή δεν μπορεί να αποκλείσει λοίμωξη, η οποία συνέβη σε χρονικό διάστημα μικρότερο των 6 μηνών πριν από την εξέταση. (Στρατηγός Ι.,2004, Καπετανάκη Ι.,1971, Σαρόγλου Γ.,2002)

Δείκτες.

Μετά από τεκμηρίωση της HIV – λοίμωξης με τις ορολογικές μεθόδους χρησιμοποιούνται διάφοροι δείκτες (αντιγόνο P24) για την παρακολούθηση και τον έλεγχο της λοίμωξης. Το αντιγόνο P24 εμφανίζεται στο στάδιο της πρωτολοίμωξης και συνήθως προηγείται μερικές εβδομάδες πριν το στάδιο της ορομετατροπής. Όταν αυξάνονται το επίπεδο των αντιγόνων P24 είναι αυξημένο ταυτόχρονα και το HIV – RNA, κατάσταση που συμβαίνει μετά τη μόλυνση με HIV. **Ο ιός δεν ανιχνεύεται μετά την ανοσολογική απάντηση. Επανεμφανίζεται καθώς καταρρέει το ανοσολογικό σύστημα.** (Στρατηγός Ι.,2004, Καπετανάκη Ι.,1971, Σαρόγλου Γ.,2002)

Καλλιέργεια του ιού.

Στην εξέταση αυτή απομονώνεται ο ιός από το αίμα (πλάσμα) ή από περιφερικά κύτταρα (εγκεφαλονωτιαίο υγρό). Αυτό μπορεί να συμβεί κατά τη διάρκεια της πρωτολοίμωξης, διότι στην συνέχεια δεν ανιχνεύεται λόγω της ανοσολογικής απάντησης. Τα αποτελέσματα της καλλιέργειας ελέγχονται κάθε 3 ημέρες, για διάστημα 28 ημερών. Αυτό γίνεται για να διαπιστωθεί η παρουσία συγκυτίων, αντιγόνου P24 ή για λειτουργία αντίστροφης μεταγραφάσης. Η παρουσία όλων αυτών σημαίνει ότι ο ιικός πολλαπλασιασμός συνεχίζεται καθώς καταρρέει το ανοσοποιητικό σύστημα. (Καπετανάκη Ι.,1971, Σαρόγλου Γ.,2002, Στρατηγός Ι.,2004)

Ανίχνευση HIV-DNA

Η ανίχνευση του HIV-DNA χρησιμοποιείται σε περιπτώσεις που απαιτείται ταχεία ταυτοποίηση της HIV λοίμωξης. Αυτό συμβαίνει σε περιπτώσεις:

- A. Έκθεσης στον ιό λόγω ατυχήματος**
- B. Κάθετης μετάδοσης ή**
- Γ. Σε περιπτώσεις που οι ορολογικές μέθοδοι αντισωμάτων δίνουν αδιευκρίνιστα αποτελέσματα.**

Επειδή είναι μια πολύ ευαίσθητη μέθοδος πρέπει να γίνεται πάντα με τις απαιτούμενες προφυλάξεις, για να ελαχιστοποιείται ο κίνδυνος επιμόλυνσης.

5.5. ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Δεν υπάρχει καμία θεραπευτική αγωγή μέσω της οποίας να μπορεί να εξαιρεθεί ο ιός από τον οργανισμό των ατόμων που έχουν προσβληθεί και να απέλθει η οριστική θεραπεία της ασθένειας. Όμως τα τελευταία χρόνια έχουν αναπτυχθεί διάφορα είδη αντικών φαρμάκων που χορηγούνται σε συνδυασμό για παρατεταμένα χρονικά διαστήματα και μέσω των οποίων ***επιτυγχάνεται η αναστολή της αναπαραγωγής του ιού, η σαφής και διαρκής ανάκαμψη του ανοσοποιητικού συστήματος και μια εξαιρετική βελτίωση της ποιότητας της ζωής.*** (Χρυσή Υγεια.,2002)

Η πρόωμη έναρξη της αντιρετροϊκής αγωγής, βασιζόμενη στα επίπεδα του ιικού φορτίου ή τον αριθμό των CD4 λεμφοκυττάρων (<350/μL) και απαραίτητους πριν την εμφάνιση των συμπτωμάτων του AIDS, εμπεριέχει σημαντικά πιθανά οφέλη αλλά και κινδύνους.. (Στρατηγός Ι.,2002)

Η θεραπευτική αγωγή περιλαμβάνει :

1. Αντιρετροϊκά φάρμακα
2. Πρόληψη και θεραπεία ευκαιριακών λοιμώξεων
3. Πρόληψη και θεραπεία όγκων.

Αντιρετροϊκή αγωγή

Πιθανά οφέλη	Πιθανοί κίνδυνοι
<ul style="list-style-type: none">• Έλεγχος του ιϊκού πολλαπλασιασμού και των μεταλλάξεων και μείωση του ιϊκού φορτίου.• Πρόληψη της συνεχούς επιδεινούσας ανοσοανεπάρκειας. Πιθανή διατήρηση ή και αποκατάσταση ενός ικανοποιητικού ανοσολογικού συστήματος.• Επιβράδυνση της εξέλιξης σε AIDS και παράταση της ζωής. Μειωμένος κίνδυνος επιλογής ανθεκτικών στελεχών του ιού.• Μειωμένος κίνδυνος τοξικότητας από τα φάρμακα.	<ul style="list-style-type: none">• Επιδείνωση της ποιότητας ζωής από παρενέργειες των φαρμάκων και την αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών σχημάτων που χρησιμοποιούνται σήμερα.• Πρωιμότερη ανάπτυξη αντοχής• Περιορισμοί στις μελλοντικές επιλογές αντιρετροϊκών φαρμάκων, λόγω της ανάπτυξης αντοχής.• Άγνωστη τοξικότητα των αντιρετροϊκών φαρμάκων μετά από μακροχρόνια χρήση.• Άγνωστη διάρκεια αποτελεσματικότητας των σχημάτων που είναι σήμερα διαθέσιμα.

(Στρατηγός Ι.,2004)

Οι πρόσφατες εξελίξεις στον τομέα της αντιρετροϊκής αγωγής άλλαξε σε μεγάλο βαθμό τη φυσική πορεία της νόσου, με σημαντική μείωση της θνητότητας σε παγκόσμιο επίπεδο, παρόλα αυτά υπάρχει αυξημένη εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών από τη χρόνια λήψη της θεραπείας. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες αποτελούν τη βασική αιτία της μη συμμόρφωσης των ασθενών, με κύρια συνέπεια την ανάπτυξη αντοχής και την αποτυχία της αγωγής.

(Σαμπατάκου Ε., Γαργαλιάνος Π.,1999)

Οι κυριότερες ανεπιθύμητες ενέργειες.

1. Τοξικότητα από την ομάδα φαρμάκων (NsRTIs)
2. Λιποδυστροφία
3. Μεταβολικές διαταραχές
4. Γενικευμένη αντίδραση υπερευαισθησίας.

Εμφανείς αισθητικές μεταβολές του σώματος.

- Αύξηση της περιμέτρου της κοιλιάς
- Λέπτυνση των άκρων συχνά με προβολή των υποδόριων φλεβών
- Απώλεια υποδόριου λίπους προσώπου
- Αύξημένη εναπόθεση λιπώδους ιστού στην αυχενική μοίρα
- Αύξηση μεγέθους μαστών στις γυναίκες.
(Σαμπατάκου Ε., Γαργαλιάνος Π.,1999)

1. Τοξικότητα από την ομάδα φαρμάκων (NsRTIs).

Εκδηλώσεις σε τοξικότητα μιτοχονδρίων

- Αναιμία, λευκοπενία
- Μυοπάθεια
- Μυοκαρδιοπάθεια
- Περιφερική νευροπάθεια
- Ηπατική στεάτωση
- Παγκρετίτιδα

(Σαμπατάκου Ε., Γαργαλιάνος Π.,1999)

*Εκδηλώσεις τοξικότητας που οφείλονται σε άλλες
αντιρετροϊκές ομάδες φαρμάκων.*

- Υπέρχρωση/ γαστρεντερικές διαταραχές
- Γαστρεντερικές διαταραχές
- Έλκη στομάχου
- Αντίδραση υπερευαισθησίας
- Τοξικότητα ΚΝΣ
- Γαστρεντερικές διαταραχές/ περιστοματική αιμοδιά
- Νεφρολιθίαση/αύξηση χολερυθρίνης

- Διάρροια
(Σαμπατάκου Ε., Γαργαλιάνος Π.,1999)

2.Λιποδυστροφία

Χαρακτηριστικά λιποδυστροφίας	
<p>A. <u>Μεταβολές Σώματος</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Περιφερική απώλεια λίπους • Κεντρική εναπόθεση λίπους 	<p>B. <u>Υπερλιπιδαιμία</u></p> <p>Γ. <u>Αντοχή στην ινσουλίνη</u></p>

(Σαμπατάκου Ε., Γαργαλιάνος Π.,1999)

4.Γενικευμένη αντίδραση υπερευαισθησίας.

Εκδηλώσεις	Συχνότητα
<ul style="list-style-type: none"> • Εξάνθημα, συμμετοχή βλεννογόνων, ηπατίτιδα 	37 %
<ul style="list-style-type: none"> • Εξάνθημα 	18 %
<ul style="list-style-type: none"> • Εκδηλώσεις από το κεντρικό νευρικό σύστημα, εξάνθημα σπάνια 	10 %
<ul style="list-style-type: none"> • Πυρετός, κακουχία, κεφαλαλγία, μυαλγία, ναυτία, εμετός, διάρροια, εξάνθημα 	3 %

(Σαμπατάκου Ε., Γαργαλιάνος Π.,1999)

Τα αντιρετροϊκά φάρμακα επειδή δημιουργούν σοβαρές παρενέργειες και δεν διατηρούν την αποτελεσματικότητά τους μακροπρόθεσμα, εναλλάσσονται περιοδικά. Το κόστος αυτών των φαρμάκων είναι πολύ υψηλό με αποτέλεσμα να είναι απαγορευτικό για την ευρεία χρήση τους στις αναπτυσσόμενες χώρες. Η προσπάθεια ανάπτυξης θεραπευτικού εμβολίου βρίσκεται σε πρώιμα στάδια αντιθέτως με την ανακάλυψη προστατευτικού εμβολίου από τον ιό που δεν περιλαμβάνεται καν στις ορατές προοπτικές. (Σταυριανέας Ν.Γ., Παπαρίζος Β.Α.,2003)

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας εκτιμά ότι τα εμβόλια αυτά:

- Θα είναι χαμηλής έως μέτριας αποτελεσματικότητας (50 %)
 - Θα απαιτούν χορήγηση περισσότερο από μια δόση
 - Θα έχουν σχετικά υψηλό κόστος (στις ΗΠΑ, 10-30 δολάρια ανά δόση)
 - Αρχικά θα είναι διαθέσιμα σε περιορισμένες ποσότητες.
- (Σταυριανέας Ν.Γ., Παπαρίζος Β.Α.,2003)

5.5. ΠΡΟΛΗΨΗ

Τα πιο σημαντικά μέτρα πρόληψης της HIV λοίμωξης είναι:

- Η ενημέρωση του πληθυσμού και η Αγωγή Υγείας με στόχο την τροποποίηση της επικίνδυνης συμπεριφοράς
- Η χρήση μεθόδων « φραγμού »

Η χρήση μεθόδων φραγμού περιλαμβάνει:

1. Τους φυσικούς φραγμούς :

- Το ανδρικό και γυναικείο προφυλακτικό
- Το διάφραγμα
- Ο σπόγγος και
- Τα καλύμματα του τραχήλου της μήτρας.

(Στρατηγός Ι.,2004)

2. Τους χημικούς φραγμούς, οι οποίοι περιλαμβάνουν:

- Τα σπερματοκτόνα
- Τα απολυμαντικά
- Τα αντισηπτικά

- Τα αντιμικροβιακά και
 - Τα αντιϊκά τοπικά σκευάσματα.
- (Στρατηγός Ι.,2004)

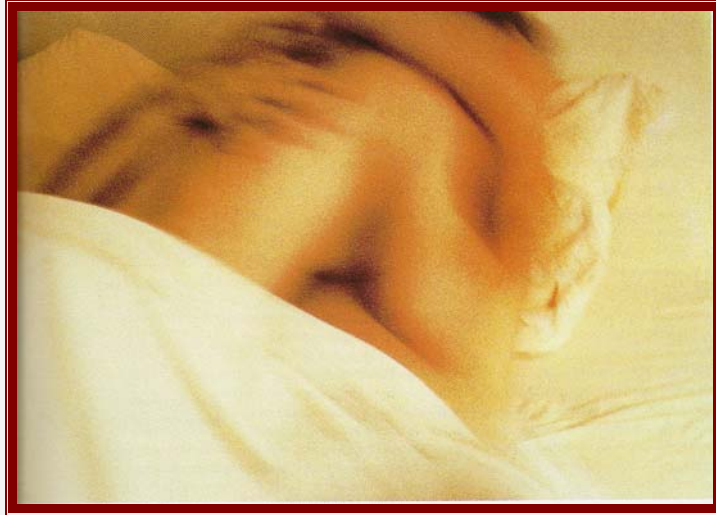
Το ανδρικό προφυλακτικό προστατεύει το χρήστη και τη /το σεξουαλικό σύντροφο καλύπτοντας σχεδόν ολόκληρο το ανδρικό γεννητικό όργανο και φυσικά την ουρήθρα που αποτελεί την κύρια πύλη εισόδου και εξόδου παθογόνων που ευθύνονται για ΣΜΝ. Η αποτελεσματικότητα του εξαρτάται από την ορθή χρήση του και τη σταθερή χρήση του πριν από κάθε σεξουαλική επαφή. Το ανδρικό προφυλακτικό από Latex προσφέρει τη μεγαλύτερη προστασία από ΣΜΝ και επιπλέον η χρήση προφυλακτικού έχει συσχετιστεί με μειωμένο κίνδυνο για καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, αυτό όμως δεν θα πρέπει να αποτελέσει υποκατάστατο της εξέτασης Παπανικολάου, για τον εντοπισμό και την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.

(Στρατηγός Ι.,2004, www.c.d.c.gov/19/3/08)

Υπάρχει η αντίληψη ότι τα σπερματοξικά διαλύματα που χρησιμοποιούνται σε διάφορες μορφές για αντισυλληπτικούς σκοπούς, αδρανοποιούν τον ιό HIV και προστατεύουν από το AIDS. **Η Π.Ο.Υ προειδοποιεί ότι η αντίληψη αυτή είναι λάθος και ακόμα ότι η τακτική χρήση αυτών των σκευασμάτων μπορεί να υποβοηθά την προσβολή από τον ιό του AIDS. Το nonoxytol -9 που είναι μια ουσία που βρίσκεται στα περισσότερα σπερματοξικά διαλύματα προκαλεί φλεγμονή στο επιθήλιο του κόλπου με αποτέλεσμα να μολύνονται οι γυναίκες ευκολότερα από τον ιό του AIDS.**

(www.medlook.net/19/3/08)

ΜΕΡΟΣ V
ΜΕΤΡΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ
ΣΜΝ

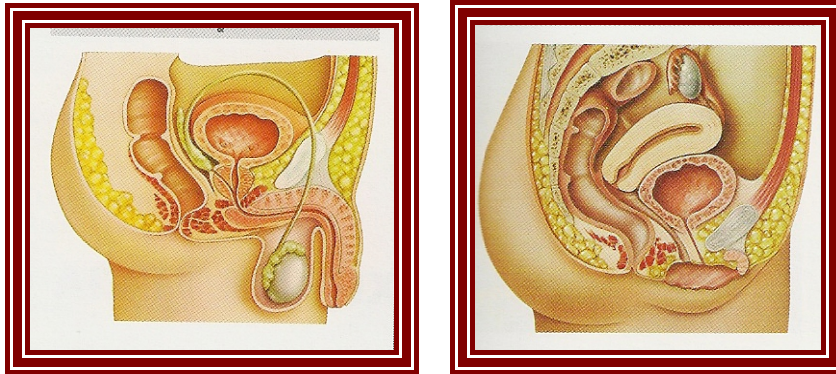


**ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΠΟΥ
ΒΟΗΘΟΥΝ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ Σ.Μ.Ν.**

**ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ
ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ Σ.Μ.Ν.**

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1°

ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΠΟΥ ΒΟΗΘΟΥΝ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΣΜΝ



Όλες οι γυναίκες θα πρέπει να υποβάλλονται τακτικά σε γυναικολογικές εξετάσεις, με σκοπό την έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση σοβαρών νόσων με την εφαρμογή της αποτελεσματικότερης θεραπευτικής αγωγής.

1.1. ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΕΡΕΣ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΝ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ

Λήψη ιστορικού. Η λήψη ιστορικού είναι πολύ σημαντική για την διερεύνηση του ασθενούς με ΣΜΝ. Κατά την λήψη του ιστορικού θα πρέπει να λαμβάνονται στοιχεία για πρόσφατη λήψη αντιβιοτικών, για το είδος των συμπτωμάτων έτσι ώστε να διαφοροδιαγνώσκονται από μη σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, για προηγούμενο ιστορικό σεξουαλικά μεταδιδόμενων ασθενειών, για τα αποτελέσματα προηγούμενων ορολογικών εξετάσεων και για τη γενικότερη ιατρική κατάσταση τους. (Χρυσή Υγεία,2002)

Κλινική γυναικολογική εξέταση. Με αυτή μπορούν να διαγνωστούν πολλά ΣΜΝ που εμφανίζουν συμπτώματα εξωτερικά των γεννητικών οργάνων. π.χ τα οξυτενή κονδυλώματα που εντοπίζονται στα γεννητικά όργανα ή γύρω από την οπή του εντέρου. Η τραχηλίτιδα κατεξοχήν διαγιγνώσκεται με την γυναικολογική εξέταση. Η κλινική εξέταση στη γυναίκα περιλαμβάνει την ψηλάφηση των βουβωνικών λεμφαδένων, την επισκόπηση των εξωτερικών γεννητικών οργάνων και του εφηβαίου. Τέλος η γυναικολογική εξέταση ολοκληρώνεται με την αμφίχερη εξέταση προσδιορισμός μεγέθους, σχήματος, θέσης της μήτρας και αξιολόγηση σαλπίνγων και ωοθηκών. Στους άνδρες η κλινική εξέταση περιλαμβάνει την επισκόπηση του δέρματος του

πέους, της βάλανου, του όσχεου και του ουρηθρικού στομίου. Επιπλέον ψηλαφείτε η ουρήθρα και το σώμα του πέους. Τέλος έχουμε και την δακτυλική εξέταση. (Στρατηγός Ι.,2004, www.gyn.gr.14/03/08)

Εξέταση του pH του κολπικού εκκρίματος (γίνεται κατά την επισκόπηση του κόλπου, μέσα σε 2-3 δευτερόλεπτα, με ειδικό δείκτη, που βάφεται διαφορετικά ,αν υπάρχει παρουσία παθολογικών βακτηριδίων ή και σημαντική ατροφία του κολπικού επιθηλίου) (www.gyn.gr.14/03/08)

Κολπική εξέταση. Αυτή η εξέταση περιλαμβάνει την επισκόπηση και την ψηλάφηση. Η επισκόπηση πραγματοποιείται με τον κολποδιαστολέα και η ψηλάφηση γίνεται με την δακτυλική εξέταση. (Χρυσή Υγεία.,2002)

Μικροσκοπική εξέταση νωπού παρασκευάσματος κολπικού εκκρίματος, που επιτρέπει άμεσα με μία ματιά την εντόπιση τριχομονάδων, μυκήτων και άλλων παθολογικών μικροοργανισμών στον κόλπο. (www.gyn.gr.14/03/08)

Κολποσκόπηση: Πρόκειται για την επισκόπηση του τραχήλου της μήτρας με ένα είδος μικροσκοπίου επιφάνειας-το κολποσκόπιο-μετά την λήψη του επιχρίσματος κατά Papanicolaou. (www.gyn.gr.14/03/08)



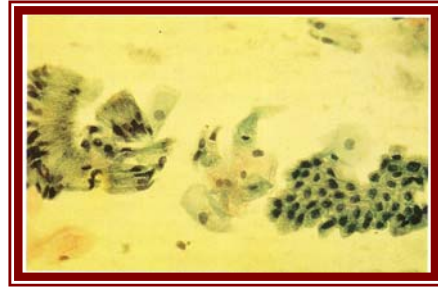
Εικόνα . Κολποσκόπησης
Πηγή: Χρυσή Υγεία, 2002

Γίνεται χρώση του τραχήλου με διάλυμα οξικού οξέος 3-5%η lugol, η και των δύο. Διαρκεί το πολύ 30" έως 60" της ώρας και αποκαλύπτει τόσα παθολογικά ευρήματα , όσα περίπου και ένα test Papanicolaou. Καμιά φορά μάλιστα υπερέχει και του Pap-test.Επιπλέον βοηθά να γίνει η λήψη ενός επαναληπτικού επιχρίσματος ακριβέστερα. Δεν πρέπει να λείπει από κανένα σοβαρό προληπτικό έλεγχο και μαζί με το Pap-test, εξασφαλίζει τη σωστή διάγνωση. (www.gyn.gr.14/03/08)

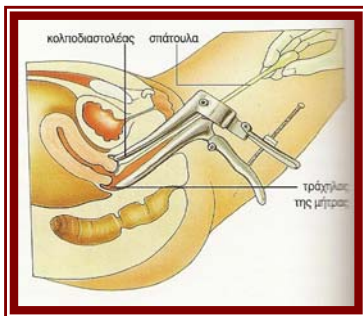
Επίχρισμα κατά Παπανικολάου, το γνωστό Pap - test. Επιτρέπει την διάγνωση δυσπλασιών στον τράχηλο της μήτρας. Πρόκειται για πολύ επιφανειακές ,ενδεχομένως επικίνδυνες αλλοιώσεις .Μπορεί να ανιχνευτούν φλεγμονώδη κύτταρα τα οποία παρουσιάζουν ύποπτη στάση.

Εικόνα. Φυσιολογικά καλοήθη κοκκιώδη κύτταρα τραχήλου τα οποία συλλέχθηκαν με επίχρισμα ή τεστ Παπανικολάου.

Πηγή: Χρυσή Υγεία 2002



Σε αυτή την περίπτωση μπορεί να χρειαστεί να γίνει επανάληψη της εξέτασης. Οι δυσπλασίες της περιοχής αυτής υποδιαιρούνται σε χαμηλού και υψηλού κινδύνου. Δεν πρόκειται για καρκίνους, αλλά για δυνητικά προ στάδια. Αυτό θα πει, ότι ένα μεγάλο ποσοστό τους εξαφανίζεται χωρίς θεραπεία, ένα άλλο παραμένει για πολλά χρόνια στάσιμο και κάποιο μικρότερο ποσοστό εξελίσσεται κάποτε σε καρκίνο. Την ανίχνευση άτυπων κυττάρων πρέπει να συμπληρώνει η βιοψία τραχήλου για να διαπιστωθεί η ύπαρξη προ καρκινικής ή κακοήθους βλάβης έτσι ώστε να καταστραφεί ή να αφαιρεθεί το πρόβλημα (Χρυσή Υγεία.,2002, www.gyn.gr.14/03/08)



Εικόνα . Κολπική επισκόπηση με κολποδιαστολέα.

Πηγή: Χρυσή Υγεία,2002

Σε όλους τους ασθενείς που ελέγχονται για σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα πρέπει να γίνεται καλλιέργεια για γονόκκοκο και ορολογικός έλεγχος για σύφιλη .

Οι ορολογικές δοκιμασίες διακρίνονται στις:

ΜΗ ΤΡΕΠΟΝΗΜΙΚΕΣ

V.D.R.L (venereal disease research lab)

R.P.R (rapid plasma reagin)

P.C.T. (plasmacrit)

Η δοκιμασία **Wasserman** ,η αρχική ορολογική δοκιμασία για τη σύφιλη ,δεν είναι πλέον σε χρήση

ΤΡΕΠΟΝΗΜΙΚΕΣ

T.P.H.A. (T. pallidum hemagglutination assay)

F.T.A.-ABS (FTA with absorption)

(Παπαδημητρίου Μ.,2004, Marschall S.Runge, M.Andrew Gireganti,2006, Κρεατσά Γ.,1998, Φωτίου Κ.,1990)

Δεν υπάρχουν διαθέσιμες ορολογικές δοκιμασίες για τις HPV λοιμώξεις. **Για την διάγνωση του HPV οι γιατροί ψάχνουν τις εκδηλώσεις του: κονδυλώματα και δυσπλασία**. Δεν υπάρχει εξέταση αίματος για τον HPV. Η εξέταση για τα κονδυλώματα είναι απλή, ανώδυνη και ο γιατρός μπορεί να τα διαγνώσει με γυμνό μάτι ή με μεγενθυτικό φακό. Για κονδυλώματα που βρίσκονται στον πρωκτό ή στον κόλπο χρειάζεται να γίνει μία πιο ειδική εξέταση (πρωκτοσκόπηση ή κολποσκόπηση). Όταν βρίσκονται κονδυλώματα στα εξωτερικά γεννητικά όργανα είναι καλό να γίνεται επίσης εξέταση του πρωκτού και του κόλπου (στις γυναίκες). Καμιά από αυτές τις εξετάσεις δεν είναι επώδυνη ή περίπλοκη. Η δυσπλασία διαγνώσεται με τεστ Παπανικολάου, τόσο για τον κόλπο, όσο και για το ορθό. Υπάρχει διχογνωμία για το τεστ Παπανικολάου ορθού. Μερικοί ερευνητές πιστεύουν ότι αυτή την εξέταση (τεστ Παπανικολάου ορθού) είναι απαραίτητο να την κάνουν κάθε χρόνο τα άτομα που διατρέχουν υψηλό κίνδυνο:

- Άτομα που έχουν (παθητική) σεξουαλική επαφή από τον πρωκτό.
- Γυναίκες που έχουν διαγνωσμένη νεοπλασία στον τράχηλο της μήτρας
- Όλοι όσοι έχουν λιγότερα από 500 Τα λεμφοκύτταρα (π.χ. οροθετικοί στον HIV). (www.hiv.gr.14/03/08)

Ωστόσο άλλοι ερευνητές πιστεύουν ότι μια καλή κλινική εξέταση μπορεί να αντικαταστήσει το τεστ Παπ του ορθού. Το Κέντρο Ελέγχου Νοσημάτων των ΗΠΑ (CDC) δεν συνιστά αυτή την εξέταση προς το παρόν τουλάχιστον, εν αναμονή περισσότερων επιστημονικών στοιχείων. (www.hiv.gr.14/03/08)

Η διάγνωση του Γεννητικού Έρπητα γίνεται με την καλλιέργεια του ιού από τις βλάβες. Τελευταία, η εφαρμογή της αλυσιδωτής αντίδρασης πολυμεράσης (PCR) έχει αποδειχθεί ιδιαίτερα ευαίσθητη, αξιόπιστη και γρήγορη. Για την περιγεννητική διάγνωση της ερπητικής λοίμωξης γίνεται απομόνωση του ιού σε ιστοκαλλιέργεια, η διάκριση του HSV-1 από τον HSV-2 επιτυγχάνεται μόνο με μεθόδους ανάλυσης του DNA του ιού. (Στρατηγός Ι.,2004)

Η διάγνωση του HIV πραγματοποιείται με τις ανοσοενζυμικές μεθόδους (ELISA) των οποίων, όταν τα αποτελέσματα είναι θετικά επιβεβαιώνονται με την μέθοδο Western blot. Όσον αφορά την περιγεννητική μετάδοση του HIV μπορεί να διαπιστωθεί με:

A. Καλλιέργεια του ιού από μονοκύτταρα περιφερικού αίματος (PBMC- HIV culture).

B. DNA ή RNA αλυσιδωτή αντίδραση πολυμεράσης (PCR).(Στρατηγός I,2004)

Η διάγνωση των χλαμυδίων γίνεται με ειδική εξέταση του εκκρίματος της ουρήθρας από παθολόγο, ουρολόγο και γυναικολόγο .Υπάρχει και μια ειδική εξέταση ούρων που όμως είναι πιο αξιόπιστη στις γυναίκες παρά στους άνδρες .Άλλη μια γρήγορη και αξιόπιστη διάγνωση των χλαμυδιακών λοιμώξεων του γεννητικού συστήματος των γυναικών πραγματοποιείται με δυο τεχνικές:

1. Τον ανοσοφθορισμό (IFA)και
2. Την ανασοενζυματική (EIA) μέθοδο.

Η χρήση του ανοσοφθορισμού και της ανασοενζυματικής είναι μέθοδοι προσιτές στα διαγνωστικά μικροβιολογικά εργαστήρια σε αντίθεση με την κυτταροκαλλιέργεια . (www.hiv.gr.14/03/08 , www.iatrotek.org.14/03/08)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 18°

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΔΙΑΠΑΙΔΑΓΩΓΗΣΗ

Η κατάκτηση και διατήρηση ενός ικανοποιητικού επιπέδου υγείας αποτελεί προτεραιότητα των σύγχρονων κοινωνιών και εξαρτάται από μια σειρά παραγόντων, όπως η ειρήνη, η εκπαίδευση, οι φυσικοί πόροι, το σταθερό εισόδημα, η διατροφή, τα έσοδα, η κοινωνική δικαιοσύνη και η ισότητα. *Για να επιτευχθούν όμως τα παραπάνω και το επίπεδο υγείας των ανθρώπων παγκοσμίως να είναι αξιόλογο, έτσι ώστε να μειωθεί η θνησιμότητα και η νοσηρότητα πρέπει να υπάρξουν σημαντικές κοινωνικές και οικονομικές μεταβολές, καθώς και εξέλιξη στην θεραπευτική ιατρική, στην εφαρμογή μέτρων δημοσίας υγείας και απαραίτητος στα μέτρα πρόληψης.*

(www.Archive.gr/7/04/08)

Η πρόληψη εκφράζει τις προσπάθειες των λειτουργών της υγείας να προλάβουν την εκδήλωση νόσων και ασθενειών και τις συνέπειες τους για το άτομο, την κοινωνία, και το περιβάλλον μέσω προγραμμάτων προαγωγής της υγείας. Τα προγράμματα αυτά θα πρέπει να επικεντρώνονται στην βελτίωση του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου του πληθυσμού, στην εκπαίδευση αυτού και στην αναθεώρηση των ανθρώπινων σχέσεων. *Ένα από τα σημαντικότερα μέτρα για την πρόληψη της υγείας μιας κοινωνίας είναι ο οικογενειακός προγραμματισμός που σχετίζεται με τεράστια οφέλη για την γυναίκα, τα παιδιά αλλά και ολόκληρη την κοινωνία.* Στις αναπτυγμένες χώρες ο οικογενειακός προγραμματισμός αποτελεί θεμελιώδη παράγοντα των υπηρεσιών υγείας για την ευημερία των πολιτών. Ο οικογενειακός προγραμματισμός σώζει ζωές και βελτιώνει την ποιότητα της ζωής. Υπάρχει ποικιλία ασφαλών αντισυλληπτικών μεθόδων, με διαφορετικά χαρακτηριστικά, για να καλύψει τις διάφορες ανάγκες των χρηστών. Τα προφυλακτικά παρέχουν σημαντική προστασία ενάντια στα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. *Οι έφηβοι αντιμετωπίζουν σοβαρές σωματικές, οικονομικές και κοινωνικές συνέπειες από την εγκυμοσύνη και τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Γι' αυτό ο οικογενειακός προγραμματισμός βοηθά τους νέους να κάνουν υπεύθυνες επιλογές.* (www.Archive.gr/7/04/08)

Εκατομμύρια έφηβες γυναίκες παγκοσμίως είναι σεξουαλικά δραστήριες και εκτεθειμένες στον κίνδυνο των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων. *Οι έφηβες προσβάλλονται συχνότερα από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και αναπτύσσουν λοιμώξεις στο γεννητικό τους σύστημα.* Για την αντιμετώπιση αυτού του προβλήματος η πολιτεία πρέπει να εφαρμόζει και να προσφέρει δωρεάν συμμετοχή όλων των γυναικών και των εφήβων σε τμήμα

α οικογενειακού προγραμματισμού, επιπλέον είναι αναγκαία η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση των εφήβων, διότι παρέχει τις απαραίτητες γνώσεις που χρειάζονται για να αναπτύξουν υπεύθυνες σχέσεις. (www.Medlook.net/7/04/08)

Η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση είναι πολύ σημαντική, γιατί στην εποχή μας το πρόβλημα της πρόωρης έναρξης της ολοκληρωμένης σεξουαλικής δραστηριότητας παρουσιάζει συνεχή αύξηση. Αυτή την επικίνδυνη κατάσταση που απειλεί την υγεία και το μέλλον τους την ευνοούν διάφορες επιρροές στις οποίες υποβάλλονται σήμερα οι έφηβοι. Αυτές οι επιρροές είναι οι ακόλουθες

- Τηλεοπτικές και κινηματογραφικές ταινίες
- Προγράμματα στην τηλεόραση ή στο διαδίκτυο
- Ακατάλληλες ιστοσελίδες και
- Πληθώρα έντυπων και δημοσιεύσεων που ευνοούν την πρόωρη έναρξη της σεξουαλικής δραστηριότητας.

(www.Medlook.net/7/04/08)

Με την σεξουαλική αγωγή οι έφηβοι θα ενημερωθούν κατάλληλα για θέματα που αφορούν τη σεξουαλική δραστηριότητα, την προστασία από ασθένειες (σεξουαλικά μεταδιδόμενες) και την πρόληψη εγκυμοσύνης με αντισυλληπτικές μεθόδους. Η σεξουαλική αγωγή είναι απαραίτητο να εφαρμόζεται στα σχολεία και αυτό γιατί επηρεάζει θετικά τα κριτήρια έναρξης της σεξουαλικής ζωής με συνουσία κατά την εφηβική ηλικία, την ημερομηνία της πρώτης συνουσίας και τη χρήση αντισυλληπτικών κατά την πρώτη συνουσία. Σε έρευνες που έχουν γίνει έχει διαπιστωθεί ότι :

- 1. Η σεξουαλική αγωγή των εφήβων στα σχολεία, μειώνει ουσιαστικά τις επικίνδυνες συμπεριφορές σε σχέση με το σεξ και καθυστερεί την έναρξη σεξουαλικών δραστηριοτήτων με συνουσία.**
- 2. Οι έφηβοι που είχαν πρόγραμμα σεξουαλικής αγωγής, είχαν περισσότερες πιθανότητες να αναβάλλουν την έναρξη του ολοκληρωμένου σεξ, τουλάχιστον έως την ηλικία των 15. Στα αγόρια, η επίδραση ήταν ακόμη μεγαλύτερη.**
- 3. Στις ομάδες εφήβων με δυσκολότερη κοινωνικοοικονομική κατάσταση, τα ευεργετήματα της σχολικής σεξουαλικής αγωγής ήταν ακόμη μεγαλύτερα. Στις ομάδες αυτές, τα κορίτσια που έλαβαν μέρος, είχαν 91% λιγότερες πιθανότητες να αρχίσουν το ολοκληρωμένο σεξ πριν από την ηλικία των 15 ετών.**
- 4. Στο σύνολο των εφήβων βρέθηκε ότι τα αγόρια που έλαβαν μέρος είχαν 71% λιγότερες πιθανότητες για πρώτη συνουσία πριν την ηλικία των 15 ετών. Επιπλέον τα αγόρια αυτά έλεγαν με μεγαλύτερη συχνότητα ότι θα χρησιμοποιούσαν αντισυλληπτική μέθοδο την**

πρώτη τους φορά σε σύγκριση με αγόρια που δεν πήραν μέρος στο πρόγραμμα της αγωγής.

5. Στις ομάδες που δεν παρατηρήθηκε καθυστέρηση της ηλικίας έναρξης των συνουσιών , συμπεριλαμβάνονταν και κορίτσια από αγροτικές περιοχές και κορίτσια που σταμάτησαν το σχολείο.

Η έρευνα αυτή πραγματοποιήθηκε σε 2.019 έφηβους ηλικίας 15-19 ετών, από γιατρούς του Κέντρου Ελέγχου και Πρόληψης Ασθενειών στην Ατλάντα των Ηνωμένων Πολιτειών .(www.Medlook.net/7/04/08)

*Η ανάπτυξη υγιούς σεξουαλικότητας είναι μέρος της σωματικής και συναισθηματικής ανάπτυξης του παιδιού .Βιολογικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες επιδρούν για να δημιουργήσουν εφόρου ζωής υγιή αίσθηση της σεξουαλικότητας και των επιλογών της συμπεριφοράς. Ο έφηβος έχει ανάγκη να διεκδικήσει την ανεξαρτητοποίηση του, την απόκτηση προσωπικής ταυτότητας και την ανάπτυξη σχέσεων εκτός της οικογένειας. Στην πρώιμη εφηβεία ο αυξημένος ερωτισμός δημιουργεί συγκεχυμένα συναισθήματα ευχαρίστησης αλλά και φόβου στους έφηβους. Επίσης εκδηλώνεται φυσιολογικό ομοφυλοφιλικό ενδιαφέρον στα πλαίσια της οποίας μαθαίνουν τι σημαίνει φιλία και πριν οδηγηθούν σε σχέση με το άλλο φύλλο. Στη μέση εφηβεία το αγόρι ζητά το κορίτσι και έρχονται σε συνουσία αρκετά αδέξια. Στην όψιμη εφηβεία το άτομο είναι ώριμο για σχέση αγάπης. **Μελέτες όμως δείχνουν ότι η πρώιμη σεξουαλική πράξη δεν ικανοποιεί τον έφηβο όπως θα περίμενε γιατί οι σχέσεις που κάνουν στην πρώιμη και μέση εφηβεία είναι επιφανειακές , ανώριμες και αυτό τους προσφέρει μικρή ικανοποίηση. Περίπου 340 εκατομμύρια περιστατικά με σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα καταγράφονται ετησίως και το 1/3 από αυτά αφορά άτομα ηλικίας <25 ετών. Επιπλέον 2,5 εκατομμύρια νέες HIV λοιμώξεις καταγράφονται ετησίως σε άτομα 15 – 24 ετών γιατί οι έφηβοι είναι ευάλωτοι στα ΣΜΝ λόγω βιολογικών αιτιών. Η χρήση του προφυλακτικού από τους έφηβους είναι η καλύτερη αντιμετώπιση για τα ΣΜΝ.** (www.ephebiatrics.gr/7/04/08)*

Η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση πρέπει να ξεκινάει από τους γονείς και να συνεχίζεται στο σχολείο καθώς είναι ένας χώρος στον οποίο οι έφηβοι περνούν μεγάλο μέρος της ζωής τους. Η ειλικρίνεια είναι σημαντικό στοιχείο στις μεταξύ σχέσεις του γονιού και του εφήβου, καθώς δημιουργείται εμπιστοσύνη και με αυτό τον τρόπο δίνεται η δυνατότητα της πρόληψης των προβλημάτων που σχετίζονται με την επικίνδυνη σεξουαλική συμπεριφορά. Σε αρκετά σχολεία υπάρχουν φωτισμένοι δάσκαλοι που παρακινούν τους μαθητές για γνώσεις που θα τους οδηγήσουν στην ώριμη επιλογή.
(www.ephebiatrics.gr/7/04/08)

ΕΡΕΥΝΑ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΤΟΥ ΓΥΝΑΙΚΕΙΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΤΗΣ ΠΟΛΕΩΣ ΤΩΝ ΠΑΤΡΩΝ

- **Εισαγωγή**
Γενικός στόχος της έρευνας
Μεθοδολογία της έρευνας
Πληθυσμός – Δείγμα
Ερευνητικό εργαλείο

Χρονική διάρκεια έρευνας και ηθικά ζητήματα
Δυσκολίες που Αντιμετωπίστηκαν

- **Στατιστική ανάλυση των δεδομένων**
- **Συμπεράσματα έρευνας - συζήτηση**

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΑΤΡΩΝ
ΙΑΤΡΙΚΟ ΤΜΗΜΑ
ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΥΓΙΕΙΝΗΣ
Α. ΒΑΝΤΑΡΑΚΗΣ
Επικ. Καθηγητής Υγιεινής

ΑΤΕΙ ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ
Τμήμα Νοσηλευτικής –Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας
Ι. ΔΕΤΟΡΑΚΗΣ
Ορ. Επικ. Καθηγητής Υγιεινής-Επιδημιολογίας

Σύγχρονη Κοινωνία-Σεξουαλικές σχέσεις

Η παρακάτω έρευνα πραγματοποιείται από εκπαιδευόμενες Νοσηλεύτριες του Πατρών με σκοπό τη μελέτη των «Σεξουαλικών Μεταδοτικών Νοσημάτων». Η συμβολή σας θα είναι ιδιαίτερα σημαντική καθώς θα χρησιμοποιηθεί στην πτυχιακή εργασία των σπουδαστριών. Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και για το λόγο αυτό σας παρακαλούμε να απαντήσετε με απόλυτη ειλικρίνεια.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΑΤΡΩΝ
ΙΑΤΡΙΚΟ ΤΜΗΜΑ
ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΥΓΙΕΙΝΗΣ
Α. ΒΑΝΤΑΡΑΚΗΣ
Επικ. Καθηγητής Υγιεινής

ΑΤΕΙ ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ
Τμήμα Νοσηλευτικής - Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας
Ι. ΔΕΤΟΡΑΚΗΣ
Ορ. Επικ. Καθηγητής Υγιεινής-Επιδημιολογίας

Νο: _____

1. Ηλικία: _____

2. Φύλο: _____

3. Περιφέρεια καταγωγής/μόνιμης διαμονής:

- | | |
|--------------------------|-------------------|
| 1. Πελοπόννησος | 2. Ήπειρος |
| 3. Κ. Μακεδονία | 4. Δυτ. Μακεδονία |
| 5. Αν. Μακεδονία & Θράκη | 6. Ιόνιοι νήσοι |
| 7. Νησιά Αιγαίου | 8. Κρήτη |
| 9. Αττική | 10. Θεσσαλία |
| 11. Στερεά Ελλάδα | 12. Κύπρος |

4. Οικογενειακή κατάσταση:

- | | | |
|------------------------|------------|----------------------|
| 1. Άγαμος | 2. Έγγαμος | 3. Έγγαμος με παιδιά |
| 4. Διαζευγμένοι γονείς | 4. Χήρος/α | |

5. Πόσα παιδιά έχετε;

6. Οικογενειακό Εισόδημα/μηνιαίως:

1. Χαμηλό (έως 1500€)
2. Μέτριο (1500-2500€)
3. Υψηλό (>2500€)

7. Από ποιον έχετε ενημερωθεί για θέματα σεξουαλικής αγωγής

- | | | | | |
|------------------------|-------------------------|-------------|------------|-------------|
| 1. Από κανένα | 2. Γονείς | 3. Φίλους | 4. Σχολείο | 5. Εκκλησία |
| 6. Ραδιόφωνο-Τηλεόραση | 7. Εφημερίδες-Περιοδικά | 8. Internet | | |
| 9. Κάτι άλλο | | | | |

8. Ποιους θεωρείται κατάλληλους για την ενημέρωση σε θέματα σεξουαλικής αγωγής;

- | | | | | |
|-------------------------|-----------------|-------------|------------|--------------|
| 1. Φίλους | 2. Γονείς | 3. Εκκλησία | 4. Σχολείο | 5. Ενήλικους |
| 6. Ειδικούς Επιστήμονες | 7. Κάποιον άλλο | | | |

9. Πιστεύετε ότι η μέχρι τώρα ενημέρωσή σας για θέματα σεξουαλικής αγωγής;

- | | | | | |
|-----------|--------------|---------|-----------|---------------|
| 1. Άριστη | 2. Πολύ καλή | 3. Καλή | 4. Μέτρια | 5. Δεν απαντώ |
|-----------|--------------|---------|-----------|---------------|

10. Που πραγματοποιήθηκε η πρώτη σας σεξουαλική επαφή;

- | | | |
|-------------------|----------------------------------|--------------------|
| 1. Στο αυτοκίνητο | 2. Στο σπίτι των γονιών/συγγενών | 3. Στο σπίτι φίλων |
| 4. Στο ξενοδοχείο | 5. Στην ύπαιθρο/θάλασσα | 6. Στις διακοπές |
| 7. Αλλού _____ | 8. Δεν απαντώ | |

11. Σε ποια ηλικία ξεκινήσατε σεξουαλικές σχέσεις;

- | | | | | | |
|--------------------|----------------------------|---------------|--|--|--|
| 1. 12-14 ετών | | | | | |
| 2. 15-17 ετών | | | | | |
| 3. 18-19 ετών | | | | | |
| 4. 20-22 ετών | | | | | |
| 5. Άνω των 23 ετών | 6. Δεν έχω ξεκινήσει ακόμα | 7. Δεν απαντώ | | | |

12. Γνωρίζετε αντισυλληπτικές μεθόδους;

- | | | |
|--------|--------|---------------|
| 1. Ναι | 2. Όχι | 3. Δεν απαντώ |
|--------|--------|---------------|

13. Εάν έχετε σεξουαλική εμπειρία, ποια μέθοδο χρησιμοποιήσατε στην πρώτη σας σεξουαλική επαφή;

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΑΤΡΩΝ

ΙΑΤΡΙΚΟ ΤΜΗΜΑ
ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΥΓΙΕΙΝΗΣ
Α. ΒΑΝΤΑΡΑΚΗΣ
Επικ. Καθηγητής Υγιεινής

ΑΤΕΙ ΠΑΤΡΩΝ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ
Τμήμα Νοσηλευτικής – Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας
Ι. ΔΕΤΟΡΑΚΗΣ
Ορ. Επικ. Καθηγητής Υγιεινής-Επιδημιολογίας

1. Καμία 2. Προφυλακτικό 3. Χάπι 4. Διακεκομμένη συνουσία (τράβηγμα)
5. Σπερματοκτόνο 6. Άλλη μέθοδο _____
14. Χρησιμοποιείτε κάποια μέθοδο τώρα;
1. Ναι 2. Όχι 3. Δεν απαντώ
15. Αν ναι ποια;
1. Καμία 2. Προφυλακτικό 3. Χάπι 4. Διακεκομμένη συνουσία (τράβηγμα)
5. Σπερματοκτόνο 6. Άλλη μέθοδο _____
16. Πόσες φορές δεν χρησιμοποίησες κάποια μέθοδο αντισύλληψης με το συγκεκριμένο σύντροφο το τελευταίο μήνα; _____
17. Αν χρησιμοποίησες προφυλακτικό πόσες φορές αφαίρεςες το προφυλακτικό πριν ακόμα σταματήσεις τη σεξουαλική συνέρευση; _____
18. Πόσες φορές το προφυλακτικό γλίστρησε ή έσπασε πριν τελειώσεις τη σεξουαλική συνέρευση; _____
19. Συχνότητα σεξουαλικής επαφής:
1. Κάθε ημέρα 2. Μερικές φορές την εβδομάδα 3. Μερικές φορές το μήνα
4. Σπάνια 5. Ποτέ 6. Δεν απαντώ
20. Λαμβάνετε μέτρα προφύλαξης πριν από κάθε σεξουαλική επαφή;
1. Πάντοτε 2. Συχνά 3. Καμιά φορά 4. Ποτέ
5. Δεν απαντώ
21. Με ποιον διαμένετε στην Πάτρα ;
1. Με το σύντροφο σας 2. Μόνος/μόνη
3. Με φίλο/η 4. Με συγγενή
5. Με την οικογένειά σας
22. Με ποιο άτομο διατηρείτε σεξουαλικές σχέσεις;
1. Με το σύντροφό σας 2. Με πολλούς διαφορετικούς συντρόφους
3. Σεξουαλική αποχή
24. Αλλάζετε τακτικά ερωτικούς συντρόφους;
1. Ναι 2. Όχι 3. Δεν απαντώ
25. Έχετε προσβληθεί ποτέ από κάποιο Σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα;
1. Ναι 2. Όχι 3. Δεν απαντώ
26. Έπισκεφθήκατε το γυναικολόγο σας μετά από την πρώτη σας σεξουαλική επαφή;
1. Ναι 2. Όχι 3. Δεν απαντώ
27. Θα επισκεφθείτε το γυναικολόγο σας ανα παρατηρήσετε κάτι μη φυσιολογικό;
1. Ναι 2. Όχι 3. Δεν απαντώ
28. Κάνετε τακτικά προληπτικές γυναικολογικές εξετάσεις;
1. Ναι 2. Όχι 3. Δεν απαντώ
29. Αν ναι πόσο συχνά;
1. μία φορά 2. Φορές 3. Σπάνια 4. Καθόλου 5, Δεν απαντώ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΑΤΡΩΝ

ΙΑΤΡΙΚΟ ΤΜΗΜΑ
ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΥΓΙΕΙΝΗΣ
Α. ΒΑΝΤΑΡΑΚΗΣ
Επικ. Καθηγητής Υγιεινής

ΑΤΕΙ ΠΑΤΡΩΝ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ
Τμήμα Νοσηλευτικής – Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας
Ι. ΔΕΤΟΡΑΚΗΣ
Ορ. Επικ. Καθηγητής Υγιεινής-Επιδημιολογίας

30. Αν παρατηρήσετε ότι έχει παρουσιάζετε κάποιο ΣΜΝ, ενημερώνετε το σύντροφό σας;

1. Ναι 2. Όχι 3. Δεν απαντώ

31. Είχατε ποτέ ομοφυλοφυλικές σχέσεις;

1. Ναι 2. Όχι 3. Δεν απαντώ

32. Έχετε απιστήσει τον ερωτικό σας σύντροφο;

1. Μία φορά 2. Δύο φορές
3. Καμία φορά 4. Πολλές φορές
5. Δεν απαντώ

33. Πόσες φορές ο σύντροφός σας είχε μεταδοτικό σεξουαλικό νόσημα κατά τη διάρκεια του τελευταίου έτους; _____

34. Ο συγκεκριμένος σύντροφος σας, ποια από τα παρακάτω παρουσίασε (κατά τη διάρκεια του τελευταίου έτους);

- | | | |
|-------------------------------|------------------|-------------------------|
| 1. Χλαμύδια | 2. Γονόρροια | 3. Ηπατίτιδα Β |
| 4. Γεννητικό έρπη | 5. HIV/AIDS | 6. Κονδυλώματα |
| 7. Σύφιλη | 8. Μυκητίαση | 9. Βακτηριακή κολπίτιδα |
| 10. Μη γονοκοκική ουρηθρήτιδα | | 11. Τραχηλίτιδα |
| 12. Μη ειδική κολπίτιδα | 13. Τριχομονάδες | |
| 14. Ουρηθρήτιδα | | |

35. Σε σας παρουσιάστηκε κάποιο από τα παρακάτω μεταδοτικά νοσήματα (κατά τη διάρκεια του τελευταίου έτους);

- | | | |
|-------------------------------|------------------|-------------------------|
| 1. Χλαμύδια | 2. Γονόρροια | 3. Ηπατίτιδα Β |
| 4. Γεννητικό έρπη | 5. HIV/AIDS | 6. Κονδυλώματα |
| 7. Σύφιλη | 8. Μυκητίαση | 9. Βακτηριακή κολπίτιδα |
| 10. Μη γονοκοκική ουρηθρήτιδα | | 11. Τραχηλίτιδα |
| 12. Μη ειδική κολπίτιδα | 13. Τριχομονάδες | |
| 14. Ουρηθρήτιδα | | |

ΕΡΕΥΝΑ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΣΤΗΝ ΠΟΛΗ ΤΩΝ ΠΑΤΡΩΝ

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Γενικός στόχος της έρευνας

Ο γενικός στόχος της έρευνας μας είναι να εξετάσουμε την σεξουαλική συμπεριφορά των γυναικών της πόλεως των Πατρών.

Πιο συγκεκριμένα, να αξιολογήσουμε την ενημέρωσή τους σε θέματα που αφορούν την σεξουαλική αγωγή.

Αυτό θα μας βοηθήσει ως Νοσηλεύτρες να μπορέσουμε να εντοπίσουμε τα σημεία κακής ή ελλιπής ενημέρωσης που μπορεί να υπάρχουν κυρίως στη νεολαία ώστε να δημιουργηθούν προγράμματα σωστής σεξουαλικής συμπεριφοράς και αγωγής υγείας για όλους τους νέους ώστε να προστατέψουν την υγεία τους από επικίνδυνες ασθένειες που μπορεί να τους καταστρέψουν το μέλλον και τη ζωή τους.

Μεθοδολογία της έρευνας

Η έρευνά μας χαρακτηρίζεται ως περιγραφική, « Η περιγραφική έρευνα » σύμφωνα με τον Best. Το είδος αυτής της έρευνας ενδιαφέρεται για τις συνθήκες ή τις σχέσεις που υπάρχουν, τις πρακτικές που επικρατούν, τις πεποιθήσεις, τις οπτικές γωνίες ή τις στάσεις που έχουν οι άνθρωποι, τις διαδικασίες που βρίσκονται σε εξέλιξη, τα αποτελέσματα που γίνονται αισθητά ή τις στάσεις που αναπτύσσονται.

Ενίοτε η περιγραφική έρευνα, ενδιαφέρεται για το πώς αυτό που είναι ή αυτό που υπάρχει σχετίζεται με κάποιο προηγούμενο γεγονός το οποίο έχει επηρεάσει ή έχει επιδράσει πάνω σε ένα όρο ή σε ένα γεγονός του παρόντος. (Cohen & Manion, 1994, σελ. 101)

Η συγκεκριμένη περιγραφική έρευνα ενδιαφέρεται να εντοπίσει και να καταγράψει τις σεξουαλικές γνώσεις, των γυναικών της πόλεως των Πατρών.

Επιπλέον η έρευνα, χαρακτηρίζεται ως ποσοτική γιατί έχει να κάνει με αριθμητικά δεδομένα και μετρήσιμα μεγέθη.

Πληθυσμός - Δείγμα

Ο πληθυσμός για την παρούσα μελέτη ήταν γυναίκες 17-60 ετών. Το δείγμα μας αφορά 159 γυναίκες της πόλεως των Πατρών.

Η δειγματοληψία χαρακτηρίζεται τυχαία ή βολική. Στην βολική ή τυχαία δειγματοληψία, όπως αναφέρεται κάποιες φορές, επιλέγονται τα πλησιέστερα άτομα για να χρησιμεύσουν ως απαντώντες και αυτή η διαδικασία συνεχίζεται μέχρι να αποκτηθεί το μέγεθος του δείγματος.

Οι γυναίκες αυτές κλήθηκαν προς συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Απευθυνθήκαμε σε 170 από τις οποίες οι 11 αρνήθηκαν να συμμετέχουν στην έρευνα.

Ερευνητικό εργαλείο

Το εργαλείο που επιλέχθηκε για την έρευνα είναι το ερωτηματολόγιο, αποτελούμενο από 35 ερωτήσεις κλειστού τύπου. Το ερωτηματολόγιο είναι το βασικό μέσο επικοινωνίας ανάμεσα στον συνεντευκτή και τον ερωτώμενο. Αποτελείται από μια σειρά ερωτήσεων πάνω στα θέματα που απαιτούν κάποια πληροφορία από τον ερωτώμενο.

Οι ερωτήσεις του ερωτηματολογίου αναφέρονται σε συγκεκριμένους

- **Το προφίλ των γυναικών που συμμετέχουν στην έρευνα (ηλικία, διαμονή, εισόδημα κ.λπ)**
- **Παράγοντες οι οποίοι συμβάλλουν στην αλυσίδα της μεταδοτικότητας των ΣΜΝ.**
- **Ποια μέτρα θα μπορούσαν να ληφθούν για την μείωση και μελλοντικά για την εξάλειψη των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων.**
- **Οι αντιλήψεις των νέων για τον έρωτα και η σεξουαλική τους συμπεριφορά.**
- **Οι ευαισθησία των γυναικών όσον αφορά τον σεβασμό της υγείας του ερωτικού τους συντρόφου, αλλά και της δικής τους.**
- **Το επίπεδο ορθής ενημέρωσής τους στα θέματα σεξουαλικής αγωγής.**

- Οι ηλικίες στις οποίες υπάρχει αυξημένη συχνότητα εμφάνισης ΣΜΝ.

Η επεξεργασία των ερωτήσεων έγινε με το SPSS B12.

Χρονική διάρκεια έρευνας και ηθικά ζητήματα.

Η έρευνά μας ξεκίνησε στις 01/6/2008 και έληξε στις 20/7/2008
Τα ερωτηματολόγια μοιράστηκαν σε τυχαίο αριθμό γυναικών της πόλεως των Πατρών.

Η μέγιστη διάρκεια συμπλήρωσης κάθε ερωτηματολογίου ήταν 10 – 15 λεπτά και δόθηκαν σε κλειστό φάκελο. Τα ερωτηματολόγια ήταν ανώνυμα ώστε να κρατηθεί η ανωνυμία των ερωτηθέντων. Τα στοιχεία της έρευνας χρησιμοποιήθηκαν αποκλειστικά για τους σκοπούς της. Τα στοιχεία των συμμετεχόντων, δεν καταγράφηκαν, ούτε χρησιμοποιήθηκαν για οποιεσδήποτε συσχετίσεις, πέρα από εκείνες που περιέχονται στο ερωτηματολόγιο. Οι ερωτώμενοι αφού ενημερώθηκαν έδωσαν την προφορική τους συγκατάθεση η οποία αποδεικνύεται από τα συλλεχθέντα στοιχεία .

Δυσκολίες που αντιμετωπίστηκαν

Κατά τη διεξαγωγή της έρευνας αντιμετωπίστηκαν δυσκολίες που προέρχονταν κυρίως από τη μέθοδο συλλογής δεδομένων (χρονικό όριο). Λόγω του θέματος κάποιοι ερωτώμενοι ήταν αρκετά επιφυλακτικοί ενώ άλλοι δέχθηκαν να συμμετέχουν με ευχαρίστηση.

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

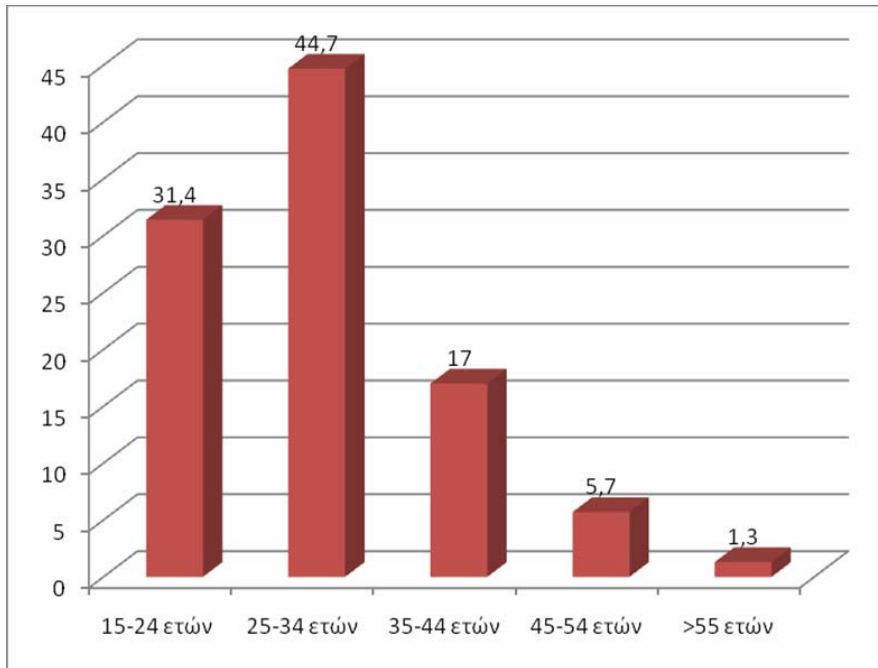
ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

ΗΛΙΚΙΑ

	Συχνότητα	Ποσοστό %
15-24 ετών	50	31,4
25-34 ετών	71	44,7
35-44 ετών	27	17,0
45-54 ετών	9	5,7
>55 ετών	2	1,3
Σύνολο	159	100,0

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. Ηλικία.

Στον πίνακα αυτόν βλέπουμε τις ηλικίες των ατόμων που πραγματοποιήθηκε η έρευνα. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ανθρώπων που συμμετείχαν στην έρευνα αναφέρεται στις ηλικίες 25 -34 ετών.

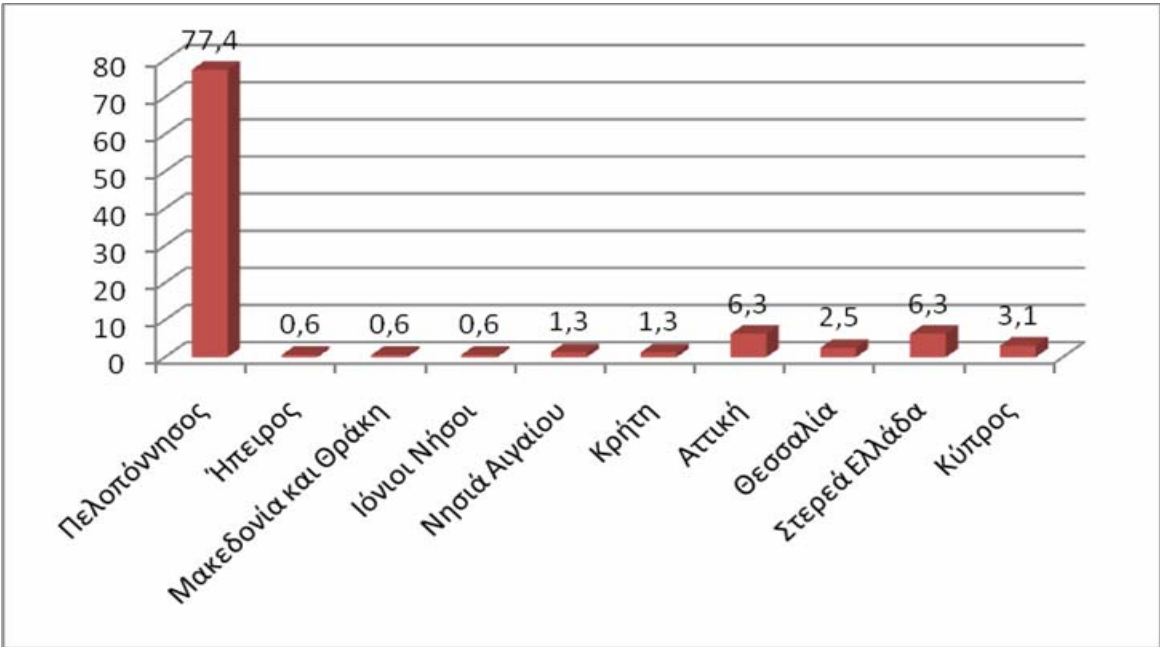


ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ

	Συχνότητα	Ποσοστό %
Πελοπόννησος	123	77,4
Ήπειρος	1	,6
Μακεδονία και Θράκη	1	,6
Ιόνιοι Νήσοι	1	,6
Νησιά Αιγαίου	2	1,3
Κρήτη	2	1,3
Αττική	10	6,3
Θεσσαλία	4	2,5
Στερεά Ελλάδα	10	6,3
Κύπρος	5	3,1
Σύνολο	159	100,0

ΠΙΝΑΚΑΣ 2. Τόπος διαμονής.

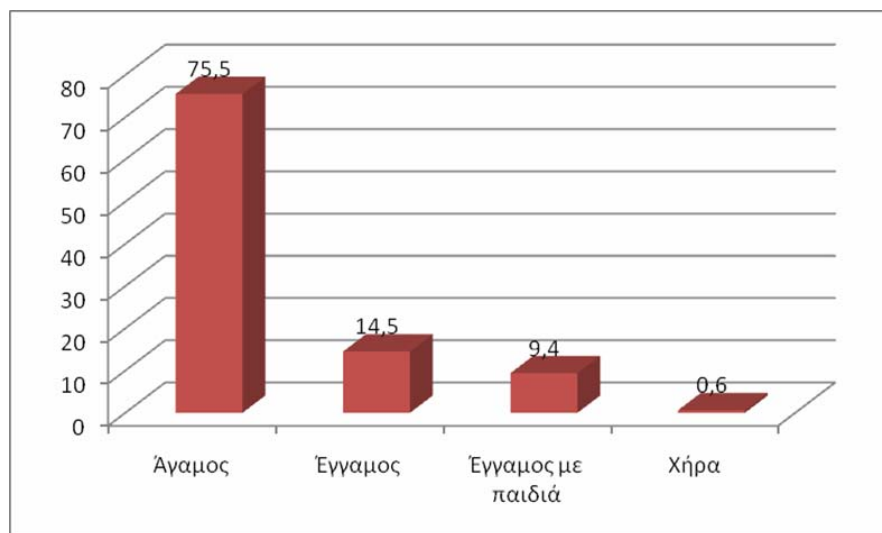
Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων είναι άτομα που διαμένουν στην Πελοπόννησο.



ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

	Συχνότητα	Ποσοστό %
Άγαμος	120	75,5
Έγγαμος	23	14,5
Έγγαμος με παιδιά	15	9,4
Χήρα	1	,6
Σύνολο	159	100,0

ΠΙΝΑΚΑΣ 3. Οικογενειακή κατάσταση.
Όσον αφορά την οικογενειακή τους κατάσταση, οι άγαμοι υπερτερούν με ποσοστό. (75,5 %)

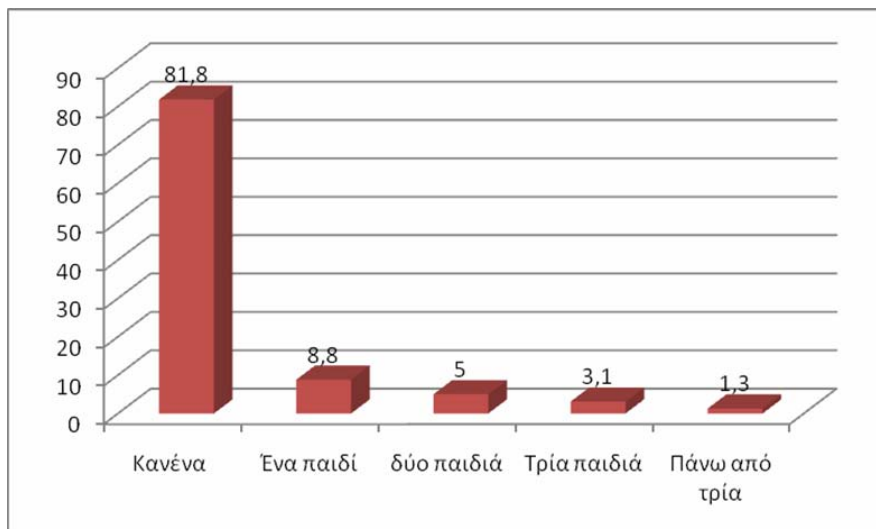


ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΕΚΝΩΝ

	Συχνότητα	Ποσοστό %
Κανένα	130	81,8
Ένα παιδί	14	8,8
δύο παιδιά	8	5,0
Τρία παιδιά	5	3,1
Πάνω από τρία	2	1,3
Σύνολο	159	100,0

ΠΙΝΑΚΑΣ 4. Αριθμός τέκνων.

Η έρευνα σε ποσοστό 81,8 % αναφέρεται σε άτομα που δεν έχουν κανένα παιδί.

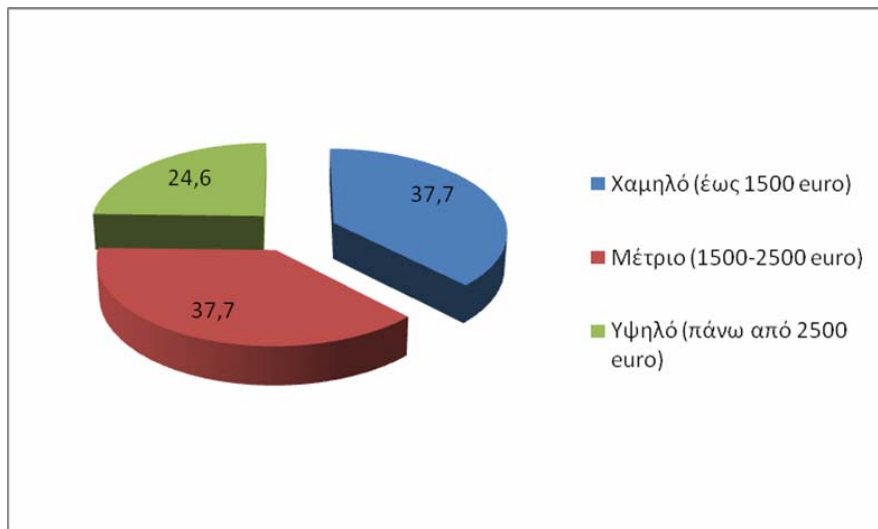


ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ

	Συχνότητα	Ποσοστό %
Χαμηλό (έως 1500 euro)	60	37,7
Μέτριο (1500-2500 euro)	60	37,7
Υψηλό (πάνω από 2500 euro)	39	24,6
Σύνολο	159	100,0

ΠΙΝΑΚΑΣ 4. Οικογενειακό εισόδημα.

Τα πρόσωπα που ερωτήθηκαν εμφανίζονται σε ποσοστό 37,7 % με χαμηλό ή μέτριο εισόδημα.

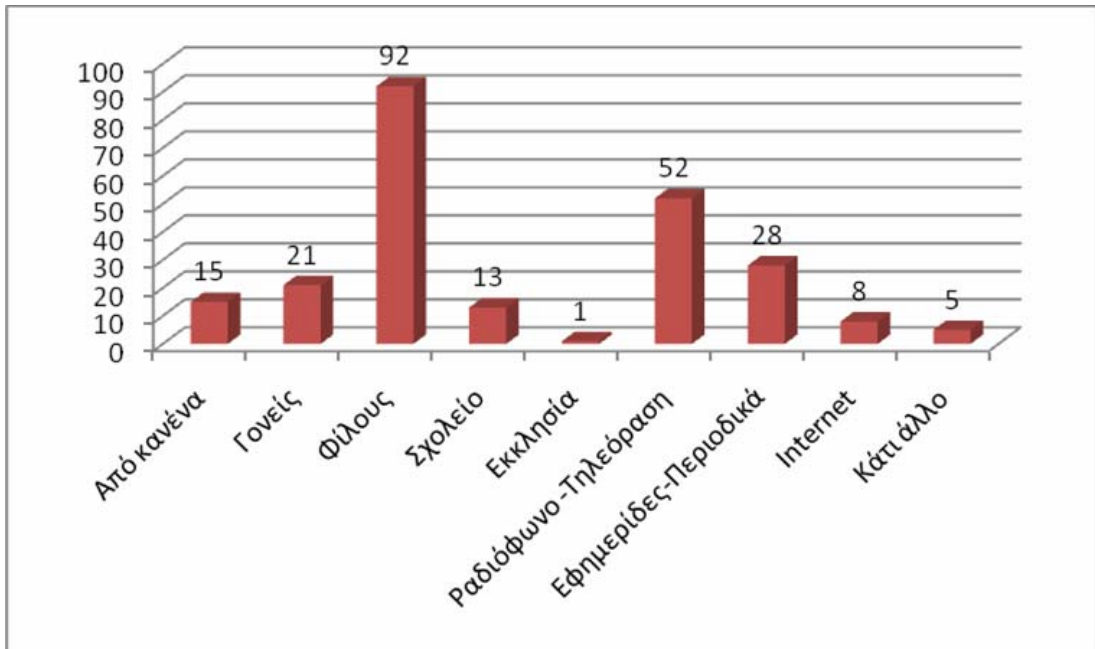


ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΓΙΑ ΘΕΜΑΤΑ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ

	Συχνότητα
Από κανένα	15
Γονείς	21
Φίλους	92
Σχολείο	13
Εκκλησία	1
Ραδιόφωνο -Τηλεόραση	52
Εφημερίδες-Περιοδικά	28
Internet	8
Κάτι άλλο	5

ΠΙΝΑΚΑΣ 5. Ενημέρωση σεξουαλικής αγωγής.

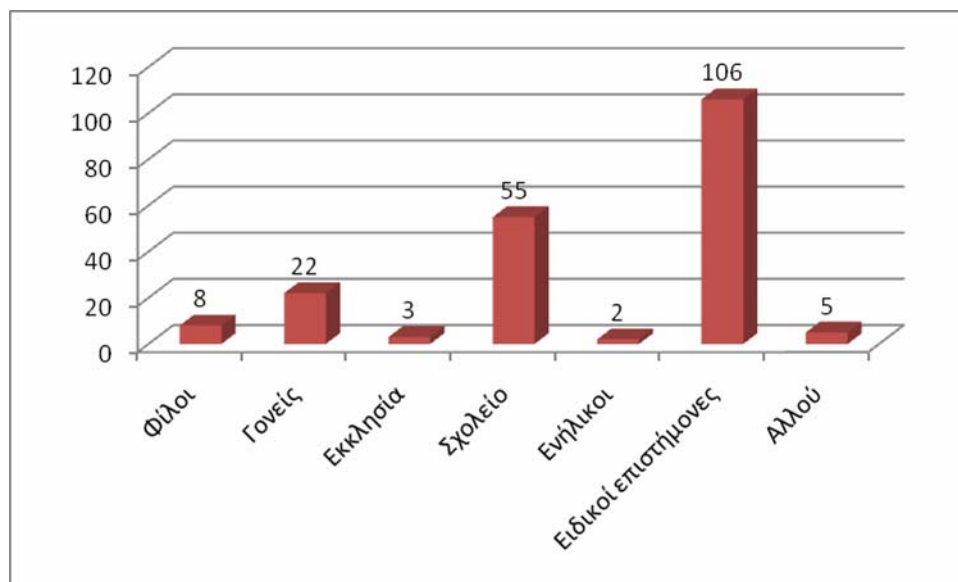
Σε αυτόν τον πίνακα διαπιστώνεται ότι ο μεγαλύτερος αριθμός των συμμετεχόντων (92 άτομα) έχουν ενημερωθεί για θέματα σεξουαλικής αγωγής από φίλους.



ΚΑΤΑΛΛΗΛΟΙ ΓΙΑ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΣΕ ΘΕΜΑΤΑ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ

	Συχνότητα
Φίλοι	8
Γονείς	22
Εκκλησία	3
Σχολείο	55
Ενήλικοι	2
Ειδικοί επιστήμονες	106
Άλλού	5

ΠΙΝΑΚΑΣ 6. Κατάλληλοι για ενημέρωση σε θέματα σεξουαλικής αγωγής. Ο μεγαλύτερος αριθμός των ερωτηθέντων (106 άτομα) θεωρούν τους ειδικούς επιστήμονες τα πιο κατάλληλα πρόσωπα για ενημέρωση σε θέματα σεξουαλικής αγωγής.

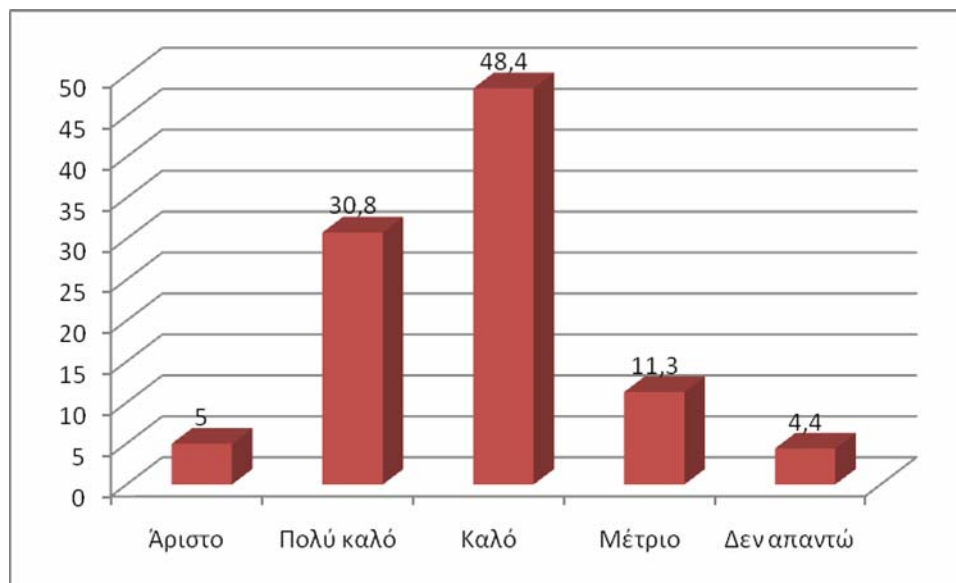


ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ

	Συχνότητα	Ποσοστό %
Άριστο	8	5,0
Πολύ καλό	49	30,8
Καλό	77	48,4
Μέτριο	18	11,3
Δεν απαντώ	7	4,4
Σύνολο	159	100,0

ΠΙΝΑΚΑΣ 7. Επίπεδο ενημέρωσης.

Το 48,4 % των ερωτηθέντων αναφέρει ότι το επίπεδο ενημέρωσης του στα θέματα της σεξουαλικής αγωγής είναι καλό.

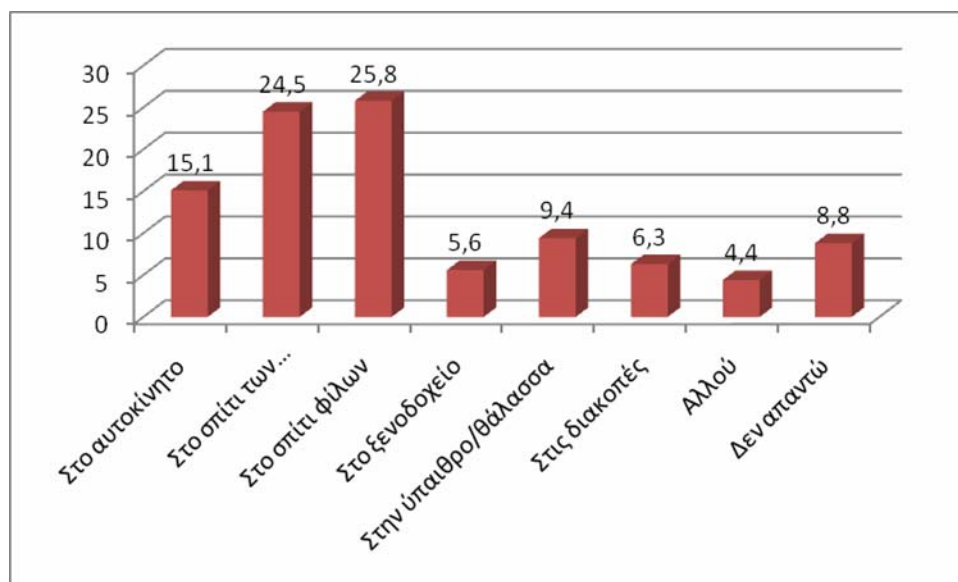


ΠΡΩΤΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΕΠΑΦΗ

	Συχνότητα	Ποσοστό %
Στο αυτοκίνητο	24	15,1
Στο σπίτι των γονιών/συγγενών	39	24,5
Στο σπίτι φίλων	41	25,8
Στο ξενοδοχείο	9	5,6
Στην ύπαιθρο/θάλασσα	15	9,4
Στις διακοπές	10	6,3
Αλλού	7	4,4
Δεν απαντώ	14	8,8
Σύνολο	159	100,0

ΠΙΝΑΚΑΣ 8. Πρώτη σεξουαλική επαφή.

Οι περισσότεροι από τα άτομα που ερωτήθηκαν (25,8 %) πραγματοποίησαν την πρώτη τους σεξουαλική επαφή στο σπίτι φίλων.

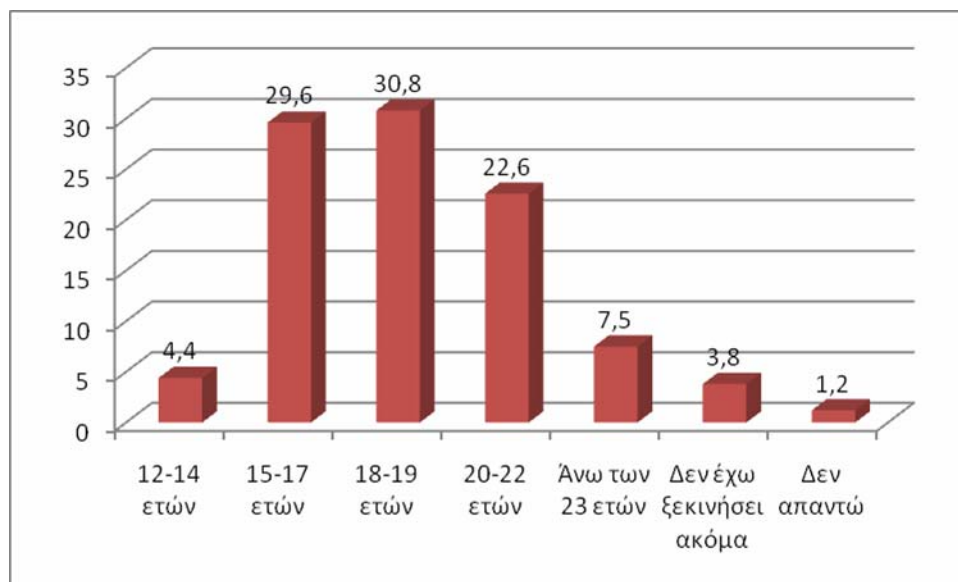


ΗΛΙΚΙΑ ΠΡΩΤΗΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΣΧΕΣΗΣ

	Συχνότητα	Ποσοστό %
12-14 ετών	7	4,4
15-17 ετών	47	29,6
18-19 ετών	49	30,8
20-22 ετών	36	22,6
Άνω των 23 ετών	12	7,5
Δεν έχω ξεκινήσει ακόμα	6	3,8
Δεν απαντώ	2	1,2
Σύνολο	159	100,0

ΠΙΝΑΚΑΣ 9. Ηλικία πρώτης σεξουαλικής σχέσης.

Σε ποσοστό 30,8 % των συμμετεχόντων, πραγματοποίησε την πρώτη σεξουαλική σχέση σε ηλικία 18-19 ετών.

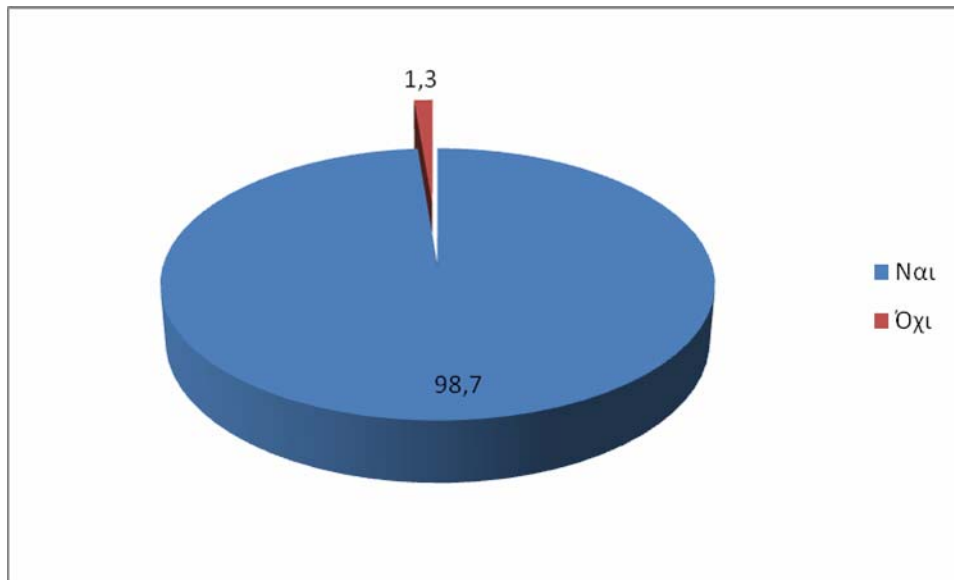


ΓΝΩΣΗ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΩΝ ΜΕΘΟΔΩΝ

	Συχνότητα	Ποσοστό %
Ναι	157	98,7
Όχι	2	1,3
Σύνολο	159	100,0

ΠΙΝΑΚΑΣ 10. Γνώση αντισυλληπτικών μεθόδων.

Το 98,7 % των ερωτηθέντων απαντάει ότι γνωρίζει αντισυλληπτικές μεθόδους.

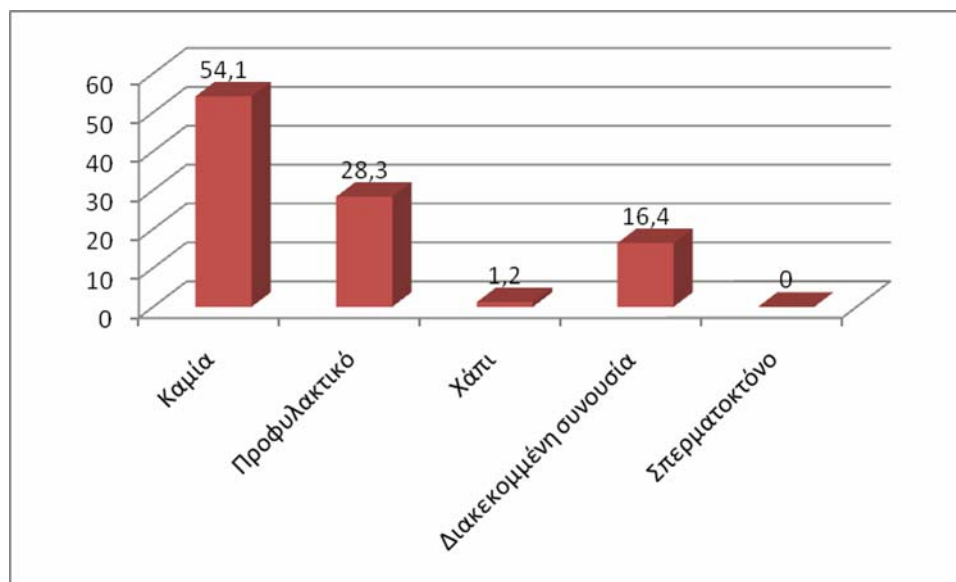


ΜΕΘΟΔΟ ΠΡΩΤΗΣ ΕΠΑΦΗΣ

	Συχνότητα	Ποσοστό %
Καμία	86	54,1
Προφυλακτικό	45	28,3
Χάπι	2	1,2
Διακεκομμένη συνουσία	26	16,4
Σπερματοκτόνο	0	0
Σύνολο	159	100,0

ΠΙΝΑΚΑΣ 11. Μέθοδος πρώτης επαφής.

Από τους 159 συμμετέχοντες της έρευνας, ο μεγαλύτερος αριθμός (86 άτομα) στην πρώτη τους σεξουαλική επαφή δεν χρησιμοποίησε καμία μέθοδο αντισύλληψης (54,1 %)

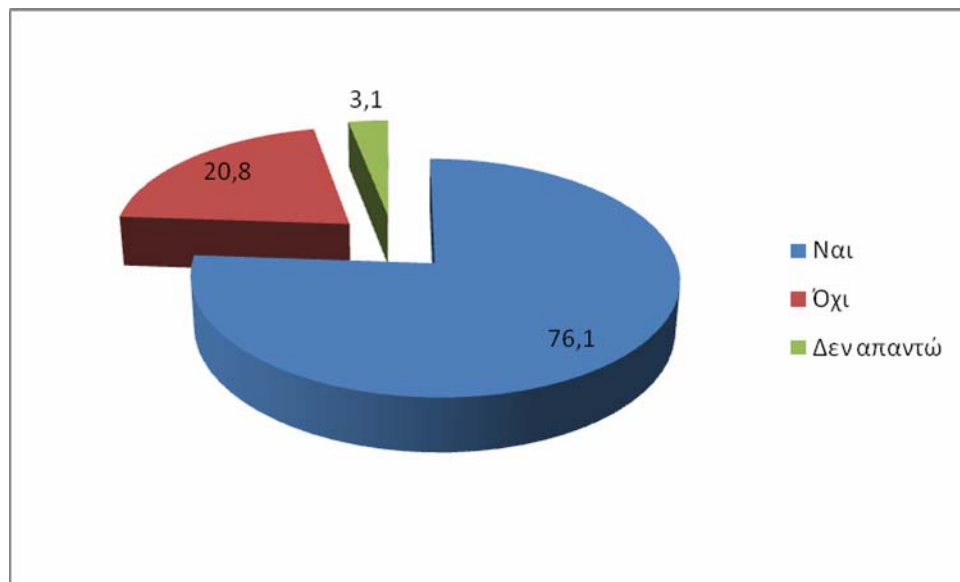


ΧΡΗΣΗ ΜΕΘΟΔΟΥ ΤΩΡΑ

	Συχνότητα	Ποσοστό %
Ναι	121	76,1
Όχι	33	20,8
Δεν απαντώ	5	3,1
Σύνολο	159	100,0

ΠΙΝΑΚΑΣ 12. Χρήση μεθόδου τώρα.

Το 76,1 % των ερωτηθέντων που αντιστοιχεί σε 121 άτομα, αναφέρει ότι χρησιμοποιεί κάποια μέθοδο αντισύλληψης τώρα.

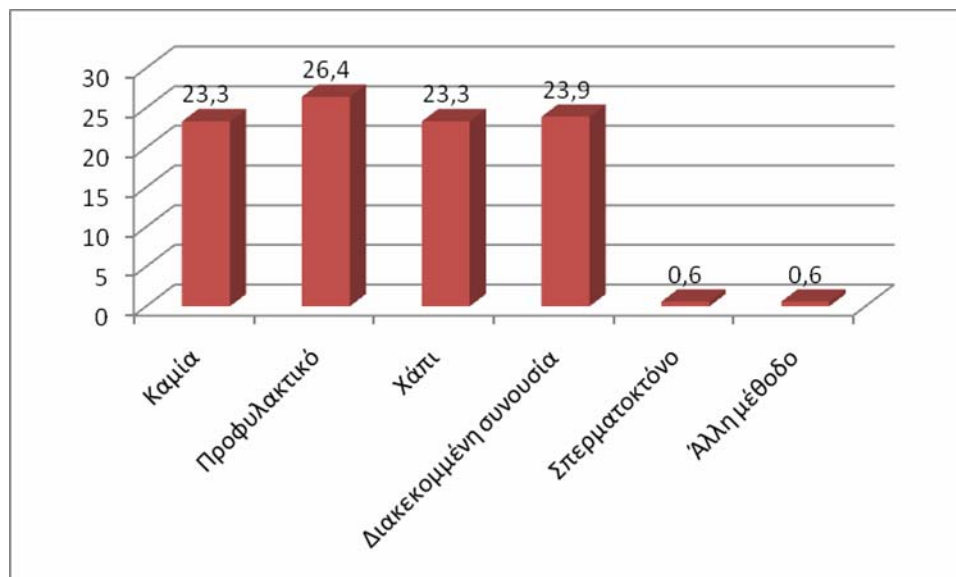


ΤΩΡΙΝΗ ΜΕΘΟΔΟΣ ΧΡΗΣΗΣ

	Συχνότητα	Ποσοστό %
Καμία	37	23,3
Προφυλακτικό	45	26,4
Χάπι	37	23,3
Διακεκομμένη συνουσία	38	23,9
Σπερματοκτόνο	1	,6
Άλλη μέθοδο	1	,6
Σύνολο	159	100,0

ΠΙΝΑΚΑΣ 13. Τωρινή μέθοδος χρήσης.

Η τωρινή μέθοδος χρήσης αντισύλληψης για τους περισσότερους είναι το προφυλακτικό.

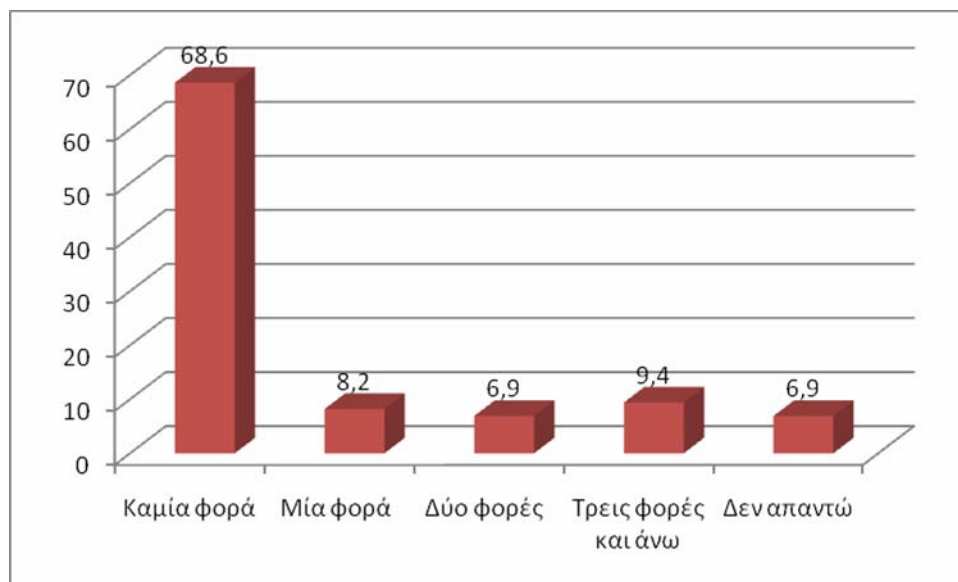


ΜΗ ΧΡΗΣΗ ΜΕΘΟΔΟΥ

	Συχνότητα	Ποσοστό %
Καμία φορά	109	68,6
Μία φορά	13	8,2
Δύο φορές	11	6,9
Τρεις φορές και άνω	15	9,4
Δεν απαντώ	11	6,9
Σύνολο	159	100,0

ΠΙΝΑΚΑΣ 14. Μη χρήση μεθόδου.

Από τους 159 συμμετέχοντες οι 109 που είναι και το μεγαλύτερο ποσοστό χρησιμοποιούν πάντα μέθοδο αντισύλληψης. Μόνο το 9,4 % δεν χρησιμοποίησε κάποια μέθοδο πάνω από 3 φορές.

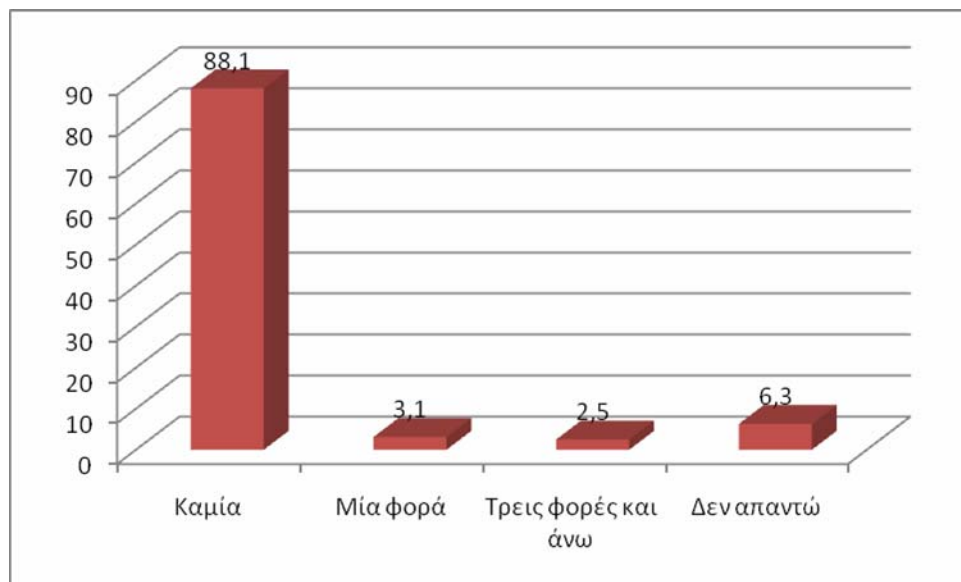


ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΟΥ

	Συχνότητα	Ποσοστό %
Καμία	140	88,1
Μία φορά	5	3,1
Τρεις φορές και άνω	4	2,5
Δεν απαντώ	10	6,3
Σύνολο	159	100,0

ΠΙΝΑΚΑΣ 15. Αφαίρεση προφυλακτικού.

Από τα 159 άτομα που ερωτήθηκαν τα 140 δεν αφαίρεσαν το προφυλακτικό κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής συνεύρεσης.

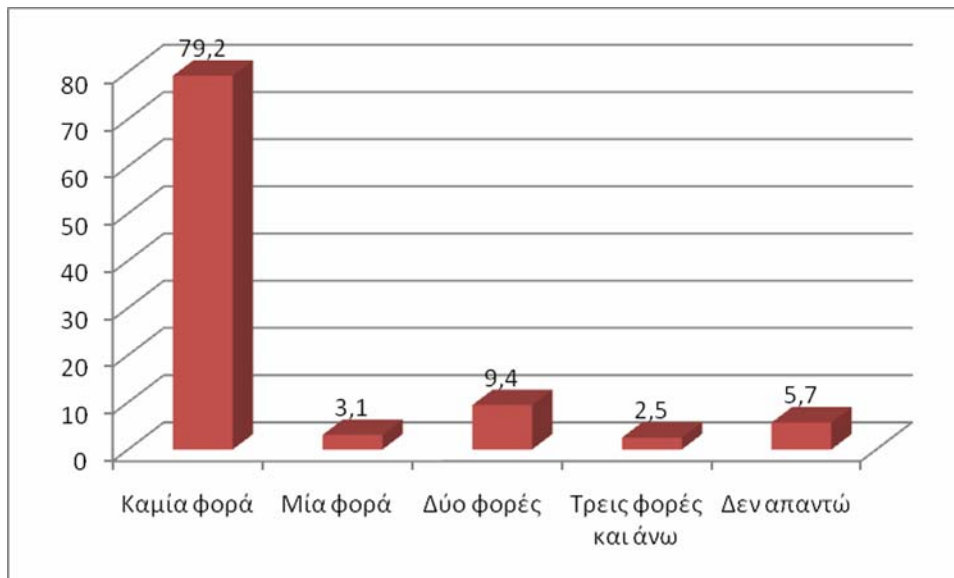


ΑΤΥΧΗΜΑ ΜΕ ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΟ

	Συχνότητα	Ποσοστό %
Καμία φορά	126	79,2
Μία φορά	5	3,1
Δύο φορές	15	9,4
Τρεις φορές και άνω	4	2,5
Δεν απαντώ	9	5,7
Σύνολο	159	100,0

ΠΙΝΑΚΑΣ 16. Ατύχημα με προφυλακτικό.

Στο μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων δεν έχει συμβεί ποτέ κάποιο ατύχημα με προφυλακτικό (79,2 %).

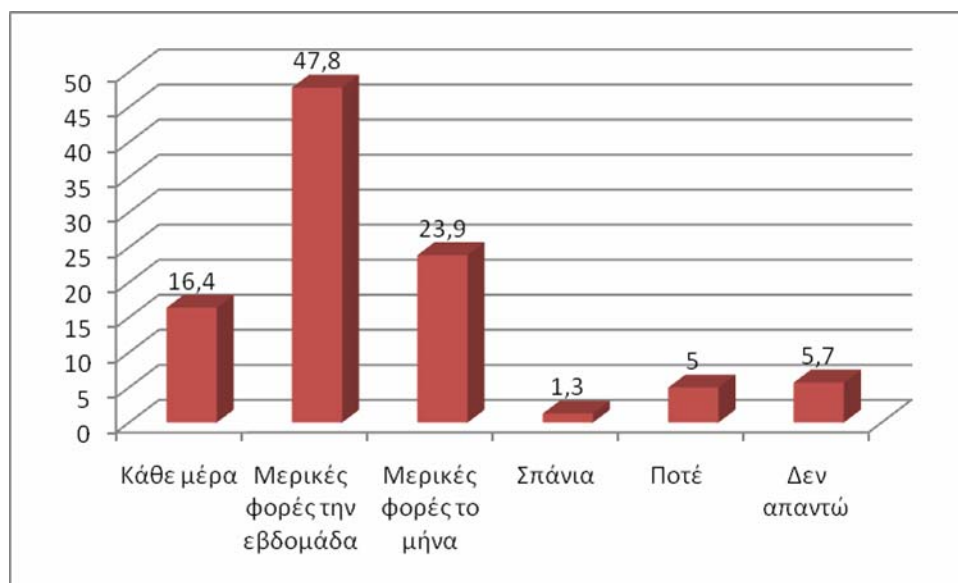


ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΕΠΑΦΗΣ

	Συχνότητα	Ποσοστό %
Κάθε μέρα	26	16,4
Μερικές φορές την εβδομάδα	76	47,8
Μερικές φορές το μήνα	38	23,9
Σπάνια	2	1,3
Ποτέ	8	5,0
Δεν απαντώ	9	5,7
Σύνολο	159	100,0

ΠΙΝΑΚΑΣ 17. Συχνότητα σεξουαλικής επαφής.

Το μεγαλύτερο ποσοστό (47,8 %) έχει σεξουαλικές επαφές μερικές φορές την εβδομάδα.

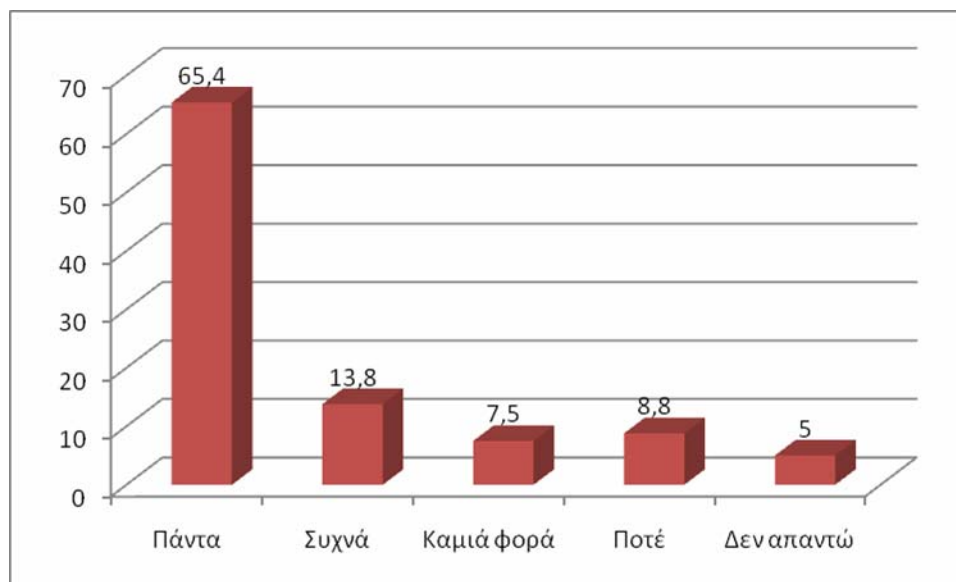


ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΦΥΛΑΞΗΣ (ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ)

	Συχνότητα	Ποσοστό %
Πάντα	104	65,4
Συχνά	22	13,8
Καμιά φορά	12	7,5
Ποτέ	14	8,8
Δεν απαντώ	8	5,0
Σύνολο	159	100,0

ΠΙΝΑΚΑΣ 18. Μέτρα προφύλαξης (Συχνότητα).

Το 65,4 % των ατόμων που συμμετέχουν στην έρευνα χρησιμοποιεί πάντα μέτρα προφύλαξης όταν συνευρίσκεται ερωτικά με το σύντροφο του.

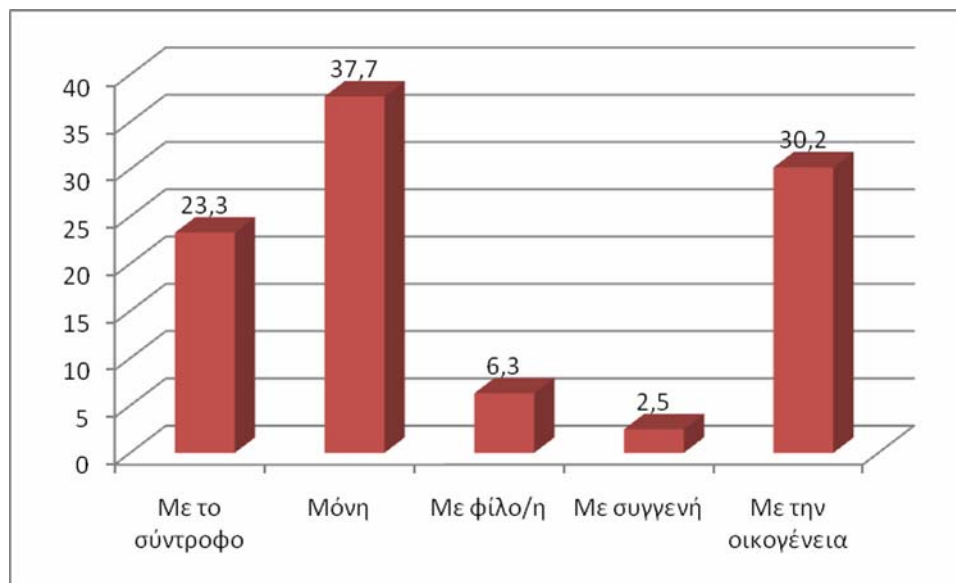


ΔΙΑΜΟΝΗ ΣΤΗΝ ΠΑΤΡΑ

	Συχνότητα	Ποσοστό %
Με το σύντροφο	37	23,3
Μόνη	60	37,7
Με φίλο/η	10	6,3
Με συγγενή	4	2,5
Με την οικογένεια	48	30,2
Σύνολο	159	100,0

ΠΙΝΑΚΑΣ 19. Διαμονή στην Πάτρα.

Από τα πρόσωπα που ερωτήθηκαν το 37,7 % μένει μόνο του στην περιοχή των Πατρών.

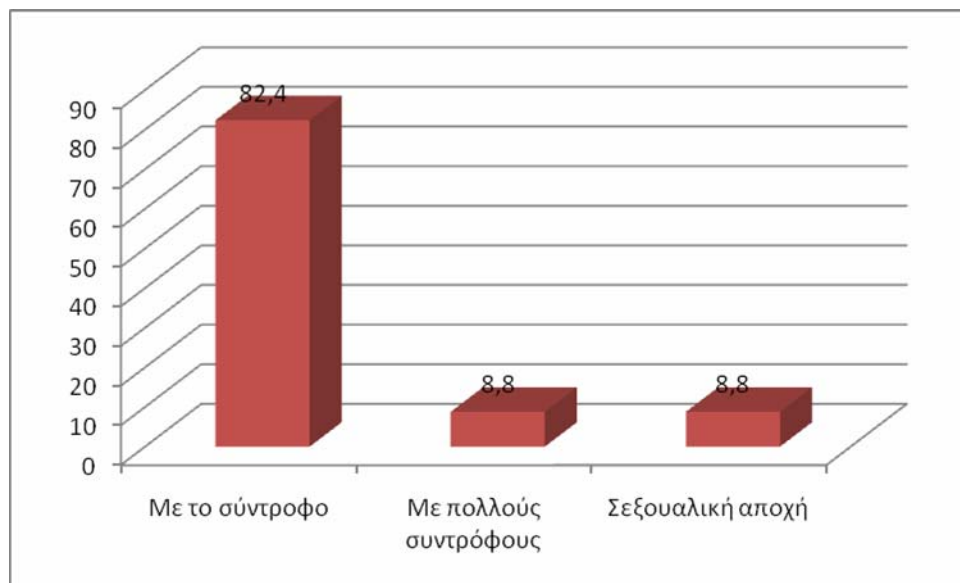


ΑΤΟΜΟ ΜΕ ΤΟ ΟΠΟΙΟ ΔΙΑΤΗΡΕΙΤΑΙ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ

	Συχνότητα	Ποσοστό %
Με το σύντροφο	131	82,4
Με πολλούς συντρόφους	14	8,8
Σεξουαλική αποχή	14	8,8
Σύνολο	159	100,0

ΠΙΝΑΚΑΣ 20. Άτομο με το οποίο διατηρείται σεξουαλικές σχέσεις.

Στα 159 άτομα που ερωτήθηκαν τα 131 (82,4 %) διατηρεί σεξουαλικές σχέσεις με το σύντροφο του.

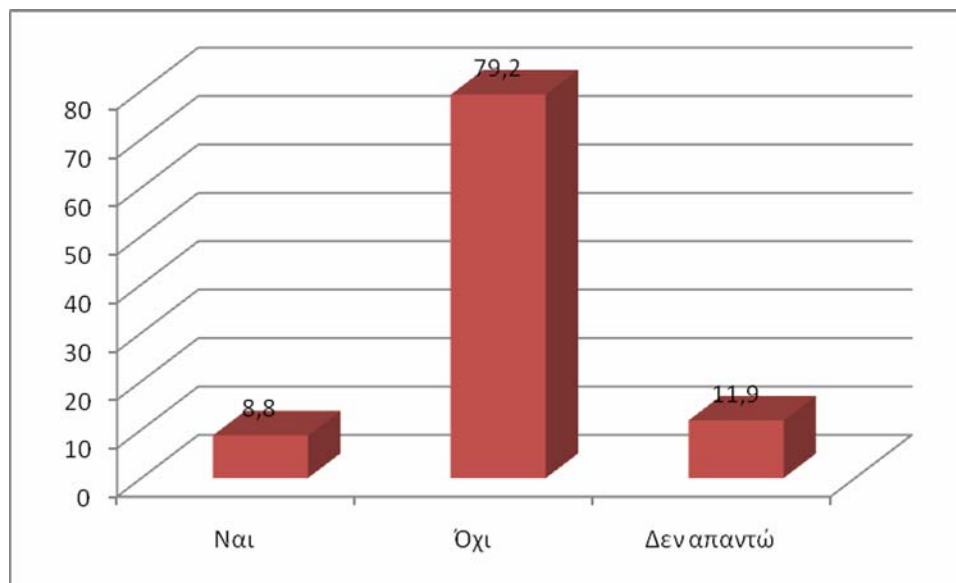


ΑΛΛΑΓΗ ΣΥΝΤΡΟΦΩΝ

	Συχνότητα	Ποσοστό %
Ναι	14	8,8
Όχι	126	79,2
Δεν απαντώ	19	11,9
Σύνολο	159	100,0

ΠΙΝΑΚΑΣ 21. Αλλαγή συντρόφων.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων (79,2 %) δεν κάνει εναλλαγές ερωτικών συντρόφων.

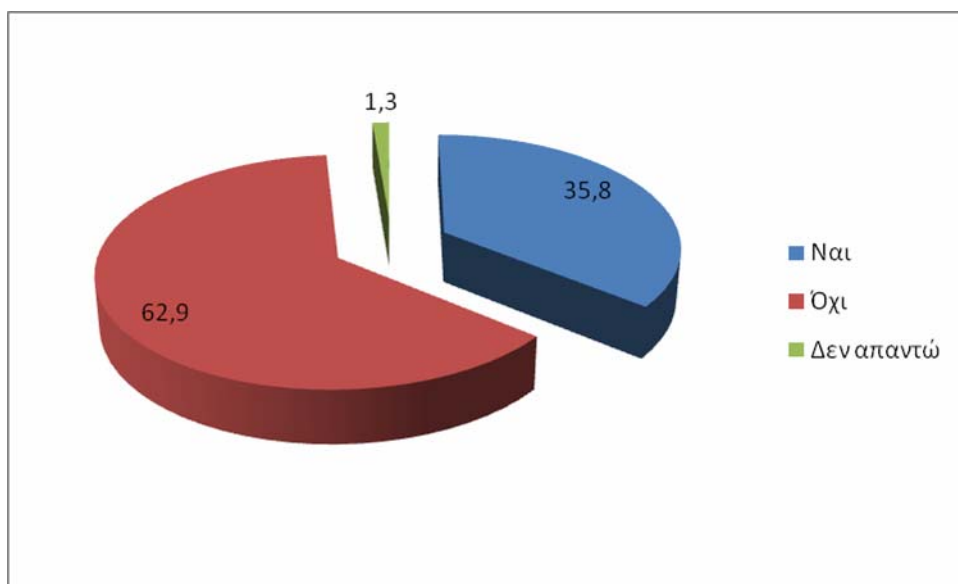


ΑΡΧΙΚΗ ΕΠΙΣΚΕΨΗ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΟ (ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΠΡΩΤΗ ΕΠΑΦΗ)

	Συχνότητα	Ποσοστό %
Ναι	57	35,8
Όχι	100	62,9
Δεν απαντώ	2	1,3
Σύνολο	159	100,0

ΠΙΝΑΚΑΣ 23. Αρχική επίσκεψη σε γυναικολόγο (μετά την πρώτη επαφή).

Οι 100 ερωτηθέντες στους 159 μετά την πρώτη τους σεξουαλική επαφή δεν επισκέφτηκαν κάποιο γυναικολόγο.

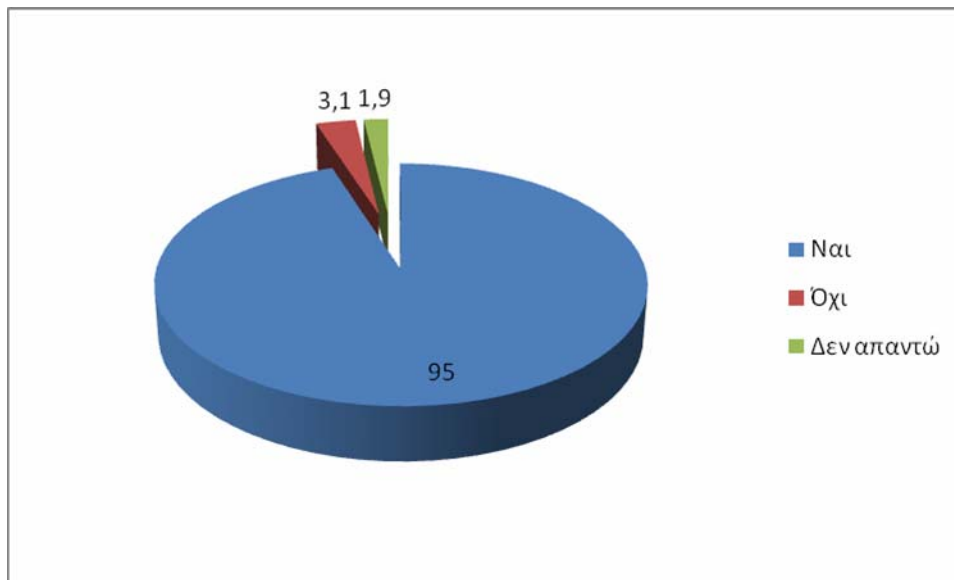


ΕΚΤΑΚΤΗ ΕΠΙΣΚΕΨΗ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΟ

	Συχνότητα	Ποσοστό %
Ναι	151	95,0
Όχι	5	3,1
Δεν απαντώ	3	1,9
Σύνολο	159	100,0

ΠΙΝΑΚΑΣ 24. Έκτακτη επίσκεψη σε γυναικολόγο.

Η πλειοψηφία των ατόμων που ερωτήθηκαν απάντησε σε ποσοστό 95,0 % ότι κάνει έκτακτες επισκέψεις σε γυναικολόγο.

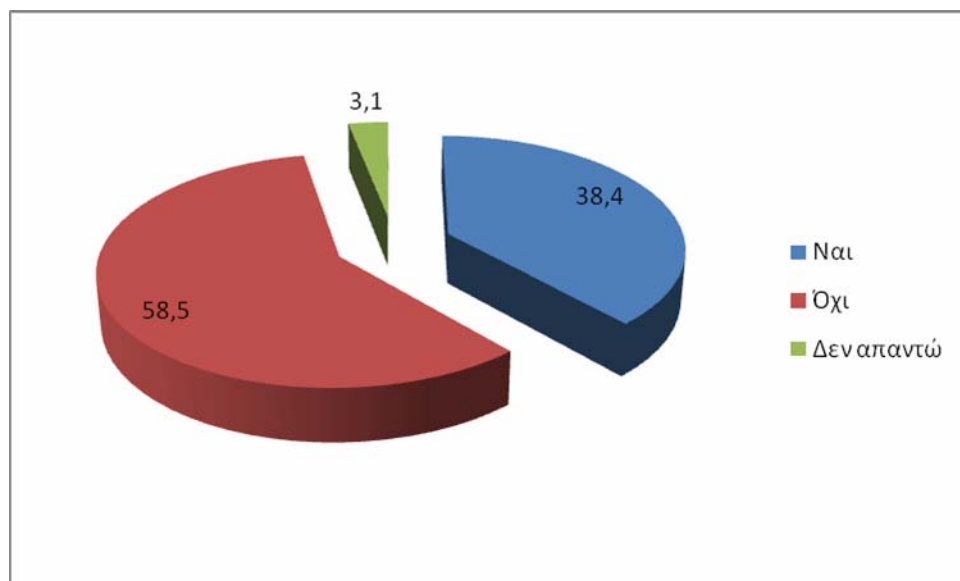


ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΕΣ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

	Συχνότητα	Ποσοστό %
Ναι	61	38,4
Όχι	93	58,5
Δεν απαντώ	5	3,1
Σύνολο	159	100,0

ΠΙΝΑΚΑΣ 25. Προληπτικές γυναικολογικές εξετάσεις.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων (58,5 %) απάντησε ότι δεν κάνει προληπτικές γυναικολογικές εξετάσεις.

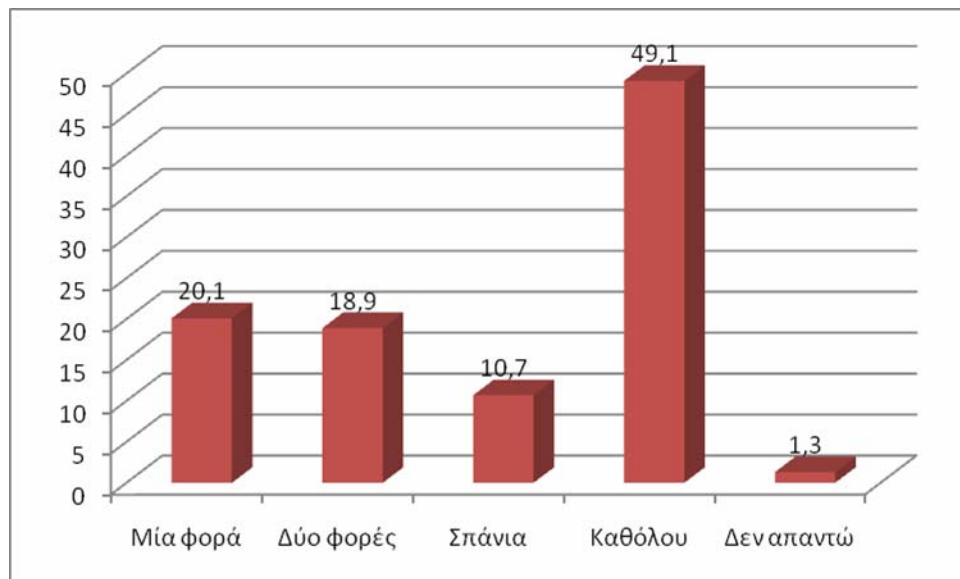


ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ

	Συχνότητα	Ποσοστό %
Μία φορά	32	20,1
Δύο φορές	30	18,9
Σπάνια	17	10,7
Καθόλου	78	49,1
Δεν απαντώ	2	1,3
Σύνολο	159	100,0

ΠΙΝΑΚΑΣ 26. Συχνότητα εξετάσεων.

Ο μεγαλύτερος αριθμός των ανθρώπων που συμμετείχαν στην έρευνα (78 άτομα) απαντά αρνητικά όσον αφορά την συχνότητα των εξετάσεων. Το 49,1 % δεν κάνει καθόλου προληπτικές εξετάσεις.

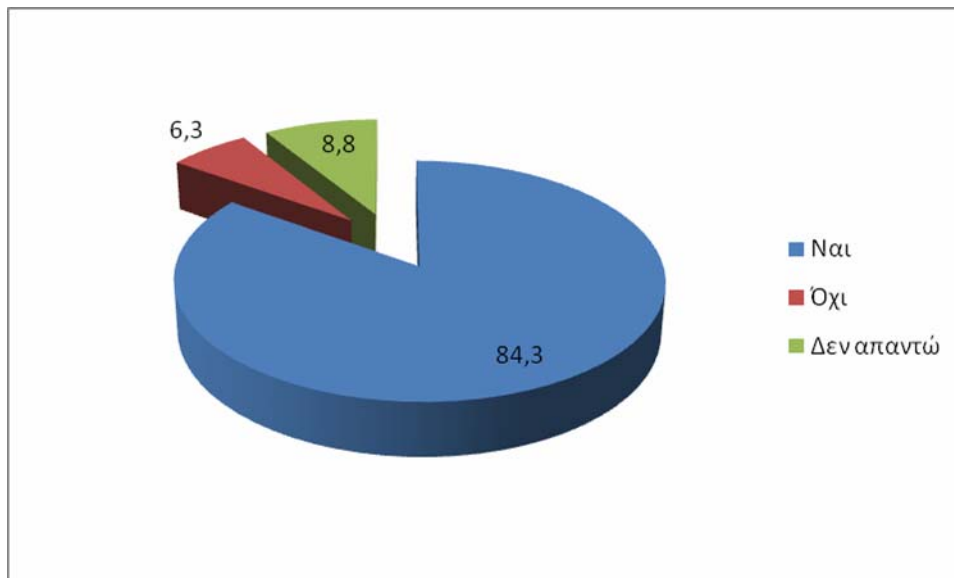


ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΣΥΝΤΡΟΦΟΥ ΓΙΑ ΣΜΝ

	Συχνότητα	Ποσοστό %
Ναι	134	84,3
Όχι	11	6,3
Δεν απαντώ	14	8,8
Σύνολο	159	100,0

ΠΙΝΑΚΑΣ 27. Ενημέρωση συντρόφου για ΣΜΝ.

Από τους 159 ερωτηθέντες οι 134 που είναι και το μεγαλύτερο ποσοστό είπαν ότι ενημερώνουν το σύντροφό τους όταν γνωρίζουν πως έχουν μολυνθεί από κάποιο ΣΜΝ.

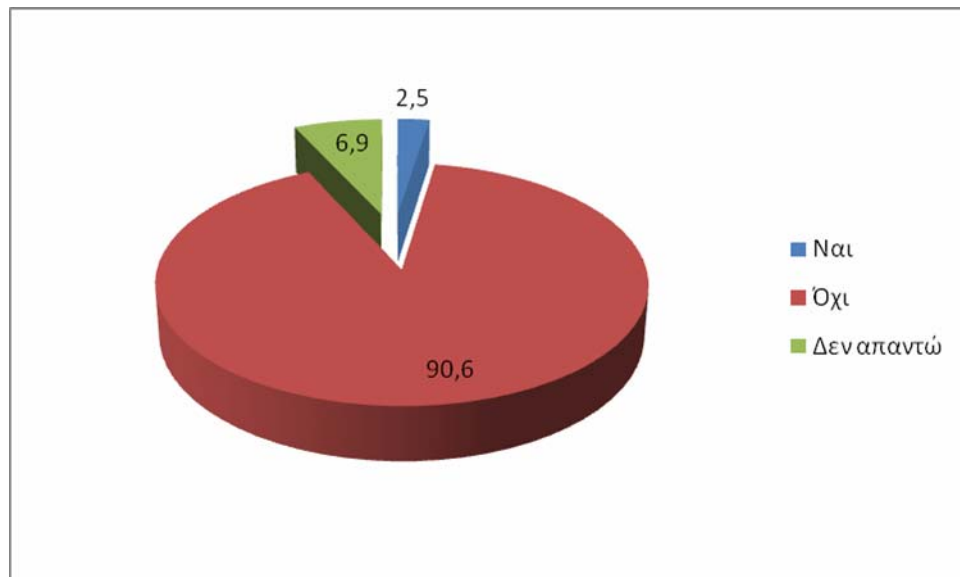


ΥΠΑΡΞΗ ΟΜΟΦΥΛΟΦΙΛΙΚΩΝ ΣΧΕΣΕΩΝ

	Συχνότητα	Ποσοστό %
Ναι	4	2,5
Όχι	144	90,6
Δεν απαντώ	11	6,9
Σύνολο	159	100,0

ΠΙΝΑΚΑΣ 28. Ύπαρξη ομοφυλοφιλικών σχέσεων.

Τα περισσότερα άτομα απάντησαν αρνητικά σε αυτήν την ερώτηση. Οι 144 στους 159 δεν διατηρεί ομοφυλοφιλικές σχέσεις.

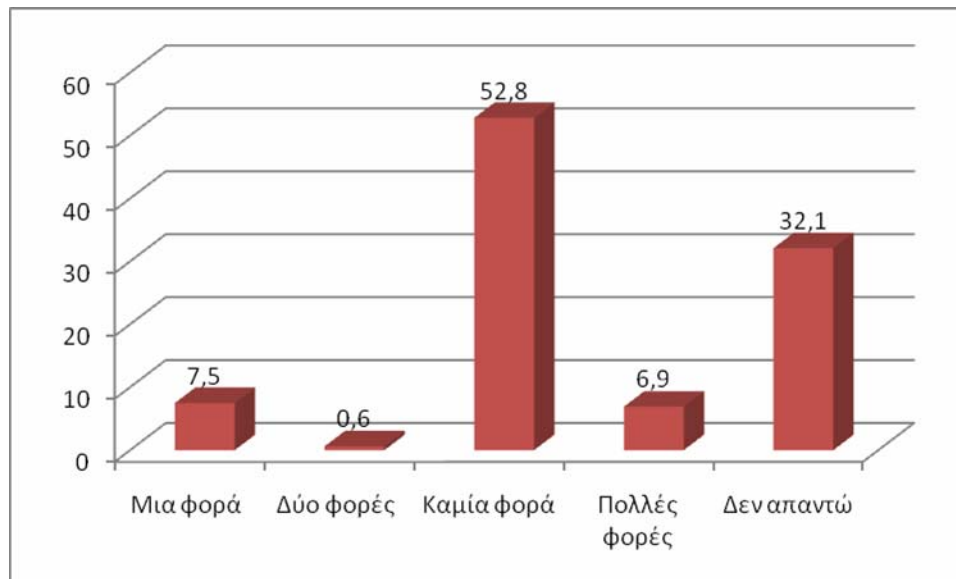


ΑΠΙΣΤΙΑ ΣΤΟΝ ΣΥΝΤΡΟΦΟ ΣΑΣ

	Συχνότητα	Ποσοστό %
Μια φορά	12	7,5
Δύο φορές	1	,6
Καμία φορά	84	52,8
Πολλές φορές	11	6,9
Δεν απαντώ	51	32,1
Σύνολο	159	100,0

ΠΙΝΑΚΑΣ 29. Απιστία στον σύντροφο.

Το 52,8 % των ερωτηθέντων δεν έχει απατήσει ποτέ τον ερωτικό του σύντροφο.

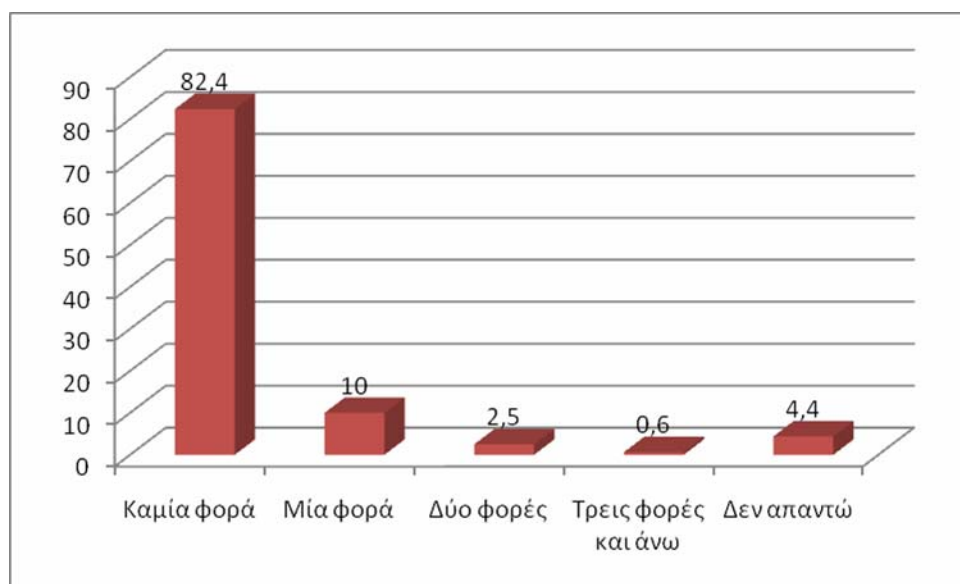


ΥΠΑΡΞΗ ΣΤΟ ΣΥΝΤΡΟΦΟ ΣΜΝ

	Συχνότητα	Ποσοστό %
Καμία φορά	131	82,4
Μία φορά	16	10
Δύο φορές	4	2,5
Τρεις φορές και άνω	1	,6
Δεν απαντώ	7	4,4
Σύνολο	159	100,0

ΠΙΝΑΚΑΣ 30. Ύπαρξη ΣΜΝ στο σύντροφο.

ΟΙ 131 στους 159 συμμετέχοντες απάντησαν ότι ο ερωτικός τους σύντροφος δεν έχει εμφανίσει κάποιο ΣΜΝ.

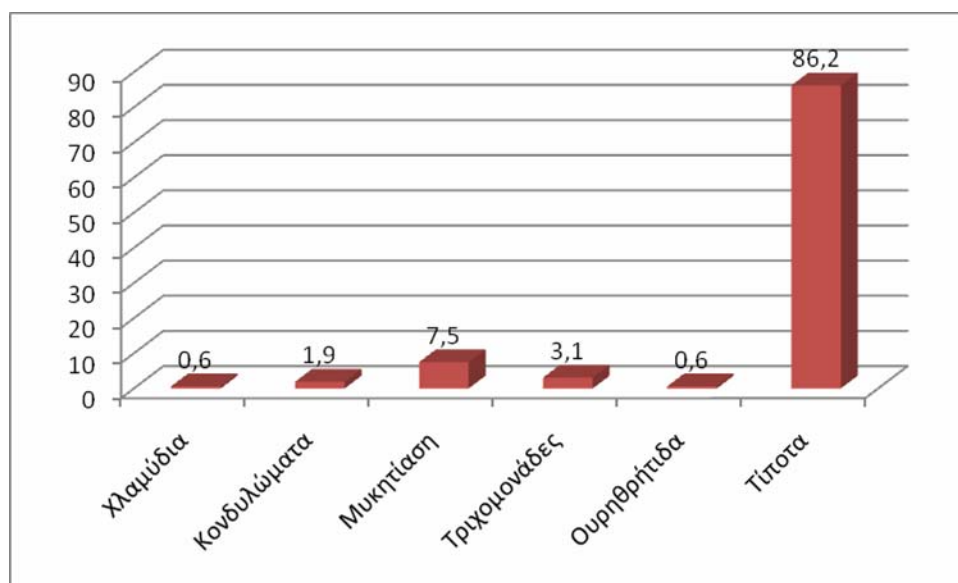


ΕΙΔΟΣ ΣΜΝ (ΣΥΝΤΡΟΦΟΥ)

	Συχνότητα	Ποσοστό %
Χλαμύδια	1	,6
Κονδυλώματα	3	1,9
Μυκητίαση	12	7,5
Τριχομονάδες	5	3,1
Ουρηθρήτιδα	1	,6
Τίποτα	137	86,2
Σύνολο	159	100,0

ΠΙΝΑΚΑΣ 31. Είδος ΣΜΝ (Συντρόφου).

Το 86,2 % υποστηρίζει ότι ο ερωτικός τους σύντροφος δεν έχει εμφανίσει κάποιο ΣΜΝ, αλλά από τις γυναίκες αυτές που ο ερωτικός τους σύντροφος είχε μολυνθεί κυριαρχεί με 7,5 % η μυκητίαση.

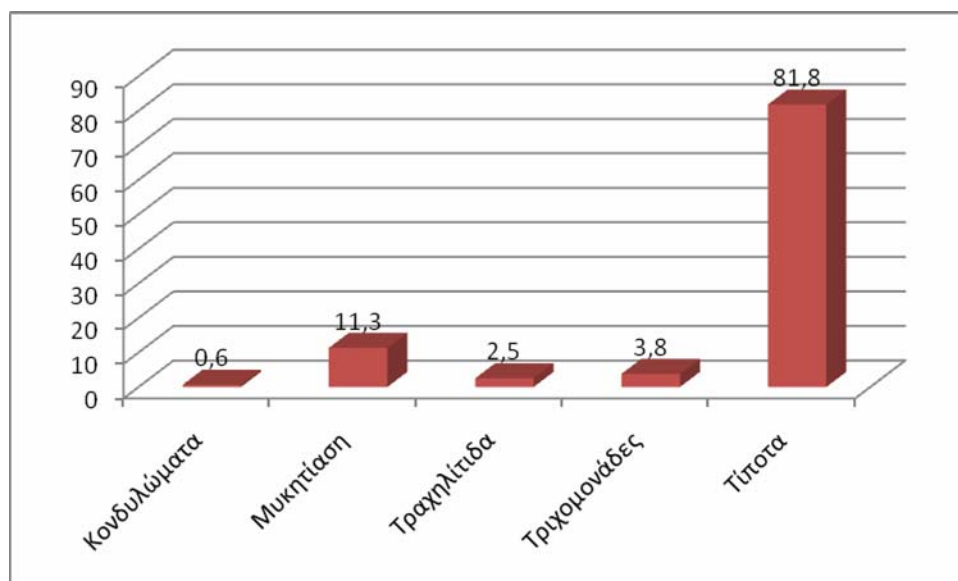


ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΣΜΝ

	Συχνότητα	Ποσοστό %
Κονδυλώματα	1	,6
Μυκητίαση	18	11,3
Τραχηλίτιδα	4	2,5
Τριχομονάδες	6	3,8
Τίποτα	130	81,8
Σύνολο	159	100,0

ΠΙΝΑΚΑΣ 30. Προσωπική εμφάνιση ΣΜΝ.

Το μεγαλύτερο ποσοστό αναφέρει ότι δεν έχει εμφανίσει κανένα ΣΜΝ.



ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟ

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ (ΣΥΖΗΤΗΣΗ)

Συμπέρασμα έρευνας

Βάση της έρευνας που κάναμε η οποία πραγματοποιήθηκε στο γυναικείο πληθυσμό της πόλης των Πατρών και συμμετείχαν 159 πολίτες από τους οποίους το 77,4 % είναι κάτοικοι της Πελοποννήσου και ένα 20 % κάτοικοι της Στερεάς Ελλάδας με κυρίαρχες ηλικίες των συμμετεχόντων από 25-34 ετών (44,7 %) και σε ένα μικρότερο ποσοστό (17,0 %) από 35-44 ετών προέκυψαν κάποια συμπεράσματα. Τα συμπεράσματα αυτά είναι αποτέλεσμα στατιστικών αναλύσεων, που βασίζονται στις απαντήσεις των ερωτηθέντων σε θέματα σεξουαλικής συμπεριφοράς και των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων.

Σε αυτό το σημείο θα αναφερθούμε στα πιο σημαντικά στοιχεία και συμπεράσματα που προκύπτουν από την έρευνα, βάση της προσωπική μας εκτίμησης. Όσον αφορά την ενημέρωση σε θέματα σεξουαλικής αγωγής ο μεγαλύτερος αριθμός των πολιτών (92 άτομα) διαπιστώνεται, δυστυχώς, ότι πληροφορείται από τους φίλους του . Αυτό το μέσον ενημέρωσης των πολιτών είναι επικίνδυνο διότι η άγνοια του κάθε πολίτη ή οι εμπειρίες του μπορεί να οδηγήσουν σε λανθασμένες ενέργειες κυρίως πάνω στα παιδιά, διότι οι πληροφορίες που τους δίνονται δεν προέρχονται από ειδικούς επιστήμονες. Αυτοί είναι οι καταλληλότεροι για την πιο ορθή ενημέρωση. Στη συνέχεια ακολουθεί η ενημέρωση που προέρχεται από το ραδιόφωνο και την τηλεόραση (28 άτομα). Η τηλεόραση σαφώς δεν είναι το καταλληλότερο μέσο εκπαίδευσης καθώς προβάλλονται πρόσωπα και συμπεριφορές που πολλές φορές δεν είναι άξια προς μίμηση. Οι 106 πολίτες από τους 159 θεωρούν κατάλληλους για ενημέρωση σε θέματα σεξουαλικής αγωγής τους ειδικούς επιστήμονες. Αυτό σημαίνει ότι μια μεγάλη μερίδα πολιτών γνωρίζει που πρέπει να απευθυνθεί για να αποκτήσει τις απαραίτητες γνώσεις

που θα προστατέψουν την υγεία του, παρόλα αυτά όμως δεν επισκέπτεται τους ειδικούς επιστήμονες. Αυτό δηλώνει ότι υπάρχει κάποιο πρόβλημα από πλευράς πολιτών το οποίο ίσως να σχετίζεται με ταμπού, με φόβο να αντιμετωπίσει κάποιο πιθανό πρόβλημα υγείας ή με μειωμένη παρότρυνση από τους ειδικούς για να ξεπεραστούν αυτές οι ανασφάλειες των πολιτών που απειλούν την υγεία τους. Αυτή η πληροφόρηση και η παρότρυνση μπορεί να επιτευχθεί μέσα από προγράμματα σεξουαλικής αγωγής τα οποία μπορούν να εφαρμοστούν στα σχολικά κτίρια, καθώς και με οικογενειακό προγραμματισμό. Ένας μικρότερος αριθμός πολιτών (55 άτομα) πιστεύει ότι το σχολείο είναι ένας καλός χώρος πληροφόρησης. Σημαντικό στοιχείο προς έρευνα είναι ότι μόνο 8 πολίτες στους 159 εμπιστεύονται τους ενήλικες στα θέματα σεξουαλικής αγωγής. Αυτό ίσως να σημαίνει ότι η νεολαία δεν εμπιστεύεται τους μεγαλύτερους σε αυτά τα θέματα. Αυτό μπορεί να συμβαίνει γιατί αισθάνονται ότι υπάρχει χάσμα μεταξύ τους και έλλειψη κατανόησης και επικοινωνίας. Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (48,4 %) υποστηρίζει ότι το επίπεδο ενημέρωσής τους είναι καλό, με ακόλουθο το (30,8 %) των πολιτών που πιστεύει ότι είναι πολύ καλό. Με τα υπάρχοντα στοιχεία αλλά και με αυτά που προκύπτουν στη συνέχεια αποδεικνύεται ότι ο κόσμος έχει λανθασμένη εντύπωση της σωστής ενημέρωσης σε ότι αφορά τα θέματα σεξουαλικής αγωγής. Αυτό το συμπέρασμα προκύπτει πρώτον από το γεγονός ότι παρόλο που ο κόσμος γνωρίζει πως η καλύτερη ενημέρωση γίνεται μέσω των ειδικών επιστημόνων, επιλέγει κυρίως τους φίλους του γι' αυτή. Δεύτερον από τον φόβο του, την άρνησή του ή την αδιαφορία του, όπως αποδεικνύεται παρακάτω, να κάνει προληπτικές εξετάσεις. Είναι γνωστό ότι η πρόληψη σε όλα τα θέματα υγείας σώζει ζωές. Η πρώτη σεξουαλική επαφή στο 25,8 % των ερωτηθέντων πραγματοποιήθηκε σε σπίτι φίλων, στο 24,5 % στο σπίτι γονιών ή συγγενών και σε ένα μικρότερο ποσοστό 15,1 % στο αυτοκίνητο. Την πρώτη σεξουαλική επαφή οι περισσότεροι από τους ερωτηθέντες (30,8 %) την έζησε στην ηλικία των 18-19. Ένα μικρότερο ποσοστό (29,6 %) την πραγματοποίησε στην ηλικία των 15-17. Οι 157 στους 159 πολίτες απαντούν ότι γνωρίζουν αντισυλληπτικές μεθόδους. Μόνο 2 πολίτες δηλώνουν άγνοια. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων (54,1 %) δήλωσε ότι κατά την πρώτη τους σεξουαλική επαφή δεν έλαβαν καμία μέθοδο αντισύλληψης, ενώ το 28,3 % απάντησε ότι χρησιμοποίησε προφυλακτικό. Αυτή τη στιγμή οι 121 στους 159 πολίτες

λαμβάνουν κάποια μέθοδο, όμως 33 πολίτες δεν χρησιμοποιούν καμία. Το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών που χρησιμοποιούν κάποια μέθοδο αντισύλληψης (26,4 %) σήμερα επιλέγουν το προφυλακτικό, ενώ το 23,9 % την διακεκομμένη συνουσία. Το 23,3 % επιλέγει το χάπι ή καμία μέθοδο. Στα 159 άτομα τα 109 κάνουν έρωτα πάντα με κάποια μέθοδο αντισύλληψης, όμως 15 άτομα πάνω από 3 φορές δεν την έχουν χρησιμοποιήσει. Το 88,1 % των ερωτηθέντων δεν αφαιρεί το προφυλακτικό πριν την ολοκλήρωση της ερωτικής συνεύρεσης, ενώ το 6,3 % επιλέγει να μην απαντήσει. Στους 126 πολίτες δεν έχει συμβεί ποτέ κάποιο ατύχημα με το προφυλακτικό, όμως σε 15 άτομα έχει συμβεί τέτοιο περιστατικό πάνω από 2 φορές. Υπάρχει και μια μερίδα πολιτών με ποσοστό 5,7 % που επιλέγει να μην απαντήσει. Η συχνότητα σεξουαλικής επαφής των περισσότερων αντιστοιχεί σε ποσοστό 47,8 % και αναφέρεται σε μερικές φορές την εβδομάδα. Ένα μικρότερο ποσοστό 23,9 % κάνει έρωτα μερικές φορές το μήνα και μόνο το 16,4 % έχει ερωτική συνεύρεση καθημερινά. Το 65,4 % παίρνει πάντα μέτρα προφύλαξης και το 13,8 % συχνά. Το 7,5 % λαμβάνει συχνά και τέλος υπάρχει και ένα ποσοστό 8,8 % που δεν παίρνει ποτέ. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (37,7 %) μένει μόνο του στην Πάτρα και το 23,3 % συγκατοικεί με το σύντροφο του. Στα 159 άτομα που ερωτήθηκαν τα 131 διατηρούν σεξουαλικές σχέσεις μόνο με το σύντροφο τους. Το υπόλοιπο 17,6 % μοιράζεται σε πολλαπλούς ερωτικούς συντρόφους ή σε σεξουαλική αποχή. Οι 126 πολίτες δηλώνουν ότι δεν αλλάζουν τακτικά ερωτικούς συντρόφους ενώ 19 άτομα αρνούνται να απαντήσουν. Ένα πολύ μεγάλο ποσοστό (100 άτομα) απάντησε ότι μετά την πρώτη τους σεξουαλική επαφή δεν επισκέφτηκαν το γυναικολόγο όμως το 35,8 % των ερωτηθέντων απάντησε θετικά. Το 95 % απαντάει θετικά στην έκτακτη επίσκεψη στο γυναικολόγο, ενώ το 3,1 % δεν έχει χρειαστεί να τον επισκεφτεί. Σχεδόν το 60 % των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα είναι αξιοσημείωτο ότι δεν κάνει ποτέ προληπτικές εξετάσεις. Το 38,4 % κάνει προληπτικές εξετάσεις και ένα μικρό ποσοστό της τάξης του 3,1 % αρνείται να απαντήσει. Το 20,1 % κάνει προληπτικές εξετάσεις μια φορά το χρόνο, το 18,9 % δύο φορές το χρόνο, το 10,7 % σπάνια και το 49,1 % δεν κάνει ποτέ. Οι 134 στους 159 πολίτες ενημερώνουν το σύντροφο τους σε περίπτωση ύπαρξης κάποιου σεξουαλικώς μεταδιδόμενου νοσήματος, ενώ 11 άτομα επιλέγουν να το κρύψουν. Υπάρχει και μία μερίδα ατόμων με ποσοστό 8,8 % που δεν θέλει να απαντήσει. Το 90,6 % των

συμμετεχόντων δεν έχει ομοφυλοφιλικές σχέσεις. Στα 159 άτομα τα 4 διατηρούν ομοφυλοφιλικές σχέσεις και τα υπόλοιπα 11 δε θέλουν να απαντήσουν. Το 52,8 % απαντάει ότι δεν έχει απιστήσει τον ερωτικό του σύντροφο, ενώ το 32,1 % δε δέχεται να απαντήσει. Ένα 7,5 % λέει ότι έχει απιστήσει μία φορά και ένα 6,9 % ότι το έχει κάνει πολλές φορές. Το 86,2 % αναφέρει ότι ο σύντροφος του δεν έχει εμφανίσει κάποιο ΣΜΝ. Ένα ποσοστό 7,5 % αναφέρει ότι ο σύντροφος του παρουσίασε μύκητες και ένα 3,1 % τριχομονάδες. Οι 130 πολίτες δεν έχουν παρουσιάσει κάποιο ΣΜΝ κατά τη διάρκεια του τελευταίου έτους, ενώ οι 18 έχουν εμφανίσει μύκητες και οι 6 τριχομονάδες. Τέσσερα άτομα παρουσίασαν τραχηλίτιδα και μόνο ένα κονδυλώματα.

ΜΕΡΟΣ VII ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

A. ΕΛΛΗΝΙΚΗ

1. Δαρδαβέσης Θ., Δελίδου Γ., Παπαευαγγέλου Β., Κατσουγιαννόπουλος Β., Σεξουαλική Συμπεριφορά Χρηστών Ενδοφλέβιων Ναρκωτικών, 1995, Γαληνός, 37 (6), 626-633
2. Δετοράκης Ι., Παπαγεωργίου Ι., Αγωγή Της Σεξουαλικής Συμπεριφοράς, εκδόσεις Πατάκη, Αθήνα, 2002
3. Ιωακμίδης Π., Μαιευτική και Γυναικολογία, εκδόσεις Κυριακίδης, Θεσσαλονίκη, 1999
4. Καλογερόπουλος Α., Γυναικολογία, εκδόσεις University Studio Press, Θεσσαλονίκη, 1996
5. Κανιτάκης Κ., Δερματικά και Αφροδίσια νοσήματα, εκδόσεις Σακκούλα, Θεσσαλονίκη, 1978
6. Καπετανάκη Ι., Δερματολογία – Αφροδισιολογία, εκδόσεις Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα, 1971
7. Κασιμάτης Β., Αφροδίσια, Σεξουαλικά νοσήματα, εκδόσεις ΙΩΛΚΟΣ, Αθήνα, 1991
8. Κατσάμπας Α., Δερματολογία – Αφροδισιολογία, εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα, 1999
9. ΚΕΝΤΡΟ ΕΛΕΓΧΟΥ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ, Δελτίο Επιδημιολογικής Επιτήρησης, εκδόσεις (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.), έως 31/10/2007
10. Κοσμίδης Ι., Αφροδίσια Νοσήματα, 1987, εκδόσεις Ιατρική, 51, 567- 574
11. Κρεατσά Γ., Σύγχρονη Γυναικολογία και Μαιευτική, εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα, 1998
12. Μελέκος Μ.Δ., Μελέκος Ι.Δ., Τα Χλαμύδια και οι λοιμώξεις που προκαλούν, 1987, Ιατρικά Χρονικά, 10 (9), 661-667

13. Μπόντης Ν., Βασικές γνώσεις Μαιευτικής και Γυναικολογίας, εκδόσεις University Studio Press, Θεσσαλονίκη, 2002
14. Νικολόπουλος Θ.Π., Γκαμάτση Ε.Ε., Λιούμη Δ., AIDS και έφηβοι, μελέτη στάσεως, γνώσεων και συμπεριφοράς των εφήβων απέναντι στο AIDS, 1994, εκδόσεις Ιατρική, 65 (5), 477-481
15. Παπαδημητρίου Μ., Εσωτερική Παθολογία, εκδόσεις University Studio Press, Θεσσαλονίκη, 2004
16. Παπαλουκάς Χ.Α., Εγχειρίδιο Γυναικολογίας και Μαιευτικής, εκδόσεις University Studio Press, Θεσσαλονίκη, 1985
17. Σαμπατάκου Ε., Γαργαλιάνος Π., Ανεπιθύμητες ενέργειες μετά από μακρά χορήγηση αντιρετροϊκής θεραπείας, από τη μείωση της οξειδωτικής φωσφοκυνάσης ως τη λιποδυστροφία, 1999, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 16 (5), 437-451
18. Σαρόγλου Γ., AIDS Διάγνωση και θεραπεία, εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα, 2002
19. Σταυριανέας Ν.Γ., Παπαρίζος Β.Α., Τι νεότερο στο AIDS, 2003, Ιατρική, 83 (1), 33-40
20. Στρατηγός Ι.Δ., Αφροδισιολογία (Σεξουαλικά Μεταδιδόμενες Λοιμώξεις και Δερματοπάθειες των Γεννητικών Οργάνων), εκδόσεις Παρισινού, Αθήνα, 2004
21. Στρατηγός Ι., Στεφάνου Θ., Κουμαντάκης Ε., Παπαευαγγέλου Γ., Χρυσή Υγεία της 3^{ης} χιλιετίας, Δέρμα – Όραση – Ακοή, 2002, εκδόσεις Δομική, τόμος (6), 65-80
22. Φραγκίσκος Ι., Χανιώτης Δ., Χανιώτης Ι., Νοσολογία Παθολογία, εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα, 2002
23. Φωτίου Κ., Νοσήματα που μεταδίδονται σεξουαλικά στα παιδιά και τους εφήβους, 1990, Δελτίο Α΄ Παιδιατρικής κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών, 37 (1): 32-45
24. Χατζηγιάννης Στ., Ηπατίτιδες Β-С, εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα, 2003
25. Χρυσή Υγεία 3^{ης} χιλιετίας, Δέρμα – Όραση – Ακοή, 2002, εκδόσεις Δομική, τόμος (6), 65-80

25. Χρυσή Υγεία της 3^{ης} χιλιετίας, Λοιμώξεις – Ανοσοποιητικό σύστημα – Καρκίνος, 2002, εκδόσεις Δομική, τόμος (7), 49-80
26. Χρυσή Υγεία 3^{ης} χιλιετίας, Αναπαραγωγικό Σύστημα – Σεξουαλική Ζωή, 2002, εκδόσεις Δομική, τόμος (8), 33-80, 129-144

B. ΞΕΝΗ

1. Berenson Abbey, Obstetrics and Gynecology, clinics of North America, 2002
2. Fitzpatrick Thomas, Richard Johnson, Klaus Wolff, Disk Surmod., Κλινική Δερματολογία II, εκδόσεις Πασχαλίδης, 2003
3. Marschall S. Runge, M. Andrew Gireganti, Παθολογία II, εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα, 2006

Γ. ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΕΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΕΙΣ

www.Medlook.net/19/03/08
www.c.d.c.gov/19/03/08
<http://www.missinglink.ucsf.edu/15/01/08>
www.thebody.com/15/01/08
www.ongvisar.org.br/15/01/08
www.gyn.gr/15/01/08
<http://www.panacea.med.uoa.gr/4/04/08>
www.hiv.gr/4/04/08
www.ephebiatrics.gr/4/04/08
www.thessalonikefs.gr/4/04/08

www.imop.gr/4/04/08
www.Ginaikes.com/4/04/08
www.ancology.gr/15/01/08
www.Health.in.gr/19/03/08
<http://www.ashastd.org/19/03/08>
www.Archive.gr/7/04/08