

**Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΤΑΞΙΔΙΩΤΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΑΥΤΩΝ ΑΠΟ ΤΑ
ΔΙΑΦΟΡΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ»**



ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ:

ΑΡΧΟΝΤΟΥΛΑ ΖΑΡΚΑΔΑΚΗ

ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΔΕΤΟΡΑΚΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ

ΠΑΤΡΑ 2009

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Στο τέλος αυτής της πολύ ενδιαφέρουσας εμπειρίας, αισθάνομαι ότι ο χρόνος πέρασε πολύ γρήγορα. Αν και οι δυσκολίες έμοιαζαν πολλές φορές ανυπέρβλητες, υπήρξαν άνθρωποι που με στήριξαν και πίστεψαν σε εμένα και με ενθάρρυναν να συνεχίσω. Σε όλους αυτούς νιώθω ότι χρωστάω πολλά...Και πρώτα απ' όλους στους γονείς μου και την γιαγιά μου που όλα αυτά τα χρόνια μου συμπαραστάθηκαν και με την αγάπη τους με βοήθησαν να μη χάσω την πίστη μου στον εαυτό μου. Σαν άνθρωπος πλούτισα με αξιόλογες φιλίες και γνωριμίες και σαν φοιτήτρια απέκτησα σπουδαίες εμπειρίες και γνώσεις.

Ένα μεγάλο ευχαριστώ στον επιβλέπων καθηγητή μου Δετοράκη Ιωάννη για την επιστημονική του καθοδήγηση και για την συνεχή συμπαράστασή του στην πτυχιακή μου. Νιώθω πραγματικά τυχερή που είχα την ευκαιρία να τον συμβουλευτώ σε διάφορες φάσεις της πτυχιακής μου και οι απόψεις του ήταν για εμένα σπουδαία ερεθίσματα προβληματισμού και αναζήτησης.

Ευχαριστώ πολύ επίσης τον Επίκουρο Καθηγητή της Ιατρικής του Παν/μιου, Βανταράκη Απόστολο για την βοήθεια που μου πρόσφερε σε διάφορα στάδια της πτυχιακής μου. Αν και συχνά εκφράζαμε διαφορετικές απόψεις, εντούτοις καταφέραμε να συνυπάρξουμε μέσα σε ένα ήρεμο κλίμα συνεργασίας και με ευχάριστες συζητήσεις που μας αποσπούσαν για λίγο...

Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω τους καθηγητές-καθηγήτριες που συμμετείχαν στην εξεταστική επιτροπή για την εποικοδομητική κριτική και τις πολύτιμες υποδείξεις τους στην πτυχιακή μου.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΜΕΡΟΣ Ι

1. Πρόλογος.....1
2. Εισαγωγή.....2

ΜΕΡΟΣ ΙΙ

1. Κεφάλαιο 1^ο:Μείνε υγιής στο Εξωτερικό.....4
 - 1.1. Προετοιμασία του ταξιδιώτη.....4
 - 1.2. Κίνδυνοι υγείας και μέτρα προφύλαξης.....5
2. Κεφάλαιο 2^ο:Ασθένειες μεταδιδόμενες κυρίως με την τροφή, το ποτό και φτωχή υγιεινή.....9
 - 2.1. Εντερικά παράσιτα.....9
 - 2.2. Ηπατίτιδες.....18
 - 2.3. Δηλητηριάσεις και μολυσμένες τροφές.....38
 - 2.4. Αλλαντίαση.....44
3. Κεφάλαιο 3^ο:Νόσοι μεταδιδόμενοι δια επαφής.....47
 - 3.1. Φυματίωση.....47
 - 3.2. Λεπτοσπείρωση.....58
 - 3.3. Τουλαραιμία.....61
 - 3.4. Νόσος των Λεγιωναρίων.....65
 - 3.5. Άνθρακας.....66
 - 3.6. Τέτανος.....71
4. Κεφάλαιο 4^ο:Ασθένειες μεταδιδόμενες με τα έντομα.....73
 - 4.1. Πανώλη.....73
 - 4.2. Ελονοσία.....77
 - 4.3. Κίτρινος πυρετός.....81
 - 4.4. Δάγγειος πυρετός.....85
 - 4.5. Τυφοειδής πυρετός.....87
 - 4.6. Ιαπωνική εγκεφαλίτιδα.....91

4.7.	Φιλαρίαση.....	92
4.8.	Τύφλωση του ποταμού.....	94
4.9.	Loiasis.....	95
4.10.	Λειψμανίαση.....	97
4.11.	Μέτρα προστασίας από νυγμούς εντόμων.....	101
5.	Κεφάλαιο 5 ^ο :Σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (Σ.Μ.Ν).....	103
5.1.	Σύφιλη.....	103
5.2.	Βλεννόρροια.....	109
5.3.	Σύνδρομο επίκτητης ανοσοανεπάρκειας (AIDS).....	111
5.4.	Γεννητικός έρπητας.....	114
5.5.	Κολπική καντιτίαση.....	119
5.6.	Κολπική λοίμωξη από τριχομονάδες.....	122
5.7.	Ψείρες του εφηδαίου.....	123
5.8.	Ψώρα.....	125
5.9.	Χλαμύδια.....	126
5.10.	Οξυτενή κονδυλώματα.....	129
5.11.	Μαλακό έλκος.....	132
5.12.	Αφροδίσιο λεμφόκωμα ή βουβωνική λεμφοκοκκιωμάτωση.....	133
5.13.	Εξελκωτικό κοκκίωμα του αιδοίου ή βουβωνικό κοκκίωμα.....	135
6.	Κεφάλαιο 6 ^ο :Περιβαλλοντικοί κίνδυνοι και μέτρα προφύλαξης.....	136
6.1.	Σύνδρομο οικονομικής θέσης ή εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση.....	136
6.2.	JETLAG.....	137
6.3.	Ναυτία κίνησης.....	141
6.4.	Ήλιος και ταξιδιώτης.....	144
6.5.	Κίνδυνοι εξαιτίας κλιματολογικών αλλαγών – βλάβες από τη χαμηλή θερμοκρασία του περιβάλλοντος.....	151
6.6.	Βλάβες από την υψηλή θερμοκρασία του περιβάλλοντος.....	159

6.7.	Υψόμετρο και ανθρώπινο σώμα.....	161
6.8.	Ατυχήματα.....	170
7.	Κεφάλαιο 7 ^ο :Ταξιδιώτες με ειδικές ανάγκες.....	175
7.1.	Σακχαρώδης διαβήτης τύπου Ι.....	175
7.2.	Σακχαρώδης διαβήτης τύπου ΙΙ.....	177
7.3.	Κλινική εικόνα.....	179
7.4.	Υπογλυκαιμία.....	181
7.5.	Εμβολιασμός.....	184
7.6.	Προμήθειες.....	185
7.7.	Ασφάλεια.....	185
7.8.	Εγκυμοσύνη.....	186
7.9.	Αλλαγή χρόνου κατά τη διάρκεια μακρινού αεροπορικού ταξιδιού.....	190
7.10.	Μετάγγιση.....	190
7.11.	Προληπτικά μέτρα έναντι των δειγμάτων από ζώα.....	193

ΜΕΡΟΣ ΙΙΙ [Έρευνα]

1.	Εισαγωγή.....	198
2.	Υλικό και Μέθοδος.....	198
3.	Αποτελέσματα.....	199
4.	Συμπεράσματα.....	225
	Βιβλιογραφία.....	226

ΜΕΡΟΣ Ι

1. ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Το θέμα με το οποίο θα ασχοληθούμε και θα προσπαθήσουμε όσο είναι δυνατόν βέβαια να αναλύσουμε είναι η **ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΤΑΞΙΔΙΩΤΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΑΥΤΩΝ ΑΠΟ ΔΙΑΦΟΡΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ.**

Στις μέρες μας τα νοσήματα που τυχόν να παρουσιαστούν κατά τη διάρκεια ή και τον τελικό προορισμό ενός ταξιδιώτη αποτελούν σε όλο τον κόσμο σημαντική αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας. Τα νοσήματα μετάδοσης δια επαφής, καθώς και τα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα νοσήματα θεωρούνται μεταξύ των σοβαροτάτων νοσημάτων της ανθρωπότητας. Παρά το γεγονός ότι μπορούν επιτυχώς να θεραπευτούν, η εμφάνισή τους σε ορισμένες ακόμη χώρες, παραμένει υψηλή και μάλιστα σε επίπεδα επιδημίας.

Επίσης ασθένειες μπορούν να αναπτυχθούν μεταδιδόμενες κυρίως με την τροφή, την πτωχή υγιεινή, με τους νυγμούς εντόμων, καθώς και περιβαλλοντικούς κινδύνους εξαιτίας κλιματολογικών αλλαγών. Η διάγνωση των νοσημάτων αυτών είναι σήμερα δυνατή σε όλες σχεδόν τις περιπτώσεις και συνήθως τίθεται με σχήμα φαρμακευτικής αγωγής.

Η σωστή πρόληψη και ενημέρωση εκ μέρους των νοσηλευτών επιφέρει ικανοποίηση και ψυχολογική ηθική υποστήριξη τόσο στον καταπονημένο ασθενή όσο και σε ένα υγιές άτομο. Όπως γίνεται αντιληπτό, είναι αναγκαίο να τονισθεί η τεράστια σημασία του θέματος, καθώς και η επικαιρότητά του με σκοπό να δημιουργηθούν οι βάσεις έτσι ώστε να καταπολεμηθεί η μάλιστα που ταλανίζει τους ταξιδιώτες τον 21^ο αιώνα.

2. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο άνθρωπος στην αρχή πίστευε ότι η αρρώστια είναι ένα είδος τιμωρίας από το Θεό, μετά από χρόνια άρχισε να πιστεύει ότι οφείλεται σε διαταραχή των υγρών του ανθρώπινου σώματος. Αλλά η πρόοδος όμως των φυσικών επιστημών οδήγησε στην ανακάλυψη του μικροσκοπίου και από τότε η ιατρική έκανε ένα βήμα προς τα εμπρός γιατί μπορούσε πλέον να δικαιολογήσει το αίτιο της αρρώστιας.

Τελευταία όμως δεν δίνουμε μόνο σημασία στα μικρόβια αλλά και στον τρόπο ζωής του ανθρώπου, τη μόρφωσή του, τα οικονομικά του επίπεδο γιατί μόνο έτσι μπορούμε να παραδεχτούμε τα πραγματικά αίτια της νόσου που είναι διατροφικά, μικροβιακά – παρασιτικά, φυσικού περιβάλλοντος και άλλα (Δετοράκης Ι., 2003).

Η ευεξία των ταξιδιωτών επιτυγχάνεται με την προαγωγή της υγείας τους και την πρόληψη νοσημάτων. Ασθένειες μεταδιδόμενες κυρίως με την τροφή, το ποτό και την φτωχή υγιεινή, μεταδίδονται από άτομο σε άτομο με μολυσμένα τρόφιμα ή μολυσμένα αντικείμενα.

Ο χρόνος επώασης συνήθως 10 – 36 ώρες μετά την κατανάλωση μiasμένου τροφίμου. Συνιστάται καλό πλύσιμο των χεριών πριν και μετά την προετοιμασία των φαγητών. Επίσης η σωστή υγιεινή του ατόμου έχει σαν αποτέλεσμα την επιμήκυνση της ζωής, την πρόληψη της νόσου και προαγωγή της υγείας της αποδοτικότητας και της ζωτικότητας του πληθυσμού με οργανωμένες συλλογικές προσπάθειες.

Εκτός των παραπάνω στη διάρκεια ενός ταξιδιού μπορούν να εμφανιστούν Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα όπως Σύφιλη, Βλεννόρροια, Γεννητικός έρπητας, AIDS, οξυτενή κονδυλώματα κ.α καθώς και νόσοι μεταδιδόμενοι δια επαφής όπως η φυματίωση, λεπτοσπείρωση, Μηνιγγίτιδα, Τέτανος κ.α. Τα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα μεταδίδονται με τη

σεξουαλική επαφή, πληροφορίες για τη φύση και θεραπεία συχνή πνίγονται από τη δημόσια σεμνοτυφία. Παρά το γεγονός ότι τα Σ.Μ.Ν. μπορούν επιτυχώς να θεραπευτούν η εμφάνισή τους σε ορισμένες ακόμη χώρες παραμένει υψηλή και μάλιστα σε επίπεδα επιδημίας (Δετοράκης Ι, 2003)

ΜΕΡΟΣ II

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΜΕΙΝΕ ΥΓΙΕΙΣ ΣΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ

1.1. Προετοιμασία του ταξιδιώτη

Τα άτομα που πρόκειται να ταξιδεύσουν στο εξωτερικό , καλό είναι να ενημερώνονται από τις υπηρεσίες ταξιδιωτικής υγείας – για τα προβλήματα υγείας που πιθανόν να αντιμετωπίσουν στην χώρα προορισμού και τους τρόπους προφύλαξης αυτών των νοσημάτων .

Η επίσκεψη στην υπηρεσία ταξιδιωτικής ιατρικής συνίσταται να γίνεται 4 – 6 εβδομάδες , πριν από το ταξίδι, ώστε ο γιατρός να έχει το χρόνο να κάνει τις απαραίτητες εξετάσεις και να χορηγήσει τα κατάλληλα εμβόλια σε χρόνο που θα επιτρέψει την ανάπτυξη ικανοποιητικής ανοσίας για την προστασία του ταξιδιώτη . Σε περίπτωση που ο ταξιδιώτης επισκεφθεί την υπηρεσία ταξιδιωτικής ιατρικής λίγες μόνο ημέρες πριν το ταξίδι του , ο γιατρός θα του χορηγήσει τα άκρως απαραίτητα εμβόλια και με επιταχυνόμενα σχήματα χορήγησης έτσι ώστε να εξασφαλιστεί η καλύτερη δυνατή ανοσολογική προστασία κάτω από τις συγκεκριμένες περιστάσεις .

Ο ταξιδιώτης καλό είναι να μεριμνήσει να έχει ασφαλιστική κάλυψη για το ταξίδι του , ώστε να μπορεί να διευκολυνθεί σε περίπτωση που θα αντιμετωπίσει κάποιο πρόβλημα υγείας κατά τη διάρκεια του ταξιδιού του .

Όταν κανονίζεται την ταξιδιωτική ασφάλεια, βεβαιωθείτε ότι σας καλύπτει για γενικά έξοδα, προϋπάρχουσες ασθένειες, νοσηλεία και

αεροδιακομιδή για λόγους υγείας. Ψάξτε για ένα συμβόλαιο που ανταποκρίνεται στις ανάγκες σας και σας καλύπτει για όσο χρόνο θα λείπετε.

Αν σκοπεύετε να συμμετάσχετε σε τουρισμό περιπέτειας ή σε αθλήματα όπως καταδύσεις ή το θαλάσσιο αλεξίπτωτο, μιλήστε με ειλικρίνεια για τα σχέδιά σας με το ασφαλιστικό σας φορέα, και βεβαιωθείτε ότι το συμβόλαιο σας καλύπτει αυτές τις δραστηριότητες (το κόστος αεροδιακομιδής για λόγους υγείας από τις Ηνωμένες Πολιτείες συχνά κυμαίνεται από \$75.000 μέχρι \$ 95.000 και κάποτε μέχρι και τα \$300.000).

1.2. Κίνδυνοι Υγείας και Μέτρα Προφύλαξης

Φάρμακα για το ταξίδι

Ανάλογα με τον τόπο προορισμού του ταξιδιού σας , είναι πολύ πιθανόν να μην υπάρχουν εκεί τα δικά σας φάρμακα ή τα προϊόντα τα οποία χρησιμοποιείτε για την υγεία σας.

Μπορεί επίσης να κυκλοφορούν στο εμπόριο με διαφορετικές ονομασίες ή συσκευασίες . Κάποια άλλα φάρμακα ενδέχεται να μην ανταποκρίνονται στις προδιαγραφές ασφάλειας , ποιότητας και σταθερότητας που ακολουθούνται στη χώρα σας.

Ανεξάρτητα από τον προορισμό σας , καλό είναι να έχετε μαζί σας ένα μίνι φαρμακείο το οποίο πρέπει να είναι ασφαλές αδιάβροχο και πάντα να το έχετε σε δροσερό μέρος, μέσα σ' αυτό θα έχετε ορισμένα βασικά φάρμακα , που μπορεί να χρειαστείτε στις διακοπές σας . Κρατήστε τα με τις αρχικές τους συσκευασίες και διατηρήστε ένα αρχείο με τις φαρμακολογικές τους ονομασίες. Κατ' αρχάς , αν ακολουθείτε κάποια συγκεκριμένη φαρμακευτική αγωγή, φροντίστε να πάρετε περισσότερα φάρμακα ώστε να έχετε επάρκεια. Να θυμάστε ότι ορισμένα ενδέχεται να μην κυκλοφορούν σε άλλες χώρες και τα

υποκατάστατά τους να μην είναι εξίσου κατάλληλα για εσάς . Για λόγους ασφαλείας , να έχετε τα μισά φάρμακα σε μια τσάντα χειρός και τα υπόλοιπα στις αποσκευές σας .

Αν αντιμετωπίζετε χρόνιο πρόβλημα υγείας , φροντίστε να έχετε μαζί σας ένα σημείωμα από το γιατρό που σας παρακολουθεί, στο οποίο θα αναφέρει από τι ακριβώς πάσχετε και τις δόσεις των φαρμάκων που σας έχει χορηγήσει .

Αν πάσχετε από κάτι πρέπει να φοράτε ένα ειδικό βραχιόλι ή ένα μενταγιόν ή να έχετε μια κάρτα που περιγράφει την ασθένειά σας και τα φάρμακα που λαμβάνετε, ώστε να μην δημιουργηθεί πρόβλημα σε περίπτωση ανάγκης .

Το φαρμακείο των διακοπών πρέπει να περιλαμβάνει :

- Αποστειρωμένους , αυτοκόλλητους επιδέσμους .Κυκλοφορούν σε διάφορα μεγέθη, υποαλλεργικοί και αδιάβροχοι .
- Αποστειρωμένο επίδεσμο μεγάλου πλάτους. Το χρησιμοποιείτε στις πληγές, αλλά και για επίδεση αρθρώσεων σε στραμπουλίγματα .
- Ελαστικό επίδεσμο. Είναι χρήσιμος για στραμπουλίγματα και ελαφρά κτυπήματα των αρθρώσεων.
- Ψαλιδάκι και τσιμπιδάκι. Για να κόβετε γάζες και επιδέσμους.
- Βαμβάκι και γάζες. Βαμβάκι για καθαρισμό τραύματος και γάζα. Χρησιμοποιείται στεγνή πάνω στη πληγή.
- Αντισηπτικό σαπούνι, αντισηπτικό διάλυμα ή οξυζενέ.
- Χαρτοβάμβακο ή χαρτομάντιλο.
- Τοποθετείται στο σημείο όπου αιμορραγεί και ασκείτε ελαφρά πίεση.
- Κρέμα για τα εγκαύματα από τον ήλιο.
- Κορτιζονούχα κρέμα. Για εγκαύματα που προκλήθηκαν από καυτό αντικείμενο.

- Φυσικά δάκρυα (κολλύριο). Όταν τα μάτια σας έχουν ερεθιστεί από τον αέρα , από την άμμο και το χλώριο της πισίνας , τα φυσικά δάκρυα θα σας ανακουφίσουν γρήγορα .
- Ειδικές τσίχλες για ναυτία . Οι τσίχλες ενεργούν ως κατευναστικά και άμεσα και όχι προληπτικά. Οι Δραμαμίνες (χαπάκια) είναι επίσης αποτελεσματικές για την ναυτία.. Καθώς τα «βραχολαίκα» για παιδιά και για εγκύους χρησιμοποιούνται άφοβα και προλαμβάνουν την ναυτία .
- Παυσίπονα . Για πονοκέφαλο, πονόδοντο .
- Αντιπυρετικό φάρμακο.
- Θερμόμετρο.
- Εντομοαπωθητικά σώματος .
- Αντισταμινικό σε μορφή gel . Θα σας απαλλάξει από τον κνησμό .
- Αντλία αναρρόφησης. Όταν σας τσιμπήσει σκορπιός , τσούχτρα, αράχνη ή φίδι «θα ρουφήξει « το δηλητήριο από το τσίμπημα και θα σας γλιτώσει από τον πόνο .
- Σιρόπι πεκουάνας . Το σιρόπι πεκουάνας βοηθά να προκαλέσει εμετό μετά από μία δηλητηρίαση .
- Χαπάκια ενεργού άνθρακα . Τα χαπάκια ενεργού άνθρακα ενεργούν σαν σφουγγάρι στην απορρόφηση ανεπιθύμητων υγρών προερχομένων από δηλητηριάσεις αλλά και στις διάρροιες .
- Ένεση αδρεναλίνης. Σε έντονες αλλεργικές δηλητηριάσεις ή σε περίπτωση αναφυλακτικού σοκ που μπορεί να προέλθει από τσιμπήματα (μέλισσα , σφήκας , αράχνη κλπ) .

Απαραίτητο θεωρείται και το αντηλιακό σας (πρέπει να έχει δείκτη προστασίας μεγαλύτερο από 15) , ενώ πολύ καλή ιδέα είναι να πάρετε μαζί σας ένα έξτρα ζευγάρι διορθωτικά γυαλιά , αν έχετε μυωπία ή άλλη διαθλαστική ανωμαλία της όρασης .

Αν , τέλος φοράτε φακούς επαφής , να είστε εφοδιασμένοι με έξτρα διαλύματα για τον καθαρισμό τους . Θυμηθείτε επίσης να πάρετε μαζί σας τα προσωπικά σας προϊόντα για τη φροντίδα του δέρματος σας , την ατομική σας υγιεινή και την αντισύλληψη, εφ' όσον έχετε εμπιστοσύνη σε συγκεκριμένες μάρκες προϊόντων της χώρας σας .

Σιγουρευτείτε προτού μεταφέρετε μαζί σας φάρμακα , για το είδος των φαρμάκων , για το είδος των φαρμάκων που επιτρέπετε να έχετε μαζί σας και αν τυχόν υπάρχουν κάποιοι περιορισμοί ανάλογα με το είδος (φάρμακα με μονή ή διπλή γραμμή – με ναρκωτικές ουσίες) .

Μπορείτε να βεβαιωθείτε επικοινωνώντας με την πρεσβεία ή την ύπατη αρμοστέία της χώρας . Για να αποφύγετε κάθε δυσάρεστη έκπληξη από τις αρχές της χώρας προορισμού σας θα πρέπει να

- μιλήσετε με το γιατρό σας και να συζητήσετε για τα φάρμακα που θα χρειαστεί να πάρετε.
- Κρατάτε μια επιστολή από το γιατρό σας που θα απαριθμεί ποια είναι τα φάρμακα , πόσα θα πάρετε και αναφέρει ότι είναι για δική σας προσωπική χρήση.
- Αφήσετε τα φάρμακα στην αρχική τους συσκευασία ώστε να αναγράφεται στην ετικέτα το όνομα και οι οδηγίες δοσολογίας .

Αν χρειασθείτε να κάνετε ένεση με τα φάρμακά σας , θα είναι προτιμότερο να πάρετε μαζί σας τις δικές σας βελόνες και σύριγγες , αλλά θα πρέπει να απευθυνθείτε στην πρεσβεία ή το προξενείο της χώρας την οποία πρόκειται να επισκέφθεστε για να βεβαιωθείτε εάν αυτό είναι αποδεκτό .

Αν χρειασθείτε να πάρετε μαζί σας βελόνες και σύριγγες στο αεροπλάνο, ενημερώστε την αεροπορική σας εταιρεία πριν ταξιδέψετε και , αν είναι απαραίτητο, κανονίστε να έχετε μια επιστολή από τον γιατρό σας που να εξηγεί γιατί χρειάζεται να τις μεταφέρετε μαζί σας .

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ ΜΕΤΑΛΛΙΔΟΜΕΝΕΣ ΚΥΡΙΩΣ ΜΕ ΤΗΝ ΤΡΟΦΗ, ΤΟ

ΠΟΤΟ ΚΑΙ ΦΤΩΧΗ ΥΓΙΕΙΝΗ

2.1. Εντερικά Παράσιτα

Είδη εντερικών παρασίτων

Μερικές πρωτοζωικές λοιμώξεις του εντέρου

- Αμοιβαδική Δυσεντερία (Αμοιβάδωση)
- Γιαρδιαση

Μερικές λοιμώξεις του εντέρου από σκώληκες

- Αγκυλοστομίαση
- Strongyloides stercoralis
- Ασκαρίδα (Ασκαριδίαση)
- Ταινία άοπλος
- Ταινία μονήρης ή ένοπλος
- Εχινοκοκκίαση

Εντερικά παράσιτα

Οι περισσότεροι άνθρωποι που ζουν στις αναπτυσσόμενες χώρες φιλοξενούν μια ή περισσότερες ποικιλίες εντερικών παρασίτων και οι ταξιδιώτες σ' αυτές τις χώρες βρίσκονται σε κίνδυνο λοίμωξης.

«Υπόδοχο» και παράσιτο συνήθως συνυπάρχει σε λογική αρμονία, και πολύ συχνά δεν παρουσιάζει καμία σοβαρή κατάσταση από την συνύπαρξη αυτή. Σε λίγες περιπτώσεις, εν τούτοις, μπορεί να συμβεί σοβαρή ασθένεια και ακόμη θάνατος χωρίς την χορήγηση θεραπείας.

Οι εντερικές παρασιτικές μολύνσεις προσβάλλουν τον άνθρωπο με μια από τις τρεις οδούς : τα λοιμογόνα παράσιτα (ωά-προνύμφες) μπορούν (1) να καταποθούν με το φαγητό ή μολυσμένο νερό με ανθρώπινα περιττώματα που περιέχουν παράσιτα.

Η συχνότητα και η σοβαρότητα της λοίμωξης με εντερικά παράσιτα είναι επομένως υψηλή στις περιοχές με χαμηλό επίπεδο υγιεινής, πτωχή αποχέτευση, και μη ικανοποιητική τροφοδοσία νερού.

(2) Έντομα που αφθονούν στις περιοχές αυτές μεταφέρουν με τα πόδια τους μολυσμένα παράσιτα, άμεσα από τα περιττώματα στο φαγητό. (3) Μερικά είδη εντερικών σκωληκίων προκαλούν λοίμωξη όταν οι προνύμφες τους διαπεράσουν το δέρμα (κυρίως γυμνόποδες), όταν το δέρμα έλθει σε επαφή με μολυσμένο έδαφος από περιττώματα. Μολύνσεις από σκώληκες (ταινίες) τρώγοντας μολυσμένο κρέας που δεν έχει κατάλληλα μαγειρευτεί.

Εντερικά Παράσιτα και ο ταξιδιώτης

Ο ταξιδιώτης συνήθως έχει να εμπιστευθεί άλλους για την προετοιμασία του φαγητού, και είναι επίσης δύσκολο στο να επηρεάσει τα πρότυπα της υγιεινής διατροφής καθώς και της προετοιμασίας του φαγητού άλλων ανθρώπων. Φαινομενικά ακόμη και καλής κατηγορίας εγκαταστάσεις μπορεί να είναι πηγές μόλυνσης. Η τροφοδοσία του νερού συχνά είναι μολυσμένο και θα πρέπει να θεωρείται ύποπτο . Σε πολλές χώρες εντερικές λοιμώξεις με βακτήρια, ιούς και παράσιτα είναι ο συνηθέστερος κίνδυνος υγείας για τους επισκέπτες, τέτοιου είδους λοιμώξεις είναι δύσκολο να αποφευχθούν τελείως, αλλά περνώντας μέτρα προστασίας μειώνουμε πολύ τους κινδύνους.

Επίσης το πόσιμο νερό πρέπει να βράζεται ή να αποστειρώνεται παγωμένα νερά ή πάγο θα πρέπει να μην αγοράζον οι ταξιδιώτες από τους πλανόδιους πωλητές. Ωμές σαλάτες και λαχανικά είναι γνωστές πηγές παρασιτικών λοιμώξεων και συνήθως είναι καλύτερα να αποφεύγονται τελείως. Το κρέας θα πρέπει να ψήνεται προσεκτικά έως ότου εξαφανιστούν όλα τα ίχνη

του κόκκινου χρώματος. Το φρούτο θα πρέπει να αφαιρείται η φλούδα (ξεφλουδίζεται) προσεκτικά.

Επιπλέον με τέτοια γενιά μέτρα προστασίας, η πιθανότητα μόλυνσης από παρασιτική δερματική διείσδυση κάνει τα άτομα επισφαλή να περπατά δίχως υποδήματα σε πολλές τροπικές περιοχές .

Είδη εντερικών παρασίτων

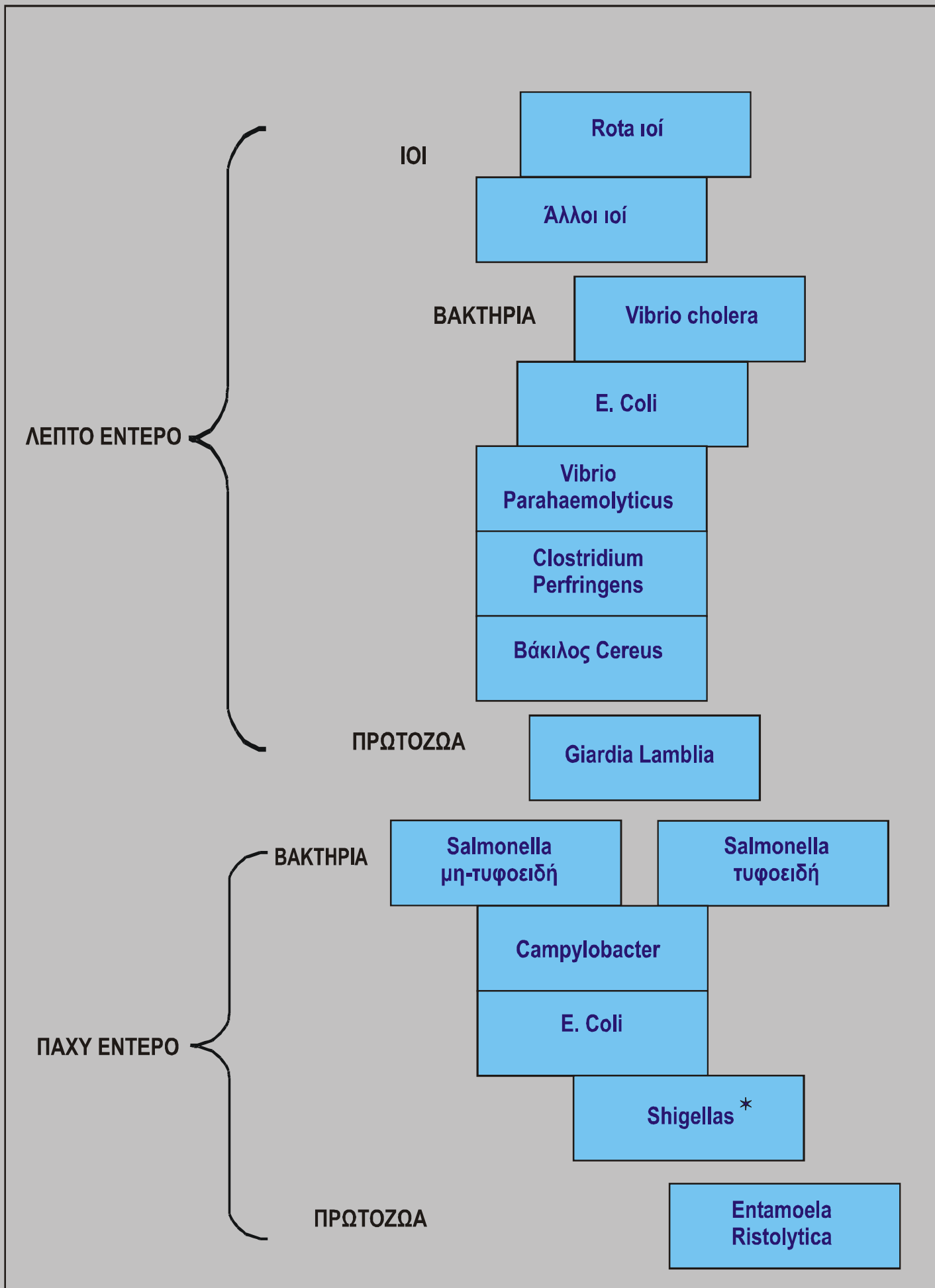
Παράσιτα του εντερικού συστήματος κατηγοριοποιούνται σε δύο ομάδες τα πρωτόζωα και τα μετάζωα (σκώληκες).

Τα πρωτόζωα είναι μικροσκοπικά – μονοκύτταρα πλάσματα τα οποία πολλαπλασιάζονται δια απλής κυτταρικής διαίρεσης παράγοντας περισσότερα ενήλικα παράσιτα μέσα στο έντερο.

Όπως στην περίπτωση λοίμωξης από βακτήριο, μια αρχικά μικρή λοίμωξη μπορεί γρήγορα να εξελιχθεί σε μια βαριά (λοίμωξη). Τα πρωτόζωα περιλαμβάνουν την amoebae και την guardian.

Η δεύτερη ομάδα παρασίτων τα μετάζωα ή σκώληκες είναι πολύπλοκα πολυκύτταρα ζώα που μπορεί να είναι τόσο μικρά όσο ολίγα χιλιοστόμετρα και στην περίπτωση των σκωληκίων το μήκος τους να φθάνουν πάνω από αρκετά μέτρα. Γενικά οι σκώληκες του εντέρου αποβάλλουν τα ώα τους με τα περιττώματα του ανθρώπου αλλά δεν μπορούν να αναπαράγουν ενήλικες σκώληκες εντός του σώματος. Τα ώα τους υφίστανται την ανάπτυξή τους εκτός του σώματος του ανθρώπου, συχνά στο έδαφος.

Η σοβαρότητα της ανθρώπινης λοίμωξης εξαρτάται συχνά από τον αριθμό των ενήλικων σκωληκίων που παρασιτούν εντός του εντέρου και ελαφρές λοιμώξεις, είναι σχετικά συχνά αβλαβής. Ο αριθμός των ενήλικων σκωληκίων εξαρτάται από τον αριθμό των μολυσμένων μορφών που έχουν καταποθεί ή αυτές που έχουν διεισδύσει στο δέρμα.



★ Μερικά συμπτώματα στην Shigella

Οι σκώληκες μπορούν να προκαλέσουν βλάβη στα τοιχώματα του εντέρου όπως αιμορραγία ή εξέλκωση. Αυτά επίσης μπορούν να προκαλέσουν μηχανικές διαταραχές στο έντερο ή ακόμη να μεταναστεύσουν μέσα σε αυτό.

Αντίθετα με πολλές βακτηριακές και ιογενείς λοιμώξεις, οι παρασιτικές λοιμώξεις δεν οδηγούν σε ανοσία επομένως υπάρχει κίνδυνος να μολυνθεί ο άνθρωπος και πάλι από το ίδιο παράσιτο.

Επαναλαμβανόμενες λοιμώξεις είναι σύνηθες φαινόμενο, και η χρόνια λοίμωξη είναι επίσης ένα πρόβλημα γιατί οι σκώληκες μπορούν να επιζήσουν για αρκετά χρόνια – πράγματι ο σκώληκος του κρέατος (*Taenia Saginata*) μπορεί να επιζήσει μέσα στο έντερο για είκοσι – πέντε χρόνια.

Μερικές πρωτοζωικές λοιμώξεις του εντέρου

Αμοιβαδική Δυσεντερία (Αμοιβάδωση)

Η λοίμωξη αυτή προκαλείται από την αμοιβάδα που ονομάζεται *Entamoeba histolytica*.

Αυτή είναι μονοκύτταρος ζωικός μικροοργανισμός που εκκρίνει ένζυμα για να αποσυνθέσει τα μόρια της τροφής της στο έντερο – και καμιά φορά επίσης τους ιστούς του υποδοχέα της – και μετά αφομοιώνει τα προϊόντα καταβροχθίζοντας αυτά. Η αμοιβάδα συνήθως ζει στο παχύ έντερο και είναι περίπου πέντε φορές το μέγεθος των ερυθροκυττάρων. Σε πολλές τροπικές περιοχές το 20% του πληθυσμού μπορεί να είναι μολυσμένο από αυτό το παράσιτο.

Γενικά η αμοιβάδα τρέφεται και αναπαράγεται από απλή κυτταρική διαίρεση στην κοιλότητα ή στα τοιχώματα του εντέρου, δίχως να προκαλεί ενόχληση.

Καμιά φορά, για άγνωστους λόγους η αμοιβάδα εισβάλλει στα τοιχώματα του εντέρου, προκαλώντας εξελκώσεις και αιμορραγία. Τότε ο ασθενής υποφέρει από επαναλαμβανόμενη διάρροια με αίμα και γλοιώδη βλέννα στα κόπρανα – αυτό μπορεί να επιμείνει ή να επαναλαμβάνεται για μήνες. Συχνά το έντερο μπορεί να διατρυπηθεί, οδηγώντας σε περιτονίτιδα ή η αμοιβάδα μπορεί

να διασκορπιστεί στο ήπαρ και να προκαλέσει απόστημα στο ήπαρ. Αυτές οι επιπλοκές είναι πολύ σοβαρές.

Πριν το παράσιτο αποβληθεί με τα κόπρανα τότε γίνεται εγκύστωση, όχι για να πολλαπλασιασθεί το πρωτόζωο, αλλά για την προστασία και τη διατήρηση του είδους αυτού.

Όταν η εγκύστωση συμβαίνει για λόγους αναπαραγωγής, πραγματοποιείται σε κανονικές συνθήκες φυσικοπεριβαλλοντικές, και τότε η βλαστική μορφή του πρωτόζωου η τροφοζωΐτη γίνεται σφαιροειδής, αποβάλλει τις άχρηστες ουσίες από το κυτταρόπλασμα και δημιουργεί ένα είδος ανθεκτικής μεμβράνης γύρω του (ανθεκτικό περίβλημα). Έτσι δημιουργείται ένα είδος κύστες μέσα στην οποία ο πυρήνας διαιρείται σε δύο ή περισσότερους.

Τροφές και νερό μπορεί να μολυνθούν από αυτές τις κύστες και η αμοιβάδα επανασηματίζεται από τις κύστες όταν αυτές καταποθούν και φτάσουν στο παχύ έντερο του επόμενου ξενιστή.

Η αμοιβάδωση είναι μια συχνή λοίμωξη των ταξιδιωτών και των εκπατριζωμένων κατοίκων των τροπικών περιοχών, που συνήθως δεν προκαλεί συμπτώματα. Συμπτωματική νόσος μπορεί να συμβεί οποιαδήποτε στιγμή, μετά από μήνες ή χρόνια από την αναχώρησή τους από τις τροπικές περιοχές. Άτομα που εκκρίνουν αμοιβαδικές κύστες με τα κόπρανά τους έχουν την δυνατότητα να μολύνουν άλλους, παρότι αυτοί οι ίδιοι είναι φορείς των κυστών της *E. histolytica* δεν παρουσιάζουν κλινική νόσο.

Πρόληψη – Προφύλαξη

Αυστηρή και σχολαστική ατομική καθαριότητα. Πλύση των λαχανικών και φρούτων. Τα ωμά λαχανικά πλένονται με ξύδι, για να καταστραφούν οι κύστες που είναι κολλημένες σ' αυτά. Τα φρούτα και οι φράουλες τρώγονται με κονιάκ.

Έλεγχος ύδρευσης – χλωρίωσης , καθίζησης και δύλιση του νερού.
Εντομοκτόνα μυγών και κατσαριδών. Εξέταση των εργαζομένων στην προετοιμασία και παραγωγή των τροφών γιατί υπάρχει κίνδυνος να είναι αμοιβαδοκυστεοφόροι.

Χημειοπροφύλαξη με χλωροκίνη.

Γιαρδιασης (Giardiasis)

Η Γιαρδιαση προκαλείται από ένα μικροσκοπικό παράσιτο (πρωτόζωο) που ονομάζεται *Giardia lamblia*, το οποίο είναι τρεις φορές το μέγεθος του ερυθροκυττάρου, αυτό παρασιτεί στα τοιχώματα του λεπτού εντέρου και προκαλεί βλάβη. Τα πιο αξιοσημείωτα συμπτώματα του παρασίτου είναι χρόνια διάρροια και στεατόρια.

Παρατηρείται ότι μερικά άτομα δεν έχουν κανένα σύμπτωμα αλλά αποβάλλουν μολυσμένες κύστες με τα κόπρανά τους για εβδομάδες ή μήνες. Άλλα άτομα έχουν μέτρια μορφή διάρροιες και κοιλιακούς πόνους που επιμένουν για λίγες εβδομάδες και σπάνια πάνω από έξι μήνες. Ένα όμως μικρό ποσοστό ανθρώπων έχουν σοβαρή διάρροια με κοιλιακούς σπασμούς, φούσκωμα, χλωμότητα, λιπώδη ή δύσοσμα κόπρανα, αναιμία, κόπωσης και απώλεια βάρους. Κακή απορρόφηση των λιπών και των λιποδιαλυτών βιταμινών.

Σε βαρειές μορφές Γιαρδιάσης, παρατηρείται βλάβη και φλεγμονώδης αλλαγές στο δωδεκαδάκτυλο και στα βλεννογόνα κύτταρα της νήστιδας.

Συνώνυμα της Γιαρδιάσης είναι Εντερίτιδα από *Giardia* και λαμβλίαςης (*Lambliasis*).

Η διάγνωση γίνεται με την ανακάλυψη κίστης ή τροφοζωΐτες στα περιττώματα ή τροφοζωΐτες στη δωδεκαδακτυλική παροχέτευση.

Η *G. lamblia* έχει παγκόσμια κατανομή. Τα παιδιά μολύνονται πιο συχνά από τους ενήλικες. Ο επιπολασμός είναι υψηλός στις περιοχές όπου οι συνθήκες υγιεινής είναι πτωχές. Παρατηρείται σε χώρες της Ευρώπης και της Βόρειας

Αμερικής. Στις ΗΠΑ μπορεί να κυμαίνεται από 1,5 έως 20%. Εξαρτάται από την ηλικία των ατόμων που εξετάστηκαν και από την κοινότητα.

Υπόδοχο = άνθρωπος

Τρόπος μετάδοσης: πιθανώς από κοπρανώδη μόλυνση του νερού και από χέρι – στόμα μεταφοράς κυστών από τα περιττώματα μολυσμένου ανθρώπου.

Η αντίσταση των κυστών *Giardias* είναι άγνωστη στην χλωρίωση αλλά πιθανώς όμοια των κυστών της *Entamoeba histolytica* οι οποίες δεν φονεύονται στην κανονική συγκέντρωση χλωρίου.

Περίοδος επώασης

Κυμαίνεται από 6 έως 22 ημέρες σε πειραματική λοίμωξη. Σε υδατοενή επιδημία στις ΗΠΑ η κλινική νόσος εκδηλώθηκε από 1 εβδομάδα έως 4 εβδομάδες μετά την έκθεση στο παράσιτο.

Περίοδος μεταδοτικότητας

Καθ' όλη την διάρκεια της λοίμωξης.

Προληπτικά μέτρα

Κατάλληλη διάθεση των κοπράνων του ανθρώπου. Προστασία της τροφοδοσίας του Δημόσιου νερού από κοπρανώδη μόλυνση.

Αγκυλοστομίαση

Συνιστάται συχνά στις τροπικές και υποτροπικές περιοχές και γενικά εκεί όπου το επίπεδο της υγιεινής είναι χαμηλό. Η επίπτωση είναι υψηλή στα θερμά και υγρά κλίματα όπου εκεί ευνοείται η ανάπτυξή τους. *Necator americanus* είναι το επικρατών είδος στην τροπική Δυτική Αφρική και στις Νοτιοανατολικές πολιτείες των ΗΠΑ, και το *Ancylostoma duodenale* (Αγκυλοστομα δωδεκαδακτυλικό) στις Μεσογειακές χώρες, συμπεριλαμβανομένης και της πεδιάδας του Νείλου.

Οι ενήλικες σκώληκες ζουν στο λεπτό έντερο και προσκολλούνται στα τοιχώματά του. Οι σκώληκες μυζούν αίμα από το υπόδοχο (τον άνθρωπο) και περιοδικά αλλάζουν θέση .

Κάθε σκώληκας προκαλεί απώλεια αίματος ημερησίως από 0.03 – 0.1ml. Μπορεί να υπάρχουν 100 ή περισσότεροι σκώληκες στο λεπτό έντερο και η χρόνια απώλεια αίματος πιθανώς οδηγεί σε αναιμία, κυρίως όταν η προσλαμβανόμενη ποσότητα σιδήρου είναι επίσης χαμηλή.

Η αγκυλοστομίαση εμφανίζει κυρίως σε παιδιά και ενήλικες που κάνουν κακή διατροφή. Συνδυασμός κακής διατροφής και βαρέως φορτίου σκωληκών μπορούν να συσχετισθούν με σοβαρού βαθμού αναιμία η οποία είναι τυπικώς υπόχρωμος και μικροκυτταρική.

Τα ωά των σκωληκών αποβάλλονται με τα κόπρανα και εάν υπάρχουν κατάλληλες συνθήκες θερμοκρασίας και υγρασίας, η προνύμφη που εκκολάπτεται από τα ωά καθίσταται λοιμογόνος εντός μιας εβδομάδας έως 10 ημέρες και στην συνέχεια εισέρχεται στο σώμα του νέου θύματος, διαπερνώντας το ανέπαφο δέρμα συνήθως των κάτω άκρων (συνήθως όταν περπατούν γυμνοποδες ή όταν πιάνουν το λοιμογόνο προνυμφών έδαφος με τα χέρια τους) . Καμιά φορά αναπτύσσεται εντοπισμένη δερματίτιδα (κνησμώδη εξάνθημα) στην θέση που η προνύμφη διατρύπα το δέρμα. Από εκεί και με τη ροή του αίματος φθάνει στους πνεύμονες, η προνύμφη υφίσταται περαιτέρω ανάπτυξη στους πνεύμονες για μερικές μέρες, προκαλώντας βήχα πριν μεταναστεύσει μέσω των αεροφόρων οδών και του οισοφάγο προς στο λεπτό έντερο όπου ωριμάζουν και φθάνουν οι ενήλικες μήκος 1 cm.

Προφύλαξη

Οι άνθρωποι να φορούν υψηλά υποδήματα όταν επισκέπτονται μολυσμένες περιοχές. ατάλληλη διάθεση των κοπράνων του ανθρώπου.

2.2. Ιογενείς Ηπατίτιδες

Ιογενείς Ηπατίτιδες

Η ηπατίτιδα είναι κοινή στους ταξιδιώτες σε περιοχές εκτός βορείου Αμερικής, Βορείου Ευρώπης και Αυστραλίας και μπορεί να καταλήξει σε μια δυσάρεστο χρόνια νόσημα. Οι ταξιδιώτες πρέπει να καταλαβαίνουν πως οι διάφορες μορφές ηπατίτιδας μεταδίδονται.

Η ιογενής ηπατίτιδα είναι κοινή σε ολόκληρο τον κόσμο και είναι ένα μεγάλο δημόσιο πρόβλημα. Τουλάχιστον έξι διαφορετικοί ιοί είναι ικανοί να προκαλέσουν λοίμωξη, και οι νόσοι τους έχουν παρόμοια κλινική συμπτωματολογία αλλά διαφέρουν στην αιτιολογία και σε αρκετά επιδημιολογικά και ανοσολογικά χαρακτηριστικά.

Ηπατίτιδα Α, ονομάζεται επίσης επιδημικός ίκτερος, λοιμώδης ηπατίτιδα και καταρροϊκός ίκτερος

Ηπατίτιδα Β, ονομάζεται επίσης ηπατίτιδα εξ ομολόγου ορού ή αυστραλιανό αντιγόνο

Ηπατίτιδα Μn-A, Μn-B

Ηπατίτιδα C, ιογενής ηπατίτιδα C, ΗCV λοίμωξη

Ηπατίτιδα E ιογενής ηπατίτιδα E, HEV λοίμωξη

Ηπατίτιδα D, (Δέλτα ηπατίτιδα).

Ηπατίτιδα Α

Ηπατίτιδα Α είναι παγκόσμια νόσος, αλλά η ακριβής επίπτωση είναι δύσκολοι να υπολογιστεί και αυτό οφείλεται, στο ότι μεγάλο ποσοστό των λοιμώξεων είναι ασυμπτωματικές και αρκετές ήπιες χωρίς ίκτερο.

Έχει παρατηρηθεί ότι ενώ ο επιπολασμός της ηπατίτιδας Α στις βιομηχανικές χώρες (κυρίως Βόρειας Ευρώπης, Βόρειας Αμερικής, και Αυστραλίας) μειώνεται, η λοίμωξη είναι σχεδόν παγκόσμιος στις περισσότερες περιοχές του υπολοίπου κόσμου και κυρίως των χωρών με θερμό κλίμα. Στις

αναπτυσσόμενες χώρες οι ενήλικες έχουν συνήθως ανοσία από επαφή με τον ιό στην παιδική ηλικία και οι επιδημίες είναι σπάνιες, γιατί αποκτούν αντισώματα.

Πως μεταδίδεται

Από άνθρωπο σε άνθρωπο με την οδό κόπρανα – στόμα κυρίως μέσω νερού ή τροφίμων, η λοίμωξη είναι κυρίως κοινή σε καταστάσεις, όπως χαμηλού επιπέδου συνθήκες υγιεινής, συνωστισμού, η κακής διάθεσης των περιττωματικών ουσιών όπου ευνοούν την διασπορά του ιού, τρόφιμα μiasμένα από μολυσμένους χειριστές, πόσιμο νερό που ήρθε σε επαφή με λύματα, λαχανικά που ποτίστηκαν με ακατάλληλο νερό ή καλλιεργήθηκαν με φυσικό λίπασμα και θαλασσινά που βρίσκονται σε θαλάσσιο νερό κοντά σε εκβολή υπονόμων.

Η ηπατίτιδα Α πολύ σπάνια μεταδίδεται με μετάγγιση αίματος ή με εμβολιασμό, διότι ο ιός βρίσκεται στην κυκλοφορία του αίματος για μικρό μόνο χρονικό διάστημα κατά την περίοδο επώασης της νόσου.

Περίοδος επώασης: από 15 έως 50 ημέρες, συνήθως 25-30 ημέρες εξαρτάται από την λαμβανόμενη δόση του ιού.

Ηλικιακή Επίπτωση και Εποχιακό πρότυπο

Όλες οι ηλικιακές ομάδες είναι επιρρεπής στη λοίμωξη. Η υψηλότερη επίπτωση παρατηρείται σε παιδιά σχολικής ηλικίας, αλλά στη Βόρεια Αμερική και σε πολλές χώρες της Βόρειας Ευρώπης περισσότερες περιπτώσεις συμβαίνουν στους ενήλικες, συχνά μετά από ταξίδι στο εξωτερικό.

Στις εύκρατες ζώνες η χαρακτηριστική εποχιακή τάση είναι η αύξηση της επίπτωσης το φθινόπωρο και στην αρχή του χειμώνα με προοδευτική πτώση στο ελάχιστο στη μέση του καλοκαιριού.

Σε πολλές τροπικές χώρες, ο μέγιστος αριθμός της δηλωθείσας λοίμωξης συμβαίνει την εποχή των βροχών με χαμηλή επίπτωση τους άνυδρους (ξηρούς) μήνες.

Συνέπειες της Λοίμωξης

Η νόσος προκαλείται από τον ιό της ηπατίτιδας Α (HAV). Αν και η νόσος έχει μικρή θνητότητα (περίπου 1/1000), αλλά υψηλότερα ποσοστά εμφανίζονται στα παιδιά των κάτω των 5 ετών (1,5/1000) και σε άτομα άνω των 60 ετών (27/1000).

Οι ασθενείς κρίνονται ανίκανοι για εργασία για πολλές εβδομάδες. Δεν υπάρχει ένδειξη διάρκειας της λοίμωξης με τον ιό της ηπατίτιδας Α ούτε εξέλιξη σε χρόνια ηπατική νόσο.

Προληπτικά μέτρα και έλεγχος

Έλεγχος της λοίμωξης είναι δύσκολη. Εφόσον η μεγαλύτερη μετάδοση του ιού βρίσκεται στο τελευταίο ήμισυ της περιόδου επώασης και συνεχίζεται έως λίγες ημέρες μετά την εμφάνιση του ίκτερου. Στα βρέφη έχει παρατηρηθεί μια παρατεταμένη αποβολή του ιού μέχρι και 6 μηνών αυστηρή απομόνωση της περίπτωσης δεν είναι χρήσιμο μέτρο. Διασπορά της λοίμωξης μειώνεται με απλά υγειονομικά μέτρα όπως η απολύμανση των κοπράνων και ούρων των ασθενών.

Η χορήγηση της ανοσοσφαιρίνης, συνήθως αναφέρεται ως γ-αιμοσφαιρίνη περιέχει αντισώματα της ηπατίτιδας Α και προλαμβάνει ή μειώνει την σοβαρότητα της νόσου, ή την ανάπτυξη ασυμπτωματικής ηπατίτιδας. Ενέσεις ανοσοσφαιρίνης μπορεί να απαιτείται κάθε τέσσερις με έξι μήνες για άτομα σε κίνδυνο όπως τα άτομα που έρχονται σε στενή επαφή με ασθενείς με ηπατίτιδα Α και αυτοί που εκτίθενται σε μiasμένα τρόφιμα. Η χορήγηση της ανοσοσφαιρίνης σε μια δόση 0,02 ανά βάρος σώματος μπορεί να δοθεί ενδομυϊκός πριν την έκθεση στον ιό ή στην αρχή της περιόδου επώασης.

Ηπατίτιδα Α και ο ταξιδιώτης

Υπάρχει εμβόλιο ηπατίτιδας Α που είναι ασφαλές και αποτελεσματικό και χορηγείται σε άτομα που πρόκειται να ταξιδεύσουν σε χώρες μεγάλης ενδημικότητας καθώς επίσης και στους χειριστές τροφίμων και σε εργαζόμενους στην αποχέτευση.

Άλλα προληπτικά μέτρα περιλαμβάνει αυστηρή ατομική υγιεινή, αποφυγή άψητων ή ανεπαρκώς μαγειρευμένων οστρακοφόρων μαλακίων και άλλων θαλασσινών από ύποπτες περιοχές, αποφυγή ωμών λαχανικών και αποφυγή κατανάλωση μη χλωριωμένου νερού και μη παστεριωμένου γάλατος.

Ηπατίτιδα Β

Η μολυσματικότητα του ιού της ηπατίτιδας Β είναι σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας 100 φορές μεγαλύτερη αυτής του HIV , του ιού του AIDS. Η ηπατίτιδα είναι ένας από τους μεγαλύτερους φονιάδες της ανθρωπότητας και οι ειδικοί της ΠΟΥ τονίζουν ότι θεωρούν ένα από τους μεγαλύτερους κινδύνους για τη Δημόσια Υγεία καθώς η νόσος προσβάλλει εκατοντάδες εκατομμύρια ανθρώπους και σκοτώνει έως 2 εκατομμύρια από αυτούς ετησίως.

Προσβάλλει πάνω από το 5 % του πληθυσμού της γής. Μπορεί να οδηγήσει σε κίρρωση του ήπατος ενώ αυξάνει για καρκίνο του ήπατος κατά 300 φορές.

Το 75 % των 350.000.000 φορέων του ιού ανά τον κόσμο συγκεντρώνεται στην Άπω Ανατολή (100.000.000 στην Κίνα) ενώ το 12% του πληθυσμού της Ασίας και της Αφρικής φέρει τον ιό στον οργανισμό του. Ένα εκατομμύριο περίπου άτομα προσβάλλονται κάθε χρόνο στην Ευρώπη από τον ιό της ηπατίτιδας Β. (Δετοράκης Ι, 2003).

Ο επιπολασμός των ασυμπτωματικών χρόνιων φορέων κυμαίνεται από 0,1 % στις χώρες της Β. Ευρώπης, Β. Αμερικής και Αυστραλίας. Μέχρι 15% σε χώρες της Ασίας και Αφρικής , στην Κεντρική και Νότιος Ευρώπη ο επιπολασμός είναι άνω του 5%.

Η ηπατίτιδα είναι ένας ύπουλος εχθρός. Οι χρόνιοι φορείς δεν αισθάνονται τίποτα για ολόκληρες δεκαετίες , ζουν κανονικά και παρουσιάζουν επιπλοκές όπως η κίρρωση του ήπατος, ή πύλαια υπέρταση και υπατοκυτταρικό καρκίνωμα, μετά την ηλικία των 40 ή 50 ετών με ποσοστό θανάτων 15-25%.

Ομάδες αυξημένου κινδύνου είναι οι χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών, οι ομοφυλόφιλοι και οι ετεροφυλόφιλοι με πολλαπλές σχέσεις καθώς και άτομα που λόγω επαγγέλματος εκτίθενται στο κίνδυνο (χειρουργοί, οδοντίατροι, εργαστηριακοί).

Οι ταξιδιώτες ανήκουν σ' αυτές τις ομάδες αυξημένου κινδύνου στις χώρες όπου το ποσοστό των ασυμπτωματικών φορέων είναι υψηλό.

Πως μεταδίδεται

Η μετάδοση γίνεται κυρίως παρεντερικά, μέσω του δέρματος των βλεννογόνων, με μετάγγιση αίματος ή παραγώγων του, με μiasμένες σύριγγες, βελόνες, με το βελονισμό ή το τατουάζ.

Χαρακτηριστικές συνθήκες μετάδοσης υπάρχουν όταν ο δέκτης και ο δότης χρησιμοποιούν από κοινού το ίδιο ξυραφάκι ξυρίσματος ή την ίδια οδοντόβουρτσα.

Είναι γνωστό ότι ο ιός βρίσκεται σε όλες τις εκκρίσεις του δότη όπως το σάλιο, σπέρμα, κολπικές εκκρίσεις, ούρα και αίμα και όλα αυτά ενοχοποιούνται ότι είναι φορείς μετάδοσης της λοίμωξης.

Ο ιός του HBV μεταδίδεται δια μέσου των βλεννογόνων με την σεξουαλική επαφή και είναι ο κύριος τρόπος μετάδοσης στους συντρόφους των πασχόντων ή των χρόνιων φορέων. Άλλος πιθανός τρόπος μετάδοσης του HBV είναι μέσω αιμομυζητικών αρθροποδών (κυρίως κουνούπια) που δρουν ως μηχανικοί φορείς του ιού από άνθρωπο σε άνθρωπο. Καθ τέλος με την περιγεννητική μετάδοση από τη μητέρα στο παιδί όταν η μητέρα είναι φορέας του HBsAg και HBeAg. (η μόλυνση μέσω πλακούντα γίνεται κατά το τρίτο μήνα της κύησης παρά το δεύτερο).

Περίοδος Επώασης

Από 45 έως 180 ημέρες, συνήθως 60-90 ημέρες εξαρτάται από την ποσότητα του ιού που ενοφθαλμίζεται, τον τρόπο μετάδοσης και από παράγοντες του ξενιστού –ατόμου.

Περίοδος μεταδοτικότητας

Όλα τα άτομα που είναι θετικά για HBsAg (αντιγόνο επιφάνειας της ηπατίτιδας Β) είναι δυνητικά μολυσματικά. Ο χρόνος μεταδοτικότητας αρχίζει αρκετές εβδομάδες πριν την έναρξη των συμπτωμάτων, συνεχίζεται σε όλη την οξεία φάση της νόσου και μετά απ' αυτήν όσο υπάρχει ιοφορία. Στους χρόνιους φορείς η μολυσματικότητα κυμαίνεται από πολύ μεγάλη (θετικό το HBeAg) έως πολύ μικρή (θετικό το anti-HBe).

Τα νεογνά που μολύνονται κατά την γέννησή τους έχουν πιθανότητα μόλυνσης 90% ,τα παιδιά που μολύνονται σε ηλικία 1-5 ετών πιθανότητα 25%-50% και μεγαλύτερα παιδιά και ενήλικες 1% - 10%.

Προληπτικά μέτρα και έλεγχος:

_Ανοσοποίηση κατά της ηπατίτιδας HBV γίνεται με δύο τρόπους: **Παθητική Ανοσοποίηση** γίνεται με χορήγηση της ειδικής γ- σφαιρίνης που περιέχει αντισώματα κατά της ηπατίτιδας Β. Η ειδική γ- σφαιρίνη ως προστατευτικό μέτρο έχει μεγάλη αξία, γιατί προστατεύει άτομα που εκτέθεικαν σε αιμαθетικό για HBsAg (όπως τρύπημα με βελόνα ή πιτσίλισμα στα μάτια) , πρέπει να χορηγηθεί εντός 24 ωρών μια δόση ανοσοσφαιρίνης (HBIG) και η πρώτη δόση εμβολίου αν το άτομο δεν είναι εμβολιασμένο. Σε περίπτωση που δεν μπορεί να χορηγηθεί εμβόλιο δίδεται η δεύτερη δόση της ανοσοσφαιρίνης μετά ένα μήνα.

Σε νεογνά θετικών μητέρων χορηγείται εντός 12 ωρών από την γέννηση μια δόση ανοσοσφαιρίνης και η πρώτη δόση εμβολίου. Η δεύτερη και η τρίτη δόση του εμβολίου δίδονται 1 και 6 μήνες αργότερα.

Ενεργητική Ανοσοποίηση

Η Ενεργητική Ανοσοποίηση φαίνεται ότι είναι το κυριότερο μέτρο πρόληψης για τον περιορισμό του HBV . Εμβολιασμός γίνεται σε όλα τα άτομα υψηλού κινδύνου, όπως υγειονομικό προσωπικό, ασθενείς σε μονάδες αιμοκάθαρσης, άτομα με συχνές μεταγγίσεις αίματος και παραγώγων του. Σε τοξικομανείς, τρόφιμοι σε ιδρύματα και φυλακές. Άτομα με πολλαπλή

σεξουαλική δραστηριότητα και σεξουαλικοί σύντροφοι χρόνιων φορέων του ιού.

Ηπατίτιδα Β και ο ταξιδιώτης

Ο ταξιδιώτης πρέπει να λαμβάνει φροφύλαξη (προληπτικά μέτρα) για να μειώσει τον κίνδυνο από την ηπατίτιδα Β.

Αυτός, πρέπει να είναι προσεκτικός στις στενές επαφές και σεξουαλικές του επαφές (κυρίως ανδρικές ομοφυλοφιλικές επαφές) με φορείς του ιού ηπατίτιδας Β.

Θα πρέπει να αποφεύγει με κάθε τρόπο την διείσδυση του δέρματος με βελόνες που κάνουν τατουάζ ,το τρύπημα των αυτιών , την μετάγγιση αίματος, χειρουργικές και οδοντιατρικές επεμβάσεις κάτω από ύποπτες υγειονομικές συνθήκες που επικρατούν σε μερικές υποανάπτυκτες περιοχές του κόσμου.

Ο ταξιδιώτης που παραμένει σε ενδημικές περιοχές για διάστημα 6 μηνών πρέπει να εμβολιασθεί.

Ο ιός της ηπατίτιδας Β (HBV) φέρει τρία αντιγόνα, το core αντιγόνο (HBcAg) , το επιφανειακό αντιγόνο s (HBsAg) και το αντιγόνο e (HBeAg).

Το αντιγόνο HBeAg έχει μεγάλη μολυσματικότητα και πολλαπλασιασμό του ιού.

Το επιφανειακό αντιγόνο HBsAg ανιχνεύεται στον ορό 2-8 εβδομάδες πριν την εκδήλωση των συμπτωμάτων μέχρι εβδομάδες και μήνες μετά. Στις χρόνιες περιπτώσεις παραμένει για βίου. Τα αντισώματα anti-HBc εμφανίζονται μετά την έναρξη κλινικών συμπτωμάτων και παραμένουν επί μακρό.

Η ανίχνευση στο ορό IgM anti-HBc ποιστοποιεί οξεία λοίμωξη (εξαφανίζεται μετά από 6 μήνες) ενώ ανίχνευση IgG anti-HBc υποδουλώνει παλαιά λοίμωξη με τον HBV. Στην οξεία φάση εμφανίζεται στον ορό αντιγόνο HBeAg το οποίο συνδέεται με μεγάλη μολυσματικότητα και εξαφανίζεται σχετικά γρήγορα μετά την ανάπτυξη αντισωμάτων anti-HBe.

Τελευταίο εμφανίζεται το anti-HBs και εξαφανίζεται το HBsAg εκτός από τις χρόνιες μορφές της νόσου. Στις περισσότερες περιπτώσεις το HBsAg εξαφανίζεται μέσα σε τρεις από την εκδήλωση της νόσου. Αν εξακολουθεί να ανιχνεύεται στον ορό πέραν των 6 μηνών σημαίνει εγκατάσταση χρόνιας ιοφορίας.

(Καλαποθάκη Βικτώρια Αθήνα 2000)

ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ C (ιογενής ηπατίτιδα C, HCV λοίμωξη)

Το 1989, απομονώθηκε κατά τρόπο πλέον αναμφισβήτητο ένας παρεντερικά μεταδιδόμενος παράγοντας που στη συνέχεια ονομάστηκε ιός της ηπατίτιδας C (HCV). Διαπιστώθηκε στη συνέχεια ότι ο HCV ήταν υπεύθυνος για περίπου 90% όλων των περιπτώσεων NANB (Μη-A Μη-B) ηπατίτιδας μετά από μετάγγιση αίματος και ηπατίτιδες αγνώστου προέλευσης.

Υπολογίζεται ότι περίπου 500 εκατομμύρια άνθρωποι έχουν μολυνθεί από τον HCV. Ο HCV προκαλεί χρόνια ηπατίτιδα σε ποσοστό μεγαλύτερο του 60% στους ενήλικες. Από τα άτομα με χρόνια λοίμωξη 30%-60% αναπτύσσουν χρόνια ενεργό ηπατίτιδα και 5%-20% μπορεί να καταλήξουν σε κίρρωση. Στις ΗΠΑ οι πάσχοντες από χρόνια ηπατίτιδα C εκτιμάται στις 3.900.000 ομοίως κάθε χρόνο πεθαίνουν 8.000 άτομα λόγω της ηπατίτιδας C. Στην Ελλάδα ο αριθμός των φορέων υπολογίζεται στις 200.000.

Ο επιπολασμός των anti-HCV αντισωμάτων είναι υψηλός στους χρήστες ενδοφλεβίων ναρκωτικών και τους αιμορροφιλικούς και πολυμεταγγιζόμενους ασθενείς, μέτριος στους ασθενείς σε χρόνια αιμοκάθαρση, χαμηλός στο νοσηλευτικό προσωπικό, στους ομοφυλόφιλους άνδρες, ετερόφυλους με πολλαπλή δραστηριότητα και στα μέλη οικογενειών ατόμων που μολύνθηκαν με HCV, και πολύ χαμηλός στους εθελοντές αιμοδότες.

Σήμερα, με τον έλεγχο των αντισωμάτων anti-HCV στους αιμοδότες το ποσοστό αναμένεται να μειωθεί. Ο επιπολασμός του ιού της ηπατίτιδας C σε ομάδες υψηλού κινδύνου είναι υψηλός (χρήστες ενδοφλεβίων ναρκωτικών, αιμορροφιλικοί, θαλασσαιμικοί, ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση, ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε μεταμόσχευση, ετεροφυλόφιλοι με πολλούς ερωτικούς συντρόφους).

ΠΑΘΟΓΟΝΟ ΑΙΤΙΟ

Ο ιός HCV φαίνεται ότι ανήκει στην οικογένεια των Flaviviradae και ειδικότερα στο γένος των ιών Pestī. Μέχρι σήμερα 6 διαφορετικοί γονότυποι του έχουν ταυτοποιηθεί σε όλο τον κόσμο και περισσότεροι υπότυποι.

Η σημασία τους είναι τόσο κλινική όσο και επιδημιολογική π.χ. άτομα με γονότυπο 1 ανταποκρίνονται στη δυσκολότερα στη θεραπεία με αντικατάστατα φάρμακα. Στην Ελλάδα φαίνεται ότι επικρατεί ο γονότυπος 1b με συχνότητα 47% όπως και στις γειτονικές χώρες. Ακολουθεί ο 3a 9(22%) και ο 1a (11,6%). Στη Θράκη επικρατεί ο 2a ενώ αυξημένη συχνότητα παρουσιάζει το 4a στην Κρήτη που σχετίζεται με την αντίστοιχη συχνότητα στην Αφρική.

ΥΠΟΔΟΧΑ

Μόνο ο άνθρωπος.

ΟΙ ΤΡΟΠΟΙ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ ΤΗΣ HCV

Παρεντερική μετάδοση

Οι μεταγίσεις αίματος ενοχοποιούνται για το 20% περίπου των περιπτώσεων οξείας NANB ηπατίτιδας ενώ anti-HCV αντισωμάτων ανιχνεύονται στο 70-90% των ηπατιτίδων αυτών. Η μετά μετάγγιση ηπατίτιδας αναμένεται να περιορισθεί σημαντικά μετά τον υποχρεωτικό έλεγχο του αίματος για anti-HCV. Εν τούτοις ο κίνδυνος θα εξακολουθήσει να υπάρχει λόγω της αδυναμίας των μέχρι σήμερα χρησιμοποιημένων ανοσοενζυμικών μεθόδων να ανιχνεύσουμε όλους τους δυνητικούς μολυσματικούς φορείς του HCV. Στα πολυμεταγγιζόμενα άτομα ο επιπολασμός του anti-HCV ανέρχεται περίπου στο 40-50%.

Μεταγίσεις παραγώγων αίματος

Ο επιπολασμός του anti-HCV ανέρχεται στο 75% στους αιμορροφιλικούς και φαίνεται να σχετίζονται με την ηλικία, τη διάρκεια της συχνότητας και τον τύπο της θεραπείας.

Αιμοκάθαρση

Ο επιπολασμός του anti-HCV στους ομοιοκαθαρόαιμους κυμαίνεται συνήθως από 10%-25%. Η διακύμανση αυτό που σε ακραίες περιπτώσεις κυμαίνεται (1-50%) συνηγορούν υπέρ ενδονοσοκομειακής διασποράς του που σχετίζεται με τις επικρατούσες συνθήκες νοσηλείας στις διάφορες μονάδες τεχνητού νεφρού.

Παρεντερική χρήση ναρκωτικών

Ο επιπολασμός του anti-HCV στους τοξικομανείς είναι πολύ υψηλός σε όλες τις χώρες του κόσμου και συνήθως κυμαίνεται από 70% μέχρις 80%.

Επαγγελματική έκθεση

Το ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό αποτελεί ομάδα μεγάλου κινδύνου για όλες τις μέχρι σήμερα γνωστές παρεντερικές λοιμώξεις. Ο επιπολασμός ευτυχώς είναι μικρός (<2%).

Η μη παρεντερική μετάδοση της ηπατίτιδας C

Σε άτομα συμβιούντα με φορείς ο έχοντας σεξουαλικές σχέσεις με αυτούς κυμαίνεται μεταξύ 4-8%.

Περιγεννητική μετάδοση

Η κάθετα μετάδοση από τη μητέρα στο παιδί φαίνεται να είναι μικρό περίπου (4,4%).

Γενετήσια μετάδοση

Ο επιπολασμός του anti-HCV στον ερωτικό σύντροφο φορέων του HCV είναι περίπου 5% ενώ στις ιερόδουλες 7%.

Η πιθανότητα μετάδοσης μεταξύ ετεροφυλικός σχέσης είναι υπαρκτό

αλλά αρκετά μικρό, σημαντικά μικρότερα από εκείνα των HIV και HBV.

Ομοφυλοφιλική επαφή το ποσοστό κυμαίνεται 8%.

Ενδοοικογενειακή μετάδοση

Το anti-HCV ανιχνεύεται στο 4% περίπου του οικογενειακού περιβάλλοντος φορέων του HCV. Ο τρόπος αυτός παραμένει αδιευκρίνιστος όπως και ο τρόπος μετάδοσης που παρουσιάζεται στα άτομα με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο.

Τρόπος μετάδοσης:

Παρεντερική μετάδοση, διαθερμική με βελόνες ή σύριγγες που περιέχουν μiasμένο αίμα και με μεταγγίσεις αίματος ή παράγωγά του. Η μετάδοση σε μέλη της οικογένειας μετά σεξουαλική επαφή δεν έχει διευκρινιστεί επαρκώς, αλλά ο κίνδυνος φαίνεται ότι είναι μικρός. Η μετάδοση από τη μητέρα στο νεογνό δεν έχει τεκμηριωθεί.

ΧΡΟΝΟΣ ΕΠΩΑΣΗΣ

Ο χρόνος επώασης της οξείας ηπατίτιδας κυμαίνεται από 2 εβδομάδες μέχρι 6 μήνες, συνήθως 6-9 εβδομάδες. Άτομα που αποκτούν τη λοίμωξη από τα παράγωγα του αίματος, ο χρόνος περιορίζεται από 2 έως 24 ημέρες.

ΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑ ΚΑΙ ΑΝΤΟΧΗ

Το anti-HCV αντισώματα εμφανίζονται μετά από 6 εβδομάδες και μετά μήνες από την έναρξη της λοίμωξης, τα αντισώματα δεν είναι προστατευτικά και συνυπάρχουν με τη λοίμωξη.

ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ

Τα ειδικά και τα γενικά μέτρα προφύλαξης της ηπατίτιδας B ισχύουν και για την ηπατίτιδα C.

Η καθιέρωση του ελέγχου του αίματος των αιμοδοτών για anti-HCV αντισώματα στα κέντρα αιμοδοτών ο κίνδυνος μετάδοσης ηπατίτιδας ί μετά από μεταγγίσεις και της χορήγησης παραγώγων αίματος έχει μειωθεί σημαντικά. Ο κίνδυνος για κάθε ασθενή έπεσε από 3,84% σε 0,57% (ά 0,45 σε 0,03% ανά μονάδα μεταγγισθένος αίματος).

Δεν υπάρχει εμβόλιο κατά της HCV για το λόγω αυτό προκύπτουν νομικά, ηθικά και οικονομικά θέματα όταν τίθεται ζήτημα ελέγχου ατόμων υψηλού κινδύνου.

Προφύλαξη με ανοσοσφαιρίνη (IG) δεν προφυλάσσει από την λοίμωξη. Η θεραπεία με ιντερφερόνη μειώνει το ιικό φορτίο και περιορίζει τη μολυσματικότητα των ασθενών. Η χορήγηση άλφα ιντερφερόνης (σε δόση 3ΜU, τρεις εβδομαδιαίως για διάστημα 6 μηνών).

Ηπατίτιδα D (Delta ηπατίτιδα)

Η έναρξη της νόσου είναι συνήθως απότομη με συμπτώματα που θυμίζουν ηπατίτιδα Β. Ο ιός της ηπατίτιδας D (είναι ελλειμματικός ιός) απαιτεί την παρουσία του ιού Β, και συγκεκριμένα του αυστραλιανού η επιφανειακού αντιγόνου HBsAg για να πολλαπλασιαστεί και να προκαλέσει ηπατική νόσο και ως εκτούτου η λοίμωξη με αυτόν αφορά, είτε άτομα που μολύνονται ταυτόχρονα και με τους δυο ιούς (δηλαδή ο ιός της ηπατίτιδας D και ο ιός της ηπατίτιδας Β μπορεί να προκαλέσουν λοίμωξη) είτε άτομα με χρόνια ηπατίτιδα Β τα οποία επιμολύνονται σε κάποιο στάδιο της ζωής τους με τον ιό D. – οδηγεί σε πολύ υψηλά ποσοστά εξέλιξης προς χρονιότητα (περίπου 80%).

Στην Ευρώπη και στις ΗΠΑ 25% -50% των περιπτώσεων κεραυνοβόλου ηπατίτιδας οφείλονται στη σύγχρονη δράση των δύο ιών.

Η διασπορά του ιού είναι παγκόσμια. Ο επιπολασμός διαφέρει σημαντικά. Ενδημεί ή προκαλεί ενδημίες σε πληθυσμούς αυξημένου κινδύνου για ηπατίτιδας Β (HBV) λοίμωξη συμπεριλαμβανομένων πληθυσμών στους οποίους η ηπατίτιδα Β είναι ενδημική όπως στις χώρες ΝΑ Ασίας (Ταυλάνδη, Ινδονησία, Βιετνάμ, Καμπότζη, Κίνα κ.ά) και της Αφρικής νοτιότερα της ερήμου Σαχάρας, περιοχές της Ρωσίας και της Ρουμανίας, στην Νότια Ιταλία και Νότια Αμερική.

Καθώς επίσης σε ομάδες πληθυσμού υψηλού κινδύνου όπως πολυμεταλαγμένα άτομα, άτομα που κάνουν αιμοδιάλυση ή μεταμόσχευση, ομοφυλόφιλοι άνδρες, τοξικομανείς και άτομα που εργάζονται σε ιδρύματα.

Σοβαρές επιδημίες έχουν γίνει στη Λατινική Αμερική στη Κεντρική Αμερική και σε τοξικομανείς στις ΗΠΑ .

Παθογόνο Αίτιο

Ο ιός της ηπατίτιδας D (HDV) ο οποίος φέρει δύο αντιγόνα, το επιφανειακό αντιγόνο της ηπατίτιδας B (HBsAg) και ένα εσωτερικό το delta αντιγόνο (d).

Ο ιός της ηπατίτιδας D (HDV) δεν είναι ικανός να μολύνει ένα κύτταρο μόνος του και χρειάζεται την σύγχρονη μόλυνση με τον ιό της ηπατίτιδας B .

Υπόδοχο

Μόνο ο άνθρωπος.

Τρόπος Μετάδοσης

Ο ιός της ηπατίτιδας D (HDV) μεταδίδεται με τον ίδιο τρόπο όπως ο ιός της ηπατίτιδας B (HBV) από το ένα άτομο στο άλλο είτε απ' ευθείας μέσω του αίματος (αιματογενώς) είτε μετά τη δίοδό του μέσω του βλεννογόνου. Το αίμα, το σπέρμα, οι κολπικές εκκρίσεις και πιθανώς τα δάκρυα και το σάλιο μπορούν να μεταδώσουν τον ιό ή με μiasμένες βελόνες και σύριγγες.

Περίοδος Επώασης

Περίπου 2 έως 8 εβδομάδες.

Περίοδος Μεταδοτικότητας

Το αίμα είναι δυνητικά μεταδοτικό σ' όλες τις φάσεις της ενεργού λοίμωξης. Η μέγιστη μεταδοτικότητα είναι ακριβώς πριν την έναρξη της οξείας φάσης της νόσου, όταν το delta αντιγόνο ανιχνεύεται στο αίμα. Μετά την έναρξη της νόσου η ιαιμία ελαττώνεται ταχύτατα σε πολύ χαμηλό επίπεδο, αλλά το αίμα είναι μεταδοτικό.

Προληπτικά Μέτρα

Βασική πρόληψη αποτελεί ο αποτελεσματικός εμβολιασμός για την ηπατίτιδα B που αποτρέπει κάθε περίπτωση λοίμωξης και με τον ιό D.

Η ειδική ανοσοσφαιρίνη της ηπατίτιδας B δεν προσφέρει καμιά προστασία από λοίμωξη με τον ιό D.

Ηπατίτιδα Ε (HEV λοίμωξη)

Η ηπατίτιδα Ε μεταδίδεται με τους ίδιους ακριβώς τρόπους και παρουσιάζει ανάλογες κλινικές μορφές με την ηπατίτιδα Α, με την διαφορά δεν παρουσιάζει την ευρεία παγκόσμια κατανομή που παρουσιάζει αυτή και περιορίζεται σε χώρες της Νοτιοανατολικής Ασίας και της Μέσης Ανατολής ενώ αποτελεί σπανιότατο αίτιο ηπατίτιδας στις χώρες της Δ. Ευρώπης και Β. Αμερικής.

Τόσο η ηπατίτιδα Α όσο και η ηπατίτιδα Ε σε αντίθεση με τις άλλες μορφές ηπατίτιδας, προκαλούν μόνο οξεία νόσο και ποτέ δεν εξελίσσονται προς χρόνια ηπατίτιδα (δεν υπάρχουν χρόνιοι φορείς).

Η θνησιμότητα της νόσου είναι μικρή, λιγότερο από 1/1000, αλλά υψηλότερο ποσοστό εμφανίζεται στα παιδιά κάτω των 5 ετών και στους ενήλικες άνω των 50 ετών.

Η προσβολή εγκύων γυναικών ιδίως κατά το τελευταίο τρίμηνο της κύησης, οδηγεί σε εξαιρετικά υψηλά ποσοστά κεραυνοβόλου ηπατίτιδας με θανατηφόρο εξέλιξη (θνητότητα μέχρι 20%) . Σε μεγάλες επιδημίες που παρουσιάστηκαν της τελευταίας δεκαετίας στο Ιράκ και σε άλλες χώρες της Μέσης Ανατολής.

Παθογόνο Αίτιο

Ο ιός της ηπατίτιδας Ε (HEV).

Υπόδοχο

Δεν είναι γνωστός ο τρόπος διατήρησης του ιού στην φύση.

Τρόπος Μετάδοσης

Κυρίως μεταδίδεται με μiasμένο πόσιμο νερό, με μολυσμένης τροφής (από περιττώματα ασθενούς) από άτομο σε άτομο με την οδό κόπρανα-στόμα

αν και η δευτερογενή προσβολή δεν είναι συχνή σε μέλη οικογενειακών πασχόντων σε επιδημίες.

Περίοδος Επώασης

Από 15 έως 65 ημέρες συνήθως 26 έως 42 ημέρες.

Περίοδος Μεταδοτικότητας

Δεν είναι επακριβώς γνωστή. Ο ιός αποβάλλεται με τα κόπρανα και έχει ανιχνευθεί και 14 ημέρες μετά την εμφάνιση ίκτερου.

Προληπτικά Μέτρα

Δεν υπάρχει εμβόλιο της ηπατίτιδας Ε , για το λόγο αυτό συνιστάται η αποφυγή ταξιδιωτών στις χώρες που ενδημεί η νόσος ιδιαίτερα για τις κυοφορούσες γυναίκες. Η χορήγηση ανοσοσφαιρίνης (IG) δεν έχει τεκμηριωθεί. Ο καλύτερος τρόπος προστασίας κατά της ηπατίτιδας Ε είναι να εφαρμόσουμε τα γενικά μέτρα της ηπατίτιδας Α που είναι τα ίδια.

Ηπατίτιδα Mn-A, Mn-B (NANB)

Η Mn-A, Mn-B (NANB) ηπατίτιδα αποτελεί μία ιογενή νόσο του ήπατος, η οποία δεν οφείλεται στους γνωστούς ιούς που προκαλούν την ηπατίτιδα A και την ηπατίτιδα B.

Είναι γνωστό ότι υπάρχουν τουλάχιστον τρεις διαφορετικοί ιοί, που συνδέονται αιτιολογικά με την MnA, Mn-B ηπατίτιδα. Μόνο ένας όμως από αυτούς τους ιούς, έχει μέχρι στιγμής χαρακτηριστεί επαρκώς και αυτός ονομάζεται ιός της ηπατίτιδας C (HCV).

Τουλάχιστον ένας Mn-A, Mn-B (NANB) ιός μεταδίδεται διά της εντερικής οδού όπως ο ιός της ηπατίτιδας A. Ο εντερικά μεταδιδόμενος ιός Mn-A, Mn-B ηπατίτιδας προκαλεί υψηλό ποσοστό θανάτων, σε έγκυες γυναίκες και αποτελεί μία από τις κύριες αιτίες οξείας ιογενούς ηπατίτιδας σε ανηλίκους ασθενείς νεαρής ή μέσης ηλικίας στις αναπτυσσόμενες χώρες.

Εν τούτοις, η εντερική μεταδιδόμενη Mn-A, Mn-B ηπατίτιδα δεν φαίνεται να μεταπίπτει σε χρονιότητα όπως ακριβώς συμβαίνει με την ηπατίτιδα A.

Αντίθετα, η ηπατίτιδα η οποία προκαλείται από τους αιματογενούς μεταδιδόμενους ιούς συμπεριλαμβανομένου και του ιού της ηπατίτιδας C (HCV) μπορεί να προοδεύσει σε χρονιότητα.

Οδοί μετάδοσης

Φαίνεται ότι οι παρεντερικά μεταδιδόμενοι Mn-A, Mn-B ιοί μεταδίδονται με τρόπους παρόμοιους με εκείνους μέσω των οποίων μεταδίδεται ο ιός της ηπατίτιδας B δηλαδή μέσω του αίματος και πιθανώς μέσω του σπέρματος και των σωματικών εκκριμάτων.

Οι περισσότερες περιπτώσεις Mn-A, Mn-B ηπατίτιδας σε ανεπτυγμένες χώρες προκαλούνται μετά από μεταγγίσεις (μολυσμένου) αίματος ή μετά από χρησιμοποίηση παραγώγων αίματος. Σε ένα ποσοστό έως και 40% των ασθενών

με Mn-A, Mn-B ηπατίτιδα, δεν είναι δυνατόν να προσδιοριστεί η πηγή της λοίμωξης «σποραδικές λοιμώξεις».

Περίοδος επώασης

Η περίοδος επώασης της Mn-A, Mn-B ηπατίτιδας κυμαίνεται από 2 έως 26 εβδομάδες. Σε περίπτωση που έχει προηγηθεί μετάγγιση, συνήθως παρουσιάζεται συμπτώματα νωρίτερα δηλαδή μεταξύ 5^{ης} και 12^{ης} εβδομάδας.

Τα συμπτώματα της οξείας Mn-A, Mn-B ηπατίτιδας μοιάζουν με εκείνα της οξείας ηπατίτιδας B.

Τα συμπτώματα περιλαμβάνονται η υπνηλία, η κόπωση, η ανορεξία και η καταβολή, αλλά είναι συνήθως ηπιότερα και στο 75% των αρρώστων η νόσος είναι αντυκτερική. Πολλοί ασθενείς δεν έχουν συμπτώματα γεγονός που υποδηλώνει ότι η νόσος δεν διαγιγνώσκεται.

Ένα ποσοστό 20 έως 30% των σποραδικών περιπτώσεων, Mn-A, Mn-B ηπατίτιδας και ένα 60% των περιπτώσεων Mn-A, Mn-B ηπατίτιδας μετά από μετάγγιση μεταπίπτουν σε χρονιότητα. Η βαρύτητα της χρόνιας ηπατίτιδας Mn-A, Mn-B κυμαίνεται από σχετικά ήπια έως πολύ βαριά. Αλλά επί χρόνιας ενεργού ηπατίτιδας μπορεί ο ασθενής να μεταπέσει σε κίρρωση του ήπατος, μέσα σε μια 10ετία. Από τη στιγμή που αναπτύσσεται κύρωση οι ασθενείς είναι δυνατόν να εμφανίσουν όλες τις γνωστές επιπλοκές αυτής της κατάστασης όπως πρωτοπαθές ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα, αιμορραγία κίρσων του οισοφάγου, ασκίτη και ηπατική ανεπάρκεια.

Ομάδες υψηλού κινδύνου

Τα άτομα που βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο είναι τα πολυμεταγγιζόμενα άτομα.

Τα άτομα που είναι αποδέκτες παραγώγων αίματος (π.χ. παράγοντα VIII, ινωδογόνου).

Οι ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε μεταμόσχευση. Ιατρικό, παρα-ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών Άτομα με πολλούς σεξουαλικούς συντρόφους.

Οι ασθενείς με σποραδική Mn-A, Mn-B ηπατίτιδα συνήθως αναφέρουν ότι μέσα στους προηγούμενους 6 μήνες ταξίδευσαν σε περιοχές που η νόσος ενδημεί.

Στις σποραδικές λοιμώξεις της Mn-A, Mn-B ηπατίτιδας πιθανολογείται ότι ο υπεύθυνος ιός έχει μεταδοθεί μετά από επαφή μολυσμένου αίματος με μικροτραύματα, ή αμυχές ή πιθανώς μετά από δίοδο του μέσω των βλεννογόνων.

2.3. Δηλητηριάσεις και Μολυσμένες Τροφές

Μια από τις πιο απολαυστικές πλευρές της επίσκεψης σε μια ξένη χώρα, είναι η ευκαιρία που έχει ο ταξιδιώτης να δοκιμάσει την τοπική κουζίνα της χώρας που επισκέπτεται.

Τα φαγητά αυτά θα πρέπει να προέρχονται από εστιατόρια που τηρούν με αυστηρότητα οι κανόνες της Δημόσιας Υγείας. Εάν δεν τηρούνται οι κανόνες δημόσιας τότε υπάρχει κίνδυνος να περνά απαρατήρητη η μόλυνση των τροφών με διάφορα βακτήρια και παράσιτα και να προκαλέσει λοίμωξη στον ταξιδιώτη.

Δυστυχώς, μερικά από τα τοπικά φαγητά η ορεκτικά των χωρών αυτών (τροπικές και υπό ανάπτυξη χώρες) είναι φορείς μόλυνσης και βιολογικών τοξικών κυρίως όταν αυτά τρώγονται ωμά ή άψητα. Οι μέθοδοι μερικές που χρησιμοποιούν οι τοπικές κοινωνίες, βοηθούν στην ανάπτυξη της μόλυνσης των φαγητών πριν ακόμη καταναλωθούν (τροφικές δηλητηριάσεις).

Οι ταξιδιώτες θα πρέπει να γνωρίζουν ποια από τα φαγητά είναι επικίνδυνα να καταναλωθούν και ποια θα πρέπει να αποφεύγονται από τον ταξιδιώτη όπως φρούτα και λαχανικά εκτός εάν έχουν χονδρή φλούδα, την οποία πρέπει να αφαιρέσει μόνος του.

Ατελώς μαγειρεμένο ή κρύο κρέας ή ψάρι, μισοβρασμένο ρύζι και ωμά αυγά.

Μη παστεριωμένα τυριά, γιαούρτια ή άλλα γαλακτοκομικά προϊόντα και μη πίνετε απαστερίωτο γάλα.

Φαγητά από πλανόδιους μικροπωλητές ή από εστιατόρια τα οποία έχουν βρώμικη εμφάνιση.

Τροφές που περιέχουν διάφορα βελτιωτικά, όπως μείγματα μπαχαρικών και διάφορες σάλτσες, οι οποίες είναι συνήθως ωμές και σπιτικές.

Φαγητά όπως το Cassava που τρώγεται ως τρόφιμο πρώτης ανάγκης σ' όλες τις τροπικές χώρες, το ψάρι fugu που θεωρείται ορεκτικό φαγητό στην Ιαπωνία και περισσότερο στις χώρες του Ινδό-Ειρηνικού ωκεανού.

Μετά την κατανάλωση τροφίμων μπορεί να συμβεί δηλητηρίαση (χημικό αίτιο), τοξίνωση (τοξίνες, βιοτοξίνες) ή λοίμωξη (μικρόβια ή ιοί)

Οι λοιμώξεις που μεταδίδονται με το νερό ή τα τρόφιμα ονομάζονται υδατογενείς ή τροφιμογενείς. Σε μερικές περιπτώσεις όμως λοιμώξεις ή τοξινώσεις προκαλούνται ύστερα από πολλαπλασιασμό των μικροβίων στα τρόφιμα και τότε ονομάζονται ειδικώς τροφικές δηλητηριάσεις. Έτσι, ενώ υπάρχουν πολλά νοσήματα που οφείλονται σε μικρόβια, ιούς, παράσιτα, μύκητες που μπορούν να μεταδοθούν με τα τρόφιμα (τροφιμογενή νοσήματα). Οι τροφικές δηλητηριάσεις, οφείλονται σε μικρό αριθμό ειδών μικροβίων δεδομένου ότι οι ιοί και τα παράσιτα δεν πολλαπλασιάζονται στα τρόφιμα.

Οι τροφικές λοιπόν δηλητηριάσεις οφείλονται (α) σε χημικά αίτια και (β) σε τοξικώσεις και λοιμώξεις που προέρχονται από πολλαπλασιασμό μικροβίων και μυκήτων στα τρόφιμα. (Παπαδάκης Ιωάννης, 1986)

Μορφές δηλητηρίασης

Τα συμπτώματα των τροφικών δηλητηριάσεων των τοξινώσεων μπορούν να είναι από ασήμαντα και ενοχλητικά έως τελείως δραματικά. Γενικά, η δηλητηρίαση μπορεί να ταξινομηθεί από οξεία έως χρόνια. Οξεία δηλητηρίαση, οφείλεται σε δράση τοξικών παραγόντων που εισάγονται στο σώμα μετά την κατανάλωση τροφής και νερού και επιδρούν βλαπτικά στον οργανισμό, παρουσιάζοντας μια ποικιλία συμπτωμάτων (επιγαστρικά άλγη, διαρροϊκά σύνδρομα, με σοβαρή διάρροια, εμετός, υψηλός πυρετός, επίμονη επιγαστραλγία, αιματηρή κένωση). Χρόνια δηλητηρίαση, είναι μια μακροχρόνια εξέλιξη, η οποία γενικά ακολουθεί την επαναλαμβανόμενη κατανάλωση μικρών ποσοτήτων τοξικής ουσίας για μεγάλο χρονικό διάστημα – επομένως αυτό είναι αδύνατο να συμβεί στους ταξιδιώτες στο σύντομο ταξίδι τους.

Φυτικές τοξίνες

Cassava (μανιότη)

Είναι τρόφιμο πρώτης ανάγκης στο διαιτολόγιο των περισσότερων τροπικών χωρών. Οι βολβοί του τρώγονται ολόκληροι και μοιάζουν όπως τις γλυκοπατάτες, μπορεί επίσης να υποβάλλονται σε επεξεργασία στο να παράγουν αλεύρι το οποίο χρησιμοποιούν να κάνουν ψωμί.

Η δηλητηριώδης φύση του Cassava έχει αναγνωριστεί από πολύ καιρό από όλες τις χώρες που το χρησιμοποιούν και ο πατροπαράδοτος τρόπος προετοιμασίας των βολβών ελαχιστοποιεί την ποσότητα της κυανίδης να φθάσει στο τραπέζι.

Φωτογραφία Cassava

Αυτή η μέθοδος περιλαμβάνει εμποτισμό των βολβών πλύσιμο σε τρεχούμενο νερό και κονιοποίησης.

Η κατανάλωση της Cassava που δεν έχει προετοιμάσει κατάλληλα για κατανάλωση έχει δραματικά αποτελέσματα όπως κοιλιακό άλγος και εμετός,

ψυχική διαταραχή, παράλυση των μυών και τελικός οδηγεί το άτομο σε αναπνευστική ανεπάρκεια.

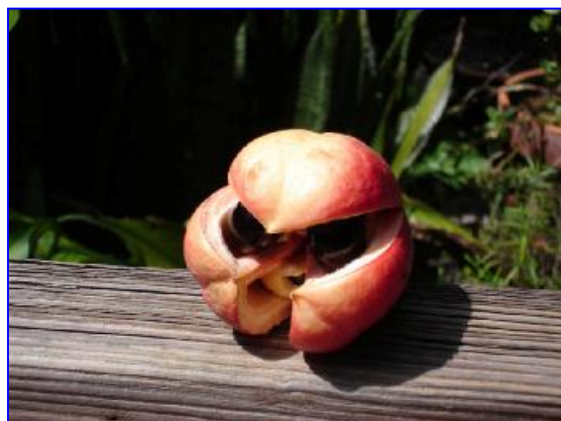


AcKee

Οι ταξιδιώτες της Τζαμάικας ή της Νιγηρίας μπορούν να γνωρίσουν για πρώτη φορά το απολαυστικό φρούτο της *Blighia sapida* γνωστό ως AcKee στη Τζαμάικα και isin στη Νιγηρία.

Φρούτο AcKee

Στην Τζαμάικα το παράξενο αυτό φρούτο σερβίρεται με μπέικον ή παστό ψάρι και με αυγά κτυπημένα. Προβλήματα εμφανίζονται εάν το φρούτο τρώγεται άγουρο ή όταν έχει ακατάλληλα προετοιμαστεί, καθώς αυτό περιέχει μια δραστική τοξίνη η οποία γρήγορα κατεβάζει το επίπεδο της ζάχαρης στο αίμα. Το θύμα γρήγορα υποκύπτει σε εμετό, συνοδεύεται από σπασμούς, κώμα, και θάνατο στην πλειοψηφία των περιπτώσεων.



Το άγουρο φρούτο μπορεί να είναι θανατηφόρο. Σωστή προετοιμασία εμπεριέχει βράσιμο του φρούτου και μετά απορρίπτεις το νερό.

Ζωικές Τοξίνες

Ζωικές τοξίνες εμπίπτουν σε δύο κατηγορίες. Πρώτον, υπάρχουν αυτές που είναι φυσικό συστατικό του ζώου ή ένα από τα όργανα του περικλείει την τοξίνη. Για παράδειγμα οι Εσκιμώοι γνωρίζουν την τοξικότητα του ήπατος της πολικής αρκούδας, που περιέχει πάρα πολύ υψηλά επίπεδα βιταμίνης Α. Δεύτερο τα ίδια τα ζώα μπορούν να μολυνθούν από τοξίνη.

Τετρόδους (ψάρι)

Το τετρόδους – είναι γνωστό στην Ιαπωνία ως “Fugu” είναι ένα είδος ρώσικης ρουλέτας. Το ψάρι αυτό είναι πολύ εύγεστο στο να δικαιολογεί το μεγάλο κίνδυνο που συνδέεται με την κατανάλωση του.

Οι Ιάπωνες μάγειροι έχουν άδεια ειδικότητας για να πραγματοποιήσουν την λεπτή επέμβαση αφαίρεσης από το ψάρι των αυγών, το συκώτι και το δέρμα το οποίο περιέχει την θανατηφόρο τετροδοτοξίνη, αλλά κάθε χρόνο αρκετοί θάνατοι συμβαίνουν από την κατανάλωση του “fugu” . Λέγεται ότι προπορεύεται μυρμηκίαση των χειλιών πριν τον θάνατο.



Κόκκινη Παλίρροια

Είναι μάλλον ολιγότερο δραματική η προσβολή της κόκκινης παλίρροιας από ότι η δηλητηρίαση από το τετρόδους (ψάρι), αλλά όχι λιγότερο δυσάρεστη, η δηλητηρίαση που προκαλείται από την κατάποση ψαριών ή οστρακομαλακών που μολύνθηκαν από την κόκκινη παλίρροια.

Η παρουσία Δινομαστιγωτών πρωτόζωων στο θαλασσινό νερό όταν βρίσκονται σε μεγάλο αριθμό τότε κάνουν την θάλασσα να μοιάζει κόκκινη.

Ψάρια που τρώγουν τέτοιους οργανισμούς λαμβάνουν σαξιτοξίνη και την αποθηκεύουν στο κρέας τους, έτσι όταν οι άνθρωποι καταναλώνουν τέτοια ψάρια δηλητηριάζονται από αυτά. Οι ψαράδες της Καραϊβικής γνωρίζουν πόσο επικίνδυνα είναι τα ψάρια αυτά αποφεύγουν να τα συλλέγουν όταν αυτά βρίσκονται στην «κόκκινη παλίρροια».

Ciguatera

Η δηλητηρίαση από ciguatera προκαλείται από την κατανάλωση ψαριών που στο κρέας τους έχει συγκεντρωθεί ciguatoxin μέσω της διατροφής τους (μεγάλη ποσότητα φυσικών τοξινών) (μικροπλακτόν ή δινομαστιγωτού). Πολλά είδη ψαριών μπορούν να προκαλέσουν αυτό το είδος της δηλητηρίασης όπως τα barracuda, λυθρίνια, σφυρίδες, χέλια. Τα ψάρια αυτά ζουν σε κοραλλιογενή ύδατα μεταξύ 3δμοίρες νότια έως 35μοίρες βόρεια γεωγραφικό πλάτος κυρίως στις περιοχές της Καραϊβικής και Νότιου Ειρηνικού.

Πρέπει να γνωρίζουμε ότι οι τοξίνες του ψαριού δεν καταστρέφονται με την θέρμανση, την ψύξη και την αποξήρανση του. Οι πρώτες κλινικές ένδειξη δηλητηρίασης αρχίζουν από δέκα λεπτά έως μια ημέρα μετά την κατανάλωση των ψαριών, αλλά συνήθως εμφανίζονται εντός δύο έως έξι ωρών. Στα κλινικά συμπτώματα συμπεριλαμβάνονται κοιλιακό άλγος, μούδιασμα ή μυρμηγκιάσματα στα χείλη, γλώσσα και το λαιμό, κράμπες, ναυτία, εμετός και διάρροια. Μερικά θύματα της δηλητηρίασης εκδηλώνουν νευρολογικά συμπτώματα, όπως η κεφαλαλγία η υπερευαισθησία στην θερμότητα, η

αναστροφή του θερμού και του κρύου, μούδιασμα στα άκρα ή μυϊκούς πόνους, ή αδυναμία. Μπορεί να επηρεαστεί ο καρδιακός ρυθμός, πτώσης της αρτηριακής πίεσης και αναπνευστική παράλυση που μπορεί να οδηγήσει στο θάνατο.

2.4. Αλλαντίαση

Η αλλαντίαση δεν είναι μολυσματική ή μεταδοτική νόσος αλλά μια τροφική δηλητηρίαση που προκαλείται με την κατάποση μιας νευροπαραλυτικής τοξίνης. Ευτυχώς η νόσος είναι σπάνια, αλλά η εμφάνισή της είναι επικίνδυνη και τραγική.

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Η νευροπαραλυτική τοξίνη παράγεται από το κλωστηρίδιον της αλλαντίαςης. Ο οργανισμός ανήκει στο γένος *Clostridium*. Εκτός από την αλλαντίαση το γένος περικλείει τον οργανισμό που προκαλεί τέτανο και αυτό της αεριογόνου γάγγραινας.

Το κλωστηρίδιο αλλαντίαςης προκαλεί τροφική δηλητηρίαση είναι gram θετικό βακτηρίδιο, αναερόβιο, σπορογόνο. Η τοξίνη είναι η πλέον θανατηφόρα όλων των δηλητηρίων. Μια ποσότητα 227g μπορεί να καθαρίσει όλο τον πληθυσμό της γης. Οι σπόροι δεν καταστρέφονται στη θερμοκρασία βρασμού 3-5 ώρες. Η καταστροφή των σπόρων επιτυγχάνεται ασφαλώς στο αυτόκαυστο (120°C) για 20 λεπτά.

Όταν το τρόφιμο μένει στη θερμοκρασία περιβάλλοντος (15-50°C) και σε αναερόβιες συνθήκες, π σπορά του μικροβίου πολλαπλασιάζονται ταχέως. Τέτοιες συνθήκες υπάρχουν στις σούπες, κρεατόπιτες, εντράδες, κρέας.

Η αλλαντική τοξίνη καταστρέφεται σε θερμοκρασία 100°C (για 10 λεπτά ή 50°ί για 30 λεπτά. Είναι ανθεκτικά στα οξέα και δεν καταστρέφεται από

το όξινο pH του στομάχου.

Η αλλαντική τοξίνη διακρίνεται σε 7 αντιγονικούς τύπους A, B Ca, Cb,D, E και F. Οι τύποι A και E προκαλούν τις περισσότερες δηλητηριάσεις στον άνθρωπο και μόνο περιστασιακά ο τύπος B.

Η τοξίνη E προκαλεί τις επιδημίες που έχουν σχέση με το ψάρι. Οι τύποι C και D αλλαντίαση στα χορτοφάγα ζώα (πτηνά, αγελάδες).

ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΕΠΩΑΣΗΣ

Ο χρόνος επώασης της νόσου είναι 12-36 ώρες αλλά μπορεί να κυμανθεί από 6 ώρες έως 8 ημέρες. Η θνησιμότητα είναι αντιστρόφως ανάλογα με το χρόνο επώασης. Όσο μικρός ο χρόνος επώασης τόσο μεγαλύτερη η θνησιμότητα που κυμαίνεται από 8-100%.

Η τοξίνη είναι τόσο θανατηφόρα που ασήμαντη ποσότητα φαγητού που περιέχει την τοξίνη μπορεί να προκαλέσει πρόωρο θάνατο.

ΤΡΟΠΟΣ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ

Η αλλαντίαση προέρχεται κυρίως από κονσερβοποιημένα τρόφιμα που παράγονται στο σπίτι όπως (όσπρια, λαχανικά, κρέας και ψάρια αλλαντικά) που δεν τηρούνται αυστηρά οι κανόνες υγιεινός για την αποτελεσματικό καταστροφή των σπόρων.

ΚΛΙΝΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Η δηλητηρίαση αρχίζει με ναυτία και εμετό, συνοδεύεται από κακουχία και κοιλιακή διάταση. Διάρροια σπανίως συμβαίνει αλλά η δυσκοιλιότητα είναι συνήθης. Μέσα σε 12 με 24 ώρες αρχίζουν να παρουσιάζονται παραλυτικά φαινόμενα όπως παράλυση των ματιών (διπλωπία και έλλειψης προσαρμογής των ματιών) η πάρεση των μυών του λάρυγγα και του φάρυγγα με αποτέλεσμα την εμφάνιση δυσφωνίας, δυσκατοποσίας, δίψα. Ακολουθεί η εμφάνιση αδυναμίας των άκρων και ο θάνατος επέρχεται από παράλυση του αναπνευστικού συστήματος και καρδιακό ανεπάρκεια. Σε περίπτωση ανάρρωσης συμπτώματα παράλυσης μπορούν να συνεχισθούν για μερικούς μήνες.

ΠΡΟΦΥΛΑΞΗ

α) Με την εμφάνιση κρουσμάτων αλλαντίασης χορηγείται αμέσως πολυδύναμος αντιτοξικός ορός (εντός 36 ωρών) στα άτομα που κατανάλωσαν τα τρόφιμα αλλά δεν έχουν ακόμα εμφανίσει συμπτώματα της νόσου.

β) Προσεκτική εξέταση κονσερβών πριν φαγωθούν. Να απορρίπτονται όσες εμφανίζουν τυμπανισμό.

γ) Συνίσταται βρασμός των τροφίμων που έχουν κατασκευασθεί στο σπίτι σε θερμοκρασία 100°C για 20 λεπτά.

δ) Όξινο περιβάλλον και η προσθήκη NaCl σε συγκέντρωση πάνω από 10% NaCl εμποδίζουν την ανάπτυξη του κλωστηριδίου της αλλαντίασης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΝΟΣΟΙ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΟΙ ΔΙΑ ΕΠΑΦΗΣ

3.1. Φυματίωση

Η Φυματίωση είναι μια χρόνια λοιμώδης νόσος που καταστρέφει σιγά σιγά τον οργανισμό, γι' αυτό και ονομάστηκε "φθίσις" από τον Ιπποκράτη (από το ρήμα φθίνω=ελαττώνομαι συνέχεια, αργοσβήνω). Θεωρείται κοινωνική νόσος, γιατί προσβάλλει ιδιαίτερα τις ασθενέστερες κοινωνικοοικονομικά τάξεις και τις αναπτυσσόμενες χώρες. Καθόλου παράξενο λοιπόν, που η αρρώστια αυτή ονομάζεται "**νόσος των φτωχών**".

Το 1882 ο Dr Robert Koch ανακάλυψε το βακτηρίδιο "**Mycobacterium Tuberculosis**" που συχνά αποκαλείται "**Βάκιλος του Koch**" που είναι υπεύθυνο για τη φυματίωση. Τότε η ασθένεια αυτή αποκαλούνταν η "**άσπρη πανούκλα**" λόγω της έντονης χλωμάδας που είχαν οι ασθενείς που έπασχαν από φυματίωση.

Σήμερα, οι περισσότεροι άνθρωποι θεωρούν ότι η φυματίωση εξαλείφθηκε, αλλά δυστυχώς η φυματίωση αποτελεί και σήμερα την υπ' αριθμό ένα λοιμώδη αιτία θανάτου στον κόσμο, με την Ανατολική Ευρώπη να αντιμετωπίζει τεράστιο πρόβλημα με την ανάπτυξη ανθεκτικών και πολυανθεκτικών στελεχών μυκοβακτηρίων στις χώρες αυτές, απειλώντας όλη τη γηραιά ήπειρο. Η αύξηση αυτή οφείλεται κυρίως στις πολιτικές και οικονομικές αλλαγές και στην απότομη αύξηση της

λοίμωξης με τον ιό του AIDS σε ορισμένες περιοχές: Οι συνθήκες συνωστισμού, υποσιτισμού και έλλειψης φαρμάκων ευνοούν την ανάπτυξη και διασπορά της νόσου και οι μετακινήσεις μεγάλων ομάδων πληθυσμού. Στις χώρες της Βαλτικής το 18% των κρουσμάτων φυματίωσης προέρχονται από στελέχη ανθεκτικά σε φάρμακα (έναντι 06% σε άλλα Κράτη Μέλη). Κάθε χρόνο, **2 εκατομμύρια** άνθρωποι πεθαίνουν από τη φυματίωση και **8 εκατομμύρια αναπτύσσουν ενεργή φυματίωση**.

Το 1/3 του κόσμου είναι αυτή τη στιγμή μολυσμένο και 15 εκατομμύρια υποφέρουν από ενεργή φυματίωση.

Το 95% των περιστατικών φυματίωσης και το 98% των θανάτων από φυματίωση καταγράφονται σε φτωχές χώρες αντίθετα στις αναπτυγμένες οικονομικά χώρες η επίπτωση είναι μικρότερη και αφορά κυρίως ειδικές ομάδες πληθυσμού όπως οικονομικούς μετανάστες, τοξικομανείς, φυλακισμένους, τσιγγάνους κ.λ.π.

Η επιδημία αναμένεται να επιδεινωθεί τα επόμενα χρόνια ιδιαίτερα στην Αφρική και Νοτιοανατολική Ασία. Εκτιμάται ότι μεταξύ 2000-2020 σε όλο τον κόσμο 1 δισεκατομμύριο άνθρωποι θα νοσήσουν 35.000.000 άνθρωποι θα πεθάνουν από φυματίωση εάν δεν επιταθούν οι προσπάθειες για τον έλεγχο της νόσου.

ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗΣ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗΣ

Η Φυματίωση διαιρείται σε ενεργό και λανθάνουσα. Ως ενεργός πνευμονική φυματίωση χαρακτηρίζεται η κατάσταση κατά την οποία υπάρχουν νοσηρά συμπτώματα (βήχας, πυρετός, ιδρώτας), τα πτύελα είναι θετικά για B.Koch και υπάρχουν ακτινολογικές αλλοιώσεις που μεταβάλλονται στο χρόνο. Κάθε άλλη περίπτωση διάγνωσης λοίμωξης από M.tuberculosis ασυμπτωματικών ασθενών με αρνητικά για B.Koch

πτύελα που δεν έχουν υποβληθεί σε αντιφυματική θεραπεία στο παρελθόν θεωρείται **λανθάνουσα φυματίωση**.

Παθογόνο αίτιο:

Η πρωτοπαθή και μόνη σημαντική αιτία της φυματίωσης είναι ο β. Φυματίωσης. Η πνευμονική φυματίωση προκαλείται από το **Mycobacterium tuberculosis** το οποίο είναι από τα μυκοβακτηρίδια που είναι παθογόνα για τον άνθρωπο και για τα ζώα.

Ταξινόμηση των Μυκοβακτηρίων

α. Mycobacterium tuberculosis: Είναι το παθογόνο αίτιο της πνευμονικής φυματίωσης στον άνθρωπο.

β. Mycobacterium bovis: Είναι το παθογόνο αίτιο της φυματίωσης των βοοειδών και μπορεί να μεταδοθεί στον άνθρωπο από μη παστεριωμένο γάλα φυματικών ζώων, συνήθως αγελάδας. Προκαλεί εξωπνευμονική φυματίωση.

γ. Mycobacterium avium: Είναι το παθογόνο αίτιο της φυματίωσης των πτηνών αλλά είναι πολύ σπάνιο στον άνθρωπο (ορνίθειος τύπος).

δ. Mycobacterium leprae: Το παθογόνο αίτιο που προκαλεί τη λέπρα.

ε. Mycobacterium paratuberculosis (βάκιλος του John): Είναι το παθογόνο αίτιο της εντερίτιδας των βοοειδών, δεν είναι παθογόνο στον άνθρωπο.

ζ. Mycobacterium microti: Αυτό δεν είναι παθογόνο για τον άνθρωπο. Χρησιμοποιήθηκε για εμβόλιο στην ανοσοποίηση των

βοοειδών κατά της φυματίωσης και έχει χρησιμοποιηθεί στο BCG εμβόλιο στην ανοσοποίηση του ανθρώπου.

Το γένος Μυκοβακτηρίδιον περιλαμβάνει Gram θετικά βακτηρίδια, άσπορα ακίνητα αναπτυσσόμενα αεροβίως. Αυτά χρωματίζονται δύσκολα με την επίδραση των οξέων για το λόγο αυτό ονομάζονται οξεάντοχα. Η ιδιότητα αυτή καθώς και η μεγάλη αντοχή τους στο εξωτερικό περιβάλλον και σε πολλά αντισηπτικά αποδίδεται στο ότι τα μυκοβακτηρίδια φέρουν κηρώδη ουσία.

Η εξωπνευμονική φυματίωση είναι λιγότερο συχνή. Μπορεί να προσβάλλει οποιοδήποτε όργανο ή ιστό του σώματος όπως λεμφαδένες, μήνιγγες, οστά, περικάρδιο, νεφρά, έντερο κ.τ.λ. Είναι συνηθέστερη στα άτομα που έχουν μολυνθεί με τον ιό HIV από το γενικό πληθυσμό αλλά η κλινική εκδήλωση της πνευμονικής φυματίωσης ξεκινά από την αναζωπύρωση παλαιάς εστίας της πρωτοπαθούς λοίμωξης ή από εξωγενή επαναμόλυνση. Επί μη θεραπείας η θνητότητα της νόσου είναι 50% και ο θάνατος επέρχεται εντός πέντε ετών, σε σημαντικό δε ποσοστό εντός 18 μηνών. Η σωστή θεραπευτική αντιμετώπιση καταλήγει σε ίαση ακόμη και σε άτομα με HIV λοίμωξη. Η νοσηρότητα και η θνησιμότητα αυξάνουν με την ηλικία και στα ηλικιωμένα άτομα οι δείκτες είναι μεγαλύτεροι στους άνδρες από ότι στις γυναίκες. Η νοσηρότητα είναι μεγαλύτερη στις ομάδες με χαμηλό οικονομικό επίπεδο και στις αστικές παρά στις αγροτικές περιοχές.

ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Γνωστοί παράγοντες που έχουν σχέση με την επίπτωση της φυματίωσης μπορούν να ταξινομηθούν ως περιβαλλοντικοί, κοινωνικοοικονομικοί, οικογενειακοί, συνήθειες και συμπεριφορές, μηχανισμοί άμυνας και ανοσολογικοί παράγοντες.

Η φυματίωση είναι νόσος του αστικού περιβάλλοντος. Καθώς ο πληθυσμός μετακινείται από την αγροτική στην αστική κοινότητα, παρατηρείται αύξηση της επίπτωσης της φυματίωσης. Σήμερα η φυματίωση είναι ένα σοβαρό πρόβλημα σε πολλές μεγάλες πόλεις. Εν τούτοις, σε μερικές υποανάπτυκτες χώρες του κόσμου η φυματίωση είναι πρόβλημα των αγροτικών όπως επίσης και των αστικών περιοχών.

Γνωστός παράγοντας δείχνει ότι υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ φυματίωσης και κοινωνικής στρωμάτωσης. Η φτώχεια πάντοτε έχει σχέση με τη φυματίωση. Μεγάλος αριθμός ανθρώπων συνωστίζονται μέσα σε ακατάλληλα και ανήλια σπίτια., σε φτωχογειτονιές και γκέτο με ελλειπή ιατρική φροντίδα προφέροντας το κατάλληλο περιβάλλον για την αύξηση της νόσου.

Η κακή διατροφή, ο υποσιτισμός, οι σωματικές και ψυχικές καταπονήσεις του ατόμου επαυξάνουν την ευπάθεια προς την φυματική λοίμωξη.

Μερικές επαγγελματικές ομάδες, συμπεριλαμβανομένου γιατρούς, νοσηλευτές και άλλους επαγγελματίες υγείας βρίσκονται σε κίνδυνο από τις συνεχείς επαφές με γνωστές και άγνωστες περιπτώσεις προς την φυματική λοίμωξη. Μεταξύ άλλων επαγγελματιών υψηλού ρίσκου είναι τα άτομα που εργάζονται σε επικίνδυνο περιβάλλον κονιορτού, πυριτίου, άνθρακα, αμιάντου.

Δεν υπάρχει καμία ένδειξη ότι η φυματίωση κληρονομείται παρόλο ότι η δοξασία υπάρχει μεταξύ των λαϊκών ανθρώπων. Εν τούτοις υπάρχει κάποιο στοιχείο στην κληρονομικότητα που ανταποκρίνεται στη λοίμωξη και κάνει μερικά άτομα είτε περισσότερο είτε λιγότερο ευαίσθητα από άλλα. Μέλέτες έδειξαν ότι τα συγγενικά πρόσωπα του ασθενούς με φυματίωση έχουν πιθανότητα τρεις με τέσσερις φορές περισσότερο να

πεθάνουν από τη νόσο από τα άτομα που δεν έχουν καμία σχέση μεταξύ τους.

Παλαιότερα η φυματίωση εθεωρείτο ότι ήταν ένα κοινωνικό στίγμα πράγμα που οδηγούσε στην καθυστέρηση της εξέτασης και της διάγνωσης. Η ανάπτυξη τέτοιας συμπεριφοράς προς τη λοίμωξη της φυματίωσης το μόνο που πρόσφερε ήταν η καθυστέρηση της εξέτασης ή αδιαφορία στην παρακολούθηση της υποδεικνυόμενης θεραπείας με τραγικά αποτελέσματα για τη θεραπεία και τη ζωή του ασθενούς.

Η κατάρρευση του μηχανισμού άμυνας του σώματος μπορεί να προδιαθέτει το άτομο στην φυματίωση. Διατροφική ανεπάρκεια από έλλειψη τροφής, αποτυχία του σώματος να αξιοποιεί την τροφή ή έλλειψη των απαραίτητων θρεπτικών συστατικών μπορεί να οδηγήσει το άτομο στη μειωμένη αντίσταση προς τη λοίμωξη της φυματίωσης.

Υποδόχα:

Κυρίως ο άνθρωπος και σε μερικές περιοχές νοσούντα βοοειδή.

Τρόπος μετάδοσης:

Ο βάκιλος της φυματίωσης μεταδίδεται από άνθρωπο σε άνθρωπο αερογενώς με πυρήνες σταγονίδια που, εκτοξεύονται από πάσχοντα με βήχα, φτάρνισμα, τραγούδι και γέλιο. Κατά μέσο όρο ένας άνθρωπος με ενεργή φυματίωση μολύνει 10 έως 15 άλλους κάθε χρόνο.

Η φυματίωση του λάρυγγα είναι εξαιρετικά μολυσματική

Επειδή ο παθογόνος μικροοργανισμός αντέχει στην αποξήρανση επί μακρόν, η αερογενής μετάδοση μπορεί να γίνει με το μολυσμένο από τα σταγονίδια ή από πτύελο κονιορτό. Ακόμη σπανιότερα είναι δυνατόν να

μεταδοθεί η φυματίωση μέσω μολυσμένων αντικειμένων. Η μόλυνση του ανθρώπου με Mboris είναι σπάνια σήμερα στις χώρες όπου η παστερίωση γάλακτος είναι με το νόμο υποχρεωτική. Ο βοοειδή τύπος είναι το αίτιο του 1,0 στις χώρες στις οποίες αφθονεί η φυματίωση.

Το μυκοβακτηρίδιο είναι ανθεκτικό στο περιβάλλον και στα πτύελα(επιβιώνει επί βδομάδες εκτός οργανισμού) και μεταδίδεται με τη σκόνη. Άμεση μετάδοση μέσω των βλεννογόνων ή του δέρματος είναι σπανιότατη .

Η φυματίωση των βοοειδών μεταδίδεται κυρίως, μέσω του παστεριωμένου γάλακτος ή προϊόντα γάλακτος. Σπανιότερα μεταδίδεται αεργενώς σε αγρότες ή κτηνοτρόφους.

Περίοδος επώασης:

Περίπου 42 εβδομάδες. Από τη μόλυνση μέχρι τη δημιουργία της πρωτοπαθούς εστίας η σημαντικού μεγέθους φυματοαντίδρασης. Ενώ ο επόμενος κίνδυνος εμφάνισης πνευμονικής ή εξωπνευμονικής φυματίωσης είναι μεγαλύτερος να συμβεί εντός ενός ή δύο, ετών μετά τη, μόλυνση. Εν τούτοις, λανθάνουσες λοιμώξεις μπορεί να διαρκούν επί μακρόν ή και δια βίου.

Περίοδος μεταδοτικότητας:

Θεωρητικά όσο ο παθογόνος μικροοργανισμός αποβάλλεται δια των πτυέλων. Ασθενείς χωρίς θεραπεία ή ανεπαρκή θεωρία μπορεί να έχουν κατά περιόδους θετικά πτύελα επί έτη. Ο βαθμός της μεταδοτικότητας εξαρτάται από το βαθμό των μυκοβακτηριδίων που αποβάλλονται, τη λοιμογονικότητά τους, τις συνθήκες θερμοκρασίας, υγρασίας του περιβάλλοντος και τον τρόπο διασποράς (βήχας, φτέρνισμα, ομιλία ή

τραγούδι). Αποτελεσματική θεραπεία περιορίζει τη μεταδοτικότητα της νόσου(μέσα σε μερικές εβδομάδες). Τα παιδιά που πάσχουν από φυματίωση δεν μεταδίδουν τη νόσο και συνεπώς δεν απαιτούνται μέτρα προστασίας των άλλων παιδιών με τα οποία μπορούν να παίζουν, να τρώνε και να κοιμούνται μαζί. Στις ελάχιστες περιπτώσεις που ένας έφηβος μπορεί να μεταδώσει φυματίωση, θα σας επιστήσει την προσοχή ο γιατρός.

Mantoux - Η θετική αντίδραση στην ενδοδερμική έγχυση της φυματίνης παραμένει η πιο παραδεκτή μέθοδος επισημάνσης της λοίμωξης από το Μ.Φ αν και οι διαθέσιμες φυματίνες δεν έχουν ούτε ειδικότητα ούτε ευαισθησία 100%.

Η ενδοδερμική έγχυση 0.1 ml διαλύματος φυματίνης(βιολογικά ισοδυναμούμε με 5TY της PPD-S) γίνεται στην καμπτική επιφάνεια του αντιβραχίου και μακριά από αγγεία ή δερματικές βλάβες.

Εκτιμούμε τη διήθηση που προκαλείται και όχι την ερυθρότητα, 48-72 ώρες μετά και τη μετρούμε σε mm. Αφού μετρήσουμε τη διήθηση θα εκτιμήσουμε αν η Mantoux είναι θετική ή αρνητική.

Εάν η Mantoux είναι από 0-4 mm είναι αρνητική από 5-9 mm είναι αμφίβολη από 10- άνω είναι θετική

Για άτομα σε χώρες με μικρή συχνότητα φυματίωσης και χωρίς άλλους παράγοντες κινδύνου(προδιαθεσικούς ή υποβοηθητικούς) θετική θεωρείται η φυματοαντίδραση διαμέτρου > 15mm, εκτός για παιδιά ηλικίας κάτω των τεσσάρων ετών(διάμετρος 10mm). Για άτομα της οικογένειας του κρούσματος φυματίωσης και με άτομα με λοίμωξη ΠΠν διάμετρος >5mm θεωρείται ένδειξη λοίμωξης με μυκοβακτηρίδιο φυματίωσης.

Η φυματινοαντίδραση παραμένει αρνητική όταν το άτομο με οξεία μορφή της νόσου (κεχροειδή φυματίωση, φυματιώδης μηνιγγίτιδα) καθώς

σε ορισμένα νοσήματα (ιλαρά-οστρακιά) ή μετά από εμβολιασμό με ζώντες εξασθενημένους ιούς, σε άτομα με ανοσοκαταστολή λόγω νόσου (AIDS), χρόνια χρήση ναρκωτικών ουσιών ή έκδηλο υποσιτισμό και ιδιαίτερη φροντίδα πρέπει να δίδεται στη συμμόρφωση των ασθενών ως το τέλος. Διακοπή της θεραπείας συνεπάγεται μετάδοση της νόσου στο περιβάλλον και ανάπτυξη πολυανθεκτικών στα φάρμακα στελεχών μυκοβακτηριδίων.

ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ

I. Έλεγχο του υποδόχου

α) πρόωρη διάγνωση και θεραπεία β) απομόνωση των μικροβιοφορέων γ) αντιμετώπιση των ζωνοδόσεων

α) Πρόωρη διάγνωση και θεραπεία

Αυτό ταυτίζεται με την ανίχνευση μικροβιοφορέων και τη θεραπεία τους με στόχο αφενός με την πρόληψη της επιδείνωσης της νόσου και αφετέρου την αρνητικοποίηση των πτυέλων. Η θεραπεία είναι μακρά, τουλάχιστον 8-12 μήνες (απομάκρυνση από την κοινότητα).

β) Απομόνωση των μικροβιοφορέων

Η ανίχνευση ενός μικροβιοφορέως ακολουθείται με τη νοσηλεία(απομάκρυνση από την κοινότητα) για τουλάχιστον 3-4 εβδομάδες. Η νοσηλεία είναι απαραίτητη για το ξεκίνημα της θεραπείας και τη διαφώτιση του ατόμου. Φαίνεται μάλιστα ότι η πιθανότητα υποτροπής είναι αντιστρόφως ανάλογη με τη διάρκεια της αρχικής αυτής νοσηλείας.

γ) Αντιμετώπιση των ζωνοδόσεων

Η φυματοαντίδραση των βοοειδών πρέπει να ελέγχεται συστηματικά. Η σφαγή των θετικών ζώων είναι απαραίτητη. Ο έλεγχος της παστερίωσης και η κατανάλωση παστεριωμένου γάλακτος είναι βασικά προληπτικά μέτρα γιατί το μυκοβακτηρίδιο καταστρέφεται κατά την παστερίωση .

II. Διακοπή της μετάδοσης

α) Υγιεινή κατοικία(εμβαδόν κατ' άτομο, αερισμός, ηλιακό φως, καθαριότητα).

β) Επί πνευμονικής φυματίωσης: υγειονομική διάθεση των πτυέλων. Ασθενείς με θετικά πτύελα πρέπει να νοσηλεύονται σε χωριστό δωμάτιο με συνεχή εξαερισμό και τα άτομα επισκέπτες θα πρέπει να λαμβάνουν ατομικά μέσα προστασίας της αναπνοής.

γ) Απολύμανση των πτυέλων. Δεν απαιτείται απολύμανση των συσκευών σίτισης ή των προσωπικών αντικειμένων του ασθενή. Απολύμανση χώρου με υπεριώδες φως, αυτό περιορίζει σημαντικά τον αριθμό των μυκοβακτηριδίων στο περιβάλλον. Ατομική υγιεινή και καλός μηχανικός καθαρισμός είναι αποτελεσματικά μέτρα.

III. Αύξηση της αντίστασης του δείκτη.

α) **Διατροφή.** Κυρίως κάλυψη των αναγκών σε πρωτεΐνες και βιταμίνες. Η επίδραση της διατροφής στην ανάπτυξη κυτταρικής ανοσίας είναι γνωστή.

β) **Εμβολιασμός BCG (Bacillus Calmette - Guerin).** Στη χώρα μας γίνεται στην ηλικία των 6-7 ετών για παράδειγμα σε άλλες χώρες γίνεται σε

νεογνική καθώς επίσης και σε βρεφική ηλικία. Υπάρχει όμως διχογνωμία κατά πόσο ο νεογνικός εμβολιασμός προστατεύει αποτελεσματικά από τη φυματίωση και ορισμένοι ερευνητές προτείνουν να γίνεται αργότερα, κατά τη βρεφική ηλικία(3 μηνών), ώστε να έχει αναπτυχθεί η κυτταρική ανοσία.

Ο εμβολιασμός με BCG υποκαθιστά την επικίνδυνη πρωτοπαθή λοίμωξη από το ΜΦ, με την αθώα λοίμωξη από το βάκιλο Calmette - Guerin, ενεργοποιώντας την κυπαρική ανοσία του εμβολιαζομένου, έτσι ώστε σε νέα είσοδο του μικροβίου, η λοίμωξη να είναι εμβολίων τύπου επαναλοίμωξης.

Είναι γνωστό ότι η φυματιώδης πρωτομόλυνση, ανεξάρτητα από τη βαρύτητα της, συνοδεύεται από **λεμφοαιματογενή διασπορά** η οποία μπορεί να οδηγήσει σε **φυματώδη μηνιγγίτιδα** ή σε ηπιότερη επιπλοκή όπως **φυματίωση νεφρών ή οστών ή αρθρώσεων**. Η ανοσία που αναπτύσσεται μετά την πρωτομόλυνση δεν είναι ισχυρή και κάτω από ορισμένες συνθήκες το άτομο μπορεί να ξαναμολυνθεί.

Ο εμβολιασμός με BCG κατά κανόνα θετικοποιεί τη φυματινοαντίδραση σε διάστημα συνήθως 6-8 εβδομάδων(τοπική εξέλκωση που προκαλεί το εμβόλιο διαστάσεων 5-7 χιλ. μέσα σε 6-8 εβδομάδες, η εξέλκωση φτάνει **10 χιλ.** και η επούλωση σε 12 εβδομάδες και εάν η εξέλκωση ξεπερνά τα 10-12 χιλ. τότε χορηγείται για 1-2 μήνες.

Σε άτομα με αρνητική Mantoux επιτρέπεται ο συστηματικός εμβολιασμός κυρίως σε παιδιά. Επανεμβολιασμός στην ηλικία 13-14 ετών επίσης γίνεται επανεμβολιασμός σε ηλικία 20-25 ετών στους στρατιώτες.

Επίσης εμβολιασμός ενδείκνυται σε άτομα με στενή και παρατεταμένη επαφή με πάσχοντες από ενεργό φυματίωση, άτομα που εργάζονται σε σανατόρια και τα μέλη των οικογενειών που έχουν άτομο

με ενεργό φυματίωση. Σε ειδικά νοσοκομεία που η επίπτωση είναι πάνω από 1% παρά τα εφαρμοζόμενα μέτρα.

Το εμβόλιο αντενδείκνυται να χορηγείται σε εγκύους κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και σε άτομα με ανοσοκαταστολή. Σε περιοχές όμως όπου η ετήσια επίπτωση της μόλυνσης υπερβαίνει το 0.5% είναι απαραίτητο να γίνεται εμβολιασμός αμέσως μετά τη γέννηση. Εάν τα βρέφη βρίσκονται σε οικιακό φυματικό περιβάλλον γίνεται εμβολιασμός εντός του πρώτου 10 ημέρου της ζωής τους με ταυτόχρονη και υποχρεωτική απομάκρυνση από το μολυσμένο περιβάλλον αμέσως μετά

Η αποτελεσματικότητα του BCG ανέρχεται σε 60-70%. Η Π.Ο.Υ συνιστά ως κατάλληλη ηλικία εμβολιασμού τη νεογνική, όταν ο δείκτης διαμόλυνσης υπερβαίνει το 5% στην ηλικία των 14 ετών. Όταν ο δείκτης διαμόλυνσης κυμαίνεται 2-5% κατάλληλη θεωρείται η ηλικία των 5-6 ετών, ενώ όταν ο δείκτης διαμόλυνσης είναι μικρότερος από 2% η ηλικία των 11 ετών.

3.2. Λεπτοσπειρώσεις

Οι λεπτοσπειρώσεις είναι ομάδα οξέων λοιμώξεων που χαρακτηρίζονται από προσβολή του ήπατος, των νεφρών και του νευρικού συστήματος. Αυτές οι λοιμώξεις εκδηλώνονται με πυρετό, ρίγος, πονοκέφαλο, εμετό, σοβαρή αδιαθεσία, μυαλγίες, επιπεφυκίτιδα, μηνιγγίτιδα, σπάνια ίκτερος, νεφρική ανεπάρκεια, αιμολυτική αναιμία, αιμορραγία του δέρματος και των βλεννογόνων μεμβρανών.

Η κλινική νόσος διαρκεί από μερικές μέρες μέχρι 3 εβδομάδες, υποτροπιασμός μπορεί να συμβεί. Η μόλυνση μπορεί να είναι ασυμπτωματική.

Η θνησιμότητα είναι μικρή αλλά αυξάνει όσο αυξάνεται η ηλικία του ασθενούς και φθάνει μέχρι 20% ή πολύ περισσότερο σε ασθενείς με ίκτερο και βλάβη των νεφρών.

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Ο μικροοργανισμός απομονώνεται από το αίμα και το ΕΝΥ μόνο τις δέκα πρώτες μέρες της νόσου, ενώ από τα ούρα απομονώνεται στη διάρκεια της δεύτερης εβδομάδας. Το δείγμα που πρόκειται να εξετασθεί εμβολιάζεται στα κατάλληλα θρεπτικά υλικά (Fletcher ή άλλα) Τα οποία επωάζονται στους 28-30⁰C για 5-6 εβδομάδες.

Συνήθως η ανίχνευση της λεπτοσπείρωσης γίνεται με ορολογικές μεθόδους, για το σκοπό αυτό Χρησιμοποιείται π μέθοδος της συγκολλητινοαντίδρασης. Ως αντιγόνο Χρησιμοποιείται μίγμα ζωντανών ή νεκρών στελεχών λεπτοσπείρας διαφόρων ορολογικών τύπων.

Οι συγκολλητίνες εμφανίζονται στον ορό του αίματος από την έκτη έως τη δωδέκατη ημέρα της νόσου και φθάνουν στον υψηλότερο τίτλο την Τρίτη ή τέταρτη εβδομάδα.

Αιφνίδια εκδήλωση της λοίμωξης συμβαίνει μεταξύ των κολυμβητών που κολυμπούν σε νερά που έχουν μολυνθεί από τα ούρα οικιακών ή άγριων ζώων. Άτομα που ασχολούνται στους αγρούς του ρυζιού, του Ζαχαροκάλαμου, εκκενωτές βόθρων, υδραυλικοί, κτηνίατροι, ανθρακωρύχοι.

ΥΠΟΔΟΧΟ

Οικιακά και ζώα του αγρού, όπως βοοειδή, σκύλοι, άλογα και χοίροι. Αρουραίοι και άλλα τρωκτικά που είναι συχνά μολυσμένα. Άγρια ζώα όπως ελάφι, σκίουροι, αλεπούδες, μεφίτες, προκύονες (ρακούν) κ.λ.π.

Στην Ευρώπη, οι μύες των αγρών, αρουραίοι (ο αγροδίαιτος), μυγαλίδες και σκαντζόχοιροι είναι οι συνήθεις υποδοχές του μικροοργανισμού.

ΤΡΟΠΟΣ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ

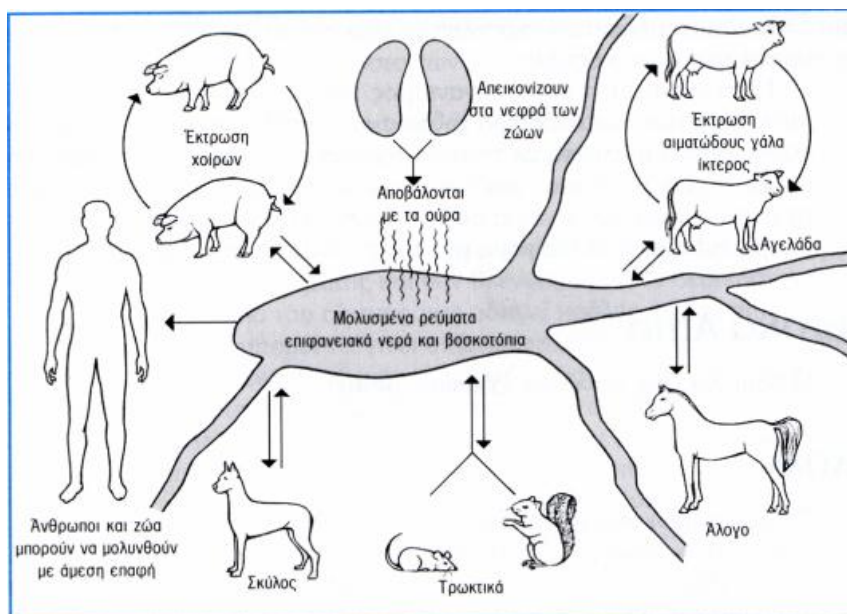
Ο άνθρωπος μολύνεται με έμμεση ή άμεση επαφή. Ο κύριος τρόπος μόλυνσης είναι η έμμεση επαφή δηλαδή με μολυσμένο νερό ή χώμα και τροφή που έχει μολυνθεί από ούρα ζώων. Η μόλυνση του ανθρώπου γίνεται από τους βλεννογόνους και από το δέρμα μετά από λύση της συνέχειας. Οι λεπτοσπείρες έρχονται στην κυκλοφορία και μεταφέρονται με το αίμα σε όλα τα μέρη του σώματος ακόμη και στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό και τον οφθαλμό.

ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΕΠΩΑΣΗΣ:

4 μέχρι 19 ημέρες, συνήθως 10 μέρες.

ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΜΕΤΑΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑΣ

Έμμεση μετάδοση από άνθρωπο σε άνθρωπο. Τα λεπτόσπειρα είναι πολύ ανθεκτικά στο νερό και διατηρούν τη δραστηριότητά τους έως 30 ημέρες και καταστρέφονται γρήγορα με την αποξήρανση και με την επίδραση του ηλιακού φωτός. Επίσης καταστρέφονται με απολυμαντικές ουσίες.



Μετάδοση της *Leptospira spirochetes*.

ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ

- Προστασία των εργατών με επικίνδυνα επαγγέλματα, προμηθεύοντας τους με μπότες και γάντια.
- Αποτρέπουμε τα άτομα να κολυμπήσουν σε νερά που υπάρχουν υπόνοιες ότι είναι μολυσμένα με λεπτοσπείρα, εξόντωση των ποντικών και αρουραίων.
- Υγειονομικό έλεγχο των δεξαμενών με σκοπό την πρόληψη της μόλυνσής τους από τα αγροτικά Ζώα και τα τρωκτικά αποξηρατικών έργων και την εξάλειψη των ελών.
- Εμβολιασμός των οικιακών ζώων έχει συμβάλλει σημαντικά στην ελάττωση της συχνότητας της λοίμωξης του ανθρώπου.

3.3. Τουλαραιμία

Η τουλαραιμία οφείλεται στην *Francisella tularensis* που βρέθηκε στην περιφέρεια Turale της Καλιφόρνιας. Η τουλαραιμία είναι μια οξεία λοιμώδης νόσος των άγριων ζώων. Η νόσος ανακαλύφθηκε στα τρωκτικά και παρουσιάζει ομοιότητα με την πανώλη.

Η τουλαραιμία προσβάλλει τα τρωκτικά, μερικά αρθρόποδα και ζώα, κυρίως λαγούς και τα μη σπιτικά κουνέλια. Η νόσος έχει θνησιμότητα 5% εάν δεν γίνει κατάλληλη θεραπεία. Στις Η.Π.Α. κάθε μήνα παρουσιάζονται περιπτώσεις τουλαραιμίας κυρίως όμως το φθινόπωρο την εποχή του κυνηγιού του κουνελιού.

ΠΑΘΟΓΟΝΟ ΑΙΤΙΟ

Francisella tularensis (*Pasteurella tularensis* *Bacterium tularense*)

ΥΠΟΔΟΧΟ

Η κύρια πηγή της μόλυνσης είναι τα άγρια ζώα όπως τα κουνέλια οι σκίουροι και τα τρωκτικά.

ΤΡΟΠΟΙ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ

Αυτό μεταφέρεται από ζώο σε ζώο από το τσίμπημα του κρότωνα και από τη μύγα του ελαφιού, τον ψύλλο του σκίουρου και συνήθως από τον κοριό του κρεβατιού. Η μετάδοση στον άνθρωπο γίνεται: α) από τσίμπημα μολυσμένου ενδιάμεσου ξενιστού β) από την επαφή με ζώα μολυσμένα ιδιαίτερα με το δέρμα αυτών γ) με το φάγωμα κρέατος μολυσμένου ζώου (κουνελιού) και δ) με την πόση ακάθαρτου νερού (που μολύνθηκε από τρωκτικά και ζώα).

ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΕΠΩΑΣΗΣ

Η περίοδος επώασης ποικίλει από μία μέχρι δέκα μέρες (1-10 μέρες) και κατά μέσο όρο τρεις μέρες.

ΠΕΡΙΟΔΟΙ ΜΕΤΑΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑΣ

Δεν υπάρχει μετάδοση από άνθρωπο σε άνθρωπο. Ο παθογόνος παράγοντας μπορεί να υπάρχει στο αίμα στις 2 πρώτες εβδομάδες κατά τη διάρκεια της νόσου. Εξανθήματα παρουσιάζονται ένα μήνα μετά την έναρξη της νόσου, καμιά φορά και περισσότερο. Οι μύγες παραμένουν μολυσματικές για 14 ημέρες, τα τσιμπούρια περίπου 2 χρόνια.

Ένα μολυσμένο κουνέλι μέσα στο ψυγείο διατηρείται μολυσμένο δύο με τρεις εβδομάδες ενώ, εάν αυτό διατηρηθεί στην κατάψυξη (- 15⁰C είναι μια πηγή μόλυνσης για τρία και περισσότερα χρόνια.

ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

Η τουλαραιμία είναι μια βαρεία εμπύρετος νόσος. Η νόσος έχει διάφορες μορφές όπως δερματική, πνευμονική, σηψαιμική, εντερική και οφθαλμική.

Η συνηθέστερη μορφή είναι η δερματική, στην οποία αναπτύσσεται έλκος στο μέρος όπου έγινε ο ενοφθαλμισμός. Η οφθαλμική μορφή συνήθως συμβαίνει από τρίψιμο του ματιού με μολυσμένα χέρια. Η επιπεφυκίτιδα είναι η πρωτογενής μόλυνση. Η εντερική ή τυφοειδής μορφή προκαλείται με την

κατανάλωση μολυσμένου κρέατος κουνελιού που δεν έχει ψηθεί αρκετά και τέλος η πνευμονική μορφή είναι δευτερογενής της νόσου και παρατηρείται διόγκωση των λεμφαδένων (λεμφαδενίτιδα).

Η έναρξη της νόσου στον άνθρωπο εμφανίζεται αιφνιδίως, με συμπτώματα που μοιάζουν της γρίπης, κεφαλαλγία, πυρετός, εμετός, γενικευμένος πόνος, εφίδρωση, ρίγη και καταβολή, διόγκωση και τοπική ευαισθησία των λεμφαδένων. Μία βλατιδώδης βλάβη αναπτύσσεται στο μέρος που έγινε ο ενοφθαλμισμός, συνήθως στα Χέρια και στο πρόσωπο. Η βλάβη βαθμιαία εξελίσσεται σε έλκος, ο άνθρωπος παραμένει εμπύρετος για δύο με τρεις εβδομάδες με υψηλή θερμοκρασία 38,8-40°C.

Στην οφθαλμική μορφή η νόσος αρχίζει με βλατίδια και γίνεται έλκος στο άνω ή στο κάτω βλέφαρο. Ολόκληρος ο επιπεφυκότας προσβάλλεται και γίνεται πολύ κόκκινος, με δακρύρροια και εμπλοκή των τοπικών λεμφαδένων. Εάν παραμείνει χωρίς θεραπεία, μπορεί να έχουμε σοβαρή καταστροφή του οφθαλμού.

Η εντερική λοίμωξη είναι χαρακτηριστική του τυφοειδούς πυρετού σε πολλά σημεία. Νευρωτικά έλκη συμβαίνουν σε ολόκληρο τον γαστρεντερικό σωλήνα, ενώ η έναρξη γίνεται με Βλάβες και σχηματισμό αποστήματος στο στόμα και στο φάρυγγα. Γαστρεντερικές βλάβες μπορούν να προκαλέσουν αιμορραγία. Οι λεμφαδένες μεγεθύνονται και μπορεί να παρουσιασθεί τοξαιμία και θάνατος εάν δεν γίνει γρήγορη διάγνωση της νόσου και κατάλληλη θεραπεία.

Η τουλαραιμία συχνά προκαλεί πνευμονικές επιπλοκές και αυτό μπορεί να συμβεί και με απουσία της μεγέθυνσης των λεμφαδένων. Η πνευμονική μορφή μοιάζει με βρογχοπνευμονία. Η Θνησιμότητα της νόσου είναι κάτω του 5%, π ανάρρωσα γίνεται με βραδύ ρυθμό και ποικίλει από τη λοιμογόνο δράση του οργανισμού και τη σοβαρότητά της.

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Αρνητικά κατά gram βακτηρίδια στα έλκη, στους λεμφαδένες, στα πτύελα ή στο αίμα. Αργότερα, μεταξύ έβδομης και ενδέκατης ημέρας (από την έναρξη της νόσου), εμφανίζονται συγκολλητίνες στο ορό του αίματος που παραμένουν μέχρι πέντε εβδομάδες.

ΑΝΟΣΙΑ

Το άτομο που προσβλήθηκε από τα νόσο έχει ισόβια ανοσία.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Χορηγούνται στρεπτομυκίνη, τετρακυκλίνες και χλωροφαινικόλη.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Δεν υπάρχει απομόνωση για τον ασθενή, αλλά πρέπει να γίνεται απολύμανση εκεί όπου υπάρχουν διαπυούμενα έλκη και λεμφαδένες. Η εμπύρετος κατάσταση του ασθενούς απαιτεί εντατικό φροντίδα όπως γίνεται με όλες τις εμπύρετες νόσους (π.χ. τυφοειδής πυρετός).

Επειδή ο χρόνος ανάρρωσης είναι μεγάλος, ο ασθενής θα πρέπει να βρίσκεται σ' ένα ευχάριστο περιβάλλον. Στον ασθενή πρέπει να δίνεται τροφή με υψηλές θερμίδες.

ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ

- Ø Εμβολιασμός με εμβόλιο που περιέχει νεκρούς μικροοργανισμούς.
- Ø Διαφώτιση του πληθυσμού για τον τρόπο μόλυνσης από τα θηράματα.
- Ø Οι εργαζόμενοι σε μικροβιολογικά εργαστήρια να χρησιμοποιούν γάντια και ο χώρος που εργάζονται να διαθέτει υπεριώδη ακτινοβολία.
- Ø Να γίνεται εντομοκτονία κατά των κροτώνων και μυγών.
- Ø Οι νοικοκυρές πρέπει να χρησιμοποιούν γάντια όταν καθαρίζουν τα κουνέλια (άγρια).
- Ø Αποφυγή κατανάλωσης ακατέργαστου νερού που μπορεί να έχει μολυνθεί από περιττώματα και ούρα άγριων ζώων.

3.4. Νόσος των Λεγεωναριών ή Λεγεονέλλωση

Η νόσος πήρε το όνομά της μετά από μια δραματική επιδημία έκρηξη αναπνευστικής νόσου μεταξύ των αντιπροσώπων της Αμερικανικής Λεγεώνας που παρακολούθησε το συνέδριο στην Φιλαδέλφια το 1976. Παρ' όλη την εξαντλητική έρευνα η αιτία παρέμεινε ένα μυστήριο για περίπου έξι μήνες, έως ότου τελικά βρέθηκε ένα μικρό βακτήριο η *Legionella pneumophila* που ήταν υπεύθυνη.

Η *Legionella pneumophila* βρίσκεται στο φυσικό περιβάλλον στη λάσπη, στις λίμνες, στα ποτάμια και στα ρέματα. Ο μικροοργανισμός έχει απομονωθεί από το σύστημα θερμού νερού, ψυκτικές δεξαμενές μηχανημάτων, υγραντικές συσκευές (υγραντήρες) από βρύσες κρύου – ζεστού νερού, κολυμβητικές δεξαμενές, αναπνευστικά μηχανήματα.

Νόσος των Λεγεονάριων

Τα κύρια χαρακτηριστικά της λεγεονέλλωσης είναι η πνευμονία που παρουσιάζεται με πυρετό, βήχα και συχνά δύσπνοια και πόνο στο στήθος. Διάρροια και έμετος μπορεί να συμβούν τις πρώτες ημέρες και σύγχυση συχνά αναπτύσσεται στο στάδιο αυτό, ένα μικρό ποσοστό των θυμάτων παρουσιάζουν δυσκολία στην ομιλία και στην ισορροπία.

Σποραδικά κρούσματα και μικροεπιδημίες επισυμβαίνουν παντού σε όλη την διάρκεια του έτους με έξαρση τους καλοκαιρινούς και φθινοπωρινούς μήνες.

Στο σύνολο των πνευμονιών του γενικού πληθυσμού ποσοστό 0,5-5% οφείλεται στην *Legionella pneumophila*.

Τρόπος μετάδοσης

Ο κύριος τρόπος είναι αερογενής μετάδοση.

Περίοδος επώασης

Από 2 έως 10 ημέρες, συνήθως 5-6 ημέρες.

Περίοδος μεταδοτικότητας

Δεν έχει αποδειχθεί μετάδοση από άτομο σε άτομο

Ταξιδιώτες

Οι επιδημικές εκρήξεις της νόσου μεταξύ των ταξιδιωτών οι περισσότερες εκδηλώνονται σε ένοικους ξενοδοχείων με κεντρικό σύστημα κλιματισμού λόγω κακής συντήρησης. Η χλωρίωση του νερού ελέγχει την *Legionella pneumophilla* καθώς η διατήρηση της θερμοκρασίας του νερού στο ζεστό σύστημα ύδρευσης πάνω από 50°C περιορίζει τον κίνδυνο διασποράς του μικροοργανισμού.

Η νόσος είναι θεραπεύσιμη, αρκεί με τα πρώτα συμπτώματα να επισκεφθεί τον γιατρό για έγκαιρη θεραπευτική αντιμετώπιση.

3.5. ΑΝΘΡΑΚΑΣ

Ο άνθραξ έχει υπάρξει για αιώνες. Περιγράφει από τον Ιπποκράτη περίπου το 300 π.Χ. Είναι κυρίως μια ασθένεια των σπιτικών ζώων όπως βοοειδή, πρόβατα, κατσίκες, άλογα και γουρούνια. Τα άγρια ζώα που μπορούν να μολυνθούν είναι τα ελάφια, τα κουνέλια και αρκούδες.

Το αίτιο που προκαλούσε τη νόσο ήταν άγνωστο μέχρι το 1877, όταν ο Koch και ο Pasteur ανακάλυψαν το ειδικό βακτήριο που προκαλούσε τον άνθρακα. Ο Pasteur εφάρμοσε τους κανόνες του εμβολιασμού όταν εμβολίασε πενήντα πρόβατα με το εμβόλιο του άνθρακα.

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Ο άνθρακας είναι οξεία μολυσματική νόσος. Αυτά είναι κυρίως μια επαγγελματικό νόσος, περιορίζεται, δηλαδή, στα άτομα αυτά που ασχολούνται με ζώα ή προϊόντα ζώων όπως το δέρμα, τις τρίχες και το έριον (μαλλί), κτηνίατροι, κτηνοτρόφοι, εργάτες σφαγείων βρίσκονται σε κίνδυνο γιατί έρχονται σε επαφή με τα μολυσμένα ζώα.

Στην πραγματικότητα ο υπολογιζόμενος αριθμός της επίπτωσης της νόσου κατά τον Hobson είναι μεταξύ 20.000 και 100.000 περιπτώσεων κατά έτος.

ΠΑΘΟΓΟΝΟ ΑΙΤΙΟ

Ο άνθραξ είναι μια οξεία μολυσματική νόσος, που προκαλείται από το *Bacillus anthracis* το οποίο είναι gram-θετικό ακίνητο, σπορογόνο βακτήριο. Το συγκεκριμένο βακτήριο είναι αερόβιο και αναερόβιο, με την παρουσία του οξυγόνου σχηματίζει σπόρους. Οι σπόροι δεν δημιουργούνται όταν ο μικροοργανισμός βρίσκεται στο σώμα του ζώου, αλλά τότε γίνεται η εκκόλαψη του σπόρου. Όταν ο μικροοργανισμός εγκαταλείπει το σώμα και εκτεθεί στον αέρα αρχίζει η παραγωγή των σπόρων.

Ο *Bacillus anthracis* επιζεί στο έδαφος για πολλά χρόνια, και σε περιοχές όπου η νόσος είναι ενδημική, οι σπόροι μπορούν να διαδοθούν σε μεγάλη έκταση. Οι σπόροι είναι ανθεκτικοί στις επιδράσεις του περιβάλλοντος.

ΥΠΟΔΟΧΑ

Κυρίως τα φυτοφάγα ζώα όπου η θύρα εισόδου είναι συνήθως το στόμα και ο πεπτικός σωλήνας τους. Οι σπόροι των μολυσμένων εδαφών εισέρχονται μετά της τροφής (χόρτα).

Η λοίμωξη γενικεύεται στο τελικό στάδιο τα μικρόβια αποβάλλονται σε μεγάλο αριθμό με τα κόπρανα, τα ούρα, και το σίελο και τελικά αυτά μολύνουν το έδαφος.

ΤΡΟΠΟΙ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ

Στον άνθρωπο ο άνθρακας εμφανίζεται με τρεις μορφές: τη δερματική, την πνευμονική και την εντερική.

Η δερματική μορφή είναι η συνηθέστερη (95% από τις περιπτώσεις άνθρακα) και εμφανίζει μικρή θνησιμότητα (περίπου 2%), μεταδίδεται δε με την επαφή του ανθρώπου με μολυσμένες τρίχες, μαλλί και δέρμα καθώς επίσης με βιομηχανικά προϊόντα όπως βουρτσάκια ξυρίσματος και οστεάλευρων.

Ο πνευμονικός άνθρακας είναι σχεδόν πάντα θανατηφόρος, και οφείλεται στην εισπνοή σπόρων κατά τη διαδικασία κατεργασία δερμάτων ή μαλλιών ενώ ο εντερικός άνθρακας προκαλεί τον θάνατο σε 25% από τις περιπτώσεις και είναι σχετικό σπάνιος, συμβαίνει δε όταν καταναλωθεί κρέας μολυσμένου ζώου ανεπαρκώς ψημένου. Δεν υπάρχει ένδειξη ότι το γάλα μολυσμένων ζώων μεταδίδει τη νόσο.

ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΕΠΩΑΣΗΣ

Ο χρόνος επώασης του άνθρακα είναι 2 με 4 ημέρες, μπορεί όμως να είναι και 7 ημέρες. Οι περισσότερες περιπτώσεις εμφανίζονται μέσα σε 48 ώρες από την έκθεση στο λοιμογόνο παράγοντα.

ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΜΕΤΑΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑΣ

Η μετάδοση από άνθρωπο σε άνθρωπο είναι σπάνια. Αντικείμενα και πώμα μολυσμένα με σπόρους παραμένουν λοιμογόνα επί δεκαετίας.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ

Σχεδόν όλες οι περιπτώσεις άνθρακα στον άνθρωπο είναι της επιδερμικής μορφής και γενικά ακολουθείται από τραύμα στο δέρμα. Η νόσος εκδηλώνεται με κνησμό, στη συνέχεια παρουσιάζονται αλλοιώσεις στο δέρμα το οποίο γίνεται κηλιδώδες και μεταπίπτει σε φυσαλλιδώδες και σε 2-6 ημέρες αναπτύσσει

μια πεπλατυσμένη βαθιά μαύρη εσχάρα. Η εσχάρα περιβάλλεται από ήπιες μέχρι ελαφρός μορφής οίδημα, καμιά φορά με μικρές δευτερογενείς φυσαλίδες.

Ο πόνος είναι ασυνήθης και εάν είναι παρών έχει σχέση με το οίδημα ή το δευτερογενή λοίμωξη, εάν δεν γίνει η κατάλληλη θεραπεία τότε ο μικροοργανισμός μεταδίδεται στα λεμφαγγεία και στο αίμα και προκαλεί σηψαιμία. Η θνησιμότητα τότε κυμαίνεται από 5 μέχρι 20%. Με κατάλληλη θεραπεία η θνησιμότητα είναι πολύ μικρό.

Ο πνευμονικός άνθρακας είναι σπάνιος. Εισπνεόμενοι οι σπόροι και οι βάκιλοι φθάνουν στους πνεύμονες, και προκαλούν σοβαρό πνευμονικό οίδημα, αιμορραγία, πνευμονία και θάνατο. Στα συμπτώματα συμπεριλαμβάνονται αδιαθεσία, βήχας, υψηλός πυρετός, αύξηση του αναπνευστικού ρυθμού, συριγμός, διαφόρηση και μυαλγία. Σηψαιμία, υπεξωτικό έγχυμα και μηνιγγίτιδα μπορεί να περιπλέξει τη μόλυνση.

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Εξετάζεται το εξίδρωμα της φλύκταινας στη δερματική μορφή της νόσου, τα πύελα στην πνευμονική μορφή και τα κόπρανα όταν υπάρχει υποψία εντερικής μορφής της νόσου.

Από το υλικό που πρόκειται να εξετασθεί γίνονται άμεσα παρασκευάσματα, Χρωματίζονται κατά gram και μικροσκοπούνται.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Το φάρμακο επιλογής για τη θεραπεία του άνθρακα είναι η πενικιλίνη. Η τετρακυκλίνη ή οξυτετρακυκλίνη έχουν επίσης καλά αποτελέσματα.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Η νοσηλευτική φροντίδα ατόμου με άνθρακα απαιτεί υπερβολική προφύλαξη γιατί η παρουσία των σπόρων απαιτεί αυστηρή ιατρική ασηψία. Οι επίδεσμοι (επιδερμικό υλικό) από τις βλάβες πρέπει να διπλώνονται σε χαρτί και να καίγονται αμέσως. Η νοσηλεύτρια πρέπει να φοράει γάντια. Όλα τα άλλα αντικείμενα που δεν μπορούν να παταχθούν όπως σεντόνια, ποδιές, ρούχα ασθενών και προσόψια, πρέπει να αποστειρωθούν σε αυτόκαυστο πριν πλυθούν

και σιδερωθούν. Περιπτώματα, ούρα, πτύελα και άλλα απεκκρίματα πρέπει να απολυμανθούν αμέσως για να προληφθεί η δημιουργία σπόρων. Ο ασθενής πρέπει να παραμείνει απομονωμένος έως ότου οι βλάβες καθαρίσουν και οι βακτηριολογικές εξετάσεις δείξουν ότι είναι αρνητικές στο *Bacillus anthracis*.

ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΕΛΕΓΧΟΣ

Ο εμβολιασμός των ανθρώπων με υψηλό επαγγελματικό κίνδυνο από άνθρακα έδειξε ότι έχει καλά αποτελέσματα. Εκπαίδευση των ατόμων που χειρίζονται ζωικά προϊόντα.

Οι περιπτώσεις άνθρακα πρέπει να αναφέρονται, ο ασθενής να απομονώνεται και ταυτόχρονα θα πρέπει να πραγματοποιείται και απολύμανση. Για να διασφαλιστεί η καταστροφή των σπόρων θα πρέπει να χρησιμοποιηθεί το αυτόκαυστο για αποστείρωση και το κόψιμο των μολυσμένων προϊόντων.

Η επιδημιολογική διερεύνηση όλων των ανθρώπινων περιπτώσεων πρέπει να γίνεται για να προσδιοριστεί η πηγή μόλυνσης και να προληφθεί η περαιτέρω εξάπλωση της νόσου. Ο διεθνής έλεγχος απαγορεύει την εισαγωγή οστεάλευρων εκτός αν έχουν κατάλληλη αποστείρωση.

Στον Καναδά απαιτείται δια νόμου τι απολύμανση των δερμάτων και σε συγκεκριμένες εγκαταστάσεις χρησιμοποιούνται όξινα απολυμαντικά, όπως το υδροχλωρικό και το μυρμηκικό οξύ.

Ο εμβολιασμός των ζώων συνιστά τον καλύτερο κτηνιατρικό έλεγχο του άνθρακα. Όταν εκδηλώνεται επιδημία της νόσου, τα ζώα και οι εγκαταστάσεις αυτών πρέπει να τίθενται σε λοιμοκάθαρση για περίοδο περίπου 2 εβδομάδων μετά την τελευταία διαγνωσθείσα περίπτωση άνθρακα ο 2 εβδομάδων μετά από δραστικά ανοσοποίηση.

Εάν βρεθεί σφάγιο θετικό από τη νόσο σε σφαγείο, τότε το σφαγείο θα πρέπει να απολυμανθεί σχολαστικά (με 2% καυστικής σόδας) πριν αρχίσει να λειτουργεί.

3.6. Τέτανος

Ο τέτανος οφείλεται στην τοξίνη την οποία παράγει το Κλωστηρίδιο του τετάνου (*Clostridium tetani*). Ο τέτανος μπορεί να σημειωθεί σε οποιοδήποτε μέρος της γης, επειδή οι σπόροι του κλωστηριδίου βρίσκονται σε όλα τα εδάφη (στα περιττώματα των ζώων, των ίππων ιδίως και του ανθρώπου). Οι σπόροι είναι εξαιρετικά ανθεκτικοί, βλαστούν σε περιβάλλον με έλλειψη οξυγόνου. Η νόσος προκαλείται από την δράση πανίσχυρης νευροτροπού τοξίνης (τετανοσπαμίνης) που παράγεται από το βακτήριο σε νεκρό ιστό (π.χ. βρώμικη πληγή). Κλινικά συμπτώματα του τετάνου είναι οι μυϊκοί πόνοι, κατ' αρχάς στους μασητήρες μύες όπου προκαλούν τρισμό των δοντιών και με την χαρακτηριστική έκφραση του προσώπου <<σαρδόνιος γέλως>> όπου είναι η κλασική στάση του Άγνωστου Στρατιώτη.

Ο τρισμός των οδόντων ακολουθείται από μυϊκή σύσπαση του αυχένα, από επώδυνους σπασμούς μυών της ράχης (με οπισθόνο) και σπασμούς σε άλλους μύες.

Τελικά, ήπια εξωτερικά ερεθίσματα μπορεί να γενικεύσουν το έναυσμα της αιφνίδιας προσβολής του τετάνου, τα οποία συμβάλλουν σε σοβαρές επιπλοκές του τετάνου (δυσφαγία, πνευμονία) και οδηγεί στο θάνατο εκτός εάν δοθεί γρήγορα δυνατή υποστηρικτική θεραπεία.

Περιστατικό

Ακάθαρτα τραύματα μπορεί να μολυνθούν με σπόρους τετάνου σε οποιοδήποτε μέρος του κόσμου.

Κίνδυνος για τους ταξιδιώτες

Κάθε ταξιδιώτης πρέπει να είναι πλήρως προστατευόμενος έναντι του τετάνου. Σχεδόν κάθε μορφή τραυματισμού, από ένα απλό τραυματισμό (ρήξη) μέχρι αυτοκινητιστικό ατύχημα, μπορεί να εκθέσει το άτομο στους σπόρους.

Εμβόλιο

Όλοι οι ταξιδιώτες θα πρέπει να κάνουν το εμβόλιο πριν την αναχώρησή τους. Ο αρχικός εμβολιασμός γίνεται σε τρεις δόσεις με το DTP και δίνεται στους πρώτους μήνες της ζωής του βρέφους. Αναμνηστικές δόσεις είναι ευκολότερο να δοθούν ως Td, αλλά ασφαλώς όλες οι δόσεις δίνονται στα άτομα στην ηλικία άνω των 7 ετών, πρέπει να είναι Td.

Η προφύλαξη εξαρτάται από το είδος του τραύματος και το επίπεδο της ανοσίας του ατόμου έναντι του τετάνου. Συγκεκριμένα, αν το άτομο είναι πλήρως εμβολιασμένο, μετά τον καλό καθαρισμό του τραύματος και μόνο αν έχουν περάσει πάνω από 10 έτη από την τελευταία δόση εμβολίου χορηγείται μια αναμνηστική δόση.

Σε περίπτωση μεγάλων ή σοβαρών τραυμάτων, χορηγείται αναμνηστική δόση την ημέρα του τραυματισμού, αν δεν έχει λάβει ο ασθενής δόση εμβολίου τα τελευταία 5 έτη. Αν το άτομο δεν έχει κάνει πλήρη εμβολισμό, χορηγείται αμέσως η πρώτη δόση του εμβολίου και συγχρόνως γίνεται παθητική ανοσοποίηση με ανθρώπινη τετανική ανοσοσφαιρίνη (TIG) αν πρόκειται για τραύμα βαθύ ή μεγάλο. Στα άτομα αυτά ο εμβολιασμός συνεχίζεται με άλλες δυο δόσεις σύμφωνα με το σχήμα της πρωτογενούς πλήρους ανοσοποίησης.

Το εμβόλιο του τετάνου και της διφθερίτιδας είναι ακίνδυνο. Δεν υπάρχουν ενδείξεις ότι τα δυο αυτά εμβόλια προκαλούν τερατογένεση αλλά καλό θα είναι να αποφεύγονται στους πρώτους τρεις μήνες της κύησης.

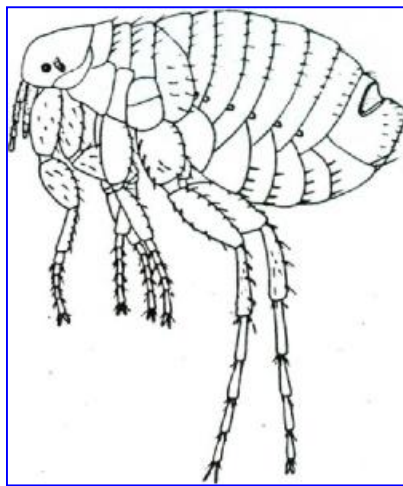
Τα εμβόλια του τετάνου και της διφθερίτιδας, δεν γίνονται κατά τη διάρκεια εμπύρετου νοσήματος.

Απαγορεύονται επίσης να γίνονται σε άτομα, με ιστορικό νευρολογικών διαταραχών ή σε άτομα με σοβαρές αντιδράσεις υπερευαισθησίας μετά από την προηγούμενη δόση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΕΣ ΜΕ ΤΑ ΕΝΤΟΜΑ

4.1. Πανώλη



Ψύλλος *Pulex irritans* (αρσενικό) (2-3mm μήκος)

Η Βουβωνική πανώλη ήταν μία από τις μεγαλύτερες μάστιγες της ανθρωπότητας και ήταν υπεύθυνη για τις επιδημίες που σκότωσαν εκατομμύρια ανθρώπους. Τον Μεσαίωνα, μία επιδημία πανώλης προκάλεσε τον θάνατο του ενός τετάρτου του πληθυσμού της Ευρώπης.

Επιδημίες λιγότερο εκτεταμένες εξακολουθούν να συμβαίνουν σε ορισμένα μέρη του κόσμου.

Πιστεύεται ότι ο μικροοργανισμός που προκαλούσε τις επιδημίες στο Μεσαίωνα όταν περισσότερο τοξικός απ ότι είναι σήμερα. Το Μεσαίωνα τι νόσος συχνά σχετιζετε με σοβαρή αιμόλυση, προκαλώντας μελαψό δέρμα, εξ' ου και ιό όνομα “μαύρος Θάνατος” για τη Βουβωνική πανώλη. Αυτά τα

συμπτώματα δεν τα βλέπουμε μέρα. Η νόσος εξακολουθεί να είναι ακόμη ενδημική σε διάφορα μέρη της Ασίας και της Αφρικής.

ΠΑΘΟΓΟΝΑ ΑΙΤΙΑ

Ο Βάκιλος της πανώλης (*Yersinia pestis*).

ΥΠΟΔΟΧΑ

Τα άγρια τρωκτικά (σκίουροι, αρκτομούες, γερβίλοι, σπερμοφίλοι κ.α.) στη φύση, στις κατοικημένες περιοχές οι επιμύες όπως π.χ. ο επιμύς ο Αλεξανδρινός (*Rattus rattus*) και ο επιμύς ο δεκατευτής (*Rattus notregicus*) και α γάτες αποτελούν τη συνήθη πηγή μόλυνσης για τον άνθρωπο.

Τα τρωκτικά και οι επιμύες δε μολύνονται από το τσίμπημα των ψύλλων αλλά από το φάγωμα των ίδιων των νεκρών ζώων. Οι ψύλλοι τότε τσιμπούν τα άρρωστα ή χρόνια μικροβιοφόρα ζώα μεταφέρουν τις παστερέλες στο πεπτικό τους σύστημα όπου και πολλαπλασιάζονται. Ο ψύλλος με τη σειρά του όταν τσιμπήσει άλλο υγιές ζώο ο άνθρωπος το μολύνει γιατί προκαλεί τη στιγμή εκείνη ένα είδος εμετού και βγαίνουν γύρω στις εκατό χιλιάδες (100,000) παστερέλλες. Με το τσίμπημα οι παστερέλλες εισέρχονται στο μεγάλοοργανισμό (και η μόλυνση αρχίζει). Επίσης όταν ο επιμύς πεθάνει οι ψύλλοι των εγκαταλείπουν στρέφονται προς τον άνθρωπο. Οι ψύλλοι των επιμυών δεν νοσούν και μπορούν να έχουν το μικρόβιο επί 45 ημέρες.

ΤΡΟΠΟΙ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ

Από το ζώο στον άνθρωπο από τσίμπημα μολυσμένου ψύλλου των ετιμυών, όπως Ξενοψύλλα του Χέοπος (*Xenopsylla cheopis*), Ξ.Βραζιλιάνι (*Xenopsylla brasiliensis*), Κερατόψυλλο ταινιωτό (*Ceratophyllus fasciatus*).

Στην πνευμονική πανώλη

Περίοδος επώασης

Από 1 έως 7 ημέρες. Στην πρωτογενή πνευμονική πανώλη (από άτομο άτομο) 2-4 ημέρες και λιγότερο.

Η νόσος κλασικά χαρακτηρίζεται με λεμφαδενίτιδα, σηψαιμία, πετεχειώδεις αιμορραγίες, συχνά με τοξαιμία, υψηλό πυρετό (39-40°C),

καταπληξία, ανησυχία, πνευματικό σύγχυση, πλήρη κατάποση, παραλήρημα και κώμα.

Μετά από τσίμπημα μολυσμένου φύλλου παρατηρείται τοπικά μια φλεγμονή και διόγκωση των σύστοιχων λεμφαδένων και υπάρχουν οι παρακάτω κλινικές μορφές.

Η αδενική ή βουβωνική πανώλη είναι η συνηθέστερη μορφή γιατί οι ψύλλοι συνήθως τσιμπούν τα κάτω άκρα (πόδια) και διογκώνονται οι βουβωνικοί αδένες με Χαρακτηριστικό έντονο άλγος. Παρατηρούνται φλεγμονή των λεμφαδένων τις μασχάλες ή του τραχήλου με εμφάνιση αδενίτιδας στην περιοχή της αρχικής μόλυνσης, υψηλός πυρετός, εμετός, διάρροια και αιμορραγίες του δέρματος και των βλεννογόνων. Η δευτερογενής εισβολή στην κυκλοφορία του αίματος μας οδηγεί πολλές φορές στην τελική πνευμονία η οποία μπορεί να γίνει αιτία πρωτοπαθούς πνευμονικής πανώλης.

Κατά την πνευμονική μορφή παρατηρείται πνευμονία, που συνοδεύεται από βήχα, έγκριση πτυέλων με ίχνη αίματος, αίσθημα πνιγμονής. Η μορφή της πανώλης αυτή μεταδίδεται με τον αέρα και για το λόγο αυτό το κέντρο νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να φοράει ειδική στολή, γάντια, μάσκα. Η σηψαιμική μορφή χαρακτηρίζεται από πολυάριθμες αιμορραγίες του δέρματος, των βλεννογόνων και διαφόρων άλλων οργάνων.

ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ

Σε περιοχές όπου είναι ενδημική η πανώλη θα πρέπει να γίνεται ενημέρωση για τον τρόπο μετάδοσης και τα μέτρα που πρέπει να παίρνουν οι κάτοικοι για την προστασία τους.

- Εξολόθρευση των τρωκτικών και των ψύλλων με μυοκτόνα και εντομοκτόνα.
- Οι σκύλοι και οι γάτες πρέπει να ψεκάζονται με κατάλληλα εντομοκτόνα σε τακτά χρονικά διαστήματα.
- Ενεργητική ανοσοποίηση με εμβόλιο από νεκρά βακτηρίδια προσφέρει προστασία στο άτομο για μερικούς μήνες .(Το εμβόλιο χορηγείται σε 2 με 3

δόσεις ενώ μετά χρειάζονται αναμνηστικές δόσεις για να διατηρηθεί η προστασία των εμβολιαζόμενων). Το εμβόλιο αυτό προστατεύει ιό άτομο από τα βουβωνικά πανώλη όχι όμως από τον πρωτογενή πνευμονικό πανώλη.

- Το εμβόλιο γίνεται σε άτομα που ταξιδεύουν σε περιοχές όπου η επίπτωση της πανώλης είναι υψηλή και στους εργαζόμενους των εργαστηρίων που ασχολούνται με το βάκιλο της πανώλης.

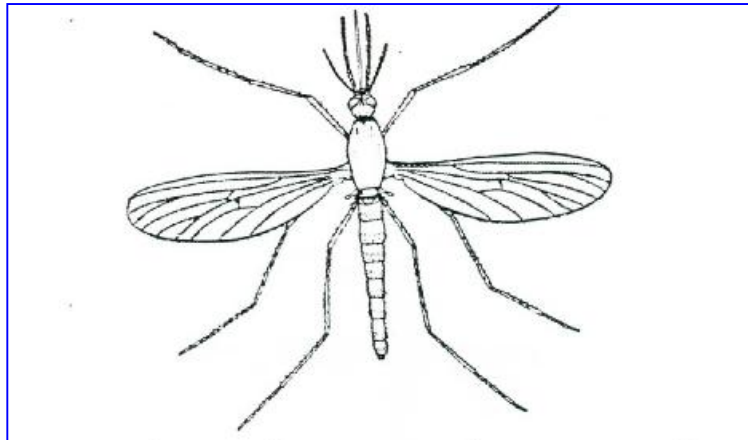
- Έλεγχος των ποντικών στα πλοία, αποβάθρες και αποθήκες γίνεται με περιοδικές απολυμάνσεις, συναζόμενο με άλλα υγειονομικά μέτρα εάν είναι απαραίτητα για την εξαφάνιση των ποντικών και των ψύλλων στα πλοία.

Η απομόνωση του ασθενούς με πανώλη είναι αυστηρός απαραίτητη για να αποφευχθεί η αερογενής μετάδοση. Άτομα με πρωτογενή πνευμονική πανώλη ή ασθενείς που αναπτύσσουν πνευμονικό πανώλη (τουλάχιστον 48 ώρες από την έναρξη της θεραπείας), ταξιδιώτες από Χώρα με πνευμονικό πανώλη τίθενται σε απομόνωση για διάστημα 6 ημερών από την τελευταία ημέρα έκθεσης στον κίνδυνο.

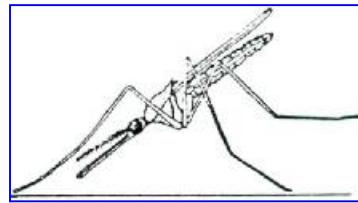
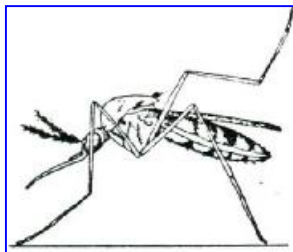
- Τα ρούχα των ασθενών που πάσχουν από βουβωνική πανώλη και των ατόμων του περιβάλλοντος των απολυμαίνονται με ειδικό εντομοκτόνο.

- Ενημέρωση της Π.Ο.Υ. εντός 24 ωρών από την εμφάνιση του πρώτου εισαχθέντος κρούσματος (σε χώρες που είναι ελεύθερες από πανώλη).

4.2. Ελονοσία



Ανωφελή κουνούπι (θηλυκό) (4-6 mm μήκος)



εικον.: Καθιστική θέση των κουνουπιών; Culex (αριστερά)

Ανωφελής (δεξιά)

Τα ανωφελή κουνούπια μπορεί να αναγνωριστούν από την χαρακτηριστική τους στάση.

Παθογόνο αίτιο

Η Ελονοσία προκαλείται από πρωτοζωικά παράσιτα του γένους Plasmodium. Τέσσερα στελέχη είναι υπεύθυνα για την Ελονοσία στον άνθρωπο:

1. P. vivax ,
2. P. malariae ,
3. P. falciparum και
4. P. ovale.

Από τα τέσσερα είδη παρασιτών της Ελονοσίας το *P.falciparum* και *P.vivax* είναι υπεύθυνα για την μεγαλύτερη έκταση της Ελονοσίας ανά τον κόσμο .

Η πλέον σοβαρή μορφή είναι ο κακοήθης τριταίος που οφείλεται στο πλασμώδιο *falciparum* και που χρειάζεται άμεση θεραπευτική αντιμετώπιση, ακόμη και στις ήπιες περιπτώσεις διότι συνοδεύεται από σοβαρές επιπλοκές και η θνησιμότητα φθάνει στο 10 % μεταξύ των παιδιών που δεν έλαβαν θεραπεία και των μη άνοσων ενηλίκων. Οι άλλες μορφές Ελονοσίας, του καλοήθους τριταίου (*P. vivax*) , του τεταρταίου (*P.malariae*) και του ωοειδούς (*P. ovale*) είναι καλοηθέστερες, εκτός από τα μικρά παιδιά ,υπερηλίκες και οι ασθενείς με άλλα νοσήματα ή ανοσοανεπάρκεια.

Υπόδοχο:

Ο άνθρωπος είναι το μόνο υπόδοχων των πιο πάνω πλασμωδίων. Το *P.malariae* μπορεί να παρατηρηθεί σε μερικά είδη ανωτέρω πιθηκών .

Άλλα πλασμώδια (*P.Knowlesi* και *P. cynomolgi*) προκαλούν φυσική λοίμωξη σε ανώτερα θηλαστικά (πίθηκοι) αλλά η μετάδοση στον άνθρωπο είναι εξαιρετικά σπάνια.

Τρόπος μετάδοσης

Ο άνθρωπος είναι το υπόδοχο της Ελονοσίας και η νόσος μεταδίδεται στον άνθρωπο με τους θηλυκούς ανωφελείς κώνωπες. Μετά από την περίοδο επώασης και με την έναρξη των συμπτωμάτων στο θύμα, οι μη μολυσμένοι κώνωπες μολύνονται μετά από δείγμα σε μολυσμένο άνθρωπο και ο κύκλος αρχίζει πάλι.

- Έτσι η νόσος μεταφέρεται από άτομο σε άτομο από το ενδιάμεσο ξενιστή και από τον άνθρωπο στον ξενιστή (κουνούπι).

- Η νόσος δεν μεταδίδεται από άτομο σε άτομο εκτός μέσα από μετάγγιση αίματος ή μολυσμένες σύριγγες και βελόνες σε περίπτωση των χρηστών ενέσιμων ναρκωτικών.

- Βιολογικός κύκλος του παράσιτου περιλαμβάνει τρεις φάσεις ανάπτυξης: μία από αυτές γίνεται μέσα στο κουνούπι (σπορογονική) και οι άλλες δύο (εξωερυθροκυτταρική και ερυθροκυτταρική) στον άνθρωπο.
- Ο θηλυκός ανέφελος κώνων είναι ο βιολογικός ξενιστής του παρασίτου και ο κύκλος εξέλιξης του παρασίτου σ' αυτόν γίνεται σε 8 έως 35 ημέρες, ανάλογα με το είδος του πλασμοδίου και την θερμοκρασία στην οποία εκτίθεται.
- Στον άνθρωπο η εξωερυθροκυτταρική φάση γίνεται στο ήπαρ και δεν υπάρχουν κλινικά συμπτώματα. Η τρίτη φάση γίνεται εντός των ερυθροκυττάρων με σύγχρονη κλινική εκδήλωση της νόσου.
- Τα γαμετοκύτταρα συνήθως εμφανίζονται εντός 3-14 ημερών μετά την έναρξη των συμπτωμάτων, σύμφωνα προς το είδος του παρασίτου.
- Η Ελονοσία επίσης μπορεί να μεταδοθεί στον άνθρωπο με μετάγγιση μολυσμένου αίματος ή με σήραγγες και βελόνες κυρίως σε χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών. Η μετάδοση από τη μητέρα στο έμβρυο κατά τη διάρκεια της κύησης είναι σπάνια.

Περίοδος Επώασης:

Ο χρόνος επώασης κυμαίνεται 12 ημέρες για το *P.falciparum*, 14 ημέρες για το *P.vivax* και *P.ouale*, και 30 ημέρες για το *P.malariae*. Για ορισμένα στελέχη του *P.vivax* η περίοδος επώασης κυμαίνεται από 8 έως 10 μήνες και ακόμη περισσότερο για στελέχη του *P. ovale*. Σε περίπτωση μετάδοσης με μετάγγιση αίματος η περίοδος επώασης είναι συνήθως μικρή, αλλά και ποικίλλει ανάλογα με την δόση των παρασίτων.

Περίοδος Μεταδοτικότητας:

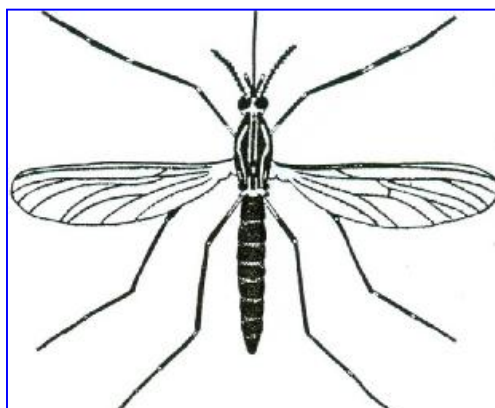
Ο ανωφελής κώνωπας μπορεί να μολυνθεί από τον άνθρωπο όσο χρονικό διάστημα υπάρχουν γαμετοκύτταρα του παρασίτου στο αίμα του ασθενούς. Η περίοδος μεταδοτικότητας ποικίλλει ανάλογα με το είδος και το στέλεχος του παρασίτου και την ανταπόκριση στην θεραπεία.

Επί μη ή αν επιτυχούς θεραπείας ο ασθενής φέρει μολυσμένα γαμετοκύτταρα στο αίμα του τα οποία επιζούν περισσότερο από 3 έτη για το *P.malariae*, από 1 έως 3 στο *P.vivax*, και γενικά όχι περισσότερο από 1 έτος στη *P.falciparum*. Οι κώνωπες παραμένουν μολυσμένοι όσο ζουν.

Προληπτικά μέτρα για τους ταξιδιώτες

1. Να κάνουν επάλειψη με εντομοαπωθητικές ουσίες στο δέρμα κατά την διάρκεια της νύχτας, καθώς και η χρήση εντομοκτόνων στους χώρους του ύπνου.
2. Να μην αφήνουν εκτιθέμενο το σώμα τους στα δήγματα των κωνόπων. Να φορούν υποκάμισο με μακριά μανίκια και παντελόνι μακρύ.
3. Να χρησιμοποιούν κουνουπιέρες ώστε να προστατεύονται κατά την διάρκεια του ύπνου τους από τους κώνωπες.
4. Όταν ταξιδεύουν σε χώρες όπου ενδημεί η Ελονοσία θα πρέπει να αρχίσουν χημειοπροφύλαξη μια εβδομάδα πριν την αναχώρηση και να την συνεχίσουν μέχρι και 4 εβδομάδες μετά την επιστροφή τους από την ενδημική περιοχή.
5. Θεραπεία αποτελεσματική οξέων και χρόνιων περιστατικών Ελονοσίας, ώστε να εκλείψουν τα υπόδοχα.
6. Για την γενική προστασία του πληθυσμού απαιτούνται, τακτικοί ψεκασμοί με εντομοκτόνα των στάσιμων υδάτων, με αποστραγγιστικά έργα ή με βιολογικούς μεθόδους.

4.3. Κίτρινος Πυρετός (Yellow Fever)



εικον.:Κουνούπι *Aedes aegypti* (θηλυκό) (4 – 6 mm μήκος)

Ο κίτρινος πυρετός είναι ένα ιογενές νόσημα που μεταδίδεται στον άνθρωπο με τα τσιμπήματα των κουνουπιών.

Γεωγραφική Κατανομή

Συναντάται στις τροπικές περιοχές της νότιας Αμερικής και της Αφρικής, ενώ απουσιάζει από τις χώρες της Ασίας. Όσοι πρόκειται να επισκεφθούν αγροτικές περιοχές χωρών με υψηλό κίνδυνο μετάδοσης της νόσου, πρέπει να γνωρίζουν ότι ο κίνδυνος μόλυνσης είναι αυξημένος, ακόμα και αν η χώρα προορισμού δεν έχει κάνει επίσημη αναφορά για την παρουσία της νόσου σε αυτήν και δεν απαιτεί από τους επισκέπτες να είναι εφοδιασμένοι με πιστοποιητικό εμβολιασμού κατά του κίτρινου πυρετού.

Παθογόνο αίτιο

Η λοίμωξη μεταδίδεται με το κουνούπι στεγόμυια η ταινιωτή (*Aedes aegypti*) και με τα κουνούπια της ζούγκλας (κίτρινος πυρετός της ζούγκλας). Το κουνούπι αφού προσλάβει τον ιό από άτομο που πάσχει, το μεταδίδει με

τσίμπημα σε κάποιο ευπαθές άτομο, αφού πρώτα ο ιός έχει πολλαπλασιαστεί μέσα στο σώμα του. Η νόσος δεν μεταδίδεται με επαφή.

Περίοδος επώασης

Από 3 έως 6 ημέρες

Περίοδος Μεταδοτικότητας

Το αίμα των ασθενών μπορεί να μολύνει τα κουνούπια λίγο πριν την έναρξη του πυρετού και για 3 – 5 ημέρες μετά την έναρξη των συμπτωμάτων. Δεν μεταδίδεται από άτομο σε άτομο ούτε με κοινό αγωγό. Ο ιός πολλαπλασιάζεται στο κουνούπι *Aedes aegypti* και είναι κανό να μεταδώσει την νόσο με τσίμπημα μόνο μετά από 9 – 12 ημέρες από τη μόλυνσή του. Το κουνούπι παραμένει μεταδοτικό ισοβίως (1 – 3 μήνες).

Συμπτώματα

Η κλινική εικόνα του κίτρινου πυρετού εμφανίζεται ξαφνικά με ρίγη και πυρετό, ενώ ακολουθούν κεφαλαλγία, πόνος στην πλάτη, γενικευμένοι πόνοι, ναυτία, εμετός και ερυθρότητα των επιπεφυκότων (κοκκίνισμα των ματιών). Μεσολαμβάνουν τρεις ημέρες ύφεσης των κλινικών συμπτωμάτων και ακολούθως, κατά τη δεύτερη φάση, επανεμφανίζονται πυρετός, ίκτερος (κιτρίνισμα του δέρματος και των ματιών), αιμορραγίες, κυρίως αιματέμεση, ολιγουρία και βραδυκαρδία. Ακολουθούν παραλήρημα, διεγέρσεις, καταπληξία, κόμα, τα οποία συχνά οδηγούν στο θάνατο.

Προληπτικά μέτρα

Πρώτη γραμμή άμυνας των ταξιδιωτών κατά του κίτρινου πυρετού θεωρείται η λήψη των απαραίτητων ατομικών μέτρων προστασίας από τα τσιμπήματα των κουνουπιών. Ακόμα και εάν αποφασίσετε να εμβολιαστείτε, θα

πρέπει να γνωρίζετε ότι το εμβόλιο του κίτρινου πυρετού δεν είναι αποτελεσματικό σε ποσοστό 100%. Επιπροσθέτως, ανάλογα με τον τόπο προορισμού, υπάρχει πιθανότητα να μολυνθείτε και από άλλα νοσήματα που μεταδίδονται με τα κουνούπια.

Επίσης, θα πρέπει να φοράτε ενδύματα ψεκασμένα με ένα εντομοαπωθητικό που περιέχει DEET (συγκέντρωση του φαρμάκου 30% είναι συνήθως επαρκής) και να διαμένετε σε δωμάτια εφοδιασμένα με κλιματισμό και προστατευτικές σήτες.

Όταν κυκλοφορείτε σε εξωτερικούς χώρους καλό είναι να περιορίζετε την έκθεση του ακάλυπτου δέρματός σας στα τσιμπήματα των κουνουπιών φορώντας κάλτσες, μακριά παντελόνια και πουκάμισα με μακριά μανίκια.

Εάν σκοπεύετε να χρησιμοποιήσετε ένα εντομοαπωθητικό με DEET στα παιδιά, θα πρέπει να το κάνετε με ιδιαίτερη προσοχή, επειδή σε περίπτωση υπερδοσολογίας υπάρχουν κάποιες ενδείξεις ότι μπορεί να προκαλέσει παρ ενέργειες από το νευρικό σύστημα.

Εφόσον ταξιδεύετε σε αγροτικές περιοχές, θα πρέπει να προμηθευτείτε μια φορητή κουνουπιέρα και εντομοκτόνα σε μορφή σπρέι, για να εξουδετερώσετε τα κουνούπια των εσωτερικών χώρων. Μπορείτε επίσης να επιθέσετε περμεθρίνη (ένα εντομοαπωθητικό/εντομοκτόνο) στα ρούχα σας και στις κουνουπιέρες.

Για την είσοδό σας σε κάποια χώρα με κρούσματα κίτρινου πυρετού, είναι απαραίτητο ο εμβολιασμός να γίνει το αργότερο δέκα μέρες πριν από την αναχώρησή σας και να μην έχουν περάσει περισσότερα από δέκα χρόνια από προηγούμενο εμβολιασμό σας.

Δεν πρέπει να εμβολιαστούν κατά του κίτρινου πυρετού:

- Παιδιά ηλικίας κάτω των τεσσάρων μηνών, τα άτομα που παρουσίασαν σοβαρή αλλεργική αντίδραση σε προηγούμενο εμβολιασμό τους, καθώς και όσοι είναι έντονα αλλεργικοί στο αβγό .
- Τα άτομα που πάσχουν από AIDS ή εμφανίζουν άλλου τύπου καταστολή του ανοσοποιητικού τους συστήματος, θα πρέπει να συζητήσουν τα οφέλη και τους κινδύνους του εμβολιασμού με το γιατρό τους .
- Επιτρέπεται να χορηγηθεί το εμβόλιο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μόνο στην περίπτωση που το ταξίδι της εγκύου είναι υποχρεωτικό και ο κίνδυνος μόλυνσής της από τη νόσο μεγάλος. (Το εμβόλιο μπορεί να χορηγηθεί σε θηλάζουσες μητέρες.) Έτσι μετά από αξιολόγηση το εμβόλιο του κίτρινου πυρετού μπορεί να επιτραπεί μετά από τον 6^ο μήνα της κύησης για περιοχές αποδεδειγμένου κινδύνου .
- Όσοι πάσχουν από κάποιο νόσημα μέτριας σοβαρότητας (με ή χωρίς πυρετό), θα πρέπει να αναβάλουν τον εμβολιασμό, μέχρι να αναρρώσουν.

Αν ο εμβολιασμός κρίνεται απαραίτητος, αλλά ο γιατρός σας εκφράζει αντίθετη άποψη, θα πρέπει να του ζητήσετε μια ενυπόγραφη, αναλυτική επιστολή όπου θα αναφέρονται οι λόγοι της εξαίρεσής σας. Ωστόσο, πριν αναχωρήσετε, θα πρέπει να διευκρινίσετε, έπειτα από συνεννόηση με την πρεσβεία της χώρας προορισμού, εάν η συγκεκριμένη χώρα αποδέχεται την εξαίρεσή σας από τον εμβολιασμό για ιατρικούς λόγους.

Το εμβόλιο γίνεται με μία μόνο υπυδόρια ένεση από ηλικίας 6 μηνών και άνω. Είναι αποτελεσματικό μετά από 10 ημέρες και κρατάει 10 χρόνια. Το πιστοποιητικό γίνεται αποδεκτό 10 μέρες μετά από την ημερομηνία που έγινε ο εμβολιασμός.

4.4. Δάγγειος Πυρετός (Dengue fever)

Οξεία ιογενής νόσος (από αρμποιό) χαρακτηριζόμενη από απότομη έναρξη με ρίγη, πυρετό, κεφαλαλγία, αρθραλγίες και πόνους στα οστά και εξανθήματα στη ράχη των ποδιών και των χεριών που επεκτείνεται προς το κορμό.

Η νόσος είναι ήπιας μορφής και οι θάνατοι σπάνιοι εκτός εάν εξελιχθεί στο Δάγγειο αιμορραγικό πυρετό, που χωρίς θεραπευτική αντιμετώπιση η θνησιμότητα φθάνει στο 50% ενώ περιορίζεται στο 5% με έγκαιρη και σωστή θεραπεία.

Γεωγραφική Κατανομή:

Οι ιοί του Δάγγειου πυρετού ενδημούν σε πολλές τροπικές και υποτροπικές χώρες, στη Νοτιοανατολική Ασία, την Αφρική και Κεντρική Αμερική, Νότιο Αμερική και την Κούβα.

Υπόδοχο

Είναι ο άνθρωπος και τα κουνούπια στις πόλεις, και στις τροπικές περιοχές οι πίθηκοι και τα κουνούπια.

Τρόπος Μετάδοσης:

Μεταδίδεται μετά από δήγμα μολυσμένων κουνουπιών κυρίως το γένος *Aedes aegypti*. Τα κουνούπια αυτά κάνουν επίθεση στον άνθρωπο στην διάρκεια της ημέρας δύο ώρες μετά την ανατολή του ηλίου και δύο ώρες πριν τη δύση του ηλίου σε αντίθεση με τα κουνούπια του κίτρινου πυρετού που κάνουν επίθεση το βράδυ.

Περίοδος επώασης:

Από 3 έως 17 ημέρες, συνήθως 7-10 ημέρες.

Περίοδος μεταδοτικότητας:

Ο άνθρωπος μολύνει τα κουνούπια από την ημέρα πριν την έναρξη του πυρετού έως και το τέλος του δηλαδή 5 περίπου ημέρες. Τα κουνούπια γίνονται μεταδοτικά 8-12 ημέρες μετά την απομύζηση αίματος και μέχρι το θάνατό τους.

Κίνδυνος ταξιδιωτών:

Υπάρχει σημαντικός κίνδυνος για τους ταξιδιώτες στις περιοχές όπου ενδημεί ο Δάγγειος πυρετός και στις περιοχές όπου προσβλήθηκαν από επιδημία.

Προφύλαξη:

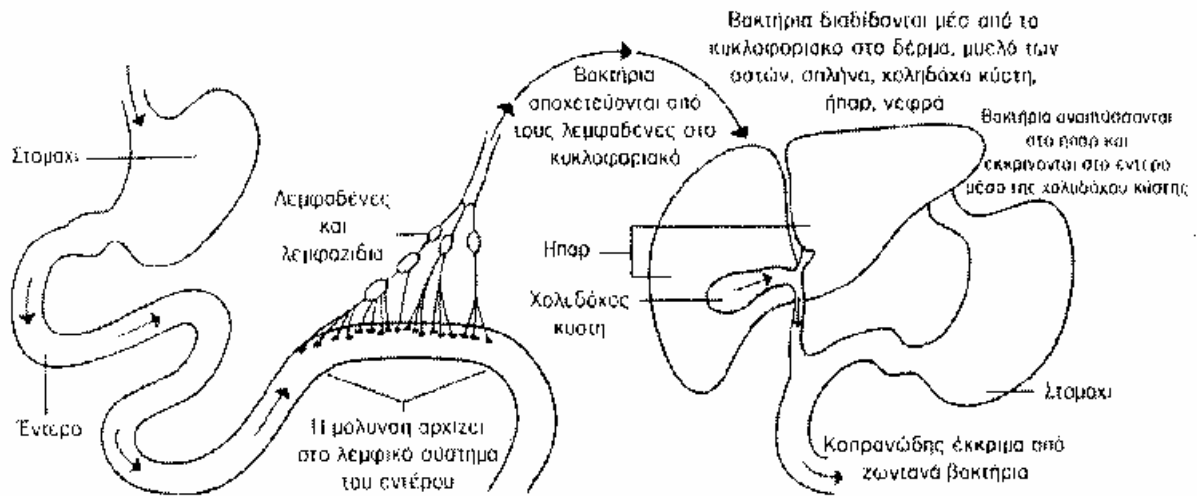
Κανένα.

Προληπτικά Μέτρα:

Οι ταξιδιώτες θα πρέπει να παίρνουν προληπτικά μέτρα αποφεύγοντας τα δήγματα από τα κουνούπια (τους κώνωπες) κατά την διάρκεια ημέρας και νύκτας στις περιοχές όπου ο Δάγγειος ενδημεί.

Προληπτικά Μέτρα

1. Άμεση δήλωση του κρούσματος στις υγειονομικές υπηρεσίες.
2. Ψεκασμός διαμερισμάτων και καταυλισμών με παρασκευή αερολύματος από πύρεθρο (pyrethrum).
3. Στις ενδημικές χώρες είναι απαραίτητο η τοποθέτηση προστατευτικού δίκτυ (πόρτες και παράθυρα) και κουνουπιέρες.
4. Συνεχή καταπολέμηση των εστιών κουνουπιών (με ψεκασμό).
5. Προστασία του ασθενή από δήγματα μέχρι την πτώση του πυρετού.
6. Δεν υπάρχει εμβόλιο.
7. Στις ενδημικές περιοχές συνίσταται η επάλειψη εντομοαπωθητικών ουσιών στο δέρμα ,καθώς και η χρήση εντομοκτόνων στους χώρους ύπνου.



Πηγή: Δετοράκης Ιωάννης, Βασικές Αρχές της Υγιεινής,

Εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε, 2003

Ο τυφοειδής (πυρετός) υπήρχε αιώνες πριν τον ερχομό του Ιησού Χριστού, αλλά το όνομα τυφοειδής δόθηκε στη νόσο στα μέσα του δεκάτου ενάτου αιώνα. Για πολλά χρόνια θεωρείτο ότι ο τυφοειδής πυρετός ήταν η ίδια νόσος με τον τύφο. Ο τυφοειδής πυρετός προξενείται από τη *Salmonella typhis*.

Αυτός ο οργανισμός είναι σε θέση να αντισταθεί στη φαγοκυττάρωση και μπορεί να ζήσει και να αναπαραχθεί ενδοκυτταρικά στα μακροφάγα και σε άλλα φαγοκύτταρα.

Η νόσος χαρακτηρίζεται από συνεχή πυρετό, κακουχία, ανορεξία, αργό σφυγμό, κοιλιακή διάταση, σπληνομεγαλία, χαρακτηριστικό εξάνθημα (τυφική ροδάνθη) στον κοιλιακό χώρα, δυσκοιλιότητα ή διάρροια. Παρατηρείται επίσης νέκρωση των πλακών του Peyer με αποτέλεσμα της εντερικής διάτρησης (για άτομα που έλαβαν ανεπαρκή ή καθόλου θεραπεία). Συνήθως το ποσοστό θνητότητας είναι 10% και με θεραπεία με αντιβιοτικά μειώνεται στο 2-3%.

ΠΑΘΟΓΟΝΟ ΑΙΤΙΟ

Ο τυφοειδής πυρετός προκαλείται από τη *Salmonella typhi*. Ο παρατυφοειδής πυρετός οφείλεται σε τρεις ορότυπους, τη *Salmonella typhi* A,S.paratyphi B και S. Από τους τρεις οροτύπους ο πλέον συχνός είναι ο B.

ΥΠΟΔΟΧΑ

Υπόδοχα είναι ο άνθρωπος, ασθενείς και μικροβιοφορείς. Τα άτομα που αρρώστησαν από *S.typhi* αποβάλλουν το βακτηρίδιο από τα κόπρανα και σπανιότερα τα ούρα 8 ημέρες μετά τον έναρξη της νόσου οι μικροβιοφορείς αποβάλλουν τα βακτηρίδια κυρίως με τα κόπρανα και σπανιότερα με τα ούρα.

Μικροβιοφορείς, συνήθως είναι άτομα τα περισσότερα μέσης ηλικίας, κυρίως γυναίκες. Τα μικρόβια εγκαταστάθηκαν στη χοληδόχο κύστη ή φιλοξενούν αυτά στο έντερο και σπανιότατα στο ουροποιητικό σύστημα. Η χολή αποτελεί άριστο θρεπτικό υλικό για τα βακτηρίδια του τύφου. Από τη χοληδόχο κύστη αποβάλλονται στο έντερο και στο συνέχεια εξέρχονται με τα κόπρανα (τυφοειδής χολοκυστίτιδα). Για το λόγω αυτό οι γυναίκες είναι επικίνδυνες γιατί ασχολούνται με τα τρόφιμα. κλασσικό παράδειγμα υγιή μικροβιοφορέα έχουμε τον ιστορία της “Τυφοειδούς Μαίρης” που ήταν υπεύθυνη για μερικές εκατοντάδες περιπτώσεις τυφοειδούς πυρετού μεταξύ 1901 και 1914, λόγω των ανθυγιεινών συνηθειών της.

ΤΡΟΠΟΣ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ

Μεταδίδεται από άτομο σε άτομο, με μολυσμένα τρόφιμα ή το νερό που μολύνθηκε από κόπρανα, γάλα, προϊόντα γάλακτος, κρέας, αυγά, λαχανικά που μολύνθηκαν με λύματα, τα οστρακοφόρα μαλάκια που μολύνθηκαν από μολυσμένο νερό, ακάθαρτα χέρια. Επίσης οι μύγες μεταφέρουν μηχανικά τον μικροοργανισμό σε εκτεθειμένες τροφές στις οποίες πολλαπλασιάζονται μέχρι να φθάσει σε λοιμογόνο δόση.

ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΕΠΩΑΣΗΣ

Εξαρτάται από τη λοιμογόνο δόση. Για τον τυφοειδή πυρετό κυμαίνεται συνήθως από 7-21 ημέρες. Για τον παρατυφοειδή πυρετό 7-10 ημέρες ενώ

για την παρατυφοειδή γαστρεντερίτιδα περίπου 24 ώρες.

ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΜΕΤΑΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑΣ

Οι σαλμονέλες αποβάλλονται στα κόπρανα και τα ούρα ασθενών και φορέων, συνήθως μετά την 1η εβδομάδα επώασης μέχρι την ανάρρωση. Αλλά και εδώ υπάρχει μια μεταβλητότητα, περίπου 10% των ασθενών θα αποβάλλουν βακτηρίδια για 3 μήνες μετά την έναρξη της νόσου, 2 μέχρι 5% γίνονται χρόνιοι μικροβιοφορείς. Η μικροβιοφορία μετά την ανάρρωση από παρατυφοειδή λοίμωξη είναι μικρότερη περίπου 2 εβδομάδες αλλά σπανίως μπορεί να δημιουργήσει και χρόνιους φορείς.

ΕΙΔΙΚΑ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ

- 1.** Απομόνωση των πασχόντων.
- 2.** Απολύμανση κοπράνων και ούρων καθώς και κάθε αντικείμενο το χρησιμοποιούν οι άρρωστοι (λουτρά, κλινοσκεπάσματα, εσώρουχα, κλπ).
- 3.** Ο ασθενής θεωρείται μη μεταδοτικός μετά από 3 αρνητικές καλλιέργειες κοπράνων με διαφορά 24 ωρών μεταξύ τους και 48 ώρες μετά τη λήψη αντιβιοτικού, και όχι νωρίτερα από μάνα μετά την έναρξη της νόσου. Επαναληπτικές καλλιέργειες 3 και 6 μήνες.
- 4.** Έλεγχος των επαφών του κρούσματος και αναζήτηση πηγής μόλυνσης και τρόπου διασποράς (φορείς, νερό, γάλα, τρόφιμα, θαλασσινά). Η ανεύρεση σε φορείς και τρόφιμα του ίδιου λυσίτυπου με τον πάσχοντα αυτό αποδεικνύει το μέσο διασποράς και πιθανώς την πηγή μόλυνσης.
- 5.** Σχολαστική ατομικά καθαριότητα των αρρώστων και των υγιών.
- 6.** Σχολαστικό πλύσιμο των χεριών και γενικά μη παραμέληση της ατομικής υγιεινής.
- 7.** Εμβολιασμό των μελών της οικογένειας του κρούσματος και του νοσηλευτικού προσωπικού που ήρθε σε επαφή με αυτό είναι περιορισμένης αξίας και γι' αυτό δεν συνιστάται. Η κυριότερη χρήση του εμβολίου αφορά περιπτώσεις ατόμων που εισέρχονται σε ιδρύματα όπου η νόσος είναι συχνά όπου κατατάσσονται στο στρατό που μετακινούνται σε μια ιδιαίτερα ενδημική

περιοχή (δεν απαιτείται όμως για διεθνή ταξίδια). Δεν συνίσταται η συστηματική πληθυσμιακή χρήση του εμβολίου.

ΓΕΝΙΚΑ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ

- 1.** Παροχή ασφαλούς πόσιμου νερού μετά από καθαρισμό και χλωρίωση με μικροβιολογικό έλεγχο σε τακτά χρονικά διαστήματα
- 2.** Έλεγχος των μυγών τοποθετώντας δικτυωτό πλέγμα στα παράθυρα και ψεκάζοντας τους χώρους με εντομοκτόνο, και χρησιμοποιώντας εντομοκτόνα δολώματα και παγίδες.
- 3.** Έλεγχος του πολλαπλασιασμού των μυγών επιτυγχάνεται με τα σωστή συλλογή, μεταφορά και διάθεση των στερεών απορριμμάτων.
- 4.** Υγιεινολογικός έλεγχος των θέσεων του νερού όπου αλιεύονται ψάρια, οστρακοφόρα μαλάκια.
- 5.** Υγιεινομική επίβλεψη της επεξεργασίας, προετοιμασίας και σερβιρίσματος των τροφών σε δημοσίους χώρους διατροφής.
- 6.** Καταγραφή και παρακολούθηση όλων των μικροβιοφορέων. Εάν η μικροόιοφορία διαρκεί ένα έτος, οι μικροβιοφορείς μπορούν να αποδεσμευθούν από την επιτήρηση και περιορισμό από την εργασία τους μόνο μετά από ή διαδοχικές αρνητικές καλλιέργειες κοπράνων και ούρων που λαμβάνονται με τουλάχιστο 1 μάνα διαφορά μεταξύ τους.
- 7.** Εκπαίδευση των μικροβιοφορέων και αναρρωνυόντων στην ατομική υγιεινή, κυρίως όπως στην υγιεινομική διάθεση των περιττωμάτων, πλύσιμο των χεριών μετά από αποπάτηση και πριν το φαγητό και αποκλεισμό από εργασία όπως του χειριστού τροφίμων.
- 8.** Εμβολιογενής ανοσία. Επιτυγχάνεται με το εμβόλιο T.A.B. με δυο δόσεις εμβολίου σε διάστημα μερικών εβδομάδων και π τρίτα δόση δίνεται 6 με 12 μήνες αργότερα.

4.6. Ιαπωνική Εγκεφαλίτιδα

Η Ιαπωνική Εγκεφαλίτιδα οφείλεται σε ιό ,της οικογένειας flavivirus της ομάδας B.

Μεταδίδεται:

Ο ιός μεταδίδεται από διάφορα είδη κωνόπων πολλά τα οποία ανήκουν στην ομάδα **Culex**.

Ο ιός ο οποίος είναι διηθητικός ιός μολύνει διάφορα είδη αγρίων και κατοικίδιων πουλιών καθώς και τον άνθρωπο. Οι κώνωπες μολύνονται μετά από την σίτισή τους από μολυσμένους (ιαμικούς) χοίρους και πουλιά.

Φύση της νόσου:

Περισσότερες μολύνσεις της νόσου είναι ασυμπτωματικές σε συμπτωματικές περιπτώσεις, η σοβαρότητα ποικίλλει, ήπιες μολύνσεις χαρακτηρίζονται από κεφαλαλγία με πυρετό ή ασηπτική μηνιγγίτιδα. Σοβαρές περιπτώσεις έχουν γρήγορη έναρξη και εξέλιξη, με κεφαλαλγία, υψηλό πυρετό και μηνιγγικά σημεία. Μόνιμα νευρολογικά επακόλουθα και συνήθως μεταξύ των επιζώντων.

Περίπου το 50% των σοβαρών κλινικών περιπτώσεων έχουν θανατηφόρα έκβαση.

Γεωγραφική κατανομή:

Η Ιαπωνική Εγκεφαλίτιδα συμβαίνει σε πολλές χώρες της Ασίας και συνήθως στη Βόρειο Queensland και Αυστραλία.

Κίνδυνος των ταξιδιωτών:

Χαμηλός για τους περισσότερους ταξιδιώτες. Ταξιδιώτες που επισκέπτονται αγροτικές και γεωργικές περιοχές σε χώρες όπου η νόσος είναι ενδημική μπορεί να διατρέχουν κίνδυνο, κυρίως την διάρκεια επιδημιών Ιαπωνικής Εγκεφαλίτιδας.

Προφύλαξη:

Εμβολιασμός, όταν το άτομο πιθανόν να εκτεθεί στην νόσο.

Προληπτικά μέτρα:

Αποφυγή νήγματα από κώνωπες .

4.7. Φιλαρίαση

Η φιλαρίαση οφείλεται σε νηματώδη σκουλήκι, τα οποία μοιάζουν με νήμα – μήκους άνω των 50 cm – και τα οποία ζουν κάτω από το δέρμα και στους λεμφατικούς ιστούς. Μερικές διαφορετικές μορφές λοιμώξεων από ανθρώπινες φιλαρίες είναι γνωστές: όλες μεταδίδονται με τα τσιμπήματα εντόμων και συμβαίνουν μόνο στα θερμά κλίματα, διότι τα παράσιτα χρειάζονται περιβάλλον υψηλής θερμοκρασίας στο να ολοκληρώσουν την ανάπτυξη τους σε έντομα.

Φιλαρίες (σκουλήκια) μπορούν να ζήσουν πάνω από είκοσι χρόνια στον άνθρωπο, παράγοντας προνύμφες οι οποίες μολύνουν τα έντομα. Αλλά τα ενήλικα σκουλήκια δεν πολλαπλασιάζονται στο σώμα. Η σοβαρότητα της νόσου εξαρτάται κατά μεγάλο μέρος από τον αριθμό των ενηλίκων σκουληκιών που βρίσκονται στο σώμα, κάποια με την σειρά τους εξαρτώνται από τον αριθμό των μολυσμένων τσιμπημάτων που έλαβε το άτομο: πολύ άνθρωποι με λίγα σκουλήκια υποφέρουν λίγο ή δεν έχουν σοβαρές συνέπειες. Η φιλαρίαση προσβάλλει περίπου 300 εκατομμύρια ανθρώπους στον κόσμο αλλά παρουσιάζει σημαντική νόσο μόνο σε μερικούς από αυτούς και σπάνια προκαλεί θάνατο. Φαρμακευτική θεραπεία είναι αποτελεσματική εάν δίνεται πριν η νόσος είναι προχωρημένη και παρούσα στον άνθρωπο.

Περίοδος επώασης:

Εκδήλωση αλλεργικής υπερευαισθησίας μπορεί να παρουσιαστεί το γρηγορότερο σε 3 μήνες από την μόλυνση. Μικροφιλάρια δεν παρουσιάζονται στο αίμα μέχρι τουλάχιστον 9 μήνες μετά το τσίμπημα από μολυσμένο κουνούπι.

Γεωγραφική κατανομή

Wuchereria Bancrofti ενδημεί στις περισσότερες θερμές περιοχές του κόσμου, περιλαμβάνοντας Λατινική Αμερική, Ασία και νήσους του Ειρηνικού. *Brugia Malayi* ενδημεί μόνο στη Νότιο Ασία, Ινδία, Κεντρική Κίνα, Νότια Κορέα και σε μερικά νησιά της Ινδονησίας. Υψηλός επιπολασμός της νόσου εξαρτάται από το μεγάλο αριθμό υποδοχών μόλυνσης και άφθονη αναπαραγωγή ξενιστών.

Περίοδος μεταδοτικότητας

Δεν μεταδίδεται άμεσα από άτομο σε άτομο. Ο άνθρωπος παραμένει μολυσματικός για τα κουνούπια όσο χρόνο οι μικροφιλάρια είναι παρόντες στο αίμα, που μπορεί να είναι για χρόνια. Μεταδοτικότητα στο κουνούπι είναι περίπου μετά από δέκα ημέρες από το γεύμα αίματος από τον άνθρωπο μέχρι της αποβολής όλων των μολυσμένων προνυμφών.

Λεμφατική Φιλαρίαση

Λεμφατική φιλαρίαση προκαλείται από τα σκουλήκια που ονομάζονται *Wuchereria Bancrofti* & *Brugia malayi* τα οποία ζουν στις λεμφαδένες και τα λεμφαγγεία. Πάνω από 200 εκατομμύρια άνθρωποι ζουν στην Ασία, Αφρική, Νότια Αμερική και Ωκεανία και έχουν μολυνθεί.

Η μετάδοση γίνεται από πολλές ποικιλίες κουνουπιών (*Culex fatigans*, *Colex ripiens*, *Aedes polynesiensis* και μερικά είδη των *Anopheles*) – Μικροφιλαρίες διατρυπούν το τοίχωμα του στομάχου, φιλοξενούνται στους θωρακικούς μύες, αναπτύσσονται σε μολυσματικές προνύμφες, μεταναστεύουν στην προβοσκίδα του κουνουπιού και μεταδίδονται στο νέο ξενιστή καθώς το κουνούπι τσιμπά).

Με το τσίμπημα του μολυσμένου κουνουπιού μολύνεται ο άνθρωπος. Συχνά δεν υπάρχουν συμπτώματα, καμιά φορά, εντούτοις, περιοδικά υπάρχουν συμπτώματα όπως επώδυνο φλεγμονώδη πρήξιμο των λεμφαγγείων στη βουβωνική χώρα, η στις μασχάλες ή στους όρχεις μπορεί να προκαλέσουν φλεγμονή κατά τρόπο οξύ. Αυτά τα φλεγμονώδη πρηξίματα εξαφανίζονται αυθόρμητα μέσα σε λίγες ημέρες αλλά μπορούν να ξαναπαρουσιαστούν μετά από διάστημα μηνών ή ετών.

Λίγα όμως άτομα (ίσως περίπου 5%) αναπτύσσουν σε χρόνιες καταστάσεις την φιλαρίωση ελεφαντίαση (ελεφαντίαση των Αράβων) γιατί το δέρμα του ανθρώπου μοιάζει με το δέρμα του ελέφαντα, εντοπίζεται επίσης στο όσχεων, τα κάτω άκρα καθώς και σ' άλλα μέρη του σώματος. Για τους ταξιδιώτες ο κίνδυνος είναι μικρός, εκτός εάν εκτίθεται σε τσιμπήματα εντόμων στις ενδημικές περιοχές.

4.8. Τύφλωση του ποταμού (*onchocerciasis*)

Η τύφλωση του ποταμού προκαλείται από το παράσιτο νηματώδη σκουλήκι *Onchocerca volvulus*. Τα ενήλικα σκουλήκια επιζούν μέχρι δεκαοκτώ χρόνια σε μικρά οζίδια κάτω από το δέρμα, αναπαράγονται προνύμφες οι οποίες διασπείρονται εκτεταμένα στο δέρμα και προκαλούν ερεθιστική δερματική

αντίδραση. Σε βαριές λοιμώξεις οι προνύμφες εισβάλλουν στο μάτι (οφθαλμό) προκαλώντας βλάβη και καμιά φορά τύφλωση.

Η νόσος μεταδίδεται από το τσίμπημα των μαυρομουιγών (Simulium) οι οποίες αναπαράγονται και ζουν κοντά σε γρήγορα ρέοντα ποτάμια σε διάφορα μέρη των τροπικών. Το τσίμπημά τους είναι επώδυνο. Περίπου 30 εκατομμύρια ανθρώπων προσβλήθηκαν από την νόσο σε μέρη της Τροπικής Αφρικής, Κεντρικής και Νότιας Αμερικής (Νότιο Μεξικό, πολιτείες Chiapas & Oaxaca, Νότιος Βενεζουέλα και μικρή περιοχή της Κολομβίας και Υεμένη.

Οι ταξιδιώτες που επισκέπτονται μολυσματικές περιοχές μπορούν να μολυνθούν ελαφρά και να αναπτύξουν δερματικές αλλοιώσεις (βλάβες) αλλά πρακτικά ποτέ δεν υποφέρουν σοβαρά από βλάβη ματιού.

4.9. Loiasis, Loa loa

Loiasis είναι μια φιλαριώδης νόσος που ενδημεί στις τροπικές περιοχές της Δυτικής και Κεντρικής Αφρικής και την κοιλάδα του ποταμού Κόγκο. Είναι νηματώδης σκώληκας, κυλινδρικός, λευκωπός, μήκους 40-60χιλ. Οι μικροφιλάρια εμφανίζονται περιοδικά στο περιφερικό αίμα κατά την διάρκεια της ημέρας (μετά από 1 έτος από την μόλυνση) όχι όμως σε όλες τις περιπτώσεις της νόσου. Η μετάδοση γίνεται από διάφορα είδη μυγών οι οποίες αναπτύσσονται σε ελώδη σκιώδη δάση και τσιμπούν κατά την διάρκεια της ημέρας. Η μύγα παραλαμβάνει τις μικροφιλάρια από το αίμα. Αυτές εξελίσσονται σε προνύμφες σε χρονικό διάστημα 10 – 20 ημέρες στους μύες και στους συνδετικούς ιστούς των μυγών. Οι νύμφες μεταναστεύουν στην προβοσκίδα και μεταφέρονται στον άνθρωπο ξενιστή από το τσίμπημα της μολυσμένης μύγας.

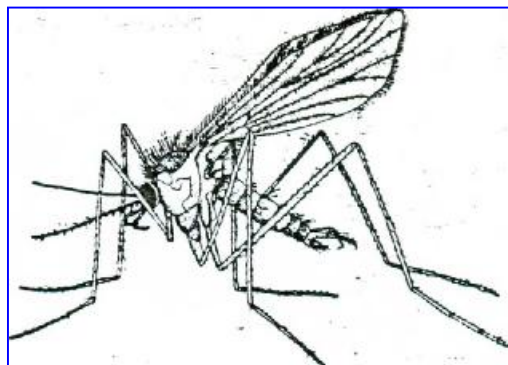
Το παράσιτο προκαλεί συμπτώματα στο δέρμα και στο υποδόριο ιστό (εξοίδηση, δερματίτιδα υπό μορφή κνίδωσης). Αυτά εμφανίζονται περιοδικά και χαρακτηρίζονται ως φευγαλέα οιδήματα.

Όταν το παράσιτο εγκατασταθεί στα μάτια, προκαλεί διόγκωση των βλεφάρων, υπεραιμία, άλγη και διαταραχές της όρασης. Η μύγα τσιμπά κατά προτίμηση τους Νέγρους (τροπισμός προς το μαύρο χρώμα).

Προληπτικά μέτρα

- Αποφυγή από τα τσιμπήματα των εντόμων (μυγών – κουνούπια)
- Κρησάρες στο σπίτι κατά των εντόμων και κουνουπιέρες προς αποφυγή των τσιμπημάτων
- Μακριά παντελόνια και πουκάμισα με μανίκια προστατεύουν το δέρμα από τσιμπήματα

Η Loiasis μπορεί να προληφθεί παίρνοντας φαρμακευτική αγωγή diethylcarbamazine (Dec, Banocide, Hetrazan) 200mg ημερησίως για τρεις συνεχόμενες ημέρες κάθε μήνα σε περιοχές όπου ενδημεί η νόσος.



Φλεβοτόμος (2-5 mm μήκος)

Παρόλο που η λειψμανίαση δεν αναφέρεται συχνά όπως η ελονοσία έχει τεράστια επίπτωση σε ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού της γης. Η λειψμανίαση είναι συνήθως ζωνόσος διαφόρων τροφικών, σκυλιών και άλλων θηλαστικών. Διακρίνονται τρεις μορφές της νόσου: η σπλαχνική ή Καλα-αζάρ, η δερματική και η βλεννογονοδερματική. Η τελευταία αφορά αποκλειστικά στη Νότια Αμερική. Η σπλαχνική λειψμανίαση, καθώς και η δερματική απαντώνται και στη χώρα μας.

Γεωγραφική κατανομή

Σήμερα η λειψμανίαση υπάρχει σε 88 χώρες και σε τέσσερις ηπείρους. Στην Αμερική απαντάται από το νότιο Τέξας έως τη βόρεια Αργεντινή, εξαιρουμένων της Χιλής και της Ουρουγουάης. Στην Αφρική τη συναντάμε κυρίως στο βόρειο και το ανατολικό τμήμα της Αφρικής, με σποραδικές περιπτώσεις παρουσίας και στις άλλες περιοχές της. Στην Ευρώπη και στην Ασία, υπάρχει στις ακτές της Μεσογείου, στη Μέση Ανατολή, στην Ινδία, στην βορειοανατολική Κίνα και σε πολλές άλλες ασιατικές χώρες, εξαιρουμένης της νοτιοανατολικής Ασίας. Στις περιοχές του κόσμου, όπου η παρουσία της λειψμανίασης έχει πρόσφατα αυξηθεί ή έχει την τάση να πάρει διαστάσεις επιδημίας ανήκουν το κράτος του Bihar στη βορειοανατολική Ινδία, το νότιο Σουδάν, η Αιθιοπία, το Αφγανιστάν και, κυρίως, η πόλη της Kabul.

Οι περισσότερες περιπτώσεις σπλαχνικής λειψμανίασης απαντούν στο Μπαγκλαντές, στο Νεπάλ, στο Σουδάν, στη βορειοανατολική Βραζιλία και στο κρατίδιο του Bihar στην Ινδία, ενώ οι περισσότερες περιπτώσεις δερματικής λειψμανίασης απαντούν στο Αφγανιστάν, στην Αλγερία, στο Ιράν, στο Ιράκ, στη Σαουδική Αραβία, στη Συρία, στη Βραζιλία και στο Περού. Επομένως, αυτές οι περιοχές πρέπει να θεωρούνται οι περισσότερο επικίνδυνες για τη νόσηση από λειψμανίαση. Ο κίνδυνος νόσησης από την δερματική λειψμανίαση φαίνεται να είναι ο μεγαλύτερος για τους ταξιδιώτες που επισκέπτονται το Σουρινάμ, το Περού και τη Γουατεμάλα. Αυτό μάλλον οφείλεται στο γεγονός

ότι αυτοί οι ταξιδιώτες συμμετέχουν σε δραστηριότητες έρευνας, εξερεύνησης ή οικοτουρισμού, οι οποίες περιλαμβάνουν μεγάλη έκθεση σε δασικές περιοχές.

Οι ιεραπόστολοι, οι φυσιολάτρες και τα άτομα που κάνουν ταξίδια μέσα στη ζούγκλα κινδυνεύουν περισσότερο να νοσήσουν από λεισμανίαση, όταν ταξιδεύουν σε περιοχές στις οποίες ενδημεί η νόσος. Εντούτοις, σε πολλές περιοχές του κόσμου αρχίζει να διαφαίνεται ο κίνδυνος μετάδοσης της λεισμανίασης στα αστικά κέντρα, στα οποία συμπεριλαμβάνονται το Αφγανιστάν, η Βραζιλία και περιοχές της Κεντρικής Αμερικής.

Παθογόνο αίτιο

Η λεισμανίαση οφείλεται στα έξι είδη του παράσιτου *Leishmania*. Τα είδη αυτά είναι παρόμοια μορφολογικά, αλλά προκαλούν διαφορετικές παθολογικές αντιδράσεις. Το μόνο κοινό σημείο σε όλα είναι οι χρόνιες εκδηλώσεις της ασθένειας. Στον παρακάτω πίνακα αναφέρονται τα είδη του παρασίτου που είναι παθολογικά για τον άνθρωπο, οι ξενιστές και οι κλινικές μορφές της νόσου.

Τρόπος μετάδοσης

Στην αλυσίδα μετάδοσης της λεισμανίασης, ο άνθρωπος παρεμβάλλεται τυχαία μέσω τσιμπήματος από διάφορα είδη σκνιπών. Ο κίνδυνος νόσησης από λεισμανίαση αυξάνει ανάλογα με το χρόνο παραμονής στις ενδημικές περιοχές, αλλά έχουν αναφερθεί και κρούσματα της νόσου και σε ταξιδιώτες οι οποίοι παρέμειναν εκεί μόνο μία ημέρα. Επίσης, ο κίνδυνος της μόλυνσης έχει σχέση και με την ώρα της ημέρας, αφού είναι γνωστό ότι η σκνίπα που μεταδίδει τη νόσο τσιμπά συχνότερα κατά τη διάρκεια του απογεύματος και της νύχτας.

Συμπτώματα

Η σοβαρότητα της λεισμανίασης ποικίλλει από μια ασυμπτωματική λοίμωξη έως μια επικίνδυνη για τη ζωή νόσο, ανάλογα με το είδος του ξενιστή, από τον οποίο μολύνθηκε η σκνίπα, την αμυντική (ανοσολογική) κατάσταση του ατόμου που μολύνεται και τη γεωγραφική περιοχή που θα επισκεφθείτε.

Η δερματική λεισμανίαση αποτελεί η συχνότερη μορφή λεισμανίασης. Ως αντιπροσωπευτική κλινική μορφή της δερματικής λεισμανίασης θεωρείται εκείνη του ξηρού έλκους. Αυτή εμφανίζεται στα ακάλυπτα μέρη του σώματος, δύο με οκτώ εβδομάδες μετά το τσίμπημα από τη σκνίπα. Το έλκος είναι ανώδυνο, έχει ανασηκωμένα χείλη που φλεγμαίνουν και μπορεί να συνοδεύεται από επιχώριο λεμφαδενίτιδα. Τα έλκη αφήνουν ουλή. Τα πολλαπλά έλκη είναι σπάνια σε λοίμωξη από την *L. Tropica*, αλλά χαρακτηρίζουν κατά κύριο λόγο τη λοίμωξη από την *L. Major*. Αρκετές φορές όμως η δερματική βλάβη μπορεί να πάρει διαφορετική μορφή και να υποδυθεί άλλη δερματοπάθεια. Περιγράφονται μορφές σαν επιθηλίωμα, "μυρμηγκιές", πρωτοπαθές συψιλιδικό έλκος, οζώδης μορφή κλπ. Συνολικά έχουν αναγνωριστεί δεκαεννέα μορφές της δερματικής λεισμανίασης:.

Η βλεννογονική λεισμανίαση είναι μια όψιμη, ύστερα από χρόνια, επιπλοκή της αμερικανικής μορφής της δερματικής λεισμανίασης και εμφανίζεται συνήθως μερικά χρόνια μετά την ίαση των αρχικών δερματικών αλλοιώσεων. Σε μερικές περιπτώσεις, αυτή μπορεί να εκδηλωθεί, ενώ ακόμα υφίστανται οι βλάβες του δέρματος ή και έπειτα από δεκαετίες από την ίασή τους. Χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση διαφόρων πρώιμων συμπτωμάτων. Σε αυτά ανήκουν το μπούκωμα της μύτης, η ρινική καταρροή και η ρινορραγία. Στα όψιμα συμπτώματα από τη μύτη περιλαμβάνονται η φλεγμονή και η διάτρηση του ρινικού διαφράγματος, με ή χωρίς τη συμμετοχή της μαλθακής υπερώας, του δέρματος της μύτης, του φάρυγγα, του λάρυγγα ή των βλεννογόνων που καλύπτουν την παρειά.

Η σπλαγχνική λειψμανίαση είναι σπάνια στους ταξιδιώτες. Μπορεί να μην υπάρχουν καθόλου κλινικά συμπτώματα ή να εκδηλώνεται ως ένα αργά εξελισσόμενο εμπύρετο νόσημα με διόγκωση της κοιλίας, αίσθημα μυϊκής αδυναμίας, απώλεια της όρεξης και του βάρους και αλλοιώσεις του δέρματος, το οποίο γίνεται ξηρό, λεπτό, γκριζωπό με σημεία απολέπισης. Στα προχωρημένα στάδια της νόσου μπορεί να εμφανιστούν οιδήματα, διάφορες αιμορραγικές εκδηλώσεις και άλλες θανατηφόρες επιπλοκές από λοιμώξεις, όπως η πνευμονία, η δυσεντερία και η φυματίωση. Ο χρόνος επώασης της σπλαγχνικής λειψμανίασης είναι κατά μέσο όρο τρεις με εννέα μήνες αλλά μπορεί να κυμαίνεται και από δέκα ημέρες έως τριάντα τέσσερις μήνες.

Προληπτικά μέτρα

Δεν υπάρχει κανένα κλινικά αποτελεσματικό εμβόλιο προφύλαξης από τη λειψμανίαση και δεν συνιστάται κανένα φάρμακο για την προφύλαξη από τη νόσο. Οι ταξιδιώτες που επισκέπτονται διάφορες ενδημικές της περιοχές θα πρέπει να τηρούν τα τυπικά μέτρα προστασίας τους από τα τσιμπήματα των εντόμων και, κυρίως, κατά τη διάρκεια των απογευματινών και των βραδινών ωρών, οπότε οι σκνίπες είναι περισσότερο δραστήριες. Η σκνίπα ζει σε υγρούς, σκοτεινούς χώρους, έχει περιορισμένη πτητική ικανότητα, πετά σε χαμηλό ύψος και τσιμπά κυρίως το σούρουπο και την αυγή. Έτσι, συνήθως οι επιδημίες από λειψμανίαση είναι περιορισμένες τοπικά και τα κρούσματα περιλαμβάνουν άτομα της ίδιας οικογένειας ή γειτονιάς, ενώ μπορεί άτομα που μένουν στους υψηλότερους ορόφους μιας πολυκατοικίας να μην προσβληθούν από τη νόσο. Το μέγεθος των σκνιπών είναι το 1/3 των κουνουπιών. Αυτό σημαίνει ότι ορισμένες κουνουπιέρες μπορεί να μην προσφέρουν προστασία και από αυτές. Επομένως, οι σήτες και οι κουνουπιέρες πρέπει να έχουν αρκετά λεπτή ύφανση για να τις κρατήσουν μακριά από τον άνθρωπο. Οι ταξιδιώτες που υποψιάζονται ότι μπορεί να έχουν προσβληθεί από οποιαδήποτε μορφή λειψμανίασης πρέπει να αναζητήσουν το ταχύτερο δυνατό ιατρική βοήθεια.

4.11. Μέτρα Προστασίας από Νυγμούς Εντόμων (κουνούπια,

κρότωνες(τσιμπούρια) ,σκορπιόι, αράχνες, ψύλλοι, μύγες)

Από τα κουνούπια μεταδίδονται οι ασθένειες Ελονοσία, Κίτρινος πυρετός, Δάγκειος πυρετός, Ιαπωνική εγκεφαλίτιδα.

Από τους κρότωνες (τσιμπούρια) μεταδίδονται οι ασθένειες Ιογενείς εγκεφαλίτιδες , Νόσος του Lyme , Αιμορραγικοί πυρετοί κ.ά

Από μύγες μεταδίδονται οι ασθένειες Τρυπανοσωμίαση κ.ά

Τα προστατευτικά μέτρα που πρέπει να λαμβάνουν οι ταξιδιώτες είναι:

- Να φορούν ελαφρά ρούχα που να καλύπτουν όσο το δυνατόν μεγαλύτερη επιφάνεια του σώματος (ρούχα με μακριά μανίκια, μακριά παντελόνια, κάλτσες, κλειστά παπούτσια).
- Να χρησιμοποιούν κουνουπιέρες.
- Να χρησιμοποιούν εντομοαπωθητικά για επάλειψη στο δέρμα και ψεκασμό των ρούχων.
- Να χρησιμοποιούν εντομοκτόνα σκευάσματα (σπρέι, φιδάκια, ταμπλέτες) στους χώρους που πρόκειται να καταλύσουν.
- Τα ρούχα και οι κουνουπιέρες να εμποτίζονται ή να ψεκάζονται με ειδικό εντομοκτόνο (για ρούχα) για μεγαλύτερη ασφάλεια .
- Να αποφεύγονται οι υπαίθριες δραστηριότητες κατά την διάρκεια της νύχτας κυρίως δε κατά την δύση του ηλίου και το ξημέρωμα .

Εγκυμονεί κινδύνους η χρήση των εντομοαπωθητικών σκευασμάτων :

Η σωστή χρήση των εντομοαπωθητικών δεν εγκυμονεί κινδύνους , το μόνο που μπορεί να παρουσιάσουν σε μερικά άτομα είναι ήπιας μορφής εξανθήματα.

Σοβαρές επιπλοκές παρουσιάστηκαν σε άτομα από λανθασμένη χρήση όπως κατάποση εντομοαπωθητικών και επάλειψη σε περιοχές του σώματος

όπου προϋπήρχε πληγή ή έκζεμα καθώς και η επαναλαμβανόμενη χρήση για διάστημα πολλών ημερών χωρίς ενδιάμεσα να ξεπλένεται το δέρμα με νερό.

Σωστός τρόπος χρήσης των εντομοαπωθητικών και εντομοκτόνων.

Τα πιο αποτελεσματικά εντομοαπωθητικά είναι αυτά που περιέχουν DEET (diethylmethyl toluamide) σε συγκέντρωση 20 -35 % εμποδίζουν τα έντομα να εντοπίσουν τη λειά τους και τα απωθούν. Σε χώρες που η θερμοκρασία και η υγρασία κυμαίνονται σε ιδιαίτερα υψηλά επίπεδα, πρέπει να προτιμώνται σκευάσματα υψηλότερης συγκέντρωσης σε DEET.

Στα παιδιά προτιμώνται σκευάσματα με συγκέντρωση 10 -15 % σε DEET. Τα εντομοκτόνα περιέχουν ουσίες που προκαλούν τον θάνατο των εντόμων. Τέτοιες ουσίες είναι η περμεθρίνη, η τετραμεθρίνη, η αλλεθρίνη κ.ά οι οποίες προσβάλλουν το νευρικό ή το αναπνευστικό σύστημα των εντόμων.

Οι ουσίες αυτές χρησιμοποιούνται αυστηρώς στους χώρους που παραμένουν οι ταξιδιώτες και όχι για επάλειψη στο δέρμα .

Για βρέφη έως 2 ετών συνιστάτε κουνουπιέρες εμβαπτισμένες σε εντομοαπωθητικό που θα τις χρησιμοποιήσουν στις χώρες προορισμού τους.

Δεν υπάρχει αντένδειξη για τη χρήση των σκευασμάτων αυτών σε παιδιά, εγκύους και θηλάζουσες μητέρες. Υπάρχουν επίσης και «φυσικά» εντομοαπωθητικά που τα περισσότερα περιέχουν φυτικά έλαια (citronella ,έλαιο με άρωμα κίτρου).

Κάποια από αυτά προστατεύουν τον ταξιδιώτη για λίγα μόνο λεπτά , ενώ άλλα για 1 -2 ώρες περίπου.

Στις τροπικές και υποτροπικές περιοχές τα σκευάσματα αυτά πρέπει να χρησιμοποιούνται συμπληρωματικά ,διότι δρουν με μικρό χρονικό διάστημα και η δράση τους δεν καλύπτει πολλά είδη εντόμων (π.χ τις σκνίπες που προκαλούν λείσμανίαση στην Λατινική Αμερική) (ΚΕΕΛΠΝΟ – Γραφείο Ταξιδιωτικής Ιατρικής) .

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΑ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ (Σ.Μ.Ν)

5.1. Σύφιλη

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

Τρόπος μετάδοσης

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

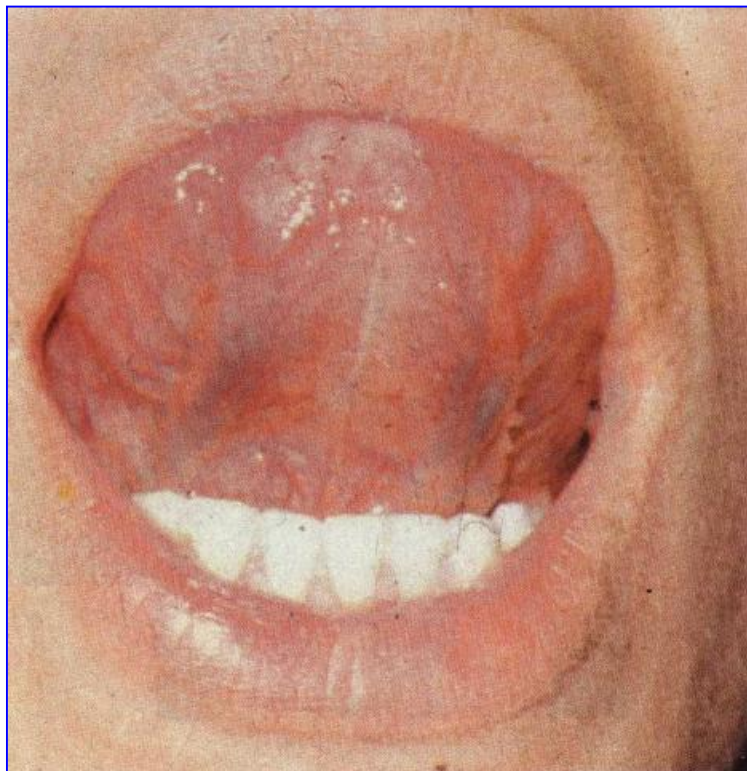
Εκδηλώσεις

Από τη στιγμή που οι σπειροχαίτες εισέρχονται από τον ανέπαφο βλεννογόνο ή από τη λύση της συνέχειας του δέρματος, αυτές μεταφέρονται

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

Πρωτογενής σύφιλη (πρώτη περίοδος της νόσου)

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



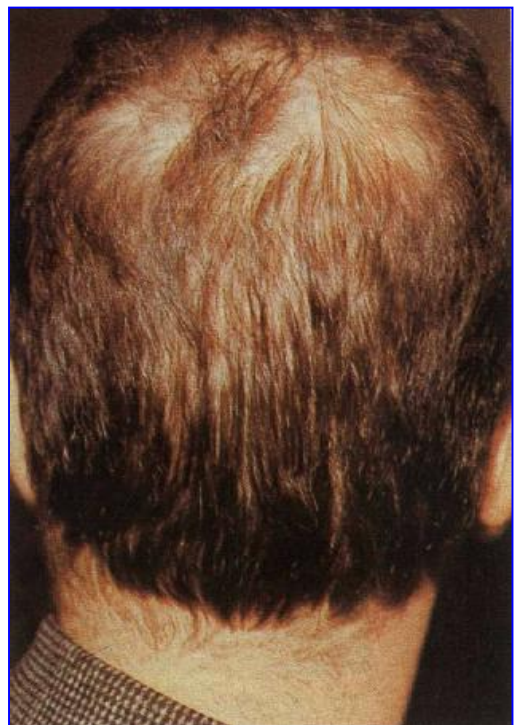
Δευτερογενής σύφιλη (δεύτερη περίοδος της νόσου)

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



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

Μπορεί να παρουσιαστεί αλωπεκία (μεγάλα μπαλώματα παρουσιάζονται στο κεφάλι από τριχόπτωση) και αλλοιώσεις που παρο υσιάζονται σαν λευκές κηλίδες στο στόμα. Μικρές αλλοιώσεις μπορούν να παρουσιαστούν στα μέρη του δέρματος που διατηρείται υγρό, όπως μεταξύ των μηρών, των δαχτύλων των ποδιών και στις άκρες του στόματος. Άλλα συμπτώματα αυτού του σταδίου είναι ο πυρετός, ο πονοκέφαλος, η κακουχία, η φαρυγγίτιδα, η λαρυγγίτιδα, η ανορεξία, η απώλεια βάρους και η



γενικευμένη διόγκωση των λεμφαδένων. Οι βλάβες της δευτερογενούς σύφιλης είναι πάρα πολύ μολυσματικές, όπως και το σκληρό έλκος (στην πρωτογενή σύφιλη).

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

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

Συγγενής σύφιλη

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

Εάν το έμβρυο μολυνθεί, μπορεί να έχουμε αποβολή του εμβρύου, ενδομήτριο θάνατο ή γέννηση παιδιού με σύφιλη. Επίσης, το παιδί θα παρουσιάσει πάρα πολλές αλλοιώσεις, όπως ρινίτιδα, που είναι το πρώτο εύρημα και συνοδεύεται από πυώδη ή πυοαιματηρή έκκριση. Αμέσως μετά ακολουθεί η ανάπτυξη κηλιδοβλατινώδους εξανθήματος με απόπτωση της επιδερμίδας, που είναι ιδιαίτερα εμφανής στις παλάμες, τα πέλματα και στην περιοχή γύρω από το στόμα και τον πρωκτό. Επιπλέον, παρουσιάζονται αλλοιώσεις στα οστά, όπως γενικευμένη οστεοχονδρίτιδα και περιχονδρίτιδα,

σπληνομεγαλία, αναιμία, ηπατική ανεπάρκεια, παραμορφώσεις στα δόντια, τύφλωση, κώφωση και διανοητική καθυστέρηση.

Λανθάνουσα σύφιλη

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

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

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

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

Τριτογενής σύφιλη (τρίτη περίοδος της νόσου)

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

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

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

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

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

5.2. Βλεννόρροια

Ιστορική αναδρομή

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

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

Τα αφροδίσια νοσήματα είναι λοιμώδη νοσήματα που μεταδίδονται με την σεξουαλική επαφή. Η ύπαρξη των περισσότερων είναι γνωστή από χιλιάδων ετών, αλλά το πλέον επικίνδυνο, το AIDS, αναγνωρίστηκε μόλις το 1984. Τα περισσότερα αφροδίσια είναι θεραπεύσιμα. Άλλα, ο έρπης, το AIDS και τα κονδυλώματα -όλα προκαλούνται από ιούς- δεν έχουν θεραπεία. Η σημασία επιμόρφωσης σ' αυτά τα νοσήματα καθώς και η πρόληψη τους είναι μεγάλη. Υπάρχει 'ασφαλές' σεξ; Όχι, δεν υπάρχει απόλυτα ασφαλές σεξ. Θα μπορούσε να θεωρηθεί ασφαλές το σεξ στο πλαίσιο μιας μονογαμικής σχέσεως όπου κανένας σύντροφος δεν είναι μολυσμένος. Οι περισσότεροι άνθρωποι θεωρούν ότι το φιλί είναι μια ασφαλής δραστηριότητα. Δυστυχώς νοσήματα όπως η σύφιλη ή ο έρπης μπορούν να μεταδοθούν και έτσι. Όλες οι μορφές σεξουαλικής δραστηριότητας ενέχουν κάποιο βαθμό κινδύνου.

Η περιστασιακή σεξουαλική επαφή με αγνώστους θα πρέπει να αποφεύγεται, διότι μπορεί να οδηγήσει στην εμφάνιση διαφόρων σεξουαλικά

5.3. Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσοανεπάρκειας (AIDS)

Το Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσοανεπάρκειας (ΣΕΑ) απειλεί παγκοσμίως τη δημόσια υγεία καθώς το φορτίο της νόσου αυξάνεται συνεχώς. Το σύνδρομο αυτό προκαλεί την εξασθένηση του ανοσοποιητικού συστήματος και την συνακόλουθη αύξηση της ευαισθησίας του σε λοιμώξεις και νεοπλάσματα. Σύμφωνα με τα στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας στο τέλος του 2000, 36,1 εκατομμύρια άνδρες, γυναίκες και παιδιά ζούσαν με τον HIV ή το AIDS και 21,8 εκατομμύρια είχαν ήδη πεθάνει από τη νόσο και οι αριθμοί αυτοί αυξάνονται. Το σύνδρομο είναι επίσης γνωστό και ως AIDS, από τα αρχικά των αγγλικών λέξεων Acquired Immune Deficiency Syndrome.

Γεωγραφική κατανομή

Είναι γνωστό ότι η μεγαλύτερη επιδημική έξαρση εντοπίζεται σήμερα στις χώρες της Κεντρικής Αφρικής και της Νοτίου Αμερικής. Ειδικότερα η έξαρση της επιδημίας εντοπίζεται στη Ρωσία, την Ινδία, την Κίνα, την Αιθιοπία και τη Νιγηρία, ενώ οι ρυθμοί εξάπλωσης της νόσου είναι ίσως ταχύτεροι από αυτούς που παρατηρούνται στην κεντρική και τη νότια Αφρική, που θεωρούνται το "επίκεντρο" της επιδημίας.

Δυστυχώς στις υπό ανάπτυξη χώρες είναι αδύνατος ο ακριβής προσδιορισμός του μεγέθους του προβλήματος. Σήμερα στις περιοχές αυτές πάνω από 80-90% των κρουσμάτων οφείλονται σε ετεροφυλική διασπορά. Γι' αυτό και οι γυναίκες προσβάλλονται σε μεγαλύτερη από τους άνδρες αναλογία. Κατά συνέπεια ο αριθμός των παιδιών με AIDS αυξάνεται τρομακτικά.

Το AIDS αποτελεί την πρώτη αιτία θανάτου σε ορισμένες περιοχές της κεντρικής Αφρικής, όπου οι 9 στους δέκα θανάτους οφείλονται στις συνέπειες της HIV λοίμωξης. Αλλά και στις ανεπτυγμένες χώρες το AIDS παίρνει

διαστάσεις μεγάλης επιδημίας. Εξαπλώνεται σε όλα τα στρώματα του πληθυσμού. Στην Ευρώπη η ενδοφλέβια χρήση ναρκωτικών έχει καταστεί η πρώτη απειλή διασποράς του AIDS. Η ετεροφυλική διασπορά αποκτά συνεχώς μεγαλύτερη σημασία. Οι διαστάσεις του προβλήματος γίνονται καλύτερα κατανοητές, όταν εξετάσουμε τη σιωπηλή πλευρά του προβλήματος, τους φορείς. Σύμφωνα με τα επίσημα στοιχεία, επί του παρόντος, οι οροθετικοί φτάνουν στα 23 εκατομμύρια, και αναμένεται ότι ο αριθμός των επιμολυσμένων ατόμων θα φτάσει στα 50-70 εκατομμύρια ανθρώπων.

Παθογόνο αίτιο

Η νόσος έχει ιογενή αιτιολογία. Το αίτιο αποκαλείται Ιός της Ανθρώπινης Ανοσοανεπάρκειας, HIV. Ο Ιός του ΣΕΑ υπάγεται στους Ρετροϊούς, οι οποίοι είναι RNA ιοί. Έχουν αναγνωριστεί δύο τύποι του ιού, ο HIV-1, Ο HTV-2 και υπότυποι αυτών, οι οποίοι παρουσιάζουν διαφορές στην γεωγραφική τους κατανομή, αλλά έχουν παρόμοια επιδημιολογικά χαρακτηριστικά.

Τρόπος μετάδοσης

Οι κυριότεροι τρόποι μετάδοσης του ιού HTV είναι η σεξουαλική επαφή και η έκθεση σε μολυσμένο αίμα ή ιστούς κατά τη μετάγγιση αίματος ή παραγώγων του, ή με τη χρήση κοινών συριγγών μεταξύ των χρηστών ενδοφλέβιων ναρκωτικών. Αν και αρχικά η λοίμωξη ήταν πολύ συχνή ανάμεσα στους ομοφυλόφιλους, η ετεροφυλική πρακτική φαίνεται να αποτελεί επίσης σημαντικό τρόπο, αφού τα μεγαλύτερα ποσοστά αύξησης της επίπτωσης της λοίμωξης είναι στις γυναίκες, αν και ο ιός μπορεί να βρεθεί στα ούρα, τα δάκρυα, το σάλιο και τις βρογχικές εκκρίσεις, μετάδοση με την επαφή με τα υγρά αυτά δεν έχει αναφερθεί. Ο κίνδυνος μετάδοσης δια του στοματικού έρωτα φαίνεται να είναι πολύ μικρός. Ο ιός HIV δεν μεταδίδεται με τον αέρα, με το φαγητό ή το ποτό, από το κάθισμα της τουαλέτας, την πισίνα, το αγκάλιασμα, τη χειραψία, τη χρήση κοινών εγκαταστάσεων ή το απλό φιλί.

Συμπτώματα

Οι ασθενείς που προσβάλλονται από τον ιό HTV μπορεί να είναι ελεύθεροι κλινικών συμπτωμάτων για πολλούς μήνες ή και χρόνια, πριν εμφανιστούν οι κλινικές εκδηλώσεις από ευκαιριακές λοιμώξεις, καθώς και τα γενικευμένα και νευρολογικά συμπτώματα. Η έναρξη της νόσου είναι συνήθως ήπια ή με μη ειδικά συμπτώματα, όπως λεμφαδενοπάθεια, ανορεξία, διάρροιες, πυρετό, κόπωση και απώλεια βάρους. Ωστόσο τα συμπτώματα αυτά σε ένα θετικό HIV άτομο από μόνα τους αναφέρονται ως συμπτωματική HTV λοίμωξη και όχι ως AIDS. Το AIDS είναι σύνδρομο που αποτελεί το τελευταίο κλινικό στάδιο της λοίμωξης από τον ιό της ανοσοανεπάρκειας, η οποία οδηγεί στην προοδευτική καταστροφή του ανοσοποιητικού συστήματος. Οι συνηθέστερες ευκαιριακές λοιμώξεις που εμφανίζονται στο έδαφος της ανοσοανεπάρκειας είναι ή πνευμονία από τον μικροοργανισμό Πνευμονοκύστη η καρύνειος (*Pneumocystis carinii*), η τοξοπλάσμωση του ΚΝΣ, λοιμώξεις από άτυπα μυκοβακτηρίδια, φυματίωση, λοιμώξεις από κυτταρομεγαλοϊό (CMV), μυκητιάσεις του κατώτερου αναπνευστικού συστήματος, ερπητικές λοιμώξεις κ.λ.π.

Προληπτικά μέτρα

Δυστυχώς δεν υπάρχει προς το παρόν εμβόλιο για την πρόληψη της ασθένειας και κανείς δεν μπορεί να προβλέψει πότε θα καλύψει η επιστήμη το τρομερό αυτό κενό. Πολλοί ειδικοί πιστεύουν πως τουλάχιστον για τα πέντε επόμενα χρόνια καμία πρόοδος δεν θα πραγματοποιηθεί προς την κατεύθυνση αυτή. Κάθε εμβόλιο ενάντια σε μόλυνση από ιό ενεργεί στο ανοσοποιητικό σύστημα προκαλώντας την παραγωγή αντισωμάτων, που είτε καταστρέφουν το συγκεκριμένο ιό ή τον καθιστούν ακίνδυνο. Είναι εξαιρετικά πιο δύσκολο να παραχθεί εμβόλιο, που να μας προφυλάσσει από τον HIV παρά από οποιονδήποτε άλλον ιό. Η εξήγηση είναι απλή. Ο HTV καταστρέφει το ανοσοποιητικό σύστημα του οργανισμού, που γεννά τα αντισώματα.

Ταυτόχρονα όμως, ο ίδιος μεταλλάσσεται με τέτοια ταχύτητα, που ξεγελά τα αντισώματα και τους αφαιρεί την ικανότητα να τον καταπολεμήσουν. Το κυριότερο μέσο προφύλαξης είναι η υπεύθυνη σεξουαλική ζωή και οι μονογαμικές σχέσεις. Επιπρόσθετα η προφύλαξη από την νόσο βασίζεται στην χρήση προφυλακτικού κατά την σεξουαλική επαφή. Ξέρουμε πλέον ότι το προφυλακτικό εξασφαλίζει ασφαλές σεξ, αφού οι έρευνες έχουν αποδείξει ότι ο ιός δεν μπορεί να διαπεράσει το υλικό από το οποίο είναι κατασκευασμένο. Ας σημειωθεί ότι για να περιορισθεί η πιθανότητα μόλυνσης το προφυλακτικό πρέπει να είναι καλής ποιότητας, ελαστικό και να χρησιμοποιηθεί με τον κατάλληλο τρόπο από την αρχή της σεξουαλικής επαφής. Φραγμό στη μετάδοση του ΗΤV αποτελούν και τα σπερματοκτόνα. Αν χρησιμοποιούσαν όλοι προφυλακτικό σε συνδυασμό με σπερματοκτόνα, η εξάπλωση του AIDS θα είχε σίγουρα περιοριστεί. Δεν υπάρχουν ασφαλείς σεξουαλικές πρακτικές αλλά σεξουαλικές επαφές με μεγαλύτερο και μικρότερο κίνδυνο.

5.4. Γεννητικός έρπητας

Ο έρπητας των γεννητικών οργάνων (ΕΓΟ) ή γεννητικός έρπητας είναι μια σεξουαλικά μεταδιδόμενη λοίμωξη. Η Λοίμωξη οφείλεται στον ιό του απλού έρπητα.

Ο ιός του έρπητα ανήκει στους DNA ιούς και διακρίνεται με ανοσολογικές, βιολογικές και βιομηχανικούς μεθόδους, σε δύο τύπου. Οι δύο τύποι του απλού έρπητα είναι ο τύπος I (HSV-I) και ο τύπος 2 (HSV -2) και οι δύο τύποι προκαλούν ΕΓΟ, είναι δε



πιθανό ότι ο τύπος 2 προκαλεί συχνότερες υποτροπές του ΕΓΟ.

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 ίως λόγω των αλλαγών στις σεξουαλικές πρακτικές. Σήμερα ο HSV-1 φαίνεται ότι είναι υπεύθυνος στο 20%-40% των περιπτώσεων του γεννητικού έρπητα. Ανάλογη αύξηση της συμμετοχής του HSV-1, έχει παρατηρηθεί και στην Ελλάδα.

Αντισώματα στον HSV-2 έχουν ανιχνευθεί στα 80% των ιεροδούλων, 60% ενηλίκων κατώτερου κοινωνικοοικονομικού επιπέδου και σε 1,6% μέχρι 8% των γυναικών που προέρχονται οι κλινικές για σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (Στρατηγός Ι., 2004, Φωτίου Κ., 1990).

Ο έρπητας των γεννητικών οργάνων μεταδίδεται μέσω της άμεσης επαφής με μολυσμένα γεννητικά όργανα, δηλαδή με τη σεξουαλική επαφή στόματος και γεννητικών οργάνων, πρωκτική επαφή ή στόματος-πρωκτού. Ένας μολυσμένος άντρας με έρπητα στα γεννητικά όργανα μπορεί να τον μεταδώσει σε ποσοστό 80-90%. Ο κίνδυνος να αναπτύξει ένας άντρας έρπητα στα γεννητικά όργανα από μία σεξουαλική επαφή με μολυσμένη γυναίκα υπολογίζεται στο 50%.

Ο έρπητας μπορεί να μεταδοθεί από ένα σεξουαλικό σύντροφο που δεν έχει συμπτώματα, δηλαδή ένα άτομο που δεν παρουσιάζει φουσκάλες ούτε κάψιμο ή κνησμό στα γεννητικά όργανα. Είναι ένα σοβαρό πρόβλημα επειδή κάποιοι δεν αντιλαμβάνονται πως έχουν μολυνθεί από τον έρπητα και ίσως μολύνουν κάποια άλλα άτομα.

Τα πρώτα συμπτώματα εμφανίζονται 5 έως 7 ημέρες μετά τη σεξουαλική επαφή. Συνήθως υπάρχει κνησμός σε μια μικρή περιοχή επάνω στο στέλεχος του πέους του άντρα και στην εσωτερική επιφάνεια των μεγάλων χειλέων του αιδοίου της γυναίκας. Στη συνέχεια, εμφανίζονται μικρές επώδυνες φουσκάλες και έπειτα από λίγες ημέρες οι φουσκάλες αυτές σπάνε,

Αφήνοντας στη θέση τους μικρές πληγές. Στους άντρες οι φουσκάλες εμφανίζονται πιο συχνά στο πέος, αλλά είναι επίσης δυνατόν να εμφανιστούν στην ουρήθρα ή στον πρωκτό. Στις γυναίκες οι φουσκάλες εμφανίζονται πιο συχνά στα χείλη του κόλπου, αλλά και τον τράχηλο ή στην περιοχή του πρωκτού.

Στα αρχικά του στάδια, ο έρπητας των γεννητικών οργάνων συνοδεύεται από πυρετό, πονοκέφαλο και πόνους στους μυς. Αλλά σχετικά συνηθισμένα συμπτώματα είναι ο πόνος ή κάψιμο κατά τη διούρηση, η εκροή από την ουρήθρα ή τον κόλπο και το οίδημα των λεμφαδένων στη βουβωνική χώρα. Τα συμπτώματα αυτά διαρκούν 1-2 εβδομάδες. Οι πληγές στο πέος σχηματίζουν κρούστα προτού επουλωθούν, ενώ στα χείλη του κόλπου πιο δύσκολα επουλώνονται.

Εάν οι πληγές μολυνθούν δευτερογενώς με βακτήρια, η επούλωση μπορεί να καθυστερήσει. Το υγρό στις φυσαλίδες παίρνει χρώμα κίτρινο και οι φυσαλίδες σπάνε, αφήνοντας στη θέση τους ένα πλήθος από επώδυνα έλκη. Οι πληγές επουλώνονται από μόνες τους μέσα σε 1-3 εβδομάδες. Ο ιός του έρπητα προσβάλλει τα νεύρα στην περιοχή της λεκάνης και εξακολουθεί να ζει σε λανθάνουσα κατάσταση στη βάση της σπονδυλικής στήλης.

Το 10% περίπου των περιπτώσεων δεν προσβάλλεται ξανά από τον ιό, αλλά οι περισσότεροι φορείς υφίστανται και νέες προσβολές που ποικίλλουν σε συχνότητα, από μία φορά το μήνα μέχρι μία φορά κάθε λίγα χρόνια. Οι επανειλημμένες προσβολές προκαλούνται μερικές φορές από το συναισθηματικό stress, κάποια άλλη ασθένεια, τα εγκαύματα από τον ήλιο, σωματική εξάντληση ή ακραίες κλιματολογικές συνθήκες.

Έρπητας και εγκυμοσύνη

Περίπου μία γυναίκα στις 1000 θα κολλήσει γεννητικό έρπητα και άγνωστος αριθμός γυναικών θα παρουσιάσει υποτροπιάζοντα γεννητικό έρπητα στη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Ο γεννητικός έρπητας δεν επηρεάζει την πορεία της εγκυμοσύνης και το έμβρυο, προστατευμένο μέσα στη μήτρα, δεν κινδυνεύει να μολυνθεί, εκτός αν πρόκειται για περίπτωση σοβαρής αρχικής μόλυνσης, αλλά ακόμη και τότε η πιθανότητα είναι πολύ μικρή.

Αν η μόλυνση προκύψει στο πρώτο μισό της εγκυμοσύνης, μπορεί να οδηγήσει σε αποβολή του μολυσμένου εμβρύου. Αν η γυναίκα αποβάλει ιούς του έρπητα από τις πληγές του κόλπου της ή από τον τράχηλο της στη διάρκεια του τοκετού, ένα μωρό στα δύο θα μολυνθεί από τον ιό.

Τα 2/3 των νεογέννητων που προσβάλλονται από έρπητα στον τοκετό πεθαίνουν και περίπου τα μισά από αυτά που επιζούν παρουσιάζουν μόνιμες βλάβες του εγκεφάλου ή των οφθαλμών. Ευτυχώς, δεν υπάρχει περίπτωση ασυμπτωματικής αποβολής του ιού έρπητα II από τον τράχηλο ή τον κόλπο στη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Πώς γίνεται η διάγνωση του έρπητα

Ο μόνος ασφαλής τρόπος για τη διάγνωση του γεννητικού έρπητα είναι η λήψη εκκρίματος από πληγές (και στην περίπτωση των γυναικών επίχρισμα από τον τράχηλο της μήτρας) και η αποστολή του μέσα σε ειδικό υγρό μεταφοράς σε εργαστήριο ειδικό για ιούς.

Σε μερικές περιπτώσεις, μπορεί να αναγνωρίσει κανείς στο ηλεκτρονικό μικροσκόπιο το μόριο του ιού μέσα στο υγρό που έχει ληφθεί από τις φυσαλίδες, απαιτείται όμως διάστημα 3-10 ημερών για την εξαγωγή των αποτελεσμάτων.

Πρόσφατα δημιουργήθηκε και ένα test 24 ωρών. Έκκριμα από την ύποπτη περιοχή τοποθετείται μέσα σε υλικό καλλιέργειας. Επίσης, υπάρχει ακόμη μία εξέταση που καθορίζει αν το άτομο έχει προσβληθεί στο παρελθόν από HSV1 ή HSV 2. Η εξέταση μετράει τον αριθμό των αντισωμάτων στο αίμα.

Η πιθανότητα να μολυνθεί το νεογνό στη διάρκεια της γέννας περιορίζεται σημαντικά, αν οι γυναίκες που έχουν αρχική μόλυνση γεννητικού έρπητα ή έχουν αναπτύξει υποτροπιάζουσα προσβολή στη διάρκεια της εγκυμοσύνης παρακολουθούνται συστηματικά 8 εβδομάδες πριν από την πιθανή ημερομηνία τοκετού.

Κάθε 7 ή 15 ημέρες λαμβάνεται έκκριμα από τον τράχηλο της γυναίκας και στέλνεται για εξέταση. Αν η καλλιέργεια αποδειχθεί θετική όταν έχει αρχίσει ο τοκετός, τότε αυτό υπαγορεύει την άμεση καισαρική τομή, έτσι ώστε το έμβρυο να μη χρειαστεί να περάσει μέσα από την περιοχή που αποβάλλει τον ιό. Συνήθως στις περισσότερες περιπτώσεις γίνεται καισαρική τομή.

Ο γεννητικός έρπητας προκαλεί καρκίνο;

Δεν υπάρχει πραγματική απόδειξη προς το παρόν για κάτι τέτοιο. Πολλές γυναίκες είχαν γεννητικό έρπητα, αλλά μόνο λίγες ανέπτυξαν καρκίνο του τραχήλου.

Από μελέτες που έχουν γίνει, αναφέρεται ότι οι γυναίκες με καρκίνο του τραχήλου έχουν υψηλότερο ποσοστό αντισωμάτων για τον έρπητα στο αίμα τους από τις γυναίκες που δεν έχουν καρκίνο. Αυτό όμως δε σημαίνει ότι ο ιός του έρπητα προκαλεί καρκίνο. Η σχέση μεταξύ τους συνίσταται, πιθανόν, στο ότι γυναίκες με πολλούς ερωτικούς συντρόφους έχουν περισσότερες πιθανότητες να κολλήσουν γεννητικό έρπητα.

Μία γυναίκα που έχει γεννητικό έρπητα δεν πρέπει να πανικοβάλλεται πιστεύοντας πως θα αναπτύξει αργότερα καρκίνο του τραχήλου. Όμως θα πρέπει να υποβάλλεται μία φορά το χρόνο ή κάθε δύο χρόνια σε Pap test.

Θεραπεία

Ο γεννητικός έρπητας προκαλεί εξαιρετικό πόνο, ειδικά στις γυναίκες που τα γεννητικά τους όργανα έχουν διογκωθεί και έχουν γίνει ευαίσθητα. Το πρήξιμο και τα επώδυνα έλκη προκαλούν δυσκολία στην ούρηση. Η τοπική

χρήση πάγου ή κάποιου αναλγητικού ζελέ δεν ανακουφίζει παρά για ένα πολύ σύντομο διάστημα.

Μία άλλη μέθοδος που προκαλεί ανακούφιση στη γυναίκα είναι να βάλει μερικούς κρυστάλλους υπερμαγγανικού καλίου μέσα σε χλιαρό μπάνιο και να καθίσει μέσα. Πολλά φάρμακα χρησιμοποιήθηκαν στο παρελθόν, χωρίς να υπάρχει αποτελεσματική θεραπεία. Το acyclovir είναι το μόνο φάρμακο που φάνηκε αποτελεσματικό για τον περιορισμό της σοβαρότητας των συμπτωμάτων στις περιπτώσεις αρχικών λοιμώξεων.

Πρακτικές συμβουλές

- Αποφυγή εφαρμοστών εσρούχων ή ρούχων που προκαλούν ερεθισμό.
- Η διατήρηση καθαρών γεννητικών οργάνων και το πλύσιμο με ζεστό νερό και σαπούνι ανακουφίζουν από τον πόνο.
- Οι πετσέτες για το μπάνιο καλό είναι να τοποθετούνται ξεχωριστά.
- Αλλαγή προσωρινά σε κάποιες σωματικές δραστηριότητες όπως: χορός, ποδηλασία, τρέξιμο, γυμναστική.
- Αποφυγή σεξουαλικής επαφής μέχρι και 10 ημέρες μετά τη επούλωση των ελκών.
- Η χρήση προφυλακτικού συντελεί στην αποστροφή του έρπητα των γεννητικών οργάνων, χωρίς όμως να είναι τελείως ασφαλής μέθοδος.

5.5. Κολπική καντιτίαση

Η κολπική καντιτίαση είναι ένα από τα πιο κοινά γυναικολογικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ταξιδιώτες σε ζεστές, υγρές, τροπικές συνθήκες. Προκαλείται από υπερβολική ανάπτυξη του μύκητα *Candida Albicans* που περίπου 50% των γυναικών σε αναπαραγωγική ηλικία έχουν στον

κόλπο τους το μύκητα αυτό. Ο μύκητας βρίσκεται σε μικρούς αριθμούς και δεν προκαλεί συμπτώματα κολπίτιδας.

Μερικοί παράγοντες προωθούν την ανάπτυξη αυτού του μύκητα: ζέστη, υγρασία, το αντισυλληπτικό χάπι, μετά από τη χρήση αντιβιοτικών ευρέως φάσματος στη διάρκεια της κύησης και σε γυναίκες που πάσχουν από διαβήτη.

Η μετάδοση της νόσου

Η μετάδοσή της νόσου με τη σεξουαλική επαφή αναφέρεται σε μικροί ποσοστό περιπτώσεων, περίπου 10%, στις οποίες ο σεξουαλικός σύντροφος εμφανίζει βαλανοποσθίτιδα από *C. Albicans*. Οι μύκητες μπορεί να εισχωρήσουν στον κόλπο της γυναίκας από το πέος του άντρα που πάσχει από μυκητίαση. Μπορεί όμως να συμβεί και το αντίθετο, οπότε ο άντρας παρουσιάζει φαγούρα στο πέος του μετά τη συνουσία με μολυσμένη γυναίκα.

Τα συμπτώματα της γυναίκας εκδηλώνονται με έντονο κνησμό στο κόλπο και το αιδοίο, που συνοδεύεται από ένα παχύρευστο άσπρο κολπικό έκκριμα. Τα χείλη του αιδοίου είναι ελαφρώς πρησμένα και κόκκινα. Το έκκριμα από το κόλπο περιγράφεται ως τυρώδες (μικρά τήγματα όπως το ανθότυρο), ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις η ποσότητα του εκκρίματος είναι πολύ μικρή ή δεν υπάρχει έκκριμα. Σε ορισμένες γυναίκες η ένταση των συμπτωμάτων αυξάνει με την έμμηνο ρύση. Δυσκολία στην ούρηση παρατηρείται μόνο σε λίγες περιπτώσεις, ενώ η δυσκολία στην σεξουαλική επαφή δεν είναι συχνή.

Ο καλύτερος τρόπος να αντιμετωπιστεί το πρόβλημα είναι να διατηρείται τη γεννητική περιοχή στεγνή και δροσερή φορώντας βαμβακερά εσώρουχα που απορροφούν τον ιδρώτα συνιστώνται ιδιαίτερος και θα πρέπει να αποφεύγονται τα συνθετικά.

Θεραπεία

Καθημερινά κολπική πλύση με ξύδι μπορεί να ανακουφίσει τον κνησμό και να οδηγήσει τον κόλπο στο σωστό pH. Αν δεν είναι διαθέσιμο τίποτε άλλο, το γιαούρτι μπορεί να ανακουφίσει.

Η γυναίκα χρησιμοποιεί υπόθετα ή αλοιφές μέσα στο κόλπο της για μια ή περισσότερες νύχτες ή δύο φορές ημερησίως για μερικές ημέρες και φάρμακα από το στόμα ενώ χρειάζεται την ταυτόχρονη θεραπεία και του σεξουαλικού συντρόφου.

Η διάρκεια της θεραπείας διαφέρει και εξαρτάται από το φάρμακο που έχει επιλεγεί.

Στους άνδρες η μόλυνση προέρχεται από την παρουσία των μυκήτων στον κόλπο της σεξουαλικής τους συντρόφου. Παρατηρείται φαγούρα στην ακροποσθία και στη βάλανο του πέους τους. Σε μερικές περιπτώσεις, η μόλυνση οδηγεί σε ουρηθρικό έκκριμα ή σπανιότερα στην εμφάνιση μικρών επιφανειακών ελκών επάνω στη βάλανο του πέους, περίπου δυο ημέρες μετά τη σεξουαλική επαφή. Αυτά προκαλούν κνησμό και συνοδεύονται από έντονο τσούξιμο της περιοχής γύρω από το βάλανο.

Η διάγνωση είναι εύκολη, ενώ μερικές φορές αποβαίνει δύσκολη. Σε μία τυπική περίπτωση, με τη βοήθεια ενός μικροσκοπίου, δείγμα από το έκκριμα επιστρώνεται σε πλακίδιο, βάφεται και φαίνεται ο μύκητας σαν μία μακριά κλωστή. Σε άλλες περιπτώσεις, το έκκριμα τοποθετείται σε θρεπτικό υλικό και, όταν επωασθεί, γίνονται ορατοί οι μύκητες.

5.6. Κολπική λοίμωξη από τριχομονάδες

Η μόλυνση από τριχομονάδα προκαλείται από ένα μικροσκοπικό παράσιτο που είναι ορατό μόνο κάτω από το μικροσκόπιο. Βρίσκεται στο 15% των αντρών και στο 25% των γυναικών που πάσχουν από μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα. Ο χρόνος επώασης του παρασίτου κυμαίνεται στις 2-60 ημέρες και κατά μέσο όρο στις 20 ημέρες.

Έχει σχήμα περίπου σφαιρικό και φέρει τέσσερα κινούμενα νήματα στο εμπρόσθιο μέρος, που ονομάζεται μάστιγα, και καταλήγει σε ένα πέμπτο ασταθές, εξαιτίας των κινήσεων που κάνουν για να ωθήσουν τον οργανισμό. Ο κύκλος της ζωής της τριχομονάδας είναι άμεσος, δηλαδή το πρωτόζωο ζει μέσα στον κόλπο και στην ουρήθρα και αναπαράγεται με διχοτόμηση. Στους άντρες η εγκατάσταση γίνεται στην ουρήθρα και σπανίως συνοδεύεται από συμπτώματα ουρηθρίτιδας, ενώ το 25% των γυναικών φέρει το πρωτόζωο στον κόλπο χωρίς να εμφανίζει συμπτώματα κολπίτιδας.

Χαρακτηριστική εκδήλωση της νόσου είναι η εκροή άφθονου κολπικού εκκρίματος, άσπρου ή γκριζωπού ή κιτρινοπράσινου, αφρώδους, που έχει έντονη οσμή ψαριού. Τα συμπτώματα αρχίζουν 7-21 ημέρες μετά τη σεξουαλική επαφή. Μερικές φορές μπορεί να συνοδεύεται από κνησμό, που είναι πιο ενοχλητικός από το κολπικό έκκριμα, ενώ η ευαισθησία του κόλπου καθιστά επώδυνη ή και αδύνατη τη σεξουαλική επαφή. Σε σοβαρές περιπτώσεις μολύνσεων, το έκκριμα αποβάλλεται σε μεγάλες ποσότητες και είναι ενοχλητικό. Ο κόλπος είναι εξαιρετικά ευαίσθητος και το αιδοίο κοκκινίζει, διογκώνεται και ερεθίζεται, έτσι που η συνουσία να γίνεται αδύνατη, η ούρηση επώδυνη και, ακόμα, να υπάρχει δυσκολία στο βάδισμα.

Στους άντρες μπορεί να μολυνθεί η ουρήθρα, όμως στις περισσότερες περιπτώσεις οι άντρες δεν εμφανίζουν συμπτώματα. Πάντως, εάν διαγνωστεί

σε μία γυναίκα μόλυνση από τριχομονάδες, πρέπει και αυτή και ο σεξουαλικός της σύντροφος να ακολουθήσουν θεραπευτική αγωγή.

Η διάγνωση γίνεται μετά από τη λήψη δείγματος βαθιά μέσα από τον κόλπο. Το έκκριμα πρέπει να αναμειχτεί με μία σταγόνα φυσιολογικού ορού πάνω σ' ένα πλακάκι και να τοποθετηθεί στο μικροσκόπιο, οπότε μπορεί κανείς να παρατηρήσει το παράσιτο να κινείται. Η μέθοδος είναι χρήσιμη στην περίπτωση που το παράσιτο ανιχνευτεί κάτω από το μικροσκόπιο, η απουσία του όμως δεν υποδηλώνει ότι ο ασθενής δεν πάσχει από τριχομονάδες. Αν υπάρχουν αμφιβολίες, τότε λαμβάνεται επιπλέον έκκριμα και τοποθετείται σε θρεπτικό υλικό καλλιέργειας. Αφού το αφήσουμε για επώαση 48 ώρες, εξετάζουμε μικροσκοπικά την ύπαρξη ή όχι τριχομονάδων. Η θεραπεία γίνεται με αντιβίωση, συνήθως με Flagyl (metronidazole), για 7 ημέρες, για το άτομο που φέρει τη μόλυνση, αλλά και για το σεξουαλικό του σύντροφο.

5.7. Οι ψείρες του εφηβαίου



Οι ηβικές ψείρες μοιάζουν με τις ψείρες των μαλλιών της κεφαλής. Είναι έντομα χωρίς φτερά και έχουν μέγεθος κεφαλιού μιας καρφίτσας. Οι ψείρες δεν μπορούν να πετάξουν και μεταφέρονται από άνθρωπο σε άνθρωπο, συνήθως στη διάρκεια της σεξουαλικής επαφής, όταν οι περιοχές εφηβαίου και των δύο συντρόφων βρίσκονται σε στενή επαφή. Μερικές φορές μεταφέρονται και από τα κλινοσκεπάσματα ή τις πετσέτες. Οι ψείρες γραπώνονται από τις τρίχες με τα

πόδια, με τρόπο που δεν τους επιτρέπεται να πέσουν. Τρέφονται με το αίμα του ανθρώπου, που το ρουφούν από το δέρμα του.

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

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

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

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

5.8. Ψώρα

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

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

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

Για να απαλλαγούμε από το ακάρι της ψώρας, χρησιμοποιούμε ειδικά διαλύματα και κρέμες, με τα οποία επαλείφουμε όλο το σώμα εκτός από το κεφάλι. Για να πετύχει η θεραπεία της ψώρας πρέπει να γίνει συγχρόνως σε όλα τα άτομα της οικογένειας, με ταυτόχρονη απολύμανση των ενδυμάτων και κλινοσκεπασμάτων.



5.9. Χλαμύδια

Τα χλαμύδια είναι σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα προκαλείται από το βακτηρίδιο *Chlamydia trachomatis*. Τα τελευταία χρόνια η νόσος έλαβε επιδημικές διαστάσεις σε πολλές χώρες του κόσμου και ιδιαίτερα στους νέους κάτω των 26 ετών και απειλεί με στειρότητα όχι μόνο τις γυναίκες αλλά και τους άνδρες.

Αιτιολογία

Τα χλαμύδια είναι gram αρνητικά, μικρά, ακίνητα, αποστρογγυλεμένα, η ωοειδή βακτήρια που δεν έχουν ορισμένους μηχανισμούς για την παραγωγή ενέργειας. Αυτή η έλλειψη τα καθιστά υποχρεωτικά ενδοκυττάρια παράσιτα και τα οποία είναι η πιο συχνή αιτία της Μη γονοκοκκικής Ουρηθρίτιδας (ΜΓΟ).

Τα χλαμύδια μεταδίδονται με την σεξουαλική επαφή από άτομο σε άτομο (στοματική, κολπική, πρωκτική επαφή. Το 75% των γυναικών και το 50% των ανδρών δεν θα παρουσιάσουν κανένα σύμπτωμα με αποτέλεσμα να μην γνωρίζει ότι έχει μολυνθεί και να μη συμβουλευθεί κάποιον ειδικό – χωρίς θεραπεία το βακτηρίδιο προχωρεί στον οργανισμό και προκαλεί σοβαρό πρόβλημα στειρότητας.

Οι άνδρες συχνά δεν έχουν συμπτώματα και μεταδίδουν τη λοίμωξη χωρίς να ξέρουν ότι την έχουν. Μερικές φορές τα συμπτώματα είναι τόσο ήπια που μπορεί το άτομο να μη δώσει σημασία. Εάν υπάρχουν συμπτώματα αυτά εμφανίζονται 1-3 εβδομάδες μετά την σεξουαλική επαφή με το μολυσμένο άτομο, τα συμπτώματα είναι υδαρείς ή γαλακτώδεις σταγόνες από το πέος, αίσθημα κνησμού στο εσωτερικό του πέους, αίσθημα καύσου κατά την ούρηση, και πόνος ή πρήξιμο στους όρχεις.

Επίσης στους άνδρες τα χλαμύδια είναι δυνατόν να προκαλέσουν φλεγμονή στους όρχεις και στην επιδιδυμίτιδα δηλαδή ορχίτιδα και

επιδιδυμίτιδα τα συμπτώματα της ορχιοεπιδιδυμίτιδας είναι πυρετός, γενική αδιαθεσία, ερυθρό και θερμό όσχεο (λόγω εξοίδησης, πιθανός έντονος πόνος (εντοπίζεται στο όσχεο). Ο πόνος αντανακλά στην βουβωνική χώρα και στην κοιλία.

Ο ορχίτιδα προκαλεί στειρότητα λόγω ότι τα χλαμύδια μειώνουν την κινητικότητα των σπερματοζωαρίων. Είναι σημαντικό οι άνδρες να γνωρίζουν ότι τα χλαμύδια απειλούν την γονιμότητα. Οι άνδρες που είχαν αντισώματα εναντίον του βακτηρίου 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. Στην επιδιδυμίτιδα (της Μη Γονοκοκκικής Ουρυθρήτιδας τα χλαμύδια πιθανόν να προκαλέσουν ολιγοσπερμία ή αζωοσπερμία και εξ' αυτής στέρωση σπάνια βέβαια.

Τα χλαμύδια μπορούν να προσβάλλουν και τον προστάτη και να προκαλέσει προστατίτιδα το σύμπτωμα της οποίας είναι η δυσουρία, ο καύσος κατά την ούρηση, ο πόνος στους όρχεις στο περίνεο, η επώδυνη εκσπερμάτωση.

Στις γυναίκες τα συμπτώματα είναι διαφορετικό έκκριμα από το κόλπο, πόνος στην κοιλιά χαμηλά μερικές φορές συνοδεύεται από ρίγος και πυρετό, πόνος κατά την σεξουαλική επαφή, κολπική αιμορραγία κατά περιόδους, κολπική αιμορραγία μετά από σεξουαλική επαφή, τσούξιμο κατά την ούρηση και τέλος μπορεί να υπάρχει δύσσομο κολπικό έκκριμα.

Στις γυναίκες προκαλούν φλεγμονώδη νόσο της πυέλου που εννοείται η λοίμωξη του ανωτέρου γεννητικού συστήματος της γυναίκας η οποία προσβάλλει την μήτρα, τις σάλπιγγες, τις ωοθήκες και τους παρακείμενους ιστούς. Η σημαντικότερη φλεγμονώδη πάθηση της πυέλου που προκαλείται από χλαμύδια του τραχωματος είναι η σαλπιγγίτιδα κυρίως λόγω της στειρότητας που προκαλεί (Στρατηγός Ι., 2004).

Τα χλαμύδια προκαλούν επίσης Ουρηθρίτιδα (ΜΓΟ), τραχηλίτιδα και βαρθολινίτιδα στις γυναίκες.

Τα συμπτώματα της ουρηθρίτιδας της γυναίκας είναι περισσότερο ασαφή και παρουσιάζονται με συχνουρία και δυσουρία.

Τραχηλίτιδα μπορεί να είναι ασυμπτωματική, συνήθως όμως παρουσιάζεται με έκκριμα κιντρινοπράσινου υγρού και την εμφάνιση μικρών κολπικών αιμορραγιών κυρίως μετά την συνουσία και τέλος πόνος στο κάτω μέρος της κοιλιάς.

Η παρουσίαση των χλαμυδιων στην ουρήθρα και στον τράχηλο, αν και μπορεί να παραμείνει κλινικά ασυμπτωματική για μεγάλο χρονικό διάστημα, συνυπάρχει σε πολλές περιπτώσεις με ανωμαλίες του οργάνου όπως την τραχηλική δυσπλασία.

Οι χλαμυδιακές λοιμώξεις αποτελούν σημαντικό κίνδυνο στειρότητας, έκτοπη κύησης και περιγεννητικής θνησιμότητας.

Αν η γυναίκα προσβληθεί κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης και δεν λάβει θεραπεία, αυξάνεται η πιθανότητα μετάδοσης χλαμυδίων στο έμβρυο. Τότε τα χλαμύδια μπορούν να προκαλέσουν φαρυγγίτιδα, πνευμονίτιδα στα νεογνά με ταυτόχρονη επιπεφυκίτιδα ή και φαρυγγίτιδα, (η λοίμωξη γίνεται από μολυσμένες μητέρες. Η χλαμυδιακή πνευμονία είναι μια από τις πιο συνηθισμένες μορφές πνευμονίας των τριών πρώτων μηνών της ζωής. Σε διάφορες μελέτες τα χλαμύδια του τοιχώματος ευθύνεται για το 15% μέχρι το 73% της απύρετης πνευμονίας στους πρώτους μήνες της ζωής.

5.10. Οξυτενή Κονδυλώματα

Είναι πολύ κοινή πάθηση, προκαλούνται από ιό και θυμίζουν κρεατοελιές.

Παθογόνο αίτιο

Τα οξυτενή κονδυλώματα οφείλονται στον ιό Papillomavirus. Ο ιός προκαλεί εκβλαστήσεις και χρόνια φλεγμονή. Αυτή η χρόνια φλεγμονή θεωρείται ότι μπορεί να ακολουθηθεί από καρκινογένεση.

Περίπου 20 εκατομμύρια ανθρώπων έχουν μολυνθεί με HPV μέχρι σήμερα ορισμένες μελέτες εκτιμούν ότι το 50-75% του σεξουαλικού ενεργού πληθυσμού είναι εκτεθειμένο σε τουλάχιστον 1 στέλεχος του HPV. Ο επιπολασμός της μόλυνσης είναι πολύ μικρότερος στις μεγαλύτερες ηλικίες. Στο τράχηλο της μήτρας βρίσκεται 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 σε ποσοστό 1%.

Ο ιός έχει την τάση να παραμένει σε λανθάνουσα κατάσταση και τα κονδυλώματα δεν εμφανίζονται παρά μετά από διάστημα 3 μηνών. Τα κονδυλώματα ενδέχεται να είναι ορατά ή να ανιχνευτούν μόνο αν κοιτάξουμε το πέος του "άντρα ή τον κόλπο και τον τράχηλο της γυναίκας με μεγεθυντικό φακό. Μπορεί επίσης να βρίσκονται μόνο στην περιοχή του πρωκτού και αυτό είναι ενδεικτικό σημείο ότι προέκυψαν ύστερα από πρωκτική επαφή.



Πηγή:Στρατηγού Ι. Αφροδισιολογία, Εκδόσεις Παρισιάνου Α. Ε, 2004

Μέχρι πρόσφατα πίστευαν ότι τα κονδυλώματα ήταν αντιαισθητικά και εντελώς ακίνδυνα. Σήμερα είναι σαφές ότι μακροπρόθεσμα αποτελεί αίτιο καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και άλλων καρκίνων της γεννητικής περιοχής. Ο ιός του κονδυλώματος μπορεί να μπει και να ζήσει μέσα στα κύτταρα που καλύπτουν τον τράχηλο ή τον κόλπο, μεταλλάσσοντας τα σε καρκινικά κύτταρα. Αυτό έχει περισσότερες πιθανότητες να συμβεί στα κύτταρα που ανιχνεύονται στον τράχηλο.

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



Πηγή:Στρατηγού Ι.
Αφροδισιολογία,
Εκδόσεις Παρισιάνου Α. Ε,
2004

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

Στις περισσότερες περιπτώσεις, η επάλειψη πρέπει να επαναλαμβάνεται κάθε εβδομάδα, για 3-4 εβδομάδες. Τα κονδυλώματα μαραίνονται και πέφτουν καθώς σκοτώνονται τα μολυσμένα κύτταρα, αφήνοντας έτσι το δέρμα καθαρό. Ένα άτομο στα πέντε που χρησιμοποιεί ποδοφιλίνη νιώθει κάψιμο ή τσούξιμο,

που διαρκεί περίπου 2 ημέρες. Το 30% των ασθενών εμφανίζει πάλι γεννητικά κονδυλώματα στο ίδιο ή σε άλλο μέρος των γεννητικών τους οργάνων.

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

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

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

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

5.11. Μαλακό έλκος

Είναι μία μολυσματική νόσος των γεννητικών οργάνων και προκαλείται από ένα μικρό οργανισμό που ονομάζεται *Haemophilus Ducreyi*.

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



Πηγή: Στρατηγού Ι. Αφροδισιολογία, Εκδόσεις Παρισιάνου Α. Ε, 2004

Χαρακτηριστική εκδήλωση της νόσου είναι η εμφάνιση της βλατίδας, η οποία εξελίσσεται σε φλύκταινα που μεγαλώνουν γρήγορα και στην συνέχεια σπάνε, δημιουργώντας έλκη σπυριά που μεγαλώνουν γρήγορα και στη συνέχεια σπάνε, δημιουργώντας έλκη με ακανόνιστη περιφέρεια και εσχαρωτή βάση. Είναι μαλακά, αιμορραγούν εύκολα και είναι εξαιρετικά επώδυνα. Τα σπυριά αυτά μοιάζουν με το έλκος της σύφιλης, που συνήθως είναι ένα, έχει σκληρές άκρες και δεν πονάει.

Συνήθως παρατηρείται ένα έλκος, αν και περιγράφονται περιπτώσεις με περισσότερα έλκη (μέχρι και δέκα) Από τα γεννητικά όργανα το άτομο μπορεί να μολύνει και άλλες περιοχές του σώματος, στις οποίες αναπτύσσονται

ανάλογα έλκη (αυτομόλυνση). Λίγες ημέρες μετά την εμφάνιση του έλκους παρατηρείται πόνος, φούσκωμα και δημιουργία αποστήματος με πύον στους βουβωνικούς λεμφαδένες (βουβώνας). Οι λεμφαδένες της βουβωνικής χώρας διογκώνονται και μπορεί να δημιουργήσουν μεταξύ τους ένα μεγάλο σε έκταση κόκκινο και επώδυνο οίδημα.



Πηγή:Στρατηγού Ι. Αφροδισιολογία, Εκδόσεις Παρισιάνου Α. Ε, 2004

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

να δώσει απευθείας θεραπεία. Η θεραπεία συνίσταται στη χορήγηση σουλφαμιδών για 10 ημέρες ή ερυθρομυκίνη 5 ημέρες, η Αμοξυκολλίνη για 7 ημέρες (Δετοράκης Ι., Παπαγεωργίου Ι., Αθήνα 2002).

5.12. Αφροδίσιο Λεμφοκοκκωμα ή Βουβωνική λεμφοκοκκιωμάτωση

Το αφροδίσιο λεμφοκοκκωμα είναι μια χρόνια σεξουαλικά μεταδιδόμενη λοίμωξη η οποία προκαλείται από τα *Chlamydia Trachomatis* η νόσος σήμερα είναι σπάνια και κρούσματα ανευρίσκονται σε τροπικές και υποτροπικές περιοχές.

Είναι μια σπάνια νόσος που προκαλείται από έναν οργανισμό της οικογένειας των *Chlamydia Trachometis*. Αυτή η ασθένεια ενδημεί στις χώρες της Ασίας, της Αφρικής και της Νότιας Αμερικής.

Η λοίμωξη είναι τρεις φορές συχνότερη στους άνδρες σε σχέση με τις γυναίκες. Ο χρόνος επώασης της νόσου κυμαίνεται από 3 ημέρες έως 3 εβδομάδες (μερικές φορές και μέχρι 12 εβδομάδες).

Η μετάδοση γίνεται με την κολπική, στοματική ή πρωκτική σεξουαλική επαφή με μολυσμένο άτομο. Περίπου 7-10 ημέρες μετά ο άνδρας εμφανίζει μια φουσαλίδα (φουσκάλα) στην επιφάνεια του πέους του, ενώ στη γυναίκα κάνει την εμφάνισή της επάνω στα εξωτερικά γεννητικά της όργανα.

Αν το έλκος δημιουργηθεί επάνω στο πέος ή στο εμπρόσθιο τμήμα των γυναικείων γεννητικών οργάνων, οι λεμφαδένες της βουβωνικής χώρας φουσκώνουν, σφίγγουν και παίρνουν τη μορφή σκληρού ελαστικού, ενώ παράλληλα το δέρμα που τους καλύπτει παίρνει ένα γυαλιστερό κόκκινο χρώμα.

Οι πληγές επουλώνονται αργά αργά αφήνοντας σημάδια, ενώ η διόγκωση είτε υποχωρεί είτε τα οζίδια των λεμφαδένων σπάνε, απελευθερώνοντας ένα πυκνό, κρεμώδες υλικό μέσα από τις σχισμές του δέρματος. Αν η περιοχή της πρώτης εμφάνισης είναι ο πρωκτός, είναι δυνατόν η βλάβη να συνοδεύεται από διάρροια και από ένα βλεννοπυώδες ή πυαι-ματηρό έκκριμα.

Η ορθοσκόπηση θα δείξει ακόμα μία εξέλκωση του ορθού. Στους ομοφυλόφιλους άντρες και στις γυναίκες η χρόνια πρωκτίτιδα μπορεί να οδηγήσει σε στένωση του δακτυλίου και απόφραξη της ορθοπρωκτικής περιοχής.

Η διάγνωση γίνεται με απλή παρατήρηση της περιοχής και επιβεβαιώνεται με μία εξέταση που δείχνει τα αντισώματα των χλαμυδίων στο αίμα.

Η θεραπεία είναι η χορήγηση αντιβιοτικών: Doxycycline (Vibramycin), Oxytetracycline, Erythromycin, Baectrimel ή Septrin. (Δετοράκης Ι, Παπαγεωργίου Ι., Αθήνα 2002).

5.13. Εξελκωτικό κοκκίωμα του αιδοίου ή βουβωνικό κοκκίωμα

Είναι σεξουαλικά μεταδιδόμενος νόσημα οφείλεται στο μικροοργανισμό *Calymmatobacterium granulomatis* και ο οποίος κατατάσσεται στην ομάδα των βρουκέλων.

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

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

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

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

Η εργαστηριακή διάγνωση της νόσου επιτυγχάνεται με την εξέταση υλικού βιοψίας από την περιοχή της ανάπτυξης του ιστού. Με την μικροσκόπηση αναζητούνται τα ενδοκυττάρια ελυτροφόρα μικροβιακά κύτταρα (σωμάτια Donovan).

Θεραπεία γίνεται όπως και στις άλλες σεξουαλικά μεταδιδόμενες νόσους με σιθπροφλοξασίνη και ερυθρομυκίνη για 3 εβδομάδες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΟΙ ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΚΑΙ ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΦΥΛΑΞΗΣ

6.1. Σύνδρομο Οικονομικής Θέσης ή Εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση

(DVT= Deep vein thrombosis).

Οι επιβάτες μιας πτήσης είναι υποχρεωμένοι να υποστούν πολύωρη ακινησία μέχρι να φθάσουν στον προορισμό τους. Επίσης η πυκνότητα του αίματος των επιβατών στη διάρκεια μιας πτήσης αυξάνεται σταθερά ενώ μειώνεται η ταχύτητα ροής του αίματος. Ο Συνδυασμός αυτών αυξάνει τον κίνδυνο δημιουργίας θρόμβου στο φλεβικό σύστημα, κυρίως ανάμεσα στον αστράγαλο και την κνήμη. Ο θρόμβος αυτοί είναι επικίνδυνοι επειδή κομμάτια θρόμβου μπορούν να αποκοπούν και να μετακινηθούν προς βασικά όργανα του σώματος όπως όταν φθάσει στον πνεύμονα προκαλεί πνευμονική εμβολή ή αν φθάσει στην καρδιά καρδιακή προσβολή.

Τις περισσότερες φορές οι θρόμβοι απορροφούνται και δεν προκαλούν οποιοδήποτε πρόβλημα. Σε άτομα νεαρής ηλικίας σπάνια συμβαίνει φλεβοθρόμβωση, ακόμη και σε άτομα με επιβαρημένο ιστορικό, όταν η πτήση είναι μικρότερη από 6 ώρες.

Η φλεβοθρόμβωση οφείλεται σε τρεις παράγοντες: η κατάσταση του τοιχώματος του αγγείου, η αιματική ροή και τα συστατικά του αίματος. Στους υγιείς οργανισμούς το φλεβικό ενδοθήλιο διαθέτει μηχανισμούς που αποτρέπουν την δημιουργία αθηρωματικών πλακών και το σχηματισμό θρόμβων, πράγματα που ισχύουν σε ηλικιωμένα άτομα με αγγειακά νοσήματα.

Επίσης αν η ροή του αίματος μειωθεί σημαντικά για μεγάλο χρονικό διάστημα ή αν το αίμα αποκτήσει μια πιο παχύρρευστη μορφή, όπως σε

περίπτωση αφυδάτωσης, είναι δυνατόν να δημιουργηθεί θρόμβος ακόμη και αν δεν υπάρχει βλάβη στο τοίχωμα του αγγείου

Για να βοηθήσετε στην αποφυγή δημιουργίας θρόμβου:

- Να απλώνετε τα άκρα και το κάτω μέρος των ποδιών.
- Να περπατάτε στο αεροπλάνο σε τακτά χρονικά διαστήματα για λίγα λεπτά (κάθε ώρα).
- Να πίνετε πολλά υγρά, γιατί η αφυδάτωση μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο εν τω βάθει φλεβικής θρόμβωσης.
- Να αποφεύγετε να πίνετε αλκοόλ και καφέ γιατί είναι διουρητικά και προκαλούν απώλεια υγρών.
- Να φοράτε άνετα ρούχα που δεν σας πιέζουν και ειδικά τα κάτω άκρα.
- Η έγκυος γυναίκα με οικογενειακό ιστορικό θρόμβωσης θα πρέπει να συμβουλευθεί το γιατρό της για προληπτικά μέτρα όπως ελαστικές κάλτσες.
- Να παίρνετε ασπιρίνη μια μέρα πριν από το ταξίδι και κατά την διάρκεια του ταξιδιού (εκτός αν την έχει απαγορεύσει ο γιατρός), ιδιαίτερα αν πάσχετε από υπέρταση. Αν έχετε κυκλοφορικό πρόβλημα στα πόδια να φοράτε ελαστικές κάλτσες.

6.2. JET LAG (Χρονική υστέρηση βιολογικού ρολογιού)

Το κλινικό φαινόμενο του jet lag προκαλείται από το γεγονός ότι το αεροπλάνο διασχίζει σε σύντομο χρονικό διάστημα περιοχές με διαφορετικές ωρολογιακές ζώνες. Το πρόβλημα αρχίζει, όταν η φυσιολογική αλληλουχία ημέρας και νύχτας μεταβάλλεται απότομα, μαζί με την καθιερωμένη χρονική σειρά των συνηθειών της διατροφής, του ύπνου και των άλλων

δραστηριοτήτων. Αυτό προκαλεί σύγχυση στους μηχανισμούς που ελέγχουν το ρυθμό 'της καθημερινής δραστηριότητας, και ειδικά σε σχέση με το βιορυθμό ύπνου-εγρήγορσης.

Συμπτώματα

Τα τυπικά συμπτώματα του jet lag περιλαμβάνουν: κόπωση, νευρική κατάσταση, αϋπνία, κεφαλαλγία, ευερεθιστότητα και αδυναμία συγκέντρωσης της προσοχής. Μερικοί ταξιδιώτες αναφέρουν επίσης στομαχικά ενοχλήματα, διάρροια, δυσκοιλιότητα, οίδημα στα σφύρα των ποδιών και πόνο στις αρθρώσεις.

Τα φυσικά επακόλουθα της παρατεταμένης παραμονής σε καθιστή θέση, καθώς και οι πολλές ώρες έκθεσης των επιβατών στον ξηρό, συνεχώς "ανακυκλούμενο αέρα του αεροπλάνου εντείνουν το πρόβλημα. Το jet lag είναι συνήθως πιο αισθητό όταν ταξιδεύετε ανατολικά και λιγότερο όταν ταξιδεύετε δυτικά. Το ταξίδι με βόρεια ή νότια κατεύθυνση δεν επηρεάζει το βιορυθμό ύπνου-εγρήγορσης, επειδή οι ωρολογιακές ζώνες παραμένουν ίδιες. Ορισμένα κλινικά/συμπτώματα όμως μπορεί να εμφανιστούν εξαιτίας της σωματικής και ψυχοσυναισθηματικής έντασης του ταξιδιού.

Προληπτικά μέτρα

Για να περιορίσετε την ένταση των συμπτωμάτων του jet lag, μπορείτε να ακολουθήσετε τις παρακάτω συμβουλές:

- ◆ Ο απλούστερος τρόπος για να μειώσετε την επίδραση του στον οργανισμό σας είναι να κάνετε το ταξίδι σας με δόσεις, αν είναι δυνατόν. Συζητήστε με τον ταξιδιωτικό σας πράκτορα τη δυνατότητα να επιλέξετε κάποια πτήση με ενδιάμεσο σταθμό και, αν μπορείτε, προγραμματίστε να φτάσετε αργά το βράδυ, ώστε να πάτε κατευθείαν για ύπνο.
- ◆ Αν ξεκινήσετε το ταξίδι σας κουρασμένοι, θα εντείνετε τις επιπτώσεις από τα συμπτώματα του jet lag. Το ιδανικό είναι να έχετε κοιμηθεί αρκετές ώρες τα

δύο βράδια πριν-από την πτήση. Την ημέρα του ταξιδιού φορέστε άνετα ρούχα και αναπαυτικά παπούτσια.

◆ Στο αεροπλάνο θα πρέπει να κάνετε συχνά διαλείμματα για να τεντώνετε τα μέλη του σώματός σας, να περπατάτε στην καμπίνα και να ασκήσετε ενώ κάθεστε στη θέση σας.

◆ Ο αέρας στα αεροπλάνα είναι ξηρός και είναι πιθανόν να αφυδατωθείτε, προτού ακόμα υπάρξει το αίσθημα της δίψας. Θα πρέπει να πίνετε αρκετό νερό πριν και κατά τη διάρκεια της πτήσης για να περιορίσετε τα προβλήματα που προκαλούνται από την αφυδάτωση, όπως η ζάλη, το αίσθημα αδυναμίας και η δυσκοιλιότητα.

◆ Τα πλούσια γεύματα και η υπερβολική κατανάλωση καφεΐνης μπορεί να προκαλέσουν προβλήματα στον ύπνο και ενοχλήσεις στο στομάχι. Καλό είναι λοιπόν να τρώτε ελαφρά και να αποφεύγετε ή να περιορίζετε την κατανάλωση καφεΐνης.

◆ Όταν ταξιδεύετε μην καπνίζετε, μην πίνετε μεγάλες ποσότητες αλκοολούχων ποτών και μην παίρνετε φάρμακα που δεν είναι απαραίτητα. Το μεγάλο υψόμετρο και η αφυδάτωση μπορεί να ενισχύσουν τη δράση οποιουδήποτε φαρμάκου.

◆ Έκθεση στον ήλιο κατά μικρά και τακτά χρονικά διαστήματα μετά την άφιξη στην χώρα προορισμού. Εάν ταξιδεύετε προς τα ανατολικά θα πρέπει να εκτεθείτε στο πρωινό φως, ενώ, αν ταξιδεύετε δυτικά στο απογευματινό φως. Αυτό θα σας βοηθήσει να εγκλιματιστείτε πιο εύκολα.

◆ Καλό θα είναι να περάσετε κάποια ώρα στο φως του ήλιου όσο το δυνατόν νωρίτερα με την άφιξη στον προορισμό σας. Εάν ταξιδεύετε προς τα ανατολικά, θα πρέπει να εκτεθείτε στο πρωινό φως, ενώ, αν ταξιδεύετε δυτικά, στο απογευματινό φως. Αυτό θα σας βοηθήσει να εγκλιματιστείτε πιο εύκολα.

◆ Προσαρμόστε τις ώρες των γευμάτων σας και τις άλλες καθημερινές

δραστηριότητες σας στα νέα δεδομένα όσο το δυνατόν νωρίτερα μετά την άφιξη σας. Επίσης γευματίστε και κοιμηθείτε στη "σωστή" ώρα για τη χώρα που επισκέπτεστε, για να εναρμονίσετε το βιολογικό σας ρολόι με τις νέες συνθήκες. Εάν σας διευκολύνει, μπορείτε να το κάνετε σταδιακά λίγες ημέρες πριν από το ταξίδι σας. Ο οργανισμός σας αξιοποιεί τρεις παραμέτρους για να ρυθμίσει το βιολογικό σας ρολόι: το φως της ημέρας, τις ώρες φαγητού και τις ώρες ύπνου.

◆ Εφόσον είναι δυνατόν, περιορίστε τις δραστηριότητες σας την πρώτη μέρα μετά την άφιξη στον προορισμό σας. Χαλαρώστε, μάθετε καλά το περιβάλλον σας και αυξήστε το ρυθμό της δραστηριότητας σας έπειτα από έναν καλό βραδινό ύπνο. Όταν φτάσετε στον προορισμό σας, κάντε μια βόλτα, αν το επιτρέπουν οι καιρικές συνθήκες. Προσπαθήστε να προσαρμοστείτε στο νέο σας πρόγραμμα και όχι να διατηρήσετε αυτό που ακολουθούσατε στη χώρα σας.

◆ Παρά το γεγονός ότι πολλά άτομα συνηθίζουν να χρησιμοποιούν μελατονίνη για να ανακουφιστούν από την αϋπνία και τα κλινικά συμπτώματα του jet lag, η σκοπιμότητα της λήψης της εξακολουθεί να συζητείται στην ιατρική κοινότητα. Η μελατονίνη είναι μια ορμόνη που παράγεται στο ανθρώπινο σώμα και παίζει σημαντικό ρόλο στη ρύθμιση του κύκλου ύπνου-εγρήγορσης. Τα συνθετικά και τα προερχόμενα από ζώα παράγωγα της μελατονίνης είναι ευρέως διαδεδομένα στις ΗΠΑ. Εφόσον όμως το κράτος δεν ελέγχει την παραγωγή τους, δεν υπάρχει καμία εγγύηση για την καθαρότητα και τη δραστηριότητα τους. Η Βρετανική κυβέρνηση έχει απαγορεύσει την πώληση μελατονίνης. Εάν σκοπεύετε να τη χρησιμοποιήσετε, συζητήστε το και ενημερωθείτε σχετικά από το γιατρό

◆ Υπνωτικά σε περίπτωση αϋπνιών

◆ Οι θεραπείες με διάφορες δίαιτες και δισκία, οι οποίες υποστηρίζεται ότι περιορίζουν τα κλινικά συμπτώματα του jet lag, δεν έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικές.

6.3. Ναυτία Κίνησης

Οποιοσδήποτε νιώθει ναυτία, ελάχιστα παρηγορείται από τη σκέψη ότι δεν είναι ο μόνος. Οι εννέα στους δέκα είναι επιρρεπείς στην ανάπτυξη της, όταν βέβαια υπάρχει και το κατάλληλο ερέθισμα. Υπάρχουν άνθρωποι που αρνούνται να ταξιδέψουν με πλοίο, επειδή κάποτε έπαθαν ναυτία και δεν αντέχουν στη σκέψη ότι μπορεί να τους ξανασυμβεί.

Εάν είχατε ποτέ μια κρίση ναυτίας κίνησης κατά τη διάρκεια ενός ταξιδιού σας, θα γνωρίζετε το αίσθημα που νιώθετε: μια ακαθόριστη δυσφορία μετατρέπεται σε ναυτία, το πρόσωπο σας χλομιάζει και αρχίζετε να ιδρώνετε. Μετά τη ζάλη και την εξάντληση μπορεί να ακολουθήσει εμετός. Μερικά άτομα είναι περισσότερο επιρρεπή σε αυτή την κατάσταση από κάποια άλλα, αλλά και άλλοι παράγοντες, όπως είναι οι αναταράξεις σε ένα αεροπλάνο, το άγχος και η αρρώστια, μπορούν να οδηγήσουν στην εκδήλωση της ναυτίας κίνησης.

Η ναυτία είναι. αποτέλεσμα "σύγκρουσης" μεταξύ δύο μηνυμάτων που φτάνουν στον εγκέφαλο. Το ένα μήνυμα προέρχεται από το έσω ους που ελέγχει την ισορροπία και το άλλο από τα μάτια και τους υποδοχείς της πίεσης στο δέρμα και στις αρθρώσεις. Τα αντικρουόμενα αυτά μηνύματα φτάνουν στο κέντρο της ναυτίας στον εγκέφαλο - και έτσι εξηγείται γιατί το διάβασμα σε ένα κινούμενο όχημα αποτελεί τόσο κοινό ερέθισμα ναυτίας, τα μάτια συγκεντρώνονται στη σελίδα, ενώ το σώμα κινείται και ελίσσεται, όπως και το όχημα. Μπορεί τα νήπια να είναι τυχερά και να μην αναπτύσσουν ναυτία, αλλά τα παιδιά από 2 έως 12 ετών συχνά είναι επιρρεπή στην ανάπτυξη της. Με το πέρασμα του χρόνου, όμως η ταλαιπωρία τους μειώνεται. Τα σκυλιά επίσης αναπτύσσουν συχνά ναυτία, κυρίως όταν είναι κουτάβια, ενώ ακόμα και τα ψάρια μπορεί να πάθουν ναυτία. Όσον αφορά στους ενήλικους, όσοι έχουν

περάσει το 50ό έτος της ζωής τους έχουν λιγότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν ναυτία. Η Γενετική παίζει ρόλο στην επιρρέπεια στη ναυτία.

Προληπτικά μέτρα

Ανεξάρτητα από τη Γενετική, πάντως, υπάρχουν αρκετά που μπορείτε να κάνετε, για να μειώσετε την επιρρέπεια σας στη ναυτία.

Πρώτη και κυριότερη μια συμβουλή προς τις εγκύους που αναπτύσσουν πρωινή ναυτία: να τρώτε κάτι πριν από το ταξίδι. Το "κάτι" σημαίνει ένα ελαφρύ αμυλούχο γεύμα (λ.χ., ψωμί ή κράκερς), ενώ κατά τη διάρκεια του ταξιδιού καλό είναι να κάνετε πολλά μικρά γεύματα παρόμοιας σύνθεσης. Τα γεύματα αυτά είναι ό,τι καλύτερο για τη διατήρηση του σακχάρου σε φυσιολογικά επίπεδα. Η πρόληψη της ναυτίας καλό είναι να αρχίζει από το βράδυ πριν από το ταξίδι: να αποφεύγετε τα "βαριά γεύματα" και τα πολλά λίπη, καθώς και τα αναψυκτικά, τα οίνοπνευματώδη ποτά και τα πικάντικα φαγητά. Κατά τη διάρκεια του ταξιδιού, να αποφεύγετε το κάλινΤσμαΠξαΤτίς "έντονες μυρωδιές των φαγητών. Εντός του μεταφορικού μέσου φροντίστε, εάν είναι δυνατόν, να καθίσετε στο μπροστινό κάθισμα του αυτοκινήτου και "καρφώστε" τα μάτια σας ευθεία μπροστά. Ή, ακόμη καλύτερα, οδηγήστε εσείς οι ίδιοι. Το μήνυμα που διέρχεται από τα μάτια σας και από τους υποδοχείς πίεσεως θα ταιριάζει καλύτερα με αυτό από το έσω ους. Στο αεροπλάνο, διαλέξτε μια θέση κοντά στο παράθυρο του φτερού. Στο πλοίο, διαλέξτε μια καμπίνα στο μέσον του, αλλά περάστε όσο περισσότερο χρόνο μπορείτε σε μια καλά αεριζόμενη αίθουσα. Καθίστε ακόμη στο πάνω κατάστρωμα απενίζοντας τον ορίζοντα, αλλά προσπαθήστε να αποφύγετε το κάτω κατάστρωμα, όπου όλα φαίνονται στατικά. Αν όλα αποτύχουν, ξαπλώστε και κλείστε τα μάτια σας. Ό,τι και αν κάνετε, αποφύγετε να κοιτάζετε τα κύματα ή οτιδήποτε άλλο κινείται.

Με το πρόσωπο στραμμένο μπροστά, θα πρέπει να κοιτάτε έξω από το παράθυρο, να διατηρείτε τα μάτια σας προσηλωμένα στον ορίζοντα ή σε ένα

σταθερό μακρινό σημείο. Σταθεροποιήστε το κεφάλι ώστε να κινείται όσο λιγότερο γίνεται

Κοιμηθείτε, εάν μπορείτε. Εάν δεν μπορείτε, φορέστε μαύρα γυαλιά ή κλείστε τα μάτια σας, για να περιοριστούν τα οπτικά ερεθίσματα.

Τα αντισταμινικά φάρμακα μπορούν να προλάβουν την εκδήλωση της ναυτίας κίνησης ή και να σας ανακουφίσουν από αυτή. Καθώς είναι ευκολότερο να προληφθεί από το να διακοπεί μια ναυτία κίνησης, τα χορηγούμενα φάρμακα θα πρέπει να λαμβάνονται 30 με 60 λεπτά πριν από το ταξίδι και να συνεχίζεται η λήψη τους σε όλη τη διάρκεια του ταξιδιού. Στα φαρμακεία διατίθενται και χωρίς ιατρική συνταγή σκευάσματα κατά της ναυτίας, όπως η δραμαμίνη, η βονίνη και η μαρεζίνη. Από τα σκευάσματα αυτά, η δραμαμίνη είναι αυτή που έχει τις περισσότερες πιθανότητες να προκαλέσει υπνηλία. Ελέγξτε τις ετικέτες των φαρμάκων προσεκτικά και ενημερωθείτε για τις σωστές δόσεις, τις προφυλάξεις και τους περιορισμούς ηλικίας.

Ορισμένα άτομα μπορεί να χρειαστούν φάρμακα, η προμήθεια των οποίων προαπαιτεί ιατρική συνταγογράφηση. Το πιο ισχυρό φαρμακευτικό προϊόν είναι ένα δερματικό επίθεμα, που περιέχει σκοπαλαμίνη. Το επίθεμα τοποθετείται πίσω από το αφτί και δρα επί τρεις ημέρες. Η πιο συνηθισμένη ανεπιθύμητη παρενέργεια του είναι η ξηροστομία, ενώ είναι πιθανόν να προκληθούν υπνηλία, προσωρινό θόλωμα της όρασης και σπανίως, αποπροσανατολισμός, απώλεια μνήμης, ανησυχία, ζάλη και παραισθήσεις. Το επίθεμα δεν πρέπει να χρησιμοποιείται από όσους καταναλώνουν οινοπνευματώδη ποτά, από τις εγκύους, από τις γυναίκες που θηλάζουν, καθώς και από τους πάσχοντες από γλαύκωμα. Αν, εξάλλου, πάσχετε από κάποια μεταβολική ασθένεια, από νόσο του ήπατος ή των νεφρών, καθώς και αν αντιμετωπίζετε προβλήματα ουρήσεως, συμβουλευτείτε το γιατρό σας. Συζητήστε τις εναλλακτικές θεραπείες με το γιατρό σας και βεβαιωθείτε ότι δεν

παραλείψατε να ρωτήσετε για τις αναγκαίες προφυλάξεις που πρέπει να λάβετε και τις πιθανές αλληλεπιδράσεις των φαρμάκων.

6.4. Ήλιος και Ταξιδιώτης

Υπεριώδη ηλικιακή ακτινοβολία

Η υπεριώδη ακτινοβολία όμως περιλαμβάνει τις ακτίνες UVA (μήκος κύματος 315-400nm) και UBA (μήκος κύματος 280-315nm) και τα δύο είδη ακτινοβολίας μπορούν να προκαλέσουν βλάβες στο δέρμα και σε άλλους ιστούς του δέρματος.

Βλάβες στο δέρμα περιλαμβάνει ηλιακά εγκαύματα, φωτοευαισθησία στο δέρμα λόγω αλληλεπίδρασης με διάφορα φάρμακα και καλλυντικά, θερμική εξάντληση, γήρανση της επιδερμίδας και κερατίτιδα.

Βλάβες των ματιών όπως κερατίτιδα και καταρράκτη (μακροπρόθεσμα)

Καταστολή του ανοσοποιητικού συστήματος: αυξάνοντας τις πιθανότητες για ανάπτυξη λοιμώξεων ενώ παράλληλα μπορεί να ελαττώσει την αποτελεσματικότητα ορισμένων εμβολίων

Τα άτομα πρέπει να λάβουν προστατευτικά μέτρα όπως

- Αποφυγή έκθεσης στον ήλιο κυρίως τις μεσημεριανές ώρες
- Άτομα με ανοιχτόχρωμο δέρμα καθώς και τα παιδιά είναι πιο ευάλωτοι και ευαίσθητοι
- Λήψη άφθονων υγρών χωρίς αλκοόλ
- Φορέστε άνετα ρούχα, ελαφριά βαμβακερά, πυκνοϋφασμένα και απλώστε μια αντηλιακή κρέμα με υψηλό δείκτη προστασίας στις περιοχές που παραμένουν εκτεθειμένες κάθε φορά που είστε έξω

- Εάν επιμένετε στο μαύρισμα θα πρέπει να εκτίθεται το προσφάτως ακάλυπτο δέρμα σας όχι περισσότερο από 20 λεπτά περίπου την ημέρα, για την πρώτη ή τις 2 πρώτες μέρες χρησιμοποιείτε μια αντηλιακή κρέμα υψηλού δείκτη προστασίας ανανεώνοντας τη κάθε μια ώρα περίπου, ειδικά μετά την κολύμβηση ή την άσκηση
- Αν καίγεστε εύκολα σε οποιαδήποτε περιοχή του σώματος όπως στη μύτη, στα χείλη πρέπει να είστε ιδιαίτερος προσεκτικοί. Το οξείδιο ψευδάργυρου ή το διοξείδιο τετανίου που περιέχονται σε μερικές κρέμες – είναι ιδανικά για τέτοιες περιοχές αν και είναι αισθητικά κατάλληλες για ευρεία χρήση στο δέρμα εξαιτίας του λευκού ή του καστανού χρώματός τους
- Κάλυψη του κεφαλιού με πλατύγυρο καπέλο
- Προστατεύετε τα μάτια σας με γυαλιά ηλίου με ειδικά προστατευτικά φίλτρα για τα δύο είδη ακτινοβολίας
- Εφαρμογή αντηλιακών στα σημεία που δεν καλύπτονται από τα ρούχα 20 λεπτά πριν την έκθεση στον ήλιο ή την κολύμβηση
- Μη ξεχνάτε η υπεριώδη ακτινοβολία μπορεί να διεισδύσει στο νερό 1 μέτρο και περισσότερο για το λόγο αυτό η αντηλιακή κρέμα είναι απαραίτητη.
- Ο ταξιδιώτης να αποφεύγει την έκθεση στον ήλιο ιδιαίτερα αν παίρνει κάποια φάρμακα όπως:
 - Αντισυλληπτικά χάπια που περιέχουν οιστρογόνα
 - Μη στεροειδή, αντιφλεγμονώδη φάρμακα
 - Αντιβιοτικά που περιέχουν τετρακυκλίνη
 - Αντιισταμινικά
 - Ηρεμιστικά ή σκευάσματα για την ναυτία
 - Φάρμακα που περιέχουν σουλφαμίδη

- ο Διουρητικά
- ο Φάρμακα για το διαβήτη
- ο Ανθελονοσιακά
- ο Εάν ο ταξιδιώτης εφαρμοζει τοπικά στο δέρμα φυσικά εντομοαπωθητικά που περιέχουν έλαια περγαμόντου,κίτρου ή άλλων εσπεριδοειδών (Καριοφύλλα Μαρία, Σωτηριάδης Ελπιδοφόρος, Αθήνα 2007).

Το μαύρισμα μπορεί να είναι ελκυστικό και κοινωνικά επιθυμητό, αλλά η απόκτηση του, έστω και μια φορά, μπορεί να έχει βλαβερά αποτελέσματα και βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα. Κατανοώντας τις περιστάσεις που πιθανόν οδηγήσουν σε ηλιακό έγκαυμα- και να τις αποφύγουμε- μπορεί να βοηθήσετε να βελτιώσετε το ταξίδι σας.

Οι ηλιακές ακτίνες είναι πηγή ενέργειας για αυτόν τον πλανήτη και για τα προηγούμενα 4500 εκατομμύρια χρόνια. Έχουν δημιουργήσει και διατηρήσει τη ζωή, παρέχοντας ζεστασιά και φως, και εφοδιάζοντας την με ειδικές, απαραίτητες βιολογικές διαδικασίες, όπως η φωτοσύνθεση στα φυτά και η δημιουργία της βιταμίνης D στο ανθρώπινο δέρμα. Η ηλιοφάνεια βελτιώνει την ποιότητα ζωής και η έκθεση στον ήλιο μπορεί ακόμα να βελτιώσει τη γενική δραστηριότητα του ατόμου.

Δυστυχώς, η υπερβολική έκθεση στην ηλιακή ενέργεια δεν είναι θετική. Ορατά παραδείγματα περιλαμβάνουν τα αποτελέσματα πάνω στο ανθρώπινο δέρμα, όπως έγκαυμα, ηλιακό μαύρισμα, και μακροπρόθεσμα γήρανση ή σχηματισμός καρκίνου και καταρράκτης στα μάτια.

Σπανιότερα, συμβαίνουν περιοδικά ανώμαλες δερματικές αντιδράσεις. Μερικοί άνθρωποι αναπτύσσουν ένα ενοχλητικό, πιτσιλωτό εξάνθημα μέσα σε μερικές ώρες από την έκθεση στον ήλιο, το οποίο μπορεί να επιμείνει έως και μια εβδομάδα. Αυτό μερικές φορές συνδέεται λανθασμένα, με την

'πολυμορφική έκρηξη φωτός' (είναι μια επικίνδυνη κατάσταση, η οποία συνήθως μπορεί να διατηρηθεί υπό έλεγχο, χρησιμοποιώντας αντηλιακά με υψηλό δείκτη προστασίας και αποφεύγοντας το δυνατό φως.) Άλλες ανώμαλες αντιδράσεις περιλαμβάνουν το εκτεταμένο ηλιακό έγκαυμα, που μερικές φορές προκαλείται από φωτοευαισθησία με ορισμένα αρώματα, αγωγές στο δέρμα, καλλυντικά ή κρέμες που φράζουν το δέρμα.

Αν το μαύρισμα θεωρείται κοινωνική αναγκαιότητα, τότε θα έπρεπε να αποκτάται σταδιακά και προσεχτικά, ώστε να ελαχιστοποιηθεί η καταστροφή από τον ήλιο και οι δυσάρεστες συνέπειες και βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα.

Ηλίαση

Εμφανίζεται συνήθως σε άμεση και έντονη ηλιακή ακτινοβολία, ιδίως όταν είναι απροστάτευτο το κεφάλι του ατόμου. Προσβάλλει κυρίως τα παιδιά και τους ηλικιωμένους. Η ηλίαση χαρακτηρίζεται από ερυθρό και ζεστό δέρμα προσώπου, έξαψη, πονοκέφαλο, ίλιγγο, ναυτία, εμετό και ταχυκαρδία. Οφείλεται στην ευαισθησία του εγκεφάλου στη θερμότητα και 7τροκαλείται από τον ερεθισμό των μηνίγγων. Σε βαριές περιπτώσεις εμφανίζονται σπασμοί και απώλεια της συνείδησης. Αντιμετωπίζεται με την κατάκλιση του αρρώστου σε δροσερό περιβάλλον, ελαφρά ανύψωση του κεφαλιού και κρύα επιθέματα στο κεφάλι και τον αυχένα.

Οδηγίες για προφύλαξη από καύσινα

- Ο Μείνετε σε δροσερά και σκιερά μέρη όπου δημιουργείται κάποιο ρεύμα αέρος με φυσικά ή τεχνητά μέσα (π.χ., ανεμιστήρας) και αποφύγετε τους χώρους με συνωστισμό.
- Αποφύγετε τη βαριά σωματική εργασία, ιδιαίτερα σε χώρους με υψηλή θερμοκρασία, άπνοια και μεγάλη υγρασία. Μην κυκλοφορείτε κάτω από τον καυτό ήλιο, αν δεν είναι ανάγκη.

- Φορέστε ρούχα ελαφριά, ανοιχτόχρωμα και με ανοιχτό λαιμό, για να διευκολύνονται ο αερισμός του σώματος και η εξάτμιση του ιδρώτα. Όταν είστε εκτεθειμένοι στον ήλιο, θα πρέπει να φοράτε ανοιχτόχρωμα, ελαφριά ενδύματα που θα αντανακλούν τη θερμότητα και θα καλύπτουν όσο το δυνατόν μεγαλύτερη επιφάνεια του δέρματος σας. Πρέπει να προτιμάτε τα ενδύματα που είναι κατασκευασμένα από βαμβάκι ή λινό και να φροντίζετε να μη σας σφίγγουν για να αισθάνεστε άνετα. Με αυτό τον τρόπο θα αποφύγετε τους τοπικούς ερεθισμούς και τα ηλιακά εγκαύματα. Καλό επίσης είναι να φοράτε ένα ανοιχτόχρωμο καπέλο με φαρδύ γείσο.
- Να πίνετε άφθονο δροσερό ή κρύο νερό με λίγο αλάτι. Αποφύγετε τα ζαχαρούχα αναψυκτικά, τα πολλά γλυκά και τα οينوπνευματώδη.
- Τρώτε ελαφριά και μικρά γεύματα, κυρίως φρούτα και λαχανικά, και αποφύγετε τα λιπαρά.
- Κάντε πολλά χλιαρά ντους κατά τη διάρκεια της ημέρας. Καλό είναι να τοποθετούνται υγρά καλύμματα στο κεφάλι και το λαιμό για προστασία.
- Μην πηγαίνετε σε μέρη όπου, εκτός από τη μεγάλη ζέστη, υπάρχει και υψηλή υγρασία. Εκεί μπορεί να πάθει κανείς θερμοπληξία ακόμη και με πολύ χαμηλότερες θερμοκρασίες.
- Η θάλασσα είναι ένα θαυμάσιο μέσο αντιμετώπισης του καύσωνα. Ωστόσο, μην ξεχνάτε το καπέλο σας, για να μην πάθετε ηλίαση.
- Κολυμπήστε για να δροσιστείτε και όχι για να ασκηθείτε. Μείνετε στη σκιά και όχι κάτω από τον καυτερό ήλιο.
- Μεγαλύτερη προσοχή χρειάζεται κατά τη μετάβαση και την επιστροφή από τη θάλασσα, όταν υπάρχουν μπουλιάρια ή είναι μεσημέρι.
- Φορέστε γυαλιά ηλίου απορροφητικά των υπεριωδών ακτινών. Η υπεριώδης ακτινοβολία του ήλιου αυξάνει τον κίνδυνο δημιουργίας καταρράκτη. Σε περιοχές όπου το φως του ήλιου είναι πολύ έντονο, όπως, π.χ., σε παραλίες με

έντονη ηλιοφάνεια ή σε πίστες του σκι, φορέστε ειδικά γυαλιά ηλίου, τα οποία παρέχουν πλευρική προστασία από την ακτινοβολία και δεσμεύουν το 92 έως 97% του ορατού φάσματος του φωτός.

□ Όσοι πάσχουν από διάφορα χρόνια νοσήματα και παίρνουν φάρμακα, ας βρίσκονται σε επικοινωνία με το γιατρό τους (καρδιοπαθείς, πνευμονοπαθείς και νεφροπαθείς κυρίως). Εφόσον λαμβάνετε φάρμακα, θα πρέπει να είστε πολύ προσεκτικοί κατά την έκθεση σας στον ήλιο. Πολλά μη συνταγογραφούμενα φάρμακα και μερικά που συνταγογραφούνται, όπως είναι τα αντιϊσταμινικά και τα αντισυλληπτικά που λαμβάνονται από το στόμα, αυξάνουν τη φωτοευαισθησία (και τον κίνδυνο εγκαύματος). Ελέγξτε τις οδηγίες όλων των φαρμάκων σας για πληροφορίες σχετικές με τις πιθανές παρενέργειες τους ή ρωτήστε το γιατρό σας ή το φαρμακοποιό εάν υπάρχουν ορισμένες προφυλάξεις που πρέπει να πάρετε.

□ Καλό είναι να μην κυκλοφορείτε πολλή ώρα σε εξωτερικούς χώρους και κυρίως μεταξύ 10 π.μ. και 5 μ.μ., όταν δηλαδή η ηλιακή ακτινοβολία είναι εντονότερη. Ελαττώστε τη λήψη οινοπνευματωδών ποτών και αντίθετα αυξήστε την κατανάλωση άλλων υγρών.

□ Παραμείνετε όσο είναι δυνατόν μέσα σε κλιματιζόμενα δωμάτια και οχήματα

Εγκαύματα από τον ήλιο

Εφόσον επισκέπτεστε μια περιοχή όπου οι τιμές της θερμοκρασίας ή της υγρασίας είναι μεγαλύτερες από εκείνες στις οποίες έχετε συνηθίσει στη χώρα σας, θα πρέπει να λάβετε πρόσθετες προφυλάξεις, για να προστατευτείτε από τις βλάβες του δέρματος ή τα νοσήματα που προκαλούνται από τη ζέστη. Τα εγκαύματα αυτά είναι συχνά στις αρχές του καλοκαιριού, με την απότομη έκθεση στο δυνατό ήλιο. Οι ενήλικοι πρέπει να προστατεύουν ιδιαίτερα το δέρμα του προσώπου, που είναι πολύ λεπτό και ευαίσθητο. Η υπερβολική έκθεση στον ήλιο προκαλεί πρόωρη γήρανση του δέρματος (φωτογήρανση) με

σηματισμό ρυτίδων, πανάδων κ.λ.π. Όσο πιο ανοιχτόχρωμα είναι το δέρμα και τα μάτια ενός ανθρώπου, τόσο λιγότερος χρόνος έκθεσης στον ήλιο απαιτείται για να προκληθεί ηλιακό έγκαυμα. Τα παιδιά έχουν πιο ευαίσθητο δέρμα και χρειάζονται ιδιαίτερη προσοχή. Επιπλέον, στις μικρές ηλικίες τα ηλιακά εγκαύματα αποτελούν προδιαθεσικό παράγοντα για καρκίνο του δέρματος. Μερικές ώρες μετά την έκθεση στον ήλιο το δέρμα κοκκινίζει, καίει και μπορεί να εμφανίσει φυσαλίδες.

Πρώτες βοήθειες σε εγκαύματα

- ◆ Εάν ένα παιδί παρουσιάσει ηλιακά εγκαύματα: Ξαπλώστε το σε ύπτια θέση και σε δροσερό μέρος, αφαιρέστε όλα τα ρούχα, βάλτε μια διπλωμένη πετσέτα κάτω από το κεφάλι του και μιλήστε του σε ήρεμο τόνο. Σκουπίστε το σώμα του με βρεγμένη πετσέτα που έχει εμποτιστεί σε δροσερό νερό (όχι κρύο) και διατηρήστε την επιδερμίδα υγρή. Καλό είναι να επαναλαμβάνετε αυτήν την διαδικασία κάθε μισή ώρα, ώσπου να πέσει η θερμοκρασία του. Αφήστε τα παράθυρα ανοικτά για να προκληθεί ρεύμα αέρος, αλλιώς χρησιμοποιήστε βεντάλια ή ανεμιστήρα.
- ◆ Αν νιώσετε ότι το δέρμα σας αρχίζει να καίει, φύγετε αμέσως από τον ήλιο και πάτε σε σκιά.
- ◆ Πιείτε ένα δροσερό ποτό (όχι αλκοολούχο) ή χυμό φρούτου.
- ◆ Κάντε ένα δροσερό μπάνιο στο σπίτι με ένα ήπιο αφρόλουτρο. Αν έχουν εμφανιστεί φουσκάλες, απευθυνθείτε στο γιατρό σας.
- ◆ Μην εκτίθεστε στον ήλιο από τις 10:00 μέχρι τις 17:00, γιατί η επίδραση του ήλιου στο δέρμα σας είναι πιο έντονη.
- ◆ Μην ξεχνάτε ότι το μαύρισμα είναι ο μόνος τρόπος άμυνας που έχει το δέρμα απέναντι στη βλαπτική επίδραση της ηλιακής ακτινοβολίας. Το μαύρισμα του δέρματος δεν είναι δείγμα υγείας αλλά προσπάθεια προστασίας.
- ◆ Χρησιμοποιείτε πάντα αντηλιακή κρέμα για το πρόσωπο και αντηλιακό

γαλάκτωμα για το σώμα. Εφαρμόστε τα μισή ώρα πριν βγείτε στον ήλιο, χρησιμοποιώντας αρκετή ποσότητα. Ανανεώστε το αντηλιακό σας κάθε τρεις έως τέσσερις ώρες περίπου. Ο δείκτης προστασίας από 15 έως 25 είναι καλός στις περισσότερες περιπτώσεις. Ο δείκτης αυτός δείχνει πόσες ώρες περίπου μπορεί να καθίσει κάποιος στον ήλιο φορώντας αντηλιακό. Κάθε άνθρωπος χρειάζεται να επιλέξει διαφορετικό αντηλιακό, κάτι που απαιτεί αρκετή εμπειρία. Παράδειγμα: Έστω ότι από την εμπειρία σας μπορείτε να υπολογίσετε πως, αν βγείτε στον ήλιο χωρίς αντηλιακή προστασία, δεν θα έχετε πρόβλημα για τα πρώτα 20 λεπτά της ώρας. Αν λοιπόν διαλέξετε αντηλιακό με δείκτη προστασίας 2, μπορείτε να μείνετε άφοβα στον ήλιο για διπλάσιο χρόνο, δηλαδή $20 \times 2 = 40$ λεπτά. Αντίστοιχα, αν χρησιμοποιήσετε αντηλιακό με δείκτη προστασίας 3, μπορείτε να μείνετε άφοβα στον ήλιο για $20 \times 3 = 60$ λεπτά ή μία ώρα. Πρακτικά, ένα αντηλιακό με δείκτη προστασίας μεγαλύτερο από 15 παρέχει πλήρη κάλυψη, εκτός από τις περιπτώσεις δερματικών ασθενειών, οπότε υπεύθυνος να σας υποδείξει το κατάλληλο αντηλιακό σκεύασμα είναι ο δερματολόγος σας.

- ◆ Μπορείτε επίσης να σκεπάσετε το σώμα με βρεγμένες πετσέτες και να χρησιμοποιήσετε ανεμιστήρα.
- ◆ Επίσης, χρειάζεται ένα ελαφρύ μασάζ για την τόνωση της κυκλοφορίας του αίματος από το δέρμα προς τα εσωτερικά όργανα και αντίστροφα.

6.5. Κίνδυνοι Εξαιτίας Κλιματολογικών Αλλαγών

Βλάβες από τη Χαμηλή Θερμοκρασία του Περιβάλλοντος

Η φυσιολογική θερμοκρασία του σώματος είναι 37°C, ενώ η θερμοκρασία του περιβάλλοντος είναι πολύ μικρότερη. Η διατήρηση της θερμοκρασίας του σώματος επιτυγχάνεται με την παραγωγή θερμότητας από τις

εσωτερικές καύσεις του οργανισμού και με την απώλεια θερμότητας προς το περιβάλλον. Η παραγωγή και η απώλεια της θερμότητας από τον οργανισμό ρυθμίζονται με τους θερμορυθμιστικούς μηχανισμούς, οι οποίοι διατηρούν σταθερή τη θερμοκρασία του σώματος στους 37°C (θερμοκρασία στην οποία επιτελούνται κανονικά όλες οι λειτουργίες του). Η ρύθμιση αυτή διαταράσσεται σε ορισμένες παθολογικές καταστάσεις που αφορούν είτε στην αυξημένη παραγωγή θερμότητας στους ιστούς (οπότε έχουμε πυρετό) είτε στην αυξημένη απώλεια της θερμότητας από το σώμα με ταυτόχρονη φυσιολογική παραγωγή στους ιστούς (οπότε εμφανίζεται η υποθερμία). Η υποθερμία προκαλείται συνήθως όταν ο οργανισμός εκτίθεται σε έντονο ψύχος, με συνέπεια να μεταφέρεται από το σώμα στο περιβάλλον μεγάλη ποσότητα θερμότητας, η οποία δεν μπορεί φυσιολογικά να αναπληρωθεί από την παραγόμενη στους ιστούς με τις καύσεις. Σε ορισμένες παθολογικές καταστάσεις, κατά τις οποίες υπολείπεται η παραγωγή θερμότητας στους ιστούς, ενώ διατηρείται η αποβολή της στο περιβάλλον, εμφανίζεται επίσης μικρού βαθμού υποθερμία. Εφόσον το ταξίδι σας περιλαμβάνει εξωτερικές δραστηριότητες σε ψυχρό περιβάλλον, θα πρέπει να πάρετε μαζί σας αδιάβροχα υποδήματα ή μπότες, καπέλο ή μάσκα προσώπου, καθώς και γάντια.

Εάν υποπτεύεστε την ύπαρξη κρυοπαγήματος ή υποθερμίας, βρείτε ένα ζεστό καταφύγιο και αναζητήστε ιατρική φροντίδα. Αλλάξτε τα παγωμένα, υγρά ρούχα με στεγνά και ζεστά. Τυλίξτε το θύμα με κουβέρτες, μέχρι να έλθει βοήθεια. Ενώ περιμένετε τη βοήθεια, πρέπει να αποφύγετε το τρίψιμο ή την ταχεία επαναθέρμανση του κρυοπαγήματος, καθώς μπορεί προκληθούν επιπλοκές.

Οι παρακάτω συμβουλές θα σας βοηθήσουν να αντιμετωπίσετε το κρύο.

> Φορέστε χαλαρά, μαλακά και ζεστά ρούχα: οι θύλακοι του αέρα που κυκλοφορεί ανάμεσα τους δημιουργούν πρόσθετη μόνωση. Παράλληλα, μπορείτε να προσθέτετε ή να αφαιρείτε ρούχα, ανάλογα με τις αλλαγές του

καιρού.

> Περιλάβετε στο ντύσιμο σας ένα εξωτερικό ρούχο από αντιανεμικό υλικό. Ο ψυχρός αέρας μπορεί να διώξει όλη τη θερμότητα που παράγετε και να καταστήσει μια ψυχρή μέρα επικίνδυνη για την υγεία σας.

> Εάν υπάρχει πιθανότητα να εκδηλωθεί καταιγίδα, φορέστε ένα εξωτερικό ένδυμα ανθεκτικό στην υγρασία. Εάν βραχείτε, όσα ρούχα και αν χρησιμοποιήσετε, δεν θα καταφέρετε να ζεσταθείτε.

Υποθερμία

Η υποθερμία είναι η επικίνδυνη πτώση της κεντρικής θερμοκρασίας του σώματος. Μπορεί να συμβεί ακόμα και σε ήπιες μέρες, ιδιαίτερα όταν ο καιρός είναι υγρός. (Πολλοί θάνατοι από υποθερμία έχουν παρατηρηθεί όταν η θερμοκρασία περιβάλλοντος κυμαίνεται από 1 έως 10oC.) Ιδιαίτερα ευπαθείς ομάδες θεωρούνται τα παιδιά και οι ηλικιωμένοι. Στα συμπτώματα της περιλαμβάνονται: η τρομώδης ομιλία, η μειωμένη επαφή με το περιβάλλον, το ρίγος, η σύγχυση, απώλεια προσανατολισμού, αστάθεια στο βάδισμα τελικά καρδιακή ανακοπή, ευερεθιστότητα και το τρέκλισμα.

Το σώμα μπορεί να χάσει θερμότητα με τους εξής τρόπους:

Με την απευθείας μεταφορά θερμότητας από ένα τμήμα του σώματος προς ένα πιο ψυχρό αντικείμενο, π.χ., όταν ένα θερμό χέρι αγγίζει ένα ψυχρό μέταλλο ή ένα κομμάτι πάγο.

Με τη μεταφορά θερμότητας από την επιφάνεια του σώματος μέσω του αέρα προς μια ψυχρότερη περιοχή, π.χ., ένα άτομο ελαφρά ντυμένο θα χάσει θερμότητα σε ένα ψυχρό περιβάλλον.

Με την εξάτμιση του ιδρώτα ή του νερού ή ενός πτητικού υγρού (βενζίνη, οινόπνευμα) από την επιφάνεια του σώματος. Με την αναπνοή, κατά την οποία εκπνέεται θερμός αέρας και συνεπώς αποβάλλεται θερμότητα.

Με την ακτινοβολία θερμότητας από το θερμό σώμα στο ψυχρό περιβάλλον χωρίς να μεσολαβήσει καμία επαφή.

Η απώλεια της θερμότητας μπορεί να αυξηθεί όταν αυξηθεί ο μεταβολισμός των κυττάρων (π.χ., στο ρίγος) ή να ελαττωθεί, εάν αποφύγουμε ένα κρύο περιβάλλον.

Γενικά, η προοδευτική ψύξη του σώματος καταλήγει σε υποθερμία. Όταν αυτή πλήξει την καρδιά, τους πνεύμονες, τον εγκέφαλο και τα άλλα ζωτικά όργανα - δηλαδή τη λεγόμενη θερμοκρασία του πυρήνα- και η θερμοκρασία πέσει κάτω από τους 35°C, θα εμφανιστούν τα συμπτώματα της υποθερμίας σε τέσσερα στάδια.

Στο πρώτο στάδιο παρουσιάζονται ρίγος και υπερκινητικότητα.

Στο δεύτερο στάδιο, στους 32°C, χαρακτηρίζεται από ελάττωση της μυϊκής λειτουργίας.

Στο τρίτο στάδιο, όταν η εσωτερική θερμοκρασία είναι περίπου 29°C, ο άρρωστος πέφτει σε λήθαργο.

Στο τέταρτο στάδιο, περίπου στους 27°C, εξασθενούν πάρα πολύ τα ζωτικά σημεία και ο άρρωστος είναι φαινομενικά νεκρός. Σε αυτή τη φάση της μεταβολικής απραξίας των κυττάρων, ο άρρωστος μπορεί να ανανήψει, εφόσον σταματήσει η περαιτέρω απώλεια θερμοκρασίας.

Η αντιμετώπιση της υποθερμίας περιλαμβάνει τη σταθεροποίηση των ζωτικών λειτουργιών και, κυρίως, τον περιορισμό της απώλειας της θερμότητας. Η επαναθέρμανση του αρρώστου πρέπει να γίνεται στο νοσοκομείο, γιατί μπορεί να εμφανιστούν σοβαρές καρδιακές αρρυθμίες και καρδιακή παύση.

- ◆ Άμεση φροντίδα για βλάβες από το κρύο
- ◆ Άμεση μετακίνηση από το ψυχρό περιβάλλον,

- ◆ Αφαίρεση των βρεγμένων ρούχων και
- ◆ Σκέπασμα με ζεστές κουβέρτες.

Το οξυγόνο χορηγείται αλλά όχι από φιάλες που βρίσκονται στο ύπαιθρο. Ο άρρωστος ή ο τραυματίας παθαίνει πιο εύκολα υποθερμία και ανανήπτει δυσκολότερα, γι' αυτό χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή. Οι περισσότερες τοπικές βλάβες από το κρύο εντοπίζονται στα εκτεθειμένα μέρη του σώματος όπως τα χέρια, τα πόδια, η μύτη, τα αφτιά και μπορεί να κυμαίνονται από τις απλές χιονίστρες μέχρι τα κρυοπαγήματα. Στις περιπτώσεις αυτές, προκειμένου ο οργανισμός να εξασφαλίσει τη θερμοκρασία των ζωτικών του οργάνων (θερμοκρασία του πυρήνα) ελαττώνει την κυκλοφορία του αίματος στα άκρα με την ανάλογη αγγειοσύσπαση. Με αυτό τον τρόπο προκαλούνται οι τοπικές βλάβες από το κρύο.

Οι χιονίστρες παρουσιάζονται μετά από έκθεση σε παρατεταμένο ψύχος, που όμως δεν προκάλεσε πάγωμα του δέρματος και των ιστών. Είναι μια ελαφρά ανώδυνη κατάσταση που εύκολα αντιμετωπίζεται. Το "βυθισμένο πόδι" ή "πόδι των χαρακωμάτων" εμφανίζεται συνήθως στους κυνηγούς μετά από παρατεταμένη παραμονή των ποδιών σε κρύο νερό. Το δέρμα των ποδιών ρυτιδώνεται, γίνεται λευκωπό και είναι κρύο στην αφή. Η αντιμετώπιση της ελαφριάς αυτής βλάβης γίνεται εύκολα, με την αφαίρεση των υγρών παπουτσιών και καλτσών και την επαναθέρμανση προοδευτικά των ποδιών.

Κρυοπληξία

Ονομάζεται η γενική βλάβη του οργανισμού, όταν εκτεθεί αρκετό χρονικό διάστημα σε έντονο ψύχος. Οφείλεται σε σημαντική απώλεια θερμότητας του σώματος και χαρακτηρίζεται από:

1. Ωχρότητα προσώπου και γενικά του δέρματος λόγω συσπάσεως των αγγείων, ενώ ταυτόχρονα τα πόδια μπορεί να έχουν φυσιολογικό χρώμα. Παρατηρείται επίσης ρίγος (τρέμουλο), το οποίο είναι αντίδραση του

οργανισμού για να παραγάγει θερμότητα.

2. Υπνηλία, παραισθήσεις και μερικές φορές απώλεια της συνειδήσεως.
3. Έντονη βραδυκαρδία, η οποία, εάν παραταθεί και η θερμοκρασία του σώματος πέσει κάτω των 24 έως 26 βαθμών Κελσίου, το άτομο μπορεί να εκπνεύσει.

Κρυοπληξία ή υποθερμία εύκολα παρουσιάζεται σε μικρά παιδιά διότι έχουν ασταθή λειτουργία του θερμορυθμιστικού κέντρου. Το ίδιο περίπου ισχύει για τα ηλικιωμένα άτομα, στα οποία η υποθερμία έχει την εικόνα εγκεφαλικού επεισοδίου.

Πρώτες βοήθειες σε κρυοπληξία

Η άμεση φροντίδα στον πάσχοντα είναι:

1. Να αφαιρέσουμε τα βρεγμένα ρούχα και να τον ντύσουμε με στεγνά.
2. Προσεκτικό-προοδευτικό ζέσταμα με σκεπάσματα.
3. Προοδευτική χορήγηση υγρών όταν συνέλθει. Τα οινοπνευματώδη δεν επιτρέπονται, επειδή προκαλούν διαστολή των αγγείων του δέρματος και έχουμε απώλεια θερμότητας.

Η προοδευτική θέρμανση μπορεί να προκληθεί τρίβοντας το δικό μας δέρμα στο δέρμα του πάσχοντος. Ακόμη, τοποθετούμε το πάσχον μέλος σε ζεστό νερό ανεκτό στο δικό μας δέρμα (του αγκώνα). Συγχρόνως, φροντίζουμε για τη γρήγορη μεταφορά στο νοσοκομείο, αφού τυλίξουμε την παθούσα περιοχή με στεγνά θερμά ρούχα.

Ελαφριά μορφή κρυοπαγήματος είναι τα χίμετλα (χιονίστρες) που παρατηρούνται συνήθως στα δάχτυλα ή και στο περύγιο του αφτιού. Το άτομο με χιονίστρες αισθάνεται έντονο κνησμό (φαγούρα), ενώ το σημείο είναι κυανέρυθρο. Για την αντιμετώπιση, συνιστάται ελαφρό ζέσταμα και εντριβή με

αλοιφή βιταμίνης Α (π.χ., Aquasol), ενώ από γιατρό δίδονται αγγειοδιασταλτικά φάρμακα.

Κρυοπαγήματα

Τα κρυοπαγήματα είναι η πιο σοβαρή τοπική βλάβη από ψύχος. Είναι τοπικές βλάβες του δέρματος και των επιφανειακών ιστών, κυρίως των κάτω άκρων. Χαρακτηρίζονται από επώδυνο υπομέλανο οίδημα (πρήξιμο) των άκρων με σκληρό και λευκό δέρμα(πόδια, χέρια, αφτιά, μύτη). Ο πόνος μοιάζει με τσιμπήματα, ενώ συγχρόνως παρατηρείται αιμωδία (μούδιασμα). Οι μηχανισμοί των κρυοπαγημάτων δεν είναι ακόμη πλήρως γνωστοί. Φαίνεται όμως ότι η ύπαρξη κρυστάλλων πάγου μέσα στα κύτταρα είναι η αιτία της βλάβης. Το νερό των κυττάρων παγώνει και προκαλούνται σημαντικές αλλαγές στη συγκέντρωση των ηλεκτρολυτών, με αποτέλεσμα τη δημιουργία χημικών μεταβολών στα κύτταρα. Το ίδιο συμβαίνει και όταν λιώνει ο πάγος μέσα στα κύτταρα. Το τελικό αποτέλεσμα είναι ο θάνατος τους ή το λιγότερο η μόνιμη υπολειτουργία τους. Στα κρυοπαγήματα οι ιστοί είναι σκληροί, παγωμένοι και το βάθος της βλάβης ποικίλλει. Τα περισσότερα μέρη στην περιοχή του κρυοπαγήματος είναι λευκά, λευκοκίτρινα ή κυανά. Ανάλογα με το βάθος της βλάβης, διακρίνουμε τρεις βαθμούς κρυοπαγημάτων:

Πρώτου βαθμού, όπου υπάρχει βλάβη του δέρματος, αλλά δεν υπάρχουν φουσαλίδες

Δεύτερου βαθμού, όπου οι βλάβες είναι βαθύτερα και υπάρχουν φουσαλίδες και αποφλοίωση του δέρματος

Τρίτου βαθμού, όταν υπάρχει νέκρωση του δέρματος και των υποκείμενων ιστών.

Πρώτες βοήθειες σε κρυοπαγήματα:

Αποφύγετε να αποψύξετε ένα παγωμένο τμήμα του σώματος -εκτός και αν είναι δυνατόν να παραμείνει ξεπαγωμένο-, γιατί προκαλείται ακόμα

μεγαλύτερη βλάβη από την αρχική. Εάν, για παράδειγμα, ένας πεζοπόρος μπορεί να συνεχίσει το βόδισμα, δεν πρέπει να αρχίσετε την απόψυξη του κρυοπαγήματος του. Διαφορετικά:

- Μεταφέρετε τον ασθενή σε προστατευόμενο και ζεστό περιβάλλον.
- Μην τον εκθέτετε σε άμεση φλόγα, μη χρησιμοποιείτε θερμοφόρες με καυτό νερό και μην καταφεύγετε σε υπερβολές.
- Δώστε του να πει ζεστό ροφήματα. Αποφύγετε να δώσετε οينوπνευματώδη ποτά.
- Αφαιρέστε τα ρούχα και αντικαταστήστε τα με στεγνά. Αφαιρέστε προσεκτικά τα παπούτσια. Αφαιρέστε επίσης δαχτυλίδια, ρολόγια και άλλα κοσμήματα.
- Αν υπάρχει η δυνατότητα, βάλτε τον να κάνει ένα χλιαρό προς ζεστό μπάνιο (όχι καυτό).
- Βυθίστε τα πόδια του ή τα χέρια σε μία λεκάνη με χλιαρό προς ζεστό νερό με αλάτι.
- Μην τρίβετε τα παγωμένα μέλη του σώματος με τα χέρια σας ή με χιόνι.
- Καθησυχάστε τον άρρωστο. Κατά την περίοδο της επαναθέρμανσης ο πόνος είναι ιδιαίτερα έντονος.
- Αν υπάρχουν φουσκάλες, δε χρειάζεται να τις σπάσετε.
- Αν υπάρχουν πληγές, πλύνετε τις και σκεπαστέ τις απαλά με γάζες.
- Εάν υπάρχει πιθανότητα να εκδηλωθεί καταιγίδα, φορέστε ένα εξωτερικό ένδυμα ανθεκτικό στην υγρασία. Εάν βραχείτε, όσα ρούχα και αν χρησιμοποιήσετε, δεν θα καταφέρετε να ζεσταθείτε.

6.6. Βλάβες από την Υψηλή Θερμοκρασία του Περιβάλλοντος

Οι διαταραχές που προκαλούνται από την υψηλή θερμοκρασία του περιβάλλοντος περιλαμβάνουν επώδυνες μυϊκές συσπάσεις, την εξάντληση από τη θερμότητα και τη θερμοπληξία. Οι παράγοντες που προδιαθέτουν την εμφάνιση αυτών των διαταραχών είναι η θερμοκρασία, η υγρασία και η ταχύτητα του ανέμου. Όσο οι δύο πρώτοι παράγοντες αυξάνονται και ελαττώνεται ο τελευταίος, τόσο περισσότερο δυσχεραίνεται η αποβολή θερμότητας από τον οργανισμό. Ο κυριότερος παράγοντας που συμβάλλει στην αποβολή της θερμότητας από τον οργανισμό είναι ο εγκλιματισμός του, δηλαδή οι μεταβολές του θερμορυθμιστικού μηχανισμού που είναι αναγκαίες για την προσαρμογή του σε επίπεδα θερμοκρασίας του περιβάλλοντος υψηλότερα των φυσιολογικών. Ο εγκλιματισμός ενός υγιούς ενήλικου διαρκεί περίπου δύο εβδομάδες. Οι ακραίες ηλικίες είναι πιο ευπαθείς στην υψηλή θερμοκρασία. Αρνητικά συντελούν επίσης η κακή διατροφή, η κόπωση, η έλλειψη επαρκούς οξυγόνου, η σωματική κατασκευή, οι καρδιοπάθειες και η κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών.

Επώδυνες μυϊκές συσπάσεις

Οι επώδυνες μυϊκές συσπάσεις από τη θερμότητα (heat cramps) εμφανίζονται συνήθως σε άτομα με καλή φυσική κατάσταση έπειτα από μεγάλη κόπωση που συνοδεύεται από έντονη εφίδρωση και κατανάλωση μεγάλης ποσότητας νερού. Μπορεί να παρουσιαστούν επίσης σε άτομα που εργάζονται σε ψυχρές συνθήκες, αλλά είναι ντυμένα βαριά, γι' αυτό άλλωστε ονομάζονται και "κράμπες των μεταλλορύχων". Χαρακτηρίζονται από επώδυνους σπασμούς των γραμμωτών μυών, κυρίως του κορμού και των άκρων. Αντιμετωπίζονται εύκολα με τη χορήγηση χλωριούχου νατρίου από το στόμα ή ενδοφλέβια.

Εξάντληση από θερμότητα

Είναι μια κατάσταση που χαρακτηρίζεται από απότομη εμφάνιση αδυναμίας, κεφαλαλγίας, ζάλης, υπνηλίας και εμετών. Συχνά παρουσιάζονται ταχυκαρδία και πτώση της αρτηριακής πίεσης. Η κόπωση δεν είναι απαραίτητη για την εμφάνιση της εξάντλησης, καθώς μπορεί να εμφανιστεί και σε κλινήρεις, εφόσον εκτεθούν σε περιβάλλον με υψηλή θερμοκρασία. Αντιμετωπίζεται με την απομάκρυνση του αρρώστου από το θερμό περιβάλλον και τη χορήγηση υγρών από το στόμα.

Θερμοπληξία

Η θερμοπληξία είναι μια παθολογική κατάσταση που εμφανίζεται όταν ο οργανισμός αδυνατεί να αποβάλει θερμότητα στο περιβάλλον. Αυτό συμβαίνει όταν η θερμοκρασία του περιβάλλοντος πλησιάζει αυτήν του ανθρώπινου σώματος (37°C). Όταν η θερμοκρασία περιβάλλοντος υπερβαίνει τους 38°C, η θερμότητα που το ανθρώπινο σώμα προσλαμβάνει από το περιβάλλον προστίθεται σε αυτήν που παράγεται από το ίδιο, με αποτέλεσμα να αυξάνεται υπερβολικά η θερμοκρασία του σώματος. Την εμφάνιση της θερμοπληξίας ευνοεί και η υγρασία της ατμόσφαιρας, όταν υπερβαίνει το 70%.

Η θερμοπληξία μπορεί να οφείλεται είτε στη δυσλειτουργία του μηχανισμού που ρυθμίζει τη θερμοκρασία του σώματος είτε στην έντονη σωματική άσκηση σε θερμό και υγρό περιβάλλον. Ουσιαστικά, απορυθμίζεται ο θερμοστάτης του σώματος. Τα συμπτώματα της είναι χαρακτηριστικά και οφείλονται στον πολύ υψηλό πυρετό, που φτάνει τους 41-42°C, τη δυσλειτουργία του κεντρικού νευρικού συστήματος και στο γεγονός ότι ο άρρωστος δεν ιδρώνει, διότι έχουν καταστραφεί οι ιδρωτοποιοί αδένες.

Συγκεκριμένα, ο άρρωστος βρίσκεται σε σύγχυση και παθαίνει παραλήρημα, μέχρι που χάνει τις αισθήσεις του και την επαφή με το περιβάλλον, εμφανίζει γρήγορο σφυγμό και ακανόνιστη αναπνοή. Το δέρμα

γίνεται σχεδόν σταχτί και μπορεί να εμφανιστούν διαταραχές στη λειτουργία των νεφρών και του ήπατος.

Από τη θερμοπληξία κινδυνεύουν περισσότερο τα άτομα των οποίων ο βιολογικός θερμοστάτης δεν λειτουργεί καλά. Αυτά είναι τα βρέφη, οι ηλικιωμένοι και τα άτομα με προβλήματα υγείας.

Η αντιμετώπιση της γίνεται με τη μεταφορά του αρρώστου σε μέρος δροσερό. Στη συνέχεια, αφαιρούμε τα ρούχα του και τυλίγουμε το κορμί του με βρεγμένες

6.7. Υψόμετρο και ανθρώπινο σώμα

Το σημαντικό χαρακτηριστικό γνώρισμα του υψηλού υψομέτρου όσον αφορά το σώμα, είναι η μειωμένη ατμοσφαιρική πίεση που προκαλεί έλλειψη οξυγόνου. Η αναλογία οξυγόνου παραμένει η ίδια, οπουδήποτε στην ατμόσφαιρα, αλλά η πίεση της ατμόσφαιρας πέφτει καθώς ανεβαίνουμε από την επιφάνεια της γης. Η ατμοσφαιρική πίεση στα βασική κατασκήνωση του Έβερεστ για παράδειγμα είναι σχεδόν μισή από εκείνη του επιπέδου της θάλασσας. Είναι πίεση που οδηγεί το οξυγόνο από την ατμόσφαιρα μέσα στο αίμα μας διασχίζοντας την πελώρια επιφάνεια ανταλλαγής αερίου στους πνεύμονές μας. Μειωμένη πίεση σημαίνει ότι λιγότερο οξυγόνο είναι διαθέσιμο στους ιστούς μια κατάσταση που ονομάζεται υποξία.

Φυσικά τα σώματά μας προσαρμόζονται έτσι ώστε να αναπληρώσουν τη χαμηλή πίεση οξυγόνου. Οι αναπνοές (ανάσες) και η εργασία της καρδιάς αυξάνονται. Ένα αποτέλεσμα των αυξανόμενων αναπνοών είναι να διώξει τα απόβλητα του αέρα, δηλαδή το διοξείδιο του άνθρακα. Αυτό δεν είναι εξ' ολοκλήρου καλό διότι κάνει το σώμα περισσότερο αλκαλικό. Η αυξημένη αλκαλικότητα μπορεί να απορροφηθεί από τα νεφρά μέσα σε λίγες μέρες, αλλά

στο μεταξύ μπορεί να έχει μεγάλη επίδραση στην ικανότητα του σώματος να αυξάνει την ταχύτητα της αναπνοής ούτως ώστε να αναπληρώσει την έλλειψη οξυγόνου. Αυτή είναι μια πλευρά της διαδικασίας του εγκλιματισμού.

Ο εγκλιματισμός επίσης συμπεριλαμβάνει αλλαγές στην χωρητικότητα του οξυγόνου που υπάρχει στο αίμα και στους μηχανισμούς που αυξάνουν την επάρκεια της χρήσης οξυγόνου σε επίπεδο κυττάρων.

Το άζωτο είναι ένα αδρανές ατμοσφαιρικό αέριο που διαλύεται στο αίμα και στους ιστούς σε ένα μικρό ποσοστό κάτω από την πίεση του επιπέδου της θάλασσας. Καθώς ανεβαίνουμε (ανηφορίζουμε) μπορεί να ελευθερώνεται από τους ιστούς, σχηματίζοντας μικρές φυσαλίδες στο αίμα. Αυτό είναι παρόμοιο με αυτό που συμβαίνει όταν οι δύτες ανεβαίνουν από τον βυθό. Όταν ανηφορίζουμε μέσα στην ατμόσφαιρα δεν υποφέρουμε από τα λυγίσματα όπως ίσως συμβαίνει στους απρόσεκτους δύτες, αλλά κάποιοι ειδικοί πιστεύουν ότι οι μικρές φυσαλίδες που ελευθερώνονται είναι υπεύθυνες για τους αυξανόμενους θρόμβους του αίματος και άλλες επιπλοκές της ασθένειας.

Είδη της ασθένειας των ορειβατών

Το οξύ σύνδρομο των βουνών ή αλλιώς AMS αναφέρεται σε όλους τους συγγενικούς τύπους της ασθένειας ότι αρχίζει σε ξαφνική έκθεση σε υψόμετρο, γύρω στις 2 με 4 μέρες μετά την άφιξη. Σε σπάνιες περιπτώσεις το AMS μπορεί να αναπτυχθεί μόλις μετά από 1 έως 3 εβδομάδες. Το χρόνια σύνδρομο των βουνών φαίνεται κυρίως σε κατοίκους υψηλών υψομέτρων και δεν είναι μεγάλης σπουδαιότητας για τους ταξιδιώτες.

Καλοήθες Οξύ Σύνδρομο των Βουνών (ΟΣΒ)

Το καλοήθες οξύ σύνδρομο των βουνών ονομάζεται απλά «οξύ σύνδρομο των βουνών» από κάποιους ειδικούς. Οι ασθενείς παρουσιάζουν απώλεια όρεξης για φαγητό, πονοκεφάλους, ναυτία, τάση προς εμετό, αϋπνία, αίσθηση «πλακώματος» στο στήθος ή κάποιο συνδυασμό αυτών των συμπτωμάτων. Όσο

προχωράει, η κατάσταση είναι σχεδόν μη βλαβερή, αλλά μπορεί να εξελιχθεί σε ένα πιο σοβαρό τύπο. Είναι, συνεπώς, μια σημαντική προειδοποίηση και δεν θα πρέπει να παραβλεφθεί.

Κακόηθες ΟΣΒ

Το κακόηθες οξύ σύνδρομο των βουνών ονομάζεται έτσι διό μπορεί να αποβεί μοιραίο και συνεπώς πρέπει να χειριστεί σωστά όταν απειλεί. Μπορεί να αναπτυχθεί από καλοήθες AMS ή μπορεί να ξεκινήσει με λίγη ή καθόλου προειδοποίηση.

Υπάρχουν 2 τύποι κακοηθών AMS που μπορεί να συμβούν ανεξάρτητα, αλλά το πιο συχνό φαινόμενο στο Νεπάλ είναι να συμβαίνουν και τα 2 μαζί.

Πνευμονικό οξύ σύνδρομο των βουνών (πνευμονικό οίδημα υψηλού υψομέτρου). Υγρό συγκεντρώνεται στους πνεύμονες. Αυτή η συσσώρευση μαζί με άλλες αλλαγές στους πνεύμονες – οδηγεί σε δύσπνοια που επιμένει, προκαλώντας βήχα, λευκό πτύελο, και μερικές φορές μελάνιασμα στα χείλη.

Εγκεφαλικό οξύ σύνδρομο των βουνών (εγκεφαλικό οίδημα υψηλού υψομέτρου). Οι ασθενείς αναπτύσσουν πονοκεφάλους, υπνηλία, αστάθεια στα πόδια, αφύσικη συμπεριφορά, ελαττωμένη συναίσθηση ακόμα και κόμμα. Εάν η εφόρμηση είναι σταδιακή, η αστάθεια στο περπάτημα και η ανικανότητα να καθίσουν σωστά μπορούν να δώσουν μια καλή ένδειξη του τι συμβαίνει, αλλά συχνά ο ασθενής απλώς περνάει ταχέως στο κόμμα. Κάποιες φορές ο ασθενής αναπαύεται στον υπνόσακο του μη αισθανόμενος περισσότερο κουρασμένος από το συνηθισμένο, και «ξυπνάει αναίσθητος» το επόμενο πρωί.

Αίτια

Θα ήταν καλό να μπορούσαμε να δώσουμε μια ξεκάθαρη πειστική εξήγηση για το πώς προκαλείται το AMS. Δυστυχώς δεν υπάρχει γενικευμένη συμφωνία ως προς τις αιτίες. Γνωρίζουμε όντως ότι υπάρχει υψηλή ροή αίματος μέσα στα μέρη των πνευμόνων και αυξανόμενη διαπεραστικότητα

νερού στους πνεύμονες, μικρά αγγεία αίματος αναμυγνείοντα και παρόμοια κατάσταση πιθανών υπάρχει στο εγκέφαλο όπου τα εύθραυστα τριχοειδή αγγεία μπορεί να στερηθούν της συνηθισμένης προστασίας από την αύξηση της πίεσης του αίματος.

Μικροί αλλά και μεγάλοι θρόμβοι αίματος βρίσκονται συχνά στα αγγεία του αίματος στα θύματα του υψηλού υψομέτρου.

Αυτά ίσως είναι τα αποτελέσματα των φυσαλίδων του αζώτου που αναφέρθηκε και μπορεί να επηρεάζουν τη διαπεραστικότητα των αγγείων του αίματος. Οι ορμονικές αλλαγές μπορεί επίσης να παίζουν ρόλο. Τα χαμηλά επίπεδα οξυγόνου στο μυαλό έχουν να κάνουν με την ικανότητα των κυττάρων των νεύρων να επικοινωνούν μεταξύ τους, μια κατάσταση που σίγουρα προκαλεί ελαττωμένη συναίσθηση.

Θεραπεία

Για πρακτικούς λόγους, τα φάρμακα και το οξυγόνο παίζουν μικρό ρόλο στη θεραπεία του οξύ συνδρόμου των βουνών, έτσι ώστε ένας καλά πληροφορημένος απλοϊκός άνθρωπος να μπορεί να χειριστεί την κατάσταση εξ' ίσου καλά όπως ένας γιατρός.

Καλοήθες AMS

Στην περίπτωση του καλοήθους AMS, ο κανόνας είναι να παραμείνεις στο ίδιο υψόμετρο μέχρι να αναρρώσεις. Αυτό συχνά παίρνει μόνο 1 ή 2 μέρες και μετά μπορείς προσεκτικά να ανέβεις εάν το επιθυμείς. Εάν δεν καθίσταται ικανό να αναρρώσει μετά από 3 ή 4 μέρες, ή εάν χειροτερέψεις θα πρέπει να κατέβεις.

Κακοήθες AMS

Τα άτομα που υποφέρουν από κακοήθες AMS συχνά δεν είναι σε θέση να παίρνουν αποφάσεις ή να κάνουν αποφασιστικές κινήσεις από μόνα τους θα πρέπει να μεταφερθούν κάτω το συντομότερο δυνατό. Εάν μπορούν να

περπατήσουν καλώς. Οι περισσότεροι παρόλα αυτά θα χρειαστεί να μεταφερθούν με φορείο ή έστω με κάποιο ζώο. Το κατέβασμα δεν θα πρέπει να καθυστερήσει ενώ ένα ελικόπτερο θα πρέπει να κληθεί άμεσα και θα πρέπει να πετάξει ακόμα και αν είναι νύχτα, εάν είναι δυνατόν. Ένας αμερικανός γιατρός πρόσφατα έσωσε τη ζωή της συζύγου του: την άκουσε να βογγάει (στενάζει) γύρω στα μεσάνυχτα και θεώρησε ότι δεν θα ήταν δυνατόν να την ξυπνήσει το πρωί: όντας ικανό σαν αναγνωρίσει το εγκεφαλικό AMS έκρινε σωστό ότι έπρεπε να μεταφερθεί αμέσως. Τελικά ανάρρωσε εντελώς αλλά ήταν αναίσθητη για περίπου 1 εβδομάδα μετά από την αναχώρηση από το κατμαντού. Εάν ο γιατρός περίμενε μέχρι το πρωί, σίγουρα η σύζυγός του θα είχε αποβιώσει (πεθάνει).

Όταν κατεβάζεις από ένα υψηλό υψόμετρο έναν ασθενή εγκεφαλικού ΟΣΒ είναι σημαντικό να αποτρέψεις την εμπόδιση της αναπνοής. Οι ασθενείς θα πρέπει να ξαπλώνουν με κλίση προς τη μία πλευρά (πλαγιαστά). Οι ασθενείς με πνευμονικό ΟΣΒ νιώθουν συχνά πιο άνετοι στην καθιστή θέση, και μπορούν να μεταφερθούν καθισμένοι σε ένα φορείο ή ζώο. Το κεφάλι θα πρέπει πάντα να κρατιέται μπροστά. Εάν υπάρχει διαθέσιμο οξυγόνο, δώστε το, αλλά αυτό είναι πολύ μικρότερης σημασίας από το κατέβασμα (τη μεταφορά).

Οι ασθενείς με πνευμονικό ΟΣΒ συχνά βελτιώνονται ταχέως (γρήγορα) μετά την μεταφορά τους από τα 2000 – 3000 πόδια. Παρόλα αυτά οι ασθενείς με εγκεφαλικό και μικτό (εγκεφαλικό και πνευμονικό) ΟΣΒ μπορεί να μην ανακτήσουν τις αισθήσεις τους για μέρες ή ακόμα εβδομάδες, παρόλο που η ανάρρωσή τους συνήθως ολοκληρώνεται αμέσως.

Πρόληψη

Αποτροπή της ασθένειας

Έχω πει πολλά για να ξεκαθαρίσω ότι η σταδιακή άνοδος είναι το κλειδί για την αποτροπή της ασθένειας. Το πρόγραμμα για κάθε ταξίδι εξαρτάται από τις λεπτομέρειες της πορείας, αλλά είναι σημαντικό να αποφεύγουμε τις ταχείες

ανηφόρες και να επιτρέπουμε χρόνο ούτως ώστε να εγκλιματιστούμε πάνω από τα 8000 πόδια. Εκείνοι που πετούν σε αεροδρόμια υψηλού υψομέτρου πρέπει να είναι προετοιμασμένοι να ξοδέψουν χρόνο για να εγκλιματιστούν κατά την άφιξη. Επιπλέον προτείνω κάποιες «μέρες ξεκούρασης» για κάθε 3000 πόδια πάνω από τα 9000 πόδια.

Στο Έβερεστ για παράδειγμα είναι φρόνιμο να μείνουμε για 2 νύχτες στην περιοχή του Ναμχ Μπαζαρ (11300 πόδια , 3450 μέτρα) και άλλες 2 στο Φεριχ (14.000 πόδια, 4250 μέτρα). Κατά την διάρκεια αυτών των ημερών ξεκούρασης μπορείς πραγματικά να σκαρφαλώσεις όσο ψηλά θέλεις δεδομένου ότι θα επιστρέψεις για ύπνο στο ίδιο υψόμετρο με την προηγούμενη νύχτα. Σκαρφάλωσε ψηλά, κοιμήσου χαμηλά είναι ένα χρήσιμο μόττο. Ο Ιμαλαϊανός όμιλος διάσωσης στο Κατμαντού, παρέχει πληροφορίες για ασφαλή προγράμματα για το Νεπάλ.

Φάρμακα όπως η ασεταζολαμίνη ή η φρουσεμίδη συστήνονται σπάνια για την πρόληψη της νόσου των βουνών και η ασεταζολεμίνη ιδιαίτερος μπορεί σίγουρα να μειώσει τα συμπτώματα του καλοήθη AMS. Παρολ αυτά, το σοβαρό ή ακόμα το θανατηφόρο ΟΣΒ έχει προσβάλει ανθρώπους που παίρνουν αυτά τα φάρμακα και πιστεύω ότι μπορεί πράγματι να αυξήσουν τον κίνδυνο σκεπάζοντας τα σημαντικά πρώιμα συμπτώματα προειδοποίησης. Είναι πολύ πιο ασφαλές να βασιστούμε στο σταδιακό ανέβασμα.

Είναι πάντοτε καλό να είσαι σε καλή σωματική κατάσταση για περπάτημα ή για αναρρίχηση αλλά δυστυχώς αυτό δεν αποτρέπει τον κίνδυνο να προσβληθείς από ΟΣΒ. Δεν έχει ακόμα καταστεί δυνατόν να αναγνωρίσουμε το είδος του ατόμου που κινδυνεύει περισσότερο αλλά εκείνου που έχουν προσβληθεί στο παρελθόν από ΟΣΒ θα πρέπει να ανεβαίνουν ιδιαίτερα προσεκτικά. Ένας έμπειρος ορειβάτης των Άλπεων μη εξοικειωμένος στα υψόμετρα των Ιμαλαΐων μεταφέρθηκε με κακοήθη ΟΣΒ σε 2 διαδοχικές

περιόδους. Πολλοί άλλοι έχουν επίσης προσβληθεί από πολλαπλές επιθέσεις, αλλά κάποιοι άλλοι άνθρωποι φαίνονται απρόσβλητοι από το σύνδρομο αυτό.

Άλλα προβλήματα

Κάποιοι άνθρωποι αναπτύσσουν πρήξιμο του σώματος σε υψόμετρο (υποδόριο οίδημα του υψηλού υψομέτρου). Πολλά τέτοια άτομα είναι καλά (υγιή) παρόλο που έχουν τα γνωρίσματα του καλοήθη AMS.

Το πρήξιμο θα πρέπει να θεωρηθεί σαν ένα προειδοποιητικό σημάδι (σημείο).

Η αιμορραγία στο πίσω μέρος του ματιού (αιμορραγία του αμφιβληστροειδούς του υψηλού υψομέτρου) συμβαίνει σε πολλά άτομα αλλά οι περισσότεροι δεν (είναι ενημερωμένοι για αυτό) το γνωρίζουν.

Εάν δεν εξεταστούν από γιατρό με ένα οφθαλμοσκόπιο. Μόνο σε σπάνιες περιπτώσεις μπορεί να επηρεαστεί η όραση και ακόμη και τότε συμβαίνει προσωρινά. Εάν πάσχετε από ένα σοβαρό νόσημα της καρδιάς, των πνευμόνων ή του αίματος είναι πιθανόν να το βρείτε δύσκολα να ανεχθείτε το επιπλέον τέντωμα στο σώμα από το υψηλό υψόμετρο ιδιαίτερα εάν σκοπεύετε να περπατήσετε ή να αναρριχηθείτε. Είναι πρωτεύουσας σημασίας να συμβουλευθείτε το γιατρό σας πριν ανεβείτε σε υψηλό υψόμετρο.

Οι άνθρωποι με πρόβλημα στα κύτταρα συνήθως γνωρίζουν την κατάστασή τους αλλά ίσως να μην γνωρίζουν ότι μπορεί να πάθουν «κρίσεις» σε υψηλό υψόμετρο. Αυτές οι κρίσεις μπορεί να αποβούν επώδυνες και ίσως επικίνδυνες.

Συμπέρασμα

Τα πιο ψηλά μέρη ανά τον κόσμο είναι πηγή χαράς και έμπνευσης. Η ενημέρωση των κινδύνων και το πώς αυτοί μπορούν να αποφευχθούν θα καταστήσουν τον ταξιδιώτη ικανό να ευχαριστηθεί τα συγκεκριμένα αυτά μέρη, με ασφάλεια.

Μέτρα προφύλαξης των ταξιδιωτών από τον ήλιο και την θάλασσα

Ο ήλιος μπορούμε να πούμε ότι έπαυσε να είναι φίλος μας. Η αιτία είναι ο ίδιος ο άνθρωπος που συνετέλεσε στην μείωση του όζοντος και έτσι έχει σχηματιστεί η τρύπα του όζοντος που επιτρέπει την υπεριώδη ακτινοβολία να φτάνει «αφιλτράριστη» στην επιφάνεια της γης.

Το αποτέλεσμα είναι να έχουμε αύξηση προβλημάτων υγείας που σχετίζονται με την έκθεση στον ήλιο. Αυτό όμως δεν σημαίνει ότι θα πρέπει να αποφεύγουμε τον ήλιο θα πρέπει όμως να παίρνουμε τα προστατευτικά μέτρα που θα μας προστατεύσουν από τους κινδύνους που ενοχλούν να δημιουργήσουν προβλήματα στην υγεία μας.

Η παρατεταμένη ηλιοθεραπεία προκαλεί αλλοιώσεις στο δέρμα που οφείλονται στην μακροχρόνια επίδραση της ηλικίας ακτινοβολίας. Οι αλλοιώσεις αυτές είναι σοβαρές και μη ανατάξιμες. Πρόκειται για την πρόωρη γήρανση του δέρματος και την ανάπτυξη καρκινωμάτων στο δέρμα. Γνωρίζουμε ότι η φυσιολογική γήρανση στον άνθρωπο αρχίζει στα 40 – 50 του χρόνια. Η γήρανση αυτή είναι ενδογενής και αφορά όλο το δέρμα το οποίο γίνεται λεπτό, ξηρό, πλαδαρό και εύθραυστο. Η επίδραση του ήλιου επί του ανθρώπου επισπεύδει την γήρανσή του που αρχίζει στην ηλικία των 25-30 ετών (είναι η εξωγενής γήρανση. Το άτομο παρουσιάζει τις χαρακτηριστικές έντονες ρυτίδες, ξηρότητα, χρώμα αλλού κιτρινωπό και αλλού κοκκινωπό με ευρυαγγείες και κατά τόπους ατροφίες και αλλού καφέ κηλίδες.

Εντοπίζεται στα σημεία που βλέπει συνεχώς ο ήλιος, όπως το φαλακρό μέρος του κεφαλιού, το κάτω χείλος, η μύτη, ο αυχέννας, οι ράχες των χεριών.

Η αιτία είναι λοιπόν ο ήλιος που επηρεάζει τους πυρήνες των ινοβλαστών που είναι υπεύθυνοι για την παραγωγή του κολλαγόνου και της ελαστίνης με αποτέλεσμα να υποβαθμίζει την παραγωγή τους και το δέρμα χάνει την ελαστικότητά του. Η ενεργοποίηση των ελεύθερων ριζών οδηγεί επίσης στην γήρανση, γιατί προκαλεί οξειδώσεις στα κύτταρα της επιδερμίδας. Δημιουργεί

στο δέρμα μικρά μορφώματα ή αλλιώς επάρματα που είναι είτε καρκινώματα ή προκαρκινικές βλάβες. Από αυτές τις βλάβες ένα ποσοστό περίπου 5-10% μπορεί να μετατραπεί σε καρκίνο του δέρματος εάν βέβαια μείνουν χωρίς καμιά θεραπεία.

Ο ήλιος βοηθά στη γήρανση των μαλλιών, συμβαίνει δηλαδή το ίδιο που συναντά κανείς στους μεσήλικες όπου οι τριχοφόροι βολβοί μικραίνουν, τα μαλλιά γίνονται πιο λεπτά η παραγωγή του σμήγματος μειώνεται καθώς και η συγκέντρωση της μελανίνης. Με τη γήρανση τα μαλλιά αραιώνουν, πέφτουν και η στιλπνότητα τους χάνεται. Ο ήλιος είναι μια από τις πολλές αιτίες δημιουργίας καταρράκτη. Ο φακός του οφθαλμού απορροφά την υπεριώδη ακτινοβολία και όταν η έκθεση είναι παρατεταμένη τότε προκαλεί φωτοχημική βλάβη των πρωτεϊνών και των ενζύμων με αποτέλεσμα τον καταρράκτη (δηλαδή το θόλωμα του φακού).

Η θάλασσα με την σειρά της μας χαρίζει υγεία εφ' όσον είναι πλούσια σε μεταλλικά άλατα (κάλιο, νάτριο κ.α.) και ιχνοστοιχεία (ιώδιο, χαλκός κ.α.) που ενισχύει την άμυνα μας. Επίσης το κολύμπι βελτιώνει σημαντικά την αναπνευστική λειτουργία και τονώνει το μυϊκό σύστημα. Για να προστατευθούν γενικά τα άτομα και τα μικρά παιδιά από τον ήλιο και την θάλασσα θα πρέπει:

1. Να αποφεύγουν την έκθεση στον ήλιο μεταξύ 11:00 και 16:00. Οι ώρες αυτές είναι επικίνδυνες ακόμα και στις ημέρες που έχει συννεφιά.
2. Να κυκλοφορούν με ανοιχτόχρωμα ρούχα εφ' όσον το ηλιακό φως αντανακλάται ακόμη και από την άμμο και το νερό.
3. Να φορούν σκούρα ακριβά γυαλιά για να προστατεύσουν τα μάτια τους από την ηλιακή ακτινοβολία
4. Να χρησιμοποιείται το κατάλληλο αντηλιακό άλλο για τους ενήλικες και άλλο για μικρά παιδιά που είναι περισσότερο ευαίσθητα. Για παιδιά με ανοιχτό χρώμα το αντηλιακό να έχει δείκτη προστασίας μεγαλύτερο του 20 και τα

παιδιά με σιταρένιο χρώμα να προφυλάσσονται με δείκτη προστασίας 8. Τα παιδιά πρέπει να βάζουν αντηλιακό 30 λεπτά πριν εκτεθούν στον ήλιο και πρέπει να κάνουν επανάληψη κάθε 2-3 ώρες. Αν το αντηλιακό δεν είναι αδιάβροχο τότε κάθε φορά που τα παιδιά βουτούν στην θάλασσα όταν βγαίνουν πρέπει να ξαναβάλουν αντηλιακό.

5. Τα μικρά παιδιά θα πρέπει να φορούν καπέλο και να αποφεύγουν τις ώρες που ο ήλιος είναι στο ζενίθ (11-16). Τα παιδιά κάτω των 5 ετών κινδυνεύουν πολύ περισσότερο από τα μεγαλύτερα παιδιά γιατί το τρίχωμα του κεφαλιού τους δεν είναι ακόμη αρκετά ανεπτυγμένο και έτσι δεν προσφέρει επαρκή προστασία. Τα παιδιά αυτά κινδυνεύουν από θερμοπληξία και ηλίαση.

6. Απαγορεύεται το κολύμπι μετά το φαγητό θα πρέπει να μεσολαβήσουν 3 ώρες από το τελευταίο γεύμα

7. Αποφεύγεται (μικροί και μεγάλοι) να παίζουν στην άμμο με βρεγμένο μαγιό. Η άμμος κολλά πάνω τους και μπορούν να παρουσιάσουν μύκητες ή δερματοπάθεια.

8. Να δίνεται νερό ανά μια ώρα στα μικρά παιδιά για να αποφευχθεί η αφυδάτωση όταν τα παιδιά παίζουν στην άμμο.

6.8.Ατυχήματα

Όταν βρεθείτε σε ένα πρωτόγνωρο περιβάλλον, είναι φυσικό να αλλάξουν οι περισσότερες από τις στερεότυπες, καθημερινές συνήθειες που ακολουθείτε στο σπίτι σας. Με γνώμονα την κοινή λογική και ανεξάρτητα από τον τόπο στον οποίο βρίσκεστε, ακολουθήστε τις στοιχειώδεις προφυλάξεις που είναι απαραίτητες για να προληφθούν οι τραυματισμοί.

- Οργανώστε κατάλληλα το χώρο του δωματίου σας στο ξενοδοχείο όπου μένετε. Βάλτε τα καθίσματα και τα συρτάρια στη σωστή τους θέση και μην τοποθετείτε τα πράγματα σας στο πάτωμα. Αφήστε αναμμένο τη νύχτα ένα

απαλό φως, ώστε να γνωρίζετε κάθε φορά που βρίσκεστε. Πάρτε τις πρόσθετες προφυλάξεις στο μπάνιο, όπου οι σκληρές επιφάνειες, το νερό και οι περιοχές με ηλεκτρισμό μπορούν να συμβάλλουν στην πρόκληση σοβαρών τραυματισμών.

- Να είστε προσεκτικοί κατά τις μετακινήσεις σας μέσα στα αεροσκάφη. Οι στενοί διάδρομοι, τα καροτσάκια μεταφοράς των φαγητών και οι ακατάλληλα αποθηκευμένες αποσκευές μπορούν, στην περίπτωση αναταράξεων κατά την πτήση του αεροπλάνου, να αποδειχθούν επικίνδυνοι παράγοντες πρόκλησης ατυχημάτων.
- Προσέξτε για τις συχνότερες αιτίες ατυχημάτων μέσα στο πλοίο, όπως η πτώση από απότομες σκάλες, η σύλληψη των δακτύλων σας από τις πόρτες οι οποίες μπορεί να κλείνουν απότομα, όταν κλυδωνίζεται το πλοίο κ.ά.
- Να φοράτε υποδήματα με χαμηλό αντιολισθητικό τακούνι, προκειμένου να περιορίσετε την κούραση από το βάδισμα, αλλά και το ενδεχόμενο ατυχήματος από πτώση.

Ατυχήματα με το αυτοκίνητο

Όλοι γνωρίζουμε ότι σε περιόδους που αρχίζουν τα ταξίδια και οι εκδρομές για τριήμερη ή πολυήμερη χαλάρωση ή για καλοκαιρινές διακοπές αυξάνονται και τα τροχαία. Οι ταξιδιώτες έχουν πολύ περισσότερες πιθανότητες να χάσουν τη ζωή τους από τα τροχαία ατυχήματα παρά από κάποια εξωτική νόσο. Στην πραγματικότητα, αποτελούν μία από τις κύριες αιτίες θανάτου και σοβαρού τραυματισμού των ανθρώπων που κάνουν τις διακοπές τους σε ξένες χώρες. Σύμφωνα με τα υπάρχοντα στοιχεία, ο κίνδυνος θανάτου από τροχαίο στις αναπτυσσόμενες χώρες είναι 7 έως 13 φορές υψηλότερος από όσο στις χώρες της δύσης, όπως οι ΗΠΑ. Αυτό οφείλεται κυρίως στις συνήθειες οδήγησης, στο κακό οδικό δίκτυο και στην απροσεξία των οδηγών στους δρόμους. Σημαντικό ρόλο, ωστόσο, διαδραματίζει και η υπερκατανάλωση αλκοόλ, με τα περισσότερα τροχαία που σχετίζονται με μέθη ή τοξικομανία να

συμβαίνουν τη νύχτα. Στη Γουατεμάλα καταγράφεται ετησίως μεγάλος αριθμός τροχαίων. Άλλες "υψηλού" κίνδυνου χώρες είναι το Περού (περισσότεροι από 40 θάνατοι ανά 10.000 αυτοκίνητα), το Μεξικό και ο Παναμάς (περισσότεροι από 25 θάνατοι) και η Βενεζουέλα (περισσότεροι από 20 θάνατοι). Δεν υπάρχουν, πάντως, ανάλογα στοιχεία για άλλες, ενδεχομένως επικίνδυνες, χώρες στην Αφρική και στην Ασία.

Η οδήγηση σε ένα ξένο μέρος μπορεί να αποτελέσει μια επικίνδυνη διαδικασία και θα χρειαστεί να λάβετε πρόσθετα μέτρα για την ασφάλεια σας.

- Να έχετε πλήρη ιατρική κάλυψη σε περίπτωση ατυχήματος ασθένειας ή ατυχήματος
- Αποφύγετε τη νυχτερινή οδήγηση, ιδιαίτερα σε αγροτικές περιοχές.
- Προσπαθήστε να είστε συγκεντρωμένοι στην οδήγηση σας.
- Αποφύγετε να οδηγείτε υπό την επήρεια αλκοόλ
- Οδηγείται εντός των ορίων ταχύτητας
- Οδηγείτε αργά: οι δρόμοι μπορεί να είναι κατεστραμμένοι ή πολύ στενοί· άνθρωποι ή κοπάδια ζώων είναι δυνατόν να εμφανιστούν στο μέσο του δρόμου ή να προσπαθούν να τον διασχίσουν ακόμα και σε απομονωμένες περιοχές.

Για να μειωθεί ο κίνδυνος τροχαίου ατυχήματος, ειδικοί συνιστούν στους ταξιδιώτες που πρόκειται να οδηγήσουν σε ξένες χώρες να νοικιάζουν αυτοκίνητα εξοπλισμένα με ζώνες ασφαλείας και με αερόσακους. Το καλύτερο είναι να κλείνουν το αυτοκίνητο εκ των προτέρων, μέσω του ταξιδιωτικού τους πράκτορα, ώστε να ενημερωθούν αν εφοδιάζεται με παιδικό κάθισμα για την περίπτωση που θα πάρουν μαζί το παιδί τους. Αν δεν το διαθέτει, μπορούν κάλλιστα να πάρουν το δικό τους. Πριν παραλάβουν οι ταξιδιώτες το αυτοκίνητο, πρέπει να βεβαιωθούν ότι τα λάστιχα και τα φρένα είναι σε καλή κατάσταση, καθώς και ότι λειτουργούν όλα τα φώτα.

- Οι ταξιδιώτες να είναι προσεκτικοί σε χώρες όπου οι οδηγοί χρησιμοποιούν το αντίθετο διάζωμα του δρόμου από αυτό που συνηθίζεται στην χώρα του
- Θα πρέπει να ενημερωθούν για ανεπίσημους κανόνες π.χ. σε κάποιες χώρες συνηθίζεται η χρήση κόρνας ή το αναβόσβημα των φώτων πριν την προσπέραση.

Εάν ταξιδεύετε σε άγνωστες περιοχές, μακριά από αστικά κέντρα, ελέγξτε τους οδικούς σταθμούς βοήθειας, ώστε να γνωρίζετε εκ των προτέρων πού μπορείτε να εφοδιασθείτε με βενζίνη, να εξασφαλίσετε τροφή ή να προσφύγετε για βοήθεια. Εξακριβώστε το σημείο όπου βρίσκεται το πλησιέστερο τοπικό κέντρο υγείας και σημειώστε το στους χάρτες σας.

Αποφεύγετε κατά το δυνατόν να χρησιμοποιείτε δημόσια οχήματα μεταφοράς όπου επικρατεί μεγάλος συνωστισμός.

Αναζητήστε στις πηγές πληροφόρησης σας στοιχεία που αφορούν στην ασφάλεια των ταξί. Μη διστάζετε να ζητάτε από τους οδηγούς να ελαττώσουν ταχύτητα όταν διαπιστώνετε ότι οδηγούν επικίνδυνα.

Σε μερικές χώρες οι επισκέπτες επιτρέπεται να οδηγούν σκούτερ, δίκυκλα και άλλα οχήματα σε περιοχές άγνωστες, δύσβατες ή με άσχημο οδικό δίκτυο. Αυτό, ειδικά όταν ο οδηγός δεν είναι έμπειρος, βάζει σε κίνδυνο την ασφάλεια τόσο του ίδιου όσο και των άλλων. Αποφύγετε να χρησιμοποιείτε αυτού του είδους τα οχήματα και απομακρυνθείτε όταν τα δείτε να σας πλησιάζουν. Εάν αποφασίσετε να χρησιμοποιήσετε σκούτερ ή δίκυκλα, θα πρέπει να φοράτε προστατευτικό κράνος. Ωστόσο, μη θεωρήσετε ότι αυτό σας εξασφαλίζει: ο εξοπλισμός ασφαλείας που ενδεχομένως σας έχει χορηγηθεί μπορεί να είναι κακής ποιότητας και να αποβεί άχρηστος σε περίπτωση ατυχήματος. Εάν σχεδιάζετε να χρησιμοποιήσετε δίκυκλο για μεγάλο χρονικό διάστημα στο εξωτερικό, εφοδιασθείτε από τη χώρα σας με ένα κράνος καλής ποιότητας. Μέσα στο κλίμα των έντονων συγκινήσεων που προσφέρουν οι διακοπές, είναι

εύκολο να χαθεί ή να επηρεαστεί η ευθυκρισία σας. Μην ξεχνάτε ότι μερικά κράτη εφαρμόζουν πολιτική "μηδενικής ανεκτικότητας" και επιφυλάσσουν σοβαρά πρόστιμα στους οδηγούς που οδηγούν κάτω από την επίδραση οίνοπνεύματος ή άλλων φαρμάκων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

ΤΑΞΙΔΙΩΤΕΣ ΜΕ ΕΙΔΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ

7.1. Σακχαρώδης διαβήτης τύπου I

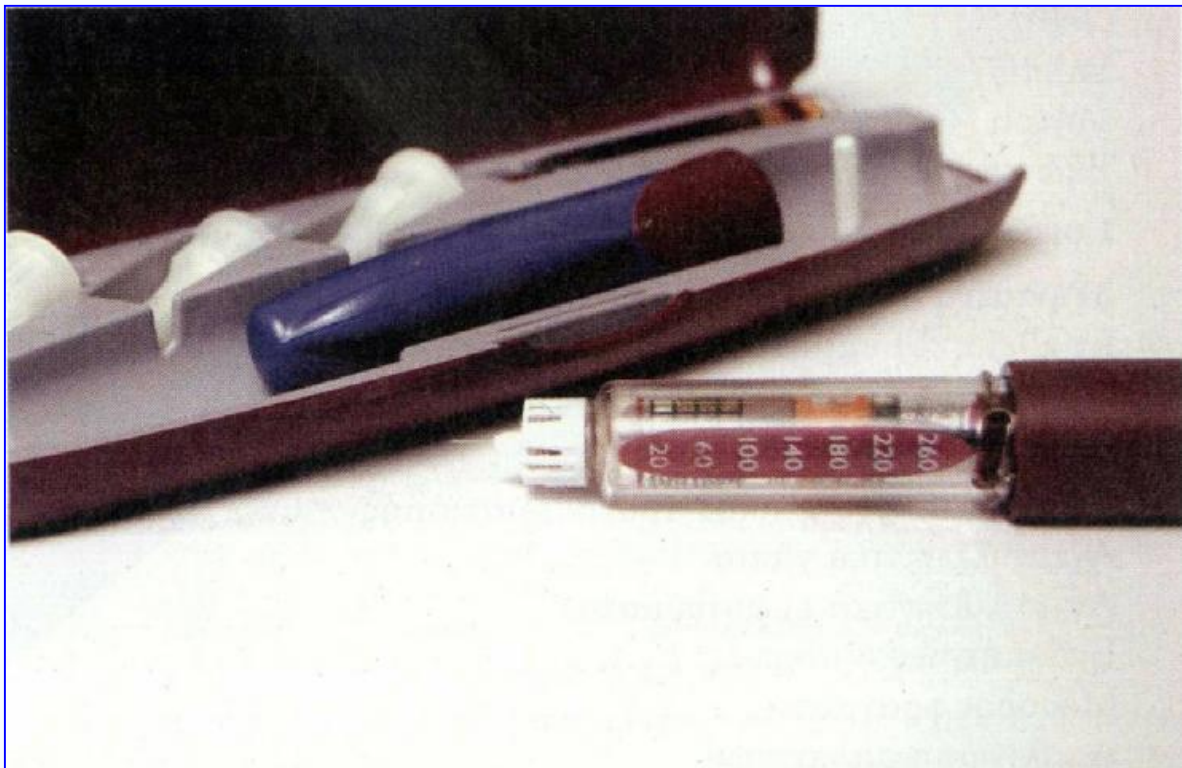
Ο σακχαρώδης διαβήτης είναι μεταβολική ασθένεια η οποία χαρακτηρίζεται από αύξηση της συγκέντρωσης του σακχάρου στο αίμα (υπεργλυκαιμία) και διαταραχή του μεταβολισμού της γλυκόζης, είτε ως αποτέλεσμα ελαττωμένης έκκρισης ινσουλίνης είτε λόγω ελάττωσης της ευαισθησίας των κυττάρων του σώματος στην ινσουλίνη. Οι κύριοι τύποι σακχαρώδους διαβήτη είναι ο διαβήτης τύπου 1, ο διαβήτης τύπου 2 και ο διαβήτης της κήσης. Ο σακχαρώδης διαβήτης έχει χρόνια πορεία και μπορεί να προκαλέσει μια σειρά σοβαρών επιπλοκών όπως καρδιαγγειακή νόσο, χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, βλάβες του αμφιβληστροειδούς, βλάβες των νεύρων, στυτική δυσλειτουργία κ.ά. Πρωτεύοντα ρόλο στη θεραπεία του σακχαρώδους διαβήτη παίζει η χορήγηση ινσουλίνης.

(παλαιότερα αποκαλούμενος ινσουλινοεξαρτώμενος ή νεανικός διαβήτης)
Χαρακτηρίζεται από καταστροφή των β-κυττάρων του παγκρέατος, που είναι υπεύθυνα για την παραγωγή ινσουλίνης, με αποτέλεσμα ολική έλλειψη ή ελάχιστη έκκριση ινσουλίνης. Η ευαισθησία των κυττάρων στην ινσουλίνη είναι συνήθως φυσιολογική, ιδιαίτερα στα πρώιμα στάδια.

Ο τύπος αυτός αποτελεί την κυριότερη αιτία διαβήτη σε παιδιά, μπορεί όμως να προσβάλλει και τους ενήλικες. Η καταστροφή των β-κυττάρων του παγκρέατος είναι στην πλειοψηφία των περιπτώσεων αυτοάνοσης αιτιολογίας. Στο μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών με διαβήτη τύπου I ανιχνεύονται στην

κυκλοφορία ένα ή περισσότερα είδη αυτοαντισωμάτων, οι ασθενείς δε αυτοί εμφανίζουν αυξημένη προδιάθεση και για άλλες αυτοάνοσες παθήσεις. Παρ' όλ' αυτά, σ' ένα μικρό ποσοστό ασθενών με διαβήτη τύπου 1 δεν ανιχνεύονται αυτοαντισώματα, ο τύπος δε αυτός ονομάζεται ιδιοπαθής σακχαρώδης διαβήτης.

Ο διαβήτης τύπου 1 εισβάλλει συνήθως απότομα και οδηγεί συχνά στην ανάπτυξη κέτωσης και διαβητικής κετοξέωσης εάν το έλλειμμα ινσουλίνης δεν καλυφθεί. Ο ασθενής είναι απόλυτα εξαρτημένος από τη εξωγενή χορήγηση ινσουλίνης προκειμένου τα επίπεδα σακχάρου του αίματος να διατηρηθούν σε φυσιολογικά επίπεδα.



7.2. Σακχαρώδης διαβήτης τύπου II

(παλαιότερα αποκαλούμενος μη ινσουλινοεξαρτώμενος διαβήτης) Χαρακτηρίζεται από το συνδυασμό ελαττωμένης έκκρισης ινσουλίνης και ελαττωμένης ευαισθησίας των κυττάρων στη δράση της (φαινόμενο που ονομάζεται ινσουλινοαντοχή). Στα πρώτα στάδια της νόσου, η ελαττωμένη ευαισθησία στην ινσουλίνη είναι η κύρια διαταραχή, ενώ τα επίπεδα ινσουλίνης στο αίμα είναι αυξημένα.

Ο διαβήτης τύπου 2 είναι η συχνότερη αιτία διαβήτη στους ενήλικους. Σπουδαίος προδιαθεσικός παράγοντας για την ανάπτυξη διαβήτη τύπου 2 είναι η παχυσαρκία. Η παχυσαρκία προδιαθέτει στην ανάπτυξη ινσουλινοαντοχής πιθανόν λόγω της παραγωγής από το λιπώδη ιστό ουσιών που ελαττώνουν την ευαισθησία των κυττάρων στην ινσουλίνη. Άλλοι προδιαθεσικοί παράγοντες είναι η ηλικία και το οικογενειακό ιστορικό.

Στον διαβήτη τύπου 2, τα συμπτώματα είναι πιο ήπια και η πιθανότητα εμφάνισης διαβητικής κετοξέωσης είναι μικρή. Παρ' όλ' αυτά, ο κίνδυνος απώτερων και σοβαρών επιπλοκών παραμένει υψηλός. Το πρώτο βήμα στη θεραπεία του διαβήτη τύπου 2 είναι η αλλαγή του τρόπου ζωής του ασθενούς με στόχο την απώλεια βάρους, την αύξηση της σωματικής άσκησης και την υγιεινή διατροφή. Εάν κριθεί απαραίτητο, χρησιμοποιούνται αντιδιαβητικά φάρμακα. Στην περίπτωση που η θεραπεία αποτύχει, κρίνεται σκόπιμη η χορήγηση ινσουλίνης για τον έλεγχο και αυτών των ασθενών.

Διαβήτης της κύησης

Πρόκειται για την εμφάνιση σακχαρώδους διαβήτη για πρώτη φορά κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. (δεν συμπεριλαμβάνονται στον ορισμό γυναίκες με γνωστό διαβήτη πριν την έναρξη της εγκυμοσύνης). Ο τύπος αυτός μοιάζει

με το διαβήτη τύπου 2 ως προς το ότι χαρακτηρίζεται από ταυτόχρονη ελαττωμένη έκκριση ινσουλίνης και ελαττωμένη ευαισθησία των κυττάρων στην ινσουλίνη. Παχύσαρκες γυναίκες είναι πιο πιθανό να αναπτύξουν διαβήτη της κύησης. Ο τύπος αυτός διαβήτη αφορά στο 3-5% των κυήσεων. 30-40% των γυναικών με διαβήτη κύησης θα αναπτύξουν διαβήτη τύπου 2 αργότερα στη ζωή τους. Ο διαβήτης της κύησης είναι αναστρέψιμος και υποχωρεί μετά τον τοκετό, μπορεί όμως να προκαλέσει περιγεννητικές επιπλοκές και προβλήματα στην υγεία μητέρας και νεογνού.

Άλλοι τύποι διαβήτη

Σακχαρώδης διαβήτης μπορεί να εμφανιστεί και στις ακόλουθες περιπτώσεις :

- Γενετικά ελαττώματα των β-κυττάρων του παγκρέατος
- Γενετικό ελάττωμα της δράσης της ινσουλίνης
- Νόσοι του παγκρέατος
- Ορμονικές διαταραχές και ενδοκρινικά νοσήματα
- Διαβήτης λόγω λήψης φαρμάκων

Επιδημιολογικά στοιχεία

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, το 2006 οι ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη παγκοσμίως ξεπερνούν τα 170 εκατομμύρια, αριθμός που αναμένεται να διπλασιαστεί μέχρι το 2030 καθώς η συχνότητα της νόσου αυξάνει ραγδαία. Εκτιμάται ότι στην Ελλάδα το 5.9% του γενικού πληθυσμού πάσχει από σακχαρώδη διαβήτη. Ο διαβήτης είναι συχνότερος στον ανεπτυγμένο κόσμο (ιδιαίτερα ο διαβήτης τύπου 2) και φαίνεται ότι συνδέεται άμεσα με το λεγόμενο δυτικό τρόπο ζωής που περιλαμβάνει τη διαβίωση στα μεγάλα αστικά κέντρα, τον ανθυγιεινό τρόπο διατροφής και την καθιστική ζωή. Αποτελεί μια από τις κύριες αιτίες θανάτου παγκοσμίως.

7.3. Κλινική εικόνα

Συμπτώματα

Η κλασική συμπτωματολογία του σακχαρώδους διαβήτη περιλαμβάνει την πολυουρία, την πολυδιψία, την πολυφαγία και την απώλεια σωματικού βάρους. Στον διαβήτη τύπου 1, η εισβολή της νόσου είναι συνήθως απότομη και συχνά η πρώτη εκδήλωσή της μπορεί να είναι η ανάπτυξη διαβητικής κετοξέωσης, με ναυτία, εμετούς, διάχυτο κοιλιακό άλγος και απώλεια συνείδησης. Στον διαβήτη τύπου 2, η νόσος εισβάλλει βαθμιαία, πολυφαγία παρατηρείται σπανιότερα, ενώ συχνά συνυπάρχουν αδυναμία, κόπωση, ζάλη και ευπάθεια σε λοιμώξεις. Συχνά, η συμπτωματολογία στον διαβήτη τύπου 2 λείπει τελείως και ο ασθενής αισθάνεται υγιής.

Κλινικά σημεία

Η αύξηση του σακχάρου στο αίμα προκαλεί απώλεια υγρών μέσω οσμωτικής διούρησης. Σημεία αφυδάτωσης (θερμό και ξηρό δέρμα με ελαττωμένη σπαργή, αποξηραμένοι βλεννογόνοι και ανώμαλη και ξηρή γλώσσα) παρατηρούνται όταν η απώλεια υγρών δεν αντισταθμίζεται επαρκώς. Όταν εγκατασταθεί η διαβητική κετοξέωση, χαρακτηριστική είναι η αναπνοή Kussmaul, που συνίσταται σε βαθιές, παρατεταμένες και συνοδευόμενες από αναστεναγμό αναπνοές, καθώς και η απόπνοια ακετόνης (χαρακτηριστική οσμή στην αναπνοή του ασθενούς). Θόλωση της διανοίας, μειωμένη αντίδραση στα ερεθίσματα, υπνηλία και κώμα ακολουθούν εάν η κετοξέωση δεν αντιμετωπιστεί.

Διάγνωση

Η διάγνωση του διαβήτη είναι εύκολη όταν υπάρχουν τα κλασικά συμπτώματα και αρκεί η επιβεβαίωση με τη μέτρηση του σακχάρου του αίματος. Η διάγνωση μπαίνει επίσης εύκολα όταν ο ασθενής παρουσιάζεται με συμπτώματα και σημεία διαβητικής κετοξέωσης. Τα διαγνωστικά κριτήρια που έχουν θεσπιστεί για τη διάγνωση του σακχαρώδους διαβήτη είναι τα ακόλουθα :

- Παρουσία κλασικών συμπτωμάτων του διαβήτη και τιμή γλυκόζης σε οποιαδήποτε στιγμή $> 200\text{mg/dl}$
- Τιμή σακχάρου νηστείας (που λαμβάνεται δηλαδή μετά από 8 τουλάχιστον ώρες αποχής από την πρόσληψη τροφής) $> 126\text{mg/dl}$
- Τιμή σακχάρου 2 ώρες μετά από φόρτιση με 75g γλυκόζης από του στόματος $> 200\text{mg/dl}$

Ένας άλλος χρήσιμος δείκτης είναι η τιμή της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (HbA1c). Δεν χρησιμοποιείται για τη διάγνωση του σακχαρώδους διαβήτη, αλλά για την παρακολούθηση της ρύθμισης του σακχάρου αίματος, αφού αντικατοπτρίζει τη μέση τιμή σακχάρου αίματος τους τελευταίους 3 μήνες πριν την εξέταση. Τιμές HbA1c $< 6\%$ θεωρούνται ενδεικτικές καλού γλυκαιμικού ελέγχου.

Επιπλοκές

Η πιθανότητα ανάπτυξης επιπλοκών λόγω του σακχαρώδους διαβήτη μειώνεται όσο καλύτερα ρυθμίζονται οι τιμές του σακχάρου στο αίμα. Μια σειρά παραγόντων, όπως το κάπνισμα, τα αυξημένα επίπεδα χοληστερόλης, η παχυσαρκία, η αρτηριακή υπέρταση και η καθιστική ζωή, επιταχύνουν την ανάπτυξη επιπλοκών. Οι επιπλοκές του σακχαρώδους διαβήτη διακρίνονται σε οξείες και χρόνιες.

Διαβητική κετοξέωση και διαβητικό κώμα

Η διαβητική κετοξέωση είναι μια επικίνδυνη επιπλοκή, θεωρείται επείγον περιστατικό και απαιτεί την άμεση διακομιδή του ασθενούς στο νοσοκομείο. Ο ασθενής εμφανίζει σημεία αφυδάτωσης, αναπνοή Kussmaul (βαθιές, παρατεταμένες και συνοδευόμενες από αναστεναγμό αναπνοές) και απόπνοια ακετόνης. Συχνά, τα σημεία αυτά συνοδεύονται από διάχυτο κοιλιακό άλγος. Το επίπεδο συνείδησης δεν επηρεάζεται αρχικά, στη συνέχεια όμως μπορεί να εμφανιστούν σταδιακά πτώση του επιπέδου συνείδησης, υπνηλία, λήθαργος και τελικά κώμα. Σε σοβαρότερες περιπτώσεις παρατηρούνται υπόταση και κυκλοφορική καταπληξία (shock). Με την κατάλληλη και έγκαιρη θεραπεία, η διαβητική κετοξέωση αποτελεί κατάσταση πλήρως αναστρέψιμη. Είναι πιο συχνή σε σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1.

Υπερωσμωτικό μη κετωτικό κώμα

Χαρακτηρίζεται από αύξηση της ωσμωτικότητας του πλάσματος (>350 mOsm/L), πολύ υψηλά επίπεδα σακχάρου αίματος (>600mg/dl) και απουσία κετοξέωσης. Προέχουν τα σημεία της αφυδάτωσης ενώ επίσης εμφανίζονται διαταραχές του επιπέδου συνείδησης και ηλεκτρολυτικές διαταραχές. Διάφορες αιτίες μπορούν να πυροδοτήσουν την εμφάνιση του υπερωσμωτικού μη κετωτικού κώματος, όπως η σηψαιμία, το έμφραγμα του μυοκαρδίου, η παγκρεατίτιδα, η αιμορραγία από το γαστρεντερικό και η λήψη φαρμάκων. Εμφανίζεται συχνότερα σε ασθενείς με διαβήτη τύπου 2.

7.4. Υπογλυκαιμία

Αποτελεί ουσιαστικά επιπλοκή της θεραπείας του σακχαρώδους διαβήτη. Μπορεί να προκληθεί από λανθασμένη δοσολογία κατά τη χορήγηση ινσουλίνης (αυξημένη δόση), έντονη σωματική άσκηση ή μειωμένη λήψη

τροφής ή υδατανθράκων. Ο ασθενής εμφανίζει ευερεθιστότητα και αυξημένη εφίδρωση ενώ μπορεί να προκληθούν διαταραχές του επιπέδου συνείδησης, απώλεια συνείδησης ή/και κώμα. Απαιτείται άμεση πρόσληψη γλυκόζης από το στόμα (γλυκά, ζαχαρούχα αναψυκτικά κλπ) ή, σε περίπτωση που ο ασθενής είναι αναισθητός, ενδοφλέβια χορήγηση γλυκόζης.

Διαβητική μικροαγγειοπάθεια

Προσβολή των τριχοειδών και προτριχοειδών αγγείων που με τη σειρά της προκαλεί :

- *Διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια* : Υπερπλασία των τριχοειδών στην επιφάνεια του αμφιβληστροειδή και προσβολή της ωχράς κηλίδας, που οδηγούν σε απώλεια όρασης. (Ο σακχαρώδης διαβήτης αποτελεί τη συχνότερη αιτία τύφλωσης στο Δυτικό κόσμο)
- *Διαβητική νεφροπάθεια* : Προσβολή των νεφρών με βλάβες του σπειράματος, των αγγείων και του διάμεσου ιστού που μπορεί να οδηγήσουν σε νεφρική ανεπάρκεια.
- *Διαβητική νευροπάθεια* : Μονο- ή πολυνευροπάθεια ή νευροπάθεια του αυτόνομου νευρικού συστήματος. Συχνά εμφανίζεται απώλεια της αισθητικότητας (αρχικά στα κάτω άκρα) και στυτική δυσλειτουργία.

Διαβητική μακροαγγειοπάθεια

Εμφάνιση αρτηριοσκλήρυνσης, νωρίτερα και σοβαρότερης μορφής από ότι σε μη διαβητικούς. Προσβολή αρτηριών μεσαίου και μεγάλου μεγέθους.

- *Στεφανιαία νόσος*, που μπορεί να οδηγήσει σε στηθάγχη ή οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου.
- *Αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια*, κυρίως ισχαιμικού τύπου.
- *Περιφερική αγγειακή νόσος*.

Άλλες επιπλοκές

- Ευπάθεια σε λοιμώξεις.
- Υπερλιπιδαιμίες, λιπώδης διήθηση του ήπατος, ξανθώματα και ξανθελάσματα.
- Περιοδοντίτιδα.

Αντιμετώπιση

Πολύ σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση του διαβήτη παίζει η εκπαίδευση του διαβητικού ασθενούς όσον αφορά στη διατροφή που πρέπει να ακολουθεί, στον έλεγχο του σακχάρου από τον ίδιο και στη χορήγηση ινσουλίνης. Η στρατηγική αντιμετώπισης έχει ως στόχο αφενός τον μακροχρόνιο γλυκαιμικό έλεγχο του ασθενούς κι αφετέρου την εξάλειψη των παραγόντων που αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης των χρόνιων επιπλοκών του διαβήτη, δηλαδή τη διακοπή του καπνίσματος, τον έλεγχο της αρτηριακής πίεσης και των επιπέδων χοληστερόλης, την αύξηση της σωματικής άσκησης και την υιοθέτηση από τον ασθενή του υγιεινού τρόπου ζωής. Σε ασθενείς με διαβήτη τύπου 1, η χορήγηση ινσουλίνης είναι απαραίτητη για την εξασφάλιση των επιθυμητών επιπέδων γλυκόζης.

Αντίθετα, σε ασθενείς με διαβήτη τύπου 2, ο γλυκαιμικός έλεγχος είναι δυνατόν να επιτευχθεί αρχικά με έλεγχο του σωματικού βάρους και διαίτα ή με χορήγηση αντιδιαβητικών φαρμάκων από του στόματος. Ινσουλίνη θα χρειαστούν οι ασθενείς αυτοί σε περίπτωση αποτυχίας του γλυκαιμικού ελέγχου με τα παραπάνω μέτρα. Ο συνηθέστερος τρόπος χορήγησης της ινσουλίνης είναι η υποδόρια χορήγηση. Ο τύπος ινσουλίνης, η δόση και η συχνότητα χορήγησης εξαρτώνται αποκλειστικά από τις ανάγκες του εκάστοτε ασθενούς. Για το λόγο αυτό, το σχήμα της ινσουλινοθεραπείας είναι απόλυτα εξατομικευμένο.

7.5. Εμβολιασμός

Τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη πρέπει να εμβολιασθούν πριν ταξιδέψουν με τον ίδιο τρόπο όπως οι μη διαβητικοί.

Υπάρχουν μερικοί λόγοι που εμβολιασμός θα πρέπει να αποφεύγεται στους διαβητικούς για τους ίδιους λόγους που αποφεύγεται και στους μη διαβητικούς.

Τα εμβόλια και τα φάρμακα μπορεί να περιορίσουν' τον κίνδυνο ορισμένων λοιμώξεων, ακόμα και αν δεν ταξιδεύετε σε περιοχές υψηλού κινδύνου. Κάποια από αυτά όμως ίσως βλάψουν εσάς και το έμβρυο, Ο γιατρός θα σας βοηθήσει να αξιολογήσετε τα οφέλη και τους κινδύνους από τη χορήγηση ή μη αυτών των Φαρμάκων / εμβολιασμών.

Τους πρώτους μήνες της εγκυμοσύνης σας δεν πρέπει να 'εμβολιάζεστε. Καθ' όλη τη διάρκεια της κύησης καλό είναι να αποφεύγετε τα εμβόλια που περιέχουν ζώντες εξασθενημένους ιούς (όπως αυτά της ιλαράς τής ερυθράς, της παρωτίτιδας). Μοναδική εξαίρεση αποτελεί το εμβόλιο κατά του κίτρινου πυρετού, το οποίο μπορεί να γίνει μόνο σε άτομα που κινδυνεύουν να μολυνθούν από τη νόσο.

Να έχετε μαζί σας λορεπαμίδη (Imodimn) και ένα αντιβιοτικό (όπως είναι η αζιθρομυκίνη ή η κεφιζίμη) για τη διάρροια των ταξιδιωτών. Ωστόσο, πρέπει να ρωτήσετε το γιατρό σας πότε και πώς θα αντιμετωπίσετε μόνοι σας μια διάρροια. Η ανθελονοσιακή φαρμακευτική αγωγή και τα ατομικά μέτρα ασφάλειας έναντι των δηγμάτων από έντομα είναι πρωταρχικής σημασίας για την έγκυο, επειδή η ελονοσία θεωρείται επικίνδυνη γι' αυτήν και το έμβρυο. Ορισμένα ανθελονοσιακά φάρμακα είναι αποτελεσματικά και ασφαλή όταν χορηγούνται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Οι συνταγές χρειάζεται να

είναι γραμμένες με τις φαρμακολογικές και όχι με τις εμπορικές ονομασίες των φαρμάκων.

7.6. Προμήθειες

Εξασφαλίστε μεγάλες ποσότητες από αντιδιαβητικά χάπια, η ινσουλίνη, σύριγγες, βελόνες και συσκευές ανίχνευσης του σακχαρώδους διαβήτη στο αίμα και τα τεστ ούρων.

Καλά θα κάνετε τις προμήθειες να τις τοποθετήσετε σε δυο διαφορετικές αποσκευές, η μια θα ταξιδέψει με το αεροπλάνο και η άλλη θα την έχετε μαζί σας μέσα στο αεροπλάνο, μαζί με την ινσουλίνη η οποία μπορεί να χρειαστεί ψυγείο.

Αυτό γίνεται σε περίπτωση απώλειας της μια αποσκευής να υπάρχει η άλλη με τις απαραίτητες προμήθειες.

Αποθήκευση της ινσουλίνης δεν είναι γενικά πρόβλημα. Ψύξη δεν είναι απαραίτητη κατά την διάρκεια του ταξιδιού και σε εύκρατα κλίματα η ινσουλίνη διατηρείται για μήνες σε θερμοκρασία δωματίου. Ψύξης όχι σε κατάψυξη συνίσταται για μακρόχρονη αποθήκευση, κυρίως στις τροπικές χώρες.

7.7. Ασφάλεια

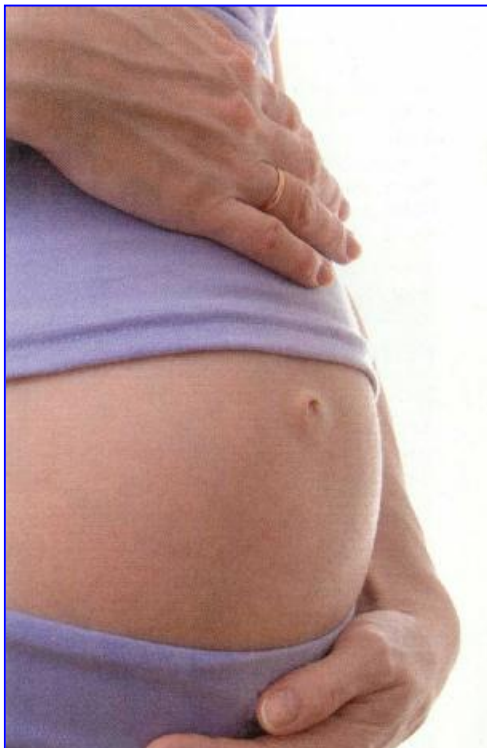
Δεν υπάρχει κανένας λόγος να περιορίσετε να απέχετε από τα ταξίδια επειδή έχετε διαβήτη. Όταν ωστόσο, σχεδιάζετε να ταξιδέψετε στο εξωτερικό είναι χρήσιμο να προβλέψετε για την ιατρική σας κάλυψη. Στις χώρες του εξωτερικού, η ιατρική περίθαλψη και η θεραπεία παρέχονται σπάνια δωρεάν. Αν πρόκειται να ταξιδέψετε σε μια από τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, πρέπει να συμπληρώσετε το έντυπο E111 (θα το προμηθευθείτε από τον ασφαλιστικό σας φορέα) και να πάρετε ένα πιστοποιητικό πριν φύγετε. Ακόμα

και όταν μια χώρα έχει κάποια συμφωνία με άλλη χώρα, καλό θα ήταν να έχετε και τη δική σας προσωπική ασφάλιση αυτό θα είναι σημαντικό στις χώρες με διαφορετικό σύστημα υγείας ή πολύ ακριβό (όπως π.χ. οι ΗΠΑ).

7.8. Εγκυμοσύνη

Ταξιδεύοντας κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης

Το ταξίδι κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι φυσικό και συμβαίνει αρκετά συχνά, είναι σημαντικό για την έγκυος γυναίκα να εξετάζει πιθανά προβλήματα τα οποία μπορούν να προέλθουν από ένα διεθνές ταξίδι. Η έγκυος γυναίκα θα πρέπει πριν ταξιδεύσει στο εξωτερικό να υπολογίζει την διαθεσιμότητα της ποιότητας της ιατρικής φροντίδας στις χώρες που θα επισκεφθεί.



Πηγή: Οικογ/κός Οδηγός Υγείας
MAYO CLINIC,
Εκδόσεις Αξιωτέλη

Σύμφωνα με το Αμερικανικό Κολέγιο Μαιευτικής και Γυναικολογίας, ο ασφαλέστερος χρόνος για μια γυναίκα να ταξιδεύσει είναι το δεύτερο τρίμηνο της εγκυμοσύνης από 18 μέχρι 24 εβδομάδες. Αυτός είναι ο χρόνος που η γυναίκα αισθάνεται το καλύτερο και βρίσκεται στο μικρότερο ρίσκο για αυτόματη αποβολή ή πρόωρο τοκετό.

Κατά την διάρκεια του τρίτου τριμήνου (25- μέχρι 24 εβδομάδες) πολλοί γιατροί συμβουλεύουν τις έγκυες γυναίκες να παραμείνουν μέσα σε 300 μίλια ακτίνα από το σπίτι τους γιατί μπορεί να παρουσιασθούν

προβλήματα όπως υπέρταση, φλεβίτιδα και / η ψευδή ή πρόωρος τοκετός.

Γενικά, οι γυναίκες δεν επιτρέπονται να ταξιδεύουν αεροπορικώς μετά από 36 εβδομάδες για εσωτερικό ταξίδι, και μετά από 32 εβδομάδες για διεθνή ταξίδι. Την απόφαση εάν θα πρέπει να κάνει η γυναίκα το ταξίδι και πόσο μακριά θα ταξιδεύσει κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης της θα πρέπει να το αποφασίσει μετά από συζήτηση με τον γιατρό της.

Τεστ ρουτίνας στην αρχή της εγκυμοσύνης

Δεν θα πρέπει να αγνοήσει η έγκυος γυναίκα την σημασία που έχουν μερικά προληπτικά τεστ για την υγεία του εμβρύου. Επομένως θα πρέπει να το συζητήσει κατ' αρχάς με τον γυναικολόγο της τότε θα κάνει τα τεστ αυτά και εάν οι συνθήκες το επιβάλλουν καλά θα κάνει να αναβάλλει το ταξίδι της.

Το τεστ θαλασσαιμίας (μεσογειακής αναιμίας) που είναι μια σοβαρή κατάσταση του αίματος (παρουσιάζεται σε άτομα που έχουν καταγωγή από τις Μεσογειακές και Ασιατικές χώρες) ή το τεστ δρεπανοκυτταρικής αναιμίας (άτομα που έχουν καταγωγή Αφρικής) μπορεί να ανακαλυφεί στις αρχές της εγκυμοσύνης – τότε θα πρέπει η εγκυμοσύνη να διακοπή εάν το έμβρυο προσβληθεί.

Το τεστ αίματος για δισχεδή ράχη (ραχίσχισης) εκτελείται στις 16-18 εβδομάδες, και το τεστ αμνιοκέντησης για το σύνδρομο Down στις μεγάλες γυναίκες εκτελείται περίπου στις 16 εβδομάδες (σε πολλές χώρες η αμνιοκέντηση αντικαταστάθηκε με το τεστ βιοψίας του χόριου που γίνεται μεταξύ 9 και 11 εβδομάδες). Τώρα η πιο συνηθισμένη είναι η εξέταση με υπερήχους που γίνεται στις 24 εβδομάδες (αλλά συνήθως στις 16 εβδομάδες) που βεβαιώνει την ηλικία του εμβρύου σε περίπτωση προβλημάτων αργότερα κατά την εγκυμοσύνη και ανιχνεύει επίσης και άλλες ανωμαλίες.

Αποβολή εμβρύου

Αυτόματη έκτρωση (αποβολή) είναι το πλέον σύνηθες πρόβλημα στην αρχή της κύησης. Συνήθως αυτό συμβαίνει κατά την διάρκεια της κύησης.

Συνήθως αυτό συμβαίνει κατά την διάρκεια των τριών πρώτων μηνών της εγκυμοσύνης αλλά εάν αυτό συμβεί, δεν σημαίνει ότι έχει επηρεασθεί από τη σωματική ταλαιπωρία του ταξιδιού.

Αποβολή στην αρχή της εγκυμοσύνης οφείλεται σε αναπόφευκτα λάθη του βιολογικού συστήματος – λάθη της διαίρεσης του κυττάρου κατά την διάρκεια της πρώτης φάσης της ανάπτυξης του εμβρύου, του πλακούντα και λάθη σχετικά με την προσκόλληση του πλακούντα στο τοίχωμα της μήτρας.

Το ταξίδι δεν προκαλεί αποβολή εκτός εάν υπάρχει κάποιο αίτιο όπως η άμεση επίδραση του εμβρύου που μπορεί να είναι αποτέλεσμα υψηλού πυρετού που έχει σχέση με λοίμωξη ή σοβαρή αφυδάτωση που έχει σχέση με διάρροια.

Οι άμεσες επιπλοκές, της αποβολής, είναι αυτές που θέτουν σε κίνδυνο τη ζωή της εγκύου γυναίκας και του εμβρύου όπως είναι η αιμορραγία που προέρχεται από τυχαία σοβαρή λοίμωξη ή προβλήματα από παράλογη ιατρική θεραπεία.

Αποβολή, αν και είναι σπάνια στην τελευταία φάση της εγκυμοσύνης, μπορεί να συμβεί οποιαδήποτε στιγμή και μπορεί να οδηγήσει στο πρόωρο τοκετό, οι πιο πάνω επιπλοκές είναι περισσότερο συνήθης στην αποβολή (στον τρίτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης). Οποιαδήποτε γυναίκα που είχε προηγουμένως κάποια αποβολή (στο τελευταίο τρίμηνο) ή έχει κάποια κατάσταση προδιάθεσης αποβολής, το ταξίδι θα πρέπει να αποφεύγεται.

Πρόωρος τοκετός

Εάν ο τοκετός αρχίζει πρόωρα αλλά το βρέφος ζήσει (οποιοσδήποτε χρόνος μετά από τις 24 εβδομάδες) τότε ολόκληρο το μέλλον του βρέφους πρέπει να εξαρτηθεί από την διαθεσιμότητα των ειδικών γιατρών, χωρίς αυτό, το βρέφος είναι πιθανόν να έχει σοβαρά ψυχικά και σωματικά μειονεκτήματα σ' όλη την ζωή του. Εάν υπάρχει διαθέσιμος ειδικός τότε το κόστος θα είναι υπερβολικά δαπανηρό, κυρίως εάν είναι απαραίτητη η διαμονή του εμβρύου σε εντατική παρακολούθηση. Όπου υπάρχει διαθέσιμη καλή μαιευτική φροντίδα

τότε η παρεχόμενη θεραπεία μπορεί να σταματήσει ή να καθυστερήσει τον πρόωρο τοκετό.

Άλλες επιπλοκές

Προς το τέλος της εγκυμοσύνης, πιθανών, να παρουσιαστούν προβλήματα όπως είναι η αιμορραγία από πλακούντα που βρίσκεται σε φυσιολογική κατάσταση ή από πλακούντα που αναπτύσσεται κοντά στον τράχηλο, η τοξιναιμία της εγκυμοσύνης η οποία συνήθως προαναγγέλλεται με αύξηση της αρτηριακής πίεσης και πρόωρης ρήξης των μεμβρανών. Συνήθως οι διαθέσιμοι ειδικοί επιστήμονες (γυναικολόγοι – μαιευτήρες) μπορούν να μειώσουν τους κινδύνους από αυτές τις επιπλοκές τόσο από την μητέρα όσο και από το έμβρυο.

Ανοσοποίηση

Εμβολιασμός με ζωντανούς ιούς που πολλές φορές οδηγούν σε υψηλό πυρετό πρέπει να αποφευχθούν κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης. Πολιομυελίτιδας, ιλαράς, ερυθράς και κίτρινου πυρετού όλα περιέχουν ζωντανούς ιούς (καθώς και της ευλογιάς). Εμβολιασμό κατά της ερυθράς και πολιομυελίτιδας πρέπει να γίνονται πριν την εγκυμοσύνη. Το εμβόλιο της διφθερίτιδας και του τυφοειδούς πυρετού προκαλούν υψηλό πυρετό και θα πρέπει να αποφεύγονται. BCG (κατά της φυματίωσης) μπορεί να προσβάλλει το έμβρυο και επομένως δεν πρέπει να δίνεται κατά την εγκυμοσύνη.

Αντιελονοσιακές κάψουλες

Εάν είσαι έγκυος και πρόκειται να ταξιδεύσει σε χώρες όπου ενδημεί η ελονοσία, για την προστασία σου από τον κίνδυνο της προσβολής από ελονοσίας θα πρέπει να προμηθευτείς τις κατάλληλες κάψουλες που θα σε προστατεύσουν από την ασθένεια. Οι κάψουλες κατά της ελονοσίας είναι σχεδόν ασφαλής κατά την εγκυμοσύνη αλλά πάντοτε, προηγουμένως θα συμβουλευτείτε το οικογενειακό σας γιατρό ή τον γυναικολόγο σας.

7.9. Αλλαγή χρόνου κατά τη διάρκεια μακρινού αεροπορικού ταξιδιού

Οι ασθένειες που λαμβάνουν αγωγή από το στόμα δεν χρειάζονται επιπλέον δόσεις και πρέπει να συνεχίσουν να παίρνουν τα φάρμακά τους σύμφωνα με την ώρα προορισμού τους.

Τα άτομα που πετούν δυτικά

Ο χρόνος μεταξύ ενέσεων μπορεί, να προκαλέσει μικρό πρόβλημα με την επιμήκυνση από δυο με τρεις ώρες δυο φορές την ημέρα. Πρέπει κανονικά να γίνεται το τεστ αίματος σακχάρου και εάν δείξει μεγάλη αύξηση του σακχάρου τότε δίνεται επιπλέον ινσουλίνη (4 – 8 μονάδων). Εάν το διάστημα μεταξύ των ενέσεων επιμηκύνεται ακόμη περισσότερο, μια μικρή συμπληρωματική ένεση ινσουλίνη (4 – 8 μονάδων) δίνεται μεταξύ των κανονικών ενέσεων.

Πετώντας Ανατολικά

Ο χρόνος μεταξύ των ενέσεων θα πρέπει να ελαττωθεί από δυο με τρεις ώρες κάθε φορά, το οποίο είναι αποτέλεσμα του χαμηλού σακχάρου αίματος. Προσεκτική εξέταση θα πρέπει να γίνει και εάν απαιτείται κάθε δόση μπορεί να ελαττωθεί (4 – 8 μονάδες κατά μέσον όρο). Τακτικά γεύματα θα πρέπει να λαμβάνεται ως κανονικά. Μερικές αεροπορικές εταιρείες προσφέρουν ειδικό μενού στους διαβητικούς εφ' όσον η εταιρεία έχει ενημερωθεί 72 ώρες πριν.

7.10. Μετάγγιση

Τί είναι;Γιατί την χρειάζομαι;

Σας έχουν δώσει αυτό το φυλλάδιο επειδή ο Γιατρός σας θεωρεί ότι ίσως να χρειαστεί να κάνετε μετάγγιση αίματος. Μια μετάγγιση αίματος γίνεται με το να δεχτείτε αίμα ή ένα προϊόν που προέρχεται από αίμα στο σώμα σας. Οι

μεταγγίσεις αίματος είναι απαραίτητες για διάφορους λόγους. Ερυθρά Αιμοσφαίρια

- Χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση της αναιμίας (χαμηλό επίπεδο αίματος)
- Χρησιμοποιούνται κατά την διάρκεια εγχείρησης ή μετά από ατύχημα για την αντιμετώπιση σοβαρής αιμορραγίας. Άλλα Προϊόντα Αίματος
- Χρησιμοποιούνται για να σταματήσουν την αιμορραγία λόγω ορισμένων φαρμάκων, θεραπειών ή νόσων
- Χρησιμοποιούνται για να αντικαταστήσουν ορισμένους παράγοντες που πήζουν το αίμα ή πρωτεΐνες που βοηθούν να ελέγξουν την αιμορραγία. Από πού προέρχεται το αίμα; Όλο το αίμα στην Αυστραλία προέρχεται από εθελοντές άμισθους δότες.



Πηγή: Οικογ/κός Οδηγός Υγείας, MAYO CLINIC,
Εκδόσεις Αξιωτέλη

Ποιοί είναι οι κίνδυνοι και τα οφέλη μια μετάγγισης αίματος;

Οφέλη: Το αίμα μπορεί να σώσει ζωές. Επίσης μπορεί να βελτιώσει την ποιότητα ζωής για άτομα με ορισμένες διαταραχές του αίματος.

Κινδύνους: Η μετάγγιση αίματος όπως όλες τις ιατρικές θεραπείες συμπεριλαμβάνει μερικούς κινδύνους.

- Μόλυνση – το αίμα εξετάζεται για ιούς, όπως το HIV και την ηπατίτιδα γι' αυτό ο κίνδυνος για μόλυνση είναι πολύ χαμηλός. Οι δότες οι οποίοι έχουν

έρθει σε επαφή με οποιοδήποτε κίνδυνο με το αίμα (όπως προσβολή από βακτηρίδιο) δεν επιτρέπεται να δώσουν αίμα.

- Αντιδράσεις – μπορεί να υπάρξουν ήπιες αντιδράσεις όπως πυρετός ή εξάνθημα του δέρματος. Θα σας παρακολουθούν στενά κατά την διάρκεια της μετάγγισης για έγκαιρα σημάδια αντίδρασης και θα σας αντιμετωπίσουν με την κατάλληλη φροντίδα. Μπορείτε να κάνετε ερωτήσεις σε οποιοδήποτε στάδιο της διαδικασίας της μετάγγισης.

Υπάρχουν οποιαδήποτε εναλλακτικά αντί αίμα;

Συνεχώς αναπτύσσονται εναλλακτικά στην μετάγγιση αίματος και χρησιμοποιούνται όπου είναι δυνατό. Βελτιωμένες μέθοδοι χειρουργικής χρησιμοποιούνται για να μειώσουν το ποσό αιμορραγίας και να περιορίσουν την ανάγκη για αίμα. Όμως οι κίνδυνοι αν ΔΕΝ κάνετε μετάγγιση αίματος όταν χρειάζεστε είναι μεγαλύτεροι από τους κινδύνους της μετάγγισης.

Μπορώ να χρησιμοποιήσω το δικό μου αίμα;

Μερικά άτομα αισθάνονται ότι είναι πιο ασφαλές να χρησιμοποιήσουν το δικό τους αίμα αν χρειαστεί κατά την χειρουργική επέμβαση. Το αίμα το οποίο παίρνουν πριν την εγχείρηση και αποθηκεύεται για την δική σας χρήση λέγεται αυτόλογο αίμα. Αυτό δεν είναι πάντοτε πιθανό για πολλούς ασθενείς και ο Γιατρός σας μπορεί να συζητήσει μαζί σας τους κινδύνους και τα οφέλη που σχετίζονται με αυτή την διαδικασία πριν την εγχείρησή σας.

Βασικά Σημεία

- Καταλαβαίνετε γιατί ίσως να χρειαστείτε Μετάγγιση Αίματος;
- Σας έχουν εξηγήσει τους κινδύνους και τα οφέλη της Μετάγγισης Αίματος;
- Καταλαβαίνετε για οποιαδήποτε εναλλακτικά υπάρχουν για αίμα;
- Σας έχουν δώσει απαντήσεις σε όλες τις απορίες σας;

Να θυμόμαστε

Μια μετάγγιση αίματος θα γίνει μόνο όταν τα οφέλη για εσάς είναι περισσότερα από τους κινδύνους.

7.11. Προληπτικά μέτρα έναντι των δειγμάτων από ζώα

Φίδια

Μεγαλύτερος κίνδυνος για τον ταξιδιώτη υπάρχει σε τροπικές και υποτροπικές περιοχές, καθώς και στις ερήμους. Τα περισσότερα δηλητηριώδη είδη δραστηριοποιούνται κυρίως την νύκτα. Τα δόντια δηλητηρίων τους βρίσκονται στο πάνω σαγόني.

Με το δάγκωμα του θύματός τους εγχέουν το δηλητήριό τους. Το δηλητήριο παρασκευάζεται στον αδένα των αυτιών και αποθηκεύεται στο σάκο δηλητηρίου. Με το δάγκωμα πιέζονται οι μύες του σάκου δηλητηρίου με συνέπεια να ρέει αυτό από ένα λεπτό σωλήνα στο κανάλι του δηλητηριώδους δοντιού.

Τα περισσότερα δείγματα φιδιών είναι συνέπεια χειρισμού ή παρενόχλησής τους και αποτελούν εκδήλωση άμυνας. Τα μικρά ή ανώριμα φίδια μπορεί να έχουν μεγαλύτερη συγκέντρωση δηλητηρίου από ότι τα μεγάλα φίδια [ΚΕ.Λ.ΠΝΟ., 2008). Τα πιο επικίνδυνα είδη φιδιών είναι κόμπρες, οχιές, κροταλίες.



Τα δηλητηριώδη φίδια ανήκουν σε τέσσερις οικογένειες ,

1. Οικογένεια των Colubridae

Μερικά από τα μέλη της οικογένειας έχουν μικρά δόντια στο πίσω μέρος του στόματός των.

Αποτελεσματικό δαγκωμα είναι πολύ σπάνιο, αλλά μερικά είδη από τα φίδια αυτά όπως ο Αφρικανικός Boomslang (δυσφόλυδος) και η οχιά είναι ιδιαίτερα επικίνδυνα και προκαλούν θάνατο σε μερικά άτομα

2. Οικογένεια Elapidae η οποία περιλαμβάνει κόμπρες, Kraits (βούγγαρος Ο Ινδών), manbas (δενδρονήτης- Αφρικής) Coral Snake (δορραλιογενήφιδι), Αμερική Οι κόμπρες της Νότιας Αφρικής και οι κόμπρες (Spitting Cobras) Αφρικής και Ασίας.

3. Οικογένεια Hydrophidae περιλαμβάνει θαλάσσια φίδια και το Αυστραλιανό καστανό φίδι

4. Οικογένεια Viperidae η οποία είναι η μεγαλύτερη και η πλέον γνωστή οικογένεια δηλητηριωδών φιδιών και περιλαμβάνει τις υποοικογένειες Viperinae όΠΟΛJ στον παλαιόκοσμο περιλαμβάνει οχιές και εχιδνές Crotaline, στο Νέο κόσμο περιλαμβάνει το American Copperhead (αγκιστρόδους μοκαστινος) rattlesnakes «κροταλίας» και Lanceheaded viper (τριγωνοκέφαλος - εχίδνες και οι εχίδνες "pit vipers" της Ασίας.

Τι προκαλούν τα δείγματα των φιδιών

- Τοπικό πρήξιμο φουσκάλες και νέκρωση (γάγγραινα) του δαγκωμένου ατόμου αυτό παρατηρείται σε μερικές κόμπρες και στην οικογένεια Viperidae. Υγρό και αίμα διαρρέει μέσα στους ιστούς του δαγκωμένου άκρου. Το πρήξιμο (φλεγμονή) αρχίζει αμέσως μετά το δάγκωμα και μπορεί να απλωθεί σε ολόκληρο το άκρο καις την εφαπτομένη περιοχή

του κορμού.

- Αιμορραγία και θρόμβωση του αίματος, συμβαίνει κυρίως από το δάγκωμα των φιδιών της οικογένειας Viperidae, Colubidae και δηλητηριωδών φιδιών της Αυστραλίας. Το συνηθέστερο σημείο του σώματος που αιμορραγεί είναι τα ούλα, μύτη και στομάχι
- Καταπληκία (Shock) πτώση της αρτηριακής πίεσης συμβαίνει από δάγκωμα φιδιών οικογένειας Viperidae
- Παράλυση (νευροτοξικότητας) η πρώτη εκδήλωση αδυναμία του ατόμου να ανοίξει τα μάτια του (πτώση), αλλά αργότερα παράλυση απλώνεται σε άλλους μυς, κυρίως σε αυτούς που είναι υπεύθυνοι για την κατάποση και αναπνοή. Τα Elapidae, Hydrophiidae και μερικοί viperidae έχουν νευροτοξικό δηλητήριο. Δηλητήρια από τα Hydrophiidae κυρίως τα πραγματικά θαλάσσια φίδια, μπορούν να προκαλέσουν άμεσα εκτεταμένη μυϊκή βλάβη, με οδυνηρή ακαμψία των μυών και παράλυση.
- Ανεπάρκεια των νεφρών είναι αποτέλεσμα της θρόμβωσης του αίματος στα αιμοφόρα αγγεία ή παρατεταμένη καταπληξία είναι ένα μείζον χαρακτηριστικό από το δάγκωμα εχιδνας Russell και από τα Crotalinae της Αμερικής.

Δάγκωμα φιδιού πρώτες βοήθειες

1. Προσπαθείστε να καθησυχάστε τον πάσχοντα
2. Ακινητοποιήστε το δαγκωμένο άκρο με νάρθηκα. Στόχος είναι ο περιορισμός του δηλητηρίου στον οργανισμό
3. Μεταφέρετε τον ασθενή στο νοσοκομείο ή εξωτερικό ιατρείο όσο το δυνατόν γρηγορότερα
4. Αποφύγε βλαπτικές πράξεις, όπως τομή, απομύζηση δηλητηρίου, κατυριασμό της πληγής
5. Ξαπλώστε τον πάσχοντα

6. Τοποθετείστε το τραυματισμένο μέλος σε σημείο χαμηλότερο από αυτό της καρδιάς και περισφίξτε το με ότι είναι διαθέσιμο (π' .χ. ζώνη, ένα κομμάτι ύφασμα) κεντρικότερα από την πληγή
7. Εάν ο πάσχοντας εξακιρβωθεί ότι έχει δαγκωθεί από επικίνδυνο νευροτοξικό είδος όπως κόμπρα mamba, Krait, Coral snake, Αυστραλιανό φίδι, θαλασσόφιδο
8. Χρησιμοποιήσετε παρακεταμόλη για θεραπεία του πόνου και όχι ασπιρίνη
9. Εάν έχετε προμηθωθεί δικό σας αντιτοξικό ορό πάρτε το μαζί σας στο νοσοκομείο ή στο εξωτερικό ιατρείο
10. Εάν το φίδι έχει ήδη θανατωθεί πάρτε το μαζί σας στο νοσοκομείο ή στο εξωτερικό ιατρείο αλλά μην το πιάνετε με γυμνά χέρια ακόμα και αν φαίνεται νεκρό

Ο πατροπαράδοτος τρόπος θεραπείας από δάγκωμα φιδιού όπως απομύζηση δηλητηρίου, τοπική τομή, επάλειψη με κρυσταλλικό υπερμαγγανικό κάλιο, κρύα επιθέματα, κάνουν περισσότερο κακό από ότι καλό και δεν θα πρέπει να χρησιμοποιούνται όλα τα εμπορικά προϊόντα που διαφημίζονται για το δάγκωμα φιδιού είναι επίσης άχρηστα και πολύ επικίνδυνα

Ασπιρίνη δεν πρέπει να χορηγείται στα θύματα από δάγκωμα φιδιού γιατί μπορεί να προκαλέσει αιμορραγία στο στομάχι.

Προστασία από το δάγκωμα φιδιού

Εάν συμβεί να δείτε κάποιο φίδι μη το ενοχλήσετε μη το στριμώξετε ή μη επιτίθεστε και ποτέ να μην προσπαθείστε να το πιάσετε με γυμνό χέρι, ακόμη και εάν αυτό είναι επικίνδυνο είδος ή φαίνεται αν είναι νεκρό. Ακόμη και από κομμένο κεφάλι μπορεί να δαγκώσει. Εάν σου συμβεί να βρεθείς αντιμέτωπος με φίδι, κράτησε την ψυχραιμία σου, έως ότου απομακρυνθεί, το φίδι επιτίθεται μόνο σε κινούμενα αντικείμενα.

ΝΑ αποφεύγετε περιπάτους με γυμνά πόδια ή με ανοικτά σανδάλια εκεί που υπάρχει πιθανότητα ύπαρξης δηλητηριωδών φιδιών . Αντίθετα συστήνονται μπότες ή κλειστά υποδήματα και μακριά παντελόνια. Αφώτιστα μονοπάτια είναι ιδιαίτερος επικίνδυνα μετά από βροχή. Ποτέ μην μαζεύεται ξύλα να μην μετακινείται κούτσουρα και λιθάρια με γυμνά χέρια. Ποτέ μη βάλεις τα χέρια σου σε φωλιές, τρύπες ή σε χαραμάδες βράχων. Απέφυγε να ανεβαίνεις σε δέντρα και βράχους που σκεπάζονται με πυκνό φύλλωμα.

Εάν κάποιος αποφασίσει να κάνει κατασκήκωση και να κοιμηθεί σε σκηνή καλά θα είναι το κρεβάτι του να απέχει από το έδαφος 10-15 εκατοστά ή όταν η σκηνή φέρει κουνουπιέρα να κλείνει το φερμουάρ της.

Το φίδι ποτέ δεν επιτίθεται στα θύματα εκτός εάν το ίδιο προκληθεί ή κινδυνεύσει (όταν πιαστεί ή πατηθεί κατά λάθος από τον άνθρωπο.

Η κατοικία του ανθρώπου έλκει τα φίδια που θέλουν να κυνηγήσουν την λεία τους (οικιακά κοτόπουλα, ποντίκια, αρουραίου ς, σαύρες).

ΜΕΡΟΣ ΙΙΙ [ΕΡΕΥΝΑ]

ΕΙΣΑΓΩΓΗ:

Σε αυτή την έρευνα παρουσιάζεται μια μελέτη σχετική με το εάν νόσησαν ή όχι άτομα που ταξίδεψαν κατά τη διάρκεια του ταξιδιού τους και μετά. Η παρούσα μελέτη σχεδιάστηκε με σκοπό την ορθή ενημέρωση που αφορά στην πρόληψη, προφύλαξη και προαγωγή της υγείας των ταξιδιωτών από νοσήματα που δημιουργούνται κατά τη διάρκεια του ταξιδιού τους και μετά.

ΥΛΙΚΟ + ΜΕΘΟΔΟΣ:

Δείγμα: 135 ερωτηματολόγια

Φύλο: ΑΝΔΡΕΣ 31%, ΓΥΝΑΙΚΕΣ 69%

Χρόνος Έρευνας: 01/05/08 – 30/09/08

Τύπος Ερωτηματολογίων: Κλειστός

Ταυτότητα Στοιχείων: Ανώνυμο (προστασία προσωπικών δεδομένων)

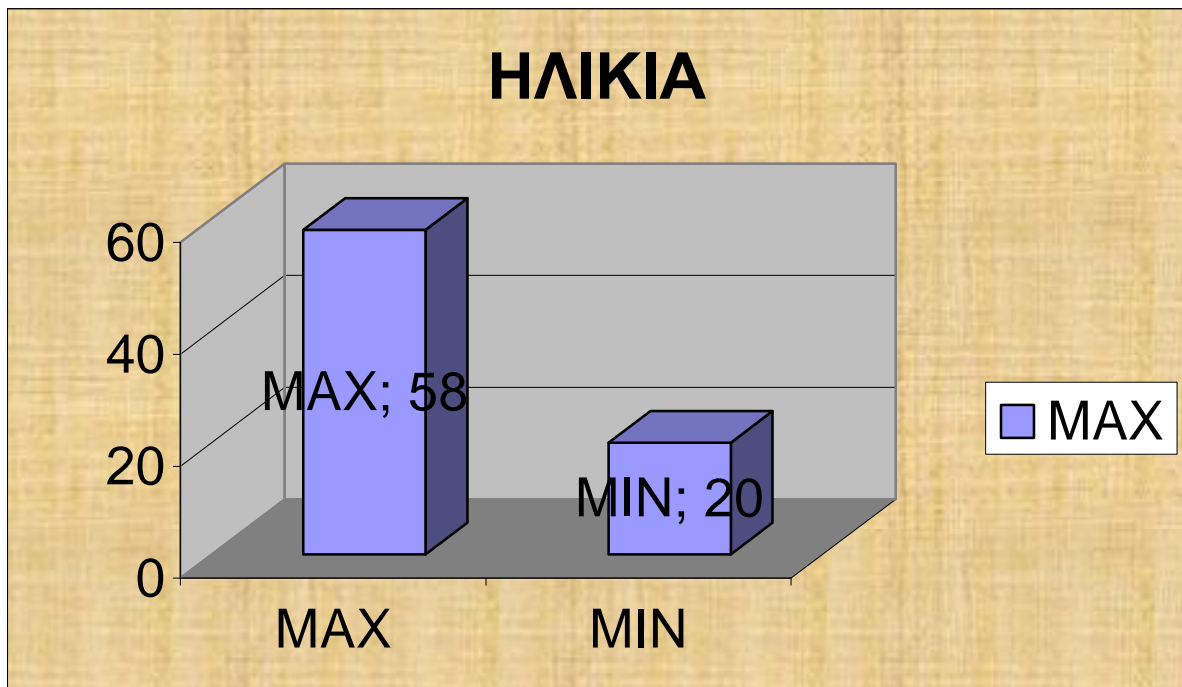
Διενεργήθηκαν για την υλοποίηση της παρούσας έρευνας:

- Τηλεφωνικές συνεντεύξεις
- Προσωπικές συνεντεύξεις σε Ο.Σ.Ε.
- Προσωπικές συνεντεύξεις σε Κ.Τ.Ε.Λ.
- Πηγές από τουριστικά γραφεία
- Πηγές από Νοσοκομείο Ρίου και Πύργου

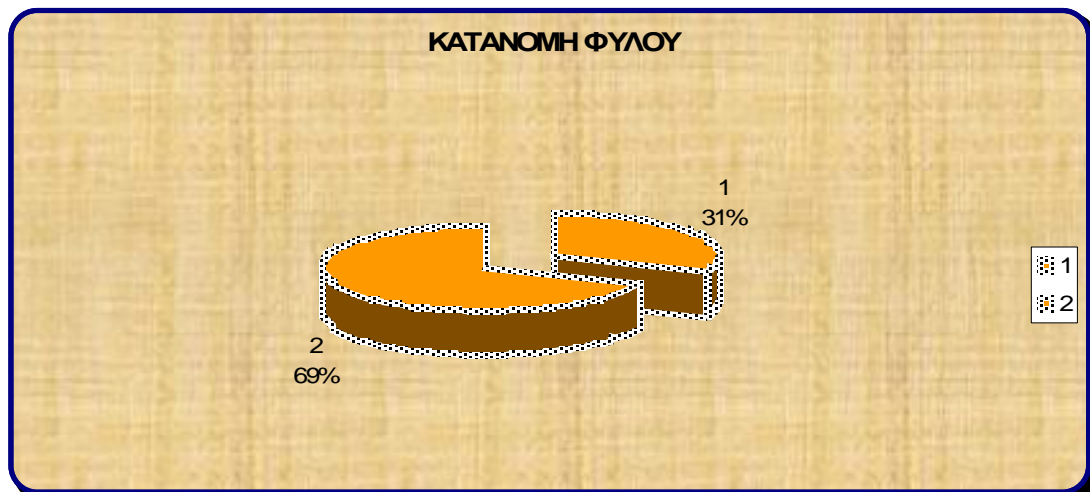
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:

1. **ΗΛΙΚΙΑ:** Μέσος όρος 28,32 χρονών (max: 58 χρονών, min: 20 χρονών).

ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ	28,32 ΧΡΟΝΩΝ
MAX	58 ΧΡΟΝΩΝ
MIN	20 ΧΡΟΝΩΝ

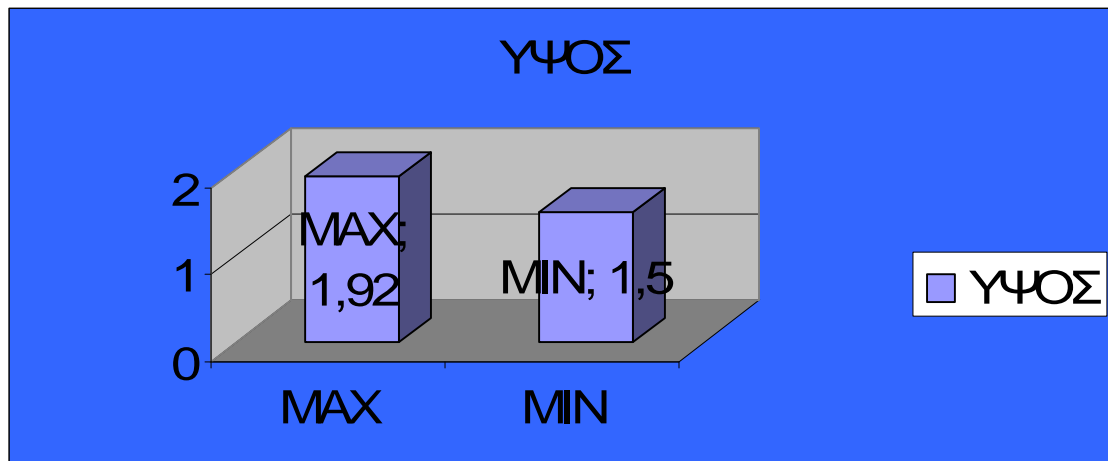


2. **ΦΥΛΟ:** ΑΝΔΡΕΣ 31%, ΓΥΝΑΙΚΕΣ 69%.



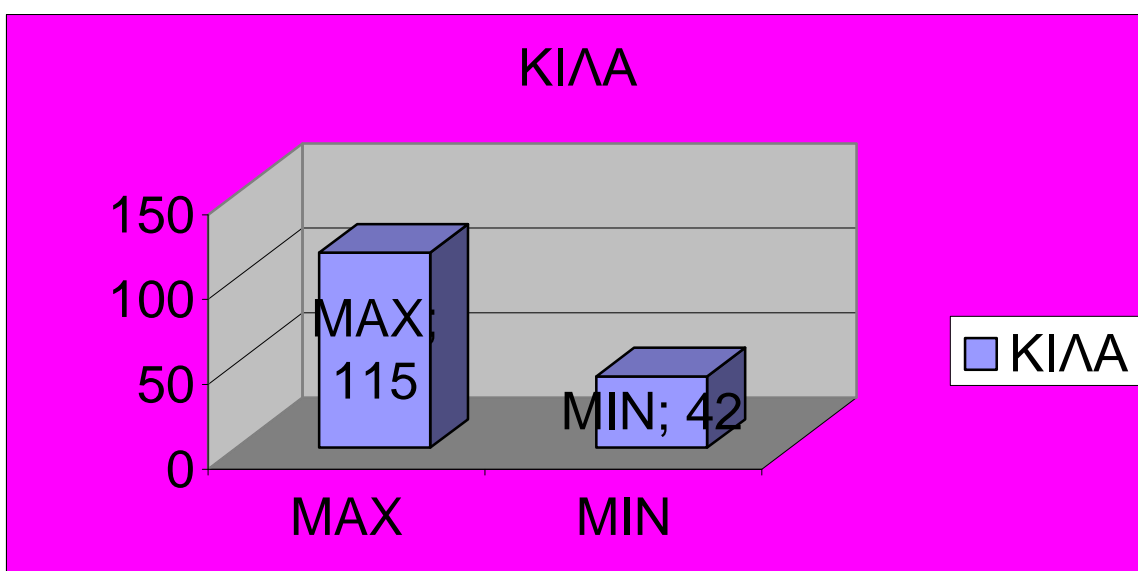
3. **ΥΨΟΣ:** Μέσος όρος: 1,69 m (max: 1,92 μέτρα, min: 1,50 μέτρα).

ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ	1,69 ΜΕΤΡΑ
MAX	1,92 ΜΕΤΡΑ
MIN	1,50 ΜΕΤΡΑ



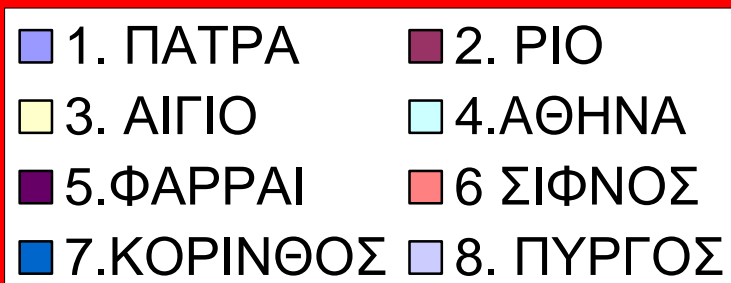
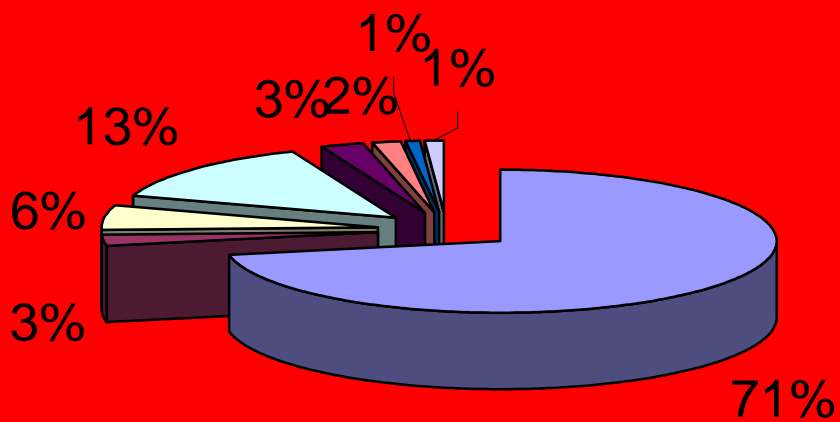
4. **ΒΑΡΟΣ:** Μέσος όρος: 67 κιλά (max: 115 κιλά, min: 42 κιλά).

ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ	67 ΚΙΛΑ
MAX	115 ΚΙΛΑ
MIN	42 ΚΙΛΑ



5. ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΝΟΜΗΣ:

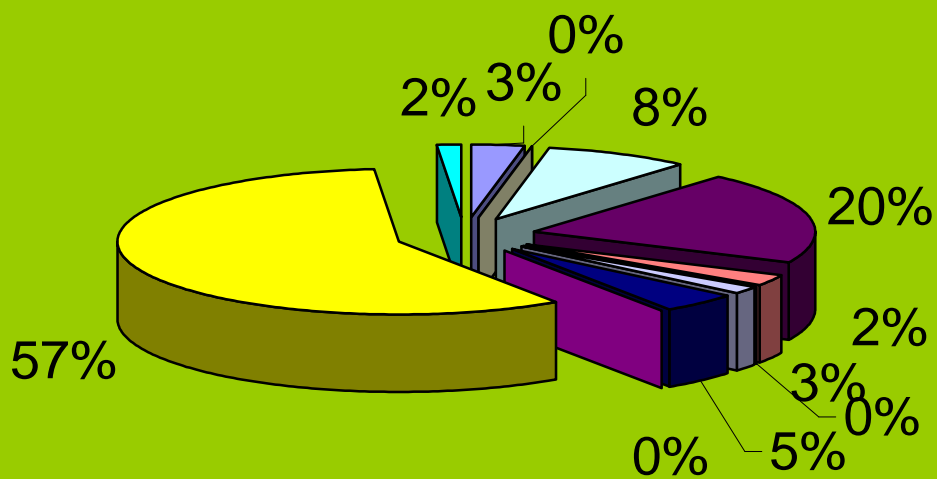
1. ΠΑΤΡΑ	72%
2. ΡΙΟ	2,5%
3. ΑΙΓΙΟ	5,5%
4.ΑΘΗΝΑ	14%
5.ΦΑΡΡΑΙ	2,5%
6 ΣΙΦΝΟΣ	1,5%
7.ΚΟΡΙΝΘΟΣ	1%
8. ΠΥΡΓΟΣ	1%



6. ΕΙΔΟΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ:

1. ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΣ	3%
2. ΕΡΓΑΤΗΣ	0%
3. ΤΕΧΝΙΤΗΣ	0%
4. ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	8,5%
5. ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	20,5%
6. ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΟΣ	2,5%
7. ΑΓΡΟΤΗΣ	0%
8. ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΑΣ	1,5%
9. ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ	4,5%
10. ΑΝΕΡΓΟΣ	0%
11. ΦΟΙΤΗΤΗΣ	58%
12. ΟΙΚΙΑΚΑ	1,5%

Από τον πίνακα παρατηρούμε πως οι φοιτητές παρουσιάζουν τα μεγαλύτερα ποσοστά ταξιδιών και ακολουθούν οι δημόσιοι υπάλληλοι. Οι εργάτες, οι τεχνίτες και οι άνεργοι παρουσιάζουν μηδενικά ποσοστά, γεγονός που έχει να κάνει άμεσα με την οικονομική τους κατάσταση. Αντιθέτως οι φοιτητές μετακυλύουν τα έξοδα στους γονείς τους.

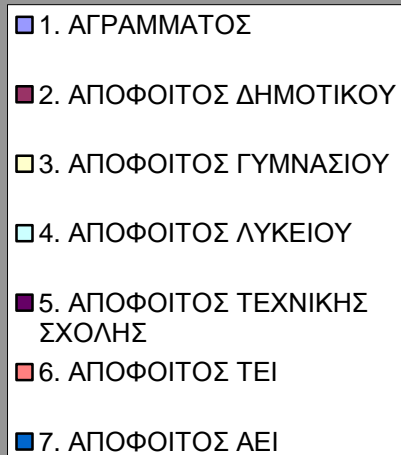
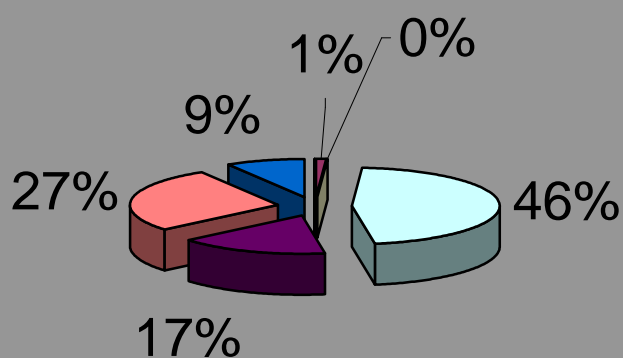


- 1. ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΣ
- 2. ΕΡΓΑΤΗΣ
- 3. ΤΕΧΝΙΤΗΣ
- 4. ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ
- 5. ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ
- 6. ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΟΣ
- 7. ΑΓΡΟΤΗΣ
- 8. ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΑΣ
- 9. ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ
- 10. ΑΝΕΡΓΟΣ
- 11. ΦΟΙΤΗΤΗΣ
- 12. ΟΙΚΙΑΚΑ

7. ΕΠΙΠΕΔΟ ΣΠΟΥΔΩΝ:

1. ΑΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	0%
2. ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ	1%
3. ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ	0%
4. ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΛΥΚΕΙΟΥ	46,5%
5. ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΤΕΧΝΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗΣ	16,5%
6. ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΤΕΙ	27,5%
7. ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΑΕΙ	8,5%

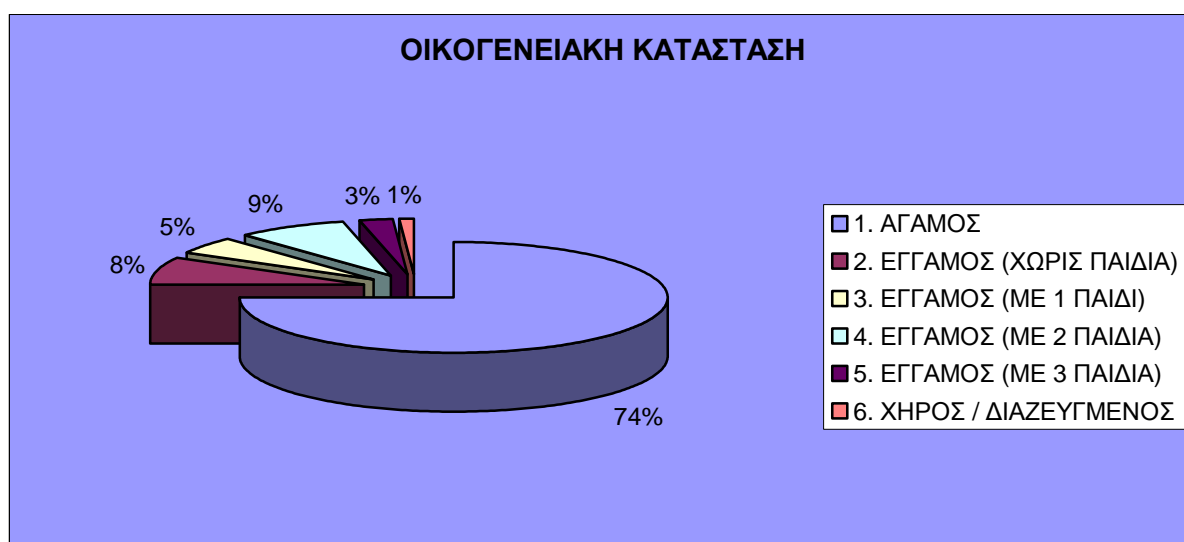
ΕΠΙΠΕΔΟ ΣΠΟΥΔΩΝ



Συνολικά συμπεραίνουμε ότι σχεδόν το μισό ποσοστό επί του συνόλου (500 άτομα) είναι απόφοιτοι λυκείου. Αυτό έχει συνάφεια με το μεγάλο ποσοστό φοιτητών που είναι απόφοιτοι λυκείου μέχρι να αποκτήσουν το πτυχίο τους.

8. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ:

1. ΑΓΑΜΟΣ	75%
2. ΕΓΓΑΜΟΣ (ΧΩΡΙΣ ΠΑΙΔΙΑ)	8%
3. ΕΓΓΑΜΟΣ (ΜΕ 1 ΠΑΙΔΙ)	5%
4. ΕΓΓΑΜΟΣ (ΜΕ 2 ΠΑΙΔΙΑ)	8,5%
5. ΕΓΓΑΜΟΣ (ΜΕ 3 ΠΑΙΔΙΑ)	2,5%
6. ΧΗΡΟΣ / ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ	1%

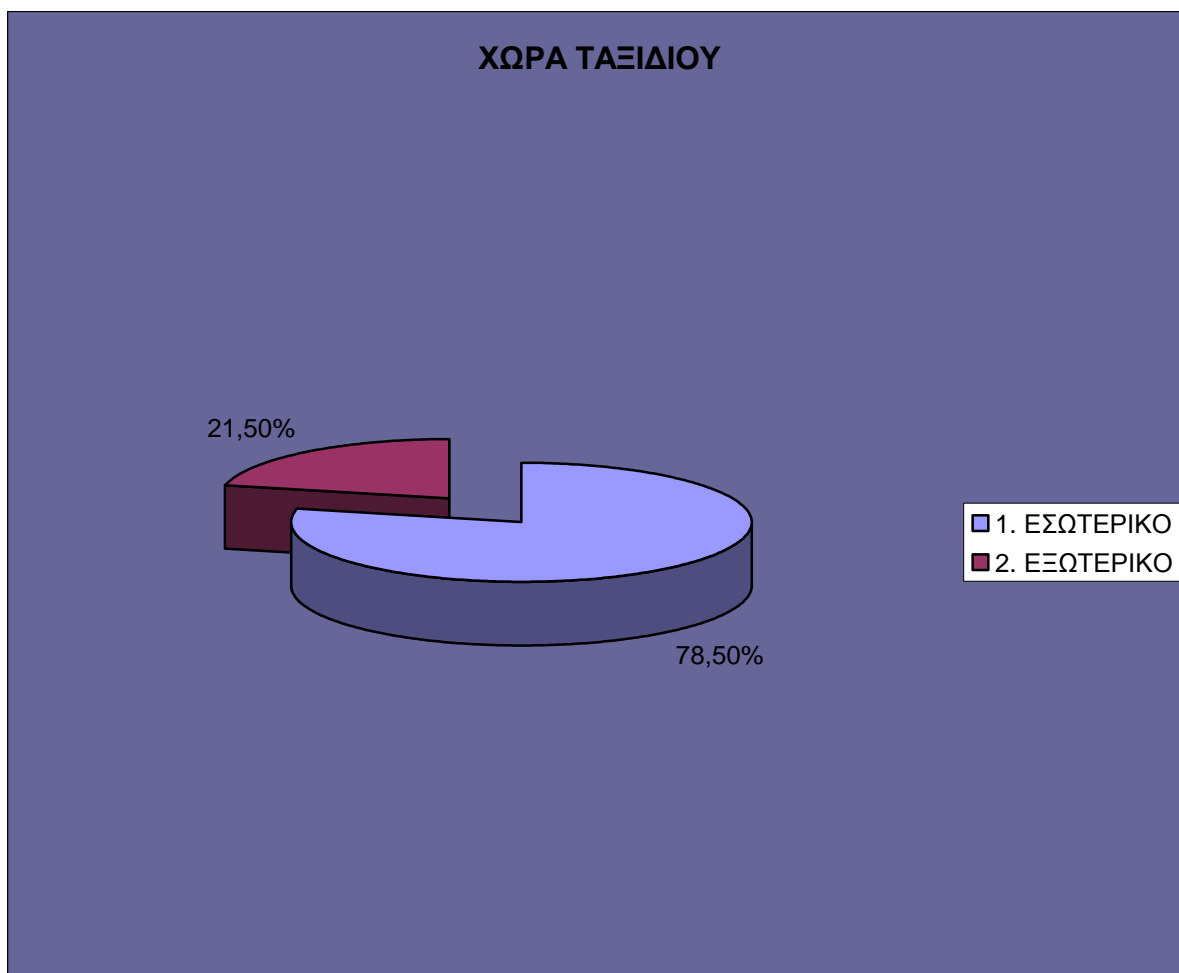


Βλέπουμε άλλο ένα οικονομικό διάγραμμα, όπου οι άγαμοι, άρα και άνθρωποι χωρίς πολλές υποχρεώσεις και οικονομικές επιβαρύνσεις (οικογένεια, παιδιά, κτλ.) έχουν περισσότερο ελεύθερο χρόνο και χρήμα για να κάνουν διακοπές. Αντιθέτως όσο αυξάνεται ο αριθμός των παιδιών, το ποσοστό πέφτει.

Οι χήροι και οι διαζευγμένοι παρουσιάζουν πολύ χαμηλό ποσοστό κυρίως λόγω άσχημης ψυχολογικής κατάστασης (κατάθλιψη, κτλ.).

9. ΧΩΡΑ ΤΑΞΙΔΙΟΥ ΑΠΟ 01/05/08 – 30/09/08

1. ΕΣΩΤΕΡΙΚΟ	78,5%
2. ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ	21,5%



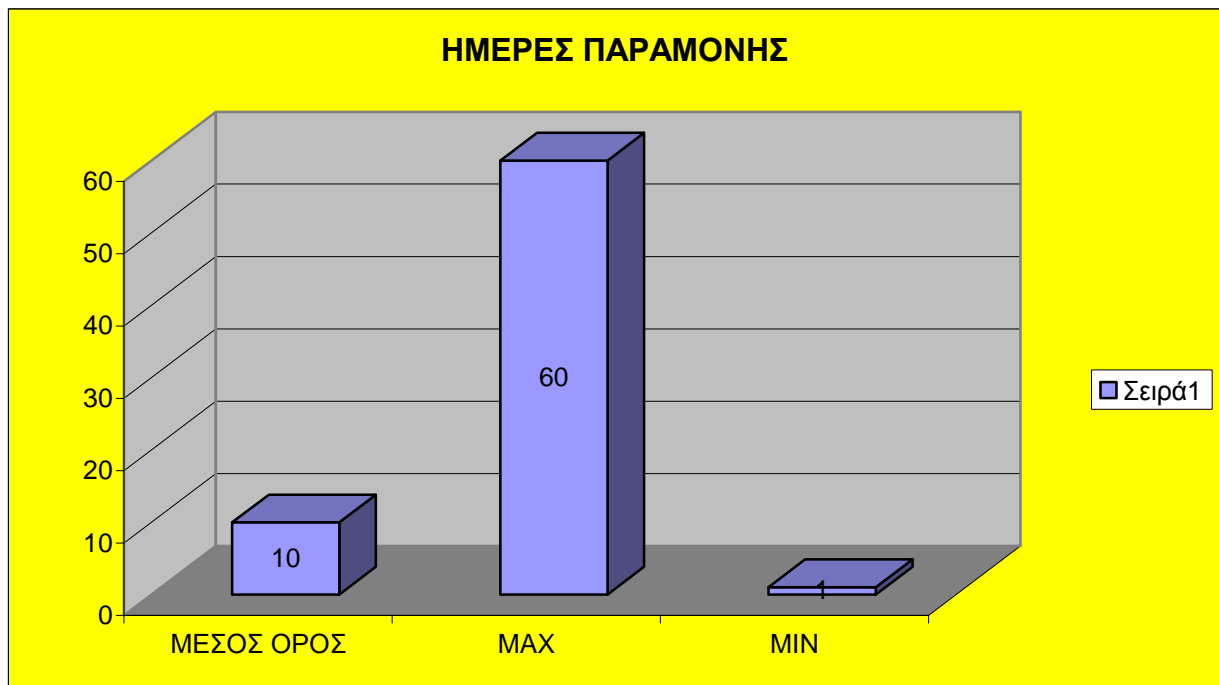
Η Ελλάδα εξακολουθεί να προσελκύει σχεδόν τα 4/5 του συνολικού ταξιδιωτικού πληθυσμού. Παρότι οι τιμές για το εξωτερικό έχουν πέσει ελαφρώς και οι μεταφορές έχουν γίνει ανταγωνιστικά χαμηλές, εντούτοις οι περισσότεροι επιλέγουν τη χώρα τους.

10. ΠΟΛΗ/ΕΙΣ ΤΑΞΙΔΙΟΥ:

1. ΕΣΩΤΕΡΙΚΟ	ΑΘΗΝΑ ΑΙΓΙΝΑ ΑΙΓΙΟ ΑΝΔΡΟΣ ΑΡΚΟΥΔΙ ΗΛ ΑΡΤΑ ΒΟΛΟΣ ΓΥΘΕΙΟ ΕΡΜΟΥΠΟΛΗ ΖΑΚΥΝΘΟΣ ΘΑΣΣΟΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΑ ΚΑΛΑΜΑΤΑ ΚΕΡΚΥΡΑ ΚΕΦΑΛΛΟΝΙΑ ΚΟΡΙΝΘΟ ΚΡΗΤΗ ΚΥΘΗΡΑ ΛΑΜΙΑ ΜΗΛΟΣ ΜΟΝΕΜΒΑΣΙΑ ΜΥΚΟΝΟ ΜΥΤΙΛΗΝΗ ΝΑΞΟΣ ΠΑΡΓΑ ΠΑΡΟΣ ΠΟΡΟΣ ΠΟΡΤΟ ΧΕΛΙ ΠΡΕΒΕΖΑ ΠΡΟΥΣΣΟΣ ΠΥΛΟΣ ΡΟΔΟΣ ΣΑΜΟΣ ΣΑΝΤΟΡΙΝΗ ΣΙΦΝΟΣ ΤΡΙΚΑΛΑ ΦΙΛΙΑΤΡΑ ΧΑΛΚΙΔΙΚΗ	
2. ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ	ΑΡΑΒΙΚΑ ΗΜΙΡΑΤΑ ΑΦΡΙΚΗ ΒΟΥΛΓΑΡΙΑ ΓΑΛΛΙΑ ΓΕΡΜΑΝΙΑ ΙΝΔΟΝΗΣΙΑ ΙΤΑΛΙΑ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥΠΟΛΗ Μ. ΑΣΙΑ ΝΤΟΥΜΠΑΙ ΟΛΛΑΝΔΙΑ ΤΑΥΛΑΝΔΗ	

11. ΗΜΕΡΕΣ ΠΑΡΑΜΟΝΗΣ ΣΤΗ ΧΩΡΑ/ΡΕΣ ΤΑΞΙΔΙΟΥ

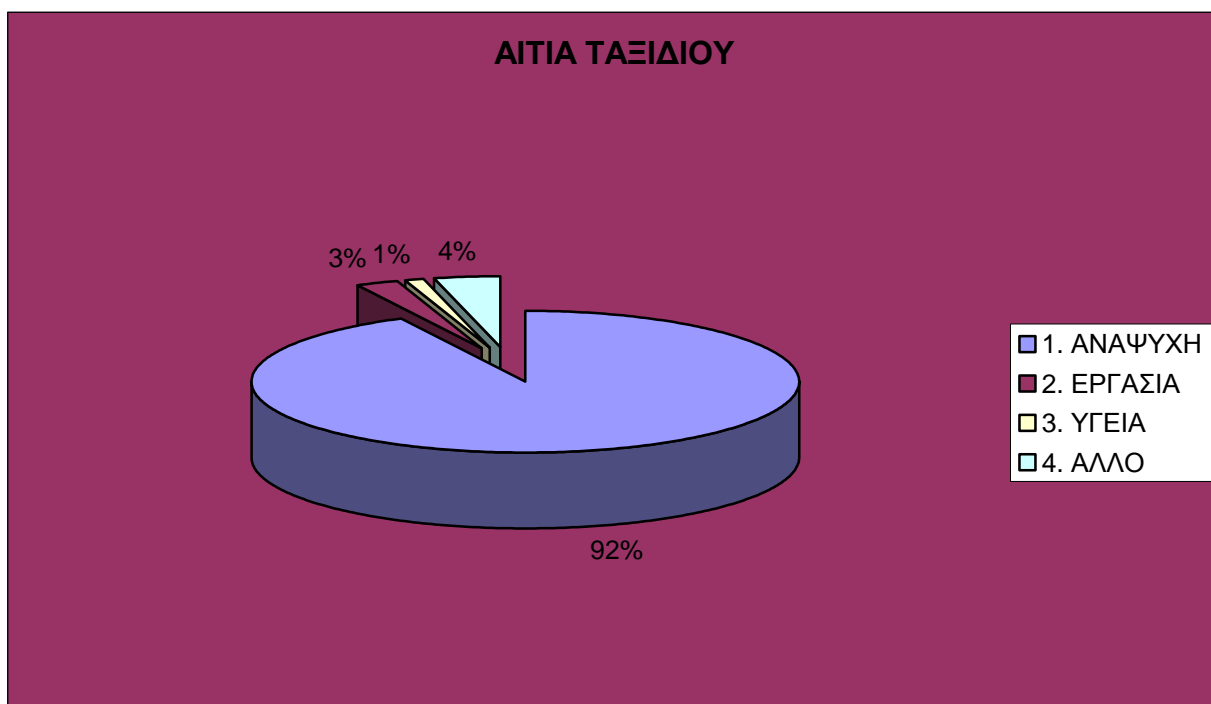
ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ	10 ΗΜΕΡΕΣ
MAX	60 ΗΜΕΡΕΣ
MIN	1 ΗΜΕΡΑ



Εδώ βλέπουμε την ποικιλομορφία του αριθμού των ημερών, όπου σαν μέσος όρος δεν είναι και πολύ λίγες, αλλά ένα ικανοποιητικό χρονικό διάστημα για ξεκούραση.

12. ΑΙΤΙΑ ΤΑΞΙΔΙΟΥ:

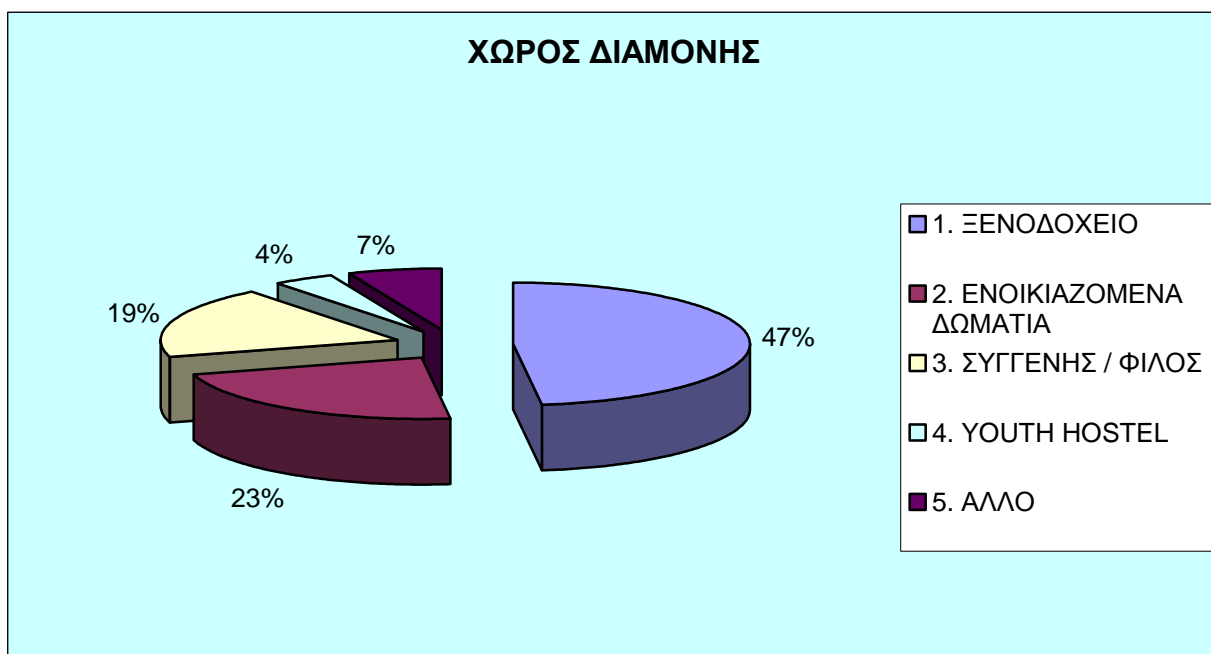
1. ΑΝΑΨΥΧΗ	92,5%
2. ΕΡΓΑΣΙΑ	2,5%
3. ΥΓΕΙΑ	1%
4. ΑΛΛΟ	4%



Ο κύριος λόγος ταξιδιών είναι η αναψυχή και η χαλάρωση. Οι άλλες επιλογές παρουσιάζουν μικρά ποσοστά.

13. ΧΩΡΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ ΚΑΤΑ ΤΟ ΤΑΞΙΔΙ:

1. ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΟ	48%
2. ΕΝΟΙΚΙΑΖΟΜΕΝΑ ΔΩΜΑΤΙΑ	22,5%
3. ΣΥΓΓΕΝΗΣ / ΦΙΛΟΣ	19%
4. YOUTH HOSTEL	4%
5. ΑΛΛΟ	6,5%



Οι περισσότεροι, σχεδόν οι μισοί, επιλέγουν την πολυτέλεια ενός ξενοδοχείου. Το 1/5 περίπου τα πιο φτηνά ενοικιαζόμενα δωμάτια και το άλλο 1/5 σε κάποιο συγγενή ή φίλο, κυρίως για οικονομικούς, αλλά και συναισθηματικούς λόγους. Οι άλλες επιλογές έχουν μικρά ποσοστά.

14. ΤΡΟΠΟΣ ΤΑΞΙΔΙΟΥ:

1. ΑΕΡΟΠΛΑΝΟ	20%
2. ΚΑΡΑΒΙ	45%
3. ΤΡΕΝΟ	0%
4. ΑΥΤΟΚΙΝΗΤΟ	31%
5. ΑΛΛΟ	4%

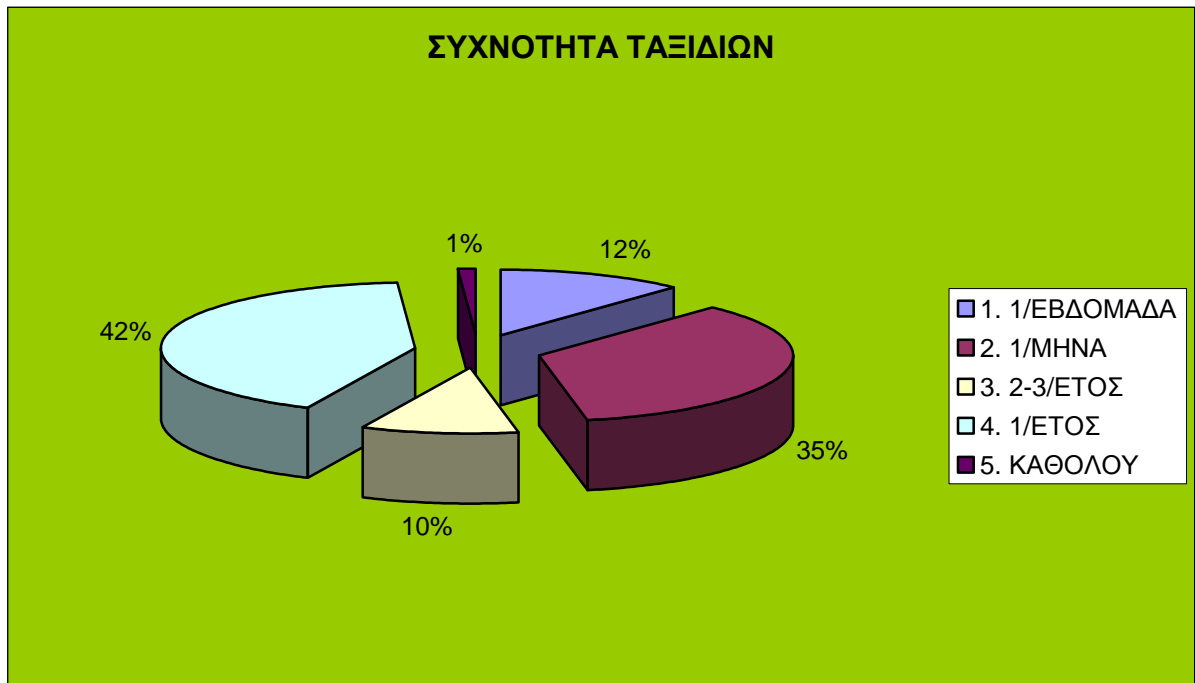


Οι περισσότεροι ταξιδεύουν με καράβι, μετά ακολουθούν οι ταξιδιώτες με το αυτοκίνητο και τέλος είναι οι αεροπορικές μεταφορές.

15. ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΤΑΞΙΔΙΩΝ:

1. 1/ΕΒΔΟΜΑΔΑ	12%
2. 1/ΜΗΝΑ	35%
3. 2-3/ΕΤΟΣ	10%
4. 1/ΕΤΟΣ	42%
5. ΚΑΘΟΛΟΥ	1%

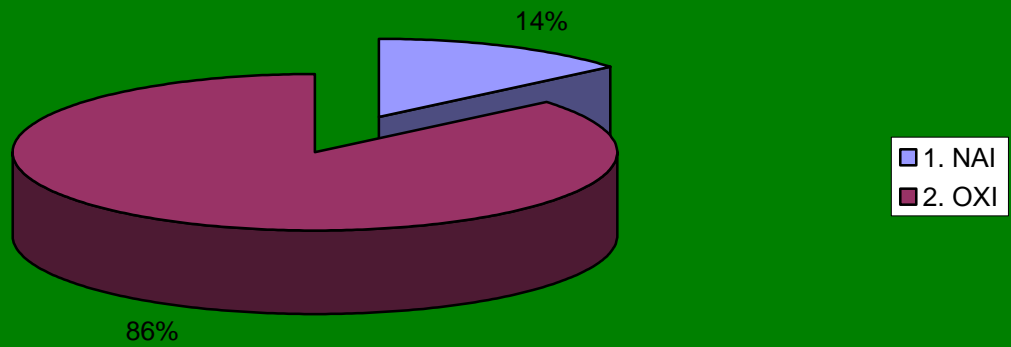
Οι περισσότεροι κάνουν 1 ταξίδι μεγάλο ανά έτος ή από μία πιο κοντινή απόδραση ανά μήνα, από την καθημερινότητα.



16. ΑΣΘΕΝΗΣΑΤΕ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΟΥ ΤΑΞΙΔΙΟΥ;

1. ΝΑΙ	14%
2. ΟΧΙ	86%

ΑΣΘΕΝΗΣΑΤΕ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΟΥ ΤΑΞΙΔΙΟΥ;



17. ΑΝ ΝΑΙ ΠΟΣΕΣ ΗΜΕΡΕΣ;

1. ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ	0,54 ΗΜΕΡΕΣ
2. ΜΑΧ	14 ΗΜΕΡΕΣ
3. ΜΙΝ	0 ΗΜΕΡΕΣ

18. ΑΝ ΝΑΙ ΑΠΟ ΤΙ;

ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΤΙΔΑ	
ΔΙΣΚΟΠΑΘΕΙΑ	
ΕΓΚΑΥΜΑ	
Α΄ΒΑΘΜΟΥ	
ΗΜΙΚΡΑΝΙΑ	
ΚΡΥΟΛΟΓΗΜΑ	
ΛΟΙΜΩΞΗ	
ΝΕΡΟ	
ΟΥΡΟΛΟΙΜΩΞΗ	
ΥΠΕΡΚΟΠΩΣΗ	

19. ΕΠΙΣΚΕΦΤΗΚΑΤΕ ΓΙΑΤΡΟ;

1. ΝΑΙ	7%
2. ΟΧΙ	93%

20. ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΚΑΤΕ;

1. ΝΑΙ	1,5%
2. ΟΧΙ	98,5%

21. ΠΟΣΕΣ ΗΜΕΡΕΣ ΧΑΘΗΚΑΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ ΣΑΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΑΚΟΛΟΥΘΟΥΣ ΛΟΓΟΥΣ ΜΕΤΑ ΤΟ ΤΑΞΙΔΙ;

ΚΟΙΝΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ:

0 ΗΜΕΡΕΣ
4 ΗΜΕΡΕΣ
5 ΗΜΕΡΕΣ
10 ΗΜΕΡΕΣ

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟΙ
ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΙ:

0 ΗΜΕΡΕΣ
8 ΗΜΕΡΕΣ
15 ΗΜΕΡΕΣ

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΕΣ
ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ:

0 ΗΜΕΡΕΣ
15 ΗΜΕΡΕΣ

22. ΕΧΕΤΕ ΚΑΠΟΙΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ;

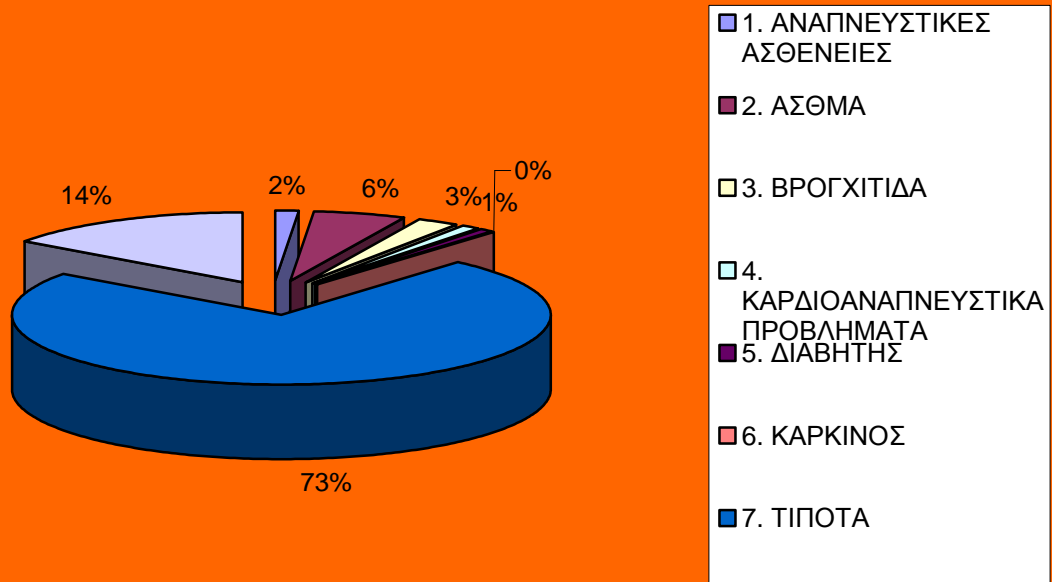
1. ΝΑΙ	25%
2. ΟΧΙ	75%



23. ΑΝ ΝΑΙ ΠΟΙΟ ΑΠΟ ΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ:

1. ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ	1,5%
2. ΑΣΘΜΑ	5,5%
3. ΒΡΟΓΧΙΤΙΔΑ	2,5%
4. ΚΑΡΔΙΟΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	1%
5. ΔΙΑΒΗΤΗΣ	1%
6. ΚΑΡΚΙΝΟΣ	0%
7. ΤΙΠΟΤΑ	73,5%
8. ΑΛΛΟ	15%

ΑΝ ΝΑΙ ΠΟΙΟ ΑΠΟ ΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ;



24. ΕΝΗΜΕΡΩΘΗΚΑΤΕ ΓΙΑ ΕΙΔΙΚΕΣ ΑΠΑΙΤΗΣΕΙΣ ΠΟΥ ΤΥΧΟΝ ΘΑ ΕΙΧΑΤΕ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΟΥ ΤΑΞΙΔΙΟΥ ΣΑΣ:

1. ΝΑΙ	31%
2. ΟΧΙ	69%

Εδώ φαίνεται καθαρά ότι υπάρχει ελλιπής ενημέρωση στους ταξιδιώτες. Οφείλουν και οι ίδιοι, αλλά και οι αρμόδιοι φορείς να είναι ενήμεροι για τις ιδιαιτερότητες που έχουν οι προορισμοί που έχουν επιλέξει.

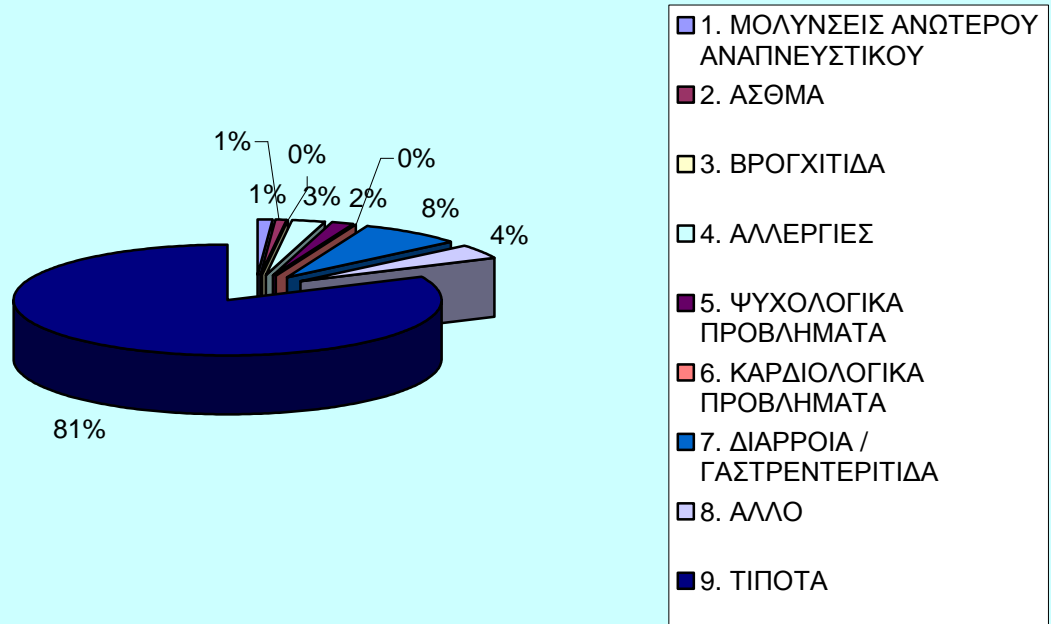
25. ΑΝ ΝΑΙ ΑΠΟ ΠΟΙΟΝ;

1. ΚΑΝΕΝΑΣ	40%
2. ΓΙΑΤΡΟΣ	11,5%
3. ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΥΓΕΙΑΣ	2,5%
4. ΓΝΩΣΤΟΥΣ / ΦΙΛΟΥΣ	5,5%
5. INTERNET	5,5%
6. ΑΛΛΟ	35%

26. ΜΕΤΑ ΤΟ ΤΑΞΙΔΙ ΥΠΟΦΕΡΑΤΕ ΜΕ ΚΑΠΟΙΟ ΑΠΟ ΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ:

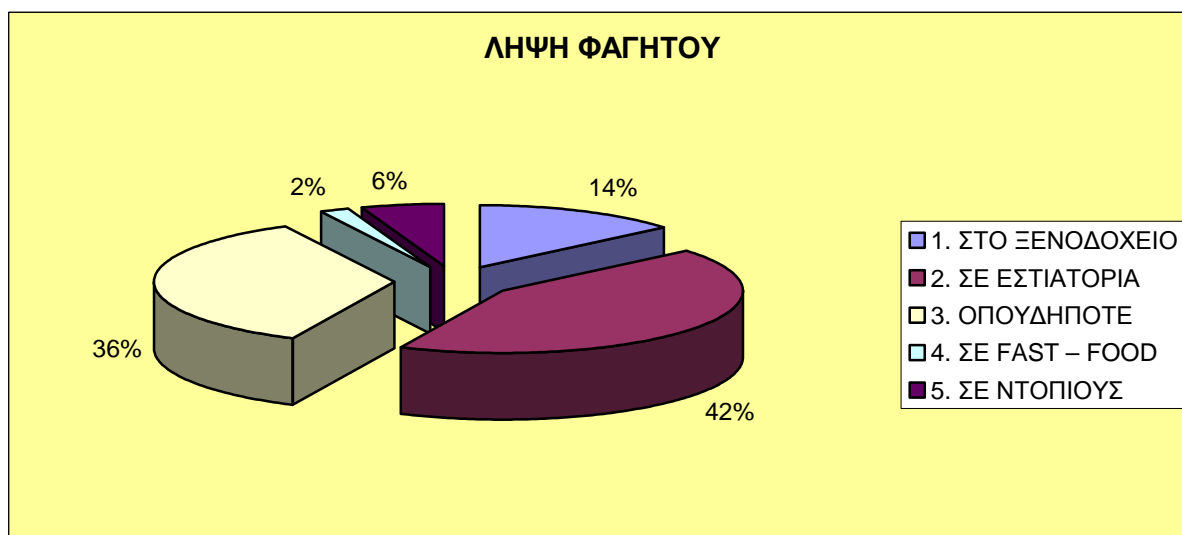
1. ΜΟΛΥΝΣΕΙΣ ΑΝΩΤΕΡΟΥ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ	1%
2. ΑΣΘΜΑ	1%
3. ΒΡΟΓΧΙΤΙΔΑ	0%
4. ΑΛΛΕΡΓΙΕΣ	2,5%
5. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	1,5%
6. ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	0%
7. ΔΙΑΡΡΟΙΑ / ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΤΙΔΑ	8%
8. ΑΛΛΟ	4%
9. ΤΙΠΟΤΑ	82%

ΜΕΤΑ ΤΟ ΤΑΞΙΔΙ



27. ΠΟΥ ΛΑΜΒΑΝΑΤΕ ΤΟ ΦΑΓΗΤΟ ΣΤΗ ΧΩΡΑ ΔΙΑΜΟΝΗΣ;

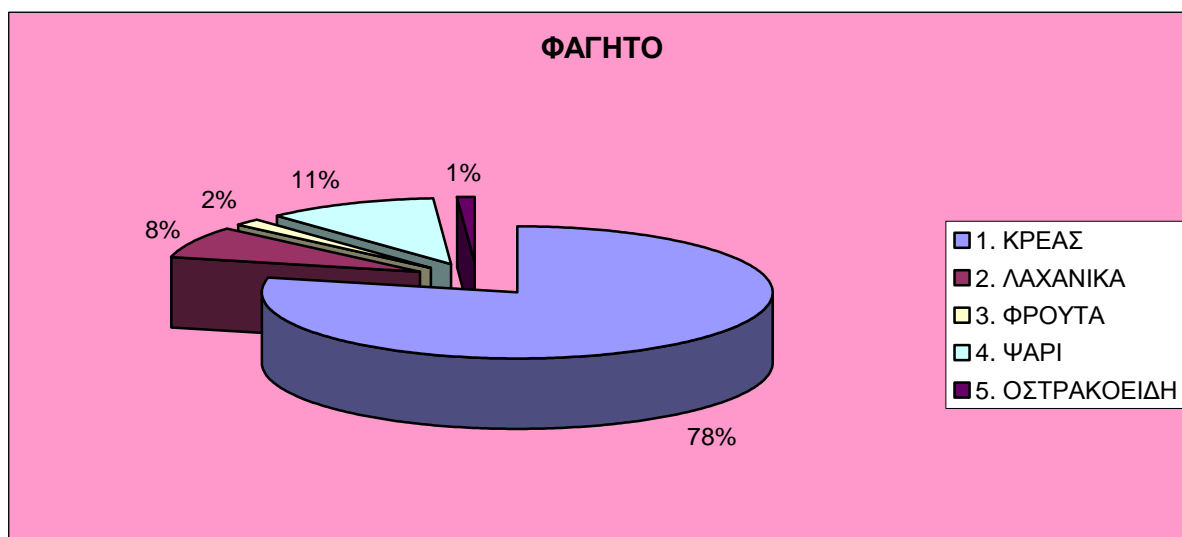
1. ΣΤΟ ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΟ	14%
2. ΣΕ ΕΣΤΙΑΤΟΡΙΑ	43%
3. ΟΠΟΥΔΗΠΟΤΕ	35,5%
4. ΣΕ FAST – FOOD	2%
5. ΣΕ ΝΤΟΠΙΟΥΣ	5,5%



Οι διακοπές βρίσκουν τους ταξιδιώτες είτε στα εστιατόρια, είτε οπουδήποτε αλλού μπορούν να βρουν γευστικές τοπικές ιδιαιτερότητες.

28. ΤΙ ΕΙΔΟΣ ΦΑΓΗΤΟ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΑΤΕ ΚΥΡΙΩΣ ΣΤΟ ΤΑΞΙΔΙ ΣΑΣ;

1. ΚΡΕΑΣ	78,5%
2. ΛΑΧΑΝΙΚΑ	8%
3. ΦΡΟΥΤΑ	1,5%
4. ΨΑΡΙ	11%
5. ΟΣΤΡΑΚΟΕΙΔΗ	1%



Εδώ αποδεικνύεται ότι οι Έλληνες είναι κυρίως κρεατοφάγοι, με μία μικρή δόση από ψάρι και λαχανικά.

29. ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΑΤΕ ΩΜΑ ΛΑΧΑΝΙΚΑ;

1. ΝΑΙ	62,5%
2. ΟΧΙ	37,5%

30. ΤΑ ΦΡΟΥΤΑ ΤΑ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΑΤΕ ΜΕ ΤΗ ΦΛΟΥΔΑ ΤΟΥΣ;

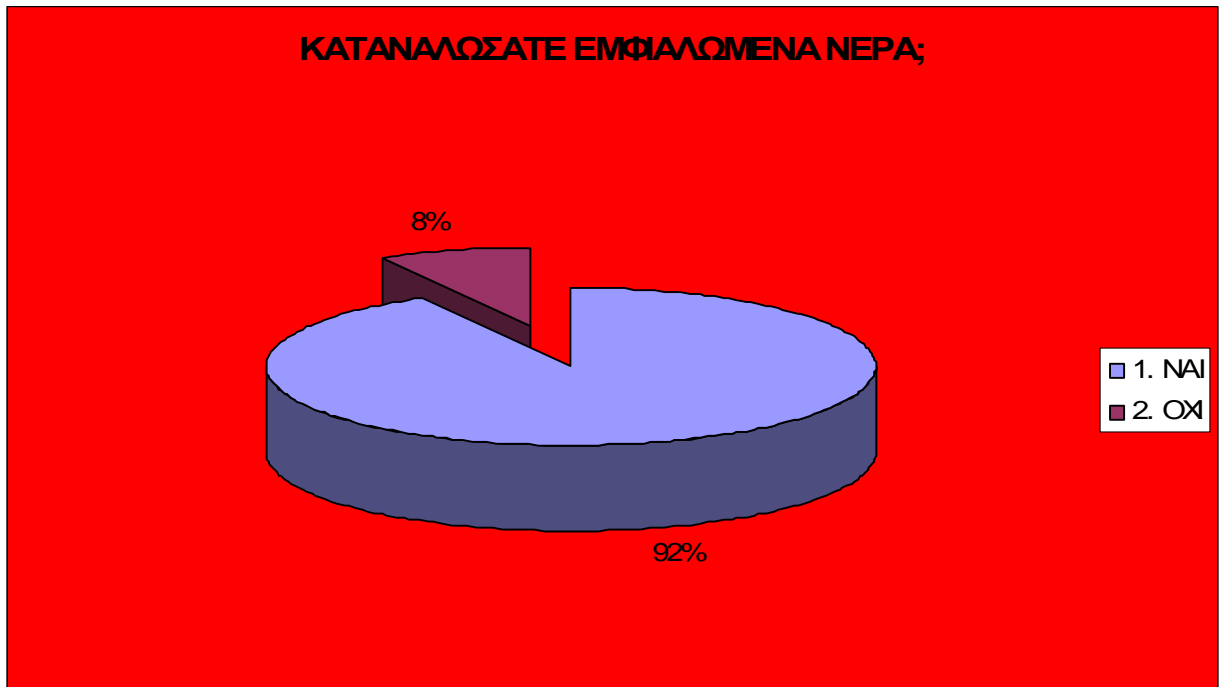
1. ΝΑΙ	48%
2. ΟΧΙ	52%

31. ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΑΤΕ ΝΕΡΟ ΒΡΥΣΗΣ ΣΤΗ ΧΩΡΑ/ΕΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ;

1. ΝΑΙ	46%
2. ΟΧΙ	54%

32. ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΑΤΕ ΕΜΦΙΑΛΩΜΕΝΑ ΝΕΡΑ;

1. ΝΑΙ	92%
2. ΟΧΙ	8%



Αυτός είναι πολύ σημαντικός παράγοντας για αποφυγή λοιμώξεων και μετάδοσης μικροβίων.

33. ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΑΤΕ ΠΑΓΑΚΙΑ;

1. ΝΑΙ	66%
2. ΟΧΙ	34%

34. ΕΧΕΙ ΚΑΝΕΝΑΣ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΣΑΣ ΥΠΟΦΕΡΕΙ ΑΠΟ (ΣΤΟ ΤΑΞΙΔΙ);

1. ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ	6,5%
2. ΑΣΘΜΑ	1,5%
3. ΒΡΟΓΧΙΤΙΔΑ	2,5%
4. ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	4%
5. ΔΙΑΒΗΤΗΣ	1%

6. ΚΑΡΚΙΝΟΣ	1%
7. ΤΙΠΟΤΑ	83,5%

35. **ΑΣΚΕΙΣΤΕ ΤΑΚΤΙΚΑ;**

1. ΝΑΙ	46%
2. ΟΧΙ	54%

36. **ΓΙΑΤΙ ΟΧΙ;**

1. ΕΛΛΕΙΨΗ ΧΡΟΝΟΥ	46,5%
2. ΕΛΛΕΙΨΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ	29%
3. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ	4%
4. ΕΛΛΕΙΨΗ ΠΡΑΚΤΙΚΩΝ ΣΥΝΘΗΚΩΝ	10%
5. ΠΟΛΥ ΚΟΥΡΑΣΜΕΝΟΣ	10,5%

Η έλλειψη χρόνου και η γενικότερη ατονία αφήνουν τους ανθρώπους μακριά από την άθληση και τη σωματική ευεξία.

37. **ΚΑΠΝΙΖΕΤΕ;**

1. ΝΑΙ	51%
2. ΟΧΙ	49%

38. **ΚΟΥΨΑΤΕ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΤΟΥΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟΥΣ 12 ΜΗΝΕΣ;**

1. ΝΑΙ	14%
2. ΟΧΙ	86%

39. ΚΟΥΡΑΤΕ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ ΑΠΟ 12 ΜΗΝΕΣ;

1. ΝΑΙ	13%
2. ΟΧΙ	87%

40. ΠΟΣΑ ΤΣΙΓΑΡΑ ΚΑΠΝΙΖΕΤΕ ΚΑΤΑ ΜΕΣΟ ΟΡΟ ΤΗ ΜΕΡΑ;

ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ	9,2 ΤΣΙΓΑΡΑ / ΗΜΕΡΑ
------------	---------------------

41. ΚΑΤΑΝΑΛΩΝΕΤΕ ΑΛΚΟΟΛ;

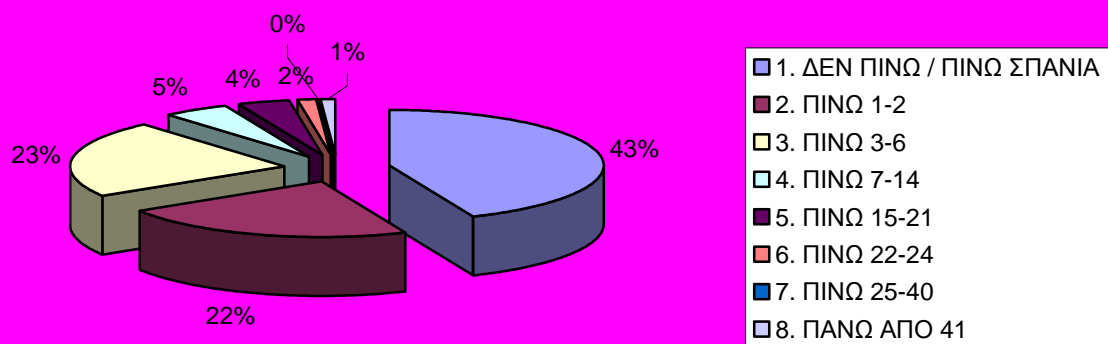
1. ΝΑΙ	57%
2. ΟΧΙ	43%

Το ποσοστό των ανθρώπων που πίνουν και αυτών που δεν πίνουν είναι εξίσου μοιρασμένο.

42. ΑΝ ΝΑΙ ΠΟΣΑ ΠΟΤΗΡΙΑ ΑΛΚΟΟΛ ΚΑΤΑΝΑΛΩΝΕΤΕ ΣΕ ΜΙΑ ΕΒΔΟΜΑΔΑ ΚΑΤΑ ΜΕΣΟ ΟΡΟ;

1. ΔΕΝ ΠΙΝΩ / ΠΙΝΩ ΣΠΑΝΙΑ	43,5%
2. ΠΙΝΩ 1-2	22,5%
3. ΠΙΝΩ 3-6	22,5%
4. ΠΙΝΩ 7-14	5%
5. ΠΙΝΩ 15-21	4%
6. ΠΙΝΩ 22-24	1,5%
7. ΠΙΝΩ 25-40	0%
8. ΠΑΝΩ ΑΠΟ 41	1%

ΑΛΚΟΟΛ



ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:

Συμπεραίνουμε λοιπόν πως η καλή ενημέρωση για τις ιδιαιτερότητες του τόπου που θα επισκεφθούν οι ταξιδιώτες, η πόση εμφιαλωμένου νερού, η λήψη καθαρής τροφής από μαγαζιά που τηρούν τις απαραίτητες συνθήκες υγιεινής, αλλά και πάνω από όλα η θετική ψυχολογία και η καλή διάθεση συνθέτουν το απαραίτητο «πακέτο» για ευχάριστες διακοπές. Χρειάζεται να λαμβάνουν καλή τροφή πλούσια σε θρεπτικά συστατικά για να έχουν όσο το δυνατόν ισχυρότερο ανοσοποιητικό σύστημα και να μην είναι επιρρεπείς σε ασθένειες. Επίσης η ενδυμασία να είναι κατάλληλη με τις καιρικές συνθήκες της εποχής, να τηρούνται οι κανόνες καθαριότητας των χεριών πριν από το φαγητό, απολύμανση της τουαλέτας διαμονής και η προσωπική υγιεινή συμπληρώνουν τις πιο υγιείς διακοπές.

Βιβλιογραφία

1. Benson Abram S. “Control of Community Disease in Man” Eleventh Edition Published by the American Public Health Association U.S.A 1975.
2. Βορροπούλου Νέλλη, Σίμου Έφη, “Ταξιδιωτική Ιατρική – Οδηγός Υγείας και Ασφάλεια για ταξιδιώτες ” Εκδόσεις Προπομπός, Αθήνα, 2004.
3. Dawood Richard, “Travellers health published by Richard Clay (The Chaucer Press) ltd.,Great Britain, 1986.
4. Δετοράκης Ιωάννης “Βλεννόρροια, Σύφιλη, AIDS”, Εκδόσεις Students Editions, Πάτρα 1987
5. Δετοράκης Ιωάννης “Βασικές Αρχές της Υγιεινής”, Εκδόσεις Παρισιάνου ΑΕ, Αθήνα 2003.
6. Δετοράκης Ι., Κουτσούμπα Δ., “AIDS”, Δεύτερη Έκδοση, Εκδόσεις Τεχνογραφική Πατρών, Πάτρα 1993.
7. Δετοράκης Ιωάννης, Παπαγεωργίου Ιωάννης, “Αγωγή της Σεξουαλικής Συμπεριφοράς”, Εκδόσεις Πατάκη, Αθήνα 2002.
8. Δημητρακόπουλος Γεώργιος Ο., “Ιατρική Βακτηριολογία”, Ιατρικά εκδόσεις, π.χ. Πασχαλίδη, Αθήνα 1987.
9. Δημολιάτης Γ., Κυριόπουλος Γ., κ.α. “Η δημόσια υγεία στην Ελλάδα”, Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα 2002.
10. Dupont HL., Steffen R., eds “Textbook of travel medicine and Health”, London, BC Decker, 1977.
11. Dupont HL., Ericsson CD., “Prevention and treatment of travellers diarrhea”, N Eng J Med 1993; 328 : 1831 – 17.
12. Ericsson CD., “Travellers diarrhoea”, Int J Antimicrobial Agents 2003, 21:116 – 124.
13. First AIDS by Spitting Cobras :
http://www.kingsnake.com/elapids/first_aid_by_spitting_cobras.htm

14. Καλαποθάκη Β., “Εμβόλια με τροποποιημένους και αδρανοποιημένους ιούς”, Προληπτική Ιατρική, Εκδόσεις Παρισιάνος, Αθήνα 1986.
15. Καπετανάκης Ι., “Άτλας Δερματολογίας”, Εκδόσεις Γρ. Παρισιάνος, Αθήνα 1980.
16. ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ – Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, “Προληπτικά μέτρα για την αποφυγή ατυχημάτων : πληροφορίες για ταξιδιώτες”, Ιούνιος 2007.
17. ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ – Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, “Προληπτικά μέτρα έναντι των δηγμάτων από ζώα – Πληροφορίες για ταξιδιώτες”, Οκτώβριος 2008.
18. ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ – Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, “Ταξιδιώτης της Τελευταίας Στιγμής”, Αύγουστος 2007.
19. ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ – Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, “Εγχειρίδιο Ταξιδιωτικής Ιατρικής”, Ιούνιος 2007.
20. Κουρέα – Κρεμαστινού Τζένη, Χατζηχριστοδούλου Χρήστος, “Οδηγίες για την Πρόληψη της νόσου των Λεγεωναρίων”, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας – ΕΣΔΥ, Αθήνα 2004.
21. Κουρέα – Κρεμαστινού Τζένη, Χατζηχριστοδούλου Χρήστος, “Οδηγίες Καλής Λειτουργίας Κολυμβητικών Δεξαμενών”, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας – ΕΣΔΥ, Αθήνα 2004.
22. Larson SC., “Travellers diarrhoea”, Emer.Med.ClinNorthAmAgents 1997, 15 : 179 – 189.
23. Mandell.Principles and Practices of Infectious Diseases. 5th Edition Flaviriruses/Prevention and Therapy, pg 1730 – 33.
24. Παπαευαγγέλου Γ., Φαρμάκη Γ., “Πρόληψη και Έλεγχος Λοιμωδών Νοσημάτων”, Εκδόσεις Ζήτα, Αθήνα 1998.
25. Παπαπετροπούλου Μ., “Διάρροια των ταξιδιωτών”, Ιατρική 2005, 88(3) : 215 – 223.

26. Παπαπετροπούλου Μ., Μαυρίδου Α., “Μικροβιολογία του υδάτινου Περιβάλλοντος : Βασικές Αρχές”, Εκδόσεις Π Τραυλός – Ε. Κωσταράκης, Αθήνα 1995.
27. Peters W., Gilles H.M., Color Atlas of Tropical Medicine and Parasitology, Year Book Medical Publishers, INC. England 1977
28. Rozendaal J. “Vector control : methods for use by individuals and Communities”, Geneva, World Health Organization, 1997.
29. Shandera W.X., “Travel – related diseases: injuries and infectious disease prevention “Wilderness Med Vol. 4, p 40 – 60, 2000.
30. Savage P., “The Safe Travel Book, a guide for the international Traveller”, Published by MacMillan, 1999.
31. Σινανιώτης Κ., Μυριοκεφαλιτάκης Ν., Εμβόλια και Εμβολιασμοί. Εκδόσεις Ζήτα, Αθήνα 1990.
32. Steffen R., Lobel H.O., “Epidemiological Basis for the practice of travel medicine”, Wilderness Med. Vol 5, p 55 – 66, 1994.
33. Stuart R., Rose MD., “International Travel Health Guide”, 12th Edition 2001.
34. Τριχοπούλου Αντωνία, Τριχόπουλος Δημήτρης, “Προληπτική Ιατρική – Αγωγή Υγεία, Κοινωνική Ιατρική. Δημόσια Υγιεινή”, Εκδόσεις Γ.Παρισιάνος, Αθήνα 1986.
35. Τριχόπουλος Δημήτριος, Καλαποθάκη Βικτώρια, Πετρίδου Ελένη, “Προληπτική Ιατρική και Δημόσια Υγεία”, Εκδόσεις Ζήτα, Αθήνα 2000.
36. Virka A., Jong EC., Adult Immunizations In : Kozarsky PE, et al. Travel Medicine Mosby, 2004 : 87 – 122.
37. Χαραλαμπίδης Σ.Θ., “Θέματα Παρασιτολογίας που ενδιαφέρουν την Δημόσια Υγεία στην Ελλάδα, University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1993.
38. Youmans G., Paterson Ph., Sommers H., “The biological Clinical Basis of Infectious Diseases”, Published by W.B Saunders Company Philadelphia, 1975

ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

1. Who information on infectious disease: <http://www.who.int/emc/diseases/index.html>
2. Who information on violence and injury prevention : http://www.who.int/violence_injury_prevention/pubs.htm
3. Who advice on sun protection : <http://www.who.int/peh-uv/sunprotection.htm>
4. Who, “International Travel and Health”, Geneva 2003
5. Who, Report on the global tuberculosis epidemic, 1998 WHO/TB/98/247
6. Who Expert committee on Malaria. Twentieth report. Who, Geneva,2000 (Who Technical Report Series, No 892)
7. Who, Emerging Issues in Water and Infectious Disease, who, Geneva 2003
8. www.methodistdebakeyinternational.com/tmhs/basic.do