

**ΤΕΙ ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ:ΣΕΥΠ
ΤΜΗΜΑ:ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ΘΕΜΑ: ΓΝΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΕΦΗΒΩΝ ΚΑΙ ΝΕΩΝ ΗΛΙΚΙΑΣ 12-25
ΕΤΩΝ ΣΕ ΟΤΙ ΑΦΟΡΑ ΤΑ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΑ
ΝΟΣΗΜΑΤΑ.**

Η ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ

**ΛΕΦΑ ΒΑΡΒΑΡΑ
Msc**

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ

**ΖΗΚΑ ΕΛΕΝΗ
ΜΠΟΥΖΑΛΑ ΝΙΚΟΛΕΤΑ
ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ**

ΠΑΤΡΑ 2009

Αφιερωμένο

Στους γονείς μας

-Βασίλης και Στέλλα Ζήκα

-Κωνσταντίνος και Καλλιόπη Μπουζάλα

που μας στηρίζουν και είναι πάντα δίπλα μας,

σε κάθε επιλογή μας.

Στους εφήβους πηγή ζωής και Ελπίδας του 21^{ου} αιώνα.

*Για την ολοκλήρωση της εργασίας μας
ευχαριστούμε
την καθηγήτριά μας κα. Λέφα Βαρβάρα,
την φαρμακαποθήκη Τρικάλων,
το νοσοκομείο δερματικών-αφροδίστιων νόσων <<Ανδρέας Συγγρός>>,
το 5^ο ενιαίο Λύκειο Τρικάλων,
το 3^ο Γυμνάσιο Χαλκίδας,
το 3^ο ενιαίο Λύκειο Χαλκίδας,
το ΑΤΕΙ Πατρών,
το ΑΤΕΙ Τρικάλων,
το ΑΤΕΙ Χαλκίδας και
όλους τους συμμετέχοντες που συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο.*

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Πρόλογος	13
Εισαγωγή.....	14
Κεφάλαιο 1	
1.1. Το γεννητικό σύστημα της γυναίκας	16
1.1.1. Εξωτερικά γεννητικά όργανα	17
1.1.1i. Αιδοίο	17
1.1.1ii. Κλειτορίδα.....	17
1.1.1iii. Βαρθολίνιοι αδένες	18
1.1.2. Εσωτερικά γεννητικά όργανα.....	18
1.1.2.i. Μήτρα.....	19
1.1.2.ii. Κόλπος.....	19
1.1.2.iii. Ωαγωγοί (Σάλπιγγες)	19
1.1.2. iv. Ωοθήκες	19
1.1.2. v.Παρθενικός Υμένας	20
1.2. Το γεννητικό σύστημα του άνδρα	20
1.2.1. Όρχεις	20
1.2.1. Επιδιδυμίδα	20
1.2.3. Σπερματικός πόρος και σπερματοδόχος κύστη	20
1.2.4. Προστάτης	21
1.2.5. Ουρήθρα	21
1.2.6. Πέος.....	21
Κεφάλαιο 2	
Η Σεξουαλική συμπεριφορά των δυο φίλων και διαπαιδαγώγηση	22
2.1. Σκοπός της σχέση	22
2.2. Η Ερωτική πράξη	23
2.3. Σεξουαλική διαπαιδαγώγηση	24
2.3.1. Ορισμός	24
2.3.2. Περιεχόμενο της σεξουαλικής αγωγής.....	25
2.3.3. Μέσα διδασκαλίας και ενημέρωσης.....	27
2.3.4. Οικογένεια και Εκπαιδευτές.....	27
2.3.5. Φορείς.....	29

2.3.5.i. Κυβερνητικοί.....	29
2.3.5. ii. Μη κυβερνητικοί.....	30
2.3.6. Όφελος.....	31
2.3.7. Η κατάσταση στη χώρα μας	31

Κεφάλαιο 3

Σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (Σ.Μ.Ν.).....	33
3.1. Ιστορικό των Σ.Μ.Ν.	33
3.2. Ορισμός	34
3.3. Ταξινόμηση.....	34
3.4. Συμπτωματολογία.....	35
3.5. Εργαστηριακή διάγνωση	35
3.6. Παράγοντες κινδύνου για τα Σ.Μ.Ν.....	35
3.6.1.Πρώιμη έναρξη των σεξουαλικών σχέσεων.....	35
3.6.2. Πολλαπλοί ερωτικοί σύντροφοι	36
3.6.3. Η άρνηση χρήσης προφυλακτικού	36
3.6.4. Η κακή υγιεινή του γεννητικού συστήματος.....	36
3.6.5. Ομοφυλοφιλία	37
3.6.6. Χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών.....	37
3.6.7. Χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο	38
3.7. Έφηβοι :ομάδα υψηλού κινδύνου.....	38
3.8. Μέτρα για τον έλεγχο των αφροδισιακών νοσημάτων.....	38

Κεφάλαιο 4

Βακτηριακές λοιμώξεις	40
4.1. Σύφιλη	40
4.1.1. Ιστορία της σύφιλης.....	40
4.1.2 Ορισμός	41
4.1.3. Τρόπος μετάδοσης.....	41
4.1.4. Συμπτωματολογία.....	43
4.1.5. Επιδημιολογία	43
4.1.6. Σταδιοποίηση.....	44
4.1.6.i Πρωτογόνος σύφιλη	45
4.1.6.ii. Δευτερογόνος σύφιλη.....	46
4.1.6. iii. Λανθάνουσα σύφιλη	48
4.1.6. iv. Τριτογόνος σύφιλη	49

4.1.6. v. Συγγενής σύφιλη.....	50
4.1.6.vi Ενδημική σύφιλη.....	51
4.1.7 Εργαστηριακή διάγνωση.....	51
4.1.8. Θεραπεία.....	52
4.1.9. Παρακολούθηση.....	53
4.2 Βλεννόρροια	54
4.2.1. Ιστορία της βλεννόρροιας.....	54
4.2.2. Αιτιολογία και παθογένεια	54
4.2.3. Τρόπος μετάδοσης.....	55
4.2.4. Προδιαθεσικοί παράγοντες	56
4.2.5 Συμπτωματολογία.....	56
4.2.5.i. Συμπτωματολογία στον άντρα	56
4.2.5.ii. Συμπτωματολογία στη γυναίκα.....	57
4.2.6. Επιπλοκές	58
4.2.6.i. Επιπλοκές στον άνδρα.....	58
4.2.6 ii Επιπλοκές στη γυναίκα.....	59
4.2.7. Επιδημιολογία.....	59
4.2.8. Άλλες θέσεις εντόπισης της βλεννόρροιας.....	60
4.2.9. Διάγνωση	61
4.2.10. Διαφορική διάγνωση	61
4.2.11. Εργαστηριακές εξετάσεις	62
4.2.12. Θεραπεία.....	63
4.3. Μη γονοκοκκινή ουρηθρίτιδα	64
4.3.1. Ορισμός	64
4.3.2. Συμπτωματολογία.....	64
4.3.3. Επιδημιολογία.....	65
4.3.4. Αιτιολογία.....	65
4.3.5. Εργαστηριακή διάγνωση	65
4.3.6. Θεραπεία.....	66
4.3.7. Διαφορική διάγνωση	66
4.3.8. Επιπλοκές	67
4.4. Χλαμύδια	67
4.4.1. Ορισμός	67
4.4.2. Επιδημιολογία.....	68

4.4.3. Τρόπος μετάδοσης.....	68
4.4.4. Συμπτωματολογία	68
4.4.5. Λοιμώξεις του γεννητικού συστήματος από C. Trachomatis.....	69
4.4.5 i. Στους άνδρες.....	69
4.4.5. ii. Στις γυναίκες	69
4.4.5. iii. Στα νεογνά και βρέφη	70
4.4.6. Εργαστηριακή διάγνωση	70
4.4.7. Θεραπεία.....	71
4.5. Αφροδίσιο λεμφοκοκκίωμα	71
4.5.1 Ορισμός	71
4.5.2. Τρόπος μετάδοσης.....	72
4.5.3. Συμπτωματολογία.....	72
4.5.4. Επιδημιολογία.....	72
4.5.5. Εργαστηριακή διάγνωση	72
4.5.6. Διαφορική διάγνωση	73
4.5.7. Θεραπεία.....	73
4.5.8. Επιπλοκές	74
4.6. Βουβωνικό κοκκίωμα	74
4.6.1. Ορισμός	74
4.6.2. Συμπτωματολογία.....	75
4.6.3. Επιδημιολογία.....	75
4.6.4. Εργαστηριακή διάγνωση	76
4.6.5. Διαφορική διάγνωση	76
4.6.6. Θεραπεία.....	76
4.6.7. Επιπλοκές	76
4.7. Μαλακό έλκος	77
4.7.1. Ορισμός	77
4.7.2. Τρόπος μετάδοσης.....	77
4.7.3. Συμπτωματολογία.....	78
4.7.4. Εντόπιση.....	78
4.7.5. Επιδημιολογία.....	78
4.7.6. Εργαστηριακή διάγνωση	78
4.7.7. Διαφορική διάγνωση	79
4.7.8. Θεραπεία.....	79

4.8 Βακτηριακή κολπίτιδα ή αιδιοκολπίτιδα.....	80
4.8.1. Ορισμός	80
4.8.2. Αιτιολογία.....	81
4.8.3. Συμπτωματολογία.....	81
4.8.4. Διάγνωση	81
4.8.5. Θεραπεία.....	82
4.9. Τριχομονάδωση.....	82
4.9.1. Ορισμός	82
4.9.2. Τρόπος μετάδοσης.....	83
4.9.3. Συμπτωματολογία.....	83
4.9.4. Επιδημιολογία.....	83
4.9.5. Διάγνωση	83
4.9.6. Θεραπεία.....	84
4.9.7. Επιπλοκές	84
4.10. Μυκόπλασμα	84
4.10.1. Ορισμός	84
4.10.2. Νόσοι από μυκοπλάσματα γεννητικής περιοχής.....	85
4.10.3. Εργαστηριακή διάγνωση	85
4.10.4. Θεραπεία.....	85
Κεφάλαιο 5	
Ιογενείς Λοιμώξεις	87
5.1 HPV –Κονδυλώματα	87
5.1.1. Εισαγωγή	87
5.1.2. Ορισμός	88
5.1.3. Τρόπος μετάδοσης.....	88
5.1.4. Συμπτωματολογία.....	88
5.1.5. Επιδημιολογία.....	89
5.1.6. Προδιαθεσικοί παράγοντες.....	90
5.1.7. Εργαστηριακές εξετάσεις	91
5.1.8. Διαφορική διάγνωσης.....	92
5.1.9. Θεραπεία.....	92
5.1.9.i. Είδη θεραπείας	93
5.1.9.ii. Παράγοντες επιλογής θεραπείας	93
5.1.10. Επιπλοκές	93

5.2 Έρπης γεννητικών οργάνων	93
5.2.1. Ιστορικό	93
5.2.2. Ορισμός	94
5.2.3. Τρόπος μετάδοσης	95
5.2.4. Παράγοντες κινδύνου	95
5.2.5. Συμπτωματολογία.....	95
5.2.5.i Πρώτο επεισόδιο της νόσου	95
5.2.5.ii Υποτροπιάζοντα επεισόδια	96
5.2.6. Κύηση και έρπης γεννητικών οργάνων	97
5.2.7. Επιδημιολογία.....	98
5.2.8. Εργαστηριακός έλεγχος.....	98
5.2.9. Διαφορική διάγνωση	99
5.2.10. Προληπτικά μέτρα.....	99
5.2.11. Θεραπεία.....	99
5.2.12. Επιπλοκές	100
5.3. Ιογενείς ηπατίτιδες τύπου Β και C	101
5.3.1. Εισαγωγή	101
5.3.2. Ηπατίτιδα Β	101
5.3.2.i. Ορισμός	101
5.3.2.ii. Τρόπος μετάδοσης.....	102
5.3.2.iii. Συμπτωματολογία	103
5.3.2. iv.Επιδημιολογία	104
5.3.2.v. Εργαστηριακή διάγνωση	104
5.3.2.vi.Προληπτικά μέτρα.....	105
5.3.2.vii. Θεραπεία	105
5.3.2.viii. Επιπλοκές	106
5.3.3. Ηπατίτιδα C	106
5.3.3.i Ορισμός.....	106
5.3.3.ii. Τρόπος μετάδοσης.....	106
5.3.3.iii. Συμπτωματολογία	107
5.3.3.iv.Επιδημιολογία	107
5.3.3.v. Εργαστηριακή διάγνωση	108
5.3.3.vi.Προληπτικά μέτρα.....	108
5.3.3.vii. Θεραπεία	108

5.3.3.viii. Επιπλοκές.....	108
5.3.3. ix. Νοσηλευτική φροντίδα.....	110
5.4 Μολυσματική τέρμινθος.....	110
5.4.1. Ορισμός	111
5.4.2. Τρόπος μετάδοσης.....	111
5.4.3. Επιδημιολογία.....	111
5.4.4. Συμπτωματολογία.....	111
5.4.5 Διάγνωση	112
5.4.6. Διαφορική διάγνωση	112
5.4.7. Θεραπεία.....	113
Κεφάλαιο 6	
Παρασιτικές και Μυκητιασικές Λοιμώξεις.....	114
6.1 Ψώρα.....	114
6.1.1. Ορισμός	114
6.1.2. Ιστορία της ψώρας.....	114
6.1.3. Τρόπος μετάδοσης.....	115
6.1.4. Προδιαθεσικοί παράγοντες.....	116
6.1.5. Διάγνωση	116
6.1.6. Θεραπεία.....	116
6.1.7. Μέτρα προφύλαξης	116
6.2 Φθειρίαση του εφηβαίου	117
6.2.1. Ορισμός	117
6.2.2. Τρόπος μετάδοσης.....	117
6.2.3. Επιδημιολογία.....	117
6.2.4. Συμπτωματολογία.....	117
6.2.5. Διάγνωση	118
6.2.6. Διαφορική διάγνωση	119
6.2.7. Θεραπεία.....	119
6.3. Μονιλίαση ή μυκητίαση κολπίτιδα	119
6.3.1 Ορισμός	119
6.3.2. Προδιαθεσικοί παράγοντες.....	120
6.3.3. Επιδημιολογία.....	121
6.3.4. Συμπτωματολογία.....	121
6.3.5. Διάγνωση	121

6.3.6. Διαφορική διάγνωση.....	122
6.3.7. Θεραπεία.....	122

Κεφάλαιο 7

Σύνδρομο επίκτητης ανοσοποιητικής ανεπάρκειας (AIDS)

7.1. Ιστορικό.....	124
7.2. Ορισμός.....	124
7.3. Τρόπος μετάδοσης.....	125
7.3.1. Μεταδίδεται.....	125
7.3.2. Δεν μεταδίδεται.....	126
7.4. Ομάδες υψηλού κινδύνου.....	126
7.5. Συμπτωματολογία.....	126
7.5.1. Πρωτογενή λοίμωξη.....	127
7.5.2. Φάση ασυμπτωματικής λοίμωξης.....	127
7.5.3. Φάση συμπτωματικής λοίμωξης.....	127
7.5.4. Φάση της ανοσοκαταστολής (πλήρες AIDS).....	128
7.6. Επιδημιολογία.....	128
7.7. Ευκαιριακές εξετάσεις.....	129
7.8.Εργαστηριακές εξετάσεις.....	130
7.9. Διαφορική διάγνωση.....	131
7.10. Θεραπεία.....	132
7.11 Νοσηλευτική φροντίδα.....	132
7.11.1. Σκοποί νοσηλευτικής φροντίδας.....	132
7.11.2 Νοσηλευτική παρέμβαση.....	132
7.12. Ψυχολογικές και ψυχιατρικές διαταραχές.....	138
7.13. Ενημέρωση και παροχή συμβουλών στους ασθενείς με νόσο HIV.....	140
7.14.Υγειονομική εκπαίδευση και πρόληψη της μετάδοσης του HIV.....	141
7.15. Σχέση της HIV λοίμωξης με τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.....	143

Κεφάλαιο 8

Πρόληψη και μέτρα προστασίας από τα Σ.Μ.Ν.	144
8.1. Εισαγωγή.....	144
8.2. Στρατηγική ελέγχου των Σ.Μ.Ν. και υπηρεσίες υγείας.....	145
8.3. Ενημέρωση και παροχή συμβουλών από τον λειτουργό υγείας.....	146
8.4. Μέτρα προστασίας από τα Σ.Μ.Ν.	148

8.4.1. Ανδρικό προφυλακτικό	148
8.4.1.i. Πλεονεκτήματα	149
8.4.1.ii. Μειονεκτήματα.....	150
8.4.2. Γυναικείο προφυλακτικό	151
8.4.2.i. Πλεονεκτήματα	151
8.4.2.ii. Μειονεκτήματα.....	152
8.4.3.Καλλύματα τραχήλου-διάφραγμα	152
8.4.3.i. Πλεονεκτήματα	153
8.4.3.ii. Μειονεκτήματα.....	153
8.4.4. Σπερματοκτόνα-αντισηπτικά.....	155
8.4.4.i. Πλεονεκτήματα	155
8.4.4.ii. Μειονεκτήματα.....	156

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Διεξαγωγή έρευνας.....	158
Αντικείμενο και κριτήρια επιλογής.....	158
Είδος έρευνας.....	159
Τεχνική και μέσα συλλογής πληροφοριών.....	160
Ερωτηματολόγιο.....	160
Δυσκολίες και περιορισμοί κατά την ερευνητική διαδικασία.....	161
Μεθοδολογία ανάλυσης δεδομένων.....	161
Παρουσίαση των αποτελεσμάτων.....	162
Στατιστική ανάλυση του ερωτηματολογίου.....	162
Συζήτηση αποτελεσμάτων της έρευνας-πορίσματα.....	177
Συμπεράσματα –Προτάσεις	181
Περίληψη	183
Summary	184
Βιβλιογραφία	185
Παράρτημα	192

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Οι συνέπειες ενός προβλήματος ή μιας κατηγορίας νοσημάτων μπορούν να σταθμιστούν με βάση τη θνησιμότητα ή τη νοσηρότητα, αλλά η σύγχρονη τάση είναι να αξιολογούνται με βάση τον επηρεασμό της ποιότητας της ζωής. Με το κριτήριο αυτό, οι συνέπειες των αφροδίσιων νοσημάτων είναι πολύ σημαντικότερες από αυτές πολλών συχνότερων ή βαρύτερων νοσημάτων, αφού η παρουσία τους επηρεάζεται την ποιότητα ζωής και συνδυάζεται με αισθήματα ευχής και ευθύνης.

Τα Σ.Μ.Ν. αποτελούν μείζον πρόβλημα Δημόσιας Υγείας σε παγκόσμια κλίμακα. Κατέχουν μια από τις υψηλότερες θέσεις στους δείκτες νοσηρότητας και οι συνέπειες τους, όπως ο θάνατος, η στειρώση, η νεογνική νοσηρότητα, η ανάπτυξη καρκίνου ή η ευοδωτική επίδραση σε άλλες λοιμώξεις έχουν καταστροφικές επιπτώσεις σε εκατομμύρια ανθρώπων. Η εμφάνιση της HIV λοίμωξης και η ραγδαία επέκτασή της υπογράμμισαν με μεγαλύτερη ένταση την αναγκαιότητα ελέγχου των Σ.Μ.Ν. Η διαπίστωση της διευκόλυνσης της μόλυνσης από HIV τόσο από τα ελκωτικά, όσο και από τα φλεγμονώδη σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, αποκάλυψε τη στενή συσχέτιση της HIV και των άλλων σεξουαλικά μεταδιδόμενων λοιμώξεων.

Έτσι η επιμονή και προσήλωση στους στόχους, η διεύρυνση των προγραμμάτων παρέμβασης και ο εμπλουτισμός των μεθόδων προσέγγισης διαφορετικών πληθυσμών και ομάδων-στόχων θεωρούνται απαραίτητες προϋποθέσεις για τη βελτίωση των αποτελεσμάτων στην πρόληψη των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Με την είσοδο της γυναίκας στην αναπαραγωγική περίοδο αυξάνονται οι κίνδυνοι λοίμωξης του γεννητικού συστήματος. Οι κίνδυνοι εμφάνισης σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων είναι ανάλογοι των προφυλάξεων που παίρνονται κατά τη διάρκεια της επαφής και σαφώς συνυφασμένοι με τον αριθμό των επαφών και τη συχνότητα της αλλαγής συντρόφων.

Σαν σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα θεωρούμε μια ομάδα από ασθενείς που μεταδίδονται με την σεξουαλική επαφή και δημιουργούν φλεγμονές στα γεννητικά όργανα των ανδρών και των γυναικών.

Εμφανίζονται συχνά στην εφηβική ηλικία και στα πρώτα στάδια της ώριμης ηλικίας (16-24 ετών) αφού σ' αυτές τις φάσεις ζωής έχουμε τη μεγαλύτερη σεξουαλική δραστηριότητα ή την μικρότερη πληροφόρηση. (Μιτάκης, 2007)

Σύμφωνα με τις εκτιμήσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (World Health Organization, WHO), ο αριθμός των κρουσμάτων των κυριότερων ιάσιμων STDS (Σύφιλη, γονοκοκκικές, γλαμυδιακές και τριχομοναδικές λοιμώξεις) στον σεξουαλικά ενεργό πληθυσμό ανήλθε το 1999 και στα 340.000.000. Ο κύριος όγκος των λοιμώξεων αυτών εντοπίζεται στις χώρες της Λατινικής Αμερικής, της κάτω Σαχάρας Αφρικής και της Νοτιοανατολικής Ασίας (Παπαρίζος Α. και Κυριαζής Κ. 2003).

Τα μικροβιακά ΣΜΝ όπως η βλεννόρροια, η σύφιλη, το μαλακό έλκος, το βουβονικό κοκκίωμα και το αφροδίσιο λεμφοκοκκίωμα θεραπεύονται εύκολα με αντιμικροβιακή αγωγή. Αντίθετα, τα ιογενή ΣΜΝ όπως αυτά που προκαλούνται από τον ιό της ανοσοανεπάρκειας του ανθρώπου (HIV), τον ιό των θηλωμάτων του ανθρώπου (HPV) και τον ιό του απλού έρπητα τύπου 2 (HSV-2) είναι χρόνιες, ανίατες λοιμώξεις που χαρακτηρίζονται από παρατεταμένη απόπτωση ιών και δυνατότητα μόλυνσης του ερωτικού συντρόφου. Οι λοιμώξεις αυτές δεν θεραπεύονται με **αντιϊκή** αγωγή. Σχεδόν όλα τα σεξουαλικά ενεργά άτομα διατρέχουν κίνδυνο να προβληθούν από τα ιογενή ΣΜΝ. (Κατούλης Α. 2003).

Η πρόληψη αποτελεί την καλύτερη προσέγγιση στην αντιμετώπιση των ΣΜΝ. Οποιαδήποτε ενόχληση έστω και φαινομενικά ασήμαντη πρέπει να μας βάλει σε υποψία και να καταφεύγουμε στο γιατρό. Αυτό μόνο μπορεί να καταλάβει αν πρόκειται για μια ανώδυνη φαγούρα ή αφροδίσια ασθένεια. Η απόκρυψη για λόγους σεμνοτυφίας ή ντροπή βάζει σε κίνδυνο όχι μόνο τη δική μας υγεία αλλά και των

άλλων. Δεν υπάρχει λόγος να αισθάνεται κανείς ντροπή για το ότι έχει προσβληθεί από κάποιο ΣΜΝ. Αυτό που είναι αντικοινωνικό, ανόητο και επικίνδυνο για την κοινότητα και το άτομο είναι η αποφυγή αναζήτησης ιατρικής βοήθειας, όταν παρουσιαστούν συμπτώματα της ασθένειας (Υγεία, 1987).

Σκοπός της εργασίας μας είναι η ενημέρωση πάνω στην ανθρώπινη σεξουαλικότητα με τις χαρές και τις συνέπειες της, την οποία θεωρούμε αναγκαία, καθώς τα ΣΜΝ αφορούν όλους και κυρίως τους νέους που ανήκουν στην ομάδα με τον μεγαλύτερο κίνδυνο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Το γεννητικό σύστημα του ανθρώπου συνιστά ένα από τα κυριότερα συστήματα, γιατί μέσω αυτού αναπαράγεται και διαιώνίζεται το ανθρώπινο είδος. Στα πρώτα εμβρυϊκά στάδια είναι κοινό και για τα δύο φύλα. Αργότερα, κατά την 5^η -6^η εβδομάδα της κύησης το έμβρυο διαφοροποιείται σε άρρεν και θήλυ. Έτσι όταν το νεογνό γεννιέται, το φύλο του είναι πλήρως καθορισμένο. (Κρεατσάς Γ. 2003)

1.1 Το γεννητικό σύστημα της γυναίκας

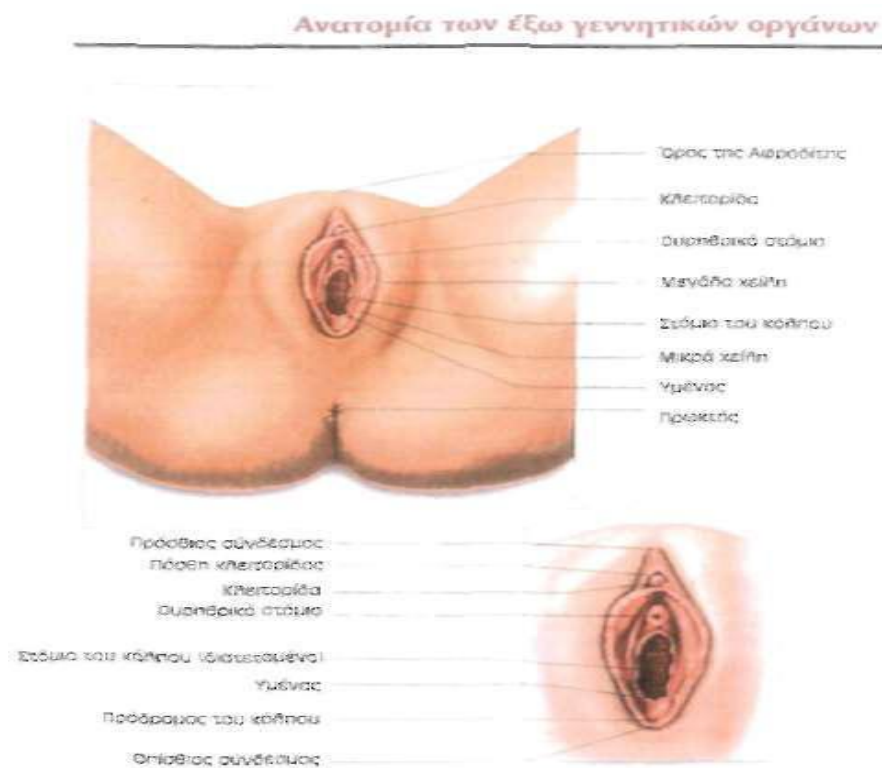
Το γεννητικό σύστημα της γυναίκας είναι εκείνο το σύστημα του οργανισμού της, που της εξασφαλίζει την αναπαραγωγή και τη διαίωσιση του είδους. Η φύση, άγνωστο για ποιο λόγο, έταξε η αποστολή του να είναι περιορισμένη. Να μπορεί να πραγματοποιηθεί από την ήβη ως την εμμηνόπαυση και για λίγες μόνο μέρες, εκείνες, που εξασφαλίζουν τις προϋποθέσεις της συνάντησης ωαρίου και σπερματοζωαρίου (Παπανικολάου Μ. και Παπανικολάου Α. 2005).

Στη γυναίκα τα γεννητικά όργανα είναι:

A) Τα εξωτερικά, δηλαδή το αιδοίο (τα μεγάλα και μικρά χείλη), η κλειτορίδα, οι βαρθολίνειοι αδένες στην είσοδο του κόλπου.

B) Τα εσωτερικά, που είναι η μήτρα, ο κόλπος, οι ωαγωγοί (σάλπιγγες) και οι ωοθήκες. Στην είσοδο του κόλπου στις παρθένες υπάρχει ένας υμένας (πτυχή βλεννογόνου), ο παρθενικός υμένας. (Ντολάτζας Θ. 2001).

1.1.1. Εξωτερικά γεννητικά όργανα



Εικόνα 1 (Παπαδημητρίου Χ. 2006)

1.1.1.i Αιδοίο

Αποτελεί το κατ' εξοχήν σεξουαλικό όργανο της γυναίκας. Αποτελείται από τα μεγάλα χείλη που καλύπτουν την κλειτορίδα, την ουρήθρα και τον κόλπο. Εκτείνεται από το ηβικό οστό μέχρι το περίνεο και καλύπτεται με τρίχες. Τα μικρά χείλη καλύπτουν την είσοδο του κόλπου και περιέχουν σμηγματογόνους αδένες.

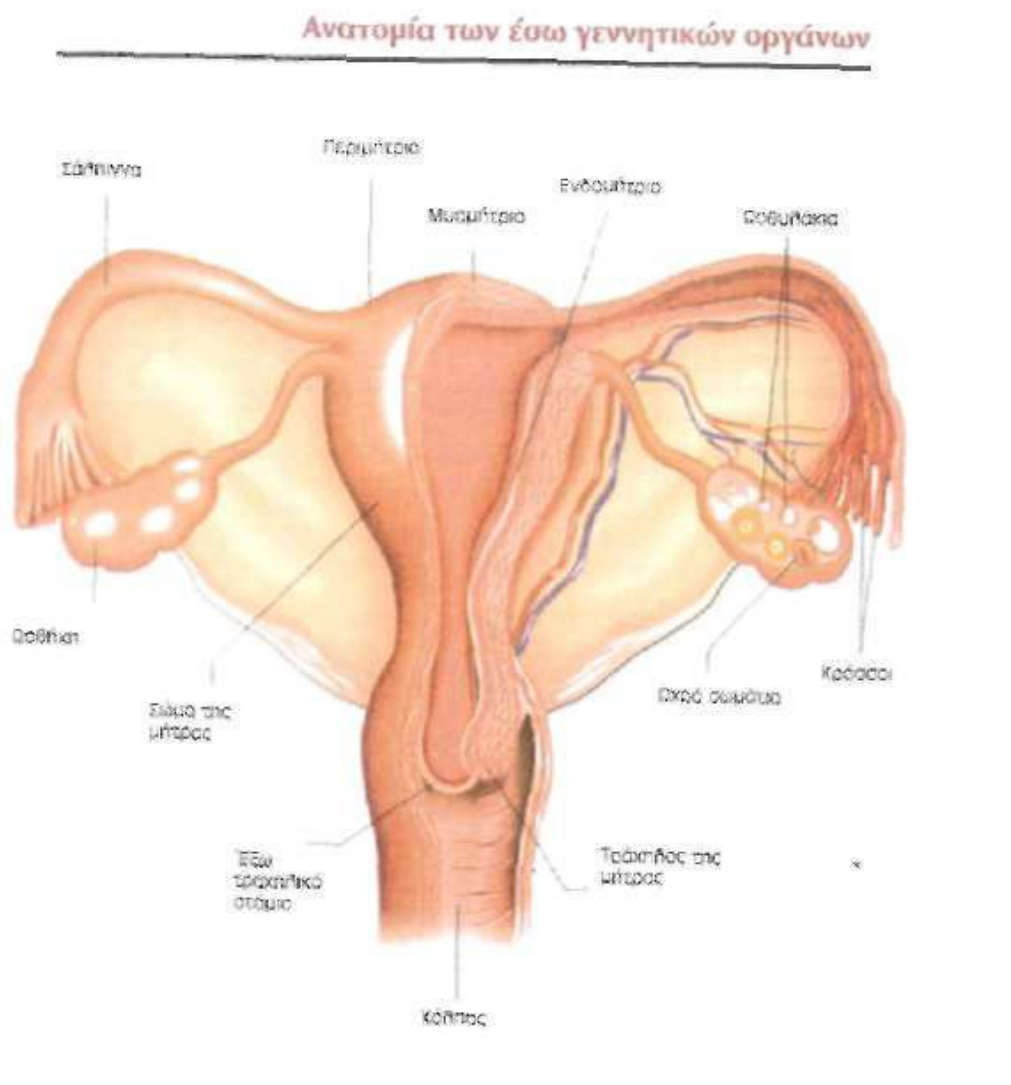
1.1.1 ii Κλειτορίδα

Η κλειτορίδα είναι το όργανο της ηδονής στη γυναίκα, βρίσκεται στο άνω μέρος του αιδοίου, μεταξύ τη ηβικής σύμφυσης και της ουρήθρας. Καλύπτεται από δέρμα και αποτελείται από στυτικό ιστό (όπως το πέος) και νεύρα. Όταν η γυναίκα διεγείρεται η βάλανος διογκώνεται και η κλειτορίδα είναι ορατή και προβάλλει. Η κλειτορίδα είναι κατ'εξοχήν όργανο της σεξουαλικής διέγερσης και του οργασμού στη γυναίκα.. (Ντολάτζας Θ. 2001)

1.1.1.iii Βαρθολίνιοι αδένες

Αυτοί είναι δύο μικροί στρογγυλοί και σε σχήμα φασολιού αδένες που βρίσκονται πίσω από τους βολβούς του προδρόμου, βαθιά κάτω από το πίσω μέρος των μικρών χειλέων εκκρίνουν ένα υγρό όταν η γυναίκα διεγερθεί σεξουαλικά προκειμένου να υγρανθεί η είσοδος του κόλπου και να δεχτεί πιο εύκολα το πέος. (Σοκοδήμος Α. 1992).

1.1.2 Εσωτερικά γεννητικά όργανα



Εικόνα 2 (Παπαδημητρίου Χ. 2006)

1.1.2.i Μήτρα

Η μήτρα είναι το βασικό όργανο για την εγκυμοσύνη και τον τοκετό. Σε μέγεθος και σχήμα μοιάζει με ένα ανάποδο αχλάδι και έχει τη δυνατότητα να διαστέλλεται εξαιρετικά, έτσι ώστε, κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, να μπορεί να προσαρμόζεται ανάλογα με τις διαστάσεις του εμβρύου που θα αναπτύσσεται. Πριν από την εγκυμοσύνη, η μήτρα βρίσκεται στην πύελο, ανάμεσα στην ουροδόχο κύστη και το ορθό έντερο. Στο τέλος της εγκυμοσύνης διαστέλλεται μέσα στην κοιλιακή κοιλότητα και φτάνει το στέρνο. Το χαμηλότερο τμήμα ή είσοδος της μήτρας είναι γνωστό ως τράχηλος. Πάνω απ' αυτόν βρίσκεται το κυρίως τμήμα της μήτρας, το οποίο ονομάζεται μητριαίο σώμα. Το ανώτερο τμήμα ονομάζεται πυθμένας της μήτρας. (Ντολάτζας Θ. 2005)

1.1.2. ii Κόλπος

Ο κόλπος είναι ένας μυϊκός σωλήνας μήκους 10cm περίπου που εκτείνεται μεταξύ της μήτρας και του αιδοίου. Τα τοιχώματα του κόλπου έχουν εσωτερικά πτυχές και τεντώνονται κατά τη συνουσία και γίνονται λεία. Υποδέχεται το πέος κατά τη συνουσία και η παρουσία του, εκτός από την επαφή, είναι απαραίτητη για την γονιμοποίηση και το φυσιολογικό τοκετό. (Κρεατσάς Γ. 2003)

1.1.2. iii Ωαγωγοί (Σάλπιγγες)

Είναι μωδές λεπτοί σωλήνες, μήκους περίπου 11-14 cm. Μεταφέρουν το ωάριο προς συνάντηση του σπερματοζωαρίου. Η γονιμοποίηση λαμβάνει χώρα μέσα στην λήκυθο αυτής. Οι σάλπιγγες έχουν περισταλτικότητα, της οποίας η συχνότητα και η διάρκεια βρίσκεται κάτω από την επίδραση των ορμονών των ωοθηκών. (Τοκμακίδης Π. 1999)

1.1.2 iv Ωοθήκες

Είναι δυο αμυγδαλωτά σωμάτια στα πλάγια της πυελικής κοιλότητας, που έχουν μεγαλύτερη διάμετρο 5cm. Είναι βαθιά μέσα στην πύελο και προστατεύονται μ' αυτό τον τρόπο από πιθανή κάκωση ή τραυματισμό. Οι ωοθήκες παράγουν ωάρια και ορμόνες.(Τσακρακλίδης Θ. 1999)

1.1.2.v Παρθενικός Υμένας

Είναι λεπτή μεμβράνη από συνδετικό ιστό, που καλύπτεται από πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο και από τις δυο επιφάνειές της, και περιβάλλει το στόμιο του κόλπου έχοντας προς τα πάνω την κάτω επιφάνεια του τοιχώματος της ουρήθρας και προς τα κάτω το σκαφοειδή βάθρο. (Παπανικολάου Ν. και Παπανικολάου Α. 2005)

1.2 Το γεννητικό σύστημα του άνδρα

Το γεννητικό σύστημα του άνδρα αποτελείται:

- A) Από τους όρχεις, που παράγουν το σπέρμα και τις ανδρικές ορμόνες.
- B) Την επιδιδυμίδα, το σπερματικό πόρο, τη σπερματοδόχο κύστη, που μεταφέρουν και αποθηκεύουν το σπέρμα.
- Γ) Τον προστάτη και την ουρήθρα, που διοχετεύουν το σπέρμα κατά την συνουσία μέσα στον κόλπο.
- Δ) Το πέος, που είναι το ανδρικό όργανο της σεξουαλικής πράξης. (Ντολάτζας Θ. 2005).

1.2.1 Όρχεις

Οι όρχεις είναι δυο και φυσιολογικά κρέμονται στα πλάγια της ρίζας του πέους, ο αριστερός μάλιστα βρίσκεται σε χαμηλότερη θέση από το δεξιό. Το βάρος κάθε όρχι είναι 25γρ. περίπου και το σχήμα του είναι ελλειψοειδές και αποπλατυσμένο. Ο όρχις λειτουργεί ως ενδοκρινής αδένας, παράγοντας την τεστοστερόνη (ορμόνη του άνδρα) και αφετέρου παράγει τα σπερματοζωάρια, τα οποία αποτελούν το έκκριμα του όρχεως. (Κρεατσάς Γ. 2003).

1.2.2 Επιδιδυμίδα

Είναι μια κατασκευή στο επάνω μέρος του όρχι που έχει σχήμα κόμματος. Χρησιμεύει για την αποθήκευση του σπέρματος. Ο πόρος της επιδιδυμίδας συνεχίζεται τελικά στον ευθύ σπερματικό πόρο. (Νικηφόρος Ν. 1993)

1.2.3.Σπερματικός πόρος και σπερματοδόχος κύστη

Ο σπερματικός πόρος αρχίζει από την επιδιδυμίδα, περνάει μέσα από το βουβωνικό σωλήνα και εισέρχεται στην κοιλότητα της λεκάνης, όπου κινείται στα πλάγια της ουροδόχου κύστης, που λέγεται σπερματοδόχος κύστη. Αυτή βρίσκεται

στο πάνω μέρος του προστάτη και κάτω από την ουροδόχο κύστη. (Ντολάτζας Θ. 2005)

1.2.4 Προστάτης

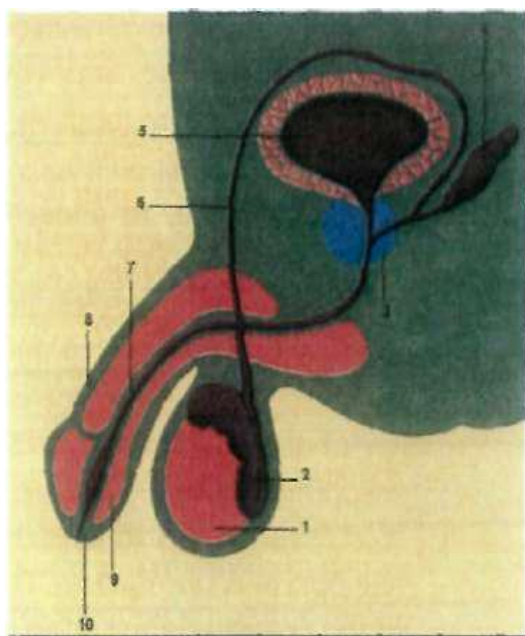
Είναι ένας αδένας τον οποίο διαθέτει μόνο ο άνδρας. Είναι τοποθετημένος μεταξύ ηβικής σύμφυσης και ορθού, κάτω από την ουροδόχο κύστη. Μετά το 50^ο έτος της ηλικίας συχνά υπερτρέφεται και προκαλεί δυσκολία στην ούρηση. Το έκκριμα του προστάτη (σπερμίνη) δίνει χαρακτηριστική οσμή στο σπέρμα, ενώ παράλληλα διεγείρει και δυναμώνει τα σπερματοζωάρια. (Κρεατσάς Γ. 2003)

1.2.5 Ουρήθρα

Η ανδρική ουρήθρα είναι ανοιγμένη από εμπρός. Έχει δυο λειτουργίες: διέλευση των ούρων και του σπέρματος. Ως προς τη διέλευση του σπέρματος διαφέρει από την γυναικεία ουρήθρα: στο τμήμα της κοντά στην κύστη περιβάλλεται από αδένες. Τα εκκρίματα του είναι βασικά συστατικά του σπέρματος. Το τελικό τμήμα της βρίσκεται μέσα στο όργανο της συνουσίας. (Νικηφόρος Ν. 1993)

1.2.6 Πέος

Είναι ένα αγγειοβριθές όργανο μήκους 10-15cm πλούσιο σε στυτικό ιστό. Παρουσιάζει 3 μέρη: τη ρίζα, το σώμα και τη βάλανο. Το δέρμα που καλύπτει το πέος λέγεται ποσθή και το τμήμα του που καλύπτει τη βάλανο λέγεται ακροποσθία. Συχνά η ακροποσθία περιβάλλει σφιχτά τη βάλανο και δεν την αφήνει να προβάλλει κατά τη στύση του πέους. (Τσακρακλίδης Β. 1999)



1. Όρχις
2. Επιδιδυμίδα
3. Προστάτης
4. Σπερματοδόχος κύστη
5. Ουροδόχος κύστη
6. Σπερματικός πόρος
7. Ουρήθρα
8. Πέος
9. Βάλανος
10. Έξω στόμιο ουρήθρας.

Εικόνα 3. (Κρεατσάς Γ. 2003)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Η ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΤΩΝ ΔΥΟ ΦΥΛΩΝ ΚΑΙ ΔΙΑΠΑΙΔΑΓΩΓΗΣΗ

Ο άνθρωπος σε ότι αφορά τη σεξουαλική λειτουργία, παρουσιάζει σημαντικές διαφορές από τα άλλα ανώτερα ζώα. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι η σεξουαλική επαφή δεν πραγματοποιείται μόνο από ένστικτο, ως αντανακλαστικό σε οπτικά και οσφρητικά ερεθίσματα όπως στα ζώα, αλλά απαιτεί και τη συμμετοχή του ατόμου μέσα από μαθησιακούς παράγοντες και την εφαρμογή τεχνικών οι οποίες τελειοποιούνται με την πάροδο του χρόνου. Η σεξουαλικότητα αναπτύσσεται αμέσως μετά τη γέννηση του ανθρώπου και αποτελεί μια πτυχή της προσωπικότητάς του, η οποία ολοκληρώνεται μέσα από τη διανοητική, κοινωνική, συναισθηματική και πνευματική ανάπτυξή του.

Σχετικά με την ταυτότητα του φύλου και τις διαδικασίες διαμόρφωσης της σεξουαλικότητας υπάρχουν ακόμα αρκετά σημεία τα οποία δεν έχουν διευκρινιστεί. Χωρίς να σημαίνει ότι αυτό οφείλεται στην έλλειψη ενδιαφέροντος από την πλευρά της επιστήμης, όσο στο γεγονός ότι στο ασυνείδητο υπάρχει σωρεία απαγορεύσεων. (Κρεατσάς Γ.2003)

2.1 Σκοπός της σχέσης

Όλα τα είδη ζώων ζευγαρώνουν από ένστικτο με σκοπό την αναπαραγωγή του είδους. Στον άνθρωπο, εκτός του ότι είναι σε θέση να συγκροτήσει το ένστικτο, η σεξουαλική σχέση τείνει να ικανοποιήσει και άλλες απαιτήσεις, όπως να εκφράσει συγκεκριμένα την αγάπη του στο ταίρι του η απλά την επιθυμία της ηδονής.

Ο πρώτος τύπος σχέσης είναι αυτός της αναπαραγωγής. Σχετικά με αυτό τον τύπο σχέσεων οι κυβερνήσεις διαφόρων κρατών τον ενθαρρύνουν ή τον αποτρέπουν σύμφωνα με τον πληθυσμό που υπάρχει σε μια συγκεκριμένη περίοδο (δημογραφικό πρόβλημα). Εκτός από την τεκνοποίηση, η σεξουαλική σχέση είναι ένα μέσο που χρησιμοποιεί το ζευγάρι για να εκφράσει αμοιβαία την αγάπη του. Ακόμα και οι διάφορες θρησκείες παραδέχονται σαν ηθικά θεμιτά και αναγκαία την ολοκληρωμένη σεξουαλική επαφή στα πλαίσια όμως του γάμου.

Ένας άλλος τύπος σεξουαλικών σχέσεων είναι αυτός που στοχεύει αποκλειστικά στη διασκέδαση στην αναζήτηση της ηδονής για την ίδια την ηδονή, για να δοκιμάσουμε την καθαρά σωματική και συναισθηματική ευχαρίστηση που

προέρχεται από μια ολοκληρωμένη σεξουαλική εμπειρία με ασυνήθιστο ταίρι ή σε ιδιαίτερες περιπτώσεις. (Υγεία 1987)

2.2 Ερωτική πράξη

Η ερωτική πράξη είναι από τα πιο δυνατά πράγματα στην ανθρώπινη φύση. Είναι φυσιολογικό να θέλουμε να δυναμώσουμε την αγάπη με το να κάνουμε έρωτα. Επίσης είναι όμως φυσικό να θέλουμε να κάνουμε έρωτα χωρίς να έχουμε μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη αλλά και χωρίς να κολλήσουμε ένα σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα. (Κατρίνης Μ. 2008)

Για να ξεκινήσει η ερωτική πράξη, θα πρέπει να διεγερθούν τα αισθητήρια όργανα (ακοή, αφή, όσφρηση όραση) ένα βλέμμα, ένα χαμόγελο, ένα γλυκός λόγος, ένα χαϊδεμα, μετατρέπονται σε ερωτικούς ερεθισμούς, που προκαλούν έκκριση ορμονών, με αποτέλεσμα την διέγερση, την έλξη και την ερωτική πράξη.

Η ερωτική πράξη (συνουσία) αποτελείται από 2 φάσεις: την εκούσια φάση διέγερσης, που μπορούμε πλέον και την ελέγχουμε, και την ακούσια φάση, που δεν μπορούμε πλέον να την ελέγξουμε. Η εκούσια φάση περιλαμβάνει τα χάρδια, τα φιλιιά, τις παλινδρομικές κινήσεις των οργάνων και του σώματος. Η ακούσια φάση περιλαμβάνει τον οργασμό και την εκσπερμάτιση στον άνδρα και τον οργασμό στη γυναίκα. Μετά τον οργασμό ακολουθεί μια φάση χαλάρωσης που συνοδεύεται από ύπνο.

Οι φάσεις αυτές διαφέρουν από άτομο σε άτομο και δεν είναι πάντα τελείως ξεκάθαρες η μια από την άλλη. Ωστόσο και στα δυο φύλα μπορεί να ανασταλούν από κάποια ψυχικά ή φυσικά ερεθίσματα, όπως σκέψεις, αλλαγή στάσης, θόρυβο, μουική κράμπα. (Στρατηγού Ι. 2004)

Η γυναικεία συμπεριφορά και διαθεσιμότητα υπαγορεύεται από μια βαθύτερη ανάγκη που είναι γραμμένη στο DNA. Ο βασικός σκοπός είναι να οδηγήσει το αρσενικό να αποκαλυφθεί. Έτσι ενστικτωδώς προκαλεί τις αντιδράσεις των ανδρών, μέχρις ότου βρει τον κατάλληλο για ερωτική συνάντηση με απώτερο σκοπό τη γονιμοποίηση και τη διατήρηση του ανθρώπινου είδους.

Το ερωτικό πάθος μοιάζει με ιδεοληπτική μανία, γιατί την περίοδο αυτή σκεφτόμαστε συνεχώς το αγαπημένη πρόσωπο, και με παραλήρημα, γιατί πιστεύουμε ότι το αντικείμενο του ερωτικού μας πόθους είναι το καλύτερο και ομορφότερο πλάσμα του κόσμου. (Ευαγγέλου Α. 2004)

Σεξουαλική αντίδραση στους άνδρες και στις γυναίκες	
Άνδρας	<ul style="list-style-type: none"> • Διεγείρεται περισσότερο με οπτικά ερεθίσματα (γυμνό) • Ο οργασμός διαρκεί ελάχιστα δευτερόλεπτα • Ο άνδρας επανέρχεται σύντομα μετά τον οργασμό • Ο άνδρας μετά τον οργασμό έχει ανερέθιστη περίοδο (εξαρτάται από την ηλικία)
Γυναίκα	<ul style="list-style-type: none"> • Διεγείρεται περισσότερο από πνευματικά ερεθίσματα (προσωπικότητα) • Ο οργασμός διαρκεί από δευτερόλεπτα μέχρι 1-2 λεπτά • Η γυναίκα επανέρχεται μετά από αρκετά λεπτά • Η γυναίκα έχει το πλεονέκτημα των πολλών οργασμών

Πίνακα1 (Ντολάτζας Θ. 2005)

2.3 Σεξουαλική Διαπαιδαγώγηση

Η εφηβεία είναι μια περίοδος στη ζωή του ανθρώπου γεμάτη βιολογικές, ανατομικές και ψυχολογικές αλλαγές που επιφέρουν ιδιαιτερότητες στην επιλογή της κατάλληλης αντισυλληπτικής μεθόδου για το κάθε άτομο ξεχωριστά. Η σύγχρονη Ελληνίδα παρουσιάζει νωρίτερα εμμηναρχή από ότι οι Ελληνίδες πριν από 20 χρόνια, γεγονός που την οδηγεί σε γρηγορότερη σεξουαλική ωρίμανση με επακόλουθο αυξημένους κινδύνους από την πρόωμη έναρξη σεξουαλικών σχέσεων (στην ηλικία των 16 και 17 ετών από διάφορες έρευνες), όπως την εγκυμοσύνη και τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Στην αύξηση των προαναφερθέντων κινδύνων συμβάλλει και η μέχρι τώρα ελλιπής ενημέρωση των νέων σε θέματα διαφυλικών σχέσεων από υπεύθυνους φορείς.

Θεωρούμε λοιπόν ότι η σωστή ενημέρωση γονέων, εκπαιδευτικών και παιδιών θα δημιουργήσει τις κατάλληλες βάσεις, οι οποίες θα τεθούν από την ίδια την οικογένεια και θα ενισχυθούν στο σχολείο από τους εκπαιδευτικούς.

Η πολιτεία, θέλοντας να συμβάλει ακόμα περισσότερο, δημιούργησε Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού, σε νοσοκομεία της χώρας και προσδοκά να προσφέρει καλύτερη και πληρέστερη ενημέρωση στα νέα ζευγάρια, ώστε να μπορούν να αποφασίσουν πότε θα δημιουργήσουν οικογένεια. (Κρεατσάς Γ. 2003)

2.3.1 Ορισμός

Η γενετήσια αγωγή αναφέρεται στις αρχές σύμφωνα με τις οποίες πραγματοποιείται η ενημέρωση του παιδιού ή του εφήβου πάνω στα θέματα των

γεννητικών λειτουργιών και η διαφώτισή του σχετικά με τη στάση που πρέπει να τηρείται όσον αφορά της παρορμήσεις του γενετήσιου ενστίκτου.

Οι σχέσεις των φύλων αναφέρονται και ως σεξουαλική διαπαιδαγώγηση. Η λέξη «σεξουαλισμός» είναι λατινική (sexualismus), αλλά ο όρος έχει επικρατήσει διεθνώς, έτσι ώστε στις περισσότερες γλώσσες η λέξη «sex» (φύλο του ατόμου) και τα παράγωγα της να καλύπτουν θέματα που αναφέρονται στις γενετήσιες σχέσεις.

Το θέμα της γενετήσιας αγωγής παρουσιάζει σήμερα πολλές αντιθέσεις και προκαλεί αρκετή σύγχυση. Η ευαισθησία γονέων και παιδιών και μερικές φορές οι αντίθετες απόψεις μεταξύ κρατους, κοινωνίας και θρησκείας προκαλούν τη μεγαλύτερη δυσκολία στην επιμόρφωση της νεολαίας σε θέματα γενετήσιας αγωγής. Η παρατήρηση αυτή βέβαια δεν μπορεί ούτε στο ελάχιστο να δικαιολογήσει την ανεπάρκεια συστηματικής εκπαίδευσης πάνω στα θέματα αυτά σε αρκετές χώρες, μεταξύ των οποίων και η δική μας. (Ντολάτζας Θ. 2005)

2.3.2 Περιεχόμενο της σεξουαλικής αγωγής

Κατά τη γνώμη μας τα θέματα, που θα έπρεπε να συμπεριλαμβάνει η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση, όπως αναπτύσσονται στη συνέχεια ,μαζί με την αναγκαιότητα για την ανάπτυξή τους, είναι τα εξής:

α) Ανατομία. Ειδικότερα για το κορίτσι, όπου η ανατομία των γεννητικών οργάνων δεν είναι τόσο εμφανής, χρειάζεται γνώση της διάπλασης του, γιατί η περιοχή στην οποία αναφερόμαστε, το υπογάστριο, είναι η κατεξοχήν περιοχή, όπου συντελούνται ένα σωρό διεργασίες που έχουν σχέση με την γυναίκα και τον βιολογικό της ρόλο. Το οποίο βασικό ρόλο παίζει η εξοικείωση με την ανατομική διάπλαση φαίνεται και από το εξής γεγονός: αρκετές ενήλικες γυναίκες έχουν ασαφή εικόνα η άγνοια για την γεννητική περιοχή του σώματός τους, γεγονός που τους δημιουργεί ανησυχία και ανασφάλεια.

Β) Λειτουργία. Πως λειτουργεί ο οργανισμός και ειδικότερα τα όργανα αναπαραγωγής. Ακόμη πως επιτυγχάνεται η αναπαραγωγή. Αυτή είναι απαραίτητη γνώση για το κάθε άτομο, ειδικότερα για το νέο άτομο, γιατί μπορεί να εμφανισθεί, ένα γεγονός, με το οποίο δεν έχει εξοικειωθεί, και να του δημιουργήσει φόρτιση. Χαρακτηριστικό παράδειγμα η πρώτη περίοδος της κοπέλας, ένα καταπληκτικό συμβάν, το οποίο χωρίς ενημέρωση- εξοικείωση μπορεί να δημιουργήσει τραύμα ψυχολογικό. Γεγονός πάντως είναι ότι το 50% των κοριτσιών και μετέπειτα των

ενηλίκων γυναικών έχουν ψυχολογική φόρτιση σ' ότι αφορά την περίοδο δεν την αποδέχονται.

Γ) Υγιεινή. Η πρακτική πλευρά του θέματος είναι αυτονόητη. Χαρακτηριστικά ας τονιστεί, ότι σε όσους ασχολούνται με την παιδική και εφηβική γυναικολογία είναι γνωστό, ότι η ηλικία αυτή χαρακτηρίζεται ως «υψηλού κινδύνου» για γεννητικές λοιμώξεις.

Δ) Αντισύλληψη. Από στατιστικές χωρών της Κεντρικής Ευρώπης αναφέρεται ότι 1/3 των κοριτσιών κάτω των 18 στην 1^η επαφή δεν χρησιμοποίησαν κανένα τρόπο σίγουρης προφύλαξης. Στοιχεία από τις ΗΠΑ σχετικά με αγόρια μόνο 28% χρησιμοποίησε προφυλακτικό κατά την τελευταία επαφή, 17% αφέθηκαν στην κρίση του κοριτσιού, για να πάρει τα μέτρα του. Άρα η σίγουρη αντισύλληψη είναι υπόθεση και των δύο φίλων.

Ε) Σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Πάνω σ' αυτά δεν χρειάζεται να επιμείνουμε για το πόσο χρειάζεται ενημέρωση ή όχι.

Ζ) Ανθρώπινες σχέσεις και επικοινωνία. Εδώ ας επιμείνουμε. Ένα βασικό πρόβλημα στις μέρες μας είναι ότι προβάλλεται περισσότερο απ' ότι θα έπρεπε μια «μηχανιστική» αντίληψη για το σεξ, για τη σεξουαλικότητα. Ότι ο έρωτας και η σεξουαλικότητα έχει άμεσα να κάνει με επικοινωνία, ότι είναι επικοινωνία, αυτό ίσως αφήνεται να το ανακαλύψουμε μόνοι μας. Έτσι όμως δημιουργείται μια πίεση πάνω στο άτομο, πάνω στον έφηβο, να «είναι καλός ή είναι καλή». Δημιουργείται ένα ανταγωνιστικό πλαίσιο, όπου η κάθε αποτυχία μεγεθύνεται. (Ταντανάσης Θ. και συν 1997)

Το περιεχόμενο της σεξουαλικής αγωγής
Α' Περιορισμένα προγράμματα (συνηθέστερα)
1.Ανατομία και φυσιολογία του αναπαραγωγικού συστήματος και υγιεινή της περιόδου. 2.Προφύλαξη από τα σεξουαλικών μεταδιδόμενα νοσήματα- περιγραφή του τοκετού.
Β' Ευρύτερα προγράμματα (σπανιότερα)
Η προηγούμενη ενημέρωση και επίσης κοινωνικές, ψυχολογικές και ηθικές προεκτάσεις των σεξουαλικών σχέσεων, προετοιμασία για υπεύθυνη σεξουαλική και αναπαραγωγή ζωή.
Γ' Ευρύτατα προγράμματα (μόνο στη Σουηδία και την πρώην Γιουγκοσλαβία)
Η προηγούμενη ενημέρωση καθώς και ενημέρωση για τις διαταραχές της σεξουαλικής συμπεριφοράς και τις αντισυλληπτικές μεθόδους.

Πίνακας 2 (Κρεατσάς Γ. 2003)

2.3.3 Μέσα διδασκαλίας και ενημέρωσης

Το βιβλίο είναι πλέον απαραίτητη πηγή, από την οποία ο έφηβος, θα πάρει τα στοιχεία που χρειάζεται. Στο βιβλίο αναφέρονται καταρχήν ορισμένες βασικές γνώσεις ανατομίας και φυσιολογίας του ανθρώπου, θέματα υγιεινής κ.α. Σε ειδικότερα κεφάλαια περιγράφονται λεπτομερέστερα ορισμένα θέματα. Η παρουσίαση του κειμένου με τη μορφή ερωτήσεων και απαντήσεων διεγείρει το ενδιαφέρον του εφήβου. Οι εικόνες, τέλος και τα σχήματα βοηθούν στην καλύτερη κατανόηση των αναφερόμενων λειτουργιών.

Ο περιοδικός τύπος τις περισσότερες φορές δεν ωφελεί τη διδασκαλία. Η ενημέρωση μέσα από ένα άρθρο περιοδικού ή εφημερίδας μπορεί να προκαλέσει σύγχυση στον έφηβο, αν δεν έχει λάβει προηγουμένως τις απαραίτητες βασικές γνώσεις.

Η τηλεόραση και ο κινηματογράφος βοηθούν θετικά, γιατί κεντρίζουν το ενδιαφέρον για αναζήτηση πληροφοριών. Ορισμένες φορές όμως, όταν οι ταινίες δεν ενημερώνουν σωστά, δημιουργούνται ερωτηματικά που προβληματίζουν τα παιδιά. Κατάλληλη μέθοδος διδασκαλίας του μαθήματος θεωρείται η προβολή μιας καλής ταινίας και στη συνέχεια η συζήτηση πάνω σε αυτή. Προϋπόθεση βέβαια γι' αυτό είναι η ολοκλήρωση της προηγούμενης σειράς μαθημάτων στα βασικά θέματα, ώστε να μην προκύπτουν παρανοήσεις.

Στο σχολείο τέλος πρέπει να χρησιμοποιούνται εικόνες, σχεδιαγράμματα, χάρτες προπλάσματα και διαφάνειες για την καλύτερη κατανόηση του μαθήματος. (Κρεατσάς Γ. 2003)

2.3.4. Οικογένεια και Εκπαιδευτές

Στην ξεχωριστή αντίληψη που έχει κάθε έφηβος για το σεξ συμβάλλει σε μεγάλο βαθμό η οικογένεια, και αυτό γιατί οι γονείς κατά κανόνα θέλουν τα παιδιά τους να μεγαλώσουν σύμφωνα με τα δικά τους πρότυπα. Για να υπάρχει συνεπώς ομοιομορφία στην εκπαίδευση και σωστή αντίληψη σχετικά με τα θέματα της γενετήσιας αγωγής, η εκπαίδευση πρέπει να αρχίζει από τους μεγαλύτερους, οι οποίοι στη συνέχεια θα είναι σε θέση να διδάξουν τους νέους.

Γονείς κι προγράμματα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης : προγράμματα που έχουν διεξαχθεί στο εξωτερικό αλλά και στην Ελλάδα δίνουν μεγάλη σημασία στη στήριξή τους από τους γονείς. Σε έρευνα που έγινε στις Ηνωμένες Πολιτείες το 97% των γονέων τάχθηκε υπέρ της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης. Μαθητές των κολεγίων

της Αμερικής όπου έλαβαν τις πρώτες γνώσεις για την σεξουαλική διαπαιδαγώγηση από τους γονείς τους και όχι από άλλες πηγές αναφέρουν την έναρξη σεξουαλικών σχέσεων σε ώριμη ηλικία, καθώς και λιγότερους συντρόφους σε σύγκριση με άλλους συνομηλίκους τους που δεν είχαν την κατάλληλο γνώση. Στην Ελλάδα επίσης πολλές έρευνες έχουν δείξει ότι οι γονείς συμφωνούν (σε υψηλό ποσοστό) ότι η έναρξη της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης πρέπει να αρχίζει από μικρή ηλικία.

Οι γονείς και γενικότερα η οικογένεια αποτελούν τη βάση της πληροφόρησης. Η δική τους πληροφόρηση και η εκ μέρους τους κατανόηση και συμμετοχή στα προγράμματα αγωγής υγείας- σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης αποτελεί τη θεμέλιο λίθο του οικοδομήματος. Οι ίδιοι μπορούν να παρακολουθούν προγράμματα αγωγής υγείας μαζί ή και χωριστά από τα παιδιά τους, μπορούν να συμμετέχουν σε επιστημονικές επιτροπές, σε δημόσιες συγκεντρώσεις και προβολές προγραμμάτων αγωγής υγείας- σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης. Τέλος, αποτελούν τον πυρήνα ενημέρωσης άλλων γονέων για την χρησιμότητα των προγραμμάτων αυτών. Η συμμετοχή στην ενημέρωση και η συνεργασία δημιουργούν στους γονείς μια αίσθηση άνεσης σχετικά με το ρόλο τους ως βασικών εκπαιδευτών των παιδιών τους. Συχνά εκφράζουν την ανησυχία αν το πρόγραμμα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης έρθει σε σύγκρουση με τις ηθικές και κοινωνικές αξίες που οι ίδιοι θέλουν να περάσουν στα παιδιά τους. (Μαραγκού Δ. 1996)

Οι εκπαιδευτές πρέπει να έχουν την ικανότητα να πλησιάζουν τους νέους με φιλικό τρόπο, κερδίζοντας την εμπιστοσύνη τους, και να έχουν τις απαραίτητες γνώσεις για να διδάξουν και να απαντήσουν σε ερωτήσεις σε διάφορα θέματα, όπως για την ανάπτυξη του εφήβου, τις σεξουαλικές επαφές, τον αυνανισμό, την ομοφυλοφιλία, την αντισύλληψη, την αναπαραγωγή, την έκτρωση, τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, τα ναρκωτικά κ.α.

Τα κριτήρια με τα οποία πρέπει να επιλέγονται οι εκπαιδευτές είναι:

1) Διάθεση ενημέρωσης και εκπαίδευσης του ίδιου σε θέματα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης και επιθυμία συμμετοχής στο πρόγραμμα.

2) Πίστη ότι το πρόγραμμα είναι ουσιώδες για τους νέους και ότι αποτελεί σημαντική πλευρά της προσωπικής προσαρμογής.

3) Ευθύτητα, εντιμότητα, αίσθηση χιούμορ και ανεκτική στάση απέναντι στις διαφορές, τις αξίες, τις απόψεις, τα πιστεύω και τις συμπεριφορές των άλλων, συμπεριλαμβανομένων και των θρησκευτικών πιστεύω.

4) Καθαριότητα προσωπικών αξιών και ηθικής.

5) Σεβασμός των δικαιωμάτων των γονέων ως των αρχικών εκπαιδευτών της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης των παιδιών του. (Πειβαδίτη Β. και Μαργαριτίδου 1996).

Οι έφηβοι προτείνουν η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση να διδάσκεται μόνο από άτομα με ειδικές γνώσεις και εκφράζουν την επιθυμία να γίνονται ομιλίες και ομαδικές συζητήσεις μέσα στην τάξη με θέμα ότι αφορά τις σχέσεις των δυο φίλων στο βιολογικό, ψυχολογικό και κοινωνικό επίπεδο. (Κρεατσάς Γ. 2003).

2.3.5. Φορείς

2.3.5.i Κυβερνητικοί

1) Η πολιτεία, μέσω του αρμόδιου **Υπουργείου Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων** (ΥΠΕΘ), πριν από μερικά χρόνια συγκάλεσε επιστημονική επιτροπή από αναγνωρισμένους επιστήμονες στο χώρο τους οι οποίοι είχαν ήδη δραστηριοποιηθεί στον τομέα των διαφυλικών σχέσεων με σκοπό τη δημιουργία και υλοποίηση προγραμμάτων σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρεται στην υπουργική απόφαση, «Έργο της ομάδας είναι η μελέτη και η πειραματική εφαρμογή προγράμματος για την εισαγωγή μαθήματος διανθρώπινων σχέσεων στη δευτεροβάθμια εκπαίδευση καθώς και η παρακολούθηση και αξιολόγηση αυτού του προγράμματος.

2) Το **Υπουργείο Υγείας** με το αρμόδιο τμήμα αγωγής διοργανώνει ενημερωτικές ομιλίες σε Κέντρα Οικογενειακού προγραμματισμού νοσοκομείων και Κέντρων Υγείας. Επίσης εκδίδει και διανέμει ενημερωτικά για την πρόληψη και την αγωγή υγείας.

3) Μια σημαντική και αξιόλογη προσπάθεια είναι αυτή που υλοποιεί η **Ορθόδοξη Εκκλησία της Ελλάδος**, επιχειρώντας να βοηθήσει τα νεαρά άτομα αλλά και τους γονείς και συγκεκριμένα το Κέντρο Στήριξης της Οικογένειας και η δημιουργία του θεσμού των Σχολών Γονέων και Ιεράς Αρχιεπισκοπής Αθηνών. Στις ενορίες που λειτουργούν οι σχολές γονέων ειδικοί επιστήμονες καλύπτουν ποικίλα θέματα, όπως η οικογένεια, τα προβλήματα συμπεριφοράς παιδιών – εφήβων, η τεκνογονία, ο οικογενειακός προγραμματισμός, τα ναρκωτικά, οι διαφυλικές σχέσεις, τα οποία αναλύονται με βάση τις θρησκευτικές αντιλήψεις σε πολυπληθείς ομάδες γονέων και εφήβων.

4) Το **Υπουργείο Εθνικής Αμύνης** καλύπτει μια μεγάλη κοινωνική ομάδα, αυτή των μόνιμων στρατιωτικών και των εφέδρων (ανδρών και γυναικών), η οποία

μετακινείται συχνά σε πολλά μέρη της Ελλάδας αλλά και του εξωτερικού. Είναι γνωστό ότι η μετακίνηση μεγάλων ομάδων νέων ατόμων συνιστά δυνητικό παράγοντα δημιουργίας σεξουαλικών συμπεριφορών υψηλού κινδύνου. Η ενημέρωση στο στρατό περιλαμβάνει σποραδικές ενημερωτικές ομιλίες κυρίως σε θέματα υγιεινής και σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων. Η ευρεία αγωγή υγείας (κάπνισμα, παχυσαρκία, υπέρταση, καρδιοπάθεια, ναρκωτικά) και σεξουαλική διαπαιδαγώγηση θα πρέπει να εντάσσονται σε ένα πρόγραμμα αγωγής υγείας που να περιλαμβάνεται στη βασική εκπαίδευση των στρατιωτών αλλά και στις περαιτέρω μετακινήσεις τους στο στράτευμα. (Ταντανάσης Θ. και συν, 1997)

2.3.5 ii Μη κυβερνητικοί

1) Σημαντικό ρόλο στην ενημέρωση των νέων διαδραματίζει η Ελληνική Εταιρεία Παιδικής και Νεανικής Γυναικολογίας.

Συγχρόνως άρχισε από την Εταιρεία Παιδικής και Νεανικής Γυναικολογίας η διοργάνωση σεμιναρίων και αργότερα συνεδρίων που απευθύνονται σε όλους τους επαγγελματίες υγείας αλλά και στους πρώτους ευαισθητοποιημένους εκπαιδευτικούς. Σκοπός των ανωτέρω δραστηριοτήτων ήταν και η δημιουργία γέφυρας κοινωνικής και επαγγελματικής αλληλεγγύης μεταξύ των εμπλεκόμενων ατόμων από τους διάφορους φορείς.

Οι δραστηριότητες της Ελληνικής εταιρείας Παιδικής και Νεανικής Γυναικολογίας που συνεχίζονται και πραγματοποιούνται με τη συνεργασία του Υπουργείου Παιδείας και Θρησκευμάτων και των υπευθύνων αγωγής υγείας είναι οι εξής:

- A) Ιατρικής ενημέρωση προς τους μαθητές
- B) Η συζήτηση των απόψεων των μαθητών με τους ομιλητές
- Γ) Η διανομή ερωτηματολογίων
- Δ) Το παίξιμο των ρόλων.

2) Η Εταιρεία Οικογενειακού Προγραμματισμού, μέλος της IPPF και μακροχρόνια συνεργαζόμενος φορέας με την εταιρεία Παιδικής και Νεανικής Γυναικολογίας, έχει προσφέρει μέχρι σήμερα τεράστιο έργο στην ενημέρωση των νέων. Ιδιαίτερης μνείας χρήζει το σημαντικό έργο που προσφέρει προς την εταιρεία και το κοινό η ομάδα νέων της εταιρείας.

3) Οι δήμοι και οι κοινότητες αποτελούν τη βάση του πολιτειακού οικοδομήματος της αγωγής υγείας και σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης διότι

περικλείουν στο χώρο τους άτομα που προέρχονται από άλλους τους προαναφερθέντες φορείς.

Η λειτουργία πολυιατρείων έχει αρχίσει να γίνεται θεσμός σε πολλούς δήμους. Η εθελοντική προσφορά υπηρεσιών υγείας και η εύκολη πρόσβαση σε αυτές αποτελούν μια από τις βασικές αιτίες ύπαρξης των δημοτικών πολυιατρείων. Στα πλαίσια της λειτουργίας του διοργανώνουν ενημερωτικές εκδηλώσεις αγωγής υγείας-σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης μεταξύ των δημοτών, των συλλόγων γονέων και κηδεμόνων των σχολείων και των μαθητών καλώντας ειδικούς επιστήμονες. (Δετοράκης Γ. 1997)

2.3.6 Όφελος

Όπως διαπιστώνεται από τα παραπάνω, όταν το παιδί είναι ενημερωμένο πάνω σε θέματα της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης αποφεύγονται δυσάρεστα προβλήματα, όπως οι φλεγμονές των γεννητικών οργάνων, οι ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες και οι εκτρώσεις, ψυχικές διαταραχές κ.α. παράλληλα το παιδί μαθαίνει το σώμα του, τον τρόπο επαφής με το άλλο φύλο, ξέρει να εντοπίζει ορισμένες παθολογικές καταστάσεις και συμβουλευεται έγκαιρα και χωρίς φόβο τους γονείς του και το γιατρό.

2.3.7. Η κατάσταση στη χώρα μας

Στην έρευνα που πραγματοποιήθηκε με τη συμπλήρωση ανώνυμου ερωτηματολογίου και έλαβαν μέρος 1000 γονείς (400 άνδρες και 600 γυναίκες ηλικίας 30-45 χρόνων, όλοι απόφοιτοι γυμνασίου) και 1000 έφηβοι (456 αγόρια και 544 κορίτσια, ηλικίας 11-17 χρόνων, όλοι μαθητές της αντίστοιχης σχολικής βαθμίδας) διαπιστώθηκαν τα εξής:

Από τις απαντήσεις των γονέων στο ερώτημα από ποιον ενημερώθηκαν σε ότι αφορά το σεξουαλικό θέμα, βρέθηκε ότι οι περισσότεροι ενημερώθηκαν από κάποιο συνομήλικο ή φίλο- γνωστό ή από βιβλία. Ως τρίτη πηγή πληροφόρησης αναφέρονται οι γονείς τους και τελευταία ο δάσκαλος στο σχολείο.

Οι περισσότεροι γονείς (ποσοστό 70%) έκριναν ότι η ενημέρωσή τους ήταν ελλιπής και ότι θα ήθελαν να είχαν λάβει περισσότερες πληροφορίες σχετικά με το θέμα. Περισσότεροι από 80% ανέφεραν τη δυσκολία που είχαν ως γονείς να ενημερώσουν τα παιδιά τους αναφορικά με το σεξουαλικό θέμα, λέγοντας χαρακτηριστικά : «Το παιδί ζητούσε να μάθει περισσότερα, αλλά δεν ήμουν σε θέση να του εξηγήσω...» , «Της μίλησα πολύ λίγο, γιατί νόμιζα ότι ήταν πολύ δύσκολο να

της τα πω όλα», Δίσταζα να του μιλήσω, γιατί φοβόμουν ότι έτσι θα έχανα το σεβασμό του παιδιού μου...Εκείνο με τη σειρά του δίσταζε μα με ρωτήσει, γιατί φοβόταν ότι έτσι θα έχανα την αγάπη μου».

Το μεγαλύτερο ποσοστό των γονέων (90%) πιστεύει ότι η εφαρμογή του μαθήματος της σεξουαλικής αγωγής στα σχολεία θα έχει επιτυχία. Πολλοί μάλιστα από αυτούς (ποσοστό 51%) πιστεύουν ότι ένα παρόμοιο πρόγραμμα ως εκπαιδευτικό μάθημα πρέπει να αρχίζει από το νηπιαγωγείο και άλλοι (ποσοστό 19%) από το γυμνάσιο.

Οι έφηβοι της έρευνας αναφέρουν ως πηγές πληροφόρησης γύρω από το σεξ τα βιβλία και τα μέσα ενημέρωσης (ποσοστό 53%), τους γονείς (ποσοστό 20%), Φίλους ή γνωστούς (ποσοστό 17%) και το σχολείο (ποσοστό 10%).

Εντυπωσιακό είναι το γεγονός ότι όλοι σχεδόν οι έφηβοι (ποσοστό 97%) πιστεύουν πως η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση πρέπει να διδάσκεται στο σχολείο και προτείνουν σε ποσοστό 50% ή διαπαιδαγώγηση να αρχίζει από το δημοτικό, σε ποσοστό 30% από το νηπιαγωγείο, σε ποσοστό 12% από το γυμνάσιο, και 5% από το λύκειο. (Κρεατσάς Γ. 2003)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ (Σ.Μ.Ν)

Είμαστε όλοι ερωτικοί από τη γέννηση έως το θάνατο. Όταν αποφασίσουμε να έχουμε ερωτική ζωή, θέλουμε αυτή να είναι ευχάριστη, είτε είμαστε άνδρες ή γυναίκες, παντρεμένοι ή όχι νέοι ή ηλικιωμένοι, ετεροφυλόφιλοι ή όχι. Πολλοί από εμάς, λόγω της ελλιπής ενημέρωσης, αναλαμβάνουν κινδύνους με την ερωτική ζωή, κίνδυνοι που περιλαμβάνουν και τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Έτσι παίρνουμε πολλούς κινδύνους που τουλάχιστον ο ένας στους τέσσερις μπορεί να μολυνθεί κάποια στιγμή στη ζωή μας. (Κατρίνης Μ. 2008).

3.1 Ιστορικό των Σ.Μ.Ν.

Όταν συζητάμε για τα αφροδίσια νοσήματα, σχεδόν πάντα προβάλλει το ερώτημα, πότε και πώς προήλθαν αυτές οι αρρώστιες. Εκφράζονται ωστόσο εικασίες, ότι ο άνθρωπος είναι εκείνος που φιλοξένησε και διέδωσε τα μικρόβια των αφροδισίων νοσημάτων διαμέσου των αιώνων. Δεν είναι γνωστό πότε ακριβώς εμφανίστηκαν τα νοσήματα που αφορούν τη γενετήσια πράξη. Πάντως είναι γνωστά από την αρχαιότητα. Ο Ricord (1800-1989), διάσημος αφροδισιολόγος, έλεγε: «ο Θεός δημιούργησε τον ουρανό, τη γη, τον άνθρωπο και τις αφροδίσιες νόσους». Ωστόσο, η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, σε μια αναφορά το 1963 ανέφερε ότι σε 53 χώρες από τις 111 που ήταν επιλεγμένες σαν πρότυπα, παρουσιάζονται σταθερή και προοδευτική αύξηση των αφροδισίων νοσημάτων.

Δεκάδες ονόματα είχαν δοθεί κατά καιρούς στη προσπάθεια να εξηγηθεί με τον τρόπο αυτό η προέλευση τους. Την ονομασία Morbus Venereus στα νοσήματα αυτά την έδωσε ο Lac De Bethencourt το έτος 1527. ο Fermel το 1548, μετέβαλε το Morbus (νόσος) σε Lues (λοιμός). Τελικά επικράτησε η ονομασία Αφροδίσια νόσος. Στη δεκαετία του 1950ονομάστηκαν Σεξουαλικά Μεταδιδόμενες Λοιμώξεις. Έτσι η Θεά του έρωτα και της ομορφιάς Αφροδίτη, που κακώς είχε συνδεθεί με τα νοσήματα αυτά, δικαιώθηκε. Η αντιμετώπιση των νόσων αυτών, σύμφωνα με τα κατά καιρούς δεδομένα πέρασε από διάφορες φάσεις. (Ζωγραφάκης Γ. 2000)

3.2 Ορισμός

Σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα είναι τα νοσήματα που μεταδίδονται με την σεξουαλική επαφή.

Με τη σεξουαλική επαφή ανταλλάσσονται εκκρίματα (σπέρμα, κολπικά υγρά), τα οποία διευκολύνουν την μετάδοση διαφόρων μικροβίων, μυκήτων, ιών, μεταξύ των ερωτικών συντρόφων. Η ομάδα αυτή των διαφόρων νοσημάτων έχει το γενικό όνομα «σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα» ή, όπως παλαιότερα ονομάζοντας «αφροδίσια νοσήματα».

Κάθε ασθενής θα πρέπει να ενημερώνεται για τις πιθανότητες μετάδοσης με τη σεξουαλική επαφή. Επίσης, ο γιατρός ή ο ασθενής θα πρέπει να ενημερώνει τον ερωτικό του σύντροφο ως προς την υπάρχουσα νόσο, για να λαμβάνονται προφυλακτικά μέτρα και να γίνεται η δέουσα θεραπευτική αγωγή και στους δύο ερωτικούς συντρόφους. Τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα τα αντιμετωπίζουν σήμερα οι ειδικοί γιατροί δερματολόγοι- αφροδισιολόγοι σε συνεργασία με ανδρολόγους, γυναικολόγους, ουρολόγους. (Ντολάτζας Θ. 2005)

3.3 Ταξινόμηση

Βακτηριακές λοιμώξεις

- 1) Σύφιλη
- 2) Γονοκοκκική λοίμωξη ή Βλεννόρροια
- 3) Μη γονοκοκκική Ουρηθρίτιδα
- 4) Χλαμύδια
- 5) Αφροδίσιο λεμφοκοκκίωμα
- 6) Βουβωνικό κοκκίωμα
- 7) Μαλακό Έλκος
- 8) Αιδιοκολπίτιδα ή βακτηριακή κολπίτιδα
- 9) Τριχομονάδες
- 10) Μυκόπλασμα

Ιογενείς λοιμώξεις

- 1) HPV- κονδυλώματα
- 2) Έρπης γεννητικών οργάνων
- 3) Ιογενείς ηπατίτιδες (B-C)
- 4) Μολυσματική Τέρμινθος
- 5) Σύνδρομο Επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας (AIDS)

Παρασιτικές λοιμώξεις

1) Ψώρα

Φθειρίαση του εφηβαίου

Μυκητιασικές λοιμώξεις

1) Μονιλίαση εφηβαίου ή μυκητιασική κολπίτιδα

3.4 Συμπτωματολογία

Η συμπτωματολογία των σεξουαλικών μεταδιδόμενων νοσημάτων αναφέρεται όχι μόνο στα κατώτερα γεννητικά όργανα, κόλπο, ουρήθρα, τράχηλο της μήτρας, πρωκτό, αλλά και στα όργανα της ελάσσονος πυέλου στις εφήβους και την επιδιδυμίδα στους εφήβους. Συχνά, συνυπάρχουν φαρυγγίτιδα ή και επιπεφυκίτιδα, ενώ ενδοκαρδίτιδα, μηνιγγίτιδα, περιηπατίτιδα και ηπατίτιδα ή αρθρίτιδα, είναι σοβαρές επιπλοκές των νοσημάτων αυτών των οποίων η διάγνωση απαιτεί υψηλό βαθμό υποψίας και άμεση αντιμετώπιση. (Μαραγκός Γ. 1996)

3.5 Εργαστηριακή διάγνωση

Η εργαστηριακή διάγνωση των ΣΜΝ γίνεται με τις ακόλουθες τεχνικές:

- Μικροσκοπική εξέταση σε υγρό παρασκεύασμα
- Χρώση κατά Gram
- Καλλιέργεια
- Την τεχνική του άμεσου φθορίζοντος αντισώματος
- Την τεχνική της ανοσοενζυματικής μέθοδο (ELISA)
- Την τεχνική της έρευνας του γονιδίου (DNA- RNA)
- Την τεχνική της αλυσιδωτής αντίδρασης της πολυμεράσης (Μαραγκός Γ. 1996)

3.6 Παράγοντες κινδύνου για τα Σ.Μ.Ν.

3.6.1. Πρώιμη έναρξη των σεξουαλικών σχέσεων

Ένας παράγοντας εξάπλωσης τους είναι η εμφάνιση της εμμήνου ρύσεως στις γυναίκες σε νεαρότερη ηλικία που συντελεί στην αύξηση της σεξουαλικής δραστηριότητας των γυναικών. Οι κοπέλες γίνονται σεξουαλικά επιθυμητές και γόνιμες από νωρίς. Εκατό χρόνια πριν, ο μέσος όρος ηλικίας εμφάνισης της εμμήνου ρύσεως ήταν τα 17 χρόνια, ενώ σήμερα έχει πέσει στα 13. Αυτό οδήγησε στη μεσολάβηση μεγαλύτερου χρονικού διαστήματος ανάμεσα στην αρχή της περιόδου και στο γάμο. Σ' αυτό το χρονικό διάστημα ο σεξουαλικός πειραματισμός έγινε

συνηθέστερος. Έτσι η αυξανόμενη σεξουαλική δραστηριότητα των γυναικών σε πρόωμη ηλικία ενοχοποιείται για την εξάπλωση των Σ.Μ.Ν. (Καββαδία Μ. 1992)

3.6.2 Πολλαπλοί ερωτικοί σύντροφοι

Η βασική αιτία φαίνεται να είναι η όλο και αυξανόμενη «ανοχή» απέναντι στο σεξ. Αν ο άνθρωπος δεν είχε σεξουαλικές σχέσεις με κανέναν άλλο εκτός από το σύντροφο που είχε παντρευτεί, είναι σχεδόν βέβαιο οι ασθένειες αυτές θα είχαν εξαφανιστεί. Επειδή όμως κάτι τέτοιο δεν συνέβη ποτέ στην ιστορία του ανθρώπινου γένους (εκτός ίσως από τον κήπο της Εδέμ), είναι εντελώς εξωπραγματικό να περιμένει κανείς ότι θα συμβεί τώρα. Η ανθρώπινη σεξουαλικότητα είναι μια σκοτεινή και ισχυρή παρόρμηση, την οποία οι περισσότεροι άνθρωποι διευρύνουν μέσα από μια σεξουαλική σχέση.

Για πάρα πολλούς αιώνες υπήρξαν στις δυτικές κοινωνίες διπλά μέτρα και σταθμά για τη σεξουαλικότητα. Ενώ οι νέοι δε συναντούσαν αποδοκιμασία για τις ερωτικές του επιδόσεις, οι νέες κοπέλες έπρεπε να παραμείνουν αγνές μέχρι το γάμο. Οι νέοι όμως ήθελαν να έχουν σεξουαλικούς συντρόφους, συνήθως γυναίκες. Μερικές από αυτές είχαν κάποια ΣΜΝ, την οποία μετέδιδαν στους εραστές τους, οι οποίοι με τη σειρά τους μόλυναν τις μετέπειτα συζύγους τους. Τις τελευταίες δεκαετίες πολλές νέες γυναίκες απέρριψαν αυτά τα διπλά μέτρα και σταθμά και προχώρησαν στις γραμμές αυτών που έχουν προσυζυγική σεξουαλική ζωή. Έτσι, κυριάρχησε η ελευθερία στο σεξ και αύξησε τη σεξουαλική δραστηριότητα των νεαρών ατόμων. (Καββαδία Μ. 1992)

3.6.3 Η άρνηση χρήσης προφυλακτικού

Πολλοί θεωρούν ότι η πρόταση για τη χρήση προφυλακτικού στην ή στον ερωτικό σύντροφο θα αποβεί ενοχλητική ή προσβλητική. Η αντίληψη όμως περί αρνητικής στάσης του ερωτικού συντρόφου και πιθανή απόρριψη, που κυρίως προβάλλεται από γυναίκες νεαρών ηλικιών, έχει αποδεχτεί υπερβολική. (Παπαρίζος Α., και Κυριαζής Κ. 2003)

3.6.4. Η κακή υγιεινή του γεννητικού συστήματος

Ο σκοπός της σωστής υγιεινής του γεννητικού συστήματος είναι κυρίως η πρόληψη από ΣΜΝ. Το γυναικείο γεννητικό σύστημα λόγω της ανατομικής ιδιομορφία που παρουσιάζει – κόλπος, έσω γεννητικά όργανα, ουρήθρα πλησίον της

εισόδου του κόλπου και βραχεία απόσταση της ουροδόχου κύστης από την ουρήθρα – είναι ευκολότερο να μολυνθεί σε σχέση με τα γεννητικά όργανα του άνδρα.

Τα έξω γεννητικά όργανα του άνδρα είναι πιο προσιτά στον καθαρισμό, γιατί τραβιέται η πόσθη του πέους προς τα κάτω, αποκαλύπτεται ολόκληρη η βάλανος και πλένεται πιο εύκολα. επιπλέον, οποιαδήποτε μόλυνση στο πέος είναι ορατή, εν αντίθεση με τη γυναίκα, που είναι πολύ δύσκολο να παρατηρήσει τα έξω γεννητικά της όργανα και κατά μείζονα λόγο τον κόλπο και τον τράχηλο της μήτρας που έρχονται σε επαφή με μικρόβια και με το πέος κατά τη σεξουαλική επαφή. (Κρεατσάς Γ. 2003).

3.6.5. Ομοφυλοφιλία

Διάφορες μελέτες περιλαμβάνουν και την ομοφυλοφιλία ως παράγοντα εξάπλωσης των ΣΜΝ. Οι μελέτες αυτές αναφέρονται σε ομοφυλοφιλικούς άνδρες, οι οποίοι έχουν ιδιαίτερα έντονη σεξουαλική δράση και ζουν σε πόλεις όπου η ομοφυλοφιλία ανθεί. Τα αποτελέσματα αφορούν αυτούς τους άνδρες που συχνάζουν σε στέκια ομοφυλοφιλικών και που σε τακτά χρονικά διαστήματα έχουν σχέσεις μιας νύχτας. Ο τυχαίος σεξουαλικός σύντροφος που θα γνωρίσει μπορεί να έχει ασυμπτωματική βλεννόρροια ή συφιλιδική λοίμωξη στον πρωκτό του ή επίσης, μπορεί να έχει κολλητική βλεννόρροια στα γεννητικά του όργανα. Η στοματογεννητική ή πρωκτική επαφή επιτρέπει στην ασθένεια να μεταδοθεί. Οι αναφορές δείχνουν ότι ένας μεγαλύτερος αριθμός ομοφυλοφίλων από τον αναμενόμενο, σε σύγκριση με τους ετεροφυλόφιλους, κολλάει ένα από αυτά τα ΣΜΝ. (Καββαδία Μ. 1992)

3.6.6. Χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών

Μεταξύ των ναρκομανών είναι υψηλή η συχνότητα των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων, γεγονός που αντανάκλα την αυξημένη έκθεση στον εν λόγω κίνδυνο πολλών γυναικών, οι οποίες για να εξασφαλίσουν τη «δόση» τους καταφεύγουν στην πορνεία ή υποχρεώνονται από το «κύκλωμα να ενδώσουν. (Κρεατσάς Γ. 2003)

3.6.7. Χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο

Αυτό που διακρίνει τη σύγχρονη εποχή είναι ότι με τη μείωση της θνησιμότητας υπάρχουν πολύ περισσότερα νεαρά άτομα που μιλούν ελεύθερα για τις σεξουαλικές τους εμπειρίες και τα οποία μετακινούνται εύκολα. Επιπλέον, κοινωνικές αλλαγές καθώς και αλλαγές στην κοινωνικότητα των ανθρώπων (συχνά προερχόμενες από τους γονείς) οδήγησαν στην δημιουργία υποομάδων εφήβων, οι οποίες διατρέχουν σημαντικό κίνδυνο να προσβληθούν από ΣΜΑ.

Αυτοί είμαι οι «ανικανοποίητοι» νεαροί που συναθροίζονται στις μεγαλουπόλεις και πουλούν το κορμί του, για να αποκτήσουν χρήματα για ναρκωτικά και έντονες συγκινήσεις. Έχουν συναισθηματικά φτωχές σχέσεις με τους γονείς τους, συχνά προέρχονται από διαλυμένες οικογένειες, αλλάζουν συχνά σχολεία και δουλειές και, βέβαια, σεξουαλικούς συντρόφους. (Καββαδία Μ. 2003)

3.7. Έφηβοι: ομάδα υψηλού κινδύνου

Έφηβοι με ενεργό σεξουαλική ζωή έχουν και την υψηλότερη, για την ηλικία τους, συχνότητα των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων, ιδιαίτερα αν ο έφηβος να ανήκει σε μια ή περισσότερες από τις ακόλουθες ομάδες:

1. Κατάχρηση οινοπνεύματος / φαρμάκων
2. Ζει μακριά από την οικογένειά του (εγκατάλειψη σπιτιού)
3. Ιστορικό θεραπευτικής έκτρωσης
4. Διάγνωση ΣΜΝ στον περασμένο χρόνο
5. Εγκυμοσύνη
6. Αλλαγή, πρόσφατη σεξουαλικού συντρόφου (2 τελευταίους μήνες)
7. Δύο ή περισσότερους συντρόφους τα 2 τελευταία χρόνια
8. αντισυλληπτική αγωγή από το στόμα, χωρίς χρήση προφυλακτικού
9. Sex χωρίς προφυλακτικό με οποιανδήποτε που ανήκει στις παρακάτω ομάδες
(Μαραγκός Γ. 1996)

3.8 Μέτρα για τον έλεγχο των αφροδίσιων νοσημάτων

I) Σε επίπεδο κοινωνικής υγιεινής

A) Παροχές ελεύθερης και εμπιστευτικής θεραπείας

B) Διαφώτιση

Γ) Θεραπεία μόνο από καλά ενημερωμένους γιατρούς

Δ) Προγράμματα συλλογικού διαγνωστικού ελέγχου (ιδίως εγκύων, αιμοδοτών, ναυτικών κ.α.)

II) Σε επίπεδο ατομικής υγιεινής

A) Χρήση προφυλακτικών για επαφές υψηλού κινδύνου

B) Χημειοπροφύλαξη (υπό ιατρική καθοδήγηση)

Γ) Αποφυγή πολλαπλών ακραίων σεξουαλικών εκτροπών (AIDS)

Δ) Ούρηση και πλύση με σαπούνι μετά τη συνουσία

III) Μέτρα που πρέπει να λαμβάνονται από το γιατρό

A) αποτελεσματική θεραπεία

B) Ανίχνευση των επαφών (Τριχοπούλου Α. και Τριχόπουλος Θ. 1986)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΒΑΚΤΗΡΙΑΚΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ

4.1 Σύφιλη

4.1.1 Η ιστορία της Σύφιλης

«Είναι φοβερό, ανυπόφορο, αηδιαστικό, Σύφιλη, Φρίκη». Επιγραμματικά αποδίδει ο Δ. Τσέχωφ το νόσημα. Ίσως να μην έχουν γραφεί για καμία άλλη αρρώστια τόσα όσα για τη Σύφιλη. Από τα τετρακόσια και πάνω ονόματα, που κατά καιρούς είχαν δοθεί (γαλλικό κακό, ναπολιτάνικο κακό, σκατοπανώλη, αιδιάγρα, ψωλάγρα, αφροδίσιος λιμός, κ.λ.π.) επικράτησε το Σύφιλη που δόθηκε στη νόσο από τον Ιταλό γιατρό G. Fracastoro το 1530 ο οποίος έγραψε ποίημα με τίτλο «Σύφιλη ή γαλλικό πάθος». Σύμφωνα με το ποίημα κάποιος βοσκός με το όνομα Σύφιλος, επειδή ο Ήλιος κατάστρεψε με τον καύσωνα τα ποιμνία του ασέβησε προς τη θεότητα. Έτσι τιμωρήθηκε με φοβερά εξανθήματα στο σώμα που συνοδευόταν από πόνους.

Η Σύφιλη εμφανίστηκε στην Ευρώπη στα τέλη του 15^{ου} αιώνα. Από το 1495 αρχίζουν να γράφονται τα συμπτώματα της νόσου στη Γαλλία. Πολλά γράφτηκαν και εφαρμόστηκαν για την αντιμετώπιση και προφύλαξη από τη νόσο.

Στις 3 Μαρτίου 1905 οι E. Hoffmann και F. Shaudinn (1871-1906) ανακάλυψαν το αίτιο της νόσου και το ονόμασαν *Treponema pallidum*. Ο Wasserman το 1906 επινόησε την ορό- αντίδραση που πήρε το όνομα του. Έτσι από την αρχή του 20^{ου} αιώνα αρχίζει και στην Ελλάδα η συστηματική μελέτη και αντιμετώπιση της (γίνεται αναφορά) με τη λειτουργία του Νοσοκομείου «Ανδρέας Συγγρός» Τρόμος για την αρρώστια, αγωνία και αβεβαιότητα για τη θεραπεία, αγανάκτηση και επιφυλακτικότητα γιατρούς. Διαφημιστικά φυλλάδια για ενημέρωση αλλά με έντονο το στοιχείο του τρόμου : Σύφιλη η Πανώλης των νεότερων χρόνων, από τη φαρμακοβιομηχανία bayer το 1934.

Στο αρχείο μας υπάρχει τηλεγράφημα ασθενή που ζητά πιστοποιητικό για τη θεραπεία και παρακολούθηση του από 9 Αυγούστου έως 18 Δεκεμβρίου 1933. επτά χρόνια αγωνίας και αβεβαιότητας.

Η θεραπεία γινόταν με διαστήματα «ανάπαυσης» του οργανισμού. Ο ασθενής έδινε τα χρήματα με το μήνα και προκαταβολικά. Συνήθως υπήρχαν δυο πόρτες στα ιατρεία για την είσοδο και την έξοδο των ασθενών για να μην συναντιόνται. Αναφέρεται περιστατικό ασθενή που μετά από πολύχρονη εξαντλητική και δαπανηρή θεραπεία πήγε στο γιατρό για την τελευταία χρηματική δόση και

δίνοντας την του είτε: «στον κασά» (δηλαδή να τα δαπανήσει για φέρετρο!!!). Οι τιμές των θεραπειών ήταν πολύ ψηλές. Όταν οι συναλλαγές στην Αθήνα γίνονταν με χρυσές λίρες Αγγλίας μια ένεση βισμούθιου κόστιζε μια χρυσή λίρα. Ομάδες υψηλού κινδύνου στους άνδρες ήταν οι ναυτικοί και οι στρατιώτες. Οι μεν πρώτοι αν νοσούσαν από τα «αφροδίσια» δεν είχαν δικαίωμα αποζημίωσης ή θεραπείας από το ταμείο τους, οι δε δεύτεροι τιμωρούνταν πειθαρχικά !!! (Ζωγραφάκης Γ. 2000)

4.1.2 Ορισμός

Είναι μια σεξουαλικά μεταδιδόμενη νόσος που οφείλεται στην ωχρή σπειροχαίτη (*Treponema Pallidum*), η οποία έχει την ικανότητα να διεισδύει στους ιστούς, ακόμη και δια των ανέπαφων βλεννογόνων και δια μέσου λύσεων της συνέχειας του δέρματος. Είναι λεπτή, σπειροειδής μικροοργανισμός με οξέα άκρα. Αποτελείται από 6 έως 14 σπείρες και μοιάζει σαν ανοικτήρι. Είναι ένα κατεξοχήν σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα, αν και βρέθηκε ότι η προσβολή μεταξύ των ζευγαριών δεν ξεπερνά το 60% περίπου των περιπτώσεων.

Ο χρόνος επώασης της νόσου κυμαίνεται από 6 έως 90 ημέρες (μέση τιμή 21 ημέρες). Αν μείνει αθεράπευτη διαγράφει χρόνια πορεία, συστηματική απ' την αρχή, έχει τη δυνατότητα να προβάλλει τα περισσότερα όργανα και είναι ικανή να μιμείται άλλες νόσους. (Λώλης Δ. 2004)

Η σύφιλη προσβάλλει συχνότερα νεαρούς ενήλικες με μέγιστη συχνότητα μεταξύ του 20-24 ετών. Οι άνδρες φαίνεται να προσβάλλονται συχνότερα λόγω της εντονότερης σεξουαλικής τους δραστηριότητας, αλλά και της συμμετοχής των ομοφυλόφιλων ανδρών. Επιπλέον η νόσος διαγιγνώσκεται συχνότερα στους άνδρες, γιατί προσέρχονται ευκολότερα στον ιατρό. Στις Η.Π.Α. η σύφιλη είναι 44 φορές συχνότερη στους μαύρους απ' ότι στους λευκούς. Γενικά, άτομα που ανήκουν σε εθνικές μειονότητες διαφόρων ανεπτυγμένων χωρών, νοσούν συχνότερα. Πάντως αυτό είναι μάλλον δευτερογενές και δεν οφείλεται σε πραγματική φυλετική προδιάθεση. (Στρατηγός Ζ. 2004)

4.1.3 Τρόπος Μετάδοσης

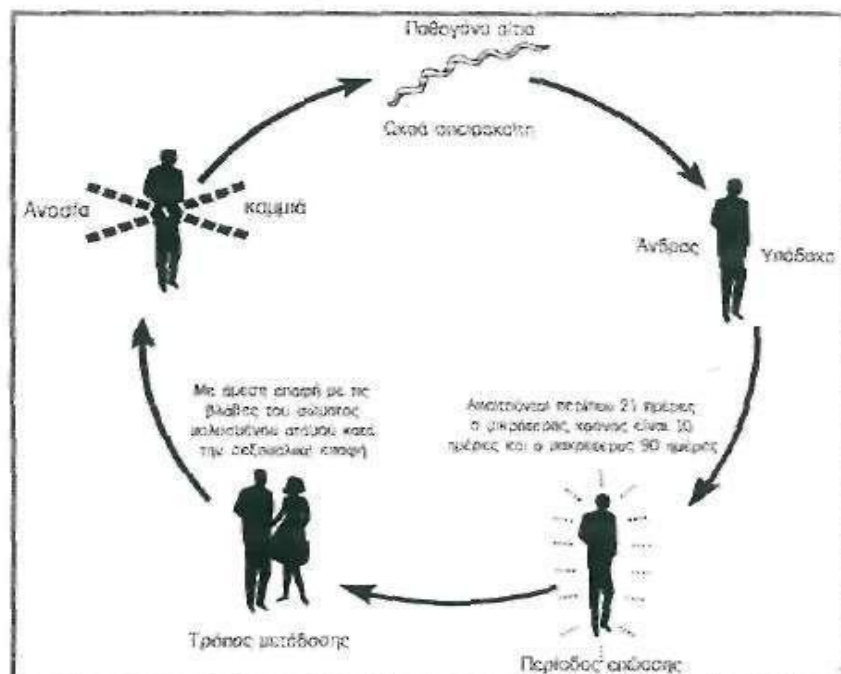
Επειδή η κατασκευή της σπειροχαίτης έχει την ικανότητα να φωλιάζει μέσα στο βλεννογόνο που καλύπτει τα σεξουαλικά όργανα, το πρωκτό και το στόμα, η μόλυνση μεταδίδεται με τη σεξουαλική επαφή και με άλλους τρόπους σεξουαλικής εμπλοκής. Όταν ένα συφιλικό άτομο, το οποίο είναι μεταδοτικό έχει σεξουαλικές

σχέσεις τότε υπάρχει μια πιθανότητα στις τέσσερις να μεταδώσει τη λοίμωξη στο ή στη σύντροφό του. Υπάρχει επίσης η πιθανότητα η σπειροχάιτη να εισέλθει στον οργανισμό κάποιου ατόμου από τη λύση της συνέχειας του δέρματος του, αλλά αυτή η πιθανότητα είναι πάρα πολύ μικρή. (Δετοράκης Ζ. 2003)

Η πιθανότητας μεταδόσεως μεταξύ ερωτικών συντρόφων υπολογίστηκε ότι αφορά στο 50% των επαφών. Η μόλυνση εξαρτάται από τον αριθμό των τρεπονημάτων στο ενοφθαλμιζόμενο υλικό, από τις συνθήκες της τοπικής κυτταρικής ανοσίας, από τυχόν παρουσία αντιτρεπονημικού αντισώματος ή τέλος από μηχανιστικές συνζυμίες. Προκειμένου να μολυνθεί ένα άτομο, χρειάζεται ένας ορισμένος αριθμός σπειροχαιτών δηλαδή «ένα κάποιο μέγεθος» ενοφθαλμιζομένου υλικού. Ο αριθμός αυτός υπολογίζεται από 500-1000 τρεπονήματα. Για την επιτυχή μετάδοση χρειάζεται θερμό, υγρό περιβάλλον, όπως ακριβώς συμβαίνει στο βλεννογόνο των γεννητικών οργάνων και του στόματος.

Η μετάδοση συγγενώς γίνεται μέσω της κυκλοφορίας του αίματος προς το κήμα.

Η ενδομήτρια μετάδοση πριν ακόμη τη 10^η εβδομάδα, κατά την περίοδο της πρώιμης σύφιλης είναι απολύτως βέβαιη. Αντίθετα, επί όψιμης λανθάνουσας σύφιλης (χωρίς θεραπεία) η μετάδοση δεν είναι βέβαιη αλλά πιθανή και γίνεται λιγότερο πιθανή όσο παλαιότερα έχει γίνει η μόλυνση. (Στρατηγός Ζ. 2004)



Εικόνα 4 (Δετοράκης Ζ. 2003)

4.1.4 Συμπτωματολογία

Η αρχική μόλυνση προκαλεί ένα έλκος στον τόπο της μόλυνσης. Τα βακτηρίδια, εντούτοις κινούνται σε όλο το σώμα, με καταστρεπτικές συνέπειες σε πολλά όργανα κατά τη διάρκεια του χρόνου. Οι ιατρικοί εμπειρογνώμονες περιγράφουν την πορεία της ασθένειας να τη διαίρεση της σε έξι στάδια: πρωτογόνος, δευτερογόνος, λανθάνουσα, τριτογόνος, συγγενής και ενδημική σύφιλη. Ένα μολυσμένο πρόσωπο που δεν έχει θεραπευτεί μπορεί να μολύνει άλλους κατά τη διάρκεια των πρώτων δύο σταδίων, τα οποία διαρκούν συνήθως 1 έως 2 έτη. Στα προχωρημένα στάδια της η μη θεραπευτική σύφιλη, αν και μη μεταδοτική, μπορεί να προκαλέσει σοβαρές ανωμαλίες καρδιάς, διανοητικές διαταραχές, τύφλωση, νευρολογικά προβλήματα ακόμη και το θάνατο. (Αναγνωστόπουλος Α. και Παπαδόπουλος Α. 2004)

4.1.5. Επιδημιολογία

Οι άνδρες επικρατούν έναντι των γυναικών 2:1 έως 4:1. η σύφιλη έχει περιγραφεί μέχρι σήμερα πληρέστερα από κάθε άλλο σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα. Ο μεγαλύτερος αριθμός των περιπτώσεων αναφέρεται στις ηλικίες των 15-30 χρόνων, στις οποίες κυριαρχεί η υψηλού κινδύνου σεξουαλική συμπεριφορά (πολλαπλοί σύντροφοι, απουσία προληπτικών μέτρων).

Κατά τα τελευταία όμως χρόνια η συχνότητα της νόσου έχει ελαττωθεί σημαντικά, λόγω της αποδοχής και της εφαρμογής των προληπτικών μέτρων από το φόβο της λοίμωξης με τον ιό της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας (H/V). (Καλογερόπουλος Α. 1996).

Η συχνότητα της σύφιλης στις ανεπτυγμένες χώρες, με επαρκή συστήματα υγείας, έχει μειωθεί πολύ τα τελευταία 100 χρόνια. Συσχετίζεται με πολλούς παράγοντες: ανεπαρκής οργάνωση του συστήματος υγείας, πολιτική και στρατιωτική αναταραχή, πορνεία, φτώχεια καθώς και ομοφυλοφιλία. Τα τελευταία χρόνια στις ΗΠΑ, η συχνότητα της νόσου είναι πολύ υψηλή στους πιο φτωχούς μαύρους και ισπανόφωνους πληθυσμούς, συσχετιζόμενη συχνά με χρήση κοκαΐνης κρακ. Σε βιομηχανοποιημένες περιοχές υπάρχουν αρκετές αποδείξεις ότι από την εισαγωγή της υψηλά δραστικής αντιρετροϊκής θεραπείας (HAART) για τη νόσο του ανθρώπινου ιού της ανοσοανεπάρκειας (HIV) το 1996, κάποιες ομάδες ανδρών ομοφυλοφιλικών έχουν επανέλθει σε μη ασφαλείς σεξουαλικές πρακτικές με αποτέλεσμα να έχουν αναφερθεί σποραδικές επιδημίες λοιμώδους σύφιλης σε ομάδες από τη Βόρεια

Αμερική και τη Βορειοδυτική Ευρώπη. Στη Ρωσία και στις γειτονικές χώρες, έχει παρατηρηθεί αύξηση των περιστατικών της σύφιλης τα τελευταία 12 χρόνια. Στην Ασία και στην Αφρική, οι σεξουαλικά μεταδιδόμενες νόσοι (STDS) και ειδικά εκείνες που χαρακτηρίζονται από εξέλκωση στα γεννητικά όργανα συσχετίζονται επιδημιολογικά με την HIV λοίμωξη, με υψηλό επιπολασμό και στις δύο, όπως έχει αναφερθεί από μελέτες σε εκδιδόμενα άτομα (commercial sex workers CSW) στις Αφρικανικές χώρες και στην Ινδία. Αν και η πορνεία εξακολουθεί να είναι παράνομη στην Κίνα η αυξημένη εκβιομηχανοποίηση σημαίνει ότι η συχνότητα της σύφιλης στους CSW θα αυξηθεί επίσης. (Κατσάμπας Α. και Νικολαΐδου Η. 2005)

Στην Ελλάδα, παρ' ότι δεν υπάρχουν ακριβή επιδημιολογικά στοιχεία, η σύφιλη φαίνεται ότι ακολούθησε τις επιδημιολογικές τάσεις της Δυτικής Ευρώπης. Σύμφωνα με κάποια ενδεικτικά στοιχεία που προέρχονται από το Νοσοκομείο «Α. Συγγρός» η σύφιλη παρουσίασε μείωση μεταξύ των ετών 1953-1975, με μικρές ανακάμψεις στη δεκαετία του 1960 και του 1970. Στις αρχές της δεκαετίας του 1980 η σύφιλη ανέκαμψε προσωρινά, αλλά μετά το 1982 βρίσκεται σε σταθερή πτώση. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα πρόσφατης μελέτης, η συντριπτική πλειοψηφία (67,5%) των νέων περιπτώσεων σύφιλης που διαγνώστηκαν στο Νοσοκομείο «Α. Συγγρός» (1989-1996) αγνοούσαν πώς πού ή πότε είχαν μολυνθεί, δεν ανέφεραν προηγθέντα συμπτώματα ή σημεία πρωτογόνου ή δευτερογόνου σύφιλης και ανιχνεύθηκαν σε τυχαίο ορολογικό έλεγχο ρουτίνας. Για τη μορφή αυτή λανθάνουσας σύφιλης προτάθηκε από εμάς ο όρος «σύφιλη incognito». Αξίζει να σημειωθεί ότι τα άτομα με σύφιλη incognito είναι μεγαλύτερης ηλικίας και ανώτερης κοινωνικοοικονομικής τάξης (συνήθως ετεροφυλόφιλοι και έγγαμοι) από τους ασθενείς με σύφιλη στην Ελλάδα κατά το παρελθόν. (Στρατηγός Ζ. 2004)

4.1.6. Σταδιοποίηση

Η ασθένεια εκδηλώνεται σε έξι στάδια

- 1) Πρωτογόνος Σύφιλη
- 2) Δευτερογόνος Σύφιλη
- 3) Λανθάνουσα Σύφιλη
- 4) Τριτογόνος Σύφιλη
- 5) Συγγενής Σύφιλη
- 6) Ενδημική Σύφιλη

4.1.6.i Πρωτογόνος Σύφιλη



Εικόνα 5 (Στρατηγός Ι. 2005)

Οι εκδηλώσεις της «πρωτογόνους» συφιλίδας είναι το συφαλιδικό έλκος και η σύστοιχη συφαλιδική αδενίτιδα.

Η μετάδοση της συφιλίδας γίνεται με άμεση επαφή με τις συφιλιδικές βλάβες, με στοματική επαφή με τις αιματηρές ή άλλες κολπικές εκκρίσεις και με το αίμα των μικροαιμορραγιών κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής επαφής. Το ωχρό τρεπόννημα είναι σε θέση να διαπερνά τους ακέραιους βλεννογόνους, ενώ για το δέρμα για να μπορέσει να διεισδύσει χρειάζεται να υπάρχει μικροτραυματισμός.

Η λοίμωξη αρχίζει σχεδόν αμέσως με τον ενοφθαλμισμό της σπειροχαΐτης, τόσο τοπικά, όσο και στο αίμα όπου διεισδύουν, αφού προηγουμένως ακολουθήσουν την οδό των λεμφαγγείων. Μετά από ένα χρόνο επώασης 3- εβδομάδων (εύρος 10-90 ημέρες) αναπτύσσεται στη θέση ενοφθαλμισμού μία ερυθματώδης βλατίδα η οποία μετά από 3-7 ημέρες έλκονται και σχηματίζεται το συφιλιδικό έλκος. Ο χρόνος επώασης εξαρτάται από τον αριθμό των σπειροχαιτών που ενοφθαλμίστηκε κατά τη λοίμωξη. Πάντως έχει βρεθεί ότι ο ελάχιστος αριθμός σπειροχαιτών που απαιτείται για να προκληθεί συφιλιδική ορχίτιδα στο κουνέλι είναι 10 σπειροχαΐτες. (Χατζής Ζ., 1994)

Παρατηρείται στα εξωτερικά γεννητικά όργανα ανώδυνη βλατίδα με σκληρή περιφέρεια, αλλά δεν εμφανίζεται εξίδρωμα. Ανάλογα με τον αριθμό των

σπειροχαιτών, η αρχική βλάβη είναι δυνατό να εμφανιστεί μόνο ως βλατίδα ή ως έλκος. Συνοδεύεται επίσης από πυρετό και κακουχία. (Στρατηγός Ζ. και Λάσκαρης Γ. 1996)

Η περιοχή των γεννητικών οργάνων είναι η συχνότερη εντόπιση, άνδρες: έσω επιφάνεια της ακροπροσθίας, στεφανιαία αύλακα, σώμα, βάση. Γυναίκες: τράχηλος, κόλπος, αιδοίο, κλειτορίδα, μαστοί. Τα έλκη παρατηρούνται λιγότερο συχνά στις γυναίκες λόγω της εντόπισης του μέσα στον κόλπο ή στον τράχηλο. Εξωγεννητικά έλκη: πρωκτός, ή ορθό, στόμα, χείλη, γλώσσα, αμυγδαλές, δάχτυλα των χεριών (επώδυνο!) δάχτυλα των ποδιών, μαστοί, θηλές.

Γενικά Ευρήματα: η σύφιλη είναι μια συστηματική λοίμωξη. Όλοι οι ασθενείς θα πρέπει να υποβάλλονται σε ενδελεχή κλινική εξέταση. Σύστοιχη λεμφαδενοπάθεια εμφανίζεται μέσα σε 1 εβδομάδα. Οι λεμφαδένες είναι διακριτοί, σκληροί, ελαστικοί μη ευαίσθητοι και συνήθως ετερόπλευροι.

Διαφορική διάγνωση: έλκος/ διάβρωση στα γεννητικά όργανα. Τραυματικό έλκος, έρπης των γεννητικών οργάνων, δοθιήνας, αφθώδες έλκος, φαρμακευτικό εξάνθημα. Επίσης, μαλακό έλκος, αφροδίσιο λεμφοκοκκίωμα, βουβωνικό κοκκίωμα.

Διάγνωση: Κλινική υποψία, που επιβεβαιώνεται με εξέταση σε σκοτεινό πεδίο ή ορολογικά. (Κατούλης Α. 2003)

Επιπλοκές: Συνήθεις επιπλοκές στον άνδρα είναι η φίμωση και η ραχιαία λεμφαδενίτιδα, του πέους (lempuadenitis dorsalis) εξαιτίας των φλεγμονώδους διηθήσεως των λεμφαγγείων.

Οι δευτερογενείς επιμολύνσεις με κοινά βακτηρίδια και κόκκους έτσι ώστε να τροποποιείται η κλινική εικόνα του συφιλιδικού έλκους, δεν είναι σύνηθες φαινόμενο.

Στη γυναίκα το έλκος συνοδεύεται από λεμφικό οίδημα των μεγάλων χειλέων του αιδοίου ή του ενός χείλους ή της περιοχής όπου έχει εγκατασταθεί το έλκος (σκληρωτικό οίδημα των μεγάλων χειλέων). (Στρατηγός Ζ. 2004).

4.1.6. ii Δευτερογόνος Σύφιλη

Σε διάστημα 6 με 8 εβδομάδων μετά την αρχική μόλυνση αρχίζει το δευτεροπαθές στάδιο της σύφιλης. Αρκετά συχνά το μολυσμένο άτομο αισθάνεται «αδιάθετο», αναφέροντας ότι έχει πονοκεφάλους, πυρετό, πόνο στο λαιμό του ή στις αρθρώσεις του, όμως αυτά τα συμπτώματα σε βοηθούν και τόσο στη διάγνωση της νόσου. Υπάρχουν τέσσερις βασικές ομάδες αλλοιώσεων που χαρακτηρίζουν το

δευτεροπαθές στάδιο της σύφιλης και όλες τους εξαιρετικά μολυσματικές. Από τη στιγμή που θα εμφανιστούν, η εξέταση αίματος για την ανίχνευση της σύφιλης αποδεικνύεται θετική σε ποσοστό μεγαλύτερο του 99% των ασθενών, έτσι που η διάγνωση της νόσου είναι εύκολη, αν ο γιατρός είναι ικανός και ο πάσχων ειλικρινής και πρόθυμος να βοηθήσει.

Η πιο συνηθισμένη αλλοίωση είναι ένα εξάνθημα του δέρματος. Αυτό εμφανίζεται περίπου στο 8% των ασθενών που δεν έχουν ακολουθήσει θεραπευτική αγωγή, το εξάνθημα αρχίζει σαν μια αμυδρή, απαλή ροζ κηλίδα, που εμφανίζεται κατά μήκος των πλευρών και πάνω στον κορμό, γρήγορα όμως εξαπλώνεται καλύπτοντας την πλάτη και την κοιλιά, ενώ παράλληλα εμφανίζεται στο πρόσωπο στην περιοχή γύρω από το στόμα και το πηγούνι. Στη γυναίκα που μερικές φορές δεν έχει ορατό πρωτοπαθές έλκος, το δευτερογενές δερματικό εξάνθημα είναι το πρώτο σημάδι που θα προκαλέσει υποψίες στο γιατρό για συφιλιδική μόλυνση.

Η δεύτερη πιο συνηθισμένη δευτεροπαθής αλλοίωση εμφανίζεται στις υγρές περιοχές του δέρματος ή στους βλεννογόνους όπως το στόμα, το αιδοίο και ο πρωκτός. Μπορεί λοιπόν να εμφανιστούν ακροχορδονώδεις όγκοι στην περιοχή του αιδοίου της γυναίκας ή γύρω από τον πρωκτό και στα δύο φύλα.

Είναι πολύ μολυσματικοί, και σε μερικές περιπτώσεις εμφανίζονται και σε άλλες υγρές περιοχές του σώματος, όπως ανάμεσα στους γλουτούς ή επάνω στο όσχεο. Μπορεί, επίσης, να δημιουργηθούν μέσα στο στόμα ή στον κόλπο μικρές εξογκωμένες γκρίζες πλάκες που μοιάζουν με ίχνη σαλιγκαριού. Και αυτές είναι ανώδυνες, αλλά εξαιρετικά μολυσματικές και ονομάζονται συφιλιδικές πλάκες. Οι συφιλιδικές πλάκες καθώς και τα συφιλικά κονδυλώματα εμφανίζονται περίπου στο 30% των ασθενών με μη θεραπευμένη σύφιλη.

Το τρίτο εύρημα είναι οι διογκωμένοι λεμφαδένες παρατηρείται διόγκωση της βουβωνικής χώρας της μασχάλης ή του αυχένα, τέλος, ένα μικρό ποσοστό ασθενών εμφανίζει συμπτώματα μηνιγγίτιδας με συνεχείς ενοχλητικούς πονοκεφάλους.

Οι δευτεροπαθείς αλλοιώσεις της σύφιλης διαρκούν 3 με 12 μήνες και μετά εξαφανίζονται. (Καββαδία Μ. 1992)

Διαφορική διάγνωση: Εξάνθημα / ενάνθημα. Φαρμακευτικό εξάνθημα, λοιμώδης μονοπυρήνωση, δερματοφυτία του σώματος, ποικιλόχρους πιτυρίαση, ψώρα, αντίδραση «id», οξυτενή κονδυλώματα, οξεία σταγονοειδής ψωρίαση, ομαλός λειχήνας.

Διάγνωση: Κλινική υποψία, η οποία επιβεβαιώνεται από την εξέταση σε σκοτεινό πεδίο και / ή τις ορολογικές εξετάσεις. Η εξέταση σε σκοτεινό πεδίο είναι θετική σ όλες τις βλάβες της δευτερογενούς σύφιλης εκτός από το κηλιδώδες εξάνθημα .(Κατούλης Α. 2003)



Εικόνα 6 (Στρατηγός Ι.2005)



Εικόνα 7 (Καπετανάκης Ι. 1987)

4.1.6. iii Λανθάνουσα Σύφιλη

Η λανθάνουσα σύφιλη χαρακτηρίζεται από το ότι απουσιάζουν πλήρως οι εκδηλώσεις από το δέρμα και τα συστήματα, ενώ οι οροαντιδράσεις είναι θετικές, πριν χαρακτηριστεί ένας ασθενής με θετικές τις οροαντιδράσεις της συφιλίδας ότι πάσχει από λανθάνουσα σύφιλη, θα πρέπει να εξετασθεί το ENY (κύτταρα, λεύκωμα, VDRL, FTA – ABS) ώστε να αποκλεισθεί μία ασυμπτωματική νευροσύφιλη και η καρδιά (ακτινολογικός έλεγχος καρδιάς, αορτής, ηλεκτροκαρδιογράφημα, ακρόαση).

Η λανθάνουσα σύφιλη διακρίνεται στην πρώιμο λανθάνουσα όταν η λοίμωξη συνέβη σε διάστημα 2 ετών και στην όψιμο λανθάνουσα σύφιλη όταν η λοίμωξη συνέβη σε διάστημα μεγαλύτερο των 2 ετών.

Το 25-35% των ασθενών με λανθάνουσα σύφιλη μη θεραπευθείσα αναπτύσσουν εκδηλώσεις τριτογόνου συφιλίδας .

Σε ένα σημαντικό αριθμό αρρώστων με λανθάνουσα σύφιλη η διάγνωση τίθεται τυχαία κατά την εξέταση του αίματος (VDRL) στις μονάδες αιμοδοσίας, κατά τον έλεγχο για προγαμιαίο πιστοποιητικό κ.λ.π. και μάλιστα ο ασθενής δίδει αρνητικό

ιστορικό τις περισσότερες φορές για εκδηλώσει πρωτογόνου ή δευτερογόνου συφιλίδα. Η αιτία της παραπάνω αφανούς πορείας της νόσου μπορεί να είναι η εξάλειψη των εκδηλώσεων λόγω λήψης αντιβιοτικών για άλλη αιτία, ή σε ταυτόχρονη λοίμωξη και από βλεννόρροια οπότε με την αντιβλεννορροιακή θεραπεία καλύπτεται και η σύφιλη, χωρίς βέβαια και να θεραπευτεί. Έχει παρατηρηθεί ότι στο 3,5% των ασθενών με βλεννόρροια υπάρχει και σύγχρονη συφιλιδική λοίμωξη. (Χατζής Ζ. 1994)

4.1.6. iv Τριτογόνος Σύφιλη



Εικόνα 8 (Δετοράκης Ι. 1987)

Το τρίτο στάδιο της σύφιλης μπορεί να αναπτυχθεί σε διάστημα από 2 μέχρι και 20 χρόνια μετά την εξαφάνιση των δευτεροπαθών αλλοιώσεων. Σε όλο αυτό το διάστημα η μόνη ένδειξη ότι ο ασθενής πάσχει από σύφιλη είναι το θετικό αποτέλεσμα της εξέτασης του αίματός του. Σε πάρα πολλούς ασθενείς που δεν έχουν ακολουθήσει θεραπευτική αγωγή το τρίτο στάδιο δεν αναπτύσσεται καν, αυτοί όμως διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να πεθάνουν από ένα άτομο που δεν έχει μολυνθεί. Σήμερα, με την αποτελεσματική θεραπεία του πρωτοπαθούς σταδίου της σύφιλης, οι περιπτώσεις τριτοπαθών αλλοιώσεων είναι όλο και λιγότερες. (Δημητρακόπουλος Γ. 1993)

Σύμπτωμα του τελευταίου σταδίου της σύφιλης αναπτύσσονταν μόνο στο 40% των ασθενών που δεν είχαν υποβληθεί σε κάποια θεραπεία. Αυτά εμφανίζονταν

με 3 τρόπους. Στο 15% των περιπτώσεων εμφάνιζε όλο και πιο πυκνό ελκώδη όγκο μέσα ή κάτω από το δέρμα ή μέσα σε ένα κόκαλο. Αν ο όγκος, που ονομαζόταν κομμίωμα (συφιλιδικό όγκος) δημιουργείτο στο δέρμα, το δέρμα σάπιζε, αφήνοντας στο σημείο εκείνο μια επώδυνη πληγή η οποία συνήθως μολυνόταν. Αν το κοκκίωμα δημιουργείτο σε ένα κόκαλο, συνήθως σε κάποιο οστό του κάτω μέρους του ποδιού ή του κρανίου, ο ασθενής παραπονιόταν για ένα βαθύ, βασανιστικό πόνο, ο οποίος γινόταν όλο και πιο οξύς κυρίως κατά τη διάρκεια της νύχτας.

Στο 10% περίπου των περιπτώσεων, εμφανίζονταν βλάβες στην καρδιά και στις κεντρικές αρτηρίες 10 με 30 χρόνια μετά την αρχική μόλυνση. Αυτή η μορφή εξέλιξης της ασθένειας ήταν δυο φορές συχνότερη στους άνδρες απ' ότι στις γυναίκες και πιστευόταν πως η συχνότητα ήταν αυξημένη σ' αυτούς που είχαν βαριές χειρονακτικές ασχολίες. Αν η ασθένεια έπληττε την καρδιά, ο ασθενής είχε πόνο στο στήθος και δυσκολίες στην αναπνοή. Αν η βλάβη αφορούσε την κεντρική αρτηρία, η υποτροπή ήταν κυρίως μη συμπτωματική, όμως υπήρχαν αυξημένες πιθανότητες αφηνιδίου θανάτου όταν συνέβαινε ξαφνική ρήξη της αορτής. (Καββαδία Μ. 1992)

Σήμερα, με την κατάλληλη θεραπεία των πρώτων σταδίων της σύφιλης, οι τριτοπαθείς βλάβες είναι όλο και πιο σπάνιες, όταν όμως συμβαίνουν προκαλούν τέτοιες συμφορές, ώστε το άτομο που υποψιάζεται ότι πάσχει από σύφιλη πρέπει αμέσως να εξετασθεί ιατρικά. Αν βρεθεί ότι πάσχει από τη νόσο, πρέπει να ακολουθήσει την κατάλληλη θεραπευτική αγωγή, για να μη μολύνει άλλο άτομο και για να αποφύγει τις βλάβες του τριτοπαθούς σταδίου, καθώς και την απειλή του πρόωρου θανάτου που είναι σημαντικός κίνδυνος για τις περιπτώσεις μη θεραπευμένων συφιλιδικών. (Καραχάλιος Γ. 2003)

4.1.6.v Συγγενής Σύφιλη



Εικόνα 9 (Κρεατσάς Γ. 2003)

Το *T. pallidum* μπορεί να μεταδοθεί από την πάσχουσα μητέρα στο κύημα

- Χωρίς θεραπεία 25% των νεογνών γεννιούνται νεκρά, 25% καταλήγουν λίγο μετά τη γέννησή τους, 12% είναι ασυμπτωματικά και 40% εμφανίζουν αργότερα συμπτώματα συγγενούς σύφιλης.

- Τα συμπτώματα της πρώιμης συγγενώς σύφιλης (π.χ. εξάνθημα ηπατοσπληνομεγαλία, αλλοιώσει των οστών και των αρθρώσεων) εμφανίζονται πριν από την ηλικία των δύο ετών.

- Τα συμπτώματα της όψιμης συγγενούς σύφιλης (π.χ. αλλοιώσεις των οστών και των αρθρώσεων, νευροαισθητήρια κώφωση, διάμεση κερατίτιδα) εμφανίζονται μετά την ηλικία των 5 ετών.

- Η χορήγηση κατάλληλης αγωγής στη μητέρα πριν από τη δέκατη έκτη εβδομάδα της κύησης προφυλάσσει το κύημα από τη λοίμωξη.

- Το έμβρυο διατρέχει μεγαλύτερο κίνδυνο όταν η μητέρα πρωτοεμφάνισε τη νόσο το πολύ δύο χρόνια πριν την κύηση. (Κατσάμπας Α. 2001)

4.1.6. vi Ενδημική Σύφιλη

Εμφανίζεται σε καταστάσεις φτώχης υγιεινής και είναι σπάνια στην Ευρώπη, ενώ μεταδίδεται κατά την παιδική ηλικία. Περιστατικά έχουν παρατηρηθεί ξανά στην Ανατολική Ευρώπη, αλλά εξακολουθούν να ανευρίσκονται στην Αφρική, σε ομάδες των Τροπικών περιοχών και στα bejel στη Μέση Ανατολή. (Κατσάμπας Α. και Νικολαΐδου Η. 2005)

4.1.7 Εργαστηριακή διάγνωση

Η εργαστηριακή διάγνωση – ανίχνευση της ωχράς σπειροχαΐτης γίνεται με σκοτεινό οπτικό πεδίο και με την τεχνική του φθορίζοντος αντισώματος σε δείγματα από συφιλιδικές βλάβες. Η καλλιέργεια της ωχράς σπειροχαΐτης δεν είναι δυνατή. Μη ειδικές εργαστηριακές εξετάσεις είναι το test VDRL (veneral disease research laboratory) ή το RPR (rapid plasma regain) τα οποία ελέγχουν και μετρούν τη συγκέντρωση αντισώματος στον ορό έναντι του λιπιδίου- αντιγόνου που υπάρχει στην επιφάνεια της ωχράς σπειροχαΐτης. Οι εργαστηριακές αυτές εξετάσεις είναι χρήσιμες για την ταχεία και αρχική, πιθανώς σε μεγάλη κλίμακα, έρευνα για πιθανή λοίμωξη. Ειδικά για την ωχρά σπειροχαΐτη και με μεγάλη ευαισθησία tests είναι η απορρόφηση του φθορίζοντος αντισώματος της ωχράς σπειροχαΐτης (fluorescent

treponemal antibody absorption) και το μικρό- αιμοσυγκόλλησης, ιδιαίτερα ειδικό για αντισώματα στην ωχρά σπειροχαιίτη.

Τα tests αυτά παραμένουν θετικά για όλη τη ζωή και δεν μαρτυρούν ενεργό λοίμωξη. Γνωστοποιούνται σαν αρνητικά ή θετικά. Γνώση του τίτλου στην ύφεση ή και μετά την αποθεραπεία είναι ουσιώδης για την ακριβή παρακολούθηση της πορείας της νόσου και τη ύπαρξη ή όχι νέας φλεγμονής. Η θεραπεία της σύφιλης πρέπει να σκοπεύει όχι μόνο στην άμεση αντιμετώπιση και έλεγχο των σεξουαλικών συντρόφων, και τον αποκλεισμό άλλης συνυπάρχουσας σεξουαλικά μεταδιδόμενης ασθένειας, συμπεριλαμβανομένης και της επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας. (Μαραγκός Γ. 1996)

4.1.8 Θεραπεία

Σήμερα οι πιθανότητες θεραπείας της αρχόμενης σύφιλης, δηλαδή του πρωτοπαθούς και του δευτεροπαθούς σταδίου της είναι πολύ καλές. Και ακόμη και στο τρίτο στάδιο η εξέλιξη της ασθένειας μπορεί να αναχαιτιστεί, παρ' ότι δε θεραπεύεται εντελώς.

Η ανακάλυψη της πενικιλίνης και των άλλων αντιβιοτικών έχει αλλάξει εντελώς την προοπτική. Δεν είναι, όμως αρκετό για ένα μολυσμένο άτομο να ακολουθήσει μια πλήρη θεραπεία με πενικιλίνη. Το άτομο πρέπει να είναι προετοιμασμένο για μια σειρά εξετάσεων αίματος, που θα εκτελούνται σε τακτά χρονικά διαστήματα, για να βεβαιώνεται κάθε φορά πως δεν έχει προκύψει κάποια υποτροπή. Εξαιτίας των σοβαρών βλαβών που μπορεί να προκαλέσει η σύφιλη στο σώμα και στον εγκέφαλο, η παρακολούθηση πρέπει να είναι κόμη πιο σχολαστική απ' αυτή που ακολουθεί τη θεραπεία της βλεννόρροιας.

Συνήθως, χορηγούνται καθημερινά ενέσεις πενικιλίνης μαζί με ταμπέλες probenecid για 10 περίπου ημέρες, έτσι ώστε τα επίπεδα του αίματος διατηρούνται σε υψηλά επίπεδα. Αν για κάποιο λόγο το μολυσμένο άτομο δεν μπορεί να ακολουθήσει αυτή τη καθημερινή αγωγή, χορηγείται μια ενδομυϊκή ένεση ενός είδους πενικιλίνης (benzathine penicillin) σαν απλή δόση. Γι' αυτούς που είναι αλλεργικοί στην πενικιλίνη, δίνεται oxytetracycline των 500mg 2 κάψουλες/4 φορές την ημέρα για 15 ημέρες).

Στη διάρκεια της θεραπευτικής αγωγής ο ασθενής παρακολουθείται με εξετάσεις αίματος κάθε μήνα για 6 μήνες, ενώ μετά απ' αυτό το διάστημα κάνει μια

εξέταση αίματος στον 9^ο και 12^ο μήνα από την αρχή της θεραπείας. Αν οι εξετάσεις είναι αρνητικές μετά από ένα χρόνο, ο ασθενής θεωρείται θεραπευμένος.

Αν η σύφιλη ανιχνευτεί στο τέλος ή και μετά από το δευτεροπαθές στάδιο, η θεραπευτική αγωγή είναι η ίδια, μόνο που οι εξετάσεις αίματος γίνονται κάθε 2 μήνες τον πρώτο χρόνο και κάθε 3 μήνες για ένα χρόνο ακόμη.

Και στις δυο περιπτώσεις, της αρχόμενης αλλά και της προχωρημένης σύφιλης, οι εξετάσεις αίματος θα μας δείξουν αν χρειάζεται περαιτέρω θεραπεία με ενέσεις πενικιλίνης.

Το άτομο που έχει προσβληθεί από σύφιλη πρέπει οπωσδήποτε να συνεργαστεί με το υγειονομικό προσωπικό για τη θεραπεία της νόσου, και να ανταποκρίνεται όταν καλείται για εξετάσεις. Αν δεν συμβεί αυτό στα πρώτα στάδια, τότε μπορεί να μολύνει συνανθρώπους του και στα πιο προχωρημένα στάδια να θέσει σε κίνδυνο την ίδια του τη ζωή. (Καββαδία Μ. 1992)

4.1.9 Παρακολούθηση

Α. Η εξέταση VDR θα πρέπει να επαναληφθεί στους 3,6 και 12 μήνες για να εξασφαλισθεί ότι ο τίτλος μειώνεται σε χαμηλό επίπεδο. Για HIV θετικούς αρρώστους, επαναληπτικές ορολογικές εξετάσεις συνιστώνται σε πιο συχνά διαστήματα (1,2,3,6,9 και 12 μηνών).

Β. Όλοι οι άρρωστοι που διαγνώστηκαν με πρώιμη σύφιλη θα πρέπει να κάνουν μια πλήρη εξέταση για σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Επίσης όλοι θα πρέπει να ενημερώνονται σχετικά με τους κινδύνους για το HIV και να παροτρύνονται να κάνουν μια εξέταση για HIV.

Γ. Άτομα τα οποία εκτέθηκαν σε σύφιλη θα πρέπει να κάνουν μια γενική εξέταση για σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και ορολογικές εξετάσεις. Θεραπεύστε εκείνους που εκτέθηκαν μέσα στους προηγούμενους 3 μήνες σαν πρώιμη σύφιλη, ανεξάρτητα από τα αποτελέσματα των ορολογικών εξετάσεων.

Δ. Η εξέταση ρουτίνας του ENV δεν χρειάζεται για τους HIV αρνητικούς ενήλικες με πρώιμη σύφιλη. Δεν υπάρχει ομοφωνία σχετικά με την σαν ρουτίνα διενέργεια οσφουονωτιαίας παρακέντησης στην πρώιμη σύφιλη, σε εκείνους που είναι HIV θετικοί. Πολλοί συγγραφείς το συνιστούν.

Ε. Διενεργείτε οσφουονωτιαία παρακέντηση σε περίπτωση νευρολογικής συμμετοχής, περιλαμβανομένων σημείων και συμπτωματικών μηνιγγικών ή κρανιακών, από το οπτικό ή το ακουστικό νεύρο.

Στ. Αναφέρετε όλες τις περιπτώσεις το τοπικό τμήμα δημόσιας υγιεινής. (Δαμιανός Α. και συν. 2000)

4.2 Βλεννόρροια

4.2.1. Η ιστορία της Βλεννόρροιας

Νόσημα γνωστό από τα αρχαία χρόνια. Η ιστορία της Βλεννόρροιας έχει καταγραφεί από πολλούς ερευνητές. Από το Swediaur το 1800 ονομάστηκε Βλεννορραχία.

Πολλές δοξασίες υπήρχαν για τη μεταδοτικότητα. Ο Ricord (1880-1889) έδινε την εξής συνταγή για να μολυνθεί κάποιος από Βλεννόρροια:

«Λάβετε μεθ' υμών γυναίκα λεμφίκτην, ωχράν , μάλλον ξανθήν ή μελαγχράν και τα μάλα λευκορρούσαν, συμφάγετε μετ' αυτής, αρχόμενοι από των όστρεων και συνεχίζοντες το γεύμα δι' ασπαράχων. Πιείτε κατά κόρον ακράτους λευκούς οίνους, καμπανίτην, καφέ και ηδύποτα, μετά δε το γεύμα χορεύσατε μετά της συντρόφους σας. Κατά την εσπέραν διεγερθήτε αρκετά και πείτε ικανόν λύθον, επελθούσης δε της νυκτός αγωνισθήτε γενναίως. Δύο ή τρεις συνουσίαι δεν είναι πολλάί, κάλλιον είναι πλείονες. Την πρωία άμα τη εκ του ύπνου εγέρσει μη λησμονήσετε να υποβληθήτε εις θερμόν και ευσυνειδήτον εκτέλεσιν του προγράμματος τούτου δεν πάθετε εκ βλεννορροίας βεβαίως Θεός τις σας προστατεύει».

Ο Jullien αναφέρει περίπτωση «ιατρού παθόντος εκ βλεννορροίας διότι επτά όλας ώρα διετέλεσεν εν στύει παρά γυναικί, ής η ενάρετος αντίστασις υπέρβαινε την εκδήλωσιν των επιθυμιών αυτής».

Οι περιπτώσεις όπου δεν μολύνονται όλοι οι άνδρες από την ίδια άρρωστη γυναίκα έδωσε την παροιμία «βλεννόρροια κολλάει ο εραστής και όχι ο σύζυγος».

Όταν το 1879 ο Albert Neisser (1855-1916) ανακάλυψε το αίτιο της νόσου τα πράγματα μπήκαν σε επιστημονικό δρόμο.

Ο Neisser τότε ήταν νεαρός γιατρός στη Δερματολογική Κλινική του Breslau (Γερμανία). Στο μικρόβιο δόθηκε το όνομα Ναϊσσέρια ή Γονοκοκκική (Ζωγραφάκης Γ. 2000)

4.2.2. Αιτιολογία και Παθογένεια

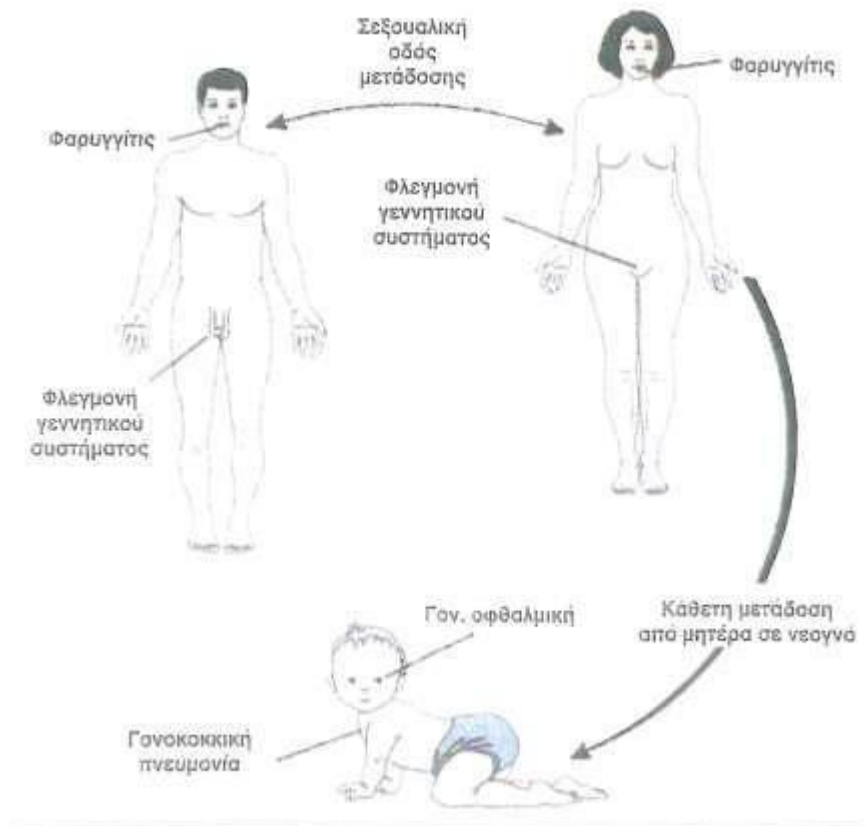
Είναι ένα αποκλειστικά μεταδιδόμενο νόσημα (παλαιότερα αποκαλούμενο αφροδίσιο), που οφείλεται στον γονόκοκκο του Νάισερ (Nesseria gonorrhoeae). Πρόκειται για ένα είδος φλεγμονής της ουρήθρας που προκαλείται μετά από επώαση

του μικροβίου, η οποία διαρκεί 2-5 ημέρες και θεραπεύεται, εφόσον διαγνωστεί έγκαιρα, σε διάστημα λίγων εβδομάδων. (Δομή 2005)

Ο γονόκοκκος έχει ένα κυτταροτοξικό παράγοντα και μια πρωτέαση η οποία καταστρέφει το κλάσμα της ανοσφαιρίνης **IgA1** η οποία υπάρχει στις εκκρίσεις, άρα παίζει ρόλο στην παθογένεια της νόσου. Οι γονόκοκοι που φέρουν φίμπριες κυρίως, δεν φαγοκυττώνονται από τα πολυμορφοπύρρηνα λευκοκύτταρα, παραμένουν εξωκυτταρίως και προσκολλώνται στην επιφάνεια της ουρήθρας, ενώ αυτοί που δεν φέρουν φίμπριες φαγοκύττώνονται και οι περισσότεροι σκοτώνονται από αυτά. Αρκετοί γονόκοκοι μπορούν να επιζήσουν και πολλαπλασιαστούν μέσα στα φαγοκύτταρα. Τυπικά το βακτηρίδιο του γονόκοκου είναι διπλόκοκκος νεφροειδής σχήματος κόκκου καφέ με την καλή επιφάνεια στραμμένη προς τα έσω. Ο γονόκοκκος πεθαίνει πολύ γρήγορα έξω από το ανθρώπινο σώμα, και είναι πάρα πολύ ευαίσθητος στο νερό και στο σαπούνι. (Καλκάνη - Μπουσιάκου Ε. 2001)

4.2.3. Τρόπος Μετάδοσης

Στις περισσότερες, περιπτώσεις, βλεννόρροια η γονόρροια, εξαπλώνεται από άτομο σε άτομο με τη σεξουαλική επαφή και, όπως ακριβώς το περιγράφει και το όνομά της, η πλειοψηφία των ατόμων που προσβάλλονται απ' αυτή αναπτύσσουν οξεία μόλυνση της γεννητικό- ουροποιητικής περιοχής. Σε ορισμένες περιπτώσεις. Όταν έχει συντελεστεί και πρωκτική επαφή, μπορεί να μολυνθεί και η πρακτική οδός, ενώ σε άλλες πάλι περιπτώσεις μπορεί να μολυνθεί ο λαιμός, αν ο άνδρας ή η γυναίκα έχει έλθει σε στοματική επαφή με τα γεννητικά όργανα του μολυσμένου ατόμου. Σε σπάνιες περιπτώσεις η βλεννόρροια εξαπλώνεται και με άλλους τρόπους. Ένα παράδειγμα είναι η μετάδοση της βλεννόρροιας από μολυσμένη μητέρα στα μάτια του παιδιού της κατά τη διάρκεια του τοκετού. Είναι μια από τις πιο συνηθισμένες λοιμώδεις ασθένειες και έχει υπολογιστεί ότι κάθε χρόνο παρουσιάζονται πάνω από 200 εκατομμύρια καινούριες περιπτώσεις. (Καββαδία Μ. 1992)



Εικόνα 10 (Κρεατσάς Γ. 2003)

4.2.4. Παραδοσιακοί Παράγοντες

Παράγοντες που προδιαθέτουν στη νόσο είναι η ειδική ανοσία στη νόσο, το μέγεθος του εμβολιάσματος, ο αριθμός των σεξουαλικών συντρόφων, η λήψη αντιβιοτικών, η ομοφυλοφιλία, η ομάδα αίματος B, η αύξηση της αντοχής των γονοκοκκων στα αντιβιοτικά. (Καλκάνη- Μπουσιάκου Ε. 2001)

4.2.5.i Συμπτωματολογία στον άνδρα

Όταν η περίοδος επώασης ολοκληρωθεί, η πρώτη εκδήλωση για τον άνδρα που έχει συμπτώματα (γιατί ένα ποσοστό ασθενών 5% δεν παρουσιάζουν συμπτώματα) είναι η επώδυνη φλεγμονή της ουρήθρας (οξεία ουρηθρίτιδα). Η φλεγμονή κάνει την ούρηση υπερβολικά επώδυνη και επιπλέον ο ασθενής αισθάνεται τσούξιμο ή κάψιμο κατά την ούρηση (δυσουρία) πόνο στην επαφή ή στην στύση του πέους καθώς επίσης αρχίζει να εκκρίνει από το πέος παχύρρευστο πυώδες έκκριμα που αργότερα που αργότερα γίνεται λεπτό και υδαρές.

Από την ουρήθρα η λοίμωξη μπορεί να επεκταθεί στους αδένες *comper*, σπερματοδόχο κύστη, σπερματικό πόρο και στην επιδιδυμίτιδα.

Ο γονόκκοκος αποτελεί σημαντικό αίτιο επιδιδυμίτιδας στους νέους άνδρες, αλλά σπάνια απομονώνεται σε άτομα μεγαλύτερα των 35 ετών.

Εάν η λοίμωξη πάρει αυτές τις διαστάσει υπάρχει μεγάλη πιθανότητα το θύμα να μείνει στείρο. Μετά τη θεραπεία και υποχώρηση της λοίμωξης συχνά σχηματίζεται ουλώδης ιστός ο οποίος εμποδίζει τη δίοδο του σπέρματος από το σώμα (του πέους). Εάν δεν γίνει έγκαιρα θεραπεία για τη βλεννόρροια και ο γονόκκοκος εισέλθει στην κυκλοφορία του αίματος, τότε προκαλεί αρθρίτιδα καρδιοπάθεια και πιθανό ακόμη και θάνατο. (Δετοράκης Ι. 2003)

4.2.5 ii Συμπτωματολογία στη γυναίκα

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

Άλλωστε μόνο στο 40-60% καταγράφεται η αυξημένη αυτή έκκριση υγρών. Βάσει αυτού του φαινόμενου δίνεται η ερμηνεία ότι ο γονόκκοκος εντοπίζεται στο κυλινδρικό επιθήλιο της ουρήθρας και του τραχήλου της μήτρας και πρέπει να παρέλθουν αρκετές εβδομάδες προκειμένου να γενικευθεί η μόλυνση, να προσβληθεί ο κόλπος και να αρχίσει θορυβώδης συμπτωματολογία.

Μετά από 4-6 εβδομάδες ακολουθεί πυώδης έκκριση και φλεγμονώδης επινέμηση της μόλυνσεως στους περιουρηθρικούς ιστούς, στους θυλάκους των τριχών του εφηβίου. Η συμπτωματολογία αυτή συνοδεύεται από αίσθημα βάρους, αίσθημα προπτώσεως των γεννητικών οργάνων και ισχυρού πόνου προοδευτικά εγκατεστημένου. Μετά την πάροδο 6-7 εβδομάδων η συμπτωματολογία αυτή υποστρέφεται, οι εκκρίσεις περιορίζονται, ενώ η υποκείμενη ενόχληση περίπου εκμηδενίζεται.

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

Υπογραμμίζεται ότι εκτός από το επιθήλιο του κόλπου το οποίο σύντομα προσβάλλεται, το επιθήλιο του πρωκτού μολύνεται πολύ νωρίτερα λόγω της ροής των

υγρών του κόλπου προς τα πίσω. Αυτό σημαίνει ότι όταν γίνεται η κλινική εξέταση κατά την οξεία φάση της βλεννόρροιας ο πρωκτός εμφανίζει ήδη συμπτωματολογία της νόσου.

Ωστόσο, αρχικά το πυώδες έκκριμα με πληθώρα γονόκοκκου εντοπίζεται στο στόμιο της ουρήθρας του τραχήλου της μήτρας και στον πρωκτό. (Κλογερόπουλος Α. 1996)



Εικόνα 11 (Καλογερόπουλος Α. 1996)

4.2.6. i Επιπλοκές στον άνδρα

Αν δεν ακολουθήσει κάποια θεραπεία, η μόλυνση εξαπλώνεται προς τα πάνω κατά μήκος της ουρήθρας, και σε 10 με 14 μέρες μολύνεται το μέρος της ουρήθρας που βρίσκεται πιο κοντά στην ουροδόχο κύστη. Όταν συμβεί αυτό, το κάψιμο και ο πόνος κατά τη διάρκεια της ούρησης μεγαλώνουν, ενώ μπορεί να εμφανίζονται παράλληλα πονοκέφαλοι ή πυρετός, εξαιτίας της απορρόφησης από το αίμα τοξικών προϊόντων που προέρχονται από τη μόλυνση. Αν το άτομο δεν επιζητήσει ούτε και σ' αυτό το στάδιο κάποια θεραπευτική αγωγή, τα συμπτώματα εξαφανίζονται μέσα σε λίγες ημέρες, ενώ η ασθένεια εξαπλώνεται και προσβάλλει άλλα όργανα που βρίσκονται κοντά στην ουρήθρα, και ιδιαίτερα στον αδένα του προστάτη την ουροδόχο κύστη ή ακόμα και τους όρχεις, γεγονός που έχει αποτέλεσμα την οξεία μόλυνση με επώδυνους πρησμένους όρχεις, καθώς και την πιθανότητα μόνιμης βλάβης, η οποία

4.2.6.ii Επιπλοκές στη γυναίκα.

Αν μια γυναίκα εν αγνοία της έχει προσβληθεί από γονόκοκκο ή , γνωρίζοντας πως έχει βλεννόρροια, αποφύγει να ακολουθήσει θεραπευτική αγωγή, η ασθένεια μπορεί να εξαπλωθεί σε διάφορες κατευθύνσεις μέσα στο σώμα της. Μια συνηθισμένη και επώδυνη επιπλοκή είναι όταν μολυνθεί ένας από τους Bartholinικούς αδένες. Αυτοί οι αδένες βρίσκονται βαθιά μέσα στους ιστούς της εισόδου του αιδοίου και οι εκκρίσεις τους υγραίνουν τον κόλπο, έτσι ώστε να γίνεται ευχάριστη η σεξουαλική επαφή. Αν μολυνθεί ένας από τους δύο αδένες, τότε διογκώνεται, πονάει και γίνεται φοβερά ευαίσθητος.

Σε μερικές περιπτώσεις η βλεννόρροια εξαπλώνεται προς τα πάνω και διαμέσου του τράχηλου και της κοιλότητας της μήτρας μολύνει και τις σάλπιγγες.

Αυτό φαίνεται να συμβαίνει στη διάρκεια της εμμήνου ρύσεως, και αν τελικά οι ωαγωγοί μολυνθούν, τότε η γυναίκα παραπονιέται για πονοκεφάλους, πυρετό και πόνους στην κάτω κοιλιακή χώρα. Η ιατρική εξέταση και ειδικότερα η πυελική εξέταση προκαλεί πόνο. Η πιο σοβαρή συνέπεια της μόλυνσης των ωοθηκών, που ονομάζεται σαλπινγίτιδα, είναι η περιστροφή και απόφραξη των ωαγωγών, προκαλώντας έτσι μόνιμη στειρότητα. Αν κάτι τέτοιο συμβεί στην εφηβεία, ύστερα από μία επαφή με μολυσμένο άνδρα, ίσως στερήσει για πάντα από την γυναίκα την δυνατότητα τεκνοποίησης. (Ντολάτζας θ.2001).

4.2.7 Επιδημιολογία

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

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

Γενικώς η επίπτωση της βλεννόρροιας παγκοσμίως υπολογίζεται μεταξύ 70 και 200 εκατομμυρίων κρουσμάτων ετησίως, από τα οποία το 65% περίπου στις

υποανάπτυκτες και αναπτυσσόμενες χώρες της Αφρικής , της Ασίας και της Ν.Αμερικής.

Από το 1960 έως το 1975 περίπου, η βλεννόρροια ήταν το συχνότερο σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα σε όλα τα ανεπτυγμένα κράτη.

Στις Η.Π.Α, η επίπτωση είναι υψηλότερη συγκριτικά με τις άλλες Δυτικές χώρες, με αυξημένη συχνότητα στα αστικά κέντρα, ιδίως μεταξύ των Αφροαμερικανών.

Στη δεκαετία του 1990, αύξηση της επίπτωσης της βλεννόρροιας παρατηρήθηκε στα κράτη της βαλτικής και εντοπισμένες εξάρσεις σε ορισμένες άλλες ευρωπαϊκές χώρες.

Στην Ελλάδα η βλεννόρροια αντιπροσωπεύει το 11% των διαγνώσεων των αφροδίσιων νοσημάτων.

Αν και τα επιδημιολογικά στοιχεία είναι ανεπαρκή φαίνεται ότι η γονοκοκκική ουρηθρίτιδα είναι πολύ διαδεδομένη στις αναπτυσσόμενες χώρες. Σύμφωνα με την παγκόσμια οργάνωση Υγεία , ο αριθμός των νέων περιπτώσεων βλεννόρροιας στις αναπτυσσόμενες χώρες υπερβαίνει τα 50 εκατομμύρια ετησίως. Νεαρά άτομα ηλικίας 15-35 ετών νοσούν συχνότερα. Στις γυναίκες, η συνηθέστερη ηλικία προσβολής είναι μεταξύ 20-24 ετών. Οι άνδρες φαίνεται ότι προσβάλλονται συχνότερα λόγω της εντονότερης ερωτικής δραστηριότητας , αλλά και διαγιγνώσκεται συχνότερα, γιατί τα συμπτώματα είναι εμφανέστερα και προσέρχονται ευκολότερα στον ιατρό.(Στρατηγός Ι. 2004)

4.2.8. Άλλες θέσεις εντόπισης της βλεννόρροιας

Α. Πρωκτίτιδα: Είναι συχνότερη στις γυναίκες λόγω της γειννίασης του πρωκτού με τα γεννητικά όργανα. Μπορεί να είναι ασυμπτωματική ή να υπάρχει πόνος και τεινεσμός με βλεννοπυώδη ή αιματηρή έκκριση. Παρατηρείται επίσης σε παθητικούς ομοφυλόφιλους και στις γυναίκες κατά την επαφή από το ορθό.

Β. φαρυγγίτιδα: Είναι η μόλυνση της στοματοφαρυγγικής κοιλότητας κατά τη στοματογεννητική επαφή. Συνήθως δεν δημιουργεί συμπτώματα. Μπορεί όμως να υπάρχει μία φλεγμονή του φάρυγγα ή αμυγδαλών και ούλων. Ο γονόκκοκος από το φάρυγγα διασπείρεται ευκολότερα προς το αίμα παρά από άλλες θέσεις.

Γ. Γονοκοκκική οφθαλμία των νεογνών: εκδηλώνεται 2-7 ημέρες μετά τον τοκετό σαν πυώδης επιπεφυκίτιδα η οποία παλαιότερα μπορούσε να οδηγήσει σε πλήρη τύφλωση. Η μόλυνση γίνεται από την πάσχουσα μητέρα κατά τη δίοδο του

νεογέννητου από το γεννητικό σωλήνα. Προληπτικά ενσταλάσσονται από 2 σταγόνες κολλύριου νιτρικού αργύρου 1% κατά τη γέννηση.

Γονοκοκκική οφθαλμία μπορεί να έχουμε και στους ενήλικες λόγω μεταφοράς των μικροβίων από τα γεννητικά όργανα με τα χέρια ή στους εργαστηριακούς από λάθος.

Δ. Οξεία αιδιοκολπίτιδα των ανήβων κοριτσιών: Μολύνονται από τη στενή συμβίωση με τους πάσχοντες γονείς. (χατζής Ι. 2004)

4.2.9 Διάγνωση

Η οριστική διάγνωση γίνεται με ειδικές καλλιέργειες. Η κλινική εικόνα και η αναγνώριση του ενδο- και εξωκυτταρίου διπλόκοκκου σε άμεσα επιχρίσματα υποβοηθούν απλώς τη διάγνωση. Τα επιχρίσματα πρέπει να λαμβάνονται από τον τράχηλο ή την ουρήθρα (όχι από τον κόλπο) και χωρίς προσθήκη στον κολποδιαστολέα οποιουδήποτε υγρού εφύγρανσης, λόγω της βακτηριοστατικής του δράσης.

Μόλις γίνει η διάγνωση, ο γιατρός αναφέρει στον / στην ασθενή ότι πάσχει από βλεννόρροια και ζητά τη βοήθεια του/της για να φέρει σε επαφή με το γιατρό το σεξουαλικό σύντροφο που του/της μετέδωσε την ασθένεια. Ο ασθενής μέχρι να θεραπευτεί πρέπει να αποφύγει το αλκοόλ, επειδή αυτό βοηθάει την ασθένεια να υποτροπιάσει, και οπωσδήποτε πρέπει να αποφεύγει τη σεξουαλική επαφή, αφού σίγουρα μπορεί να μολύνει τον επόμενο σεξουαλικό του σύντροφο. Ακόμη, ο ασθενής πρέπει να πλένει τα χέρια του μετά την ούρηση ή την αφόδευση, καθώς και τα γεννητικά του όργανα με σαπούνι και νερό, και να σκουπίζεται με πετσέτα που μόνο αυτός, και κανείς άλλος χρησιμοποιεί. (Λώλης Δ. 2004)

4.2.10 Διαφορική Διάγνωση

Η ανεύρεση Gram αρνητικών ενδοκυτταρικών διπλόκοκκων με επιβεβαιωμένη τη N. Gonorrhoea με τη βοήθεια καλλιέργειας σε συνδυασμό με τις αντιδράσεις ζύμωσης ή συγκόλλησης είναι με άλλες αιτίες πρόκλησης ουρηθρίτιδας και ειδικά με Chlamydia trachomatis.

Η οριστική διάγνωση είναι σημαντική, καθώς μια συγκεκριμένη διάγνωση θα βελτιώσει τη συμμόρφωση στη θεραπεία και την ενημέρωση και παραπομπή του συντρόφου. (Κατσάμπας Α. Νικολαΐδου Η. 2005)

4.2.11 Εργαστηριακές εξετάσεις

- Χρέωση Gram: Συνίσταται σε μία λεπτή στρώση επιχρίσματος ουρηθρικού εκκρίματος. Η ανεύρεση πυοσφαιρίων με ενδοκυτταρικούς gram αρνητικούς διπλόκοκκους κάτω από μικροσκόπηση x 1000 μετά από εμβάπτιση σε έλαιο είναι ενδεικτική σε υψηλό βαθμό αλλά όχι καθοριστική της λοίμωξης με *Neisseria gonorrhoea*. Η ευαισθησία της συνιστάται σε 90%-95% στους συμπτωματικούς και σε 50-70% σε ασυμπτωματικές περιπτώσεις. Μερικές φορές χρησιμοποιείται σαν χρωστική το κυανό του μεθυλενίου αλλά η μέθοδος αυτή δεν παρουσιάζει ευαισθησία και ειδικότητα.

- Καλλιέργεια: η οριστική διάγνωση απαιτεί καλλιέργειες στις οποίες χρησιμοποιείται συγκεκριμένο θρεπτικό υλικό όπως το τροποποιημένο Thayer-Martin ή το New York City. Το υλικό καλλιέργειας θα πρέπει να είναι φρέσκο, ενυδατωμένο και σε θερμοκρασία δωματίου. Θα πρέπει να ενοφθαλμίζεται άμεσα από το κλινικό δείγμα και να επωάζεται ταχύτατα στους 35-37° C σε εμπλουτισμένη με CO₂ 5% ατμόσφαιρα. Διατίθενται στο εμπόριο kits καλλιέργειών, όπως το TEMBEC, που επιτρέπουν την απλοποίηση της διαδικασίας. Η οριστική ταυτοποίηση των ειδών της *Neisseria* απαιτεί συγκεκριμένες αντιδράσεις ζύμωσης των υδατανθράκων που επιδεικνύουν την ικανότητα να μεταβολίζουν τη γλυκόζη αλλά όχι τη μαλτόζη, τη σουκρόζη, η φρουκτόζη ή τη λακτόζη. Είναι, επίσης διαθέσιμα kits συγκόλησης που είναι ταχύτατα, εύχρηστα και ειδικά για τα ουρηθρικά δείγματα αλλά μπορεί να μην είναι τόσο ειδικά για δείγματα από άλλες περιοχές. Η ακριβής και ειδική ταυτοποίηση της λοίμωξης από *N. Gonorrhoea* είναι ζωτικής σημασίας στην περίπτωση που απαιτούνται αποδείξεις για ιατροδικαστικούς λόγους σε περιπτώσεις στις οποίες εμπλέκονται σύζυγοι ή σε περιπτώσεις που τίθεται θέμα «διαστροφής»

- Μοριακή τακτοποίηση: τεχνικές πολλαπλασιασμού του νουκλεϊκού οξέος είναι διαθέσιμες για την τακτοποίηση της *N. Gonorrhoea*. Αυτές δεν έχουν καθιερωθεί ακόμη σαν κλινικές πρακτικές ρουτίνας. Αρχικά φαινόταν ότι έχουν τη δυνατότητα να παρέχουν έναν βοηθητικό εξοπλισμό συνδρομικών διαδικασιών για την ταυτοποίηση πολλαπλών οργανισμών από ένα δείγμα ή να χρησιμοποιηθούν για επιδημιολογικό έλεγχο με τη χρήση υλικού από μη επεμβατικές μεθόδους, όπως τα αρχικώς αποβαλλόμενα ούρα. Παρ' όλα αυτά δεν παρέχουν σημαντική βελτίωση σε σύγκριση με το συμβατικό σύστημα καλλιέργειας όσον αφορά την ευαισθησία ή την

ειδικότητα είναι πιο δαπανηρές και δεν επιτρέπουν τον προσδιορισμό της ευαισθησίας του οργανισμού σε αντιβιώσεις. (Κατσάμπας Α. Νικολαΐδου Η. 2005)

4.2.12 Θεραπεία

Σήμερα, η πενικιλίνη είναι ο πιο αποτελεσματικός φονιάς του γονόκοκκου, παρά το γεγονός ότι έχει γίνει ανθεκτικότερος από το παρελθόν, έτσι που χρειάζεται δόσεις για τη θεραπεία της νόσου.

Η πενικιλίνη είναι η συνηθέστερη θεραπεία που χορηγείται, όμως, η ιατρική έρευνα ανακάλυψε ότι είναι πιο αποτελεσματική στην εξολόθρευση του ανθεκτικού γονόκοκκου, αν χορηγείται παράλληλα με κάποιο άλλο φάρμακο. Η συνηθισμένη μέθοδος στην θεραπεία της γονόρροιας είναι η λήψη από τον ασθενή 2 δισκίων (1gr) από ένα φάρμακο που ονομάζεται probenecid συγχρόνως με τη λήψη πενικιλίνης καθώς και 1 ακόμη δισκίο από το ίδιο φάρμακο σε 6 ή 12 ώρες αργότερα.

Στις περισσότερες περιπτώσεις γεννητικής ή πρωκτικής βλεννόρροιας η πενικιλίνη χορηγείται από το στόμα σε ταμπλέτες. Προτιμάται η amoxicillin που χορηγείται σε μια δόση των 3gr (π.χ. σε κάψουλες των 500gr) μαζί με 1gr probenecid.

Αν η βλεννόρροια έχει εξαπλωθεί και έχει προκαλέσει λοίμωξη της πυέλου της γυναίκας ή των όρχεων του άντρα χορηγώντας αυξημένες δόσεις amoxicillin για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. Στις περισσότερες περιπτώσεις τα αντιβιοτικά θεραπεύουν τον ασθενή, από τη στιγμή όμως η βλεννόρροια ίσως παραδοκεί μέσα στο σώμα, είναι πολύ σημαντικό ο ασθενής να ξανα επισκεφτεί το γιατρό, την κλινική ή το νοσοκομείο για παρακολούθηση. Επτά ημέρες μετά τη λήψη πενικιλίνης ο ασθενής κάνει εξέταση ούρων, ενώ ο γιατρός λαμβάνει επιπλέον επιχρίσματα από την ουρήθρα (και από τον τράχηλο αν ο ασθενής είναι γυναίκα). Στην περίπτωση ομοφυλόφιλου άντρα λαμβάνονται δείγματα και από το ορθό έντερο. Τα επιχρίσματα εξετάζονται σε μικροσκόπιο και «καλλιεργούνται» για να επιβεβαιωθεί η μη ύπαρξη γονόκοκκων.

Επειδή τουλάχιστον το 25% των ανθρώπων που προσβάλλονται από βλεννόρροια μολύνονται ταυτόχρονα και από χλαμύδια, πολλοί γιατροί χορηγούν τώρα πια μια θεραπεία με dexycyline αμέσως μόλις ο ασθενής πάρει amoxicillin (Κατρίνης Μ. 2005).

Είναι σημαντικό, αυτός που ακολουθεί θεραπευτική αγωγή για βλεννόρροια, να επισκέπτεται το γιατρό του 10 μέρες μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας για

επανεξέταση. Ένας άντρας θεωρείται θεραπευμένος, αν δεν εμφανίζει έκκριμα από την ουρήθρα του και τα ούρα του είναι καθαρά.

Επειδή βλεννόρροια είναι «σιωπηλή» σε τόσο πολλές γυναίκες και εξαιτίας των δυσάρεστων συνεπειών της τόσο στις γυναίκες όσο και στους σεξουαλικούς τους συντρόφους, πρέπει να γίνεται προσεκτική παρακολούθηση των γυναικών που έχουν υποβληθεί σε κάποια θεραπευτική αγωγή για βλεννόρροια. Η γυναίκα πρέπει να εξετάζεται 5-7 ημέρες μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας, οπότε και λαμβάνεται επίχρισμα από την ουρήθρα της, τον κόλπο και τον τράχηλό της. Αυτό επαναλαμβάνεται τις πρώτες ημέρες της επόμενης περιόδου βέβαιη ότι έχει θεραπευτεί από τη γονόρροια. (Κατσάμπας Α., Νικολαΐδου Η. 2005)

4.3 Μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα

4.3.1 Ορισμός

Είναι μια λοίμωξη της ουρήθρας- του σωλήνα από τον οποίο αποβάλλονται τα ούρα. Η πάθηση μεταδίδεται από άτομο σε άτομο κατά τη σεξουαλική επαφή, αλλά για πολλά χρόνια η ακριβής φύση των μικροβίων που προκαλούν τη λοίμωξη ήταν άγνωστη, εξαιτίας τεχνικών δυσκολιών στα να απομονωθούν και να προσδιοριστούν (από εκεί και η ονομασία «μη ειδική» ουρηθρίτιδα) (Tony Smith 1987)

4.3.2 Συμπτωματολογία

Στον άνδρα, τα συμπτώματα εμφανίζονται 1 έως 5 εβδομάδες (περίοδος επώασης) μετά την εισβολή του μικροβίου. Το πρώτο φανερό σύμπτωμα είναι ένα ελαφρό τσούξιμο στην άκρη του πέους- που καμιά φορά δε γίνεται αντιληπτό παρά μόνο κατά την πρώτη πρωινή ούρηση. Το τσούξιμο αυτό μπορεί να συνοδεύεται από λίγες διαυγείς εκκρίσεις – και πάλι καμιά φορά μόνο στην αρχή της ημέρας. Αν δεν θεραπευτεί η λοίμωξη, η ενόχληση μπορεί να χειροτερέψει και οι εκκρίσεις να γίνουν κάπως περισσότερες και πιο παχύρρευστες. Τελικά, σιγά –σιγά εξαφανίζονται τα συμπτώματα, αλλά η λοίμωξη μπορεί να παραμείνει σε λανθάνουσα κατάσταση και, αν δεν αντιμετωπιστεί, υπάρχει πάντα η πιθανότητα να μεταδοθεί σε άλλο άτομο κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής επαφής.

Στη γυναίκα, η ουρηθρίτιδα αυτή συνήθως δεν προκαλεί κανένα σύμπτωμα ή μπορεί απλά να παρατηρηθεί ελαφριά αύξηση των κολπικών υγρών. (Μαργαριτίδου Β. και Λειβαδίτη Β. 1996)

4.3.3 Επιδημιολογία

Υπάρχει παγκόσμια επικράτηση και αποτελεί την πιο συχνή μορφή ουρηθρίτιδας σε άντρες, στη Δυτική Ευρώπη, τη Βόρεια Αμερική και την Αυστραλία με εκατομμύρια περιπτώσεις το χρόνο. Αυξημένη επίπτωση έχει παρατηρηθεί στην Ανατολική Ευρώπη και στη Δημοκρατία της Ρωσίας. Είναι πιθανώς εξίσου συχνή σε περιοχές της Αφρικής και της Νοτιοανατολικής Ασίας, αλλά καλύπτεται από την υψηλή επικράτηση της οξείας ουρηθρίτιδας που προκαλείται από τη γονόρροια. (Κατσάμπας Α. και Νικολάου Η. 2005).

4.3.4 Αιτιολογία

Τα *Chlamydia trachomatis* αποτελούν τους μικροοργανισμούς που συνοδεύονται πιο άμεσα με τη μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα εξαιτίας της άμεσης διαθεσιμότητας διαγνωστικής και εργαστηριακών εξετάσεων τις τελευταίες δύο δεκαετίες και της γνώσης των επιπλοκών της λοίμωξης. Πιο πρόσφατα έχει δοθεί έμφαση στο ρόλο που διαδραματίζει το *Mycoplasma genitalium* στην αιτιολογία της ουρηθρίτιδας, ειδικά των μη γονοκοκκικών μη χλαμυδιακών ουρηθρίτιδων.

Σε ορισμένες περιπτώσεις, ειδικά σε λοιμώξεις από *C. Trachomatis*, η επούλωση γίνεται μέσω ίνωσης προκαλώντας καταστροφή των ευαίσθητων οργάνων της αναπαραγωγής με πιθανή την πρόκληση στειρότητας. (Κατσάμπας Α. και Νικολαΐδου Η. 2005)

4.3.5 Εργαστηριακή Διάγνωση

Η εργαστηριακή διάγνωση γίνεται με αναζήτηση κυτταρικών εγκλείστων στα επιθηλιακά κύτταρα της ουρήθρας και καλλιέργεια. Αν αποφασίσει να υποβληθεί σε εξετάσεις, πρέπει να αποφύγει την ούρηση δύο ώρες πριν επισκεφτεί το γιατρό. Ο γιατρός μπορεί να μαλάξει το πέος του κατά μήκος της ουρήθρας προσπαθώντας έτσι να βγάλει μια σταγόνα πύον. Αν έχει μικροσκόπιο και τη δυνατότητα να βάψει πλακίδια, μπορεί να επαλείψει λίγο από το πύον σε ένα πλακίδιο, να το χρωματίσει και να το εξετάσει στο μικροσκόπιο. Στην περίπτωση που ο γιατρός δεν καταφέρει να βγάλει πύον από την ουρήθρα ζητά από τον ασθενή να του φέρει δείγμα από τα πρώτα ούρα, αυτό το δείγμα φυγοκεντρίζεται και το ίζημα που λαμβάνεται τοποθετείται σε πλακίδιο το οποίο βάφεται και εξετάζεται στο μικροσκόπιο.

Αν υπάρχει ειδικευμένο εργαστήριο, ο γιατρός μπορεί επίσης να πάρει δείγμα από το πύον και να το βάλει σε δοκιμαστικό σωλήνα που να περιέχει υγρό

καλλιέργειας, μέσα στο οποίο τα βακτηρίδια αναπτύσσονται ευκολότερα. Ο δοκιμαστικός σωλήνας στέλνεται σε εργαστήριο, το πλακίδιο εξετάζεται και γίνεται καλλιέργεια για χλαμύδια. Κατά την εξέταση του πλακιδίου δε βρίσκονται γονόκοκκοι, όμως μπορεί να διακρίνει κανείς πολλά πυώδη κύτταρα. (Αρσένη Α. 1994)

4.3.6. Θεραπεία

1. Σύσταση στον ασθενή αποφυγής πίεσης της ουρήθρας για αυτοέλεγχο της πορείας των εκκρίσεων.
2. Αποφυγή οινοπνευματωδών και πικάντικων φαγητών.
3. Θεραπευτική αγωγή ανάλογα με τα αποτελέσματα των μικροβιολογικών εξετάσεων. Στις λοιμώδεις ουρηθρίτιδες θα πρέπει να υποβάλλεται σε θεραπεία και η σεξουαλική σύντροφος.

Σε περίπτωση που απομονωθούν χλαμύδια *Trachomatis* ή *Ureoplasma urealiticum* θεραπεία εκλογής είναι οι τετρακυκλίνες 1-2gr την ημέρα peros για 10 ημέρες. Μπορούμε επίσης να χρησιμοποιήσουμε μινκυκλίνη 100mg x2 για 10 ημέρες ή Doxycilin 100mg x2 για 10 ημέρες. Όταν αναπτυχθεί ανοχή στο *Ureoplasma urealiticum* και τα συμπτώματα επιμένουν, τότε μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε ερυθρομυκίνη 500mg x2 για 14 ημέρες. Ορισμένες φορές η λοίμωξη μπορεί να είναι μικτή. (Χατζή Ζ. 1994)

4.3.7 Διαφορική Διάγνωση

Τα σημεία και τα συμπτώματα της μη γονοκοκκικής ουρηθρίτιδας μπορεί να προκληθούν από άλλες τοπικές λοιμώξεις όπως είναι η λοίμωξη του στομίου από απλό έρπητα και τα κονδυλώματα του στομίου ή της ουρήθρας: ανάμεσα στις άλλες αιτίες συμπεριλαμβάνονται στο σταθερό φαρμακευτικό εξάνθημα και το φυσικό ή χημικό τραύμα, το οποίο προκαλείται από ασυνήθεις σεξουαλικές μεθόδους. Επιπλέον, κάποιες περιπτώσεις βαλανίτιδας οφείλονται σε τόσο μεγάλο τοπικό ερεθισμό ώστε να προκαλέσει φλεγμονή του στομίου που δεν μπορεί να διακριθεί από τη μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα

Τα προβλήματα της ανώτερης ουροποιητικής οδού, όπως είναι η νεφρική λιθίαση ή οι ανατομικές ανωμαλίες, μπορεί να εκδηλωθούν ως ουρηθρικό έκκριμα, όπως και η φυματίωση της ουροφόρου οδού ενίοτε εκδηλώνονται με τη μορφή οξείας

ουρηθρίτιδας, με πυώδες έκκριμα: είναι πιο πιθανές σε όσους έχουν περάσει το 35^ο έτος ηλικίας.

Η προστατίτιδα, οξεία ή χρόνια μπορεί να προκαλέσει ουρηθρικό έκκριμα. Συχνά οι ασθενείς αισθάνονται ενόχληση στο στόμιο της ουρήθρας και στο περίνεο, η οποία είναι διάχυτη. (Κατσάμπας Α και Νικολαΐδου Η. 2005)

4.3.8. Επιπλοκές

Αν ο οργανισμός που προκαλεί την μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα (συνήθως τα χλαμύδια), εξαπλωθεί στην ουροδόχο κύστη του άνδρα ή τον προστάτη του μπορεί να εμφανιστούν επιπλοκές. Αν μολυνθεί η ουροδόχος κύστη του άνδρα ή στον προστάτη του, μπορεί να εμφανιστούν επιπλοκές. Αν μολυνθεί η ουροδόχος κύστη, ο άνδρας παραπονιέται για δυνατούς πόνους, ιδιαίτερα όταν ουρεί, γεγονός που του συμβαίνει με μεγάλη συχνότητα και που, συχνά δεν μπορεί να πραγματοποιήσει λόγω του ισχυρού πόνου. Αν ο οργανισμός εξαπλωθεί στον προστάτη, προκαλεί πόνο βαθιά μέσα στην πύελο. Μερικές φορές, η εξαπλώση είναι χωρίς συμπτώματα, όμως, από τη ζεστή ασφάλεια του προστάτη η ασθένεια μπορεί να επηρεάσει και άλλα απομακρυσμένα όργανα.

Στην πραγματικότητα, μια ιδιόμορφη ομάδα συμπτωμάτων φαίνεται να ακολουθεί τη μη θεραπευμένη ουρηθρίτιδα από χλαμύδια. Αυτά είναι επιπεφυκίτιδα, ουρηθρίτιδα και επώδυνες διογκώσεις μερικών από τις μεγαλύτερες αρθρώσεις, μια μορφή οξείας αρθρίτιδας. Η επιπεφυκίτιδα και η ουρηθρίτιδα αρχίζουν μέρες ή εβδομάδες μετά την έκθεση του ατόμου στη μόλυνση, και περνούν αρκετά γρήγορα. Η αρθρίτιδα αρχίζει μάλλον πιο αργά και επιμένει περισσότερο. Επίσης, τα συμπτώματα ενδέχεται να συνοδεύονται από πυρετό και από ένα ακαθόριστο αίσθημα αδιαθεσίας.

Πάρα πολλοί άνδρες επηρεάζονται επίσης ψυχολογικά: Γίνονται καταθλιπτικοί, ευέξαπτοι, και φοβούνται πως έχουν μια πιο σοβαρή Σ.Μ.Α., όπως για παράδειγμα AIDS. Μερικοί άνθρωποι έχουν επίμονες ή υποτροπιάζουσες προσβολές, καθώς και εργαστηριακές αποδείξεις της μόλυνσης. (Καββαδία Μ. 1992)

4.4. Χλαμύδια

4.4.1 Ορισμός

Τα χλαμύδια είναι υποχρεωτικώς ενδοκυττάρια παράσιτα γι' αυτό παλαιότεροι θεωρούντο ιοί, κατατάσσονται όμως στα βακτήρια διότι έχουν DNA,

RNA, ριβοσώματα, συνθέτουν τις πρωτεΐνες τους και τα νουκλεϊκά τους οξέα και είναι ευαίσθητα στα αντιβιοτικά. Εξαρτώνται όμως από τα κύτταρα του ξενιστού για την προμήθεια του ATP. Μικροσκοπικώς έχει παρατηρηθεί ότι τα μιτοχόνδρια των κυττάρων του ξενιστού συσσωρεύονται γύρω από την μεμβράνη του φαγοσώματος όπου ευρίσκονται τα χλαμύδια και είναι από τα τελευταία οργανίδια τα οποία θα καταστραφούν με την λύση του κυττάρου. (Καλκάνη- Μπουσιάκου Ε. 2001)

4.4.2. Επιδημιολογία

Σ' όλες τις χώρες την κυριότερη αιτία των σεξουαλικώς μεταδιδόμενων νοσημάτων αποτελούν οι χλαμυδιακές μολύνσεις. Μελέτες έχουν δείξει ότι 20% με 40% των σεξουαλικών ενεργών γυναικών έχουν εκτεθεί στο χλαμύδιο trachomatis και έχουν αποκτήσει θετικά αντισώματα σ' αυτόν τον μικροοργανισμό. Ιδιαίτερα μεταξύ νεαρών σεξουαλικά ενεργών γυναικών η συχνότητα των χλαμυδιακών λοιμώξεων είναι περίπου 17% αν και το ποσοστό αυτό διαφέρει ανάλογα με τον πληθυσμό που μελετάται. Η συχνότητα εποικισμού ή φλεγμονής του τραχήλου από τα χλαμύδια υπολογίζεται στον μη εγκύμονα πληθυσμό κυμαίνεται μεταξύ 3 και 25%. (Λουρίδας Κ. και Βιτωράτος Ν. 1998)

4.4.3. Τρόπος Μετάδοσης

Οι χλαμυδιακές μολύνσεις μεταδίδονται κυρίως με τη σεξουαλική επαφή. Όπως όλες οι ΣΜΑ, έτσι και αυτές ακολουθούν μια πορεία παρόμοια με εκείνη της βλεννόρροιας, αν και ο βαθμός δυνατότητας μετάδοσης είναι πολύ μικρότερος. Οι χλαμυδιακές μολύνσεις μεταδίδονται πρώτα απ' όλα με πρωκτική ή κολπική συνουσία και λιγότερο συχνά με την στοματογεννητική επαφή. (Ντολάτζας Θ. 2005)

4.4.4 Συμπτωματολογία

Οι μολυσμένες γυναίκες συχνά δεν παρουσιάζουν κανένα σύμπτωμα. Στις γυναίκες που πάσχουν από χλαμυδιακή τραχηλίτιδα συναντάτε, μερικές φορές, μια σκούρα βλενώδης έκκριση από τον τράχηλο. Η έλλειψη συμπτωμάτων δημιουργεί περαιτέρω προβλήματα επειδή, υπάρχει η πιθανότητα να προχωρήσει η μόλυνση πιο μέσα στο αναπαραγωγικό σύστημα και να προξενήσει μεγάλες βλάβες.

Οι χλαμυδιακές μολύνσεις μπορεί περιστασιακά να διαδοθούν από τις σάλπιγγες στην επιφάνεια του ήπατος. Αυτή η κατάσταση που λέγεται περιηπατίτιδα,

χαρακτηρίζεται από άλγος στο άνω δεξιό τεταρτημόριο της κοιλίας, συνοδευόμενο από ναυτία, έμετο και πυρετό.

Στους άνδρες κάτω των 36 ετών η επιδιδυμίτιδα οφείλεται στα χλαμύδια και χαρακτηρίζεται από πόνο, οίδημα, ευαισθησία στο όσχεο και πολλές φορές πυρετό. Ίσως επίσης, να εμφανιστεί και ουρηθρίτιδα. Ο πόνος της επιδιδυμίτιδας μπορεί να είναι τόσο σοβαρός, ώστε να ενοχλεί στο περπάτημα ή το τρέξιμο, ή μπορεί, πάλι να είναι ανεπαίσθητος. (Καλογερόπουλος Α. 1996)

4.4.5. Λοιμώξεις γεννητικού συστήματος από C. Trachomatis

Οι μολύνσεις που προκαλούνται από το βακτήριο *Chlamydia trachomatis* δεν είχαν τύχει, μέχρι πρόσφατα, μεγάλης προσοχής. Σήμερα, είναι γνωστές σαν οι πιο συνηθισμένες βακτηριακές ΣΜΑ και τα προβλήματα υγείας που προκαλούν θεωρούνται πολύ σοβαρά (Σακοράφας Γ. 2001).

4.4.5.i Στους άνδρες

Η χλαμυδιακή ουρηθρίτιδα είναι κυρίως διαδεδομένη στους άνδρες ηλικίας 15-24 ετών. Εκδηλώνεται 1-3 εβδομάδες μετά την πρωτομόλυνση με κάψιμο κατά την ούρηση και διαυγή εκροή από την ουρήθρα. Να σημειώσουμε εδώ ότι η διάδοση τέτοιων μολύνσεων στους εφήβους είναι ιδιαίτερα υψηλή (15% των εφήβων κοριτσιών και 8% των εφήβων αγοριών μολύνονται από αυτό το βακτήριο).

Το βακτήριο *Chlamydia trachomatis* ευθύνεται για πολλές επιπλοκές, αλλά και επακόλουθες παθήσεις. Στους άνδρες οι μισές περίπου από τις περιπτώσεις μη γονοκοκκικής ουρηθρίτιδας προξενούνται από αυτό το μικροοργανισμό. Η χλαμυδιακή ουρηθρίτιδα είναι κατά κύριο λόγο διαδεδομένη στους άνδρες 15-24 ετών, ενώ η χλαμυδιακή επιδιδυμίτιδα «ευδοκιμεί» με συντριπτικό ποσοστό στους άνδρες κάτω των 35 ετών.

Στους ενήλικες, προκαλεί τράχωμα, κερατοεπιπεφυκίτιδα μετ' εγκλείστων, πνευμονία, φαρυγγίτιδα και αφροδίσιο λεμφοκοκκίωμα. (Ντολάτζας Θ. 2005)

4.4.5. ii Στις γυναίκες

A) Ουρηθρίτιδα: Το C. Trachomatis, μολύνει συχνά τη γυναικεία ουρήθρα. Ξ λοίμωξη μπορεί να είναι ασυμπτωματική ή να εμφανιστεί με δυσουρικά ενοχλήματα.

B) Τραχηλίτιδα: Τουλάχιστον το 60% των γυναικών, με τραχηλικές χλαμυδιακές λοιμώξεις, δεν έχουν συμπτώματα. Στην εξέταση, τουλάχιστον το 1/3

εμφανίζει σημεία βλεννοπυώδους τραχηλίτιδας, με ένα υπεραιμικό και οιδηματώδη τράχηλο.

Γ) Οξεία σαλπινγίτιδα- πυελική φλεγμονώδης νόσος: Τα χλαμύδια έχουν ενοχοποιηθεί σαν αιτία οξείων λοιμώξεων της ελάσσονος πυέλου. Τα σημεία και συμπτώματα της λοίμωξης περιλαμβάνουν άλγος στο υπογάστριο, κολλική έκκριση, ευαισθησία κατά την ψηλάφηση, ύπαρξη ψηλαφητών μαζών και εξαρτημάτων, πυρετό, πολυμορφοπυρηνική λευκοκυττάρωση και άνοδο της ταχύτητας καθιζήσεως των ερυθρών αιμοσφαιρίων. Η φλεγμονώδης νόσος της πυέλου (ΦΝΠ), που οφείλεται σε σεξουαλικά μεταδιδόμενους μικροοργανισμούς, όπως οι γονόκοκκοι, τα χλαμύδια ή άλλα παθογόνα βακτήρια, είναι το κύριο αίτιο σαλπινγικής στεριότητας. Επιπλέον η ΦΝΠ σχετίζεται με διπλάσιο έως οκταπλάσιο κίνδυνο εξωμητρίων κύσεων. (Λουρίδας Κ. και Βιτωράτος Ν. 1998).

4.4.5. iii Στα νεογνά και βρέφη:

Στα νεογνά και τα βρέφη το *C. Trachomatis* προκαλεί επιπεφυκίτιδα μετ' εγκλείστων, πνευμονία και κολπίτιδα, ενώ είναι πιθανό ότι προκαλεί και ρινοφαρυγγίτιδα, βρογχίτιδα, μέση πυώδη ωτίτιδα και πρωκτίτιδα

Πηγή μόλυνσης για το νεογνό είναι ο τράχηλος της μήτρας της μητέρας του, από τον οποίο μολύνεται κατά τον τοκετό. Αν και έχουν αναφερθεί φλεγμονές σε νεογνά που γεννήθηκαν με καισαρική τομή, ανιούσα λοίμωξη στην έγκυο δε έχει αποδειχθεί. Επίσης, επιπλοκές στη διάρκεια της εγκυμοσύνης που να έχουν σχέση με ανιούσα λοίμωξη από χλαμύδια, όπως είναι η προωρότητα, η αποβολή, τα λιποβαρή και τα θνησιγενή νεογνά, δεν έχουν αναφερθεί. (Καποτάς Μ. 2003)

4.4.6 Εργαστηριακή Διάγνωση

Για την εργαστηριακή διάγνωση των χλαμυδιάσεων εφαρμόζονται μέθοδοι που αποσκοπούν αφ' ενός μεν στην εντόπιση, αναγνώριση ή και απομόνωση του μικροβίου και αφ' ετέρου στην αναζήτηση ειδικών αντισωμάτων στον ορό ή αντιγόνων στο τραχηλικό και ουρηθρικό έκκριμα.

Βοηθητική εξέταση είναι η μέτρηση του απόλυτου αριθμού των ηωσινοφίλων. Η αναζήτηση του χλαμυδίου στα παθολογικά υγρά από την πάσχουσα περιοχή γίνεται με μικροσκοπική εξέταση, μετά από κατάλληλη χρέωση, με την οποία γίνονται ορατά τα κυτταρικά εγκλείσματα που προκάλεσε το μικρόβιο, ενώ η απομόνωση του

μικροβίου γίνεται σε κυτταροκαλλιέργειες. Και στις δύο περιπτώσεις βασική προϋπόθεση είναι να ληφθεί κατάλληλο δείγμα.

Η τεχνική του άμεσου ανοσοφθορισμού, με τη χρησιμοποίηση πολυκλωνικών και τελευταία μονοκλωνικών αντισωμάτων, έχει αυξήσει σημαντικά την ευαισθησία και την ειδικότητα της μικροσκοπικής εξέτασης. Η μέθοδος στηρίζεται στην αναζήτηση ελεύθερου αντιγόνου από το σώμα του γλαυιδίου στο έκκριμα της πάσχουσας περιοχής αντί της καλλιέργειας του μικροβίου. Από τις ορολογικές μεθόδους παλαιότερη είναι η σύνδεση συμπληρώματος. (Καραχάλιος Γ. 2003)

4.4.7 Θεραπεία

Για την θεραπεία των γλαυδιακών λοιμώξεων του οφθαλμού και του γεννητικού συστήματος στους ενήλικες χορηγείται τετρακυκλίνη ή τα παράγωγα της (μινουσικλίνη, δοξυκυκλίνη) για 2 εβδομάδες. Εναλλακτικά χορηγείται ευρυθρομυκίνη. Η επιπεφυκίτιδα των νεογνών και η πνευμονία θεραπεύονται με τη χορήγηση ευρυθρομυκίνης για 10-14 μέρες. (Καποτάς Μ. 2003)

4.5 Αφροδίσιο Λεμφοκοκκίωμα

4.5.1. Ορισμός

Το αφροδίσιο λεμφοκοκκίωμα συγγέεται με άλλα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα: παρουσιάζει τη λεμφαδενοπάθεια της σύφιλης και του έρπητα των γεννητικών οργάνων και τη διόγκωση των λεμφαδένων της βουβωνικής χώρας όπως το μαλακό έλκος. Όπως στην περίπτωση του τελευταίου, το αφροδίσιο λεμφοκοκκίωμα πρέπει να κινήσει την υποψία εάν ο ασθενής έχει ταξιδέψει πρόσφατα στη Νοτιοανατολική Ασία, την Αφρική, τη νότια Αμερική ή της Νοτιοανατολικές Ηνωμένες Πολιτείες. Το αφροδίσιο λεμφοκοκκίωμα οφείλεται στο βακτήριο *Chlamydia Yrachomatis*. Ο χρόνος επώασης είναι από 1-4 εβδομάδες. (Στρατηγός Ζ. 2005)



Εικόνα 12 (Στρατηγός Ι. 2005)

4.5.2. Τρόπος Μετάδοσης

Η νόσος εκδηλώνεται μερικές μέρες μετά τη σεξουαλική επαφή με μολυσμένο άτομο ή με ομοφυλοφιλικές πρακτικές. Επίπτωση της νόσου παρουσιάζεται μεταξύ των ανθρώπων που επιδίδονται αδιακρίτως και επιπολαίως σε σεξουαλική δραστηριότητα και συνήθως βρίσκεται σε άτομα που είχαν στο παρελθόν ιστορικό κάποιας άλλης σεξουαλικής νόσου. Μεταδίδεται επίσης, άμεσα με αντικείμενα, περιλαμβανομένων και των ενδυμάτων, μολυσμένα από απεκκρίματα, συνήθως μολύνονται από τους συντρόφους τους στο κρεβάτι. (Δετοράκης Ι. 2003)

4.5.3 Συμπτωματολογία

Μετά 1-6 εβδομάδες εμφανίζεται στα γεννητικά όργανα μια μικρή διάγνωση (βλατίδα) που συνοδεύεται πολλές φορές με μικρές φυσαλίδες.

Μετά την πάροδο αρκετών εβδομάδων παρουσιάζονται αδένες στις βουβονικές περιοχές που φθάνουν πολλές φορές το μέγεθος του αυγού. Εν συνεχεία οι συνεχείς οι αδένες αυτοί ανοίγουν, τρέχει πύον και σχηματίζονται συρίγγια, αργότερα στην προσβεβλημένη περιοχή δημιουργούνται ουλές και παραμορφώσεις των γεννητικών οργάνων και της περιοχής του πρωκτού. (Ντολάτζας Θ. 2001)

4.5.4 Επιδημιολογία

Η νόσος είναι ενδημική στις τροπικές χώρες και είναι συχνότερη κυρίως μεταξύ των μαύρων της Αφρικής, αλλά απαντάται και σε όλο τον κόσμο και σε όλες τις φυλές. Είναι συχνότερη, όπως και τα άλλα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, σε άτομα ηλικία 20-30 χρόνων, που είναι περισσότερο ενεργά σεξουαλικά. Η λοίμωξη πιθανώς διατηρείται και μεταδίδεται από τον τράχηλο της μήτρας και από τον ορθό των ομοφυλόφιλων ανδρών. (Καλογερόπουλος Α. 19996)

4.5.5 Εργαστηριακή διάγνωση

Ανίχνευση των *C. trachomatis*

PCR. Η περισσότερο ειδική και ευαίσθητη.

Καλλιέργεια. Το *C. trachomatis* μπορεί να καλλιεργηθεί σε ιστική καλλιέργεια κυτταρικών σειρών στο 60-80% των περιπτώσεων.

Άμεσος ανοφθορισμός με φθορίζοντα αντισώματα. Εξετάση εξιδρώματος για αντιγόνα.

Αντισώματα έναντι των *C. Trachomatis*.

Δοκιμασία ELISA 60-80% ειδική και ευαίσθητη, 97-99% σε πληθυσμούς υψηλού κινδύνου.

DNA-RNA . Η ανίχνευση χλαμυδιακού DNA στα ούρα είναι διαγνωστική.

Δοκιμασία δέσμευσης του συμπληρώματος. Το οξύ ΑΛ συνήθως έχει τίτλος $\geq 1:64$. η δοκιμασία μικροανοσοφθορισμού είναι η πιο ειδική και ευαίσθητη δοκιμασία, που αναγνωρίζει τον ορολογικό τύπο που προκαλεί την λοίμωξη.

Απεικονιστικές μέθοδοι. Η μαγνητική τομογραφία (MRI) μπορεί να αναδειξεί εκτεταμένη λεμφαδενοπάθεια της πυέλου σε γυναίκες και ομοφυλόφιλους άνδρες.

Ιστοπαθολογία. Δεν είναι παθολογική. Πρωτογενές στάδιο: μικρά αστεροειδή αποστήματα που περιβάλλονται από ιστιοκύττρα, διατεταγμένα σαν «φράκτης από πασσάλους». Όψιμο στάδιο: ακάνθωση της επιδερμίδας/ θηλωμάτωση. Το χόριο είναι οιδηματώδες τα λεμφαγγεία είναι διατεταγμένα με ίνωση και με διήθηση από λεμφοπλασματοκύτταρα. (Κατούλης Α. 2003)

4.5.6 Διαφορική διάγνωση

Στην πρόιμη βουβωνική μορφή της νόσου, η διαφορική διάγνωση περιλαμβάνει τη σύφιλη, το μαλακό έλκος, τον απλό έρπητα, το βουβωνικό κοκκίωμα, τη φιλαρίαση αλλά και τη βουβωνική αδενίτιδα από άλλες βλάβες των κάτω άκρων. Οι αλλοιώσεις στον πρωκτό πρέπει να διαφοροδιαγνωσθούν από κακοήθεις όγκους της περιοχής, τραύματα, σχιστοσωμίαση ή φυματίωση. Ως αίτια ελεφαντίασης των γεννητικών οργάνων, θα πρέπει να αποκλεισθούν η φιλαρίαση, οι μύκητες, τα παράσιτα, η φυματίωση και το βουβωνικό κοκκίωμα, το οποίο προκαλεί ψευδό- ελεφαντίαση. (Στρατηγός Α. 2004)

4.5.7. Θεραπεία

Στην περίπτωση του αφροδίσιου λεμφοκοκκιώματος η θεραπεία μπορεί να γίνει με: Δοξυκυκλίνη 100mg από το στόμα 2 φορές ημερησίως τουλάχιστον για 14 ημέρες ή Υδροχλωρική τετρακυκλίνη 500mg από το στόμα 4 φορές ημερησίως τουλάχιστον για 14 ημέρες ή Ερυθρομυκίνη 500mg από το στόμα 4 φορές ημερησίως τουλάχιστον για 14 ημέρες ή Σουλφαμεθαξάζολη 1g από το στόμα ημερησίως τουλάχιστον για 14 ημέρες κλυδάζοντα λεμφικά οζίδια αναρροφούνται όταν είναι αναγκαίο. Η διάνοιξη και παροχέτευση ή η εκτομή των οζιδίων επιβραδύνουν την επούλωση και αντενδείκνυται. Μεταγενέστερα επακόλουθα, όπως μια στένωση και συρίγγιο, μπορεί να χρειασθούν χειρουργική επέμβαση.

Τέλος, είναι σημαντικό οι σεξουαλικοί σύντροφοι των γυναικών με χλαμυδιακές λοιμώξεις να εντοπίζονται και να υποβάλλονται σε θεραπεία. (Λουρίδας Κ. και Βιτωράτος Ν. 1998).

4.5.8 Επιπλοκές

Εάν δε γίνει χημειοθεραπεία στο στάδιο της λεμφαδενίτιδας παρατηρείται ανάπτυξη συνδετικού ιστού, απόφραξη των λεμφαγγείων και στένωση του ορθού. Η απόφραξη των λεμφαγγείων μπορεί να οδηγήσει σε ελεφαντίαση του πέους, του οσχέου ή του αιδοίου. Στις γυναίκες και τους ομοφυλόφιλους ή χρόνια πρωκτίτιδα μπορεί να οδηγήσει σε στένωση του ορθού. Η απόφραξη των λεμφαγγείων μπορεί να οδηγήσει σε ελεφαντίαση του πέους, του οσχέου ή του αιδοίου. Στις γυναίκες και τους ομοφυλόφιλους η χρόνια πρωκτίτιδα μπορεί να οδηγήσει σε στένωση του ορθού, απόφραξη του ορθοσιγμοειδούς και στο σχηματισμό συριγγίων. (Δημητρακόπουλος Γ. 1993)



Εικόνα 13 (Καλογερόπουλος Α. 1996)

4.6. Βουβωνικό κοκκίωμα

4.6.1 Ορισμός

Το βακτήριο που προκαλεί τη νόσο είναι το *Calymmatobacterium granulomatis*, ένα gram- αρνητικό βακτήριο με μια χαρακτηριστική μεγάλη κάψα και ένα μόρφωμα χρωματίνης στο ένα άκρο (σωματίδιο του Donovan) που το κάνει να μοιάζει στο μικροσκόπιο με μια κλειστεί παραμάννα. Ο χρόνος επώασης είναι 8

ημερών έως 12 εβδομάδων. Το βουβωνικό κοκκίωμα γενικά θεωρείται ότι είναι αφροδίσιο νόσημα και με την σεξουαλική επαφή από μολυσμένο άτομο. Η νόσος είναι ήπιας μεταδοτικότητας και φαίνεται να συγκεντρώνεται στη μαύρη φυλή. (Στρατηγός Ζ. 2005)



Εικόνα 14 (Στρατηγός Ι. 2005)

4.6.2 Συμπτωματολογία

Οι εκδηλώσεις της νόσου συνίσταται σε έλκωση των γεννητικών οργάνων και της πρωκτικής χώρας, η οποία είναι μαλακή με βελούδινη όψη, έντονο ροζ χρώμα και με ερπητοειδή περιφέρεια. Ο πυθμένας καλύπτεται από οροαιματηρό εξίδρωμα. Το έλκος είναι ανώδυνο και εξαπλώνεται βραδέως σε διάστημα, μηνών κατά μήκος πτυχών (μηρογεννητικών, μεσογλουτιαίας αύλακας). Οι επιχώριοι λεμφαδένες δεν διογκώνονται. (Χατζής Ι. 1994)

4.6.3. Επιδημιολογία

Το νόσημα είναι ενδημικό σε μερικές χώρες όπως η Δυτική Νέα Γουινέα, Νότιο- Ανατολική Ινδία, Καραϊβική, Ν. Αμερική, Βραζιλία, Ν. Αφρική και μεταξύ αυτόχθονων στην Αυστραλία. Είναι εξαιρετικά σπάνια στην Ευρώπη και τη Β. Αμερική (8 νέα κρούσματα 1997 στις ΗΠΑ). Το νόσημα εμφανίζεται κυρίως σε άτομα 20-40 ετών (70% των περιπτώσεων) και κυρίως στους άνδρες. Αφορά κατ' εξοχήν άτομα χαμηλής κοινωνικό-οικονομικής τάξης. (Στρατηγός Ι. 2004)

4.6.4 Εργαστηριακή διάγνωση

Καλλιέργεια. Ο μικροοργανισμός δεν μπορεί να καλλιεργηθεί στα συνήθη καλλιεργητικά μέσα. Συχνά συμβαίνει μικροβιακή επιμόλυνση. Μπορεί να συνυπάρχουν και άλλα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.

Παρασκεύασμα εξ επαφής ή εκ συνθλίψεως. Υλικό punch βιοψίας χρωματισμένο με χρώμα Wright ή Giemsa αναδεικνύει σωμάτια Donovan στο κυτταρόπλασμα των μακροφάγων. Οι κλινικές παραλλαγές διαφέρουν ως προς την ποσότητα των μικροοργανισμών.

Ιστοπαθολογία. Εκτεταμένη ακάνθωση και πυκνή διήθηση στο χόριο, κυρίως από πλασματοκύτταρα και ιστιοκύτταρα, μεγάλα μονοπύρρηνα κύτταρα που περιέχουν, κυτταροπλασματικά έγκλειστα (σωμάτια του Donovan), δηλαδή *Calymmatobacterium granulomatis*, είναι παθολογικά. (Κατούλης Α. 2003)

4.6.5. Διαφορική διάγνωση

Έλκος/ έλκη των γεννητικών οργάνων.

Συφιλιδικό έλκος, μαλακό έλκος, αφροδίσιο λεμφοκοκκίωμα, φυματίωση του δέρματος, αμοιβάδωση του δέρματος, φιλαρίαση, ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα.

Περιπτώκτικό υπερτροφικό βουβονικό κοκκίωμα.

Οξυτενή κονδυλώματα, πλατέα κονδυλώματα. (Κατούλης Α. 2003)

4.6.6. Θεραπεία

Υπάρχουν δύο θεραπείες πρώτης γραμμής:

A) Τριμεθοπρίμη- σουλφαμεθαξαζόλη, 2 δισκία ημερησίως και θοξυκυκλίνη 100mg, επίσης 2 φορές την ημέρα, επί 3 εβδομάδες.

B) Σιπροφλοξασίνη 750mg δύο φορές ημερησίως και

Γ) Ερυθρομυκίνη 500mg, τέσσερις φορές την ημέρα, επί 3 εβδομάδες. Η τετρακυκλίνη δεν συνιστάται πλέον, μια και πολλά στελέχη του *C. Gramulomatis* έχουν αναπτύξει αντίσταση. Ακόμη και με αποτελεσματική αγωγή η νόσος μπορεί να υποτροπιάσει μέσα σε 6 με 8 μήνες. (Παπανικολάου Α, και Παπανικολάου Ν. 2005)

4.6.7. Επιπλοκές

Ορισμένες φορές δημιουργείται ουλοποίηση με παραμορφώσεις και λεμφοίδημα. Επίσης μπορεί να έχουμε στένωση ουρήθρας, κόλπου και δακτυλίου. Ανάπτυξη βασικοκυτταρικού και ακανθοκυτταρικού καρκινώματος μπορεί να συμβεί. Μπορεί οι ελκώσεις να γίνουν βαθιές και καταστρεπτικές (φαγεδαινικά έλκη)

για το πέος. Στις χρόνιες περιπτώσεις μπορεί να έχουμε ελεφαντίαση των γεννητικών οργάνων. (Χατζής Ι. 1994).

4.7 Μαλακό έλκος

4.7.1. Ορισμός

Το μαλακό έλκος (Chancroid) οφείλεται στον αιμόφυλο *Ducreyi* ο οποίος είναι ένα λεπτό βραχύ, με υποστρόγγυλο ραβδίό Gram-βακτήριο, που διατάσσεται σε αλυσίδα και αναπτύσσεται ένδο-και εξωκυττάρια.

Είναι μια σεξουαλικά – όχι όμως αποκλειστικά μεταδιδόμενη νόσος, η οποία επιπολάζει στους ναυτικούς. Ο χρόνος επώασης της νόσου κυμαίνεται από 24 ώρες μέχρι 30 ημέρες. (Λώλης Δ. 2004).



Εικόνα 15 (Στρατηγός Ι. 2005)



Εικόνα 16 (Καλογερόπουλος Α. 1996)

4.7.2. Τρόπος μετάδοσης

Το μαλακό έλκος τυπικά μεταδίδεται ,με τη σεξουαλική συνουσία. Η πορνεία είναι πιθανώς η πλέον σημαντική πηγή μόλυνσης και αυτό παρατηρείται σε άνδρες και γυναίκες που έχουν ελεύθερες και χωρίς διάκριση πολυγαμικές σχέσεις. Το ποσοστό κρουσμάτων μαλακού έλκους είναι υψηλότερο στους μη λευκούς και επίσης είναι υψηλότερος στους άνδρες παρά στις γυναίκες. (Δετοράκης Ι. 2003)

4.7.3 Συμπτωματολογία

Οι βλάβες αναπτύσσονται στο σημείο εισόδου του μικροβίου και χαρακτηρίζονται από το σχηματισμό μιας επώδυνης μικρής θηλής που περιβάλλεται από ερυθρότητα. Η βλάβη αυτή μεταπίπτει σε φλύκταινα και μετά τη ρήξη της φυσαλίδας μεταπίπτει σε έλκος. Όλα αυτά τα στάδια μπορούν να συνυπάρχουν. Το έλκος είναι αβαθές, μαλακό με γκριζωπό πυθμένα και χείλη εξοιδημένα και ερυθρά. Μετά από 2 έως 20 ημέρες μπορεί να αναπτυχθεί βουβωνική λεμφαδενίτιδα και διαπύηση των λεμφαδένων με επινέμηση του υπερκείμενου δέρματος. Η διάγνωση στηρίζεται στην μικροσκοπηση αμέσων παρασκευασμάτων σε καλλιέργειες και στη βιοψία των βλαβών. (Λώλης Δ. 2004)

4.7.4 Εντόπιση

Στους άνδρες εντοπίζεται συχνότερα στο χαλινό και στη στεφανιαία αύλακα, στην έσω επιφάνεια της ακροπόσθιας, το χείλος της ακροπόσθιας, στη βάλανο, στη στεφάνη και το σώμα του πέους. Λιγότερο συχνά το έλκος μπορεί να εντοπισθεί στο όσχεο, στο εφηβαίο, στο δακτύλιο, στους μηρούς ή σπανίως εντός της ουρήθρας με συμπτώματα ουρηθρίτιδας. Στις γυναίκες οι βλάβες εμφανίζονται στα χείλη, στην κλειτορίδα, στον πρόδομο του κόλπου και στον πρωκτό. Δηλαδή σε περιοχές οι οποίες τραυματίζονται περισσότερο κατά την επαφή. Σπανίως τα έλκη εντοπίζονται στη γλώσσα, στα χείλη, στα βλέφαρα, στα στήθη και στα δάκτυλα. (Χατζής Ι. 1994).

4.7.5 Επιδημιολογία

Το μαλακό έλκος είναι ενδημικό στην Αφρική και Ασία, όπου απαντάται ως η αιτία στο 25-60% των ελκώσεων των γεννητικών οργάνων, ενώ στις Δυτικές χώρες είναι η αιτία μόνον σε ποσοστό 1-2% και εδώ «εισάγεται» από τις χώρες όπου ενδημεί. Οι άνδρες προσβάλλονται συχνότερα από τις γυναίκες, διότι αυτές φαίνεται να είναι λιγότερο ευπαθείς στις καταστρεπτικές ιδιότητες του βακίλου. Πρόσφατες μελέτες διατυπώνουν την άποψη της ύπαρξης ασυμπτωματικών φορέων του νοσήματος, μετά την αυτόματη επούλωση των ελκώσεων. (Στρατηγός Ι. 2004)

4.7.6 Εργαστηριακή διάγνωση

Χρώση κατά Gram ξεσμάτων που προέρχονται από την βάση του έλκους ή πύου διογκωμένο βουβωνικό λεμφαδένα. Προσπάθεια να ανεβρεθούν μικρές

συναθροίσεις ή παράλληλες αλυσίδες από gram-αρνητικά ραβδία. Η ερμηνεία είναι δύσκολη εξαιτίας της παρουσίας των άλλων μικροοργανισμών στα έλκη.

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

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

Ιστοπαθολογία. Μπορεί να βοηθήσει. Σπανίως αναδεικνύεται ο μικροοργανισμός.

PCR. Ανιχνεύει αλληλουχίες DNA του *Hemophilus ducrey*. (Κατούλης Α. 2003)

4.7.7. Διαφορική διάγνωση

Νοσήματα που προκαλούν έλκη στη περιοχή των γεννητικών οργάνων, όπως ο επιχείλιος έρπης, η πρωτογόνος σύφιλη, η καλοήθης λεμφοκοκκιωμάτωση (νόσος Nicolas- Farre) και το βουβωνικό κοκκίωμα.

Το μαλακό έλκος είναι βαθύ και επώδυνο σε αντίθεση με το ερπητικό (αβαθές) και το συφιλιδικό (ανώδυνο) (Κατσάμπας Α. 2001)

4.7.8 Θεραπεία

Θεραπευτικώς διενεργείται παρακέντηση των αδένων, η οποία είναι προτιμότερη από τη διάνοιξη (κίνδυνος επιμόλυνσης).

Η πάθηση ευτυχώς απαντά στα διάφορα αντιβιοτικά, όπως στην ερυθρομυκίνη (Erythrocine), στην κεφτριαξόνη (Rocephin) ή στην Τετρακυκλίνη (Hostacycline) 500mg x 4 ημερησίως για 2 εβδομάδες και επιτυχέστερα στις σουλφοναμίδες. Ιδιαίτερα επιτυχές θεωρούνται τα σχήματα τριμεθοπρίνης / σουλφαμεθοξαζόλης (trimethoprim/ sulphamethoxazole), με τις εμπορικές ονομασίες *Septtrin* και *Bactrimel*, που δίνονται σε δόση 2 δισκίων ημερησίως για 10 ημέρες και από την αποτελεσματικότητα της αγωγής επιβεβαιώνεται η διάγνωση. (Καλογερόπουλος Α. 1996)

Οι ασθενείς θα πρέπει να επανεξεταστούν 3 έως 7 ημέρες μετά την έναρξη της θεραπείας. Εάν η θεραπεία είναι επιτυχής, τα έλκη βελτιώνονται ως προς τα

συμπτώματα μέσα σε 3 ημέρες και βελτιώνονται αντικειμενικά μέσα σε 7 ημέρες από την έναρξη της θεραπείας. Εάν δεν υπάρχει κλινική βελτίωση, η διάγνωση μπορεί να ήταν λανθασμένη, μπορεί να συνυπάρχει λοίμωξη από άλλο σεξουαλικά μεταδιδόμενο παράγοντα, μπορεί ο ασθενής να είναι μολυσμένος από τον HIV, μπορεί να μην υπήρξε συμμόρφωση στην θεραπεία ή μπορεί το στέλεχος του *Haemophilus ducreyi* που προκαλεί την λοίμωξη να ήταν ανθεκτικό στο χορηγηθέν αντιβιοτικό. Ο χρόνος που απαιτείται για την πλήρη ίαση εξαρτάται από το μέγεθος του έλκους. Τα μεγάλα έλκη μπορεί να χρειαστούν ≥ 2 εβδομάδες. (Κατούλης Α. 2003).

4.8 Βακτηριακή κολπίτιδα ή αιδοιοκολπίτιδα

4.8.1 Ορισμός

Κατά τα τελευταία χρόνια έχει αναζωογονηθεί το ενδιαφέρον για τη «μη ειδική ή βακτηριακή κολπίτιδα» (bacterial vaginosis), που περιγράφηκε για πρώτη φορά από τους Gardner και Dukes το 1955 ως μια ασυνήθης λευκωπή, δύσοσμη και χωρίς κνησμό ομοιογενής κολπική έκκριση (λευκόρροια), της οποίας ως μοναδικό αίτιο θεωρήθηκε ο αιμόφιλος του κόλπου. Έκτοτε, πολλές διχογνωμίες έχουν προκύψει ως προς την κλινική νόσο και τους υποθετικούς αιτιολογικούς παράγοντες. (Καλογερόπουλος Α. 1996)



Εικόνα 17 (Παπαδημητρίου Χ. 2006)



Φλεγμονή του αιδοίου

Εικόνα 18 (Παπαδημητρίου Χ/ 2006)

4.8.2 Αιτιολογία

Η αιδοιοκολπίτιδα οφείλεται σε διάφορα μικρόβια (στρεπτόκοκκος, σταφυλόκοκκος, τριχομονάδα, μύκητες, αιμόφιλους, κολοβακτηρίδια, ιούς (έρπης) αλλά μπορεί να οφείλεται και σε άλλες παθήσεις γενικευμένες όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, νοσήματα του ουροποιητικού, η κακή υγιεινή της περιοχής, οι συχνές σεξουαλικές επαφές (Ντολάτζας Θ. 2001)

4.8.3. Συμπτωματολογία

Η γυναίκα παραπονείται για ένα δύσοσμο, γκριζωπό και ενοχλητικό κολπικό έκκριμα, με δυσάρεστη οσμή που θυμίζει οσμή ψαριού ή σάπιου κρέατος. Η οσμή αυτή είναι περισσότερο εμφανής κατά τη διάρκεια ή μετά τη συνουσία ή κατά την εμμηνορρυσία. Σε μικρό αριθμό ασθενών αναφέρεται κνησμός, που είναι όμως ήπιος και όχι έντονος, όπως στην τριχομοναδική κολπίτιδα ή στη μυκητίαση του κόλπου. Δεν αναφέρονται τοπικός ή πυελικός πόνος, δυσπαρέυνεια ή συμπτώματα από το ουροποιητικό σύστημα.

Κατά την εξέταση με μητροσκόπιο, παρατηρείται στον οπίσθιο κολπικό θόλο υδαρές, λευκωπό και αφρώδες έκκριμα, που καλύπτει και το τοίχωμα του κόλπου, με μικρές μόνο ενδείξεις φλεγμονής. Το έκκριμα αυτό καλύπτει και το βλεννογόνο της εισόδου του κόλπου και των μικρών χειλέων του αιδοίου, και συνδυάζεται με ελαφρό οίδημα του βλεννογόνου. Δε διαπιστώνονται παθολογικά ευρήματα από τον τράχηλο, ούτε από τη μικρή πύελο (κατά την αμφίχειρη γυναικολογική εξέταση). (Καββαδία Μ. 1992).

4.8.4 Διάγνωση

Η διάγνωση στηρίζεται στην κλινική εικόνα, στην καλλιέργεια και στην άμεση μικροσκοπική εξέταση νοπών- με ή χωρίς Gram χρώση- κολπικών επιχρισμάτων. Όσον αφορά τα κολπικά επιχρίσματα, η χρώση Gram φαίνεται να υπερέχει, με ακρίβεια 90% περίπου. Στα επιχρίσματα ανευρίσκονται άφθονα κολπικά επιθήλια, χωρίς πολυμορφοπύρηνα, με επικράτουςα χλωρίδα Gram – βακτηριδίων, τα οποία προσκολλούνται στην επιφάνεια των επιθηλιακών κυττάρων. Το φαινόμενο αυτό ονομάζεται «clue cell» (Λώλης Δ. 2004)

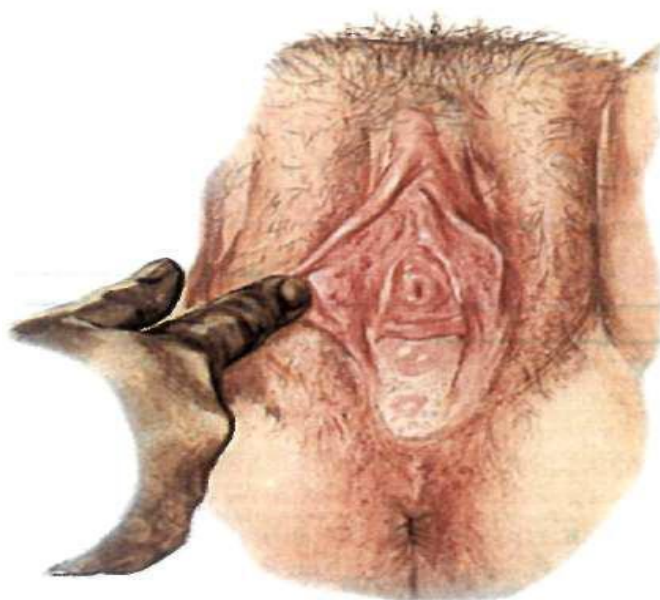
4.8.5 Θεραπεία

Χορηγούνται κυρίως η μετρονιδαζόλη από τον κόλπο και σε δόσεις 500mg x1 επί 1 έως 2 εβδομάδες, αλλά και η ορνιδαζόλη επίσης από τον κόλπο και σε δόσεις 500mg ημερησίως επί 5 ημέρες. Η μετρονιδαζόλη είναι δραστική κατά των αναερόβιων μικροβίων, ενώ δρα ασθενέστερα κατά της *Gardenerella vaginalis*. Πρόσθετα με τη θεραπεία με μετρονιδαζόλη, συνίσταται η σχολαστική καθαριότητα των γεννητικών οργάνων και οπωσδήποτε η αποφυγή χρήσης ταμπόν και σερβιετών. (Χατζημηνάς Ι. 1994)

4.9 Τριχομονάδωση

4.9.1 Ορισμός

Η τριχομοναδική κολπίτιδα οφείλεται στην κολπική τριχομονάδα (*Trichomonas vaginalis*), η οποία είναι ένα μαστιγοφόρο πρωτόζωο. Ο άνθρωπος είναι ξενιστής τριών ειδών τριχομονάδων από τις οποίες μόνο η κολπική τριχομονάδα προκαλεί νόσο. Πρόκειται για την πιο συχνή σεξουαλική μεταδιδόμενη νόσο, αφού για τη μετάδοση της δε χρειάζεται μεγάλος αριθμός μικροβίων. Επειδή το πρωτόζωο αυτό μπορεί να επιβιώσει για αρκετές ώρες σε υγρό περιβάλλον και στα ούρα για περισσότερο από 24 ώρες, είναι δυνατή η εξωγεννητική επιμόλυνση, όπως για παράδειγμα με τη χρησιμοποίηση του τηλεφώνου του λουτρού, κατά την περιποίηση του νεογέννητου από την μητέρα κλπ. (Κρεατσάς Γ. 2003)



Εικόνα 19 (Καλογερόπουλος Α. 1996)

4.9.2. Τρόπος Μετάδοσης

Μεταδίδεται από άτομο σε άτομο με την επαφή με κολπικό και ουρηθρικά εκκρίματα από μολυσμένα άτομα κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής επαφής, κατά τη διάρκεια του τοκετού και πιθανώς με επαφή με μολυσμένα αντικείμενα. Όπως με την καντιτίαση, συμπτωματική κολπική μόλυνση συχνά μετατρέπεται σε επίμονη κολπίτιδα με την αλλαγή του περιβάλλοντος του κόλπου, που οφείλεται σε ορμονικές αλλαγές, αντισυλληπτικά χάπια και εγκυμοσύνη. (Δετοράκης Ι. 2003)

4.9.3 Συμπτωματολογία

Η παρουσία της μπορεί να παραμείνει επί μακρό χρόνο χωρίς συμπτώματα, τα οποία όταν εμφανίζονται είναι αρκετά έντονα. Χαρακτηρίζεται από την παρουσία λευκοκίτρινης, λεπτόρρευστης, συχνά αφρώδους, δύσοσμης έκκρισης (οσμή ψαριού) που συνοδεύεται από έντονο αιδοϊκό καύσο και κνησμό.

Η τριχομοναδική κολπίτιδα προκαλεί παράτριμμα του δέρματος του αιδοίου και της έσω επιφάνειας των μηρών, ενώ συχνά οι άρρωστες παραπονιούνται για δυσουρία. Ο τράχηλος είναι συνήθως υπεραίμικος και εξέρυθρος, και στις χρόνιες μορφές το τραχηλικό και κολπικό επιθήλιο είναι κατάστικτα από μικρά, ζοηρώς ερυθρά σημεία σαν «διαγκωματιές ψύλλου», που οφείλονται σε μικροσκοπικές αιμορραγίες. Τα συμπτώματα επιδεινώνονται κατά ή μετά την εμμηνορρυσία και την εγκυμοσύνη. (Καλογερόπουλος Α. 1996)

4.9.4 Επιδημιολογία

Η ανίχνευση τριχομονάδων έχει βεβαιωθεί σε ποσοστό 3 έως 15% των ασυμπτωματικών και σε 50 έως 75% των ελευθερίων ηθών γυναικών, ενώ σε ασθενείς των εξωτερικών ιατρείων ανιχνεύονται σε ποσοστό 13 έως 23% περίπου. Σε διαγνωσμένες συμπτωματικές γυναίκες, που πάσχουν από τριχομοναδική κολπίτιδα, απομονώθηκε το πρωτόζωο από τους παραουρηθρικούς αδένες σε ποσοστό 97,8%, από την ουρήθρα σε 82,5% και από τον εξωτράχηλο της μήτρας σε 13,1%, ενώ σπανιότερα απομονώνεται από τον ενδοτράχηλο. (Λώλης Δ. 2004)

4.9.5 Διάγνωση

Η διάγνωση της τριχομοναδικής κολπίτιδας, εκτός από τα κλινικά χαρακτηριστικά της, στηρίζεται σε ειδικές καλλιέργειες του κολπικού εκκρίματος ή σε άμεση μικροσκοπική εξέτασή του. Το επίχρισμα Παπανικολάου είναι αξιόπιστο σε

ποσοστό 58% περίπου. Για την άμεση μικροσκόπηση, λαμβάνεται μια μικρή ποσότητα κολπικού εκκρίματος και αναδεύεται με μια σταγόνα θερμού φυσιολογικού ορού (37 °C), σε αντικειμενοφόρο πλάκα. Μετά την τοποθέτηση καλύπτρας, ακολουθεί μικροσκόπηση με μισάνοικτο διάφραγμα. Οι τριχομονάδες είναι μεγαλύτερες από τα πολυμορφοπύρρηνα, μικρότερες από τα επιθηλιακά κύτταρα, είναι κινητές και έχουν σχήμα αχλαδοειδές (Αναγνωστόπουλος Α. και Παπαδόπουλος Λ. 2004)

4.9.6 Θεραπεία

Για τη θεραπεία της, χρησιμοποιούμε όξινες αντισηπτικές πλύσεις του κόλπου, μετρονιδαζόλη, ορνιδαζόλη, τινάζολη και άλλα φάρμακα σε δισκία, συνδυασμένα με κολπικά υπόθετα. Για την αποφυγή της επαναμόλυνσης από το σεξουαλικό σύντροφο, που είναι δυνατό να έχει τριχομονάδες στην ακροποσθία ή στην ουρήθρα του, χορηγούμε και σ' αυτόν το ίδιο φάρμακο από το στόμα. Κατά τη διάρκεια της θεραπείας πρέπει να αποφεύγεται η χρήση οиноπνεύματος.

Συχνά, συμβαίνουν υποτροπές, που δεν ξέρουμε αν οφείλονται σε κακή θεραπεία ή σε επαναμόλυνση. Υποτροπή μετά την εμμηνορρυσία είναι, επίσης, συχνή. (Παπανικολάου Α. και Παπανικολάου Ν. 2005)

4.9.7 Επιπλοκές

Σε σπάνιες περιπτώσεις μπορεί να επεκταθεί στους μηρούς. Στην εγκυμοσύνη χειροτερεύει, όπως επίσης και στη διάρκεια της περιόδου. (Κατρίνης Μ. 2008)

4.10 Μυκοπλάσματα

4.101 Ορισμός

Το μυκόπλασμα ανήκει ανάμεσα στα βακτήρια και στους ιούς. Η ύπαρξή του στο γεννητικό σύστημα της γυναίκας διαπιστώνεται μετά την έναρξη της σεξουαλικής ζωής. Όσο αυξάνονται οι σεξουαλικοί σύντροφοι, τόσο αυξάνεται και η μόλυνση της γυναίκας από μυκόπλασμα. Η συχνότητα της μόλυνσης κυμαίνεται από 15-75%, ανάλογα με τη σεξουαλική δραστηριότητα. Συχνότερα, εμφανίζεται σε γυναίκες χαμηλού κοινωνικοοικονομικού στρώματος.

Από τα 8 είδη μυκοπλασμάτων, αυτά που είναι μόνιμοι ξενιστές του κόλπου, είναι το *Mycoplasma hominis* και το *Ureoplasma Urealuticum*. (Παπανικολάου Ν., Παπανικολάου Α. 2005).

4.10.2 Νόσοι από μυκοπλάσματα γεννητικής περιοχής

Προκαλούν νόσους της ουρογεννητικής περιοχής σε άνδρες και γυναίκες αλλά και νόσους έξω – ουρογεννητικές που τελικά μπορεί να οδηγήσουν σε στειρώση και στα δύο φύλα.

Στις γυναίκες προκαλούν κολπίτιδα, τραχηλίτιδα, πυελικές παραμητρικές φλεγμονές, σαλπινγίτιδα. Στους άνδρες προκαλούν μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα ουρηθρίτιδα (Μ.Γ.Ο), επιδιδυμίτιδα, προστατίτιδα. Στα νεογνά προκαλούν νόσους του κεντρικού νευρικού συστήματος. Στα βρέφη, τα θηλυκά, προκαλούν αιδιοκολπίτιδα. Στους ανοσοκατασταλμένους ιδιαίτερα στους μετασχουμένους, βαριές σηψαιμίες, εμπυήματα, περιτονίτιδα και φλεγμονές από άλλα συστήματα.

Εξω- ουρογεννητικές λοιμώξεις προκαλούνται συχνότερα από το *M. Hominis* παρά από το *U. Urealyticum*. Είναι ποικίλες, γενικές και συστηματικές λοιμώξεις, στις μισές σχεδόν περιπτώσεις με μικροβιαμία (εκτός της επιλοχείου), με λοιμώξεις τραυμάτων, με αρθρίτιδα, απόστημα εγκεφάλου, μηνιγγίτιδα (Αρσένη Α. 1994)

4.10.3 Εργαστηριακή Διάγνωση

Οι εξετάσεις που γίνονται για τη διάγνωση των μυκοπλασμάτων είναι οι εξής:

- 1) Καλλιέργεια και τακτοποίηση του μυκοπλασμάτος κατά είδος.
- 2) Αναζήτηση αντισωμάτων στον ορό του αίματος με ορολογικές μεθόδους.

Η εκλογή του είδους της εξέτασης θα εξαρτηθεί από την εντόπιση και από τις φάσεις της νόσου. Αν ο ασθενής έχει ήδη υποβληθεί σε χημειοθεραπεία θα προτιμηθούν οι ορολογικές. Εξαρτάται και από το είδος ή την κατηγορία μυκοπλασμάτων που αναμένουμε να αναπτυχθούν.

Για την εργαστηριακή διάγνωση των νόσων από τα γεννητικά μυκοπλάσματα το, *M. Hominis* και *U. Urealyticum*, προτιμότερη είναι η καλλιέργεια, παρά οι ορολογικές. Αντισώματα προς τα μυκοπλάσματα αυτά υπάρχουν στο αίμα υγιών, άγνωστο αν από απλό αποικισμό ή από αφανή λοίμωξη. Επιπλέον συχνά δεν επέρχεται αύξηση του τίτλου αυτών στη φάση της αναρρώσεως για να αξιολογηθούν. (Γαρδίκας Κ. 2005)

4.10. 4. Θεραπεία

Στη χημειοθεραπεία των λοιμώξεων από τα γεννητικά μυκοπλάσματα η επιλογή του/των αντιβιοτικών θα στηριχθεί, σε πρώτη φάση στην αρχή που ισχύει για

όλες τις μυκοπλαστώσεις. Θα προτιμηθούν αντιβιοτικά που παρεμβαίνουν στη βιοσύνθεση πρωτεϊνών και δεν θα χρησιμοποιηθούν τα παρεμβαίνοντα στη σύνθεση του κυτταρικού τοιχώματος, όπως είναι τα β-λακταμικά. Θα εκτιμηθεί και η παρουσία και άλλων δυνητικά παθογόνων μικροοργανισμών π.χ. γλαμυδίων. Στη φάση αυτή αντιβιοτικά εκλογής είναι η τετρακυκλίνη προς την οποία είναι ευαίσθητα το ουρεάπλασμα και τα περισσότερα στελέχη του *M. Hominis*.

Στη δεύτερη φάση θα γίνει δοκιμασία ευαισθησίας γιατί υπάρχουν διαφορές ευαισθησίας μεταξύ των τριών γεννητικών μυκοπλασμάτων, η πιο χαρακτηριστική από τις οποίες είναι οι εξής: ενώ το ουρεάπλασμα είναι ευαίσθητο στην ερυθρομυκίνη και ανθεκτικό στη λινκομυκίνη, το *M. Hominis* αντίθετα είναι ανθεκτικό στην ερυθρομυκίνη και ευαίσθητο στη λινκομυκίνη. Και τα δύο είδη είναι ανθεκτικά στις πενικιλίνες, τις κεφαλοσπορίνες, σουλφοναμίδες, τριμεθοπρίνη, ριφαμικίνες, μετρονιδαζόλη και ευαίσθητα στις τετρακυκλίνες, γλωραμφενικόλη, γενταμικίνη και κiproφλοξασίνη. Μερικά στελέχη του *M. Hominis* είναι ανθεκτικά και στα αντιβιοτικά αυτά. (Αρσένη Α. 1994)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΙΟΓΕΝΕΙΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ

5.1 HPV – ΚΟΝΔΥΛΩΜΑΤΑ

5.1.1. Εισαγωγή

Κατά τη διάρκεια της τελευταίας δεκαετίας σημειώθηκε ουσιαστική έκρηξη στην έρευνα και στο ενδιαφέρον για τους ιούς των θηλωμάτων, μια ομάδα μικρών DNA ιών χωρίς περίβλημα που αναδιπλασιάζονται, στον πυρήνα των επιθηλιακών κυττάρων. Ο αριθμός των τύπων του ιού συνεχώς αυξάνει. Σήμερα είναι γνωστοί πάνω από 100 διαφορετικοί HPV τύποι από τους οποίους 30 περίπου ανιχνεύονται σε βλάβες της γεννητικής περιοχής. Τα οξυτενή κονδυλώματα είναι η πιο καθαρά αναγνωρισμένη κλινική εκδήλωση αυτών των μολύνσεων. Η επίπτωση των κονδυλωμάτων έχει εμφανίσει εντυπωσιακή αύξηση την τελευταία 20ετία, ενώ το φαινόμενο των υποτροπών μετά από φαινομενικά επαρκή θεραπεία παραμένει σκοτεινό.

Σε σύγκριση με άλλα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, λίγα πράγματα είναι γνωστά για την επιδημιολογία της HPV γεννητικής λοίμωξης. Αρχικά είναι δύσχερες τεχνικά να μετρηθεί η έκταση των βλαβών και να ταξινομηθούν οι περιπτώσεις. Πρώτον, διότι δεν υπάρχουν ευρέως διαθέσιμα μέσα ανίχνευσης του HPV και του DNA. Δεύτερον, δεν μπορεί μια απλή δοκιμασία να δώσει όλα τα στοιχεία για να μετρηθεί ακριβώς ο επιπολασμός της HPV λοίμωξης. Άλλες ατέλειες στα αποτελέσματα των κλινικών μελετών για τον HPV είναι η έλλειψη επαρκών δεδομένων φυσικής ιστορίας, ο τύπος του ιού, η ανοσολογική κατάσταση του ασθενούς, η διάρκεια της νόσου, οι σεξουαλικές προτιμήσεις και η φύση της προηγούμενης θεραπείας. Επιπρόσθετα προβλήματα είναι το υψηλό ποσοστό φυσικής αυτόματης υποχώρησης και δυσκολία διάκρισης της υποτροπής από την επιμόλυνση. (Μπαλαμώτης Α. και Κυριακής Π. 1999)



Εικόνα 20 (Κρεατσάς Γ. 2003)



Εικόνα 21 (Καπετανάκης Ι. 1987)

5.1.2. Ορισμός

Πρόκειται για πολλαπλασιασμό των κυττάρων της επιδερμίδας των γεννητικών οργάνων ή της περιπρωκτικής περιοχής που οφείλεται στη μόλυνση τους από τον ανθρώπινο ιό των θηλωμάτων. Ο HPV έχει συνήθως χρόνο επώασης τριών μηνών, αν και μπορεί να κυμαίνεται από τρεις εβδομάδες έως οχτώ μήνες (Κατσάμπας Α. 2001)

5.1.3. Τρόπος Μετάδοσης

Αρκεί μια και μόνη σεξουαλική επαφή για να μεταδοθεί η νόσος στο 50% των περιπτώσεων. Αυτό όμως φαίνεται να συμβαίνει στην αρχή της εμφάνισης των συμπτωμάτων, αφού υπάρχουν μελέτες που αναφέρουν ότι μετά από ένα χρόνο η μεταδοτικότητα τους σχεδόν μηδενίζεται. Οι σεξουαλικοί σύντροφοι των γυναικών που ανέπτυξαν κονδυλώματα, είχαν τα κονδυλώματα περίπου 3,5 μήνες πριν από τη σεξουαλική επαφή, ενώ οι σεξουαλικοί σύντροφοι των γυναικών που δεν ανέπτυξαν κονδυλώματα είχαν τις βλάβες περίπου 12 μήνες πριν. Αν και η μόλυνση μεταδίδεται με την άμεση επαφή των γεννητικών οργάνων, υπάρχουν αποδείξεις ότι ο ιός μεταδίδεται και με το σπέρμα χωρίς σεξουαλική επαφή. (Κατσάμπας Α. και Νικολαΐδου Η. 2005)

5.1.4 Συμπτωματολογία

Παρότι τα κονδυλώματα βρίσκονται πιο συχνά επάνω (ή μέσα) στα γεννητικά όργανα, μπορεί επίσης, να βρεθούν και σε άλλα σημεία, όπως στο στόμα, στα βλέφαρα, στα χείλη, στις θηλές του μαστού και γύρω από τον πρωκτό.

Στους άνδρες είναι δυνατόν να εμφανιστούν σε οποιοδήποτε μέρος τους πέους. Το μέγεθος τους ποικίλει: μπορεί να είναι μικροσκοπικά και απομονωμένα, σαν κουκκίδες, έως αρκετά μεγάλοι όγκοι με σκληρή επιφάνεια, που προεξέχουν από το πέος.

Στις γυναίκες τα κονδυλώματα εμφανίζονται συνήθως στα χείλη, στο άνοιγμα του κόλπου, στο εσωτερικό τρίτημόριο του κόλπου και στον τράχηλο της μήτρας. Σε ορισμένες περιπτώσεις μοιάζουν με σχετικά απομονωμένες κηλίδες ροζ ή γκριζωπές, ενώ σε άλλες περιπτώσεις η μορφή του όγκου είναι οδοντηρή στην εμφάνιση, επειδή έχουν εξαπλωθεί τόσο, που ουσιαστικά καλύπτουν τα εξωτερικά όργανα. (Ντολάτζας Θ. 2005)

5.1.5 Επιδημιολογία

Τα αποτελέσματα των επιδημιολογικών μελετών διαφέρουν ανάλογα με τη γεωγραφική περιοχή και τη μέθοδο ανίχνευσης του ιικού και DNA. Η επίπτωση των κονδυλωμάτων έχει εμφανίσει εντυπωσιακή αύξηση τα τελευταία 20 χρόνια. Σήμερα είναι το δεύτερο σε συχνότητα σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα και η συχνότητα του αυξάνεται στο δυτικό κόσμο, με την υψηλότερη συχνότητα στην ομάδα ηλικίας 20 έως 30 ετών, καθώς και τα ανοσοκατασταλμένα άτομα. Στην Αγγλία, η συχνότητα εμφάνισης κονδυλωμάτων υπερδιπλασιάστηκε κατά τη διάρκεια της περιόδου 1971-1982. στις Σκανδιναβικές χώρες η συχνότητα τριπλασιάστηκε κατά τη διάρκεια μιας δεκαετούς περιόδου (1960-1970). Πιθανόν ο επιπολασμός που υπάρχει προς το παρόν είναι περίπου 100 περιπτώσεις ανά 100.000.

Αν και είναι δύσκολο να εκτιμηθεί ο επιπολασμός της HPV λοίμωξης των γεννητικών οργάνων, πρόσφατοι πίνακες δείχνουν ότι ορατά κονδυλώματα υπάρχουν σε περίπου 1% σεξουαλικά δραστήριους εφήβους στις Ηνωμένες Πολιτείες και ότι τουλάχιστον 15% έχουν υποκλινική λοίμωξη, μετά από διάγνωση με υβριδισμό. (Κατσάμπας Α. 2001)

Στην Ελλάδα τα κονδυλώματα αυξάνουν σημαντικά τις τρεις τελευταίες δεκαετίες. Ιδιαίτερα, το ποσοστό αύξησης των οξυτενών κονδυλωμάτων ήταν 40% από το 1968 έως το 1972. Η αύξηση όμως αυτή γίνεται πολύ μεγαλύτερη από το 1973 έως το 1983. Σύμφωνα με στοιχεία που προέρχονται από το Νοσοκομείο «Α. Συγγρός», το χρονικό διάστημα 1972 και 1988 αντιμετωπίστηκαν 12.800 άνδρες και 2.200 γυναίκες με οξυτενή κονδυλώματα. Ο αριθμός αυξάνει σημαντικά την τελευταία δεκαετία. Από το σύνολο των γυναικών με HPV λοίμωξη, το 44% είχε

έναρξη της σεξουαλικής ζωής κάτω των 18 ετών, ένα 26% είχε 2-3 συντρόφους τα τελευταία 2 χρόνια, ενώ ένα μεγαλύτερο ποσοστό πάνω από 26% είχε περισσότερους ερωτικούς συντρόφους. (Μπαλαμώτης Α. και Κυριακής Π. 1999)

5.1.6 Προδιαθεσικοί Παράγοντες

Σε αρκετές μελέτες αναφέρεται ότι τα κονδυλώματα παρατηρούνται συχνότερα μεταξύ ατόμων με πολλούς σεξουαλικούς συντρόφους, σε καπνιστές, καθώς επίσης και σε γυναίκες που λαμβάνουν αντισυλληπτικά δισκία. Νεότερες μελέτες αναφέρουν ότι ο κίνδυνος HPV λοίμωξης επηρεάζεται σημαντικά από αρκετούς παράγοντες που σχετίζονται με τη σεξουαλική δραστηριότητα. Στις γυναίκες, στους παράγοντες αυτούς συμπεριλαμβάνονται ο αριθμός των σεξουαλικών συντρόφων, η συχνότητα της σεξουαλικής επαφής και η συχνότητα με μολυσμένους σεξουαλικώς συντρόφους. Στους άντρες, ο αριθμός των ευκαιριών σεξουαλικών συντρόφων και η μη χρησιμοποίηση προφυλακτικού είναι οι σημαντικοί παράγοντες κινδύνου.

Στοιχεία που αφορούν το κάπνισμα είναι λιγότεροι πειστικά, γιατί είναι δύσκολο να αξιολογηθεί αιτιολογικά κατά πόσο συνιστά παράγοντα που επηρεάζει τον κίνδυνο της μόλυνσης ή αυτό οφείλεται σε χρήση ευαίσθητων ταυτοποιητικών μεθόδων που αυξάνουν την εξακρίβωση της λανθάνουσας (υποκλινικής νόσου).

Μεγάλη αμφισβήτηση έχει διατυπωθεί για τη συσχέτιση αντισυλληπτικών δισκίων και HPV λοίμωξης. Υπάρχουν μελέτες που αναφέρουν ότι δεν υπάρχει συσχέτιση της χρήσης αντισυλληπτικών και της HPV λοίμωξης, σε αντίθεση με άλλες που αναφέρουν ότι οι γυναίκες με κονδυλώματα είχαν χρησιμοποιήσει πιο συχνά αντισυλληπτικά δισκία. Υπάρχουν όμως και μελέτες που ενώ δεν εμφανίζεται αύξηση των HPV λοιμώξεων σε γυναίκες που χρησιμοποιούν αντισυλληπτικά, εμφανίζεται αύξηση του κινδύνου υψηλού βαθμού ενδοεπιθηλιακών βλαβών. Το εύρημα αυτό επιτρέπει την υπόθεση ότι τα αντισυλληπτικά δρουν αλλάζοντας την εξέλιξη της νόσου σε άτομα που έχουν μολυνθεί με HPV, παρά αυξάνοντας τον κίνδυνο HPV λοίμωξης σε έγκυες γυναίκες. Τελευταία όμως, ανακαλύφθηκαν παρόμοιες αναλογίες λοίμωξης σε έγκυες και μη έγκυες (96% και 10,9% αντίστοιχα).

Σημαντικό ρόλο στην HPV λοίμωξη φαίνεται να παίζει και η ανοσολογική κατάσταση του ξενιστή. Η ανοσοκαταστολή μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα υψηλότερο επιπολασμό της HPV λοίμωξης είτε αυξάνοντας τον κίνδυνο λοίμωξης είτε μειώνοντας την ικανότητα του οργανισμού να καταστείλει την υποκλινική

λοίμωξη. Μια μειωμένη ικανότητα για καταστολή της HPV λοίμωξης φαίνεται από το ότι τα ανοσοκατασταλμένα άτομα έχουν αυξημένα HPV-DNA επίπεδα σε σχέση με τα ανοσοεπαρκή. Ακόμη, οι ανοσοκατασταλμένοι ασθενείς φαίνεται να έχουν κατά 17 φορές μεγαλύτερη συχνότητα HIV λοίμωξης σε σχέση με τους ανοσοεπαρκείς. Το 20% των HIV και ανδρών ομοφυλόφιλων και το 54% αυτών με AIDS έχουν ευρήματα ενδεικτικά HIV λοίμωξης. (Στρατηγός Ι. και Λάσκαρης Γ. 1996)

5.1.7 Εργαστηριακές εξετάσεις

Ιστοπαθολογία: Υπερπλασία της επιδερμίδας με πολυάριθμες μιτωτικές εικόνες, ανώμαλους πυρήνες, δυσκερατωσικά κύτταρα ή βασική μεμβράνη είναι ακέραιη.

Κοιλοκυττάρωση

Ανάλυση Southern Blot: Αναγνωρίζει τον τύπο HPV

Pap τεστ: Κοιλοκυτταρική Ατυπία.

Κυτταρολογική εξέταση: Η εξέταση τραχηλικού επιχρίσματος κατά Παπανικολάου (Pap τεστ) συνίσταται σε ετήσια βάση για γυναίκες 50 ετών και άνω. Η κυτταρολογική εξέταση επιχρίσματος μπορεί επίσης να είναι χρήσιμη για την αντιμετώπιση ασθενών με ιστορικό HPV λοίμωξης του πρωκτού, ιδίως αν είναι ανοσοκατασταλμένοι (HIV νόσος, μεταμοσχευθέντες). Το πρωκτικό Pap τεστ πραγματοποιείται με τραχηλική ψήκτρα και διάλυμα ThinPrep.

Διάγνωση: Κλινική υποψία, που επιβεβαιώνεται με βιοψία της βλάβης. (Κατούλης Α. 2003)

5.1.8. Διαφορική Διάγνωση

Η διαφορική διάγνωση από την τραχηλική ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία μπορεί να γίνει με την κολποσκόπηση, κατά την οποία διαπιστώνεται εικόνες μωσαϊκού ή στικτής διάταξης των αγγείων στην περιοχή βλάβης, και με τη βιοψία κάτω από κολποσκοπική παρατήρηση. Διαφορική διάγνωση μπορεί να γίνεται επίσης από τα πλατεά κονδυλώματα της σύφιλης, από το βουβωνικό κοκκίωμα με παρόμοιες προς τα οξυτενή κονδυλώματα, βλάβες και από καλοήθεις παθήσεις, όπως το ίνωμα, το υδραδένωμα, το αδένωμα και το ενδομητρίωμα, των οποίων η διάγνωση επιβεβαιώνεται μετά τη βιοψία. (Καλογερόπουλος Α. 1996)

5.1.9 Θεραπεία

Πριν από την έναρξη της θεραπείας των κονδυλωμάτων πρέπει να γίνονται τα ακόλουθα:

1. Κλινική εξέταση
2. Αποκλεισμός άλλων σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων
3. Έλεγχος των σεξουαλικών συντρόφων
4. Προσδιορισμός της έκτασης της βλάβης (χρήση οξικού οξέως 5%).
5. Κολποσκόπηση (με χρήση οξικού οξέως ή Lugol (Shillers tests)
6. Pap τεστ
7. Ουρηθροσκόπηση- Ορθοσκόπηση (εφόσον κριθούν απαραίτητα)
8. Ιστολογική εξέταση (εφόσον κριθεί απαραίτητη)

Η θεραπεία των κονδυλωμάτων παρουσιάζει μεγάλες δυσκολίες λόγω της πολυεστιακής φύσης της λοίμωξης, του μεγάλου χρόνου επώασης, των υποκλινικών μορφών και της απουσίας ενός πράγματι αποτελεσματικού φαρμάκου. (Ντολάτζας Θ. 2001).

5.1.9 i Είδη Θεραπείας

Η θεραπεία των κονδυλωμάτων πρέπει να γίνεται όσο το δυνατόν πιο έγκαιρα, προτού δηλαδή αυτά επεκταθούν, μια και όχι σπάνια καταλαμβάνουν μεγάλες περιοχές που παρουσιάζουν και υποτροπές. Παλιότερα το μόνο θεραπευτικό μέσο ήταν η ποδοφυλλίνη, μια τοξική ουσία με την οποία γινόταν επάλειψη των βλαβών. Επίσης χρησιμοποιούνταν μια αλοιφή ιντερφερόνης που εμπόδιζε τα νεκρά κύτταρα να αναπαράγουν τον ιό. Η αλοιφή αυτή παραγόταν από λευκά αιμοσφαίρια και είχε ειδική επίδραση πάνω στους ιούς, αλλά ταυτόχρονα και πολύ μεγάλο κόστος. Σήμερα υπάρχουν εναλλακτικές θεραπευτικές μέθοδοι, όπως η ηλεκτροκαυτηρίαση, η κρυοπηξία και οι ακτίνες LASER. Σήμερα, λαμβανομένων υπόψιν όλων των συνεπειών που έχει η λοίμωξη με τον ιό HPV στο γεννητικό σύστημα της γυναίκας και ειδικά στον τράχηλο της μήτρας, καταβάλλονται σημαντικές προσπάθειες για την αντιμετώπιση του προβλήματος. Η πιο σημαντική έως τώρα ξεκίνησε τέλος του 2004 αρχή του 2005 και είναι αυτή του διπλού ή πενταπλού εμβολίου για τον ιό HPV. Με αυτό το εμβόλιο, σωματίδια του ιού με ελεύθερο DNA επιφέρουν έντονη χημική ανοσία από τα εξουδετερωτικά αντισώματα. (Παπαδημητρίου Χ. 2006)

5.1.9 ii Παράγοντες επιλογής θεραπείας

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

1. Τον αριθμό των οξυτενών κονδυλωμάτων.
2. Τη θέση, το μέγεθος και την ηλικία των βλαβών.
3. Τις προηγούμενες θεραπείες.
4. Την κλινική κατάσταση του ασθενούς.
5. Την αποδοχή ή μη της προτεινόμενης θεραπείας (Ντολάτζας Θ. 2001).

Οι υποτροπές οφείλονται σε αποτυχία αφαίρεσης όλων των βλαβών, σε διασπορά του ιού κατά τη διάρκεια των θεραπευτικών χειρισμών και σε επιμόλυνση από μη θεραπευόμενο σύντροφο. Σε περιπτώσεις προβλημάτων κονδυλωμάτων ή πολλαπλών υποτροπών συνιστάται ανοσοθεραπεία (NIF) και χειρουργική αφαίρεση. (Ντολάτζας Θ. 2005)

5.1.10. Επιπλοκές

Το πιο σημαντικό πρόβλημα με τα κονδυλώματα είναι οι επιπλοκές που προκαλούν, όταν μεγαλώνουν. Είναι δυνατό να προξενήσουν ιδιαίτερη ενόχληση (κυρίως κατά τη διάρκεια της ερωτικής πράξης). Επιπρόσθετα, είναι δυνατό να μολυνθούν ή να εξελιχθούν σε ελκώδη (συχνά, εξαιτίας της τριβής με το εσώρουχο). Σε σπάνιες περιπτώσεις, τέλος, είναι δυνατό να προξενήσουν αιμορραγία. (Ντολάτζας Θ. 2005).

Ένα πρόβλημα που ενδέχεται να προκύψει, αν αφήσει κανείς τα γεννητικά κονδυλώματα στη γυναίκα αθεράπευτα, είναι ότι ο ιός που τα προκαλεί μπορεί να αποτελέσει παράγοντα δημιουργίας καρκίνου του τράχηλου της μήτρας ύστερα από 10 ή περισσότερα χρόνια. (Καββαδία Μ. 1992)

Τα κονδυλώματα, αν δεν καταπολεμηθούν πολλαπλασιάζονται και προκαλούν παραμορφώσεις, φίμωση ή παραφίμωση, γάγγραινα και παρεμπόδιση της εξόδου των ούρων και των κοπράνων. (Δομή 2005)

5.2. Έρπης Γεννητικών Οργάνων

5.2.1. Ιστορικό

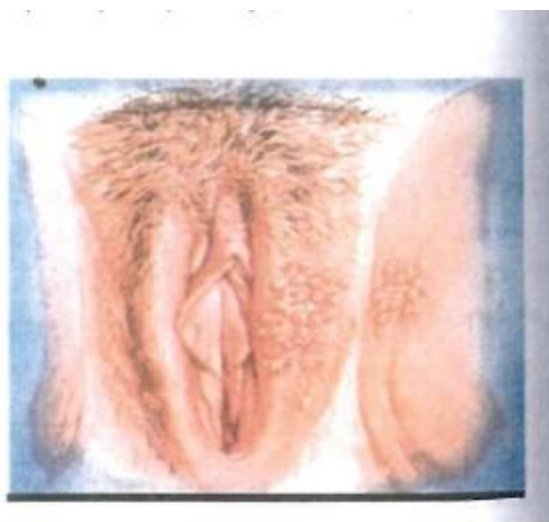
Τα διάφορα είδη έρπητος είναι ευρέως γνωστά εδώ και χιλιάδες χρόνια. Ο έρπης πήρε το όνομα του από τους Έλληνες γιατρούς της Αρχαιότητας, από τα ρήμα «έρπω» που σημαίνει «σέρνομαι», εξαιτίας των χαρακτηριστικών δερματικών

εξανθημάτων που εμφανίζονται. Ο ιός που τον προκαλεί περιγράφηκε με αρκετές λεπτομέρειες από τους Ρωμαίους γιατρούς του 1^{ου} και 2^{ου} αιώνα μ.Χ. Η επιδημία του έρπητος των γεννητικών οργάνων τη δεκαετία του 1980 πήρε μεγάλες διαστάσεις, μέχρι που τελικά άρχισε να επισκιάζεται από την επιδημία του AIDS (Ντολάτζας Θ. 2005).

5.2.2 Ορισμός

Είναι ιογενής λοίμωξη που δημιουργεί ένα πολύ δυσάρεστο εξάνθημα. Ο κυριότερος κίνδυνος του έρπη αυτού είναι η τάση να αυξάνει την ευαισθησία σε άλλα νοσήματα που μεταδίδονται με τη σεξουαλική επαφή (όπως το AIDS), εν μέρει λόγω της ύπαρξης ανοιχτών πληγών. Συνήθως η πρώτη μόλυνση είναι και η σοβαρότερη. Μετά, ο ιός παραμένει σε νάρκη, στις ρίζες των σπονδυλικών νεύρων. Στη φάση αυτή δεν υπάρχουν συμπτώματα, αλλά το άτομο ενδέχεται να μπορεί να μολύνει άλλους. Η επανάληψη μολύνσεων είναι κάτι σύνηθες, ενώ η σεξουαλική δραστηριότητα πρέπει να αποφεύγεται εντελώς, μέχρι ότου εξαφανιστούν τα συμπτώματα (πρέπει να χρησιμοποιούνται προφυλακτικά, έστω και αν δεν υπάρχουν συμπτώματα, γιατί είναι άγνωστο το πότε μπορεί να μεταδοθεί ο ιός.

Η ομάδα των ερπητοϊών περιλαμβάνει 80 περίπου διαφορετικούς ιούς. Από αυτούς 4 είναι ιδιαίτερης σημασίας λόγω της ικανότητας τους να προσβάλλουν τον άνθρωπο. (Δομή 2005)



Εικόνα 22 (Κρεατσάς Γ. 2003)

5.2.3. Τρόπος Μετάδοσης

Συνήθως επαφή δέρματος με δέρμα. Στις περισσότερες περιπτώσεις, το 70% της μετάδοσης συμβαίνει κατά τη διάρκεια περιόδων ασυμπτωματικής απόπτωσης του HSV, πράγμα που συμβαίνει στο 1% των ημερών που δεν υπάρχουν βλάβες. Το ποσοστό μετάδοσης σε ζευγάρια, που ο ένας σύντροφος είναι μολυσμένος και ο άλλος όχι, είναι περίπου 10% ετησίως, 25% των γυναικών μολύνεται σε σύγκριση με μόνο 4 έως 6% των ανδρών. Προηγούμενη λοίμωξη από τον HSV-1 φαίνεται ότι προστατεύει στις γυναίκες με αντί-HSV -1 αντισώματα, 15% μολύνονται και από τον HSV-2, ενώ στα άτομα χωρίς αντί -HSV-2 αντισώματα 30% μολύνονται από τον HSV-2 (Κατούλης Α. 2003)

5.2.4. Παράγοντες κινδύνου

Η μέση ηλικία πρωτομόλυνσης από γεννητικό έρπητα είναι τα 18-25 έτη και παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση του είναι ο μεγάλος αριθμός σεξουαλικών συντρόφων, η μη χρήση προφυλακτικού η ομοφυλοφιλία και η κακή ενημέρωση. Ο κίνδυνος αυξάνει ανάλογα με το αριθμό των ερωτικών συντρόφων, 40% αυτών ≥ 50 ερωτικούς συντρόφους πάσχουν από έρπητα γεννητικών οργάνων. (Παπαδόπουλος Α και Αναγνωστόπουλος Α. 2004)

5.2.5 Συμπτωματολογία

5.2.5.i Πρώτο επεισόδιο της Νόσου

Σε μια προοπτική μελέτη διαπιστώθηκε ότι το 40% των νέων προσβολών από HSV-2 λοίμωξη και το 60% των νέων προσβολών από HSV-1 ήταν ασυμπτωματικές. Οι άντρες ήταν πιο πιθανό να αποκτήσουν ασυμπτωματική λοίμωξη HSV-2 σε σχέση με γυναίκες.

Η σοβαρότητα της κλινικής εικόνας διαφέρει και εξαρτάται από την κατάσταση των αντισωμάτων. Στην πρωτοπαθή νόσο οι περισσότεροι ασθενείς είναι άρρωστοι και εμφανίζουν ένα συνδυασμό συστηματικών και τοπικών συμπτωμάτων. Το 39% των αντρών και το 68% των γυναικών δηλώνουν πυρετό, κακουχία και μυαλγία και το 19% των ασθενών ιογενή φαρυγγίτιδα. Τα κυριότερα τοπικά συμπτώματα συνίσταται σε άλγος, κνησμό, δυσουρία, κολπικό ή ουρηθρικό έκκριμα και αμφοτερόπλευρη βουβωνική λεμφαδενοπάθεια που χαρακτηρίζεται από ευαισθησία. Οι ασθενείς εμφανίζουν αμφοτερόπλευρες βλάβες στη γεννητική περιοχή

που χαρακτηρίζονται από ερύθημα, οίδημα και πολλαπλές φυσαλίδες που ακολουθούνται από επώδυνες ελκώσεις.

Η ανάπτυξη καινούριων φυσαλίδων κατά τη διάρκεια της 2^{ης} εβδομάδας της νόσου.

Συχνές είναι οι παροδικές συστηματικές επιπλοκές όπως η άσηπτη μηνιγγίτιδα και οι δυσλειτουργίες του αυτόνομου νευρικού σε ομοφυλόφιλους άντρες με ρητική πρωκτίτιδα: επίσχεση ούρων, μείωση του τόνου του σφικτήρα ή ανικανότητα. Αυτοενοφθαλμισμός μπορεί να παρουσιαστεί σε ποσοστό έως 26% των γυναικών και 10% των ανδρών κυρίως τη 2^η εβδομάδα της νόσου εντοπισμένος στους γλουτούς, στους μηρούς, στα δάχτυλα ή στους οφθαλμούς (Κατσάμπας Α. και Νικολαΐδου Η. 2005).

5.2.5. ii Υποτροπιάζοντα Επεισόδια

Υποτροπή συμβαίνει όταν, για κάποιους λόγους, ο ευρισκόμενος στο γάγγλιο ιός του έρπητος, επιστρέφει κατά μήκος του νεύρου στην περιοχή του δέρματος ή του βλεννογόνου που είχε αρχικά μολυνθεί. Η αιτία που προκαλεί την επιστροφή του ιού είναι άγνωστη.

Όποια και αν είναι η αιτία, μόλις ο ιός εισέλθει στο δέρμα μπορεί να παραμείνει σε λανθάνουσα κατάσταση (η ίσως αρχίσει να αποβάλλεται, σε μικρές ποσότητες) μέχρι να εξολοθρευτεί από τις αμυντικές δυνάμεις του οργανισμού ή να προκαλέσει μια υποτροπή από πλήθος φυσαλίδων. Είναι γνωστό ότι αν εμφανιστούν φυσαλίδες, το άτομο είναι μολυσματικό για τον επόμενο σεξουαλικό του σύντροφο. Δεν είναι όμως γνωστό, αν το άτομο που αποβάλλει τον ιό, χωρίς κλινικά συμπτώματα, είναι μολυσματικό. Πιθανότατα δεν είναι, γεγονός που καθησυχάζει αυτούς που υποφέρουν από έρπητα.

Ο υποτροπιάζων έρπης προσβάλλει άγνωστο αριθμό αντρών και γυναικών. Μερικοί ειδικοί ισχυρίζονται ότι το 70% των ανθρώπων παρουσιάζουν υποτροπιάζουσες προσβολές, άλλοι λένε ότι το ποσοστό ανέρχεται σε 30% ενώ μερικοί το προσδιορίζουν σε κάτι λιγότερο από 1 με 2%.

Ένας υπολογισμός αναφέρει ότι το 40% των ανθρώπων που έχουν μολυνθεί από έρπητα θα έχουν τουλάχιστον μια περαιτέρω προσβολή, ενώ περίπου το 1 με 5% θα έχουν επαναλαμβανόμενες προσβολές γεννητικού έρπητος, οι οποίες θα εμφανίζονται σε όλο και μεγαλύτερα χρονικά διαστήματα.

Η σειρά των συμπτωμάτων σε μία περίπτωση υποτροπιάζουσας προσβολής είναι η ίδια μ' αυτή της αρχικής προσβολής, όμως η διαδικασία κνησμού-φυσαλίδων-πληγής-κρούστας-επούλωσης επισπεύδεται, έτσι που το όλο θέμα διαρκεί 5 με 10 ημέρες, αν και ο ιός μπορεί να αποβάλλεται για 3 επιπλέον ημέρες. Στη διάρκεια αυτής της περιόδου το άτομο μπορεί να μολύνει το σεξουαλικό του σύντροφο. Η υποτροπιάζουσα προσβολή από γεννητικό έρπητα είναι λιγότερο επώδυνη και ο πόνος διαρκεί λιγότερο από την αρχική προσβολή.

Τα διαστήματα μεταξύ των υποτροπών διαφέρουν αισθητά: μερικοί άνθρωποι έχουν υποτροπές κάθε δύο μήνες, η ακόμη πιο συχνά άλλοι κάθε 2 με 6 μήνες, ενώ κάποιοι άλλοι μία φορά το χρόνο ή ακόμη σπανιότερα.

Οι ψυχολογικές επιπτώσεις της υποτροπής του γεννητικού έρπητος στη σεξουαλικότητα του ατόμου μπορεί να είναι σημαντικές. Ο φόβος της μετάδοσης του ιού στο σεξουαλικό τους σύντροφο, η οργή για το ότι η μόλυνση προήλθε πιθανόν από τον/τη σύντροφο (πράγμα που ενέχει την υποψία ότι υπήρξε άπιστος(η) και η ενοχή που ίσως ακολουθεί, εξαιτίας του ότι η μόλυνση προκλήθηκε από μία τυχαία σεξουαλική επαφή, μπορεί να ταράζουν τη σεξουαλική σχέση του ατόμου. Με τη σειρά της η διάλυση της σεξουαλικής σχέσης ενδέχεται να διαταράξει τη σχέση γενικότερα, έχοντας αποτέλεσμα τη συζυγική κρίση, γεγονός που απαιτεί συμβουλευτική βοήθεια. (Καββαδία Μ. 1992)

5.2.6. Κύηση και έρπητος γεννητικών οργάνων

Τα αντικείμενα μεταφέρονται από τους περισσότερους ενήλικες και μεταδίδονται δια μέσου του πλακούντα στο έμβρυο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, έτσι τα περισσότερα βρέφη προστατεύονται από τη νόσο κατά τη διάρκεια των πρώτων μηνών μετά τη γέννηση τους. Εάν η μητέρα απέκτησε τη πρώτη της μόλυνση κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, οπωσδήποτε, και το παιδί γεννιέται πριν αποκτήσει επαρκή αριθμό μητρικών αντισωμάτων, τότε μπορεί το νεογέννητο να παρουσιάζει σοβαρή μόλυνση, συχνά μάλιστα με θανατηφόρα αποτελέσματα.

Ο ιός μπορεί να κατανεμηθεί ευρέως στους ιστούς του βρέφους προκαλώντας σοβαρές αλλοιώσεις στο δέρμα, σοβαρές νευρολογικές βλάβες, και βλάβες στο ήπαρ και τον εγκέφαλο.

Μόλυνση μπορεί να συμβεί κατά την παιδική ηλικία χωρίς να υπάρχουν σοβαρές επιπλοκές. Τα παιδιά συνήθως μολύνονται όταν έρθουν σε επαφή με

μολυσμένο από τον ιό σίελο άλλων παιδιών ή με την επαφή τους με έκζεμα ή βλάβες μολυσμένων παιδιών. (Δετοράκης Ι. 2003)

Ασυμπτωματική απόπτωση του HSV συμβαίνει μόνο στο 0,35-1,4% των γυναικών κατά τον τοκετό στις ΗΠΑ. Το 30% τω εγκύων έχουν αντισώματα έναντι του HSV 10% των εγκύων γυναικών διατρέχουν κίνδυνο πρωτοπαθούς λοίμωξης από μολυσμένους από τον HSV-2 ερωτικούς συντρόφους. Επίπτωση του γεννητικού έρπη:1 στις 2000 έως 1 στις 15000 γεννήσεις. 95% των νεογνών με HSV λοίμωξη μολύνονται κατά τη διάρκεια του τοκετού. (Κατούλης Α. 2003)

5.2.7 Επιδημιολογία

Πάνω από 600.000 νέες λοιμώξεις ετησίως στις ΗΠΑ 30 εκατομμύρια Αμερικάνοι είναι μολυσμένοι από τον HSV-2 δηλαδή περίπου 1 στους 5 ενήλικες. Τα τελευταία χρόνια, παρά την εκστρατεία για τις ασφαλείς σεξουαλικές πρακτικές, η επίπτωση αυξήθηκε κατά 30%. Παλαιότερες μελέτες αναφέρουν ότι η παρουσία αντισωμάτων έναντι του HSV-2 ποικίλει ανάλογα με το σεξουαλικό ιστορικό του ατόμου: στις καλόγριες 3% στην μεσαία τάξη 25% στους ετεροφυλόφιλους σε μια αφροδισιολογική κλινική 26% στους ομοφυλόφιλους 46% στις κατώτερες τάξεις 46 έως 60% στις ιερόδουλες 70 έως 80%.

Από μελέτες οροθετικότητας ως προς τον HSV-2 στις ΗΠΑ, φαίνεται ότι ο έρπης γεννητικών οργάνων είναι ο πιο συχνός στους μαύρους:3 στους 5 άντρες, 4 στις 5 γυναίκες. Στους λευκούς :1 στους 5 άντρες, 1 στις 4 γυναίκες. Στους λευκούς, ο επιπολασμός της νόσου μειώνεται μετά την ηλικία των 30 ετών. Στους μαύρους και τους ισπανόφωνους, ο επιπολασμός εξακολουθεί να αυξάνεται και μετά την ηλικία των 30. (Καλογερόπουλος Α. 1996)

5.2.8. Εργαστηριακός έλεγχος

- Η οριστική διάγνωση τίθεται μόνο μετά από κυτταροκαλλιέργεια του ιού.
- Το δείγμα πρέπει να λαμβάνεται από φυσαλίδες ή πρόσφατες εξελκώσεις,
- Το επίχρισμα Tzanck δίνει γρήγορα αποτελέσματα. Το δείγμα πρέπει να λαμβάνεται από φυσαλίδες που δεν έχουν ραγεί. Χαρακτηριστικά ανευρίσκονται γιγαντοκύτταροι με 2 έως 15 πυρήνες.

- Ο HSV εντοπίζεται σε ασυμπτωματικές γυναίκες με το τεστ Παπανικολάου (Pap test).

- Μπορεί να γίνει βιοψία σε μη ραγείσες φυσαλίδες.
- Μερικά διαγνωστικά κέντρα μπορούν να εντοπίσουν γρήγορα τον ιό με μεθόδους ανοσοφθορισμού. (Κατσάμπας Α. 2001)

5.2.9 Διαφορική Διάγνωση

Πρωτογεννητικές διαβρώσεις / έλκη. Τραυματισμός, κατιντίαση, συφιλιδικό έλκος, σταθερό φαρμακευτικό εξάνθημα, μαλακό έλκος, γονοκοκκικές διαβρώσεις. (Δαμιανός Α. και συν. 2000).

5.2.10 Προληπτικά Μέτρα

Η πρόληψη επιτυγχάνεται με την αποφυγή σεξουαλικών επαφών, με τους πάσχοντες, τη χρήση προφυλακτικού και σπερματοκτόνων ουσιών και τέλος τη σχολαστική καθαριότητα των γεννητικών οργάνων. (Κρεατσάς Γ. 2003)

5.2.11 Θεραπεία

Η φαρμακευτική θεραπεία του έρπητα των γεννητικών οργάνων περιλαμβάνει τη θεραπεία της πρωτομόλυνσης, τη θεραπεία των υποτροπών, τη πρόληψη της μετάδοσης. (Ντολάτζας Θ. 2005).

Η ιδανική θεραπεία του έρπητα των γεννητικών οργάνων θα ελάττωνε τη βαρύτητα της αρχικής μόλυνσης και θα εμπόδιζε τον ιό απλού έρπητα από το να εγκατασταθεί στα ιερά γάγγλια. Πάντως δεν υπάρχει γνωστός θεραπευτικός παράγοντας που να αποτρέπει τη λανθάνουσα κατάσταση. Επί του παρόντος, η πιο εφαρμόσιμη προσέγγιση στη θεραπεία των υποτροπών είναι η ελάττωση της συχνότητας και της βαρύτητας με την αντι-ϊική θεραπεία.

Στα πρωτοπαθή επεισόδια ο σκοπός της θεραπευτικής αντιμετώπισης είναι η ελάττωση των συμπτωμάτων. Όσο το δυνατόν νωρίτερα, οι ασθενείς πρέπει να πάρουν ένα δισκίο ZOVIRAX (ασικλοβίρη) των 200mg πέντε φορές την ημέρα για 10 ημέρες. Η θεραπεία αυτή συντομεύει τη μέση διάρκεια των πρώτων επεισοδίων, ελαττώνει το χρόνο epούλωσης και ταχύτατα σταματά τη διασπορά του ιού. Σε σπάνιες περιπτώσεις ένας ασθενής, με εξαιρετικά σοβαρό επεισόδιο ή ένας ανοσοκατασταλαμένος ασθενής, ίσως χρειαστεί πιο επιθετική αντιμετώπιση όπως νοσοκομειακή περίθαλψη και θεραπεία με ενδοφλέβια χρήση ZOVIRAX.

Η τοπική θεραπεία θα πρέπει να αποσκοπεί στη διατήρηση των βλαβών σε καθαρή και ξηρή κατάσταση, χρησιμοποιώντας οξυζενέ και συχνά επιθέματα με ζεστό νερό (κομπρέσες). Αυτό ελαχιστοποιεί τον κίνδυνο δευτερογενούς βακτηριδιακής μόλυνσης. Επιπλέον, η κρέμα ZOVIRAX (ασικλοβίρη) μπορεί να βοηθήσει την επούλωση των ερπητικών βλαβών.

Για τα δύσκολα υποτροπιάζοντα επεισόδια του έρπητα των γεννητικών οργάνων έχει βρεθεί ότι η συνεχής θεραπεία με δισκία ZOVIRAX ελαττώνουν την συχνότητα υποτροπών της νόσου σε ποσοστό τουλάχιστον 75% τουλάχιστον τριετούς διάρκειας έχει αποδειχθεί πάρα πολύ ασφαλής και αποτελεσματική. Οι δόσεις του ZOVIRAX σε μακροχρόνιες θεραπείες πρέπει να εξατομικεύονται. Στους ασθενείς που μπορούν να βοηθήσουν περισσότερο από το παραπάνω σχήμα χορήγησης περιλαμβάνονται αυτοί με συχνές ή σοβαρές υποτροπές, καθώς και εκείνοι των οποίων η συγκινησιακή ισορροπία διαταράσσεται λόγω των υποτροπών.

Ασθενείς με λιγότερο συχνές ή σοβαρές υποτροπές μπορεί να λάβουν ένα σχήμα θεραπείας πέντε ημερών: από την έναρξη του προδρομικού σταδίου, η λήψη ZOVIRAX δισκίων των 200mg, 5 φορές την ημέρα, ελαττώνει τη διάρκεια διασποράς του ιού και το χρόνο επούλωσης. Όσο γρηγορότερα αρχίζει η θεραπεία τόσο πιο ευνοϊκά είναι τα κλινικά αποτελέσματα. Η λήψη των δισκίων ZOVIRAX με πρωτοβουλία του ασθενούς μετά την εμφάνιση των πρώτων σημείων του πρόδρομου σταδίου είναι πάρα πολύ αποτελεσματική. (Στρατηγός Ι . 2005)

5.2.12. Επιπλοκές

Ο έρπητας των γεννητικών οργάνων είναι πιθανότατα η περισσότερο συχνή σεξουαλικά μεταδιδόμενη νόσος. Η λοίμωξη αυτή προκαλεί σήμερα πολλά προβλήματα, τα οποία οφείλονται στην αύξηση της συχνότητας της, της μη αποτελεσματικής θεραπείας, τις υποτροπές, τις νεογνικές φλεγμονές, τη διαταραχή των ψυχοσεξουαλικών σχέσεων, καθώς και την ενδεχόμενη συμμετοχή του ιού του έρπητα στη δημιουργία της δυσπλασίας και του καρκίνου του τραχήλου. (Κρεατσάς Γ. 2003)

Οι κύριες επιπλοκές του υποτροπιάζοντα έρπητα είναι :

1. Η πιθανότητα νεογνικού έρπητα, με βαριά πρόγνωση εάν και εφόσον κατά την περίοδο του τοκετού βρίσκεται έρπητας εν εξελίξει οπότε κινδυνεύει το νεογνό κατά τη διέλευση του από τον γεννητικό σωλήνα να μολυνθεί.

Η ύπαρξη έρπητα γεννητικών οργάνων, ή η αναφορά ιστορικού έστω, αποτελεί ένδειξη καισαρικής, στις περιπτώσεις αυτές.

2. Η ανάπτυξη καρκίνου του τραχήλου της μήτρας συχνότερα σε γυναίκες που έχουν έρπητα υποτροπιάζοντα και η ανεύρεση κυτταρικών εγκλείστων DNA ιού έρπητος σε καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Η άποψη αυτή αμφισβητείται όμως.

3. Η ανάπτυξη υποτροπιάζοντος Πολύμορφου Ερυθήματος μετά την αποδρομή του έρπητα και

4. Η δημιουργία ιατρό- κοινωνικών και ιατρο- ψυχολογικών προβλημάτων σε άτομα που για απροσδιόριστο διάστημα «αχρηστεύονται» σεξουαλικά ένεκα των συχνών υποτροπών του έρπητα. Ιδιαίτερα έντονα συμβαίνει το φαινόμενο αυτό όταν η έμμηνη ρύση ακολουθείται από υποτροπή έρπητα. (Στρατηγός Ι και συν. 1985)

5.3 Ιογενείς ηπατίτιδες τύπου Β και C

5.3.1 Εισαγωγή

Μια ομάδα ιών που δεν πρέπει να διαφύγει της προσοχής μας, δεδομένου ότι μεταδίδονται εκτός από τη μετάγγιση μολυσμένου αίματος και με τη σεξουαλική επαφή, είναι οι ιοί που προκαλούν τις ηπατίτιδες που χαρακτηρίζονται με τα γράμματα του λατινικού αλφάβητου ως Β-С. Ο ιός της ηπατίτιδας Α δεν έχει αποδειχτεί ότι μεταδίδεται σεξουαλικά. Οι φορείς των ηπατιτίδων Β-С δεν εμφανίζουν συμπτώματα της νόσου και η διάγνωση τίθεται σε τυχαία ειδική εξέταση για την ηπατίτιδα στο αίμα. Σε ειδικές περιπτώσεις ο φορέας μπορεί να νοσήσει παρουσιάζοντας ποικιλία συμπτωμάτων, όπως πυρετό, μυαλγίες, καταβολή και ίκτερο (κίτρινο χρώμα των βλεννογόνων).

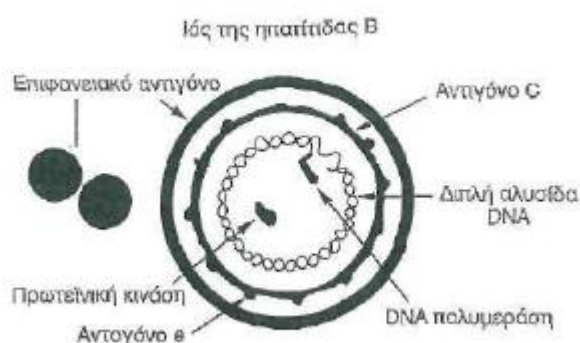
Οι προφυλάξεις είναι οι ίδιες που προαναφέρθηκαν για τους άλλους ιούς. Ένα θετικό στοιχείο για την αντιμετώπιση της νόσου είναι ότι ομάδες υψηλού κινδύνου μπορούν να εμβολιαστούν προκειμένου να αποφύγουν τη μόλυνση. (Τοξικομανείς, νοσηλευτικό, παραϊατρικό, ιατρικό προσωπικό) από τον ιό της ηπατίτιδας Β. Το αυτό ισχύει και για οποιοδήποτε άτομο θα ήθελε να εμβολιαστεί προληπτικά. Επίσης, ισχύει υποχρεωτικός εμβολιασμός για όλα τα παιδιά της χώρας. (Κρεατσάς Γ. 2003).

5.3.2. Ηπατίτιδα Β.

5.3.2.i Ορισμός

Προκαλείται από τον ιό της ηπατίτιδας Β που βρίσκεται στα υγρά του σώματος (σάλιο, αίμα, σπέρμα, δάκρυα κ.λ.π.) πασχόντων και υγιών φορέων.

Μεταδίδεται με άμεση επαφή (σεξουαλική, ιατρογενώς με μολυσμένες βελόνες ή μετάγγιση μολυσμένου αίματος, σε χρήστες ναρκωτικών ουσιών), από μητέρα στο έμβryo κ.λ.π. Ο χρόνος επώασης είναι συνήθως 6-8 εβδομάδες. Σχετίζεται με πιθανό μελλοντικό ηπάτωμα, κίρρωση ή ηπατική ανεπάρκεια. Υπάρχει εμβόλιο για την πρόληψη της νόσου. Το 1965 ο Αμερικάνος Επιστήμονας Μπαρούχ Μπλούμπεργκ ταυτοποίησε το αυστραλιανό αντιγόνο (στοιχείο ιού), που καθορίζει αν το αίμα μπορεί να μεταδώσει ηπατίτιδα Β. το προς μετάδοση αίμα εξετάζεται για την πιθανότητα μετάδοσης ηπατίτιδας Β. (Δομή 2005)



Εικόνα 23 (Καλογερόπουλος Α. 1996)

5.3.2. ii Τρόπος Μετάδοσης

Ο συνήθης τρόπος μετάδοσης της ηπατίτιδας Β είναι όπως αναφέρθηκε παραπάνω, η παρεντερική ή η διαδερμική έκθεση, όπως με μεταγγίσεις αίματος, χρήση μη παστεριωμένων παραγόντων πλάσματος, ατυχήματα από βελόνες και από ενέσεις με μη αποστειρωμένα εργαλεία. Η τελευταία περίπτωση συνιστάται σε τατουάζ ή οδοντιατρικές πράξεις ή βελονισμό.

Η μετάδοση, επίσης, της ηπατίτιδας Β μπορεί να γίνει και με τα προϊόντα αίματος, όπως είναι ο παράγων ΙΧ, το ινωδογόνο και η ανθρώπινη θρομβίνη. Έτσι ασθενείς με αιμοφιλία έχουν υψηλή συχνότητα έκθεσης.

Στις ανεπτυγμένες χώρες του κόσμου ένας ιδιαίτερα ενδιαφέρον τρόπος μετάδοσης του HBV κατά την σεξουαλική δραστηριότητα δεν είναι ξεκάθαρος. Ο HBV ανιχνεύεται στο σπέρμα, αλλά η διασπορά φαίνεται να απαιτεί τη λύση της συνέχειας του δέρματος ή των βλεννογόνων του ευάλωτου ξενιστή. Η σεξουαλική μετάδοση της ηπατίτιδας Β μεταξύ των ετεροφυλόφιλων συμβαίνει σε αμφότερα τα φύλα, είτε από θήλυ με άρρεν είτε από άρρεν με θήλυ, έτσι κατ' αυτόν τον τρόπο η

παρουσία του HBV στο σπέρμα ή τις κολπικές εκκρίσεις συνδυάζεται ακόμη και με στιγμιαία επαφή ή με κολπικές ρήξεις για τη μετάδοση του HBV. Πράγματι, ο HBV φαίνεται να μεταδίδεται ευκολότερα με τη σεξουαλική επαφή απ' ό,τι ο ιός της ανοσοανεπάρκειας (HIV) ή της ηπατίτιδας (CHCV).

Η ενδο-οικογενειακή μετάδοση, ο δε τρόπος μπορεί να είναι σίελος, υγρά από ανοικτά έλκη, δερματικές βλάβες ή γρατσουνιές. Η συγκεκριμένη μετάδοση του HBV, ιδιαίτερα στα παιδιά, διαπιστώνεται σε μη ανεπτυγμένες χώρες του κόσμου και θεωρείται μερικώς δυσεξήγητη. Στις χώρες αυτές ένας άλλος παράγοντας είναι η κακή υγιεινή και η κακή φροντίδα των παιδιών.

Ένας πολύ ενδιαφέρον τρόπος μετάδοσης της ηπατίτιδας B είναι η περιγεννητική μετάδοση. Νεογέννητα από μητέρες με θετικό αντιγόνο HBeAg αναπτύσσουν λοίμωξη από ιό HBV. Τα περισσότερα νεογνά δεν είναι HBsAg θετικά κατά τη γέννησή τους, αφού η εισβολή της νόσου εμφανίζεται τρεις μήνες μετά τη γέννηση.

Μητέρες με θετικό HBeAg, πέρα από HBsAg, είναι περισσότερο λοιμογόνες και μεταδίδουν τη λοίμωξη στα νεογνά σε πάνω από 90% των περιπτώσεων, ο ρόλος του θηλασμού στη μετάδοση της ηπατίτιδας B είναι αβέβαιος, αν και συνήθως το γάλα των θετικών HBsAg μητέρων είναι θετικό. Τέλος, μητέρες με οξεία ηπατίτιδα B μπορούν να μεταδώσουν τη λοίμωξη στα νεογνά τους, μόνο εάν η ηπατίτιδα εμφανιστεί το τελευταίο τρίμηνο της κύησης. Σε κάθε περίπτωση, νεογέννητα από θετικές HBsAg μητέρες θα πρέπει να προφυλαχθούν με χορήγηση ανοσοσφαιρίνης και εμβολίου. Επειδή η φύση της πορείας της χρόνιας HBV λοίμωξης είναι αθόρυβη, στον εργαστηριακό έλεγχο της εγκυμονούσας μητέρας πρέπει να περιλαμβάνεται και ο έλεγχος του HbsAg. (Αυγουστής Ι. 2002)

5.3.2. iii Συμπτωματολογία

Η νόσος αρχίζει συνήθως με προοδευτικά και ελαφρά συμπτώματα όπως ανορεξία, αόριστες κοιλιακές ενοχλήσεις, τάση προς έμετο και εμετούς και καμιά φορά με αρθραλγίες. Η πυρετική κίνηση είναι μικρή (συνήθως κάτω του 39 °C), μπορεί δε να ελλείπει τελείως. Ο ίκτερος εμφανίζεται συνήθως 5-10 μέρες μετά. Σπανιότερα η αρχή είναι απότομη με κοιλιακά κυρίως φαινόμενα.

Η λοίμωξη είναι κλινικά εμφανής μόνο τις 30% των μολύνσεων περίπου. Δηλαδή 70% των μολύνσεων είναι χωρίς κλινική εκδήλωση (ασυμπτωματική μόλυνση ή κρυπτομόλυνση). Η λοίμωξη έχει μικρή θνητότητα (1% περίπου), αλλά

όταν η μόλυνση έχει γίνει μετά από μεταγγίσεις αίματος η θνητότητα ανέρχεται σε 6-12%. Πιθανό αυτό να οφείλεται στη μεγαλύτερη δόση ιών που προσλαμβάνεται κατά τον τρόπο αυτό. (Κονδάκης Ξ. 1992)

5.3.2.iv Επιδημιολογία

Ο επιπολασμός της HBV λοίμωξης εξαρτάται από τη γεωγραφική περιοχή. Ο πληθυσμός της γης διαιρείται σε περιοχές υψηλής ενδημικότητας (χρονίως μολυνθέντες >8% του γενικού πληθυσμού), ενδιάμεσης ενδημικότητας (χρονίως μολυνθέντες <2%). Το 88% του πληθυσμού της γης διαμένει σε περιοχές ενδιάμεσης και υψηλής ενδημικότητας.

Η χώρα μας ανήκει στις περιοχές ενδιάμεσης ενδημικότητας (χρονίως μολυνθέντες περίπου 3%).

Οι πιθανές πηγές λοίμωξης υποδεικνύουν μια στροφή προς το μοντέλο των αναπτυσσόμενων χωρών. Η κυριότερη πηγή λοίμωξης μεταξύ των ενηλίκων παραμένει η σεξουαλική, με δεύτερη την κοινή χρήση ενδοφλέβιων ναρκωτικών. Αντίθετα, μειώθηκε η ιατρογενής μετάδοση (Νούλα Ν. και Θεοδοσοπούλου- Ευθυμίου 2001).

5.3.2.v Εργαστηριακή διάγνωση

Η εργαστηριακή διάγνωση της HBV λοίμωξης βασίζεται:

- Στον ουρολογικό προσδιορισμό των αντιγόνων και αντισωμάτων (με ανοσοενζυματική μέθοδο).
- Σε αξιολόγηση των βιοχημικών ηπατικών δοκιμασιών (τρανσαμινάσεις, γ GT, χολερυθρίνη, αλκαλική φωσφοτάση).
- Σε προσδιορισμό του HBV-DNA και της DNA- πολυμεράσης (Καποτάς Μ. 2003).

Οι εργαστηριακές εξετάσεις συνήθως δείχνουν υπερχολερυθριναιμία και σημαντικά αυξημένες τις τρανσαμινάσες (SGOT, SEPT) την αλκαλική φωσφατάση και την γ GT. Ελαττώνεται επίσης ο αριθμός των λευκών αιμοσφαιρίων και εμφανίζεται ήπια λευκωματουρία. Σε βαριές περιπτώσεις διαταράσσονται και οι δοκιμασίες πηκτικότητας. (Καλογερόπουλος Α. 1996)

5.3.2.vi Προληπτικά μέτρα

1. Ο μαζικός εμβολιασμός βρεφών και παιδιών μικρής ηλικίας επιβάλλεται κυρίως για επιδημιολογικούς λόγους και όχι από την ανάγκη άμεσης προστασίας των εμβολιαζόμενων. Ο μαζικός εμβολιασμός στη βρεφική ηλικία αποσκοπεί στη σημαντική μείωση του αριθμού φορέων HBsAg στον πληθυσμό στο συντομότερο χρονικό διάστημα, με αποφυγή νέων μολύνσεων, γεγονός που εξασφαλίζει με την ανάπτυξη φράγματος ανοσίας.

2. Εμβολιασμός ατόμων υψηλού κινδύνου όπως χειρουργοί, οδοντίατροι, νοσηλεύτες, τεχνικοί εργαστηρίων, ασθενείς στη μονάδα αιμοκάθαρσης, άτομα με συχνές μεταγγίσεις αίματος ή παραγώγων αίματος προσωπικό και τρόφιμα ιδρυμάτων και φυλακών, τοξικομανείς, ταξιδιώτες που ταξιδεύουν σε χώρες όπου η νόσος είναι ενδημική.

3. Εμβολιασμός ατόμων με πολλαπλές σεξουαλικές σχέσεις καθώς σε συγκατοικούν και σεξουαλικούς συντρόφους χρόνιων φορέων του ιού.

4. Έλεγχος αίματος και προϊόντων του αίματος των αιμοδοτών και απόρριψη εκείνων με HBsAg (αυστραλιανό αντιγόνο) ή Anti- HBC (αντισώματα.).

5. Εξαίρεση από την αιμοδοσία ατόμων που είναι χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών και ατόμων που έκαναν μετάγγιση αίματος ή τατουάζ τους τελευταίους 6 μήνες.

6. Αποστείρωση των χειρουργικών εργαλείων και συριγγών σε αυτόκαυστο στους 121 °C για 15΄ ή σε ξηρά θερμότητα στους 160 °C για 2 ώρες. Επίσης χρησιμοποιείται φορμόλη επί 12 ώρες ή οινόπνευμα 70 °C επί 18 ώρες.

7. Ενημέρωση του πληθυσμού για τον τρόπο μετάδοσης της ηπατίτιδας και εκπαίδευση των εφήβων και νεαρών ατόμων για ασφαλείς σεξουαλικές σχέσεις. (Δετοράκης Ι. 2003)

5.3.2. vii Θεραπεία

Η χρήση της IFN-a, αν και αποτέλεσε σημαντικό βήμα στη θεραπεία της χρόνιας HBV ηπατίτιδας, δεν έλυσε το πρόβλημα. Η IFN-a είναι δραστική σε περιορισμένο ποσοστό ασθενών, παρουσιάζει απρόβλεπτη σχετικώς ανταπόκριση, είναι σχετικά ακριβή, χορηγείται μόνο παρεντερικά (υποδόρια) και παρουσιάζει ανεπιθύμητες ενέργειες που είναι δόσοεξαρτώμενες και μπορεί να αποβούν σοβαρές. Εξάλλου, η IFN-a μπορεί να χορηγείται μόνο σε ασθενείς που πάσχουν από καλά αντιρροπούμενη ηπατική νόσο (με χρόνια ηπατίτιδα ή κίρρωση σταδίου/ κατά Child-

Pugh, με λευκωματίνη <30gk, με χολεριθρίνη >2mg/dl, ή και με χρόνιο Quick>1,5 INR) η θεραπεία με IFN-a μπορεί να προκαλέσει επιδείνωση της ηπατοκυτταρικής βλάβης με την πρόκληση «θεραπευτικής ηπατίτιδας». (Ντουράκης Σ. 2003).

5.3.2 Επιπλοκές

ο υπολογισμένος κατά έτος ρυθμός ανάπτυξης της κίρρωσης σε HBV φορείς είναι της τάξης 1,5%-2,5%. Η πιθανότητα της κίρρωσης αυξάνει με την πρόοδο της ηλικίας, οι ασθενείς αναπτύσσουν τη μη αντιρροπούμενη κίρρωση με επανειλημμένα επεισόδια υποτροπών, ασκίτη, αιμορραγιών από κίρσους, λοιμώξεις κα τέλος εγκεφαλοπάθεια.

Η χρόνια ηπατίτιδα Β οδηγεί στο ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα (HCC), το οποίο είναι ο συνηθής τύπος καρκίνου σε πολλές περιοχές του κόσμου, όπου η χρόνια ηπατίτιδα Β είναι συνηθής. Επιδημιολογικές και κλινικές μελέτες δηλώνουν ότι το HCC είναι μια επιπλοκή της επί μακρόν HBV λοίμωξης σε ασθενείς που έχουν τη νόσο για αρκετές δεκαετίες. Ένα μέρος από αυτούς τους ασθενείς αναπτύσσει κίρρωση και τέλος εκδηλώνεται το ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα. (Αυγουστής Ι. 2002).

5.3.3. Ηπατίτιδα C

5.3.3.i Ορισμός

Οφείλεται στον ιό της ηπατίτιδας C και μεταδίδεται όπως και η ηπατίτιδα Β, αν και σε μερικές περιπτώσεις ο τρόπος μετάδοσης παραμένει άγνωστος. Ο χρόνος επώασης είναι 8-12 εβδομάδες. Συχνά προκαλεί χρόνια ηπατίτιδα και κίρρωση. Σχετίζεται με πιθανό μελλοντικό ηπάτωμα, ενώ δεν υπάρχει εμβόλιο. (Δομή 2005)

5.3.3.ii Τρόπος Μετάδοσης

Η λοίμωξη HCV είναι αιματογενής και μεταδίδεται, κυρίως, με επαναλαμβανόμενες διαδερμικές εκθέσεις σε μεγάλες δόσεις μολυσμένου αίματος και προϊόντων αίματος. Οι συσχετιζόμενοι παράγοντες κινδύνου για μετάδοση είναι η μετάγγιση αίματος και η μεταμόσχευση οργάνων πριν το 1992, η ενδοφλέβια χορήγηση ναρκωτικών, η έκθεση σε μολυσμένα άτομα του οικογενειακού περιβάλλοντος ή σεξουαλικούς συντρόφους, οι μολυσμένες βελόνες και η περιγεννητική μετάδοση στα βρέφη από τις μολυσμένες μητέρες με υψηλά επίπεδα του ιού στο αίμα τους (το 3% περίπου των εκτεθειμένων βρεφών). Η περίοδος επώασης κυμαίνεται από 2 εβδομάδες έως 6 μήνες και η περίοδος μεταδοτικότητας

μπορεί να είναι 1 εβδομάδα ή περισσότερο πριν από την έναρξη των συμπτωμάτων και μπορεί να εμμένει επ' αορίστων. (Αγγελής Π. και συν. 1995)

5.3.3. iii Συμπτωματολογία

Μόνο το 25% των νοσούντων από οξεία ηπατίτιδα C εμφανίζουν ίκτερο και οι περισσότεροι είναι ασυμπτωματικοί. Η συχνότητα εμφάνισης κεραυνοβόλου ηπατίτιδας C ποικίλει κατά γεωγραφικές περιοχές. Στις αναπτυγμένες χώρες είναι σπάνια, ενώ στην Ιαπωνία το 50% των περιπτώσεων κεραυνοβόλου ηπατίτιδας οφείλεται στον HCV. (Αναγνωστόπουλος Α. και Παπαδόπουλος Γ. 2004)

5.3.3.iv Επιδημιολογία

Η ηπατίτιδα C συνιστά ένα σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας. Υπολογίζεται ότι περίπου 170 εκατομμύρια άνθρωποι σε όλο τον κόσμο, δηλαδή το 2%-3% του συνολικού πληθυσμού της υφηλίου έχει μολυνθεί από τον ιό. Ο επιπολασμός της HCV λοίμωξης εμφανίζει ευρεία γεωγραφική διακύμανση και έτσι έχουν αναφερθεί ποσοστά από 0,15% στη Σκανδιναβία έως 38% στη Βόρεια Αίγυπτο. Στη Δυτική Ευρώπη φαίνεται ότι περίπου το 1% του πληθυσμού έχει μολυνθεί, ενώ στη Μεσόγειο το ποσοστό είναι υψηλότερο. Ακόμα υψηλότερα είναι τα ποσοστά λοίμωξης στις χώρες της Ανατολικής Ευρώπης (μέχρι και 5%). Ο επιπολασμός της HCV λοίμωξης στις ΗΠΑ είναι 1,8% σύμφωνα με τα στοιχεία πρόσφατης μελέτης. Στην Ελλάδα το ποσοστό της λοίμωξης στον γενικό πληθυσμό βρέθηκε σε πρόσφατη μελέτη 1,9% (διακύμανση 0,6%-7,5% ανάλογα με την γεωγραφική περιοχή). (Αυγουστής Ζ. 2002)

5.3.3.v Εργαστηριακή διάγνωση

Η εργαστηριακή διάγνωση της HCV λοίμωξης βασίζεται:

- Στον ορολογικό προσδιορισμό των αντι-HCV αντισωμάτων (με ανοσοενζυματική μέθοδο).
- Σε αξιολόγηση των βιοχημικών ηπατικών δοκιμασιών (τρανσαμινάσες, γGT, χολερυθρίνη, αλκαλική φωσφατάση).

Ο χρόνος εμφάνισης των αντι-HCV αντισωμάτων ποικίλει από ασθενή, αλλά κατά κανόνα εμφανίζονται καθυστερημένα (μήνες μετά την αύξηση των τρανσαμινασών στον όρο). Ως επιβεβαιωτική δοκιμασία για τον έλεγχο των θετικών

αντιHCV με ELISA ορών χρησιμοποιείται η ανίχνευση του RNA του ιού με ποσοτική PCR. Οι ανοσοενζυματικές τεχνικές θεωρούνται πρακτικά 10% αποτελεσματικές για τον έλεγχο των αιμοδοτών.

Η αύξηση των τρανσαμινασών και γενικότερα των άλλων βιοχημικών ηπατικών δεικτών δεν είναι τόσο εκσεσημασμένη όσο στην ηπατίτιδα B, αλλά διατηρείται για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, (Καποτάς Μ. 2003)

5.3.3.vi Προληπτικά μέτρα

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 C μετά από μεταγγίσεις και της χορήγησης παραγώγων αίματος έχει μειωθεί σημαντικά. Ο κίνδυνος για κάθε ασθενή έπεσε από 3,84% σε 0,75% (ή 0,45% σε 0,03% ανά μονάδα μεταγγισθένος αίματος).

Δεν υπάρχει εμβόλιο κατά της HCV για το λόγο αυτό προκύπτουν νομικά, ηθικά κα οικονομικά θέματα όταν τίθεται ζήτημα ελέγχου ατόμων υψηλού κινδύνου. (Χατζημηνάς Γ. 1994)

5.3.3.vii Θεραπεία

Για την ηπατίτιδα (δεν υπάρχει ειδικό εμβόλιο, αλλά, καθώς η ηπατίτιδα C βασίζεται στην προγενέστερη ή ταυτόχρονη λοίμωξη από ηπατίτιδα B, μπορεί να αντιμετωπιστεί με το εμβόλιο της ηπατίτιδας B. (Ντολάτζας Θ. 2005)

5.3.3. viii Επιπλοκές

Οι μισοί τουλάχιστον από αυτούς που μολύνονται από ηπατίτιδα C πεθαίνουν τελικά, από οξεία ή χρόνια ηπατίτιδα, η οποία οδηγεί συνήθως σε κίρρωση ή καρκίνο του ήπατος. (Ντολάτζας Θ. 2005)

5.3.3.ix Νοσηλευτική φροντίδα

Γενικά πιστεύεται ότι όλοι οι ασθενείς με ιογενή ηπατίτιδα θα πρέπει να απομονωθούν για επτά ημέρες από την έναρξη της νόσου. Ασθενής με ηπατίτιδα B δε χρειάζεται να απομονωθεί, αλλά η διαφοροποίηση μεταξύ του ιού ηπατίτιδας A και B (μπορεί να) είναι δύσκολη.

Η σημαντικότερη ευθύνη της νοσηλεύτριας είναι να εμποδίσει την εξάπλωση του μολυσματικού παράγοντα σε άλλα άτομα ή στο προσωπικό του νοσοκομείου. Μετά από κάθε επαφή με ασθενείς πρέπει η νοσηλεύτρια να πλένει τα χέρια της με σαπούνι και τρεχάμενο νερό. Ατομικό ουροδοχείο πρέπει να είναι διαθέσιμο, και η μεγαλύτερη προφύλαξη πρέπει να δίνεται στη φροντίδα της εντερικής εκκένωσης.

Πλαστικά γάντια πρέπει να φορούν οι νοσηλεύτριες όταν κάνουν υποκλυσμό ή όταν παίρνουν πρωκτική θερμοκρασία.

Συνίσταται επίσης για τα εκκρίματα της μύτης και του λαιμού χαρτομάντιλα μιας χρήσεως αν δεν υπάρχουν πειστικές ενδείξεις ότι η νόσος μεταδίδεται δια της αναπνευστικής οδού. Αντικειμενικά μιας χρήσεως πρέπει να χρησιμοποιούνται όπως σύριγγες και βελόνες. Παρασκευαστές και νοσηλεύτριες πρέπει να φορούν γάντια όταν κάνουν φλεβοπαρακεντήσεις για να πάρουν δείγματα αίματος, επίσης πρέπει να λαμβάνουν μέτρα όταν κάνουν ενδοφλέβιες εγχύσεις.

Οι βελόνες των ενδοφλέβιων εγχύσεων πρέπει να αποθηκεύονται σε πλαστικά ειδικά δοχεία ώστε να αποφεύγεται πιθανή μόλυνση λοιπού νοσηλευτικού και υπηρετικού προσωπικού.

Όλα τα ιατρικά αντικείμενα που υπάρχουν στο δωμάτιο πρέπει να πλένονται και όλα τα αντικείμενα που δεν είναι μιας χρήσεως να περνούν από αυτόκαυστο.

Μιας χρήσεως πλαστικά θερμομέτρα θα πρέπει να χρησιμοποιούνται και μετά την ανάρρωση του ασθενούς πρέπει να καταστρέφονται. Η νοσηλεύτρια πρέπει να θυμάται ότι ο ιός της ηπατίτιδας είναι ανθεκτικός στη χημική απολύμανση και η χρήση του αντισηπτικού υγρού για το πλύσιμο των χεριών ή το καθάρισμα των αντικειμένων προσφέρει ψευδή αίσθηση ασφάλειας. Εάν η χρήση του αυτόκαυστου είναι δυνατή τότε συνίσταται ο βρασμός (των αντικειμένων) για τριάντα λεπτά.

Κατά τη διάρκεια της οξείας φάσεως της νόσου, η νοσηλευτική φροντίδα είναι η ίδια με αυτή που δίνεται σε όλους τους εμπύρετους ασθενείς. Η βασική φροντίδα είναι η ανάπαυση στο κρεβάτι και η τοποθέτηση κρύων επιθεμάτων με κρύο νερό ή με οινόπνευμα στο μέτωπο για να ελεγχθεί η θερμοκρασία.

Επειδή ο ασθενής κατέχεται από ανορεξία, αρνείται φαγητό και υγρά. Ο ασθενής θα πρέπει να ενθαρρύνεται να παίρνει υγρά περίπου 3.000 μέχρι 4.000ml καθημερινά.

Λόγω της νόσου παρατηρείται απώλεια βάρους, μετά την ανάρρωση πρέπει να δίδεται διαιτολόγιο υψηλών θερμίδων, υψηλών υδατανθράκων και υψηλών πρωτεϊνών με συμπλήρωμα βιταμινών. Οξύς κνησμός είναι ασυνήθης στην ηπατίτιδα,

αλλά λίγο φαγούρα μπορεί να υπάρχει, ο ασθενής μπορεί να ανακουφιστεί με πλύσιμο (με σφουγγάρι) με νερό που περιέχει άμυλο και διττανθρακικό νάτριο, ή ένα αντικνησμικό φάρμακο μετά από εντολή γιατρού.

Στα δείγματα που στέλνονται στο εργαστήριο όπως αίμα, ούρα και κόπρανα πρέπει να κολλάται η κατάλληλη ετικέτα για να δίνεται η πρέπουσα προσοχή από τους εργαστηριακούς γιατρούς και παρασκευαστές.

Ο ασθενής θα πρέπει να παρατηρείται για οποιαδήποτε αλλαγή γίνει στο χρώμα των κοπράνων και ούρων, πνευματική σύγχυση, ανησυχία, υπερεθιστικότητα, ασυνήθη υπνηλία, υπερβολική ανορεξία ή κώμα, και μια άμεση αναφορά πρέπει να γίνεται στο γιατρό. (Δετοράκης Ζ. 2003)

5.4. Μολυσματική Τέρμινθος

5.4.1 Ορισμός

Η μολυσματική τέρμινθος είναι επιπολής μολυσματική δερματοπάθεια οφειλόμενη σε ένα ειδικό στέλεχος της ομάδας των ιών της ευλογιάς.

Είναι μεταδοτική δερματοπάθεια και αυτοενοφθαλμισμός. Εμφανίζεται σε ενήλικες και παιδιά. Η μολυσματική τέρμινθος στους ενήλικες αποδίδεται κατά μέγιστο ποσοστό στη σεξουαλική επαφή. Πλην των μικρών παιδιών ηλικίας μέχρι 5 ετών όπου είναι αρκετά συχνή και πλην της σεξουαλικής μετάδοσης επί ενηλίκων, εμφανίζεται σε μεγάλη έκταση, πολύ συχνά και με πολλές υποτροπές σε ασθενείς με AIDS, λόγω της ανοσοκαταστολής. Η μετάδοση γίνεται με την επαφή από άνθρωπο σε άνθρωπο. Περιγράφηκε αρχικά από τον Bateman (1778-1821) και πλέον ειδικότερα το 1913, μετά από μόλυνση μιας νοσηλεύτριας. (Στρατηγός Ζ. 2004)



Εικόνα 24 (Καπετανάκης Ι. 1987)

5.4.2 Τρόπος Μετάδοσης

Έχουν διαπιστωθεί διάφοροι τρόποι μετάδοσης του ιού της μολυσματικής τερμίνθου. Η ιογενής μετάδοση στα παιδιά επιτυγχάνεται με στενή επαφή με

μολυσμένα με τον ιό άτομα ή φορείς ακόμη με αυτοενοφθαλμισμό του ιού. Θα πρέπει να ελεγχθεί το ενδεχόμενο σεξουαλικής κακοποίησης, όταν παρατηρείται μολυσματική τέρμινθος στα γεννητικά όργανα των παιδιών, περιπρωκτικά ή στις γύρω περιοχές, παρότι η πλειονότητα των νοσούντων μολύνονται με τυχαία επαφή.

Η μεταδοτικότητα του ιού αυξάνεται σε θερμό, υγρό και πολυπληθές περιβάλλον. Υπάρχει συσχέτιση μεταδοτικότητας της νόσου και παιδιών που επισκέπτονται κολυμβήτρια, στους ενήλικες, ο ιός της μολυσματικής τερμίνθου μεταδίδεται συνήθως με τη σεξουαλική επαφή. Έχει ανακοινωθεί, επίσης ότι υπάρχουν μεμονωμένες περιπτώσεις μολυνθέντων από τον ιό, σε παλαιστές, μασέρ και χειρουργούς. (Κατσάμπας Α. και Νικολαΐδου Η. 2005).

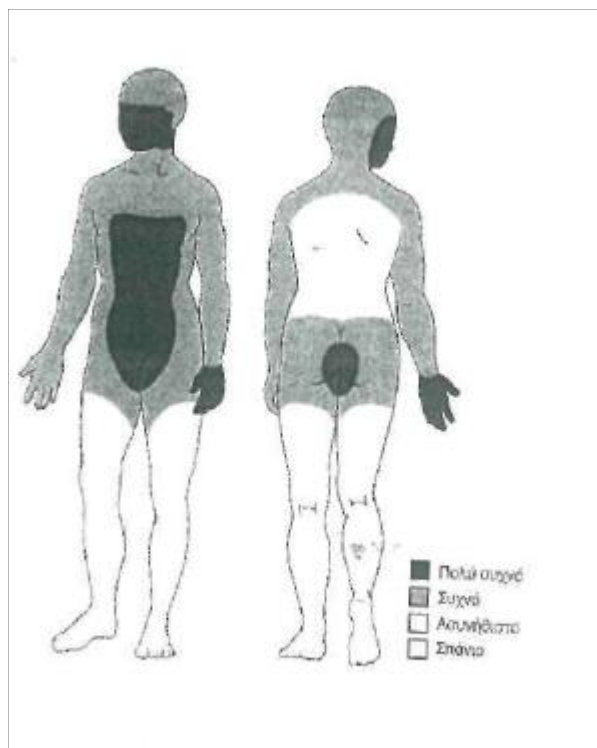
5.4.3. Επιδημιολογία

Η μολυσματική τέρμινθος είναι πρωταρχικά μια παιδική ασθένεια, με μέγιστη επίπτωση σε ηλικία 10-12 ετών. Στον σεξουαλικά ενεργό πληθυσμό, ο μεγαλύτερος αριθμός νοσούντων αφορά άτομα ηλικίας 20-29 ετών και οι προσβεβλημένες από τον ιό γυναίκες είναι νεότερες των ανδρών. Υπάρχουν δημοσιευμένα στοιχεία που αφορούν στην επίπτωση της μολυσματικής τερμίνθου και υπολογίζεται γύρω στο 1,2% έως 22% του παγκόσμιου πληθυσμού. Ο επιπολασμός της μολυσματικής τερμίνθου, σε άτομα που έχουν μολυνθεί από τον ιό του AIDS, κυμαίνεται από 5% έως 18%. (Κατσάμπας Α. και Νικολαΐδου Η. 2005)

5.4.4. Συμπτωματολογία

Το εξάνθημα εμφανίζεται με τη μορφή μεμονωμένων μικρών οζιδίων τα οποία εντοπίζονται στο πρόσωπο, το λαιμό, τα γεννητικά όργανα, τις μασχάλες, την κοιλιακή χώρα, την περιπρωκτική περιοχή και τα γεννητικά όργανα. Άλλοτε συρρέουν και άλλοτε είναι διάσπαρτα, ενώ πολλές φορές σχηματίζουν μεγαλύτερα ογκίδια τα οποία επιμολύνονται συχνά, οπότε καταλείπουν μικρές ουλές.

Το μέγεθος των οζιδίων ποικίλει από κεφαλής καρφίτσας, οπότε η διάγνωση είναι δυσχερής, μέχρι πίσω. Έχουν σύσταση σκληρή και χροιά ερυθρορόδινη με κάποιο είδος διαφάνειας και ένα ομφαλωτό κέντρο από το οποίο μετά από πίεση εξέρχεται κοκκιοματώδης λευκόφαιη μάζα από κεράτινα και ωοειδή κύτταρα τα οποία περιέχουν τα «σώματα της τερμίνθου» (Στρατηγός Ι. και Λάσκαρης Γ. 1996)



Εικόνα 25 (Λώλης Δ. 2004)

5.4.5 Διάγνωση

Η διάγνωση της μολυσματικής τερμίνθου συνήθως είναι σχετικά εύκολη και προκύπτει από την κλινική εξέταση. Με ταχεία ψύξη με αιθόλο-χλωρίδιο ή με υγρό άζωτο μπορεί να γίνει περισσότερο εμφανής ο χαρακτηριστικός ομφαλός της βλάβης. Η άμεση εξέταση σε κοινό οπτικό μικροσκόπιο του πυρήνα της βλάβης χωρίς χρώση, η βιοψία ή οι μοριακές μελέτες στην περιοχή της βλάβης, θέτουν τη διάγνωση. Ιστοπαθολογοανατομικές εξετάσεις αποκαλύπτουν έναν υπερπλαστικό ενδοκολεασμό της επιδερμίδας που αποτελείται από πολλαπλά λοβία. Χαρακτηριστικά είναι τα ενδοκύτταροπλασματικά έγκλειστα, τα σωματίδια της τερμίνθου. (Κατσάμπας Α. και Νικολαΐδου Η. 2005)

5.4.6 Διαφορική Διάγνωση

Η διαφορική διάγνωση περιλαμβάνει: το βασικό κυτταρικό επιθηλίωμα, το ιστοκύττωμα, το τρχοεπιθηλίωμα, το κερατοακάνθωμα, τον ενδοχοριακό επίλο, το συρίγγωμα, το υδροκύστωμα, τις μυρμηγκιές, ανεμοβλογιά, το πυόδερμα, τα θηλώματα, τον ομαλό λειχήνα, τη νόσο του Darier και την ερπητοειδή δερματίτιδα. Σε ασθενείς που μολύνθηκαν με HIV, η μολυσματική τέρμινθος πρέπει να διαφοροδιαγνωσθεί από το βασικοκυτταρικό καρκίνωμα, το κερατοακάνθωμα και το

δερματικό κέρασ. Αντίστροφα, σε ασθενείς με το σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας (AIDS), η κρυπτοκοκκίωση και η ιστοπλάσμωση μιμούνται τη μολυσματική τέρμινθος. Γι' αυτούς τους λόγους, η βιοψία της άτυπης δερματικής βλάβης είναι συχνά επιβεβλημένη. (Καββαδία Μ. 1992)

5.4.7. Θεραπεία

Πριν από τη θεραπευτική αγωγή θα πρέπει να τονισθεί με ιδιαίτερη έμφαση η καθιέρωση προληπτικών μέτρων. Αυτά είναι:

- Προσεκτικός έλεγχος μικρών αδελφών ή ερωτικών συντρόφων ώστε να εξουδετερωθεί εγκαίρως τυχόν μόλυνση.

- Αποφυγή επαφής μεταξύ ερωτικών συντρόφων.

- Σκούπισμα του προσώπου με επίθεμα ώστε να αποφεύγεται η διασπορά στο ίδιο άτομο.

Επειδή ο χρόνος επώασης είναι σχετικά μεγάλος (40-60 ημέρες) χρειάζεται η εφαρμογή των προληπτικών αυτών μέτρων για αρκετό διάστημα.

Η θεραπευτική αγωγή της μολυσματικής τερμίνθου περιλαμβάνει:

- Διαθερμοπληξία με ή χωρίς τοπική αναισθησία

- Κρυοθεραπεία με υγρό άζωτο

- Χρώση Laser

- Σύθλιψη των βλαβών (προτιμητέα μέθοδος)

- Τοπική χρήση ερεθιστικών ή καυστικών ουσιών (π.χ. τριχλωροφικό οξύ, ποδοφυλλίνη, τρετινοΐνη) (Στραηγός Ι. 2004)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΠΑΡΑΣΙΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΜΥΚΗΤΙΑΣΙΚΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ

6.1 Ψώρα

6.1.1 Ορισμός

Η ψώρα είναι μια μεταδοτική δερματοπάθεια των δύο φύλων και όλων των ηλικιών, οφειλόμενη στο άκαρι της ψώρας του ανθρώπου, που μεταδίδεται με την παρατεταμένη σωματική επαφή και χαρακτηρίζεται από έντονο γενικευμένο κνησμό και χαρακτηρίζεται από έντονο γενικευμένο κνησμό και χαρακτηρίζεται δερματικές εκδηλώσεις. (Στρατηγός Ζ. 2004)



Εικόνα 26. (Στρατηγός Ι. 2005)

6.1.2 Ιστορία της ψώρας

Η ιστορία της ψώρας είναι πολύ παλιά, όσο και του ανθρώπου. Αναφέρεται από τους αρχαίους Κινέζους, Αιγυπτίους, Ινδούς, Έλληνες (Ιπποκράτης, Γαληνός) και Άραβες. Η ονομασία της είναι Ελληνική και ο όρος «άκαρι» οφείλεται στον Αριστοτέλη. Το 1687, ο νεαρός Ιταλός G.C. Bonomo περιέγραψε το άκαρι σαν «μικρή χελώνα», ενώ το 1834 ο Κορσικανός S.F. Renucci στο Παρίσι επέτυχε την εξαγωγή παρασίτων από το δέρμα ψωρικών ασθενών. Κατά τη διάρκεια του Β΄ Παγκοσμίου πολέμου, ο Mellanby αναφέρει την πειραματική πρόσκληση ψώρας σε υγιείς εθελοντές. Πλούσιες πηγές πληροφοριών αποτελούν τα βιβλία του Mellanby και του Friedman και η μονογραφία του Helleesen. Αλλά και η ελληνική βιβλιογραφία δεν υστερεί σε εκτεταμένες αναφορές. (Καλογερόπουλος Α. 1996)

6.1.3 Τρόπος μετάδοσης

το παράσιτο μεταδίδεται με άμεση επαφή και σε περιορισμένο βαθμό από τα εσώρουχα ή μολυσμένα κλινοσκεπάσματα που πρόσφατα μολύνθηκαν από

μολυσμένο άτομο. Συχνά μεταδίδεται με τη σεξουαλική επαφή. Ο χρόνος επώασης είναι μερικές ημέρες ή ακόμα μερικές εβδομάδες πριν αρχίσει ο κνήσμος. (Δετοράκης Ι. 2003)

6.1.4 Προδιαθεσικοί παράγοντες

Όπως παρατηρήθηκε, οι επιδημίες ψώρας αναπτύσσονται συνήθως κατά τη διάρκεια πολεμικών περιόδων, τόσο στα στρατεύματα, όσο και στον άμαχο πληθυσμό. Μάλιστα παρατηρήθηκε τον περασμένο αιώνα ότι οι επιδημίες αυτές διαρκούν 15 χρόνια (1^{ος} και 2^{ος} Παγκόσμιος Πόλεμος), μεταξύ των οποίων παρεμβάλλεται μεσοδιάστημα 15 χρόνων όπου δεν υπάρχει ψώρα, αδιευκρίνιστους, κατά την εποχή εκείνη, λόγους.

Παράγοντες που υποβοηθούν την εξάπλωση και την ανάπτυξη επιδημίας ψώρας είναι οι ακόλουθοι:

A. Φτώχεια και φτωχή Υγιεινή, ατομική και κοινή

B. Σεξουαλικές επαφές χωρίς διάκριση

Γ. Κακή διάγνωση λόγω:

- χαμηλού δείκτη υποψίας των γιατρών για ύπαρξη ψώρας.

- αλλαγών στη μορφολογία της ψώρας: Νορβηγική και Οζώδης ψώρα

- άτυπη κλινική εικόνα

- χρήση στεροειδών

- μετάδοση με τα ζώα

Δ. Δημογραφικοί παράγοντες:

- Πλανόδια εργασία

- Μετακίνηση αγροτών προς τα αστικά κέντρα

E. Συχνά ταξίδια

Στ. Απώλεια ανοσίας πληθυσμού

Z. Οικολογικοί παράγοντες

H. Υιοθετημένα αλλοδαπά παιδιά

Μεταξύ των παραπάνω παραγόντων, το σπουδαιότερο ρόλο παίζουν η φτώχεια και η φτωχή υγιεινή (πχ οι πρόσφυγες), όπως παρατηρείται σε εμπόλεμες περιόδους όπου η ατομική υγιεινή είναι πλημμελής και συγκατοικούν πολλά άτομα σε μικρό χώρο. (Στρατηγός Ι. 2004).

6.1.5. Διάγνωση

η διάγνωση στηρίζεται, κατά κύριο λόγο, στη χαρακτηριστική εμφάνιση των βλαβών και μπορεί να επιβεβαιωθεί με την απόσπαση του άκαρι, με την αιχμή μιας βελόνας και τη μικροσκοπική εξέταση, αφού επιστρωθεί σε αντικειμενοφόρο πλάκα με μια σταγόνα καλιούχου διαλύματος. (Δετοράκης Γ. 1997)

6.1.6 Θεραπεία

Η θεραπεία περιλαμβάνει ένα ζεστό σαπουνούχο λουτρό με τρίψιμο των βλαβών. Ακολουθεί επάλειψη με γ-εξαχλωριούχο βενζένιο 1% ολόκληρου του σώματος. Επαναλαμβάνεται η επάλειψη μετά 24 ώρες και του λουτρού μετά 48 ώρες. Η ίδια διαδικασία επαναλαμβάνεται μετά από 14 ημέρες, εάν επαναεμφανιστούν παρόμοιες βλάβες. Ο σεξουαλικός σύντροφος και τα μέλη της οικογένειας, θα πρέπει να υποβληθούν στην ίδια θεραπευτική διαδικασία, για πρόληψη τυχόν επαναμόλυνσης, ενώ επιβάλλεται η αποστείρωση του χρησιμοποιημένου ρουχισμού (Ντολάτζας Θ. 2005)

6.1.7 Μέτρα Προφύλαξης

Ενημέρωση του κόσμου για την ανάγκη της ατομικής καθαριότητας, των εσωρούχων και των κλινοσκεπασμάτων. Απαγόρευση στην είσοδο στο σχολείο των μολυσμένων παιδιών μέχρις ότου τα ίδια και οι οικογένειές τους έχουν λάβει την κατάλληλη θεραπεία. Απολύμανση με κατάλληλο πλύσιμο των εσωρούχων και κλινοσκεπασμάτων (σεντόνια, κουβέρτες, καλύμματα). (Δετοράκης Ι. 2003)

6.2 Φθειρίαση του εφηβαίου

6.2.1. Ορισμός

Η φθειρίαση του εφηβαίου (Pediculosis Pudis) οφείλεται στη φθείρα του Εφηβαίου (Phirus- Pubis-Grab Louse), η οποία είναι εξασκελής και έει μήκος 3 χλστμ. περίπου.

Οι φθείρες αυτές εγκαταλείπουν τα ωά τους κοντά στις ρίζες των τριχών του εφηβαίου και του περινέου, σαν στικτά σκοτεινόχρωμα στίγματα. Μπορεί επίσης να προσβάλουν τις τρίχες του υπόλοιπου σώματος. Η εκκόλαψη των ωών χρειάζεται την παρέλευση 7 ημερών και για να ωριμάσουν χρειάζονται άλλες 14 ημέρες. Η προκύπτουσα φθείρα, για να επιβιώσει, είναι αναγκασμένη να προσκολληθεί στο δέρμα και να απομυζήσει αίμα. (Λώλης Δ. 2004)



Εικόνα 27 (Κρεατσάς Γ. 2003)

6.2.2. Τρόπος μετάδοσης

Η μετάδοση τους γίνεται με τη σεξουαλική επαφή, αλλά και με τα κοινά μέσα ατομικής καθαριότητας και τα κλινοσκεπάσματα. Κατά τον τοκετό, μπορεί να προσβάλλουν τις βλεφαρίδες του νεογέννητου. Συνήθως συνυπάρχει με άλλα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. (Ντολάτζας Θ. 2001)

6.2.3 Επιδημιολογία

προσβάλλονται όλες οι φυλές και όλες οι κοινωνικές τάξεις. Οι ψείρες του εφηβιαίου συχνά ανευρίσκονται σε άτομα με αυξημένη εναλλαγή σεξουαλικών συντρόφων. Ως εκ τούτου οι ασθενείς θα πρέπει να εξετάζονται και για άλλες σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες. Συχνότερα ανευρίσκονται μεταξύ των ομοφυλόφιλων. Αξίζει να αναφερθεί ότι σε μητέρες, με ψείρες του εφηβιαίου, στις τρίχες του μαστού, μεταδίδουν στις βλεφαρίδες τω βρεφών του τις ψείρες. (Στρατηγός Ζ. 2004)

6.2.4 Συμπτωματολογία

Οι ψείρες εντοπίζονται κυρίως στο εφηβιαίο και την περιπτωκτική χώρα, και σπανιότερα στα βλέφαρα, φρύδια, μούσι, μουστάκι, μασχάλες, θώρακα, μηρούς. Χαρακτηρίζεται από έντονο κνησμό στο εφηβιαίο, κνιδωτικές βλατίδες, δρυφάδες, διαβρώσεις και αιματογενείς εφελκίδες. Παθογνωμική βλάβη είναι οι κυανές κηλίδες στο υπογάστριο, στα πλάγια της κοιλιάς, στο θώρακα και στους μηρούς. Αυτές οι

κηλίδες οφείλονται στη δράση της σιέλου των ψειρών, που έχει ως αποτέλεσμα την μείωση των αιμοχρωστικών στη θέση των τσιμπημάτων. Επίσης στα εσώρουχα των ασθενών μπορεί να βρεθούν κηλίδες αίματος που ελευθερώνονται κατά την απομύζηση αίματος. Οι ψείρες και τα ωά διακρίνονται εύκολα.

Όταν χρονίζει η φθειρίαση, παρατηρείται έκζεμα, πυοδερματίτιδα. Κατά τις πρώτες 30 ημέρες, δυνατόν να μην παρατηρηθεί ο χαρακτηριστικός κνησμός, αλλά μόνο οι κυανές κηλίδες, οι αιματογενείς κηλίδες, οι κηλίδες αίματος στα εσώρουχα και οι ψείρες και οι κόνιδες. (Στρατηγός Ι. και Λάσκαρης Γ. 1996)

6.2.5 Διάγνωση

Η διάγνωση γίνεται κυρίως από τη χαρακτηριστική κλινική εικόνα και από την ανεύρεση ψειρών και κόνιδας. Τα παράσιτα αναγνωρίζονται καλύτερα με τη χρήση μεγεθυντικού φακού. Τα ωά μπορούν να αναγνωρισθούν με την απόσπαση τριχών και τη μικροσκοπική τους εξέταση, σαν να είναι κλεισμένα σε ένα φάκελο. (Δετοράκης Ι. 2003)

6.2.6 Διαφορική Διάγνωση

- Ψώρα: Μικρές βλάβες με εκδορές στα μεσοδακτύλια διαστήματα των χειρών, στους καρπούς και στο πέος.

- Δείγματα ψύλλων: Βλατιδώδεις βλάβες με εκδορές που οφείλονται σε δείγματα ψύλλων και εντοπίζονται στο κάτω ήμισυ των κνησμών.

- Παρασιτική κνήφη που οφείλεται σε κοριούς: Οι βλατιδώδεις βλάβες που οφείλονται σε δείγματα κοριών είναι ισομεγέθους, με κεντρικά στίγματα και είναι διατεταγμένες εν σειρά, στις εκτεθειμένες περιοχές.

- Δερματοφυτία του τριχωτού της κεφαλής: Άτριχες, διακριτές περιοχές που διαπιστώνονται στο τριχωτό της κεφαλής. Ανάλογα με τον τύπο του μύκητα, οι βλάβες ενδεχομένως να έχουν εκδορές, να είναι εξοιδημένες και ευαίσθητες και μπορεί να μολυνθούν δευτεροπαθώς. Ο μύκητας μπορεί να διαγνωσθεί μετά από μικροσκοπική εξέταση και καλλιέργεια των μολυσμένων τριχών. (Κατσάμπας Α. και Νικολαΐδου Η. 2005)

6.2.7 Θεραπεία

Η θεραπεία της φθειρίασης του εφηβαίου είναι η ίδια με αυτή του τυχωτού της κεφαλής, με ιδιαίτερη έμφαση στη μόλυνση των ενδυμάτων και των κλινοσκεπασμάτων. Η επαναμόλυνση, μετά από μια αποτελεσματική αρχική θεραπεία, οφείλεται συνήθως στη συνεύρεση με σεξουαλικό σύντροφο που δεν έχει θεραπευτεί. Αλλεργικές και συστηματικές αντιδράσεις έχουν εκδηλωθεί σε ορισμένους ασθενείς. Η θεραπεία των βλεφάρων και των φρυδιών των βρεφών είναι ένα επιπρόσθετο πρόβλημα, λόγω της πιθανής τοξικότητας του φαρμάκου. Γι' αυτό συνήθως χρησιμοποιείται το οξείδιο του υδράργυρου (0,1g σε 10g λευκής βαζελίνης) σε μορφή αλοιφής ή λευκή αμιγής βαζελίνη. Οι φθείρες και τα ωά αφαιρούνται από τις βλεφαρίδες με ανατομική λαβίδα.

Όλα τα δείγματα που προσκομίζονται από τους ασθενείς για εξέταση πρέπει να ελέγχονται πολύ προσεκτικά για την παρουσία παρασίτων, γιατί η παρασιτοφοβία και οι παραισθήσεις με παράσιτα είναι συνηθισμένο φαινόμενο.

Η διάγνωση και η θεραπεία της φθειρίασης σε ηλικιωμένους ασθενείς που συγκατοικούν (οίκοι ευγηρίας) είναι μέγιστης σημασίας. Θα πρέπει κανείς να προσέχει ιδιαίτερα τους ηλικιωμένους, λόγω του ότι η διάγνωση δεν είναι πάντοτε εφικτή, επειδή η λήψη ιστορικού είναι δύσκολη, η κλινική εικόνα είναι συχνά άτυπη και επικαλύπτεται από τη συνύπαρξη άλλων ιατρικών προβλημάτων. Ο κνησμός που οφείλεται στη φθειρίαση εκλαμβάνεται από τους ηλικιωμένους ως σύμπτωμα άλλων νόσων που έχουν κατά καιρούς. Η θεραπευτική αγωγή των ηλικιωμένων δεν διαφέρει πολύ από αυτήν των νεότερων ασθενών. Χρησιμοποιούνται, συνήθως, μαλάθειο, lindane ή περμεθρίνη, σε δόσεις που πρέπει να προσαρμόζονται στις ιδιαιτερότητες αυτής της ηλικίας. (Ντολάτζας Θ. 2005).

6.3 Μονιλίαση ή μυκητιασική κολπίτιδα

6.3.1 Ορισμός

Πρόκειται για την κολπίτιδα που προκαλείται από μύκητες με κυριότερο εκπρόσωπο το μύκητα που ονομάζεται: *Candida albicans*. Είναι πολύ διαδεδομένη και κατατάσσεται στα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, μολονότι σε αρκετές περιπτώσεις μεταδίδεται ή αναπτύσσεται χωρίς σεξουαλική επαφή. (Κρεατσάς Γ. 2003).



Εικόνα 28 (Καλογερόπουλος Α. 1996)

6.3.2 Προδιαθεσικοί παράγοντες

Μερικοί από τους παράγοντες που ευνοούν την ανάπτυξη του μύκητα είναι:

1.Εγκυμοσύνη: τα αυξημένα επίπεδα των οιστρογόνων στην εγκυμοσύνη προκαλούν υπεραίμια των γεννητικών οργάνων και αύξηση του γλυκογόνου στο κολπικό επιθήλιο. Οι αλλαγές αυτές συνεπάγονται ένα «τροπικό», θερμό και υγρό ενδοκολπικό περιβάλλον, που ευνοεί την ανάπτυξη των μυκήτων. Ταυτόχρονα παρατηρείται και κάποιος βαθμός φυσιολογικής ανοσοκαταστολής με ελάττωση της κυτταρικής της κυτταρικής ανοσίας, η οποία οδηγεί σε ελάττωση της ικανότητας των πολυμορφοπύρηνων λευκοκυττάρων και φαγοκυτταρώνουν τα μυκήλια.

2. Η ανοσοκαταστολή: Η επίδραση της είναι εμφανής στις λοιμώξεις με HIV, στις οποίες η επίμονη μυκητίαση αποτελεί συνήθη προάγγελο του AIDS. Ανοσοκατασταλτική επίδραση ασκούν επίσης τα κυτταροτοξικά, τα αντισυλληπτικά και διάφορα στεροειδή φάρμακα.

3.Τα αντιβιοτικά: Καταστρέφουν τη φυσιολογική ενδοκολπική βακτηριακή χλωρίδα (ιδίως τους γαλακτοβάκιλλους) και αφήνουν το πεδίο ελεύθερο στους μύκητες.

4.Ο σακχαρώδης διαβήτης: Συνεπάγεται την ανάπτυξη ενδοκολπικού περιβάλλοντος με αυξημένα επίπεδα γλυκογόνου, στο οποίο και ευδοκιμούν οι μύκητες

5. Η σιδηροπενική και η μεγαλοβλαστική αναιμία: Στις καταστάσεις αυτές η αναιμία συνεπάγεται ανεπαρκείς ανοσοαντιδράσεις. (Καλογερόπουλος Α. 1996).

6.3.3 Επιδημιολογία

Ένα ποσοστό 75% περίπου των γυναικών προσβάλλεται από μυκητιασική κολπίτιδα, κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Οι μισές από τις ασυμπτωματικές γυναίκες εμφανίζουν ενεργό κολπική φλεγμονή, ενώ παράλληλα αυξάνεται και το ποσοστό εποικισμού του κόλπου από 10 σε 35 έως 55% κατά το 3^ο τρίμηνο της κύησης και σε 20 έως 45% κατά τη λήψη αντισυλληπτικών δισκίων. Η *C. Albicans* απομονώνεται σε μικρό αριθμό σεξουαλικών συντρόφων προσβεβλημένων γυναικών και από αυτούς μόνο ένα ποσοστό 10% αναπτύσσει βαλανοποσθίτιδα ή ουρηθρίτιδα. (Λώλης Δ. 2004)

6.3.4 Συμπτωματολογία

Το κύριο σύμπτωμα στις γυναίκες είναι ο έντονος κνησμός στο κόλπο και στο αιδοίο, που συνοδεύεται από ένα παχύρρευστο, άσπρο άοσμο κολπικό απέκκριμα, το οποίο αποβάλλεται συχνά σε μεγάλη ποσότητα. Ο κνησμός είναι, συχνά ανυπόφορος και γίνεται ιδιαίτερα αισθητός τη νύχτα. Αν η γυναίκα ξύνεται για να ανακουφιστεί μπορεί να προκαλέσει οίδημα και πόνο στο αιδοίο της. Σε μερικές περιπτώσεις ο κνησμός μπορεί να προκαλέσει δευτερογενή μόλυνση, που έχει ως αποτέλεσμα μικρές εξαιρετικά επώδυνες πληγές, καθώς και εξοίδηση των χειλέων γύρω από τον κόλπο.

Στους άνδρες, που η μόλυνση προέρχεται από την παρουσία των μυκήτων στον κόλπο της σεξουαλικής τους συντρόφου, παρατηρείται φαγούρα στην ακροπρόσθια 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 2 ημέρες μετά τη σεξουαλική επαφή. Αυτά προκαλούν κνησμό και συνοδεύονται από έντονο τσούξιμο της περιοχής γύρω από τη βάλανο. (Καββαδία Μ. 1992)

6.3.5 Διάγνωση

Η διάγνωση είναι εύκολη, ενώ μερικές φορές αποβαίνει δύσκολη. Σε μια τυπική περίπτωση, με τη βοήθεια ενός μικροσκοπίου, δείγμα από το έκκριμα επιστρώνεται σε πλακίδιο, βάφεται, οπότε φαίνεται ο μύκητας σαν μακριά κλωστή με

βολβώδεις προεξοχές. Σε άλλες περιπτώσεις το έκκριμα πρέπει να τοποθετηθεί σε υλικό καλλιέργειας και να επωασθεί για 48 ώρες, πριν οι μύκητες γίνουν ορατοί. Όταν η γυναίκα παραπονείται για μικρή ποσότητα κολπικού εκκρίματος, αλλά για υπερβολικό κνησμό στο αιδοίο, λαμβάνονται μικροσκοπικά δείγματα δέρματος από το αιδοίο και αφού χρωματιστούν κατάλληλα, εξετάζονται για να διαπιστωθεί η παρουσία του *Candida albicans* στον κόλπο της. (Αναγνωστόπουλος Α. και Παπαδόπουλος Λ. 2004).

6.3.6. Διαφορική διάγνωση

Η μονιλίαση του αιδοίου μπορεί να διαφοροδιαγνωστεί από:

1. Δερματίτιδα εξ επαφής
2. Ψωρίαση: σαφώς αφοριζόμενες πλάκες, συνήθως χωρίς λέπι, μπορεί να συνυπάρχει κνησμός.
3. Ομαλό λειχήνα: τυπικές βλάβες και συνήθως κνησμός και διαβρώσεις, χρόνια πορεία.
4. Σκληροατροφικό λειχήνα: αίσθημα κνησμού ή καύσου, δυσουρία, δυσπαρέυνια, χωρίς όμως ερύθημα ή οίδημα, αλλά αντιθέτως λευκωπές ατροφικές πλάκες.
5. Έρπητα γεννητικών οργάνων: εκτός από την τυπική κλινική εικόνα μπορεί να εκδηλωθεί ατύπως μόνο με εντοπισμένο ερύθημα και κνησμό ή καύσο.
6. Τραυματισμό: καλό ιστορικό οδηγεί στη διάγνωση.
7. Νευροδερματίτιδα, Facticia: διάγνωση εξ αποκλεισμού, άτομα συγκεκριμένης ψυχοσύνθεσης (Στρατηγός Ζ. 2004).

6.3.7 Θεραπεία

Στις περισσότερες περιπτώσεις κολπικής μυκητίασης η θεραπεία είναι σχετικά απλή. Η γυναίκα τοποθετεί μια ταμπλέτα (που συχνά ονομάζεται «onule» {μικρό αυγό} εξαιτίας του σχήματος του) ή ένα εμβόλιο γεμάτο με κράμα ψηλά μέσα στο κόλπο της μία ή περισσότερες νύχτες ή δύο φορές ημερησίως για μερικές ημέρες. Αυτή η φαρμακευτική αγωγή σκοτώνει τους μύκητες και γι' αυτό ονομάζεται μυκητοκτόνος. Η διάρκεια της θεραπείας διαφέρει και εξαρτάται από το φάρμακο που έχει επιλεγεί, χωρίς ωστόσο, κανένα απ' αυτά τα παρασκευάσματα να είναι καλύτερο από κάποιο άλλο. Εντούτοις, η εμπειρία απέδειξε ότι οι περισσότερες γυναίκες προτιμούν μυκητοκτόνα, που χρειάζεται να χρησιμοποιηθούν για μικρό

χρονικό διάστημα. Επιπλέον, ίσως χρειαστεί να βάλει και ο άνδρας μυκητοκτόνο κρέμα στο πέος του. (Χατζημηνάς Ι. 1994)

Ένας μικρός αριθμός γυναικών, όμως δε θεραπεύεται και τόσο εύκολα. Σ' αυτές τις γυναίκες οι μύκητες προκαλούν τόσες έντονες αντιδράσεις, που είναι δύσκολο να χρησιμοποιήσουν υπόθετο, ενώ το αιδοίο μπορεί να πρηστεί τόσο πολύ, που η γυναίκα να μην μπορεί να εισάγεται στο νοσοκομείο, όπου τοποθετούνται καταπραϋντικές κομπρέσες στο ερεθισμένο αιδοίο, ενώ ο κόλπος αλείφεται με κυανόχρωμο ιώδες της γειννίαςης. Αυτού του είδους η θεραπεία είναι επίπονη, αλλά αποτελεσματική, ειδικά όταν η θεραπεία με μυκητοκτόνα δεν είναι δυνατή ή δε φέρνει αποτελέσματα.

Η επίμονη ή υποτροπιάζουσα κολπική μυκητίαση εμφανίζεται περίπου στο 5% των γυναικών. Οι υποτροπιάζουσες μυκητιασικές λοιμώξεις οφείλονται, μάλλον, στην αποτυχία του αμυντικού συστήματος του οργανισμού να εξοντώσει τους μύκητες που έχουν εισέλθει στα κύτταρα του ενδοθηλίου του κόλπου. Έτσι, αυτοί παραμένουν για κάποιο διάστημα σε λανθάνουσα κατάσταση και στη συνέχεια αρχίζουν και πάλι να πολλαπλασιάζονται, προκαλώντας εκ νέου συμπτώματα. Η υποτροπιάζουσα μυκητίαση είναι δύσκολο να θεραπευτεί. Στην περίπτωση των υποτροπών η θεραπεία συνίσταται σε μια μικρή δόση Ketokonazole καθημερινά για έξι περίπου μήνες. (Καββαδία Μ. 1992)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΠΙΚΤΗΤΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ (AIDS)

7.1 Ιστορικό

Το σύνδρομο της επίκτητης ανοσοανεπάρκειας (AIDS) περιγράφηκε για πρώτη φορά το 1981 με πρώτη πιθανή εστία την Κεντρική Αφρική σε νεαρούς ομοφυλόφιλους με σάρκωμα Karosi και λοίμωξη με *Pneumocystis pneumonia*. Η σχεδόν αποκλειστική, τότε, εμφάνισή του σε κλειστούς ομοφυλοφιλικούς πληθυσμούς δημιούργησε την υπόνοια ενός λοιμογόνου παράγοντα που μεταδίδεται με τις σεξουαλικές σχέσεις και ευθύνεται για την πρόσκληση του συνδρόμου, υπόθεση που επαληθεύθηκε με την απομόνωση του υπεύθυνου ρετροϊού, το 1983. Σήμερα, η θεραπευτική αντιμετώπιση του AIDS πολύ απέχει από του να είναι αποτελεσματική, παρά της προόδους που έγιναν σε όλα τα επίπεδα μελέτης του συνδρόμου. Δικαιολογημένα, μπορεί κανείς ανεπιφύλακτα να ισχυρισθεί ότι για καμία άλλη νόσο δεν έχουν γραφεί τόσο πολλά από τόσο πολλούς και σε τόσο σύντομο διάστημα. Το σύνδρομο αυτό έχει τόσο εκτεταμένη παθολογία, ώστε άφοβα να θεωρείται ότι όποιος γνωρίζει καλά το σύνδρομο σε όλες τις πλευρές του είναι άριστος παθολόγος. (Καρανικόλας Γ. και Σφηκάκης Π. 1993)

Το σύνδρομο επίκτητης ανοσοποιητικής ανεπάρκειας (AIDS) έχει αποτελέσει ένα μείζον πρόβλημα της δημόσιας υγείας, λόγω του τρόπου μετάδοσης, του ραγδαία αυξανόμενου αριθμού προσβεβλημένων ατόμων και των καταστροφικών συνεπειών του στα διάφορα συστήματα του οργανισμού. (Καραμπέκιος Σ. και Hesselink J. 1996).

7.2 Ορισμός

Το AIDS ή σύνδρομο της επίκτητης ανοσοποιητικής ανεπάρκειας οφείλεται σε έναν ιό (HIV) ο οποίος ανακαλύφθηκε το 1983. Η νόσος είναι θανατηφόρα. Ο ιός HIV προσβάλλει και καταστρέφει συγκεκριμένα λευκά αιμοσφαίρια, τα 14 λεμφοκύτταρα. Η απώλεια των λεμφοκυττάρων αυτών κάνει τους ασθενείς επιρρεπείς σε λοιμώξεις από διάφορα μικρόβια, τα οποία υπό ομαλές συνθήκες δεν προκαλούν νόσο. Ο ιός του AIDS δεν επιβιώνει έξω από το ανθρώπινο σώμα, καταστρέφεται εύκολα σε ξηρό περιβάλλον, στην ατμόσφαιρα, αλλά και με τη χρήση απολυμαντικών ουσιών (Betadine, οξυζενέ, ιώδιο και άλλα). (Tony Smith 2001).

7.3 Τρόπος μετάδοσης



Εικόνα 29. (<http://el.wikipedia.org/wiki/%2008>)

7.3.1 Μεταδίδεται

Το AIDS είναι μια μεταδοτική αρρώστια αλλά οι τρόποι μετάδοσής του είναι περιορισμένοι. Η μετάδοση του ιού από άτομο σε άτομο γίνεται με το αίμα, το σπέρμα και τις κολπικές εκκρίσεις.

Επομένως οι τρόποι μετάδοσής του είναι οι εξής:

A. Αιματογενής: Ο ιός του AIDS μεταδίδεται με το ολικό αίμα, με τα κυτταρικά στοιχεία του αίματος με το πλάσμα και τους παράγοντες πήξης. Αυτός βέβαια ο κίνδυνος αφορούσε τους μεταγγιζόμενους πριν το 1985 γιατί από το Σεπτέμβριο του 1985 άρχισε ο έλεγχος για τον ιό του AIDS των αιμοδοτών και κατά συνέπεια ο κίνδυνος να πάρει κάποιος μολυσμένο αίμα. Έχει ελαχιστοποιηθεί. Σε όλο τον κόσμο αποκλείονται ως αιματοδότες οι ομοφυλόφιλοι και οι τοξικομανείς. Στους τοξικομανείς που κάνουν χρήση ενδοφλεβίων ναρκωτικών με σύριγγες ή βελόνες κοινής χρήσης είναι δυνατή η μετάδοση του ιού και οφείλεται στη μεταφορά μικρής ποσότητας αίματος από το ένα άτομο στο άλλο κατά την κοινή χρήση.

B. Σεξουαλική μετάδοση: Ο ιός ανιχνεύθηκε στο σπέρμα και στο τραχηλικό έκκριμα φορέων. Ο ρόλος της γενετήσιας οδού στη μετάδοση του AIDS είναι σημαντικός. Κατά συνέπεια μολύνεται κανείς κάνοντας όλες τις σεξουαλικές πράξεις, κατά φύση ή παρά φύση.

Γ. Περιγεννητική και κάθετη μετάδοση: Η μετάδοση γίνεται από τη μητέρα που έχει μολύνει το κύημα ή το νεογνό κατά τον τοκετό λίγο μετά τη γέννηση και κατά τη διάρκεια του θηλασμού. Ο ιός μπορεί να απομονωθεί στο μητρικό γάλα και έχει βεβαιωθεί περίπτωση μόλυνσης νεογνού από θηλασμό. Η πιθανότητα προσβολής στην περιγεννητική περίοδο από τη μητέρα στο παιδί είναι 50% περίπου.

Δ. Άτυπη μετάδοση: Είναι δυνατή η μετάδοση του ιού με την είσοδο μικρής ποσότητας αίματος ή άλλων μολυσματικών υγρών και εκκρίσεων από τις αμυχές του δέρματος. Αυτό μπορεί να συμβεί με την κοινή χρήση ξυριστικών μηχανών, οδοντόβουρτσας και ερωτικών αντικειμένων. (Δετοράκης Ζ. και Κουτσομπά Δ.)

7.3.2 Δεν μεταδίδεται

- Από την καθημερινή επαφή, τη χειραψία, το αγκάλιασμα, το απλό φιλί, τη συνάθροιση ατόμων.
- Από την τουαλέτα
- Από τον ιδρώτα ή το σάλιο.
- Από ρούχα, σκεπάσματα, πιάτα, ποτήρια και μαχαιροπίρουνα, τηλέφωνα.
- Από πισίνες ή τη θάλασσα
- Από κουνούπια ή άλλα έντονα (<http://el.wikipedia.org/wiki%2008>)

7.4 Ομάδες υψηλού κινδύνου

Στις ομάδες που έχουν συμπεριφορά υψηλού κινδύνου, εντάσσονται σήμερα οι εξής πληθυσμιακές ομάδες: 1) ομοφυλόφιλοι ή αμφιφυλόφιλοι άνδρες 2) χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών, 3) μετανάστες προερχόμενοι από την κεντρική Αμερική ή την Καραϊβική, που έχουν ιστορικό πολλών ερωτικών συντρόφων, 4) αιμορροφιλικοί, 5) μεταγγισθέντες πριν το 1985. Οι ερωτικοί σύντροφοι ατόμων που ανήκουν στις προηγούμενες ομάδες και 7) βρέφη που οι γονείς τους ανήκουν σε κάποια από τις προαναφερόμενες ομάδες. (Χατζηαντωνίου Γ. και Χαρμπής Π. 1997)

7.5.Συμπτωματολογία

Η φυσική πορεία της λοίμωξης από τον ιό της επίκτητης ανοσοανεπάρκειας (HIV), από τη στιγμή της μόλυνσης μέχρι την πλήρη εκδήλωση του συνδρόμου, διέρχεται από διάφορα στάδια. Τα στάδια αυτά, που αντιστοιχούν και σε ανάλογες κλινικές εικόνες, είναι α) το στάδιο της πρωτογενούς λοίμωξης, β) το στάδιο της

ασυμπτωματικής λοίμωξης γ) τα στάδια της συμπτωματικής λοίμωξης και δ) το στάδιο της ανοσοκαταστολής. (Αναγνωστόπουλος Α., Παπαδόπουλος Λ. 2004)

7.5.1 Πρωτογενής λοίμωξη

Η πρωτογενής λοίμωξη από τον ιό HIV συνήθως ασυμπτωματική. Σ' ένα ποσοστό 30-50% των ασθενών η λοίμωξη εκδηλώνεται μ' ένα σύνδρομο που μοιάζει μ' αυτό της λοιμώδους μονοπυρήνωσης και έχει ως συμπτώματα πυρετό, κεφαλαλγία, αρθραλγίες, μυαλγίες, φαρυγγίτιδα, ανορεξία, ναυτία και ερυθρό κηλιδώδη εξάνθημα. Παράλληλα συχνή είναι μία συμμετρική γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια. Σπανιότερα μπορεί να παρατηρηθούν ηπατίτιδα μνηγιγίτιδα και πνευμονίτιδα (Αυγουστής Ι. 2002)

7.5.2 Φάση ασυμπτωματικής λοίμωξης

Η φάση αυτή συνήθως διαρκεί αρκετά χρόνια και ο ασθενής είναι κατά κανόνα ασυμπτωματικός φορέας της νόσου. Παρά το γεγονός όμως ότι ο ασθενής είναι ασυμπτωματικός υπάρχουν σε εργαστηριακό έλεγχο αιματολογικές διαταραχές, όπως αναιμία, λευκοπενία και θρομβοπενία. Επίσης μπορεί να υπάρχουν αύξηση των τρανσαμινασών λόγω ηπατίτιδας, αύξηση των σφαιρινών και ελάττωση των λευκωματινών του όρου. Ο έλεγχος των ειδικών αντισωμάτων του ορού αποβαίνει θετικός, ενώ παράλληλα ελαττώνεται ο αριθμός των (βοηθητικών) 14 και (κυτταροτοξικών) 18 λεμφοκυττάρων. (Αυγουστής Ι. 2002)

7.5.3. Φάση συμπτωματικής λοίμωξης

Στο στάδιο αυτό καθώς μειώνεται η κυτταρική ανοσία (αριθμός $14 < 500/\text{ml}$) αρχίζουν να εμφανίζονται τα διάφορα συμπτώματα της νόσου (κεφαλαλγία, πυρετός, χρόνια διάρροια, απώλεια βάρους, νυκτερινοί ιδρώτες και λεμφαδενοπάθεια). Επιπρόσθετα αρχίζουν και πρώτες κλινικές επιπτώσεις της ελάττωσης της κυτταρικής ανοσίας, που είναι η στοματική καντιντίαση, η τριχωτή λευκοπλακία της γλώσσας, ο υποτροπιάζων απλούς έρπης του στόματος και των γεννητικών οργάνων και έρπης ζωστήρ. (Στρατηγός Ι. 2004)

7.5.4 Φάση της ανοσοκαταστολής

(πλήρες AIDS)

Το στάδιο αυτό χαρακτηρίζεται από την έντονη ανοσοκαταστολή, κυρίως της κυτταρικής αλλά και χημικής ανοσίας. Κλινικά, χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση: α) σοβαρών ευκαιριών λοιμώξεων, β) νεοπλασμάτων και γ) άμεσων επιδράσεων του ιού στα διάφορα όργανα. (Στρατηγός Ζ. 2004)

7.6 Επιδημιολογία

Η επιδημιολογία της λοίμωξης από τον ιό της ανθρώπινης ανοσολογικής ανεπάρκειας (HIV) και του συνδρόμου της επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας (AIDS) εμφανίστηκε τις δύο τελευταίες δεκαετίες του 20^{ου} αιώνα και έχει επεκταθεί σε πάνω από 190 χώρες. Στο τέλος του 2000, περισσότεροι από 35 εκατομμύρια άνθρωποι παγκοσμίως έχουν μολυνθεί με τον HIV, το 95% των οποίων ανήκει στις αναπτυσσόμενες χώρες.

Στη δυτική Ευρώπη, περίπου 520.000 άτομα είχαν μολυνθεί από τον HIV ως το τέλος του 1999 και η επίπτωση είναι σήμερα 40.000 νέες μολύνσεις το χρόνο. Προσφάτως, παρατηρήθηκε δραματική αύξηση νέων μολύνσεων με τον ιό στην ανατολική Ευρώπη, όπου η επιδημία του HIV, άρχισε στις αρχές του 1990. Οι στατιστικές μελέτες του UNAIDS/WHO σε εθνικό επίπεδο υπολογίζουν ότι 420.000 ενήλικες και παιδιά ζούσαν με HIV/AIDS στην Ανατολική Ευρώπη και την Κεντρική Ασία ως το τέλος του 1999. Μεταξύ των Ευρωπαϊκών χωρών, η Ισπανία, η Ελβετία, η Γαλλία και η Ιταλία έχουν τη μεγαλύτερη, αθροιστικά, επίπτωση του AIDS, συγκριτικά με το πληθυσμό τους. Είναι αξιοσημείωτη η εμφανής διαφορά κατανομής των κύριων ομάδων υψηλού κινδύνου λοίμωξης με τον ιό, μεταξύ βορρά και νότου, στην Ευρώπη. Στις βάρκες χώρες προσβάλλονται κυρίως οι αμφιφυλόφιλοι και ομοφυλόφιλοι άνδρες, στις χώρες της νότιας Ευρώπης, ο βασικός τρόπος μετάδοσης είναι ενδοφλέβια χρήση ναρκωτικών.

Δηλωθέντα HIV οροθετικά άτομα κατά κατηγορία μετάδοσης και φύλο στην Ελλάδα μέχρι 31/12/2001 (Επιδημιολογικά ΔΕΛΤΙΟ ΚΕΕΛ)						
ΠΗΓΗ ΜΟΛΥΝΣΗΣ	ΑΝΔΡΕΣ		ΓΥΝΑΙΚΕΣ		ΣΥΝΟΛΟ	
	N	%	N	%	N	%
Ομο/άμφιφυλόφιλοι	2.311	48,7	-	-	2.311	39,4

Χρηστες iv ουσιών	154	3,2	46	4,3	201	3,4
Μεταγγιζόμενοι με παράγωγα αίματος	216	4,6	14	1,3	230	3,9
Μεταγγιζόμενοι	47	1,0	36	3,3	83	1,4
Ετεροφυλόφιλοι	344	7,2	569	52,7	918	15,7
Κάθετη μετάδοση	21	0,4	18	1,7	40	0,7
Ακαθόριστοι	1.652	34,8	396	36,7	2.076	35,4
ΣΥΝΟΛΟ	4.745	100,0	1.079	100,0	5.859	100,0

Πίνακας 3 (Παπαρίζος Α. και Κυριακής Κ. 2003)

7.7. Ευκαιριακές λοιμώξεις.

Οφείλονται σε μικροοργανισμούς μικρής λοιμογόνου δύναμης (ευκαιριακά παθόγωνα), οι οποίοι στους ασθενείς με AIDS, λόγω της ανοσοανεπάρκειας τους, μετατρέπονται σε ισχυρά παθόγωνα. Συνήθως πρόκειται για ενεργοποίηση παλαιών λοιμώξεων ή εμφάνιση νέων λοιμώξεων. Χαρακτηριστικό των ευκαιριακών λοιμώξεων είναι η βαρύτητα της νόσου, η ταχεία θανατηφόρος εξέλιξη και επιθεραπείας τους, η ανάγκη για μακροχρόνια χημειοπροφύλαξη.

Παθήσεις που συνοδεύουν το AIDS είναι πολλές και ποικίλες και αφορούν όλα τα συστήματα του οργανισμού όπως:

-Νεοπλάσματα (σάρκωμα Kaposi, λεμφώματα).

-Παθήσεις από το κεντρικό νευρικό σύστημα και ψυχικές διαταραχές.

-Παθήσεις του δέρματος, απλός έρπης, έρπης ζωστήρ, κονδυλώματα, μυρμιγκιές, μολυσματική τέρμινθος, σμηγματορροϊκή δερματίτιδα.

-Παθήσεις του στόματος, μυκητιάσεις, περιοδοντίτιδα, νεκρωμένα έλκη των ούλων, τριχωτή λευκοπλασία από την γλώσσα κλπ.

-Παθήσεις από τους πνεύμονες, πνευμονίες, φυματίωση.

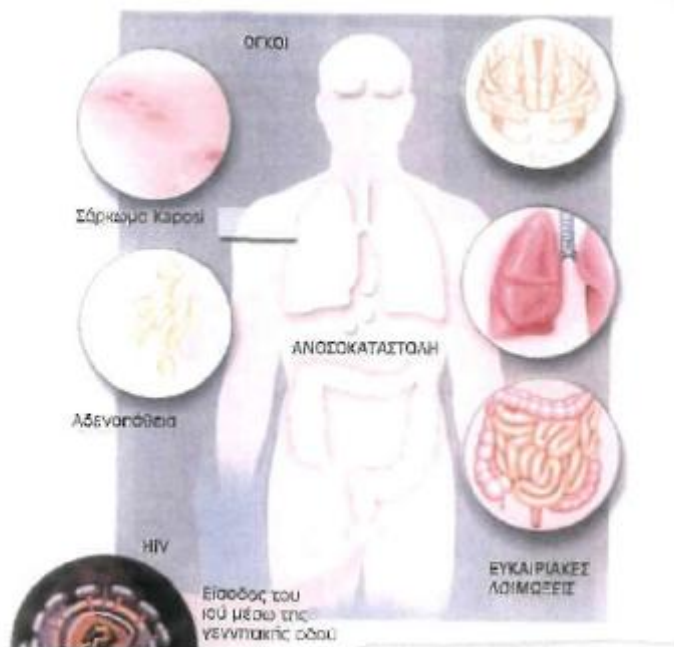
-Παθήσεις από τους οφθαλμούς

-Παθήσεις από την καρδιά

-Παθήσεις από το ήπαρ

-Παθήσεις από τον μυελό των οστών και το γαστρεντερικό σύστημα.

(Γεωργίου Σ. και Μοναστιρλή Α. 1993)



Εικόνα 30 (Παπαδημητρίου Χ. 2006)

7.8 Εργαστηριακές Εξετάσεις

Γενική αίματος :Λευκοπενία, αυξημένη ΤΚΕ.

CD₄ + T- λεμφοκύτταρα: Συνήθως είναι μειωμένα κατά αρκετές εκατοντάδες (η φυσιολογική τιμή στους ενήλικες είναι περίπου 1000/μL), μερικές φορές πέφτουν έως 200 ανά μL, αλλά επιστρέφουν σε φυσιολογικά επίπεδα μέσα σε μερικές εβδομάδες. Μετά από μια λανθάνουσα περίοδο, τα επίπεδα των CD₄ κυττάρων μειώνονται και πάλι. Ο αριθμός των CD₄ χρησιμοποιείται για την παρακολούθηση του βαθμού της ανοσοανεπάρκειας και την ανταπόκριση της στην αντιρετροϊκή θεραπεία.

Ανίχνευση του HIV

Επίπεδα ιϊκού φορτίου: Αρχικά είναι συνήθως εξαιρετικά υψηλά. Στην συνέχεια, ελαττώνονται σε χαμηλά έως και μη ανιχνεύσιμα επίπεδα. Μετά από ένα χάσμα ετών, το ιϊκό φορτίο τελικά αυξάνεται, καθώς εκπίπτει η ανοσολογική άμυνα. Οι ασθενείς με χαμηλό ιϊκό φορτίο και σχετικά υψηλό αριθμό CD₄ συνήθως δεν λαμβάνουν υψηλής δραστηρότητας αντιρετροϊκή θεραπεία (ΥΔΑΘ). Το ιϊκό φορτίο χρησιμοποιείται για την παρακολούθηση της ανταπόκρισης στην ΥΔΑΘ.

Αντιγόνα του HIV: Το αντιγόνο p24 μπορεί να ανιχνευθεί στον όρο κατά τη διάρκεια του ΟΡΣ, πριν την ορομετατροπή ως προν τον HIV. Στην συνέχεια δεν

ανιχνεύεται λόγω της ανοσολογικής απάντησης. Επανεμφανίζεται καθώς καταρρέει το ανοσολογικό σύστημα.

Καλλιέργεια ιού: Απομόνωση του HIV από το αίμα ή από το εγκεφαλονωτιαίο υγρό κατά τη διάρκεια του ΟΡΣ. Ο ιός δεν ανιχνεύεται μετά την ανοσολογική απάντηση. Η ιαμμία επανεμφανίζεται καθώς καταρρέει το ανοσολογικό σύστημα.

Ορολογικός Έλεγχος

Οξύ ρετροϊκό σύνδρομο: Αναδεικνύεται η ορομετατροπή των αντHIV- 1 αντισωμάτων με τη μέθοδο ELISA, η οποία επιβεβαιώνεται με τη μέθοδο Western blot εντός 3 εβδομάδων από την εκδήλωση της νόσου. Η λοίμωξη από HIV-2 είναι σπάνια στις αναπτυγμένες χώρες.

Ασυμπτωματική HIV λοίμωξη: Τα αντισώματα έναντι του HIV ανιχνεύονται στο 95% (ή και περισσότερο) των ατόμων εντός 6 μηνών από την λοίμωξη. Παρά το ότι ένα αρνητικό τεστ αντισωμάτων συνήθως σημαίνει ότι το άτομο δεν έχει μολυνθεί, η εξέταση αυτή δεν μπορεί να αποκλείσει λοίμωξη, η οποία συνέβη σε χρονικό διάστημα μικρότερο των 6 μηνών πριν από την εξέταση.

Ιστοπαθολογία: Βιοψία βλάβης από το εξάνθημα της πρωτοπαθούς HIV λοίμωξης δείχνει αραιές διηθήσεις από λεμφοϊστοκύτταρα γύρω από τα αιμοφόρα αγγεία του ανώτερου πλέγματος του χορίου και μεταξύ των δεσμίδων του κολλαγόνου στο θηλώδες χόριο. (Κατούλης Α. 2003).

7.9. Διαφορική Διάγνωση

Πυρετός, εξάνθημα από λεμφαδενοπάθεια σε άτομα που κινδυνεύουν να παρουσιάσουν HIV λοίμωξη: Πρωτοπαθής λοίμωξη από τον ιό Epstein –Barr (λοιμώδης μονοκυρήνωση), πρωτοπαθής λοίμωξη από κυτταρομεγέλοιο (CMV), ερυθρά τοξοπλάσμωση, ηπατίτιδα, δευτερογενής σύφιλη, πρωτοπαθής λοίμωξη από τον ιό του απλού έρπητα.

Πυρετός, εξάνθημα και άσηπτη μηνιγγίτιδα σε άτομα που κινδυνεύουν να παρουσιάσουν HIV λοίμωξη. “Λεμφοκυτταρική (άσηπτη) μηνιγγίτιδα, διάσπαρτη γονοκοκκική λοίμωξη” (Σακοράφας Γ. 2001).

7.10 Θεραπεία

Δεν υπάρχει θεραπεία για το AIDS και μέχρι αυτή τη στιγμή δεν υπάρχει ούτε εμβόλιο που να αποτρέπει τη μόλυνση. Ωστόσο, υπάρχει ελπίδα για μερικούς πάσχοντες, όταν βρίσκονται στα στάδια του AIDS που δεν παρουσιάζει συμπτώματα. Αν ο ασθενής παίρνει μικρές δόσεις από το φάρμακο zidovudine (AZT), η εξέλιξη της νόσου μπορεί να επιβραδυνθεί τόσο, όσο συνεχίζεται η λήψη του φαρμάκου. Ο αριθμός των βοηθητικών κυττάρων Τ₄ αυξάνει, και το άτομο αποκτά μεγαλύτερη ικανότητα στην αντιμετώπιση των λοιμώξεων. Το zidovudine περιορίζει επίσης τη βαρύτητα της νόσου και παρατείνει την ζωή του πάσχοντα, όταν αυτός βρίσκεται στο στάδιο της πλήρους εκδήλωσης της νόσου. Η δοσολογία που απαιτείται για να βοηθήσει τον πάσχοντα που βρίσκεται στο στάδιο της πλήρους εξέλιξης προκαλεί μερικές παρενέργειες, όπως ναυτία, μυικοί πόνοι και πονοκέφαλοι, αλλά η ένταση αυτών των παρενεργειών μετριάζεται με κάποια άλλη θεραπεία.

7.11 Νοσηλευτική φροντίδα

7.11.1 Σκοποί Νοσηλευτικής Φροντίδας

1. Επίτευξη και διατήρηση ακεραιότητας δέρματος.
2. Αντιμετώπιση διάρροιας
3. Πρόληψη λοίμωξης.
- 4 Βελτίωση ανοχής δραστηριότητας.
5. Προαγωγή βελτίωσης διεργασίας σκέψης.
6. Βελτίωση θρεπτικής κατάστασης
7. Αποκατάσταση κα διατήρηση υδατοηλεκτρικής ισορροπίας.
8. Βελτίωση καθαρισμού αεραγωγού.
9. Αύξηση γνώσης που αφορά πρόληψη μετάδοσης της νόσου.
- 10 Μείωση αισθήματος κοινωνικής απομόνωσης. (Σαχίνη-Καρδάση Α και Πάνου Μ. 2004)

7.11.2 Νοσηλευτική Παρέμβαση

1. Για επίτευξη ακεραιότητας δέρματος και βλεννογόνων:
 - A. Τακτική δέρματος και στοματικού βλεννογόνου για αλλαγές σε όψη, για εντόπιση και μέγεθος αλλοιώσεων και για σημεία λοίμωξης.

Β. Βοήθεια ακίνητων αρρώστων να αλλάζουν θέση κάθε δυο ώρες. Χρήση αεροστρώματος για πρόληψη ρήξης του δέρματος. Τεντωμένα λευχειμάτα, αποφυγή σφικτών ρούχων.

Γ. Ενθάρρυνση αρρώστων να αποφεύγουν εκδορές, να χρησιμοποιούν μαλακά σαπούνια και να εφαρμόζουν σε ξηρές επιφάνειες δερματικά ενυδατικά χωρίς άρωμα και να φροντίζουν τακτικά το στόμα τους.

Δ. Εφαρμογή σε αλλοιωμένες δερματικές επιφάνειες φαρμακευτικών λοσιόν, αλοιφών και επιδέσεων, σύμφωνα με ιατρική οδηγία.

Ε. Χορήγηση αντικνησμικών, αντιβιοτικών και αναλγητικών, σύμφωνα με ιατρική οδηγία.

Στ. Διατήρηση περιπρωκτικής περιοχής όσο το δυνατό καθαρότερης. Καθαρισμός της μετά από κάθε κένωση με μαλακό σαπούνι και νερό. Χρήση μαλακών εσωρούχων.

Ζ. Σε υποψία λοίμωξης καλλιέργεια υγρού αλλοίωσης.

2. Για αντιμετώπιση διάρροιας:

Α. Περιορισμός στοματικής πρόσληψης, αν ενδείκνυται και προτείνεται από το γιατρό, για ανάπαυση του εντέρου σε περιόδους οξείας φλεγμονής που συνδέεται με βαριές εντερικές λοιμώξεις.

Β. Με την περίοδο της διαιτητικής πρόσληψης, αποφυγή ερεθιστικών τροφών και λήψη μικρών και συχνών γευμάτων.

Γ. Χορήγηση, με βάση ιατρική οδηγία, αντιχολινεργικών, αντισπασμωδικών ή οπιούχων. Επίσης, αντιβιοτικών και αντιμυκητιακών μέσων για καταπολέμηση παθογόνων που αναγνωρίστηκαν από καλλιέργειες κοπράνων.

Δ. Αποθάρρυνση καπνίσματος γιατί η νικοτίνη ενεργεί ως διεγερτικό του εντέρου.

Ε. Πρόληψη 2500ml υγρών, εκτός αν αντενδείκνυται.

3. Πρόληψη λοίμωξης:

Α. Παρακολούθηση αρρώστου για σημεία και συμπτώματα λοίμωξης: πυρετό, ρίγη και εφίδρωση, βήχα, βράχυνση αναπνοής στοματικό πόνο ή επώδυνη κατάποση, αφρογαλακτώδεις λευκές πλάκες στη στοματική κοιλότητα, συχνουρία, δυσουρία, ερυθρότητα, οίδημα ή παροχέτευση από δερματικό τραύμα, φυσαλιδώδεις αλλοιώσεις στο πρόσωπο, χείλη ή περιπρωκτική περιοχή.

Β. Διδασκαλία αρρώστου και παρέχοντα φροντίδα, για ανάγκη αναφοράς και συμπτωμάτων λοίμωξης.

Γ. Παρακολούθηση λευκών και τύπου.

Δ. Καλλιέργειες υγρού παροχέτευσης τραυμάτων, αλλοιώσεων δέρματος, ούρων κοπράνων, πτυέλων και αίματος και εφαρμογή αντιμικροβιακής θεραπείας σύμφωνα με ιατρική οδηγία.

Ε. Διδασκαλία αρρώστου για τρόπους πρόληψης λοίμωξης:

- Καθαρισμός κουζίνας και μπάνιου με απολυμαντικά.
- Τέλειος καθαρισμός χεριών μετά από έκθεση σε σωματικά υγρά.
- Αποφυγή έκθεσης σε σωματικά υγρά άλλων ή χρήση κοινών σκευών φαγητού.

• Γύρισμα, βήξιμο και βαθιές αναπνοές, ειδικά όταν μειώνεται η δραστηριότητα.

- Διατήρηση καθαρής της περιπρωκτικής περιοχής.

Στ. Άσηπτη τεχνική στις αιματηρές διαδικασίες και στον καθετηριασμό κύστης.

4. Βελτίωση ανοχής δραστηριότητας:

A. Εκτίμηση ανοχής δραστηριότητας του αρρώστου με παρακολούθηση της ικανότητας του να σηκώνεται από το κρεβάτι και να εκτελεί καθημερινές δραστηριότητες.

B. Βοήθεια στο σχεδιασμό καθημερινής ρουτίνας που διατηρεί ισορροπία ανάμεσα σε δραστηριότητα και ανάπαυση.

Γ. Διδασκαλία τεχνικών συντήρησης ενέργειας, όπως χρήση καθιστής θέσης κατά το πλύσιμο ή μαγείρεμα, διατήρηση σε κοντινή θέση αντικειμένων που χρησιμοποιούνται συχνά.

Δ. Χρήση μέσων, όπως χαλάρωση για μείωση άγχους που συνεισφέρουν στην αντιμετώπιση αίσθησης αδυναμίας και κόπωσης.

5. Για προαγωγή διεργασιών σκέψης:

A. Εκτίμηση αρρώστου για διαταραχή διεργασιών σκέψης, όπως μειωμένη προσοχή διαταραγμένη μνήμη, σύγχυση, αποπροσανατολισμός διέγερση και μειωμένο επίπεδο συνείδησης.

B. Επαναπροσανατολισμός του άρρωστου σε πρόσωπα, τόπο και χρόνο, ανάλογα με την κατάσταση. Έχετε ημερολόγιο και ρολόι σε σημείο που μπορεί να τα βλέπει ο άρρωστος. Αφήνετε χαμηλό φως τη νύχτα.

Γ. Ενθάρρυνση οικογένειας και φίλων και επισκέπτονται τον άρρωστο για να του δημιουργούν οικείο και λιγότερο απειλητικό περιβάλλον.

Δ. Αργή επανάληψη των οδηγιών χρησιμοποιώντας απλή και καθαρή γλώσσα.

Ε. Λήψη μέτρων για προστασία του αρρώστου από βλάβη.

6. Για βελτίωση θρεπτικής κατάστασης:

Α. Εκτίμηση αρρώστου για σημεία πημμελούς θρέψης μέσω των ακόλουθων : ύψους,, βάρους, ηλικίας επιπέδων πρωτεΐνης ορού και τρανσφερίνης, αιμοσφαιρίνης, αιματοκρίτη, απώλειας δερματικής αντιδραστικότητας και ανθρωπομετρικών μετρήσεων.

Β. Λήψη διαιτητικού ιστορικού, συμπεριλαμβανομένων συμπαθειών και αντιπαθειών και ανοχής τροφών.

Γ. Εκτίμηση παραγόντων που παρεμποδίζουν στοματική πρόσληψη.

Δ. Συνεργασία με διαιτολόγο, για να προσδιοριστούν οι θρεπτικές ανάγκες του αρρώστου.

Ε. Μείωση παραγόντων που περιορίζουν στοματική πρόσληψη.

- Ενθάρρυνση αρρώστου να ξεκουράζεται πριν από τα γεύματα.
- Σχεδιασμός γευμάτων, ώστε να μη λαμβάνονται αμέσως μετά από οδυνηρές ή δυσάρεστες διαδικασίες.
- Ενθάρρυνση αρρώστου να παίρνει γεύματα με επισκέπτες ή άλλους στο σπίτι, αν είναι δυνατό.
- Ενθάρρυνση αρρώστου να παρασκευάζει απλά γεύματα ή να έχει βοήθεια στην προπαρασκευή του, αν είναι δυνατό.
- Συνολικά 6 μικρά γεύματα την ημέρα.
- Περιορισμός υγρών μία ώρα πριν από το γεύμα και κατά τη διάρκειά του.

Στ. Διδασκαλία αρρώστου για τρόπο συμπλήρωσης θρεπτικής αξίας τριών γευμάτων :να καταναλώνει τροφές πλούσιες σε πρωτεΐνη (κρέας, ψάρι, όσπρια, προϊόντα γάλακτος) και υδατάνθρακες (αμυλώδη, φρούτα, γλυκά).

Ζ. Χρήση τεχνητής διατροφής ή παρεντερικής θρέψης, με ιατρική οδηγία.

Η. Συνεργασία με κοινωνικό λειτουργό, για να βρεθούν μέσα για παροχή οικονομικής βοήθειας, αν ο άρρωστος δεν έχει την οικονομική δυνατότητα να αγοράσει τρόφιμα.

7. Για αποκατάσταση και διατήρηση υδατοηλεκτρολυτικής ισορροπίας.

Α .Παρακολούθηση, σε συνεχή βάση, ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών: ελαστικότητα δέρματος, καθημερινή μέτρηση παραλαμβανόμενων-αποβαλλόμενων

υγρών και ειδικού βάρους ούρων, συχνή μέτρηση συστολικής αρτηριακής πίεσης και σφυγμού σε σχέση με τη θέση του αρρώστου και συχνός προσδιορισμός ηλεκτρολυτών ορού Hb και Ht.

Β. Παρακολούθηση για σημεία και συμπτώματα διαταραχής ηλεκτρολυτών, όπως μυϊκές κράμπες, αδυναμία, άρρυθμος σφυγμός, μειωμένη διανοητική κατάσταση, ναυτία και έμετοι, που αναγράφονται και αναφέρονται στο γιατρό.

Γ. Βοήθεια άρρωστου στην επιλογή τροφών που θα αναπληρώσουν απώλειες ηλεκτρολυτών.

Δ. Καθημερινή πρόσληψη 2500mL υγρών, εκτός αν αντενδείκνυται.

Ε. Αν οι διαταραχές επιμένουν, ενδοφλέβια χορήγηση υγρών και ηλεκτρολυτών, σύμφωνα με ιατρική οδηγία.

8. Για βελτίωση καθαρισμού αεραγωγού:

Α. Εκτίμηση και αναφορά σημείων και συμπτωμάτων αλλαγής της αναπνευστικής κατάστασης: ταχύπνοια, χρήση επικουρικών μυών, βήχας, χρώμα και ποσότητα πτυέλων, παθολογικοί αναπνευστικοί ήχοι, κυάνωση, ανησυχία, σύγχυση ή υπνηλία.

Β. Λήψη δείγματος πτυέλων για καλλιέργεια με ιατρική οδηγία. Χορήγηση αντιμικροβιακών μέσων, με βάση ιατρική οδηγία.

Γ. Παροχή πνευμονικής φροντίδας (βήχας, βαθιές αναπνοές, θεσική παροχέτευση και δονήσεις) κάθε 2-4 ώρες.

Δ. Διατήρηση θέσης ημί-ή ψηλής Fowler.

Ε. Ενθάρρυνση επαρκούς ανάπαυσης

Στ. Έναρξη μέτρων για μείωση της γλοιότητας των εκκρίσεων:

- Διατήρηση πρόσληψης υγρών στα 2500mL τουλάχιστον
- Εφύγρανση εισπνεόμενου αέρα.
- Χρήση βλεννολυτικών μέσων νεφελοποιητών ή IPPB, με ιατρική οδηγία.

Ζ. Τραχειακή αναρρόφηση, αν χρειάζεται.

Η. Χορήγηση οξυγόνου, με ιατρική οδηγία.

Θ. Βοήθεια στην ενδοτρειαχή διασωλήνωση για μηχανισμό αερισμό.

9. Για αύξηση γνώσης που αφορά πρόληψη μετάδοσης της νόσου:

Α. Διδασκαλία αρρώστου, οικογένειας και φίλων για τις οδούς μετάδοσης του HIV.

Β. Διδασκαλία αρρώστου, οικογένειας και φίλων για τα μέσα πρόληψης μετάδοσης του HIV.

- Αποφυγή σεξουαλικής επαφής με πολλαπλούς συντρόφους.
- Χρησιμοποίηση προφυλάξεων όταν δεν είναι απολύτως βέβαιο ότι ο ερωτικός σύντροφος δεν έχει εκτεθεί στον HIV μέσω χρήσης ενδοφλεβίου φαρμάκου, σεξουαλικής επαφής ή αίματος κα προϊόντων αίματος.
- Χρήση προφυλακτικών κατά τη συνουσία.
- Αποφυγή στοματικής επαφής με πέος κόλπο ή απευθυσμένο
- Αποφυγή σεξουαλικών πρακτικών που μπορούν να προκαλέσουν κοψίματα ή ρήξεις στο βλεννογόνο του ορθού, του κόλπου και του πέους.
- Αποφυγή σεξουαλικών πρακτικών που μπορούν να προκαλέσουν κοψίματα ή ρήξεις στο βλεννογόνο του ορθού, του κόλπο και του πέους.
- Αποφυγή χρήσης ενδοφλέβιων φαρμάκων. Αν ο άρρωστος είναι τοξικομανής και ανίκανος ή απρόθυμος να αλλάξει συμπεριφορά, χρήση καθαρών βελονών και συριγγών.
- Γυναίκες που εκτέθηκαν σε AIDS μέσω σεξουαλικών πρακτικών ή ενδοφλέβιων φαρμάκων, πρέπει να συμβουλευούνται το γιατρό πριν από εγκυμοσύνη.

10. Για μείωση αισθήματος κοινωνικής απομόνωσης:

Α. Εκτίμηση των συνήθων προτύπων κοινωνικής αλληλεπίδρασης του αρρώστου.

Β. Παρακολούθηση για συμπεριφορές ενδεικτικές κοινωνικής απομόνωσης, όπως μειωμένες αλληλεπιδράσεις με προσωπικό ή οικογένεια κα φίλους, εχθρότητας, μη συμμόρφωση, κακή διάθεση κα έκφραση με λόγια αισθημάτων απόρριψης ή απομόνωσης.

Γ. Ακριβής πληροφόρηση για τρόπους μετάδοσης του HIV, για διόρθωση παρεξηγήσεων και απαλλαγή από άγχος.

Δ. Βοήθεια αρρώστου να αναγνωρίσει και να διερευνήσει πόρους (οικογένεια, φίλοι) που θα τον υποστηρίξουν και θα τον βοηθήσουν θετικά να αντιμετωπίσει την κατάστασή του.

Ε. Αφιέρωση χρόνου από το νοσηλευτή, εκτός εκείνου για τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις για παραμονή με τον άρρωστο, ώστε να έχει ευκαιρία για κοινωνική κατάστασή του.

Στ. Ενθάρρυνση αρρώστου να συμμετέχει σε ποικίλες δραστηριότητες όπως μελέτη, παρακολούθηση TV ή χειροτεχνία.

7.12 Ψυχολογικές και Ψυχιατρικές Διαταραχές

Η γνώση ότι κάποιος έχει μολυνθεί από τον ίο HIV, ότι είναι δηλαδή φορέας του ίου (HIV POSITIVE), προκαλεί τεραστία ψυχολογική αναστάτωση. Αυτή η κατάσταση επιδεινώνεται από τη γνώση, ότι οι περισσότεροι φορείς του ίου θα αναπτύξουν αργότερα τα προχωρημένα στάδια του AIDS, για τα οποία δεν υπάρχει θεραπεία, έτσι που μέσα σε 10 με 15 χρόνια τους περιμένει ο θάνατος. Η αποδοκιμαστική συμπεριφορά της κοινωνίας απέναντι στα άτομα φορείς και η μεροληψία εναντία σε εκείνους που τολμούν να το φανερώσουν, επιτείνει αυτή τη συναισθηματική διαταραχή. Η μεγαλύτερη ψυχολογική αναστάτωση προέρχεται από τη γνώση του ότι θα μολυνθεί πιθανότατα και ο ερωτικός σύντροφος, άντρας η γυναικά.

Οι άνθρωποι που έχουν μολυνθεί από τον ίο HIV χρειάζονται συμβουλευτική υποστήριξη, καθώς και τη δυνατότητα να συζητούν με μη εμπαθή και κριτικά άτομα, όταν τα προβλήματα τους οξύνονται. Έπειτα από έρευνα υπάρχουν αποδείξεις, πως η γνώση του ότι κάποιος είναι φορέας του ιού είναι το ίδιο καταστροφική για το συναισθηματικό του κόσμο, όσο και η γνώση του ότι κάποιος πάσχει από AIDS (Αυγουστής Ν. 2002)

Προοδευτικά, όμως, έγινε αντιληπτό ότι, εκτός από τις ψυχολογικές /ψυχιατρικές επιπτώσεις της νόσου, υπάρχουν και ψυχιατρικές εκδηλώσεις, σοβαρότατες, που οφείλονται στην πρωτοπαθή μόλυνση του ΚΝΣ από τον HIV (που μερικές φορές μπορεί και να προηγηθούν των σωματικών εκδηλώσεων της νόσου). Σήμερα, γνωρίζουμε ότι καθώς προχωρεί η νόσος μέχρι και 60% των ασθενών μπορεί να παρουσιάσουν κάποιο νευροψυχιατρικό σύνδρομο. Έτσι, θα μπορούσαμε να πούμε ότι σε άτομα με AIDS (ή ARC) έχουμε «πρωτοπαθείς» και «δευτεροπαθείς» ψυχικές διαταραχές. Στις πρώτες ανήκει κυρίως η άνοια από AIDS, αλλά επίσης μπορεί να παρατηρηθεί κατάθλιψη ή και ευφορία (μανιακό σύνδρομο), ψύχωση, παραλήρημα ή και μεταβολή της προσωπικότητας. Στις δεύτερες ανήκουν η κατάθλιψη ως αντίδραση στη νόσο, διαταραχές της προσαρμογής σ' αυτήν, γενικευμένο άγχος, προσβολές πανικού, αυτοκτονικός ιδεασμός.

Ο κίνδυνος άνοιας και ψύχωσης απαιτεί συχνή εκτίμηση της κατάστασής των γνωστικών και γενικότερα των ψυχικών λειτουργιών του ασθενή με AIDS. Επίσης

συχνή παρακολούθηση χρειάζεται ο βαθμός κατάθλιψης και ο κίνδυνος αυτοκτονίας των ασθενών αυτών.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση είναι ψυχοθεραπευτική και φαρμακευτική.

Η υποστηρικτική κατά βάση ψυχοθεραπεία θα απευθυνθεί στα πανίσχυρα συναισθήματα που προκαλεί η ερημωτική αυτή αρρώστια, όπως φόβος (θανάτου, εγκατάλειψης), θυμός, ενοχή, άρνηση, απελπισία και θα προσπαθήσει να στηρίξει τον ασθενή στην προσαρμογή και την αντιμετώπιση της νόσου του διαπροσωπικά – εργασιακά- κοινωνικά. Ένα μέρος της ψυχοθεραπείας θα είναι και εκπαιδευτικό για τη φύση της νόσου, τους τρόπους προφύλαξης των άλλων (σεξ, χρήση συριγγών και βελονών) κτλ.

Φαρμακευτικά, μπορεί να χρησιμοποιηθούν αντικαταθλιπτικά για να αντιμετωπισθεί μια σοβαρή κατάθλιψη ή και καταστάσεις πανικού που μπορεί να εμφανίζουν οι ασθενείς αυτοί. Σε περιπτώσεις εμφάνισης ψυχωτικών συμπτωμάτων θα χορηγηθούν αντιψυχωτικά. Σε περιπτώσεις καταθλιπτικών ή μανιακών ασθενών που δεν απαντούν στη φαρμακευτική αγωγή μπορεί να χρειαστεί ηλεκτροσπασμοθεραπεία. Αγχολυτικά θα χορηγηθούν σε καταστάσεις έντονου και συνεχούς άγχους.

Μεγάλη σημασία για την υποστήριξη των ασθενών με AIDS έχουν και ομάδες στήριξης (αποτελούμενες από ασθενείς με AIDS), όπως και η παροχή κάθε κοινωνικής και οικονομικής βοήθειας από τις κρατικές υπηρεσίες.

Βοήθεια, βέβαια, χρειάζονται και οι άνθρωποι που φροντίζουν τους ασθενείς με AIDS. Γιατροί, νοσηλευτικό προσωπικό, κοινωνικοί λειτουργοί κ.α πρέπει να αντιμετωπίσουν τις προκαταλήψεις τους (σε αντίθεση με τον ασθενή με καρκίνο που έχει την αμέριστη συμπάθεια, ο ασθενής με AIDS θεωρείται συχνά από υπεύθυνος έως απρόβλεπτος λόγω της << απροσεξίας>> του, του στυλ της ζωής του, του ομοφυλικού του προσανατολισμού, της χρήσης των ουσιών που κάνει κ.ο.κ). Επίσης χρειάζονται και αυτοί εκπαίδευση για τον τρόπο μετάδοσης της νόσου, ώστε να μην πανικοβάλλονται και στερούν τους ασθενείς από την τόσο απαραίτητη γι' αυτούς φροντίδα. Ακόμη, χρειάζονται στήριξη για ν' αντιμετωπίσουν τα συναισθήματα που τους δημιουργεί ο θάνατος και περισσότερο ο τρόπος της πορείας προς το θάνατο των συνήθως νέων αυτών ατόμων.

Έτσι, όπως και στο προσωπικό που ασχολείται με ασθενείς με τελικό καρκίνο, και στο προσωπικό αυτό μπορεί να βοηθήσουν εκπαιδευτικές δραστηριότητες, συζητήσεις μεταξύ τους σαν μάδα (όπου μπορούν να εκτονωθούν

τα συναισθήματα και η απογοήτευση) και συμβουλευτικές επαφές με ειδικούς ιδιαίτερα αν γίνονται στα πλαίσια εγκατεστημένης συμβουλευτικής – διασυνδετικής ψυχιατρικής υπηρεσίας στο νοσοκομείο (Μάνος Ν. 1997)

7.13 Ενημέρωση και Παροχή Συμβούλων στους Ασθενείς με Νόσο HIV

Είναι σημαντικό για τη ψυχολογική υποστήριξη των ασθενών, να μπορέσουν να μιλήσουν με τον γιατρό τους ανοιχτά και με ειλικρίνεια για της κατάστασή τους και, όποτε κρίνεται χρήσιμο, για τις ενοχές τους καθώς και για το γεγονός ότι μπορεί να πεθάνουν. Το μεγαλύτερο παράπονο των ασθενών είναι ότι δεν ενημερώνονται αρκετά για την ασθένεια τους –στην πραγματικότητα, το πρόβλημα αυτό μπορεί να προκύψει ακόμα και σε περιπτώσεις που ο ασθενής γνωρίζει περισσότερα σχετικά με το πώς μπορούν να βοηθήσουν τον εαυτό τους, πως μπορούν να αποφύγουν τη μετάδοση της νόσου σε άλλους και ποιες είναι οι δυνατότητες θεραπείας. Θα πρέπει να τους παρέχεται πάντοτε αρκετός χρόνος, ώστε να έχουν τη δυνατότητα να συγκρατήσουν όλα τους προβλήματα. Ένα κατατοπιστικό φυλλάδιο αποτελεί πολύ χρήσιμο βοήθημα, καθώς δίνει τη δυνατότητα στον ασθενή να ξαναδιαβάσει τα στοιχεία που τον αφορούν έξω από το γραφείο του ιατρού, όπου συνήθως πολλά από όσα λέγονται λησμονούνται γρήγορα εξαιτίας του στρες.

Η σωστή πληροφόρηση είναι ιδιαίτερα σημαντική όταν πρόκειται να γίνει εξέταση για αντισώματα HIV. Αν υποβληθεί στην εξέταση αυτή κάποιο σχετικά υγιές άτομο, είναι ζωτικής σημασίας να γίνει απόλυτα κατανοητό ότι η εξέταση υποδηλώνει την πιθανή παρουσία του ιού του AIDS και ότι, τυχόν θετικό αποτέλεσμα, δεν στοιχειοθετεί αυτόματα και τη ύπαρξη συνδρόμου AIDS (εκτός από πολύ ειδικές περιπτώσεις, η εξέταση δεν θα πρέπει να γίνεται χωρίς να το γνωρίζει και να το αποδέχεται ο ασθενής, και τα αποτελέσματα θα πρέπει πάντα να χρησιμοποιούνται με απόλυτη εχεμύθεια. Κατά την ανακοίνωση θετικού αποτελέσματος, θα πρέπει επίσης να παρέχεται και σημαντική ψυχολογική υποστήριξη στον ασθενή καθώς και λεπτομερής ενημέρωση. Ο παράγοντας του άγχους είναι τόσο σημαντικός, ώστε ο κλινικός γιατρός είναι συχνά υποχρεωμένος να χορήγηση φαρμακευτική αγωγή για τα συμπτώματα των συνδρομών υπεράπνοιας και ευερέθιστου κόλου. Η καλύτερη θεραπεία για τις καταστάσεις αυτές εξακολουθεί να είναι η κατανόηση, η συμπόνια και η υπόσχεση για κάθε δυνατή βοήθεια και συμπαράσταση (Farthing C. και συν 1988).

7.14 Υγειονομική Εκπαίδευση και Πρόληψη της Μετάδοσης του HIV

Η υγειονομική εκπαίδευση αναφορικά την πρόληψη και τον έλεγχο του AIDS πρέπει πάντοτε να έχει ως στόχο τη μεταβολή της επικίνδυνης συμπεριφοράς, την ελάττωση του κινδύνου έκθεσης και μετάδοσης ,τη μείωση του ψυχοκοινωνικού άγχους και την υποστήριξη των ατόμων, ώστε να αναπτύξουν τις ικανότητες τους για να αντιμετωπίσουν την κατάσταση. Για να γίνει αυτό εφικτό, πρέπει να εκπαιδευτούν τα άτομα που έχουν προσβληθεί άμεσα από τη νόσο καθώς επίσης και τα άτομα εκείνα που έρχονται σε συστηματική και συχνή επαφή (ιδιαίτερα σεξουαλική) μαζί τους. Για παράδειγμα, η οικογένεια, οι φίλοι, και οι εργοδότες χρειάζονται τόση εκπαίδευση, όση και αυτοί που έχουν προσβληθεί, αν και η συζήτηση σχετικά με τον ασθενή πρέπει να σέβεται κάθε του επιθυμία αναφορικά με την εμπιστευτικότητα.

Προκειμένου να επιτυγχάνεται η μέγιστη αποτελεσματικότητα, τα εκπαιδευτικά προγράμματα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τα χαρακτηριστικά των διαφόρων ομάδων, τις γνώσεις τους και τη στάση τους, τη δυνατότητα τους να καταλαβαίνουν τεχνικές πληροφορίες, τον τρόπο με τον οποίο οι πληροφορίες θα φτάσουν καλύτερα σ' αυτούς, και τους τύπους επικοινωνίας που τους ταιριάζουν περισσότερο. Οι πληροφορίες πρέπει να είναι πραγματικές, αλλά συγχρόνως να είναι και προσαρμοσμένες στο κοινωνικοπολιτιστικό επίπεδο των ατόμων. Έτσι, για παράδειγμα, οι χρήστες ναρκωτικών χρειάζονται διαφορετική διαφώτιση από αυτή που απευθύνεται σε έγκυες γυναίκες, και αυτούς με τη σειρά τους χρειάζονται διαφορετική από αυτή που ταιριάζει σε ομοφυλόφιλους. Οι αποφάσεις αναφορικά με τον τρόπο, με τον οποίο οι εκπαιδευτικές πληροφορίες θα φτάσουν στον πληθυσμό-στόχο, τα κανάλια, μέσω των οποίων θα διοχετεύονται, και τα άτομα, που θα μεταφέρουν τα μηνύματα, πρέπει ,επίσης, να λαμβάνονται σε σχέση με αυτό τον ίδιο τον πληθυσμό, τα χαρακτηριστικά του και την κοινωνική του κατάσταση (Μερτζάνος Ε.1998)

Υπάρχει όμως και μια ειδική ομάδα ανθρώπων που χρειάζεται ξεχωριστή αντιμετώπιση. Αυτοί είναι το υγειονομικό προσωπικό που φροντίζει τα θύματα του AIDS. Παρά το γεγονός ότι αυτοί οι άνθρωποι διατρέχουν έναν ελαφρώς αυξημένο κίνδυνο να μολυνθούν από τον ιό, ο κίνδυνος αυτός μπορεί να ελαχιστοποιηθεί αν τηρηθούν οι παρακάτω οδηγίες:

- Να προσέχουν να μην τραυματίζονται από αιχμηρά αντικείμενα που θα μπορούσαν να φέρουν μολυσμένο υλικό, καθώς επίσης να μην αφήνουν ανοιχτές

πληγές που θα μπορούσαν να έλθουν σε επαφή με υλικά που προέρχονται από ασθενείς του AIDS

- Αν ένας υγειονομικός υπάλληλος τρυπηθεί από βελόνα (σύριγγας), να πείσει τον ασθενή να υποβληθεί σε εξετάσεις για τον ιό HIV, για να διαπιστωθεί αν είναι φορέας ή όχι.

- Να φορούν γάντια όταν έρχονται σε επαφή με δείγματα αίματος, παράγωγα αίματος, άλλα σωματικά υγρά, εκκρίματα η απεκκρίσεις, καθώς επίσης και όταν αγγίζουν επιφάνειες ,υλικά η αντικείμενα που είναι εκτεθειμένα σε τέτοιου είδους υγρά.

- Να φορούν ειδικές ποδιές, όταν υπάρχει η πιθανότητα να λερώσουν τα ρούχα τους με σωματικά υγρά, αίμα, εκκρίσεις ή απεκκρίματα.

- Να πλένουν τα χέρια τους όταν βγάζουν τις ποδιές ή τα γάντια ή όταν αφήνουν ένα χώρο που υπάρχουν ή υποπτεύονται πως υπάρχουν ασθενείς του AIDS επίσης να πλένουν αμέσως τα χέρια τους αν έλθουν σε επαφή με αίμα.

- Πρέπει να αποφεύγουν να έρχονται σε επαφή με αίμα ή άλλου είδους δείγματα που φέρουν την προειδοποίηση «ΠΡΟΦΥΛΑΞΗ ΑΠΟ AIDS»

- Να τοποθετούν τα αντικείμενα που έχουν έλθει σε επαφή με αίμα ενός ασθενή του AIDS μέσα σε ειδικούς σάκους, επάνω στους οποίους να τοποθετείται εμφανώς η ένδειξη «ΠΡΟΦΥΛΑΞΗ ΑΠΟ AIDS», πριν αυτά αποσταλούν για εξέταση ή άλλη επεξεργασία.

- Να μην πετούν τις βελόνες μετά τη χρήση, αλλά να τις βάζουν με προσοχή μέσα σε ένα δοχείο με μη διαπερατά τοιχώματα. Να μην ξαναβάζουν στις χρησιμοποιημένες σύριγγες την προστατευτική τους θήκη, πριν πετάξουν τη βελόνα, γιατί αυτός είναι ένας από τους συνηθέστερους τρόπους να τρυπηθεί κανείς.

- Να χρησιμοποιούνται σύριγγες και βελόνες μιας χρήσεως.

- Να ζητούν ιδιαίτερο δωμάτιο για τους ασθενείς του AIDS, ώστε να τηρούνται οι κανόνες υγιεινής (Παπαευαγγέλου - Κορκοτζέλου Ε.1991)

- Κατά τη διάρκεια κάθε χειρουργικής επεμβάσεως, εκτός από τα γνωστά προληπτικά μέτρα- γάντια , μάσκα και σκουφιά, θα ρέπει να προστατεύονται και τα μάτια(**Farthing C.και συν 1988**)

7.15 Σχέση της HIV Λοίμωξης με τα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα

Η HIV λοίμωξη είναι εξ' ορισμού σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, αποτελώντας την κυρίαρχη σεξουαλικά μεταδιδόμενη λοίμωξη του εικοστού, και πιθανώς και του εικοστού πρώτου αιώνα. Ο HIV, ως παθογόνος μικροοργανισμός, μοιράζεται τις ίδιες οδούς και τρόπους μετάδοσης με τα άλλα υπεύθυνα για σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα παθογόνα. Τα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά της λοίμωξης από αυτόν είναι σε πολλά σημεία κοινά με αυτά των υπολοίπων σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων.

Έχει διαπιστωθεί και τεκμηριωθεί αιτιολογική συσχέτιση μεταξύ της HIV και των άλλων σεξουαλικά μεταδιδόμενων λοιμώξεων. Η παρουσία ενός σεξουαλικά μεταδιδόμενου νοσήματος διευκολύνει την HIV μόλυνση του πάσχοντα από αυτό. Τα ελκωτικά σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα παρέχουν στον HIV πύλη εισόδου, αυξάνοντας σημαντικά τις πιθανότητες μόλυνσης. Η παρουσία ενός φλεγμονώδους σεξουαλικά μεταδιδόμενου νοσήματος αυξάνει την προσφορά φλεγμονωδών κυττάρων ιδιαίτερα ευαίσθητων στην προσβολή από τον HIV.

Η πιθανότητα μετάδοσης αυξάνεται επίσης όταν ο HIV –ασθενής πάσχει από ένα άλλο σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα, εξ' αιτίας αυξημένης αποβολής του ιού από το γεννητικό σύστημα, αυξημένου αριθμού μολυσμένων κυττάρων φλεγμονής και αυξημένης παραγωγής κυτταροκινών φλεγμονής, που ανεβάζουν τα επίπεδα του ιικού φορτίου του HIV και επάγουν την μόλυνση νέων κυττάρων από αυτόν.

Επιδημιολογικές μελέτες είχαν καταδείξει ότι η παρουσία ενός μη ελκωτικού ΣΜΝ αυξάνει τον κίνδυνο μόλυνσης από τον HIV κατά τουλάχιστον 2 φορές, ενώ ενός ελκωτικού κατά 3 έως 4 φορές. σε κλινικές μελέτες διαπιστώθηκε ότι η επιτυχής θεραπεία των ΣΜΝ μειώνει την επίπτωση της HIV λοίμωξης. Ανάλογες αποδείξεις στηρίζονται σε εργαστηριακές έρευνες. Με τα δεδομένα αυτά η πρόληψη των ΣΜΝ και της HIV λοίμωξης αποτελεί υποχρεωτικά κοινό στόχο και προϋποθέτει κοινές μεθοδολογικές προσεγγίσεις (Παπαρίζος Α. και Κυριαζής Κ.2003)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΑΠΟ ΤΑ Σ.Μ.Ν

8.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ανάγκη για ανακάλυψη, ανάπτυξη και καθιέρωση μέσω και μεθόδων προφύλαξης, έχουν κινητοποιήσει εντατικές προσπάθειες για ανάπτυξη της βιοιατρικής τεχνολογίας της πρόληψης ή για τελειοποίηση των ήδη υπαρχόντων μέσων. Γενικώς, η τεχνολογία της προφύλαξης από ΣΜΝ και HIV βασίζεται στη χρήση μεθόδων φραγμού. Στον όρο αυτόν περιλαμβάνονται φυσικοί και χημικοί φραγμοί. Στους φυσικούς φραγμούς υπάγονται το ανδρικό και γυναικείο προφυλακτικό, το διάφραγμα, ο σπώγγος και τα καλύμματα του τραχήλου της μήτρας. Στους χημικούς φραγμούς κατατάσσονται σπερματοκτόνα, απολυμαντικά-αντισηπτικά, αντιμικροβιακά και αντιϊκά σκευάσματα .

Η αποδοχή και σταθερή χρήση των μεθόδων αυτών συναρτάτε από πολλαπλούς παράγοντες, που σχετίζονται είτε με το χρησιμοποιούμενο μέσον, είτε με τους χρήστες .Οι σχετιζόμενοι με το μέσο πρόληψης παράγοντες περιλαμβάνουν την ευχέρεια της προμήθειας του, την ευκολία της χρήσης του, την ασφάλεια, την αποτελεσματικότητα, το κόστος του και τα ιδιαίτερα άλλα χαρακτηριστικά του. Οι παράγοντες που σχετίζονται με τους χρήστες, ατομικοί και κοινωνικοί, αφορούν σε ηλικία ,επίπεδο εκπαίδευσης, θρησκευτικές αντιλήψεις, ικανότητα αναγνώρισης και εκτίμησης του κινδύνου και των συνεπειών των Σ.Μ.Ν, σεξουαλικές συνήθειες, προκαταλήψεις και συμπεριφορές το γενικότερο πολιτιστικό επίπεδο και τον επιπολασμό των Σ.Μ.Ν στην εκάστοτε συγκεκριμένη κοινότητα ή δίκτυο.

Έτσι, παρά την υψηλή αποτελεσματικότητα κάποιου μέσου, όπως του ανδρικού προφυλακτικού , η χρήση του παραμένει περιορισμένη σε αναπτυγμένες χώρες και υποτυπώδης έως ανύπαρκτη σε αναπτυσσόμενες , οι οποίες εξάλλου υποφέρουν περισσότερο τόσο από την επιδημία του AIDS, όσο και από πολλά άλλα Σ.Μ.Ν. Άλλα μέσα, όπως τα σπερματοκτόνα, παρά την περιορισμένη αποτελεσματικότητά τους, χρησιμοποιούνται ευρέως από ομάδες πληθυσμών όπως αυτές των ομοφυλόφιλων ανδρών στις ΗΠΑ (Ζωγραφάκης Γ.2000)

8.2 Στρατηγική ελέγχου των Σ.Μ.Ν και υπηρεσίες υγείας

Η πρόληψη είναι η αποτελεσματικότερη στρατηγική για τον περιορισμό της διασποράς των λοιμωδών νοσημάτων. Η πρόληψη μέσω αποφυγής της έκθεσης στα υπεύθυνα παθογόνα είναι η καλύτερη στρατηγική για τον περιορισμό των Σ.Μ.Ν . Συμπεριφορά που μειώνει ή εξαλείφει τον κίνδυνο ενός Σ.Μ.Ν, συνήθως μειώνει τον κίνδυνο όλων των Σ.Μ.Ν . Η πρόληψη ενός κρούσματος προλαμβάνει επακόλουθα κρούσματα και πιθανή περαιτέρω διασπορά. Η προϋπόθεση της μεταβολής συμπεριφοράς, αντιλήψεων , συνηθειών και πρακτικών, καθιστά την προσπάθεια πρόληψης των Σ.Μ.Ν δυσχερή και πολυσύνθετη. Στην προσπάθεια αυτή εμπλέκονται συνεπώς όχι μόνο φορείς υγείας, αλλά και κοινωνικοί ή πολιτικοί φορείς, εκπαιδευτικοί οργανισμοί, εκκλησίες διαφόρων θρησκειών, φορείς ιδιωτικής πρωτοβουλίας και κερδοσκοπικοί οργανισμοί, μη κυβερνητικές οργανώσεις και ενώσεις εθελοντών κ.λ.π. Εν τούτοις ,όπως είναι προφανές, η κύρια ευθύνη βαρύνει τους γιατρούς και άλλους λειτουργούς Υγείας (Κρεατσάς Γ. 2003)

Διεθνείς οργανισμοί Υγείας υψηλού κύρους, όπως ο WHO και το CDC,έχουν κωδικοποιήσει τα μείζονα στοιχεία που συνιστούν την σχεδιασμένη και οργανωμένη προσπάθεια πρόληψης και περιλαμβάνονται στη λεγόμενη «Δέσμη Δημοσίας Υγείας». Σύμφωνα με τους οργανισμούς αυτούς, η πρόληψη των Σ.Μ.Ν πρέπει να βασίζεται στα ακόλουθα:

1. Ενημέρωση, παροχή συμβουλών και εκπαίδευση ατόμων με συμπεριφορά υψηλού κινδύνου, ώστε να προωθείται υιοθέτηση ασφαλέστερης σεξουαλικής συμπεριφοράς . Στο πλαίσιο αυτό:

- Συστηματική δραστηριότητα για την προώθηση της χρήσης του προφυλακτικού

- Ευαισθητοποίηση ευπαθών ατόμων και ομάδων , ώστε να προσφεύγουν στις υπηρεσίες υγείας αμέσως με την εμφάνιση συμπτωματολογίας ύποπτη για Σ.Μ.Ν .

- Διεξαγωγή ιδιαίτερων προγραμμάτων ενημέρωσης και παρεμβάσεων σε ομάδες ή πληθυσμούς αυξημένου κινδύνου ή ιδιαίτερα ευαίσθητους (εφήβους, ναυτικούς, στρατευμένους, οικονομικούς μετανάστες ,εκδιδόμενα άτομα, κρατούμενους κλπ).

2.Εφαρμογή προγραμμάτων και τεχνικών για την πρόληψη ανίχνευση και εντοπισμό συμπτωματικών λοιμώξεων, αλλά και συμπτωματικών Σ.Μ.Ν που οι

ασθενείς είναι δύσκολο ή απίθανο να ζητήσουν διαγνωστικές και θρησκευτικές υπηρεσίες.

3. Ανάπτυξη δραστηριοτήτων πρόληψης ή και θεραπείας των Σ.Μ.Ν στις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης, γυναικολογικά ιατρεία, ιδιωτικές κλινικές, υπηρεσίες οικογενειακού προγραμματισμού κλπ.

4. “Ολοκληρωμένη” αντιμετώπιση των Σ.Μ.Ν που διαγιγνώσκονται, οποία περιλαμβάνει:

- Διάγνωση, κλινική ή και εργαστηριακή, όπου αυτό είναι εφικτό
- Επαρκή θεραπεία, με χορήγηση αντιβιοτικού ή θεραπευτικής μεθόδου, είτε μετά από πλήρη εργαστηριακή διερεύνηση και διάγνωση, είτε μετά από εκτίμηση κλινικών μόνο συμπτωμάτων και σημείων, που κατατάσσουν την περίπτωση σε ομάδα πιθανών διαγνώσεων .

- Ενημέρωση και παροχή συμβουλών στον ασθενή. Ο πάσχων πρέπει να πληροφορηθεί για την ακριβή φύση της λοίμωξης, τον μεταδοτικό της χαρακτήρα, τη σημασία της συμμόρφωσης στη θεραπευτική αγωγή κλπ. Περαιτέρω, καλό θα ήταν να πειστεί για την αναγκαιότητα της πρόληψης άλλων Σ.Μ.Ν, τη χρήση προφυλακτικού κ.λ.π.

- Ενημέρωση των σεξουαλικών συντρόφων του ασθενούς και εξασφάλιση της εξέτασης και χορήγησης θεραπείας και σε αυτούς .

- Εφαρμογή ατομικών ή ομαδικών εμβολιασμών, όπου αυτό είναι δυνατό και αναγκαίο (κυρίως αφορά στη πρόληψη από ηπατίτιδα Β)

- Δήλωση και καταγραφή κάθε κρούσματος Σ.Μ.Ν στις αρμόδιες υπηρεσίες επιδημιολογικής επιτήρησης (Παπαρίζος Α. και Κυριαζής Κ.2003)

8.3 Ενημέρωση και παροχή συμβουλών από τον λειτουργό υγείας

Η ενημέρωση για ένα ΣΜΝ παρέχει στον γιατρό την ευκαιρία, αλλά και την υποχρέωση να ενημερώσει τον ασθενή, εμπιστευτικά και σε ατομική βάση, για τους παράγοντες κινδύνου μόλυνσης από σεξουαλικούς μεταδιδόμενους λοιμώξεις, για τη θεραπεία και την πρόληψη τους. Ο ασθενής ο οποίος εκτέθηκε σε έναν σεξουαλικά μεταδιδόμενο παράγοντα ,αντιμετωπίζει εξ ορισμού τον κίνδυνο και άλλων ΣΜΝ. Εν τούτοις, η απλή παροχή πληροφοριών από τον γιατρό δεν επαρκεί έστω ο ασθενής να κατανοήσει τον πραγματικό κίνδυνο των λοιμώξεων ή να αναλάβει την ευθύνη της ενημέρωσης των σεξουαλικών συντρόφων και της πρόληψης μελλοντικών Σ.Μ.Ν .Η

προαπαιτούμενη ενεργητική συμμετοχή του ασθενούς σε ανάλογες ενέργειες, δυνητικά εγείρει ποικίλες ευαισθησίες και προκαλεί αντιδράσει εκ μέρους τους. Συνεπώς η ανάγκη για παροχή ουσιαστικότερης βοήθειας από απλή παράθεση ιατρικών συμβουλών ή εντολών είναι προφανής .

Ο ΠΟΥ ορίζει ως “counseling” την αμφίδρομη διαδικασία κατά την οποία ο λειτουργός Υγείας βοηθά και καθοδηγεί τον ασθενή να κατανοήσει επαρκώς το πρόβλημα του νοσήματος του και τη ΣΜΝ και να διερευνήσει πιθανές μελλοντικές ενέργειες του. Συνήθως αντικείμενα της διαδικασίας αυτής είναι οι πρακτικές και συνήθειες έκθεσης σε κίνδυνο του ασθενούς, ο προσδιορισμός των καταστάσεων που υπάρχει κίνδυνος και η χρήση αποτελεσματικών μεθόδων αποφυγής του. Επί μέρους ζητήματα που πιθανώς απαιτείται να περιλαμβάνει η διαδικασία “counseling” είναι:

- Ενημέρωση τον ασθενούς για πιθανές επιπλοκές του νοσήματος του
- Συνειδητοποίηση από τον ασθενή του κινδύνου για HIV λοίμωξη και παρακίνηση του να δεχτεί εργαστηριακό έλεγχο για HIV ή και άλλα ΣΜΝ.
- Πρόληψη πιθανών μελλοντικών λοιμώξεων, περιλαμβανομένων τρόπων και μεθόδων συζήτησης με ερωτικούς συντρόφους σχετικά με τη χρήση προφυλακτικού.
- Πληροφόρηση του(της) συζύγου και ερωτικών συντρόφων σχετικώς με το νόσημα που διαγνώστηκε, από τον ίδιο τον ασθενή ή και τον γιατρό, με ή χωρίς βοήθεια από αρμόδιες υπηρεσίες της Πολιτείας (επισκέπτριες υγείας, κοινωνικούς λειτουργούς, ψυχολόγους κλπ.) (Στρατηγός I 2004)

Η διαπραγμάτευση και ο χειρισμός παρόμοιων θεμάτων προϋποθέτει ανάπτυξη ικανοτήτων και διαφοροποίηση αντιλήψεων και πρακτικών. Είναι προφανές ότι οι προσπάθειες απαιτούν χρόνο και πιθανότατα, περισσότερες της μιας συνεδρίες. Το “counseling” είναι συνεπώς πολύ περισσότερο χρονοβόρο από την απλή παράθεση οδηγιών σε επίπεδο εξωτερικού ιατρείου και απαιτεί από τους λειτουργούς Υγείας ψυχική αντοχή και κριτική ικανότητα κατανόησης των ιδιαιτεροτήτων ενός έκαστου ασθενούς. Η εξατομικευμένη παροχή ιατρικών συμβουλών μπορεί να διεξάγεται σε αδρές γραμμές από τους περισσότερο αρμόδιους γιατρούς, ανεξαρτήτως επιπέδου εξειδίκευσης. Η παροχή όμως πλήρους και υψηλής ποιότητας “counseling” εξασφαλίζεται μόνον μετά από προηγούμενη κατάλληλη εκπαίδευση και περιοδική επιπλέον ενημέρωση και έλεγχο εξειδικευμένων γιατρών

Οι δυνατότητες αυτές συνήθως ελλείπουν από τον γιατρό στο εξωτερικό ή ιδιωτικό ιατρείο. Στην περίπτωση αυτή, είναι απαραίτητη η παραπομπή του ασθενούς

σε αρμόδιες σχετικές υπηρεσίες, εάν βεβαίως υφίστανται. Οι ψυχίατροι διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην πρόληψη των ΣΜΝ, διότι παρακολουθούν άτομα που παρουσιάζουν ψυχιατρικά προβλήματα λόγω τέτοιων ασθενειών (σύφιλη, AIDS) και τα οποία λόγω ακριβώς των ψυχικών διαταραχών, δε λαβαίνουν προφυλάξεις για ασφαλείς σεξουαλικές δραστηριότητες. Από την άλλη μεριά, ο ψυχίατρος παρακολουθεί άτομα που μπορούν να τροποποιούν αρνητικά τη σεξουαλική τους συμπεριφορά εξαιτίας της ψυχικής νόσου (Βαϊδάκης Ν. και συν 1999)

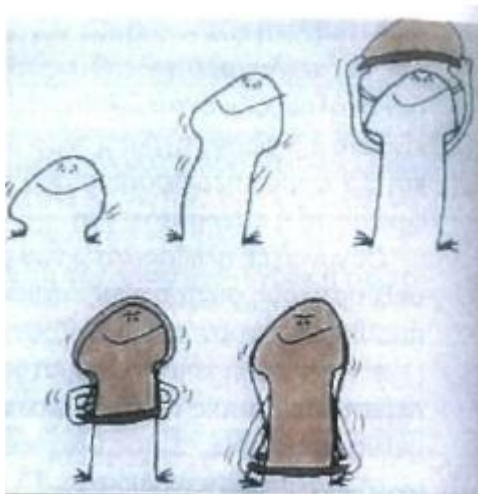
8.4 Μέτρα προστασίας από τα ΣΜΝ

Ιδανική περίπτωση αποφυγής του κινδύνου σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων είναι η πλήρης αποχή ή η μακροχρόνια και αποκλειστική, στηριζόμενη σε αμοιβαία πίστη και ειλικρίνεια σχέση, με ένα μόνιμο, υγιή ερωτικό σύντροφο. Εν τούτοις, οι “ιδανικές” περιπτώσεις δεν αποτελούν πάντοτε επιθυμητό ή εφικτό στόχο. Η προφύλαξη από τα ΣΜΝ με την ευρεία χρήση μέσων και μεθόδων φραγμού αποτελεί, αντιθέτως, κεντρικό άξονα της πολιτικής Υγείας (Τσακρακλίδης Ν. 1999)

8.4.1 Ανδρικό Προφυλακτικό

Το ανδρικό προφυλακτικό είναι ελαστική μεμβράνη από διάφορα υλικά, που προστατεύει τον χρήστη και την/τον σεξουαλικό σύντροφο καλύπτοντας το ανδρικό γεννητικό όργανο. Κυκλοφορεί στο εμπόριο σε διάφορα μεγέθη, σχήματα, χρώματα και ενίοτε αρώματα, σε αφθονία επιλογών. Η αποτελεσματικότητά του εξαρτάται από την ορθή τοποθέτησή του και την σταθερή χρήση του πριν από κάθε σεξουαλική επαφή.

Το προφυλακτικό καλύπτει το στόμιο της ουρήθρας και προστατεύει από παθογόνα που μεταδίδονται με τα σπερματικά εκκρίματα ή προς τον άνδρα, μέσω επαφής της ουρήθρας με τα εκκρίματα της/του συντρόφου (γονόκοκκος, χλαμύδια, τριχομονάδες, HIV). Επιπλέον, καλύπτοντας σχεδόν όλο το σώμα του πέους, προστατεύει από παθογόνα που μπορούν να μεταδοθούν μέσω επαφής δέρματος με δέρμα ή βλεννογόνο (τρεπόννημα, H. Ducey, HPV) .(Ιατράκης Γ. 2002)



Εικόνα 31 (Κρεατσάς Γ.2003)

8.4.1 ί Πλεονεκτήματα

Ø Είναι πολύ αποτελεσματικό, αν χρησιμοποιείται σωστά, από την αρχή της επαφής και σε κάθε επαφή.

Ø Είναι εμφανές ότι πράγματι έχει τοποθετηθεί. Το τελευταίο είναι ιδιαίτερα σημαντικό για τη γυναίκα που θέλει να αισθάνεται ασφαλής

Ø Είναι εύκολο να το προμηθευτεί κανείς

Ø Είναι σχετικά φθηνό

Ø Δε χρειάζεται ιατρική παρακολούθηση

Ø Ουσιαστικά δεν έχει καμία ιατρική παρενέργεια

Ø Είναι αποδεκτό. Το προφυλακτικό έρχεται δεύτερο σε χρήση μετά από ΑΟΔ σε ηλικίες πριν από τα 30 και δεύτερο μετά τη στειροποίηση σε ηλικίες μετά τα 30

Ø Προστατεύει από τα περισσότερα ΣΜΝ περιλαμβάνοντας και τους ιούς. Το υλικό από το οποίο κατασκευάζονται είναι ένας αποτελεσματικός φραγμός, όταν είναι ανέπαφα, για ιούς, που περιλαμβάνουν τον HIV, τον πολύ συχνότερο ιό της ηπατίτιδας Β, τους τύπους του απλού έρπητα 1 και 2 και τους ιούς των κονδυλωμάτων. Το προφυλακτικό μπορεί ακόμα να χρησιμεύσει και στο στοματικό έρωτα προστατεύοντας από την πιθανότητα φαρυγγικής γονοκοκκικής μόλυνσης κ.λ.π

Ø Είναι ιδιαίτερα χρήσιμο στην πρόληψη και στην αντιμετώπιση της τραχηλικής ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας και τον αντίστοιχο διηθητικό καρκίνο. Φάνηκε ότι ο σχετικός κίνδυνος ανάπτυξης σοβαρής τραχηλικής ενδοεπιθηλιακής

νεοπλασίας ελαττώνεται ανάλογα με τη διάρκεια χρήση του προφυλακτικού(Ντολάτζας Θ. 2005)

8.4.1 ή Μειονεκτήματα

ØΣχετίζονται με την συνουσία, διακόπτει τον αυθορμητισμό της επαφής και εκλαμβάνεται σαν φυσικός και ψυχολογικός φραγμός.

ØΑναφέρεται ελαττωμένη “αισθητικότητα, ιδιαίτερα για τον άνδρα ,που όμως είναι πολύ λιγότερη με τα σύγχρονα προϊόντα

ØΣε έλλειψη προσοχής μπορεί να γλιστρήσει ή να σπάσει. Απαιτείται εξαιρετικά σχολαστική χρήση για τη μακροχρόνια αποφυγή της κύησης

ØΑλλεργία στο υλικό του, οι περισσότερες “αλλεργίες” που συνδέονται με το προφυλακτικό είναι δικαιολογίες των ανδρών. Όμως σε πραγματική αλλεργία αυτή μπορεί να λυθεί με τη χρήση αντιαλλεργικών προφυλακτικών. Αυτά είναι λίγο ξηρά και επομένως η προσεκτική χρήση μικρής ποσότητας ζελέ με υδατική βάση, μπορεί να βοηθήσουν. Επίσης αν γίνεται χρήση προφυλακτικών λιπασμένων με σπερματοκτόνο, θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί ένα χωρίς σπερματοκτόνο. Γενικά το προφυλακτικό από πολυουρεθάνη θεωρείται μα αλλεργιογόνο ενώ το λαστέξ μπορεί να προκαλέσει ευκολότερα αλλεργικές αντιδράσεις. Καλό θα ήταν και ο γιατρός να εξετάσει το πέος διότι ο ερεθισμός μπορεί να προκαλείται από κάτι άλλο, όπως είναι οι μύκητες(Χατζημηνάς Ι. 1994)



Εικόνα 32 (Ντολάτζας Θ. 2001)

8.4.2 Γυναικείο Προφυλακτικό

Το γυναικείο προφυλακτικό κυκλοφόρησε εμπορικά για πρώτη φορά στην Ελβετία το 1992. Διατίθεται σε μικρότερο εύρος επιλογών από το αντίστοιχο ανδρικό. Πρόκειται για ευμεγέθη κυλινδρική μεμβράνη από πολυουρεθάνη, που τοποθετούμενη καλύπτει, αρχίζοντας από τα χείλη του αιδοίου, όλο τον κόλπο και τον τράχηλο της μήτρας. Για την σταθεροποίηση της εφαρμογής του, φέρει εύκαμπτο πλαστικό δακτύλιο στο ανοικτό άκρο του, που περιβάλλει τα χείλη, και παρόμοιο δακτύλιο, μικρότερου μεγέθους, στο τυφλό άκρο του, που περιβάλλει τον τράχηλο. Οι διαστάσεις του είναι σταθερές και ανέρχονται το μέν μήκος σε 17cm, το πλάτος στη μεγαλύτερη διάμετρό του σε 7,8 cm, το δε πάχος της μεμβράνης σε 0,42-0,53 mm (Παπαρίζος Α. Κυριαζής Κ.2003)



Εικόνα 33 (Ντολάτζας Θ.2005)

8.4.2i Πλεονεκτήματα

Το γυναικείο προφυλακτικό έχει αποδειχθεί αποτελεσματικός φραγμός έναντι ΣΜΝ /παθογόνων, περιλαμβανομένων του HIV και άλλων ιών, σε εργαστηριακές έρευνες. Σε κλινική μελέτη των Soper et al, καταγράφηκε αποτελεσματική προστασία έναντι τοιχομοναδικής λοίμωξης. Σε άλλη μελέτη των ίδιων ερευνητών, αποδείχτηκε ασφαλείς ως προς την ισορροπία της φυσιολογικής χλωρίδας του κόλπου. Το CDC έχει ήδη συμπεριλάβει από το 1993 το γυναικείο προφυλακτικό στις οδηγίες του για την πρόληψη των Σ.Μ.Ν

Τα πλεονεκτήματα του γυναικείου προφυλακτικού περιλαμβάνουν κατά κύριο λόγο τον έλεγχο της τοποθέτησης του από τη γυναίκα, τη δυνατότητα εφαρμογής πριν τη διαδικασία έναρξης της συνεύρεσης, και την κάλυψη ευρύτερης περιοχής του έξω γεννητικού συστήματος της γυναίκας, επιπλέον, θεωρείται ότι επιτρέπει καλύτερη

αίσθηση της θερμότητας κατά τη διάρκεια της συνεύρεσης σε σύγκριση με το ανδρικό προφυλακτικό (Μαργαρίδου Β. και Λειβαδίτη Β.1996),

8.4.2 ii Μειονεκτήματα

Η εμφάνιση του εξωτερικού δακτυλίου δημιουργεί δυσάρεστα συναισθήματα σε αρκετούς άνδρες και εξίσου αντιαισθητική είναι η παραγωγή θορύβου κατά την επαφή, όπως συμβαίνει και με το ανδρικό προφυλακτικό από πολυουρεθάνη. Το σημαντικότερο από τα μειονεκτήματα του είναι η δυσκολία τοποθέτησης, που απαιτεί προηγούμενη εκπαίδευση της γυναίκας και, όχι σπάνια, τη συνεργασία του ερωτικού της συντρόφου. Η δυσχέρεια αυτή περιορίζει τις δυνατότητες ευρείας διάδοσης και χρήσης του, εφόσον μάλιστα η απαιτούμενη εκπαίδευση δεν είναι η απλούστερη δυνατή.

Το γυναικείο προφυλακτικό είναι μέσο προοριζόμενο για μια μόνο χρήση και το κόστος του είναι υψηλότερο από αυτό του ανδρικού προφυλακτικού. Επίσης, η ταυτόχρονη χρήση του γυναικείου με το ανδρικό προφυλακτικό, προκαλεί τριβή και η οποία ενέχει κίνδυνο ρήξης ενός εκ των δύο, διολίσθησης του ανδρικού προφυλακτικού ή απόσπασης του εξωτερικού δακτυλίου του γυναικείου προφυλακτικού και βίαιης εισόδου της μεμβράνης στον κόλπο (Δετοράκης Γ. και Κουτσούμπα Δ. 1992)

8.4.3 Καλύμματα τραχήλου- Διάφραγμα

Το διάφραγμα και τα κατά τι μικρότερα από αυτό καλύμματα του τραχήλου, χρησιμοποιούνται από δεκαετιών ως αντισυλληπτικό μέσο, λιγότερο διαδεδομένο από το ανδρικό προφυλακτικό. Πρόκειται για μεμβράνες από συνθετικό υλικό, περιβαλλόμενες από ελαστικό δακτύλιο που τοποθετούνται από τη γυναίκα πριν την επαφή, καλύπτοντας τον τράχηλο της μήτρας. Η πλειοψηφία των προϊόντων αυτών είναι κατασκευασμένα από latex, ενώ την τελευταία τουλάχιστον δεκαετία διατίθενται στο εμπόριο καλύμματα από σιλικόνη.

Μπορούν να τοποθετήσουν ακόμη και 6 ώρες πριν την επαφή, ενώ πρέπει να παραμείνουν στη θέση τους τουλάχιστον επί 24 ώρες μετά. Οι κατασκευαστές τους συνιστούν να χρησιμοποιούνται παράλληλα με σκευάσματα σπερματοκτόνων, ώστε να λυπαίνεται η επιφάνεια τους και να ενισχύεται η αντισυλληπτική τους αποτελεσματικότητα (Παπανικολάου Ν. και Παπανικολάου Α. 2005)



Εικόνα 34 (Ντολάτζας Θ. 2005)

8.4.3 i Πλεονεκτήματα

Ø Είναι μέθοδος αντισύλληψης που δεν είναι απαραίτητα συνδεδεμένη με τη συνουσία αφού μπορεί να εισαχθεί μερικές ώρες πριν από αυτή.

Ø Προστατεύει από το ΣΜΝ μα την εξασφάλιση ενός μηχανικού εμποδίου που ελαττώνει την πιθανότητα των μικροοργανισμών να φτάσουν τον τράχηλο και το ανώτερο γεννητικό σύστημα (όμως δεν προσφέρει αρκετή προστασία εναντίον των ιών ή κάποιων μη ιογενών μολύνσεων όπως είναι η σύφιλη που μπορεί να προκαλέσουν βλάβες στον κόλπο, στο αιδοίο ή και αλλού)

Ø Προκαλεί ελάττωση του κινδύνου της τραχηλικής νεοπλασίας. Αυτή η προστασία αποδεικνύεται από το ότι η συχνότητα τραχηλικής νεοπλασίας ανά 100 γυναίκες –χρόνια γι'αυτές που ο χρησιμοποιούν είναι μόλις 0.2 ενώ για εκείνες που έχουν ενδομητριακή αντισυλληπτική συσκευή είναι κοντά στ 1 (μετά από προσαρμογή για τη ηλικία της πρώτης επαφής, τον αριθμό των σεξουαλικών συντρόφων και το κάπνισμα). Παρατηρήθηκε επίσης σταθερή πτώση του σχετικού κινδύνου σοβαρής τραχηλικής νεοπλασίας για εκείνες που το χρησιμοποιούν ξεκινώντας από το 1 στην έναρξη της χρησιμοποίησης του και φτάνοντας στο 0.2 μετά από 10 χρόνια χρήσης (Ιατράκης Γ.2002)

8.4.3 ii Μειονεκτήματα

Ø Προκαλείται απώλεια της τραχηλικής και κάποιας κολπικής αίσθησης που είναι όμως ασήμαντη για τις περισσότερες γυναίκες.

Ø Μπορεί να γίνει αισθητά από τον σύντροφο της γυναίκας στη διάρκεια της επαφής. Στην περίπτωση αυτή πρέπει να ελεγχθεί πάλι το μέγεθος του γιατί μπορεί να χρειάζεται μεγαλύτερο ή μικρότερο, ή για να γίνει αλλαγή του διαφράγματος επίπεδου ελατηρίου σε εκείνο περιελιγμένου ελατηρίου, ή να γίνει αλλαγή με τραχηλική καλύπτρα.

Ø Για την επανάληψη της συνουσίας απαιτείται πρόσθετη ποσότητα σπερματοκτόνου

Ø Η αρχική του τοποθέτηση γίνεται από εκπαιδευμένο άτομο και χρειάζεται εκπαίδευση λίγων ημερών για τη χρήση του.

Ø Θεωρείται ότι κατά τη χρήση του υπάρχει αυξημένος κίνδυνος μόλυνσης και συμπτωμάτων από το ουροποιητικό. Πιστεύεται ότι οφείλεται κυρίως στην πίεση του χείλους του διαφράγματος στην ουρήθρα και στη βάση της ουροδόχου κύστης, προδιαθέτοντας σε ουρηθρίτιδα και κυστίτιδα και γι αυτό καλό είναι η γυναίκα να αδειάζει την ουροδόχο κύστη της πριν και αμέσως μετά τη συνουσία. πιθανός παράγοντας στον αυξημένο κίνδυνο μολύνσεων του ουροποιητικού είναι η μεταβολή της κολπικής χλωρίδας που προκαλεί το διάφραγμα. Σε κολπικές καλλιέργειες εκείνων που χρησιμοποιούσαν κολπικό διάφραγμα αναπτύχθηκε συχνότερα κολοβακτηρίδιο, στρεπτόκοκκος και χρυσίζον σταφυλόκοκκος σε σύγκριση με ομάδες ελέγχου. Υπάρχει μικρός κίνδυνος συνδρόμου τοξικής καταπληξίας από το χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο και γι' αυτό καλό είναι η γυναίκα να μην αφήνει συστηματικά το διάφραγμα στον κόλπο στη διάρκεια της εμμηνορρυσίας.

Ø Μικρή αναλογία γυναικών εμφανίζουν κολπικό ερεθισμό και αλλεργία που μπορεί να οφείλεται στο ελαστικό αλλά συχνότερα στο σπερματοκτόνο που χρησιμοποιείται παράλληλα

Ø Φλεγμονώδεις αντιδράσεις, εκδορές ή ακόμα και αληθινά έλκη μπορούν να προκληθούν από την τοπική πίεση του δακτυλίου. Αν και σπάνια, τα έλκη μπορεί να είναι αρκετού μήκους, πλάτους και βάθους και τέτοιες περιπτώσεις αναφέρθηκαν κυρίως με διαφραγμάτα που ήταν στη θέση τους συνεχώς για 3 ή περισσότερες ημέρες. Αυτή η επιπλοκή είναι συνήθως πιθανότερη αν το διάφραγμα είναι πολύ μεγάλο. Θεραπευτικά συνίσταται αποφυγή της συνουσίας για ένα μήνα περίπου οπότε αναμένεται πλήρης αποκατάσταση της βλάβης, χωρίς να χρειάζεται καμία άλλη θεραπεία (Δετοράκης Γ. 1997)

8.4.4 Σπερματοκτόνα -Αντισηπτικά

Πρόκειται για χημικές ουσίες, που τοποθετούνται στον κόλπο πριν από την επαφή και σκοτώνουν τα σπερματοζωάρια, διάφορα μικρόβια, μύκητες καθώς και τον ιό του AIDS. Κυκλοφορούν σε διάφορες μορφές, όπως ζελέ, αφρού υπόθετα ,αλοιφής και ταμπόν. Η τοποθέτηση των δισκίων ή υπόθετων στον κόλπο θα πρέπει να γίνεται 10-15 λεπτά πριν τη συνουσία. Η τοποθέτηση του ταμπόν μπορεί να γίνει και 24 ώρες πριν τη συνουσία. Για να είναι αποτελεσματικά τα σπερματοκτόνα, πρέπει να τοποθετηθούν αρκετό χρόνο πριν, ανεπιθύμητες ενέργειες είναι ο κνησμός, ο ερεθισμός, η κακοσμία, οι μυκητιάσεις και το τοξικό shock, εάν χρησιμοποιούνται κατά τη διάρκεια της εμμήνου ρύσης (Ντολάτζας Θ. 2005)



Εικόνα 35 (Ντολάτζας Θ.2005)

8.4.4 α Πλεονεκτήματα

Ø Δεν απαιτείται εφαρμογή τους από κάποιον τρίτο

Ø Η μέθοδος είναι κάτω από τον έλεγχο της γυναίκας και χρησιμοποιείται μόνο όταν απαιτείται

Ø Προσφέρουν κάποια προστασία έναντι μερικών ΣΜΝ

Ø Παρέχουν κάποια γεννητική λίπανση και είναι αξιόλογα πρόσθετα σε άλλους μεθόδους

Ø Δεν έχουν σοβαρές επιπτώσεις στην υγείας

(Παπαρίζου Α. και Κυριακής Κ. 2003)

8.4.4 β Μειονεκτήματα

Θεωρούνται “ενοχλητικά” και υπάρχει έντονη εκροή με ορισμένα σπερματοκτόνα. Υπάρχουν πάντως σπερματοκτόνα ζελέ με πολύ καλύτερη εμφάνιση, υφή και οσμή από παλαιότερα σκευάσματα. Ο αφρός επίσης μπορεί να είναι προτιμότερος.

ΘΔεν είναι πολύ αποτελεσματικά

ΘΈχουν σχέση με την επαφή και χρειάζεται αναμονή τουλάχιστον 10 λεπτών πριν από τη συνουσία για μερικά προϊόντα για να διαλυθούν. Κάποιες γυναίκες πάντως ανέφεραν ότι τουλάχιστον μια φορά δεν διαλύθηκαν τα αφρίζοντας δισκία νονοξυλόνης -9

ΘΜπορούν να προκαλέσουν κολπικό ερεθισμό και βλάβη στο κολπικό επιθήλιο που για την νονοξυλόνη αποδείχθηκε κολποσκοπικά και ιστολογικά. Αυτή η παρενέργεια μπορεί πράγματι να αυξάνει την πιθανότητα μετάδοσης του HIV, ακόμα και αν η νονοξυλόνη έχει *in vitro* ιοκτόνο δράση. Έτσι η νονοξυλόνη και τα παρόμοια επιφανειο- δραστικά σκευάσματα θα μπορούσαν να συστηθούν για αντισυλληπτική χρήση μόνο αν δεν γίνεται υπερβολική χρήση τους και καλύτερα μαζί με διαφράγματα ή προφυλακτικά.

ΘΜπορούν να προκαλέσουν τοπική θερμότητα (αφρίζοντα δισκία) και αλλεργία.

ΘΈχουν ενοχοποιηθεί για αυξημένη πιθανότητα ύπαρξης *E.coli* στον κόλπο και μόλυνσης του ουροποιητικού .

ΘΥπάρχει πιθανότητα συστηματικής απορρόφησης του σπερματοκτόνου, καθώς οι περισσότερες ουσίες που εισάγονται στον κόλπο μπορούν να απορροφηθούν στην κυκλοφορία. Έτσι είναι αδύνατο να πούμε ότι τα σπερματοκτόνα είναι τελείως ελεύθερα από τον κίνδυνο βλαβερών αποτελεσμάτων όπως τοξικότητα σε ζωτικά όργανα και πιθανή καρκινογένεση. Σε πειραματόζωα, η νονοξυλόνη είχε ηπατοτοξικές δράσεις και προκάλεσε αλλαγές στα λιπίδια του αίματος. Πάντως μελέτες βιοχημικών εξετάσεων γυναικών που χρησιμοποιούσαν σπερματοκτόνα δεν έδειξαν σημαντικές αλλαγές συγκριτικά με ομάδες ελέγχου. Η έκθεση στο σπερματοκτόνο ερχομένης κύησης, ή η γονιμοποίηση ενός ωαρίου από ένα σπέρμα κατεστραμμένο από το σπερματοκτόνο, θα μπορούσε να αυξήσει τη συχνότητα ανωμαλιών διάπλασης, αλλά υπάρχουν αναφορές που χαρακτηρίζουν τον κίνδυνο περισσότερο θεωρητικό.

ØΠρέπει να χρησιμοποιείται πρόσθετη ποσότητα σπέρματοκτόνου κάθε φορά που επαναλαμβάνεται η συνουσία (Ιατράκης Γ.2002)

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΔΙΕΞΑΓΩΓΗ ΕΡΕΥΝΑΣ

ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΚΑΙ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ

Αντικείμενο της έρευνας που υλοποιείται στα πλαίσια της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση αντιλήψεων και γνώσεων και αφορά το κοινωνικό σύνολο που περιλαμβάνει εφήβους και νέους ηλικίας 12-15 ετών.

Οι *λόγοι επιλογής* του συγκεκριμένου θέματος είναι κυρίως η έλλειψη ενημέρωσης και γνώσης εφήβων και νέων πάνω σε θέματα σεξουαλικής αγωγής, διαπαιδαγώγησης και προφύλαξης από τα ΣΜΝ.

Από την αξιοποίηση της σχετικής βιβλιογραφίας, από την προβληματική που προκύπτει από την προσωπική γνώση και αίσθηση για το θέμα, από τις σχετικές συζητήσεις σε προερευνητικό επίπεδο με νέους της χώρας μας προκύπτει η

η υπόθεση ότι

υπάρχει κατά βάση ελλιπής γνώση αλλά και ανομοιογένεια γνώσης σχετικά με τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και τους τρόπους μετάδοσης και προφύλαξης από αυτά.

Αξίζει να επισημανθεί ότι, στην χώρα μας ιδιαίτερα δεν υπάρχουν θεσμοθετημένοι και οργανωμένοι φορείς που θα καλύψουν πλήρως αυτή την αναγκαιότητα της ενημέρωσης και διαφώτισης

Υπό το πρίσμα λοιπόν αυτής της προβληματικής προβάλλει η αναγκαιότητα διερεύνησης των γνώσεων και αντιλήψεων των νέων για το εν λόγω θέμα.

Σκοπός επομένως της έρευνας είναι η διερεύνηση αντιλήψεων και γνώσεων των εφήβων και νέων πάνω σε θέματα σεξουαλικής αγωγής και ιδιαίτερα στα ΣΜΝ.

ΕΙΔΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Χρησιμοποιήθηκε η περιγραφική δειγματοληπτική μέθοδος με τη χρήση ερωτηματολογίου στα πλαίσια της ποσοτικής εμπειρικής έρευνας.

(Cohen & Manion, 1997, Κυριαζή, 2002).

Πληθυσμός στόχος

Συνολικό πληθυσμό, (πληθυσμό στόχο), αποτελούν οι νέοι ηλικίας από 12- 25 ετών.

Δείγμα έρευνας

Επειδή ο πληθυσμός είναι γνωστός, δίνεται η δυνατότητα χρήσης πιθανοτικής δειγματοληψίας - τυχαίο δείγμα. (Cohen, Manion, 1997:129).

Μέγεθος δείγματος για την επίδοση ερωτηματολογίου 202 άτομα.

Πλεονεκτήματα της πιθανοτικής δειγματοληψίας στη προκειμένη περίπτωση αποτελούν:

η δυνατότητα διαμοιρασμού *in situ* (επιτόπου),

ικανοποιητικό μέγεθος δείγματος, ώστε να εξασφαλίζεται υψηλό επίπεδο σημαντικότητας –*confidence levels* (πολύ μικρή πιθανότητα σφάλματος $P < 0.05$).

Χρόνος συλλογής στοιχείων

Η συλλογή των στοιχείων της έρευνας διεξήχθη στο χρονικό διάστημα από 25-9-08 μέχρι 22-12-08.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Ως τεχνική συλλογής πληροφοριών επιλέχθηκε επίσης η *απευθείας επικοινωνία* (Ανδριώτης, 2003:18) με μέσο συλλογής δεδομένων, το *τυποποιημένο ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς*, (Σαχίνη, 2000:349), καθώς:

Η δυνατότητα συλλογής στοιχείων από μεγάλο αριθμό ατόμων για τα ίδια θέματα και κατά συνέπεια, η συγκρισιμότητα, η δυνατότητα ποσοτικοποίησης και στατιστικής ανάλυσης των στοιχείων που συλλέγονται,

το καθιστούν *κύριο εργαλείο* της *ποσοτικής έρευνας*. (Κυριαζή, 2000:119).

Επίσης χρειάζεται λιγότερος χρόνος, (σε σχέση με άλλες τεχνικές συλλογής δεδομένων) και λιγότερα χρήματα.

Το ερωτηματολόγιο είναι *ανώνυμο*, (ώστε να διασφαλισθεί η αμεροληψία των απαντήσεων).

Με δεδομένο ότι στην ποσοτική έρευνα η εμπιστοσύνη τίθεται με *όρους εγκυρότητας*,

προς διαφύλαξη της εγκυρότητας:

- το ερωτηματολόγιο περιέχει ερωτήσεις ίδιου περιεχομένου διατυπωμένες με διαφορετικό τρόπο,
- υπάρχουν ομάδες ερωτήσεων για το ίδιο ζητούμενο,

Η ποσοτική προσέγγιση (με το ερωτηματολόγιο) με τη χρήση μαθηματικών μοντέλων, γραφημάτων και στατιστικών πινάκων επιτυγχάνει *περισσότερο αξιόπιστα αποτελέσματα*.

Η γνώση, αλλά και ο σεβασμός βασικών κανόνων δεοντολογίας εκ μέρους του ερευνητή, διασφαλίζουν επίσης περισσότερο την αξιοπιστία των πορισμάτων.

ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ

Κατά την εκπόνηση της έρευνας οι κυριότερες δυσκολίες που εντοπίστηκαν αφορούσαν περιορισμούς κυρίως στη συλλογή των δεδομένων και εντοπίζονται κυρίως στις εξής:

Δεν επιτεύχθηκε η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων από όλους τους νέους διότι παρατηρήθηκε ότι υπάρχει κοινωνική προκατάληψη και άρνηση αποδοχής της σοβαρότητας του θέματος εκ μέρους τους.

Πάραυτα έγινε κάθε προσπάθεια να επιτευχθεί ως στόχος η συμπλήρωση πάνω από 200 ολοκληρωμένων ερωτηματολογίων.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΑΝΑΛΥΣΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

ΜΕΘΟΔΟΣ ΚΩΔΙΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΚΑΙ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

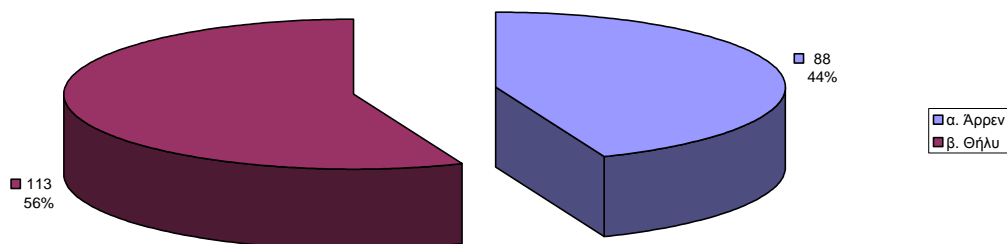
Κάθε πιθανή απάντηση σε μία ερώτηση κωδικοποιήθηκε με ένα ακέραιο αριθμό ανάλογα με τον αριθμό των δυνατών απαντήσεων. Έπειτα τα δεδομένα εισήχθησαν στον ηλεκτρονικό υπολογιστή σε μεταβλητές που η κάθε μία αντιπροσώπευε μία ερώτηση.

Το πρόγραμμα που χρησιμοποιήθηκε για την εισαγωγή των κωδικοποιημένων δεδομένων και τη στατιστική επεξεργασία τους ήταν το EXCEL για Windows. Τα αποτελέσματα που προέκυψαν συντάχθηκαν σε πίνακες στους οποίους αναφέρεται το όνομα της μεταβλητής καθώς και η αντίστοιχη ερώτηση στην οποία αναφέρεται. Επίσης αναφέρονται οι εξεταζόμενες ομάδες καθώς και τα σύνολα των απαντήσεων.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

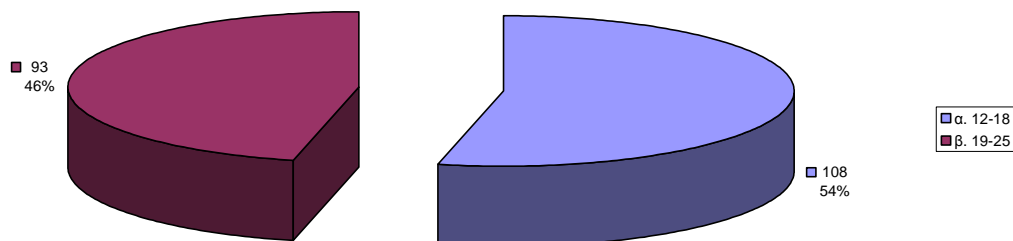
ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

1. ΦΥΛΟ:



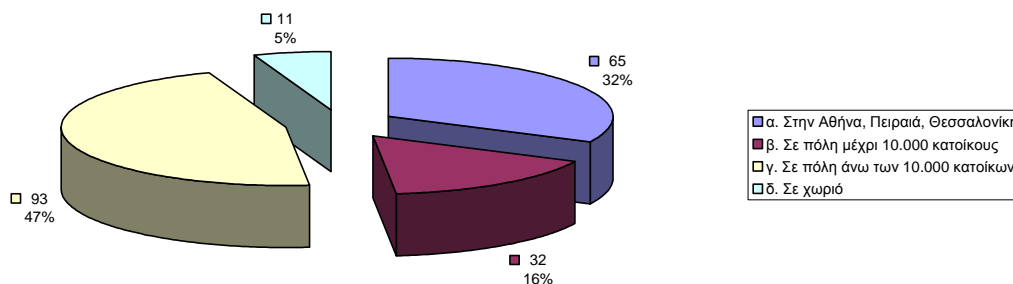
Υπερέχουν οι γυναίκες σε ποσοστό 56% έναντι των ανδρών που είναι 44%.

2. Ηλικία:



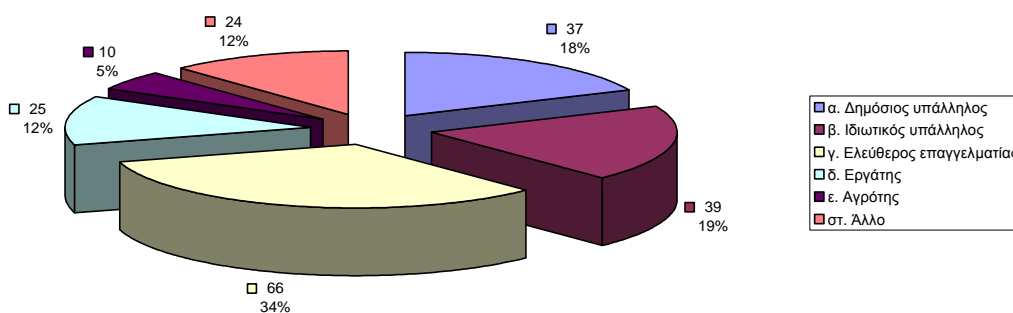
Οι περισσότεροι έχουν ηλικία 12-18 ετών, ποσοστό 54% έναντι 46% με ηλικία από 19-25.

3. Γεννηθήκατε:



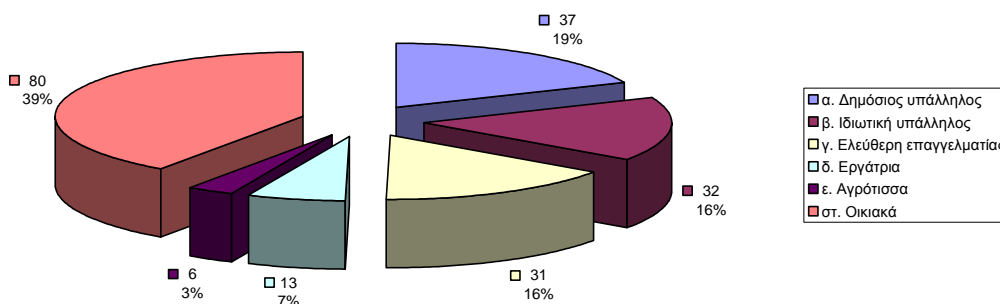
Οι περισσότεροι γεννήθηκαν σε πόλεις άνω των 10.000 κατοίκων, ποσοστό 47%, ακολουθούν σε ποσοστό 32% οι γεννηθέντες στις μεγάλες πόλεις (Αθήνα, Πειραιά, Θεσσαλονίκη), σε πόλεις μέχρι 10.000 κατοίκους το 16% και σε χωριά το 5%.

4. Ποιο είναι το επάγγελμα του πατέρα σας;



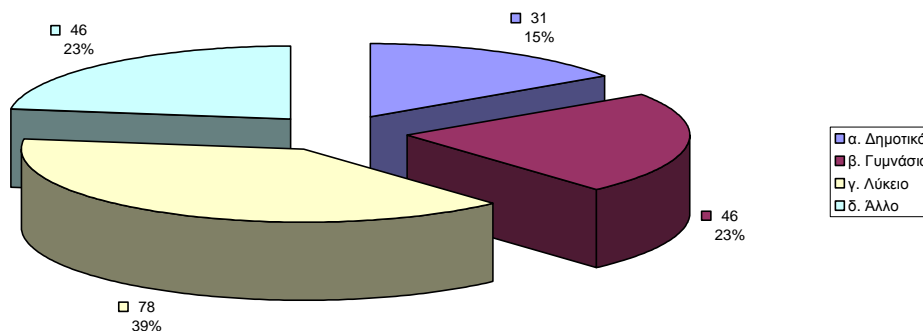
Σχετικά με το επάγγελμα του πατέρα τους σε ποσοστό 34% δηλώνουν ελεύθερος επαγγελματίας ακολουθούν σε ποσοστό 19% ιδιωτικός υπάλληλος, 18% δημόσιος υπάλληλος, 12% και 12% επίσης εργάτης και άλλο επάγγελμα, 5% αγρότης.

5. Ποιο είναι το επάγγελμα της μητέρας σας;



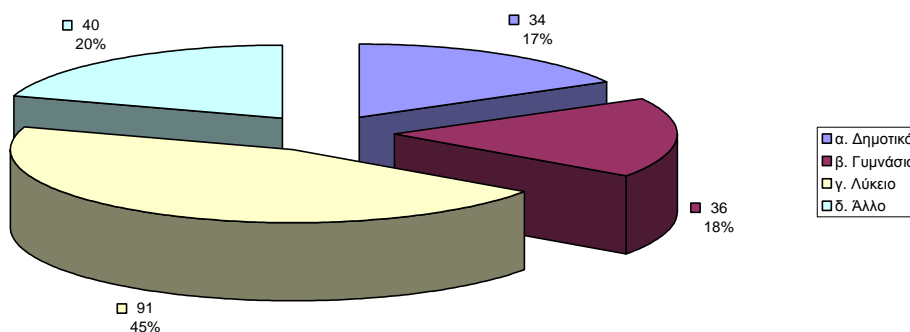
Σχετικά με το επάγγελμα της μητέρας τους σε ποσοστό 39% δηλώνουν *οικιακά* ακολουθούν σε ποσοστό 19% *δημόσιος υπάλληλος*, 16% *ιδιωτική υπάλληλος*, 16% επίσης *ελεύθερη επαγγελματίας*, 7% *εργάτρια* και 3% *αγρότισσα*.

6. Ποιο είναι το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα σας;



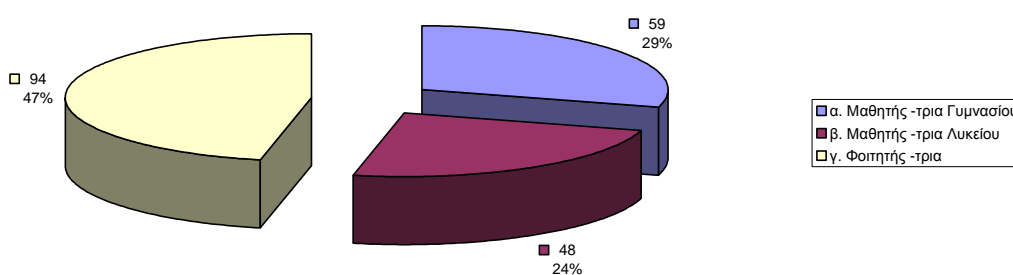
Το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα είναι κατά 39% *απόφοιτοι λυκείου*, 23% *απόφοιτοι γυμνασίου*, 15% *απόφοιτοι δημοτικού*, και 23% *άλλο*.

7. Ποιο είναι το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας σας;



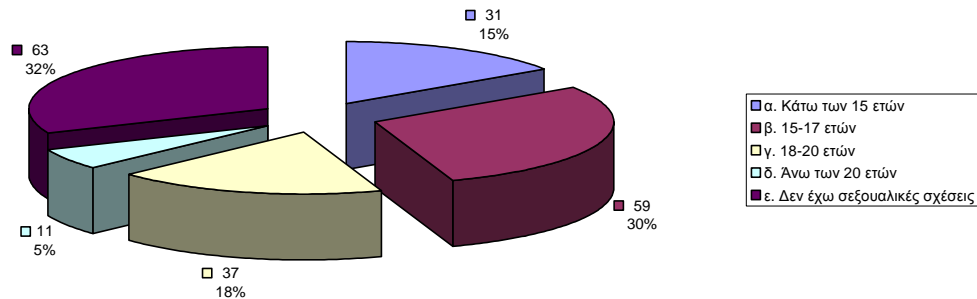
Το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας είναι κατά 45% απόφοιτες λυκείου, 18% απόφοιτες γυμνασίου, 17% απόφοιτες δημοτικού, και 20% άλλο.

8. Ποιο είναι το επάγγελμά σας;



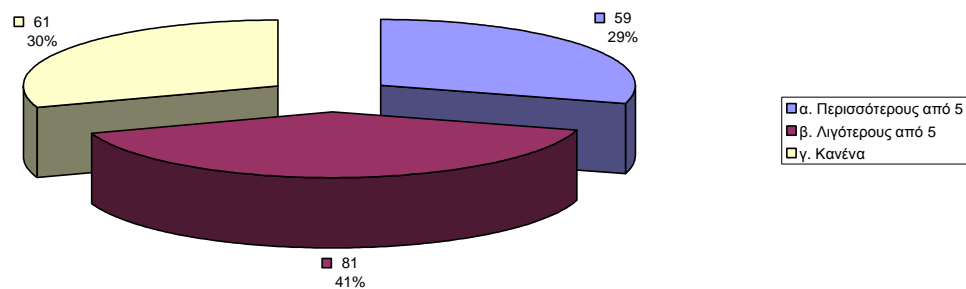
Σε ποσοστό 47% οι ερωτώμενοι είναι φοιτητές, το 29% μαθητές γυμνασίου, και 24% μαθητές λυκείου.

9. Σε ποια ηλικία είχατε την πρώτη σας ερωτική επαφή;



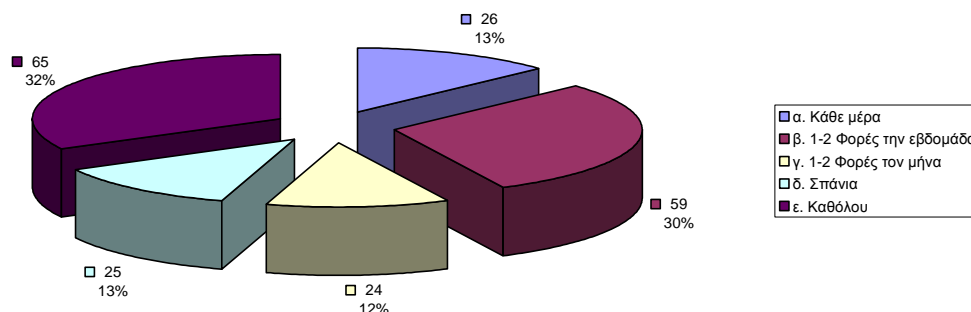
Το 32% των ερωτώμενων απαντάει ότι *δεν έχει σεξουαλικές σχέσεις*, το 31% είχε την πρώτη ερωτική επαφή *κάτω των 15 ετών*, το 30% είχε την πρώτη ερωτική επαφή στην ηλικία των *15-17 ετών*, το 18% στα *18-20*, και το 5% *άνω των 20 ετών*.

10. Πόσους ερωτικούς συντρόφους είχατε ως τώρα;



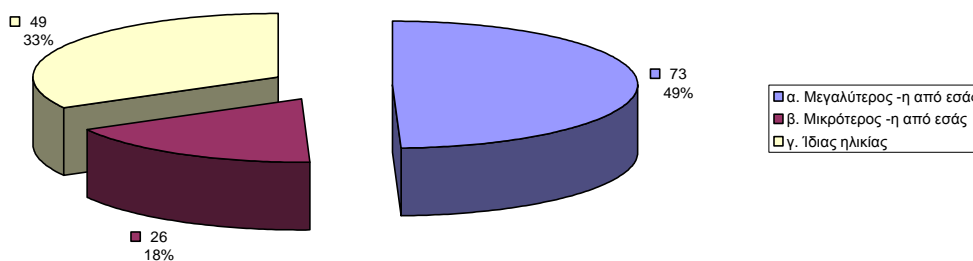
Λιγότερους από 5 ερωτικούς συντρόφους ως τώρα απαντάνε σε ποσοστό 41% *κανένα* απαντάει το 30% και *περισσότερους από 5* το 29%.

11. Πόσο συχνά έχετε σεξουαλικές επαφές;



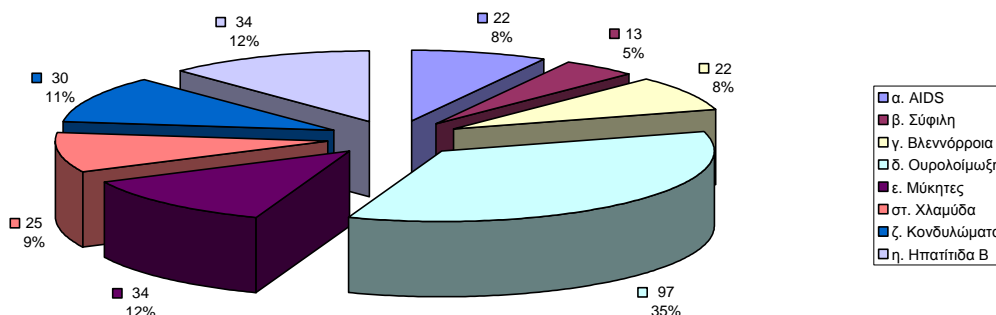
Καθόλου ερωτικές επαφές απαντάει το 32% των ερωτώμενων, 1-2 φορές την εβδομάδα αναφέρει το 30%, καθημερινά απαντάει το 13% επίσης σε ποσοστό 13% αναφέρουν ότι έχουν σπάνια σεξουαλικές επαφές και 1-2 φορές το μήνα απαντάει το 12%.

12. Ποια είναι η ηλικία των ερωτικών σας συντρόφων;



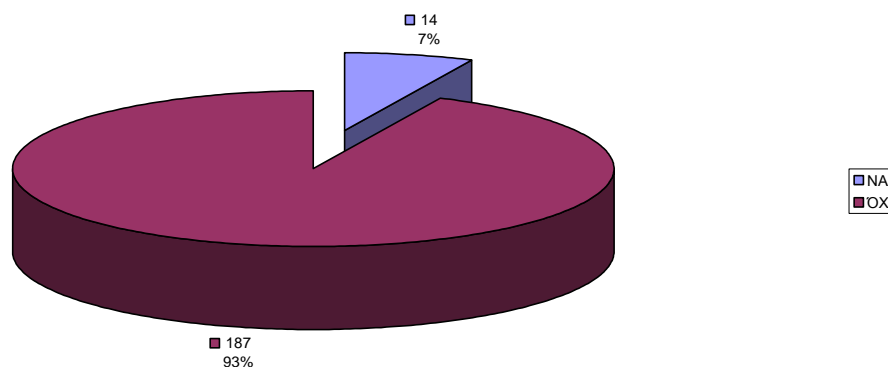
Το 49% απαντάει ότι ο ερωτικός τους σύντροφος είναι μεγαλύτερος, το 33% ίδιας ηλικίας και το 18% μικρότερος.

13. Ποια απο τις παρακάτω ασθένειες θεωρείται πως δεν είναι σεξουαλικά μεταδιδόμενες;



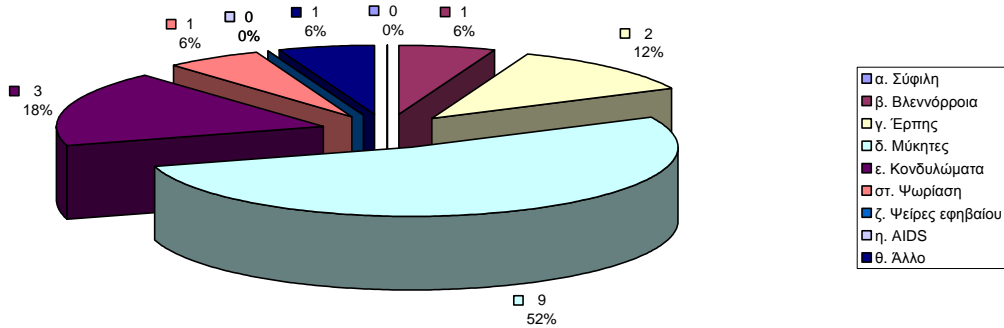
Σε αρκετά μεγάλο ποσοστό 35% θεωρούν την *ουρολοίμωξη* ως μη σεξουαλικά μεταδιδόμενη ασθένεια, αλλά και τις υπόλοιπες σε πολύ σημαντικά ποσοστά όπως, τους *μύκητες* 12% επίσης την *ηπατίτιδα* 12%, τα *κονδυλώματα* 11%, τη *χλαμύδα* 9%, σε ποσοστά αντίστοιχα 8% το *AIDS* και τη *βλεννόρροια* και 5% τη *σύφιλη*.

14.α. Έχετε κολλήσει κάποιο από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα;



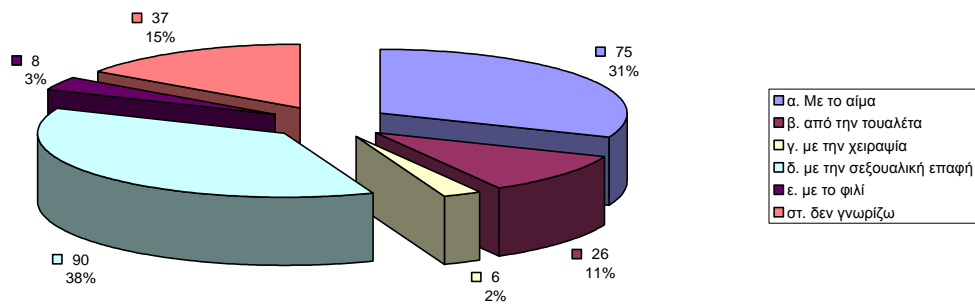
Η μεγάλη πλειοψηφία των ερωτώμενων δηλώνει ότι *δεν έχει κολλήσει σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα* (ποσοστό 93%), και απαντάει θετικά ένα ποσοστό της τάξης του 7%.

14.β. Αν ναι, ποιο από τα παρακάτω;



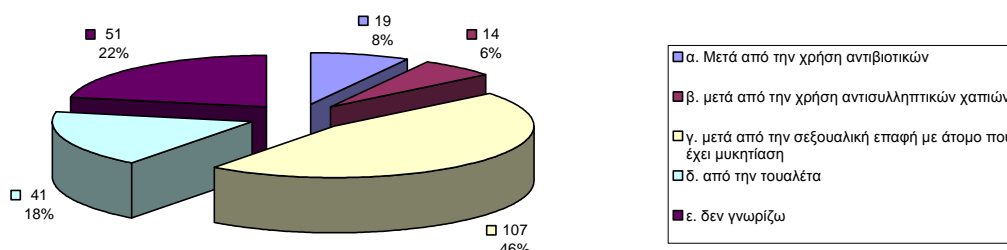
Από το ποσοστό του 7% που δήλωσαν ότι κόλλησαν κάποιο σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα, εξ αυτού το 52% (9 άτομα) αναφέρουν ότι κόλλησαν *μύκητες*, το 18% (3 άτομα) *κονδυλώματα*, το 12% (2 άτομα) *έρπη*, και σε ποσοστό 6% αντίστοιχα (από 1 άτομο) *ψωρίαση*, *ψείρες εφηβαίου* και *βλεννόρροια*.

15. Ποιος νομίζετε ότι είναι ο κυριότερος τρόπος μετάδοσης της ηπατίτιδας Β;



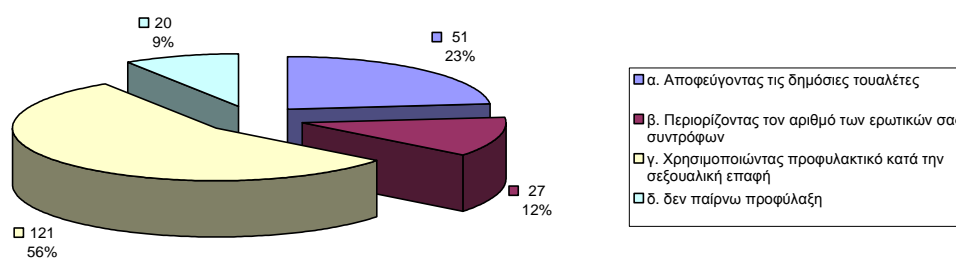
Αναφορικά με τον κυριότερο τρόπο μετάδοσης ηπατίτιδας Β το 36% αναφέρουν ότι μεταδίδεται κυρίως από τις *σεξουαλικές επαφές*, το 31% από το *αίμα*, το 15% απαντάει ότι *δεν γνωρίζει*, το 11% από την *τουαλέτα*, το 3% από το *φιλί* και το 2% μεταδίδεται κυρίως με τη *χειραψία*.

16. Πότε πιστεύετε πως παρουσιάζεται κυρίως η μυκητίαση των γεννητικών οργάνων;



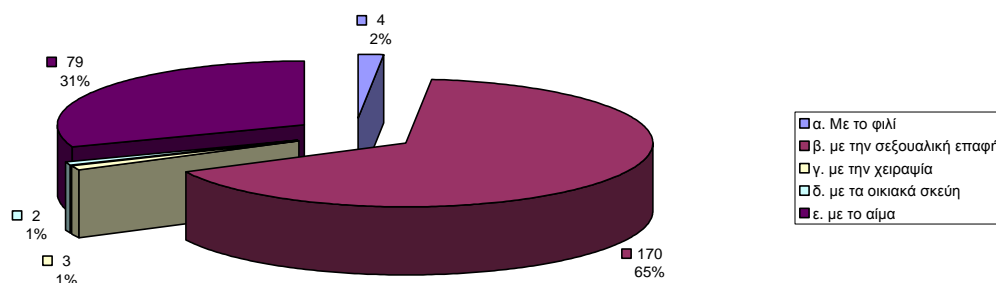
Το 46% πιστεύουν ότι η μυκητίαση των γεννητικών οργάνων παρουσιάζεται κυρίως μετά από τη σεξουαλική επαφή με άτομο που έχει μυκητίαση, το 22% δεν γνωρίζει, το 18% από την τουαλέτα, το 8% μετά από χρήση αντιβιοτικών και το 6% μετά από τη χρήση αντισυλληπτικών χαπιών.

17. Πως προφυλάσσετε τον εαυτό σας από την σύφιλη και την βλεννόρροια;



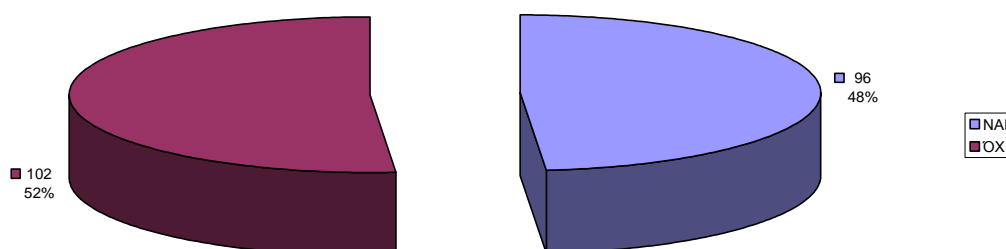
Οι περισσότεροι σε ποσοστό 56% προκειμένου να προφυλαχθούν από μόλυνση σύφιλης και βλεννόρροιας απαντούν ότι χρησιμοποιούν προφυλακτικό κατά τη σεξουαλική επαφή, το 23% αποφεύγουν τις δημόσιες τουαλέτες, το 12% περιορίζουν τον αριθμό των ερωτικών τους συντρόφων και το 9% δεν παίρνει προφύλαξεις.

18. Το AIDS μεταδίδεται κυρίως:



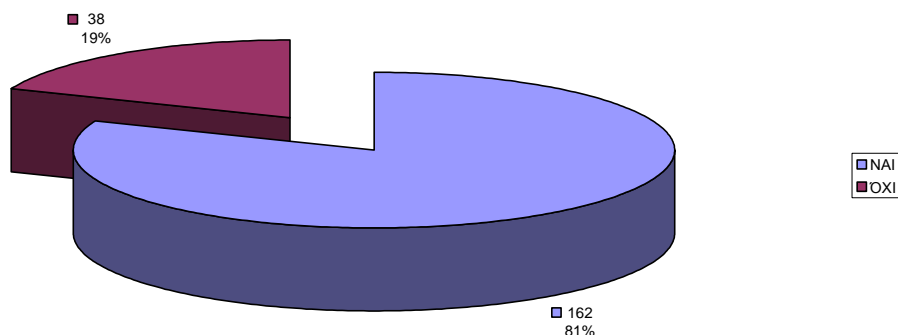
Οι περισσότεροι σε ποσοστό 65% θεωρούν ότι το AIDS μεταδίδεται από τη σεξουαλική επαφή, το 31% από το αίμα, το 2% από το φιλί, και 1% αντίστοιχα από τη χειραψία και τα οικιακά σκεύη.

19. Γνωρίζετε ότι άτομα που έχουν άλλα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο προσβολής από τον ιό HIV;



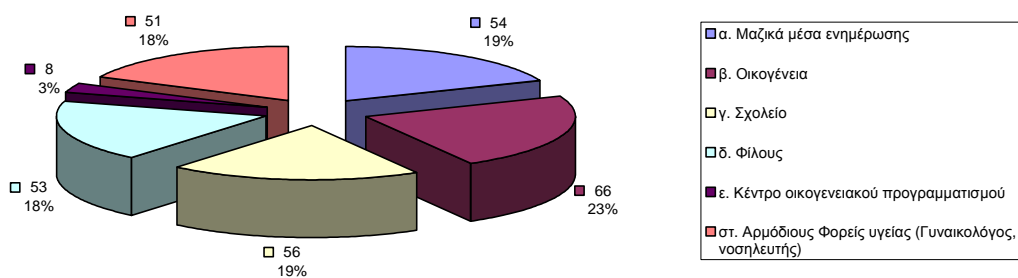
Το 52% των ερωτώμενων θεωρεί ότι άτομα που πάσχουν από κάποιο σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα *κινδυνεύουν περισσότερο* να μολυνθούν από τον ιό HIV σε αντίθεση με το 48% που απαντούν *αρνητικά*.

20.α. Γνωρίζετε κάποια μέτρα προστασίας που λαμβάνονται για την πρόληψη από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα;



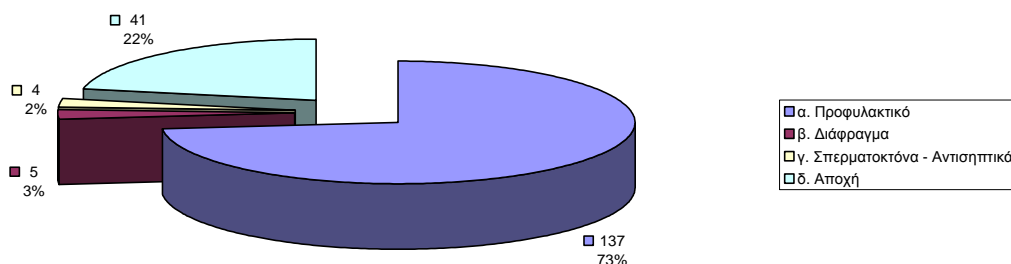
Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτώμενων ποσοστό 81% δεν γνωρίζει μέτρα προστασίας για την πρόληψη των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων και μόλις ένα μικρό ποσοστό της τάξης του 19% απαντάει ότι γνωρίζει.

20.β. Αν ναι, από πού έχετε ενημερωθεί;



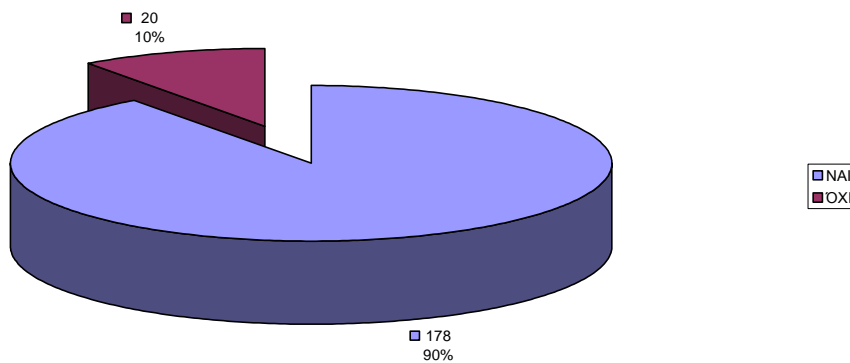
Το 23% απαντούν ότι ενημερώθηκαν από την οικογένεια, το 19% από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης και επίσης 19% από το σχολείο, το 18% από φίλους, το 18% επίσης από αρμόδιους φορείς υγείας (γυναικολόγους, νοσηλευτές) και το 3% από κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού.

21.α. Ποιο από τα μέτρα προφύλαξης χρησιμοποιείτε;



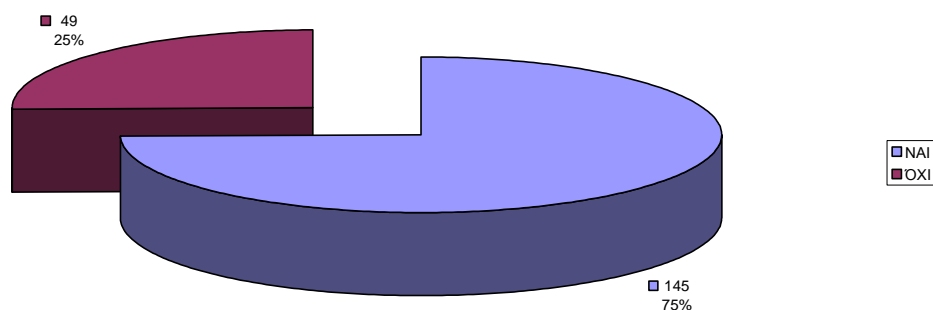
Το 73% ως μέτρο προφύλαξης χρησιμοποιεί το *προφυλακτικό*, το 22% δηλώνει *αποχή*, το 3% *διάφραγμα* και το 2% *σπερματοκτόνα αντισηπτικά*.

21.β. Πιστεύετε ότι η χρήση προφυλακτικών προστατεύει από την μετάδοση των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων;



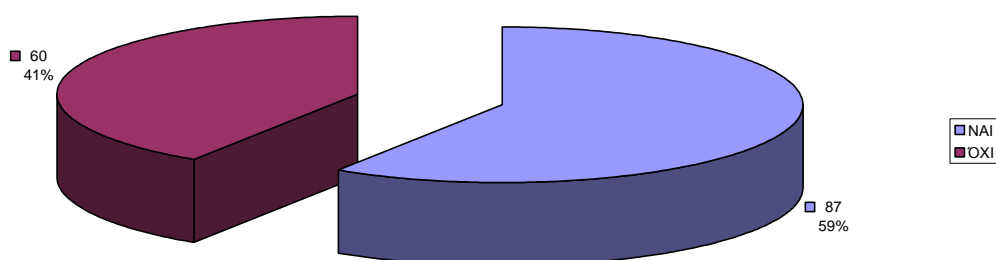
Σε ερώτηση αν προστατεύει το προφυλακτικό από τη μετάδοση σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων *ναι* απαντάει το 90% και *όχι* το 10%.

22. Πιστεύετε ότι το κολπικό σεξ χωρίς προφυλακτικό είναι δραστηριότητα υψηλού κινδύνου για την μετάδοση των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων;



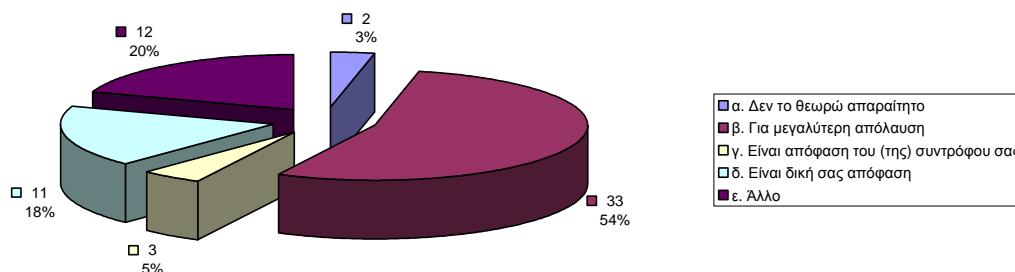
Οι περισσότεροι, ποσοστό 75%, πιστεύουν ότι το κολπικό σεξ χωρίς προφυλακτικό είναι δραστηριότητα υψηλού κινδύνου για την μετάδοση σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων και το 25% απαντάει αρνητικά.

23.α. Χρησιμοποιείτε σε κάθε σας ερωτική επαφή προφυλακτικό;



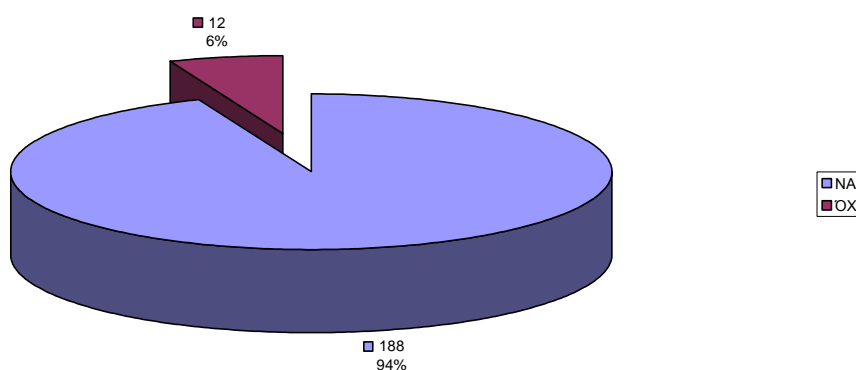
Οι περισσότεροι (59%) δηλώνουν ότι χρησιμοποιούν σε κάθε ερωτική τους επαφή προφυλακτικό, ενώ το 41% απαντούν αρνητικά.

23.β. Αν όχι, γιατί;



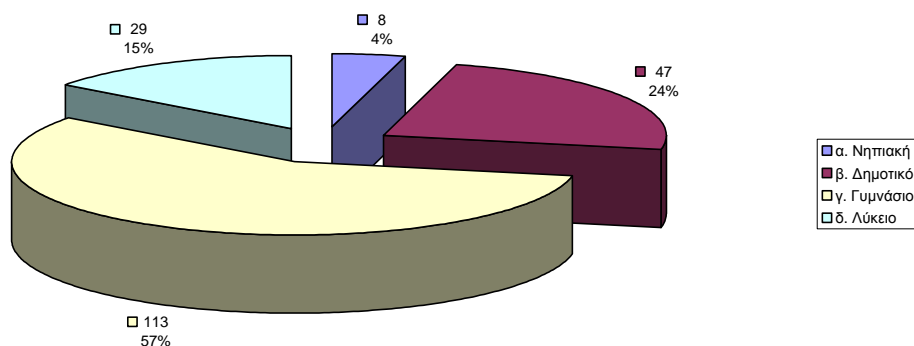
Από αυτούς που απάντησαν ότι δεν χρησιμοποιούν σε κάθε ερωτική επαφή προφυλακτικό δηλώνουν ως εξής: το 54% για *μεγαλύτερη απόλαυση*, το 18% ότι *είναι δική τους απόφαση*, το 5% είναι *απόφαση του συντρόφου τους*, το 3% *δεν το θεωρούν απαραίτητο* και το 20% επικαλείται *άλλο λόγο*.

24.α. Πιστεύετε ότι είναι αναγκαία η εφαρμογή μαθήματος σεξουαλικής αγωγής στα σχολεία;



Το 94% (συντριπτική πλειοψηφία) πιστεύει ότι το μάθημα σεξουαλικής αγωγής είναι *αναγκαίο στα σχολεία* σε αντίθεση με ένα μικρό ποσοστό της τάξης του 6% που *δεν το θεωρεί αναγκαίο*.

24.β. Αν ναι, σε ποια ηλικία πιστεύετε ότι πρέπει να εφαρμοστεί;



Οι περισσότεροι (57%) πιστεύουν ότι ένα τέτοιο μάθημα θα πρέπει να διδάσκεται στο γυμνάσιο, το 24% στο δημοτικό, το 15% στο λύκειο και το 4% στο νηπιαγωγείο.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ - ΠΟΡΙΣΜΑΤΑ

Από την ανωτέρω παράθεση των αποτελεσμάτων προκύπτει ότι:

Οι γυναίκες υπερέχουν των ανδρών με μικρή διαφορά και επίσης στην κατάταξη των ηλικιών από 12-18 και 19- 25 δεν υπάρχει επίσης αξιόλογη διαφορά.

Επίσης το 47% κατοικούν σε πόλη άνω των 10.000 κατοίκων, το 32% σε Αθήνα, Πειραιά και Θεσσαλονίκη, το 16% σε πόλη κάτω των 10.000 κατοίκων και το 5 % σε χωριό. Το επάγγελμα που επικρατεί στο πατέρα είναι ελεύθερος επαγγελματίας ενώ στη μητέρα οικιακά.

Η συνολική εικόνα που παρουσιάζεται από την έρευνα αυτή για την πρώτη ολοκληρωμένη σεξουαλική σχέση των νέων και εφήβων δείχνει ότι στην πλειοψηφία τους σε ποσοστό 31% αποκτούν την πρώτη τους ολοκληρωμένη σεξουαλική εμπειρία σε ηλικία κάτω των 15 ετών, το 30 % σε ηλικία μεταξύ 15-17 ετών, το 18% σε ηλικία μεταξύ 18-20 ετών, το 5% σε ηλικία άνω των 20 ετών και μόλις το 32% των ερωτηθέντων δεν έχει ολοκληρωμένη ερωτική επαφή. Σύμφωνα με στατιστικές από τις Ηνωμένες Πολιτείες υπάρχουν στοιχεία που αναδεικνύουν το πρόβλημα. Το 46% των κοριτσιών και το 48% των αγοριών της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης έχουν ήδη ολοκληρωμένες ερωτικές εμπειρίες. Η σοβαρότητα του προβλήματος αναδεικνύεται από στατιστικά στοιχεία των Κέντρων Ελέγχου και Πρόληψης των Ασθενειών(CDC).Το 2006 καταγράφηκαν 750.000 ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες σε εφήβους. Επίσης, το 50% του συνόλου των μεταδιδόμενων ασθενειών που καταγράφηκαν στις Ηνωμένες Πολιτείες ήταν μεταξύ των εφήβων. Μεταξύ αυτών υπήρξαν 1210 νέες περιπτώσεις μόλυνσης από τον ιό HIV και AIDS.

Ο αριθμός των ερωτικών συντρόφων είναι μικρότερος από 5 στο 41% του δείγματος και μεγαλύτερος από 5 στο 29%, γεγονός που υποδεικνύει ότι η εναλλαγή των ερωτικών συντρόφων δεν είναι αυξημένη και ότι ο μεγαλύτερος αριθμός των νέων έχει σταθερούς δεσμούς. Παρόμοιο εύρημα διαπιστώθηκε σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε από την Durex το 2001σε παγκόσμιο επίπεδο και στην οποία έλαβαν μέρος 18.000 άτομα από 28 διαφορετικές χώρες από όλο το κόσμο. Το ένα τρίτο περίπου των ατόμων που έλαβαν μέρος στην έρευνα δήλωσαν ότι παραμένουν πιστά σε ένα σύντροφο. Το 16% δήλωσε ότι έχει περισσότερους από 10 ερωτικούς συντρόφους. Επίσης, σε έρευνα που έγινε από την Εταιρεία Επιστημονικής Μελέτης της Σεξουαλικότητας(Society for the Scientific Study of Sexuality) και συμμετείχαν 170 μαθητές κολεγίου, δήλωσαν ότι μέχρι τη στιγμή της έρευνας οι περισσότεροι μαθητές είχαν 3 ερωτικούς συντρόφους ενώ το 30%δήλωσε ότι είχε 6 ή περισσότερους.

Η συχνότητα των επαφών είναι 1-2 φορές την εβδομάδα στο 30%. Κάθε μέρα και σπάνια το ποσοστό είναι το ίδιο στο 13%, ενώ 1-2 φορές το μήνα το ποσοστό φτάνει στο 12%. Το ποσοστό των ερωτηθέντων που δεν έχουν καθόλου ερωτικές επαφές αγγίζει το 32%. Σε παρόμοια έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο Κολοράντο και στη Καλιφόρνια από την Εταιρεία Επιστημονικής Μελέτης της Σεξουαλικότητας , οι νέοι δήλωσαν ότι είχαν κατά τον μήνα που είχε προηγηθεί της μελέτης 13 σεξουαλικές επαφές χωρίς να πάρουν καμιά προστασία, ενώ οι νέες δήλωσαν ότι είχαν 12 τέτοιες πράξεις.

Σε μια σειρά νοσημάτων που καταγράφηκαν στο ερωτηματολόγιο με στόχο να διαπιστωθεί αν γνωρίζουν ποιά από αυτά είναι ή όχι σεξουαλικά μεταδιδόμενα, το

35% απάντησε την ουρολοίμωξη, πράγμα που σημαίνει ότι αυτό το ποσοστό είναι ενημερωμένο σχετικά με το θέμα. Αξίζει όμως να σημειωθεί ότι ποσοστό 12% θεωρεί τους μύκητες και την ηπατίτιδα Β σαν μη σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, όπως επίσης το AIDS και τη βλεννόρροια σε ποσοστό 8%, γεγονός που ενισχύει ακόμη περισσότερο το πρόβλημα της ελλιπούς ενημέρωσης του πληθυσμού πάνω σε σημαντικά θέματα υγείας.

Σε ερώτημα για το αν γνωρίζουν ποιος είναι ο κυριότερος τρόπος μετάδοσης της ηπατίτιδας Β, το 36% των ερωτηθέντων υποστηρίζει με τη σεξουαλική επαφή, το 31% με το αίμα, ένα 11% από την τουαλέτα, ένα 3% από το φιλί, ένα 2% από τη χειραγία ενώ μόλις το 15% δε γνωρίζει. Άρα το 67% γνωρίζει και το 31% δε γνωρίζει. Όσον αφορά το τρόπο μετάδοσης της μυκητίασης των γεννητικών οργάνων, το 46% αναφέρει από τη σεξουαλική επαφή, το 22% δε γνωρίζει και το 18% από την τουαλέτα. Τα αποτελέσματα αυτά είναι τα αναμενόμενα καθώς οι περισσότεροι νέοι, παρά την ελλιπή ενημέρωση και πληροφόρηση, διαθέτουν τις στοιχειώδεις γνώσεις για τις πλέον πιο διαδεδομένες και γνωστές μεταδιδόμενες ασθένειες. Βάσει των παραπάνω γνώσεων, το 56% προφυλάσσει τον εαυτό του από τη σύφιλη και τη βλεννόρροια χρησιμοποιώντας προφυλακτικό, το 23% αποφεύγοντας τις δημόσιες τουαλέτες, το 12% περιορίζοντας τον αριθμό των ερωτικών συντρόφων ενώ το 9% δεν παίρνει μέτρα προφύλαξης. Στο τελευταίο αυτό ποσοστό συγκαταλέγονται και αυτοί που δεν έχουν σεξουαλικές σχέσεις.

Ένα πολύ σημαντικό ποσοστό (96%) γνωρίζει ότι η μετάδοση του ιού του AIDS γίνεται με τη σεξουαλική επαφή και με το αίμα, ενώ αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι το 25% του δείγματος πιστεύει ότι μεταδίδεται με το φιλί. Επίσης στο ερώτημα αν γνωρίζουν ότι άτομα που έχουν άλλα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο προσβολής από τον ιό HIV το 52% των ερωτηθέντων απάντησε θετικά ενώ το 48% αρνητικά. Ανησυχητικό είναι το εύρημα της έρευνας, που έγινε στο Κολοράντο και στη Καλιφόρνια από την Εταιρεία Επιστημονικής Μελέτης της Σεξουαλικότητας και στην οποία συμμετείχαν 170 μαθητές, το οποίο αναφέρει ότι οι περισσότεροι μαθητές δε θεωρούσαν ότι κινδύνευαν από τον ιό HIV που προκαλεί το AIDS ή από άλλες σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι από τα αγόρια το 80% δήλωσαν ότι δεν κινδύνευαν από το AIDS ενώ το 82% των κοριτσιών δήλωσαν ότι δεν κινδύνευαν από την ασθένεια αυτή.

Δυστυχώς φαίνεται ότι παρά τις προσπάθειες που γίνονται για διαφώτιση, ακόμη ένα μεγάλο ποσοστό νέων ανθρώπων, βάζουν τη ζωή τους σε κίνδυνο λόγω του ότι δεν παίρνουν τις απαραίτητες προφυλάξεις για έναν ασφαλή έρωτα. Στην έρευνά μας το 81% του δείγματος δηλώνει άγνοια ως προς τα μέτρα προστασίας που λαμβάνονται έναντι των κινδύνων που εγκυμονεί η πρόωγη έναρξη των σεξουαλικών σχέσεων, ενώ μόνο το 19% είναι ενημερωμένο στο πως να προστατεύεται λαμβάνοντας τα κατάλληλα προστατευτικά μέτρα για την προστασία και την διακοπή της μετάδοσης των διαφόρων νοσημάτων.

Στο ερώτημα για το τι αποτελεί τη βάση της πληροφόρησης το 23% των ερωτηθέντων αναφέρει την οικογένεια, το 19% τα Μ.Μ.Ε και το σχολείο, το 18% τους φίλους και τους αρμόδιους φορείς ενώ μόλις το 3% τα Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού. Οι καλές, ανοικτές σχέσεις επικοινωνίας με τα παιδιά, η σημασία που πρέπει να τους δίνεται όπως επίσης η δημιουργία ενός αρμονικού κλίματος που επιτρέπει στο παιδί να μιλά για τις δραστηριότητες του με τους γονείς του, βοηθούν στο μέγιστο στην αποτροπή δυσάρεστων τρόπων συμπεριφοράς και αποτροπής των πρόωγων σεξουαλικών σχέσεων. Τα ποσοστά της έρευνας μας έρχονται σε αντίθεση με αυτά της έρευνας που πραγματοποιήθηκε σε 1.000 σπουδαστές ηλικίας 17-21 ετών

από το Τ.Ε.Ι Επιστημών Υγείας Αθηνών και το οποίο παρουσιάστηκε στο 25^ο Παγκόσμιο Παιδιατρικό Συνέδριο. Σύμφωνα με αυτή, οι γνώσεις των σπουδαστών σχετικά με τις ερωτικές επαφές προέρχονταν από μαθήματα σεξουαλικής αγωγής σε ποσοστό 68,8%, από την οικογένεια σε ποσοστό 13,8%, το σχολείο σε ποσοστό 2,6 και από τους φίλους σε ποσοστό 9,7%.

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων με ποσοστό 73% δήλωσαν ότι χρησιμοποιούν το προφυλακτικό ως μέτρο προστασίας, το 22% την αποχή ενώ το 5% το διάφραγμα και τα σπερματοκτόνα. Παρ' όλα αυτά όμως, το 41% δεν χρησιμοποιεί σε κάθε ερωτική επαφή προφυλακτικό, είτε λόγω μεγαλύτερης απόλαυσης είτε λόγω ατομικής τους απόφασης ή του/της συντρόφου, όπως δηλώνουν. Η έρευνά μας, συνάδει με την παγκόσμια έρευνα που έγινε από την Durex για το 2001, στην οποία έλαβαν μέρος 18.000 άτομα από 28 διαφορετικές χώρες από όλο το κόσμο και στην οποία το 30% των νέων ηλικίας 16-25 ετών έχουν κάνει σεξ χωρίς καμία προστασία τουλάχιστον με ένα νέο σύντροφο κατά τους τελευταίους 12 μήνες της έρευνας. Για τα άτομα πάνω από 45 ετών το ποσοστό αυτό ανέρχεται στο 7%. Επίσης, τα στατιστικά δεδομένα των Κέντρων Ελέγχου και Πρόληψης των Ασθενειών(CDC) δείχνουν ότι οι έφηβοι και ιδιαίτερα παιδιά κάτω των 15 ετών που εμπλέκονται σε σεξουαλικές εμπειρίες, χρησιμοποιούν με χαμηλότερη συχνότητα προφυλακτικά και παρουσιάζουν πιθανότητες να έχουν πέραν του ενός σεξουαλικού συντρόφου.

Τέλος, ερευνώντας την αναγκαιότητα έναρξης μαθήματος σεξουαλικής αγωγής στα σχολεία, διαπιστώσαμε ότι η πλειοψηφία των ερωτηθέντων με ποσοστό 94% θεωρεί απαραίτητη την έναρξη ενός τέτοιου μαθήματος στα σχολεία και μάλιστα ήδη από το Γυμνάσιο(57%), ακολουθεί το Δημοτικό με ποσοστό 24% και τέλος το Λύκειο με 15%.

Το μάθημα της σεξουαλικής αγωγής δεν οδηγεί σε αύξηση της σεξουαλικής δραστηριότητας στους μαθητές. Το γεγονός ότι κατά τη διάρκεια των μαθημάτων που αφορούν τη σεξουαλική αγωγή συζητούνται και αναλύονται με λεπτομέρεια θέματα που έχουν σχέση με την αναπαραγωγή και την σεξουαλική επαφή, θα μπορούσε να δημιουργήσει τη σκέψη ότι πιθανόν με αυτόν το τρόπο ίσως να προωθείται και ν' αυξάνεται η σεξουαλική δραστηριότητα των μαθητών. Όμως μια μελέτη, η οποία έρχεται από το Κολοράντο και τη Καλιφόρνια και η οποία πραγματοποιήθηκε από την Εταιρεία Επιστημονικής Μελέτης της Σεξουαλικότητας, δείχνει ότι αυτό το πράγμα δεν συμβαίνει στη πραγματικότητα. Συμμετείχαν 170 μαθητές κολεγίου, οι οποίοι απάντησαν σε ένα ερωτηματολόγιο που αξιολογούσε ένα μεγάλο αριθμό θεμάτων σχετικά με τη σεξουαλικότητά τους. Από τα αποτελέσματα της έρευνας φάνηκε ότι, για τους περισσότερους μαθητές, ήταν η πρώτη φορά που είχαν ένα ολοκληρωμένο μάθημα για την ανθρώπινη σεξουαλικότητα. Λιγότερο από το 10% των μαθητών είχαν σεξουαλική διαπαιδαγώγηση ή μέση εκπαίδευση. Και αυτό παρά το γεγονός ότι οι περισσότεροι άρχισαν να έχουν ενεργό σεξουαλική ζωή από την ηλικία των 16 ετών.

Επίσης, ενδιαφέρουσα είναι και η έρευνα που παρουσιάστηκε από το πανεπιστήμιο του Τέξας, και η οποία εξέτασε τις αλλαγές στις γνώσεις, προσεγγίσεις και συμπεριφορές των εφήβων πριν και μετά από ένα πρόγραμμα σεξουαλικής αγωγής το οποίο διενεργήθηκε από γιατρούς και επιστήμονες ακαδημαϊκού ιατρικού κέντρου. Έλαβαν μέρος 26.125 μαθητές σχολείων μέσης εκπαίδευσης και συμμετείχαν σε πρόγραμμα 2 εβδομάδων. Τα ευρήματα από αυτή την έρευνα είναι διαφωτιστικά, καθώς μαθητές όλων των τάξεων βρέθηκαν να έχουν βελτίωση όσον αφορά στις γνώσεις τους σχετικά με τη σεξουαλική ζωή. Επίσης, πριν από το πρόγραμμα 84% των μαθητών δήλωναν ότι θα περίμεναν μετά το τερματισμό της φοίτησης τους στο δευτεροβάθμιο σχολείο για να κάνουν σεξ. Μετά το πρόγραμμα το ποσοστό αυτό

ανήλθε στο 87%. Βλέπουμε λοιπόν ότι ένα πρόγραμμα σεξουαλικής αγωγής που διενεργείται από κατάλληλους εξειδικευμένους επαγγελματίες, έχει τη δυνατότητα να αυξάνει τις γνώσεις των εφήβων για το σεξ και να βελτιώνει τις πιθανότητες αποφυγής του σεξ κατά την εφηβική ηλικία. Πρέπει να τονίσουμε ότι μέχρι σήμερα καμία μελέτη δεν έδειξε ότι τα μαθήματα σεξουαλικής αγωγής κάνουν τους μαθητές να είναι περισσότερο ενεργοί όσον αφορά τη σεξουαλική ζωή. Αντίθετα, κατάλληλη διαπαιδαγώγηση δίνει στα παιδιά και στους νέους τα σωστά μηνύματα, τα εφοδιάζει με γνώσεις για όλη τους τη ζωή, τα προστατεύει από πολλούς κινδύνους και τους επιτρέπει να κάνουν επιλογές για μια σωματικά και ψυχικά υγιή ζωή.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Τα κυριότερα συμπεράσματα που διεξάγονται από την ερευνητική εργασία είναι τα εξής:

- Παρατηρήθηκε προς το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων έχουν πρώιμη έναρξη σεξουαλικών σχέσεων γεγονός που αυξάνει το ενδεχόμενο λάθους επιλογής ερωτικού συντρόφου και προφύλαξης από τα ΣΜΝ.
- Διαπιστώθηκε ότι η πλειοψηφία των ερωτηθέντων αποφεύγει την εναλλαγή ερωτικών συντρόφων με αποτέλεσμα να διατηρούν σταθερούς δεσμούς γεγονός που ενισχύει την προφύλαξη από τα ΣΜΝ.
- Μεγάλο ποσοστό των ερωτηθέντων δηλώνει άγνοια για τα μέτρα προστασίας από τα ΣΜΝ, ενώ η οικογένεια, το σχολείο, ο οικογενειακός προγραμματισμός και οι αρμόδιοι φορείς συμμετέχουν ελάχιστα στην πληροφόρηση για τα ΣΜΝ.
- Η χρήση του προφυλακτικού από ένα σημαντικό ποσοστό νέων είναι παρήγορη γιατί δηλώνει ότι ξέρουν να προφυλάσσονται από τα ΣΜΝ.
- Διαπιστώνεται ελλιπής ενημέρωση και άγνοια για σεξουαλικές μεταδιδόμενες ασθένειες από μεγάλο ποσοστό των ερωτηθέντων.
- Τέλος παρατηρήθηκε η αναγκαιότητα έναρξης σεξουαλικής αγωγής στα σχολεία και μάλιστα σε μικρή ηλικία.

Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω θα θέλαμε να προτείνουμε τα εξής:

ØΚύριο όπλο για την πρόληψη είναι η γνώση για την προστασία από τα νοσήματα αυτά. τα προφυλακτικά θεωρείται απαραίτητο μέσο για την πρόληψη από τη μετάδοση των σεξουαλικώς μεταδιδόμενων νοσημάτων και συνίσταται η χρήση του σε κάθε σεξουαλική επαφή.

ØΔιεξαγωγή τακτικού εργαστηριακού ελέγχου ειδικότερα σε άτομα με πολλαπλούς ερωτικούς συντρόφους

ØΝα αποφεύγετε η συχνή εναλλαγή ερωτικών συντρόφων

ØΝα αποφεύγετε η πρώιμη έναρξη σεξουαλικών σχέσεων

ØΕισαγωγή μαθήματος σεξουαλικής αγωγής στα σχολεία για την ενημέρωση και πρόληψη των μαθητών.

ØΗ διαπαιδαγώγηση να γίνεται πρώτα στους γονείς, κυρίως με ομιλίες, κι έπειτα στα παιδιά έτσι ώστε να είναι σε θέση να μιλούν στ παιδιά τους με τον ίδιο τρόπο που μιλούν και για άλλα θέματα.

ØΘα πρέπει η πολιτεία να αναγνωρίσει την έλλειψη πληροφόρησης των νέων και να παρέμβει δραστικά με την εκπαίδευση ειδικών εκπαιδευτικών προγραμμάτων που αφορούν τη γενετήσια αγωγή.

ØΤα Μ.Μ.Ε πρέπει να αφιερώνουν περισσότερο χρόνο για εκπομπές αγωγής υγείας που θα προάγουν την ενημέρωση και την πρόληψη από τα ΣΜΝ.

ØΜια επιστημονική εταιρεία θα μπορούσε να επιφορτιστεί με το έργο της σεξουαλικής αγωγής η οποία θα παρέχει την επιμόρφωση με κύκλο μαθημάτων και στη οποία θα μπορούσαν να συμμετέχουν εκπαιδευτικοί, ιατροί, ψυχολόγοι, και άτομα επαγγελματιών υγείας

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός:

Η παρούσα ερευνητική εργασία έχει ως σκοπό την διερεύνηση αντιλήψεων και γνώσεων εφήβων και νέων πάνω σε θέματα σεξουαλικής αγωγής και στα ΣΜΝ.

Υλικό-Μέθοδος:

Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 202 μαθητές γυμνασίου, μαθητές λυκείου και φοιτητές ηλικίας 12-25 ετών.

Η συλλογή των πληροφοριών πραγματοποιήθηκε με τη συμπλήρωση ανώνυμου ερωτηματολογίου που περιείχε ερωτήσεις ανοιχτού και κλειστού τύπου. Για την στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε η περιγραφική δειγματοληπτική μέθοδος με τη χρήση ερωτηματολογίου στα πλαίσια της ποσοτικής εμπειρικής έρευνας.

Αποτελέσματα:

Από τα αποτελέσματα της μελέτης προέκυψε ότι οι γυναίκες υπερέχουν σε ποσοστό 56% έναντι των ανδρών που είναι 44%. Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (68%) έχουν ερωτικές επαφές, ενώ το 32% δεν έχουν ερωτικές επαφές.

Το 41% των ερωτηθέντων δήλωσαν ότι έχουν λιγότερους από πέντε ερωτικούς συντρόφους.

Ένα σημαντικό ποσοστό των ερωτηθέντων (65%) δήλωσε ασθένειες όπως: ηπατίτιδα, κονδυλώματα, AIDS δεν είναι σεξουαλικές μεταδιδόμενες, λόγω της ελλιπής πληροφόρησής.

Ένα συντριπτικό ποσοστό (93%) έχει απαντήσει ότι δεν έχει κολλήσει κάποιο ΣΜΝ.

Το υψηλότερο ποσοστό (81%) του δείγματος δήλωσε ότι δεν γνωρίζει ποια μέτρα προστασίας λαμβάνονται για τα ΣΜΝ και αυτό φαίνεται κυρίως από την μα συμμετοχή αρμόδιων φορέων και κέντρων οικογενειακού προγραμματισμού στα θέματα αυτά.

Το 73% των ερωτηθέντων δήλωσε ως μέσο προφύλαξης το προφυλακτικό, παρόλα αυτά όμως το 41% δεν χρησιμοποιεί σε κάθε ερωτική επαφή προφυλακτικό.

Το 94% δήλωσε ότι είναι αναγκαία η εισαγωγή μαθήματος σεξουαλικής αγωγής στα σχολεία.

Συμπεράσματα:

Η πρώιμη έναρξη των σεξουαλικών σχέσεων, η ελλιπής πληροφόρηση και η άγνοια οδηγεί στην αύξηση των σεξουαλικών μεταδιδόμενων νοσημάτων.

SUMMARY

Purpose

The present research work aims to study the perception and knowledge of teenagers and young people regarding subject of sexual education and sexually transmitted diseases.

Sample & method

The study group is constituted by 202 pupils from junior high school and high school and students between 12-25 years of age. The necessary information was collected through a questionnaire filled anonymously which included both open and closed questions. A descriptive randomized method was used for the statistical analysis using a questionnaire in the framework of qualitative research.

Results:

The results of the study showed that women 56% overpass man 44% .The majority of the questioned (68%) has sexual contacts while 32% do not have sexual contacts 41% of the questioned declared to have less then 5 sexual partners. An important percentage of the questioned (65%) declared that diseases as: Hepatitis, condyloma, AIDS are not sexually transmitted diseases due to a gap of information. An impressive percentage (93%) answered that had not been infected by a sexually transmitted disease. The highest percentage (81%) of the sample declared not to know which precautions are taken to prevent sexually transmitted diseases. This fact is seen mainly from the low participation in the centers for family planning and other competent institutions, 73% of the questioned pointed out the condom as a mean of prevention nonetheless 41% does not use it in every sexual contact .94% declared that including sexual education in the school program is nowadays a necessity.

Conclusions

The early start of sexual relations, the lack of information and ignorance leads to an increase of the sexually transmitted diseases.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αγγελής Π. και συν *Ετεροφυλική σεξουαλική μετάδοση του ιού της ηπατίτιδας* Ιατρική, Τεύχος 5. Τόμος 67 Εκδόσεις Εταιρείας Ιατρικών Σπουδών. Αθήνα 1995. σελ:492-493

Αναγνωστόπουλος Α. και Παπαδόπουλος Λ. *Οικογενειακός ιατρικός οδηγός*. Επίτομος. Εκδόσεις University Studio Press. Θεσσαλονίκη 2004. σελ:243-279, 505-555

Ανδριώτης Κ. *Ποσοτική έρευνα και ανάλυση δεδομένων με SPSS*. Εκδόσεις Κλειδάριθμος. Αθήνα 2003.

Αρσένη Α. *Κλινική μικροβιολογία και εργαστηριακή διάγνωση λοιμώξεων*. Τόμος Ι. Έκδοση 4^η Εκδόσεις Ζήτα. Αθήνα 1994. σελ:188-197

Αρσένη Α. *Κλινική Μικροβιολογία και εργαστηριακή διάγνωση λοιμώξεων*. τόμος ΙΙ Έκδοση 4^η Εκδόσεις Ζήτα Αθήνα 1994, σελ:730-733

Αυγουστής Ν. *Όλα για την υγεία –Πρακτική οικογενειακή ιατρική*. Τόμος Ι. Εκδόσεις Πολίτη Κ. Αθήνα 2002, σελ:10-15, 160-168

Αυγουστής Ν. *Όλα για την Υγεία –Πρακτική οικογενειακή ιατρική* τόμος ΙΙ Εκδόσεις Πολίτη Κ. Αθήνα 202, σελ:4-7 , 50-53

Βαϊδάκης Ν. και συν. *Σεξουαλική συμπεριφορά σε αντιπροσωπευτικό δείγμα Αθηναϊκού πληθυσμού*. Ιατρική Τεύχος 4. Τόμος 76. Εκδόσεις Εταιρείας Ιατρικών Σπουδών. Αθήνα 199.σελ:362

Baldwin D. *Οδηγός αγωγής υγείας*. Μετάφραση-Επιμέλεια Μαργαριτίδου Β. και Λειβαδίτη Β. Επίτομος Εκδόσεις Λίτσας Αθήνα 1996. σελ:232-237

Γαρδίκας Κ. *Ειδική Νοσολογία* . επίτομος. Εκδόσεις Παρισιάνος Αθήνα 2005. 6:13, 82,153

Γεωργίου Σ. και Μοναστιρλή Α. *Αλλοιώσεις δέρματος και βλεννογόνων σε λοιμώξεις από HIV και AIDS*. Επίτομος εκδόσεις Παρισιάνος Αθήνα. 1993.σελ:99-101, 115-117

Cohen L. και Manion L. *Μεθοδολογία εκπαιδευτικής έρευνας*. Εκδόσεις Έκφραση. Αθήνα 1997.

Δετοράκης Γ. *Οικογενειακός Προγραμματισμός*. Επίτομος. Έκδοση 5^η Εκδόσεις Πατάκη. Αθήνα 1997.σελ:25-27, 54-58

Δετοράκης Ι. *Βασικές αρχές της υγιεινής*. Επίτομος . εκδόσεις Παρισιάνος. Αθήνα 2003, σελ:44-54, 73-88

Δετοράκης Ι. *Βλεννόρροια –Σύφιλη AIDS*-Επίτομος Εκδόσεις Students Edition Ανδρέα Βούλγαρη Πάτρα. 1987.σελ:142

Δετοράκης Ι. και Κουτσούμπα Δ. *AIDS. Κέντρο Ελέγχου Aids Ν.Δ. Ελλάδος και εργαστήριο υγιεινής Πανεπιστημίου Πατρών*. Πάτρα 1992 σελ:10-17

Δημητρακόπουλος Γ. *Ιατρική Βακτηριολογία*. Επίτομος , εκδόσεις Πασχαλίδη. Αθήνα. 1993, σελ:69-70, 133-135, 169-177

Gulanick M. και συν. *Μαιευτική και γυναικολογική –Νοσηλευτική φροντίδα*. Μετάφραση Καραχάλιος Γ. Επίτομος. Εκδόσεις Ελλην. Αθήνα 2003. σελ:151-167

Guyton Γ. *Φυσιολογία του ανθρώπου*. Μετάφραση Ευαγγέλου Α. επίτομος. Έκδοση Sn. Εκδόσεις Λίτσας 2004.σελ:965

Εγκυκλοπαίδεια *Δομή* . Τόμος 5 Εκδόσεις Δομή Αθήνα 2005

Εγκυκλοπαίδεια *Δομή* Τόμος 9 Εκδόσεις Δομή Αθήνα 2005 σελ:428-429

Εγκυκλοπαίδεια *Υγεία*. Τόμος III . Εκδόσεις Δομική. Αθήνα. 1987 σελ:407- 412

Ζωγραφάκης Γ. *Αφροδίσια νοσήματα –Οδοιπορικό και μνήμες*. Επίτομος. Εκδόσεις Αρχιπέλαγος. Αθήνα 2000. σελ:13, 250-252, 404-415

<http://www.ert.gr/ygeia/details.asp?id=so&catid=3116>

<http://www.iatronet.gr/article.aso?art id:328>

<http://www.iatronet.gr/newsartide.asp?arti id=3355>

<http://www.in.gr/news/article.asp?ingEntityID=751183>

<http://www.medlook.net/article.asp?item id=2561>

<http://el.wikipedia.org/wiki%2008>)

http://users.fortunet.gr/athkatrinis/ΝΟΣΗΜΑΤΑ.σεξουαλικά_μεταδιδόμενα_νοσήματα. Η πραγματικότητα. Κατρίνης Μ. 2008

Ιατράκης Γ. *Οικογενειακός Προγραμματισμός*. Επίτομος Εκδόσεις Δεσμός. Αθήνα 2002. σελ: 95-101, 76-85

Καλκάνη –Μπουσιάκου Ε. *Γενική Μικροβιολογία*-Επίτομος. Έκδοση 2^η Εκδόσεις Ελλην. Αθήνα 2001 σελ:245-246, 264-266, 270-279

Καλογερόπουλος Α. *Γυναικολογία*. Επίτομος Εκδόσεις University Studio Press. Θεσσαλονίκη 1996. σελ:574-578, 587-590, 601-615

Καπετανάκης Ι. *Έγχρωμη δερματολογία*. Επίτομος εκδόσεις Παρισιάνος Αθήνα 1987, σελ:51-52, 63

Καποτάς Μ. *Παθογόνα μικρόβια και λοιμώξεις*. Επίτομος. Αθήνα. 2003, σελ:122-139, 148-171

Καραμπέκιος Σ. και Hesslinh J. *Εκδηλώσεις από το κεντρικό νευρικό σύστημα στο σύνδρομο επίκτητης ανοσοποιητικής ανεπάρκειας* . ιατρική τεύχος 2. τόμος 70 εκδόσεις Εταιρείας Ιατρικών Σπουδών. Αθήνα. 1996. σελ:141

Καρανικόλας Γ. και Σφηκάκης Π. *Σύνδρομο επίκτητης ανοσοανεπάρκειας και νεκρωτική αγγειίτιδα*. Τεύχος 3 τόμος 64. Εκδόσεις Εταιρείας Ιατρικών Σπουδών. Αθήνα 1993. σελ:252

Κονδάκης Ξ. *Στοιχεία υγιεινής και επιδημιολογίας*. Επίτομος Πάτρα 1992. σελ:287-295

Κρεατσάς Γ. *Σεξουαλική αγωγή και οι σχέσεις των δύο φύλων*. Επίτομος έκδοση δεύτερη. Εκδόσεις ελληνικά γράμματα. Αθήνα. 2003. σελ :21-29, 175-193

Κυριαζή Ν. *Η κοινωνιολογική έρευνα-κριτική επισκόπηση των μεθόδων και των τεχνικών*. Εκδόσεις Ελληνικές Επιστημονικές. Αθήνα 1998.

Kaminester L. *Σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα*. Μετάφραση Επιμέλεια Στρατηγός Ι. Επίτομος. Εκδόσεις Wellcome. Αθήνα 2005, σελ:10-30

Katsambas A και Lotti T. *Ευρωπαϊκός οδηγός-Θεραπευτική των δερματικών νοσημάτων*. Μετάφραση Κατσάμπας Α. και Νικολαΐδου Η. Επίτομος Έκδοση Παρισιάνος. Αθήνα, 2005, σελ:185-191, 335-367, 591-598, 625-629

Λουρίδας Κ. και Βιτωράτος Ν. *Χλαμυδιακές λοιμώξεις γεννητικών οργάνων, γυναικών*. Γαληνός Τεύχος 1^ο Τόμος 40^{ος} Ιατρικές Εκδόσεις Πάτρα 1998. σελ:23-30

Λώλης Δ. *Γυναικολογία και Μαιευτική* . τόμος Ι. έκδοση 2^η εκδόσεις Παρισιανός Αθήνα 2004. σελ:241-272

Lippert H. *Ανατομική*. Μετάφραση Νηφόρας Ν. Επίτομος, έκδοση Sn. Εκδόσεις Παρισιανός, Αθήνα. 1993. σελ.332-336

Llabif T. *Δερματικά νοσήματα-Διάγνωση και θεραπεία*, Μετάφραση –Επιμέλεια Κατσάμπας Α. Επίτομος –Εκδόσεις Παρισιανός Αθήνα. 2001, σελ:133-149

Llewelly- Jones D. *Σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες*. Καββαδία Μ. Επίτομος, Εκδόσεις Λύχνος, Αθήνα, 1992.σελ:72-87, 90-104, 117-129

Μάνος Ν. *Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής*. Επίτομος. Εκδόσεις University Studio Press. Θεσσαλονίκη 1997. σελ:734-738

Μάνος Ν. *Στοιχεία δερματολογίας για αναισθητους*. Επίτομος Εκδόσεις Ελλην. Αθήνα 1998, σελ:55-57

Μαραγκός Γ. *Εφηβική ιατρική-Βασικά θέματα και αρχές*. Επίτομος –Εκδόσεις Λίτσας Αθήνα,1996. σελ:210-223

Μαρτζάνος Ε. *Η στρατηγική της πρόληψης στο AIDS. ΙΑΤΡΙΚΑ Χρονικά*. Τεύχος 10. τόμος 21. εκδόσεις Μωραΐτου Σιδέρη Ε. Αθήνα. 1998. σελ:457-461

Μιτάκης Μ. *Αντιμετωπίζοντας τον ασθενή με λοίμωξη του γεννητικού συστήματος. Φαρμακευτικός κόσμος*. Τεύχο;108 Αθήνα. 2007. 6:51

Μπαλαμώτης Α, και Κυριακής Π. *Επιδημιολογία της HPV λοίμωξης των γεννητικών οργάνων. Ιατρικά χρονικά* Τεύχος 10^ο Τόμος 22^{ος}. Εκδόσεις Μωραΐτου του Σιδέρη Ε. Πάτρα 1996. σελ: 497-501

Mengert T. και συν. *Εγχειρίδιο επείγουσας θεραπευτικής* Μετάφραση Δαμιανός Α. και συν. Επίτομος. Έκδοση 4^η Εκδόσεις Πασχαλίδη Αθηνά. 2000 σελ:580-595

Νούλα Μ. και Θεοδοσοπούλου –Ευθυμό Ε. *Ηπατίτιδα Β. Επιδημιολογία-ανοσοπροφύλαξη –Νοσηλευτική*. Τεύχος 4^ο Τόμος 40^{ος} Εκδόσεις Παπαδαντωνάκη Ασπασία Αθήνα. 2001. σελ:15-20

Ντολάτζας Θ. *Ερωτας και σεξ*. Επίτομος. Εκδόσεις Λίγκας.Αθήνα.2005-σελ:151-175,182-184

Ντολάτζας Θ. *Ο γιατρός συμβουλεύει ...* Τόμος IV Εκδόσεις Λίγκας books. Αθήνα 2001, σελ: 687-692

Ντολάτζας Θ. *Ο γιατρός συμβουλεύει...* Τόμος II. Εκδόσεις Λίγκας books. Αθήνα 2001. σελ :259-261

Ντολάτζας Θ. *Ο γιατρός συμβουλεύει....* Τόμος I. Εκδόσεις Λίγκας books Αθήνα 2001, σελ: 44-48

Ντουράκης Σ. *Νεότερα νουκλεοσιτιδικά ανάλογα στη θεραπεία της χρόνιας ηπατίτιδας Β*. Ιατρική Τεύχος 2^ο Τόμος 83. εκδόσεις εταιρείας ιατρικών σπουδών. Αθήνα 2003, σελ:112

Nie M. και Mc Ewen M. *Κοινωνική νοσηλευτική* Μετάφραση Σακοράφας Γ. Τόμος II Έκδοση 3^η Εκδόσεις Λάγος Δημήτριος. Αθήνα 2001. σελ:594-596, 611-614

Παπαδημητρίου Χ. *Γυναικολογία* Επίτομος . εκδόσεις Καύκος Αθήνα 2006 .σελ:8-11,66-85,167

Παπαευαγγέλου –Κορκότζελου Ε. *Εμπειρία και δραστηριότητα στην Ελλάδα –τι νεότερο στο AIDS-αμφιλεγόμενες απόψεις και προβληματισμοί*. 3^ο Πανελλήνιο συνέδριο AIDS. Εκδόσεις Βήτα. 1991. σελ:55-57

Παπανικολάου Ν. και Παπανικολάου Α. *Γυναικολογία* .Επίτομος – Έκδοση 3^η. Εκδόσεις Παρισίανος . Αθήνα. 2005. σελ:198-204, 332-333

Παπαρίζος Α. και Κυριακής Κ. *Πρόληψη και μέτρα προστασίας από τα ΣΜΝ*. Επίτομος. Εκδόσεις Παρισιανού. Αθήνα 2003, σελ:3-45

Σαχίνη-Καρδάση Α. *Μεθοδολογία έρευνας-εφαρμογές στο χώρο της υγείας*. Εκδόσεις Βήτα. Αθήνα 2000.

Σαχίνη-Καρδάση Α. και Πάνου Μ. *Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική* . Τόμος III Έκδοση 2^η Εκδόσεις Βήτα. Αθήνα 2004. σελ:148-152

Στρατηγός Ι. και Λάσκαρης Γ. *AIDS – εκδηλώσεις στο δέρμα κα στο στόμα*. Επίτομος Εκδόσεις Ζήτα. Αθήνα 1996, σελ:52-61, 99

Στρατηγός Ι. και συν. *Μαθήματα δερματολογίας και αφροδισιολογίας*. Επίτομος εκδόσεις Παρισιάνος Αθήνα 1985. σελ:131-133, 158-161

Στρατηγός Ι. *Αφροδισιολογία*. Επίτομος. Εκδόσεις Παρισιάνος, Αθήνα. 2004. σελ:141-165, 225-255, 311-333, 345-358, 385-388

Schroeder S. και συν. *Σύγχρονη διαγνωστική και θεραπευτική*. Μετάφραση – επιμέλεια Χατζημηνάς Ι. τόμος Ι. Εκδόσεις Παρισιανός. Αθήνα 1994, σελ:820-823

Smith T. *Μεγάλος ιατρικός οδηγός*. Τόμος ΙΙ Εκδόσεις Γιαλλέλη. Αθήνα 1987.σελ:798-802

Ταντανάσης Θ. και συν. *Σεξουαλική Διαπαιδαγώγηση –Προϋποθέσεις για την εφαρμογή της*. *Εφηβική Γυναικολογία –αναπαραγωγή και εμμηνόπαυση*. Τεύχος 2 Τόμος 9 εκδόσεις Ελληνικής Εταιρείας Παιδικής κα Νεανικής Γυναικολογίας. Αθήνα 1997. σελ:11-114

Τοκμακίδης Π. *Μαιευτική και γυναικολογία* .Επίτομος. Εκδόσεις κυριακίδη.Θεσσαλονίκη.1999.σελ: 17-20,208

ΤριχοπούλουΑ. Και Τριχόπουλος Δ. *Προληπτική Ιατρική*. Επίτομος Εκδόσεις Παρισιάνος Αθήνα, 1986.σελ:212-215

Τσακρακλίδης Β. *Βασική ανατομική*. Επίτομος. Έκδοση 3^η. Έκδοση βήτα. Αθήνα . 1999 . σελ. 198-208

Farthing C. και συν. *Έγχρωμος Άτλας για το AIDS και τη νόσο HIV*. Επίτομος Έκδοση 2^η Εκδόσεις Ελευθερουδάκης. Αθήνα 1988. σελ:27, 91-92

Τόμος ΙΙ. Εκδόσεις Πασχαλίδης. Αθήνα 2003. σελ: 964- 1019

Weston T. *Άτλας ανατομική*. Μετάφραση Σοκοδήμας Α. Επίτομος. Εκδόσεις Κισσός . Αθήνα. ,1992,σελ :131-137

Χατζής Ι. *Βασική δερματολογία-αφροδισιολογία* . τόμος Εκδόσεις Λίτσας. Αθήνα
1994.σελ:507-515, 525-531

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΜΕ ΘΕΜΑ:

ΓΝΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΕΦΗΒΩΝ ΚΑΙ ΝΕΩΝ ΗΛΙΚΙΑΣ 12-25 ΕΤΩΝ ΣΕ ΟΤΙ ΑΦΟΡΑ ΤΑ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

1.ΦΥΛΟ: Άρρεν ___ Θήλυ ___

2.Ηλικία:.....

3.Γεννηθήκατε:

- α. Στην Αθήνα, Πειραιά, Θεσσαλονίκη ___
- β. Σε πόλη μέχρι 10.000 κατοίκους ___
- γ. Σε πόλη άνω των 10.000 κατοίκων ___
- δ. Σε χωριό ___

4.Ποιο το επάγγελμα του πατέρα σας;

- α. Δημόσιος υπάλληλος ___
- β. Ιδιωτικός υπάλληλος ___
- γ. Ελεύθερος επαγγελματίας ___
- δ. Εργάτης ___
- ε. Αγρότης ___
- στ. Άλλο ___

5.Ποιό είναι το επάγγελμα της μητέρας σας;

- α. Δημόσιος υπάλληλος ___
- β. Ιδιωτικός υπάλληλος ___
- γ. Ελεύθερος επαγγελματίας ___
- δ. Εργάτρια ___
- ε. Αγρότισσα ___

στ. Οικιακά _____

6. Ποιο είναι το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα σας;

- α. Δημοτικό _____
- β. Γυμνάσιο _____
- γ. Λύκειο _____
- δ. Άλλο _____

7. Ποιό είναι το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας σας;

- α. Δημοτικό _____
- β. Γυμνάσιο _____
- γ. Λύκειο _____
- δ. Άλλο _____

8. Ποιό είναι το επάγγελμά σας;

- α. Μαθητής-τρια Γυμνασίου _____
- β. Μαθητής-τρια Λυκείου _____
- γ. Φοιτητής-τρια _____

9. Σε ποια ηλικία είχατε την πρώτη σας ερωτική επαφή;

- α. Μεγαλύτερος-η από σας _____
- β. Μικρότερος-η από σας _____
- γ. Ίδιας ηλικίας _____

13. Ποια από τις παρακάτω ασθένειες θεωρείται πως δεν είναι σεξουαλικά μεταδιδόμενες;

- α. AIDS _____
- β. Σύφιλη _____
- γ. Βλεννόρροια _____
- δ. Ουρολοίμωξη _____
- ε. Μύκητες _____
- στ. Χλαμύδια _____
- ζ. Κονδυλώματα _____

η. Ηπατίτιδα Β _____

14.α. Έχετε κολλήσει κάποιο από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα;

ΝΑΙ ___

ΟΧΙ ___

14.β. Αν ναι, ποιο από τα παρακάτω;

α. Σύφιλη _____

β. Βλεννόρροια _____

γ. Έρπης _____

δ. Μύκητες _____

ε. Κονδυλώματα _____

στ. Ψωρίαση _____

ζ. Ψείρες εφηβαίου _____

η. AIDS _____

θ. Άλλο _____

15. Ποιός νομίζεται ότι είναι ο κυριότερος τρόπος μετάδοσης της ηπατίτιδας Β;

α. Με αίμα _____

β. από την τουαλέτα _____

γ. με τη χειραψία _____

δ. με τη σεξουαλική επαφή _____

ε. με το φιλί _____

στ. δεν γνωρίζω _____

16. Πότε πιστεύετε πως παρουσιάζεται κυρίως η μυκητίαση των γεννητικών οργάνων;

α. Μετά την χρήση αντιβιοτικών _____

β. μετά από την χρήση αντισυλληπτικών χαπιών; _____

γ. μετά από την σεξουαλική επαφή με άτομο που έχει μυκητίαση; _____

δ. από την τουαλέτα; _____

ε. δεν γνωρίζω _____

17. Πως προφυλάσσετε τον εαυτό σας από την σύφιλη και τη βλεννόρροια;

α. Αποφεύγοντας τις δημόσιες τουαλέτες _____

- β. Περιορίζοντας τον αριθμό των ερωτικών σας συντρόφων
- γ. Χρησιμοποιώντας προφυλακτικό κατά την σεξουαλική επαφή
- δ. Δεν παίρνω προφύλαξη

18. Το AIDS μεταδίδεται κυρίως:

- α. Με το φιλί
- β. με τη σεξουαλική επαφή
- γ. με την χειραψία
- δ. με τα οικιακά σκεύη
- ε. με το αίμα

19. Γνωρίζεται ότι άτομα που έχουν άλλα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο προσβολής από τον ιό HIV;

ΝΑΙ ΟΧΙ

20α. Γνωρίζεται κάποια μέτρα προστασίας που λαμβάνονται για την πρόληψη από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα;

ΝΑΙ ΟΧΙ

20β. Αν ναι, από πού έχετε ενημερωθεί;

- α. Μαζικά μέσα ενημέρωσης
- β. Οικογένεια
- γ. Σχολείο
- δ. Φίλους
- ε. Κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού
- στ. Αρμόδιους φορείς υγείας (Γυναικολόγος, νοσηλεύτης)

21α. Ποιο από τα μέτρα προφύλαξης χρησιμοποιείτε;

- α. Προφυλακτικό
- β. Διάφραγμα
- γ. Σπερματοκτόνα-Αντισηπτικά
- δ. Αποχή

21β. Πιστεύετε ότι η χρήση προφυλακτικών προστατεύει από την μετάδοση των σεξουαλικώς μεταδιδόμενων νοσημάτων;

ΝΑΙ ___

ΟΧΙ ___

22. Πιστεύετε ότι το κολπικό σεξ χωρίς προφυλακτικό είναι δραστηριότητα υψηλού κινδύνου για την μετάδοση των σεξουαλικώς μεταδιδόμενων νοσημάτων;

ΝΑΙ ___

ΟΧΙ ___

23α. Χρησιμοποιείτε σε κάθε σας ερωτική επαφή προφυλακτικό;

ΝΑΙ ___

ΟΧΙ ___

23β. Αν όχι, γιατί;

- α. Δεν το θεωρώ απαραίτητο _____
- β. Για μεγαλύτερη απόλαυση _____
- γ. Είναι απόφαση του(της) συντρόφου σας _____
- ε. Άλλο _____

24α. Πιστεύετε ότι είναι αναγκαία η εφαρμογή μαθήματος σεξουαλικής αγωγής στα σχολεία;

ΝΑΙ ___

ΟΧΙ ___

24β. Αν ναι, σε ποια ηλικία πιστεύετε ότι πρέπει να εφαρμοστεί;

- α. Νηπιακή _____
- β. Δημοτικό _____
- γ. Γυμνάσιο _____
- δ. Λύκειο _____

Ευχαριστούμε για τον χρόνο που μας διαθέσατε!!!

ΜΙΚΡΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΤΩΝ ΑΦΡΟΔΙΣΙΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ

Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας σε μια αναφορά του 1963 ανέφερε ότι σε 53 χώρες από τις 111 που ήταν επιλεγμένες σαν πρότυπα, παρουσιάζονταν μια σταθερή και προοδευτική αύξηση των αφροδισίων νοσημάτων. Μερικά χρόνια μετά, το 1970, αναφέρονταν σ' όλο τον κόσμο 160 εκατομμύρια περιπτώσεις βλεννόρροιας και 40 εκατομμύρια περίπου συφιλιδικές προσβολές. Οι ελπίδες που ανέτειλαν το 1929 με την ανακάλυψη της πενικιλίνης άρχισαν να δύνουν.

Οι πρώτες αναφορές ανάγονται στη Βίβλο, αλλά για να βρεθεί το πρώτο νομοθετικό μέτρο πρέπει να ανατρέξουμε στο 1610, όταν ένα διάταγμα που εκδόθηκε στο Λονδίνο εξόριζε από την πόλη όλες τις μολυσμένες πόρνες. Προς το τέλος του 15ου αιώνα η σύφιλη διαδόθηκε σ' όλη την Ευρώπη. Στην εμφάνισή της που είχε μορφή επιδημίας δόθηκαν διάφορα ονόματα: «γαλλική νόσος» στην Ιταλία, «ιταλική νόσος» στη Γαλλία, «γαλλική ευλογιά» στην Αγγλία. Η διαφορετική ονοματολογία της δικαιολογείται από την υποτιθέμενη γεωγραφική προέλευση της ασθένειας. Το μοναδικό σχήμα θεραπείας που αναγνωριζόταν τότε ήταν η απομόνωσή και η πίστη στη θεία προστασία. Ο προστάτης του Παρισιού, Άγιος Διονύσιος, θεωρήθηκε σαν προστάτης των συφιλιδικών.

Στις αρχές του 1700 ο γιατρός Hunter, που ασχολούνταν με τη βλεννόρροια, πίστευε πως η διαφορά που συναντούσε στα συμπτώματα, εξαρτιόταν από το σημείο του σώματος διαμέσου του οποίου μεταδιδόταν η λοίμωξη. Για να αποδείξει την ισχύ της διαίσθησής του μάλυνε τον εαυτό του με το πύο ενός μολυσμένου ασθενή. Αλλά ο άνθρωπος έπαυσε και από σύφιλη, γι' αυτό το πείραμα είχε τραγικό αποτέλεσμα. Ο γιατρός πράγματι κάλλησε τη λοίμωξη και σε μικρό χρονικό διάστημα πέθανε. Μόνο το 1793 μπόρεσαν να αποδείξουν την ύπαρξη των δύο ασθενειών, ξεχωρίζοντάς τις.

Πρώτος ο Benjamin Bell μελέτησε τη διαφορετική επώαση. Μετά από λίγα χρόνια, το 1879 εξακριβώθηκε ότι ο γονόκοκκος προκαλεί τη βλεννόρροια. Το 1905 οι Γερμανοί Schaudinn και Hoffmann ανακάλυψαν το αίτιο της σύφιλης, την ωχρά σπειροχαιτή. Το 1906 ο Von Wassermann με μια καινούρια τεχνική εξέταση του αίματος έδωσε στην ιατρική επιστήμη τη δυνατότητα να διαγνώσει τη σύφιλη με μια ορισμένη σιγουριά. Ήταν δυνατόν έτσι να αρχίσουν να καταπολεμούνται με πολλές ελπίδες επιτυχίας οι αφροδισίες λοιμώξεις και ταυτόχρονα να αναχαιτίζονται οι τόσες προκαταλήψεις που συνδέονταν μ' αυτήν την ασθένεια. Πράγματι, το 1800 στη σύφιλη και στη βλεννόρροια δινόταν μια θρησκευτικο-ηθική σημασία. Το 1854 ο αγγλικός νόμος

επέβαλλε στις γυναίκες που ήταν ύποπτες ότι μπορούν να μεταδώσουν την ασθένεια, να φορούν ειδικά ενδύματα κίτρινου χρώματος και να παραμένουν απομονωμένες σε ειδικούς χώρους που γρήγορα βαπτίσθηκαν και έγιναν γνωστά με το όνομα «περίπτερα των καναρινιών».

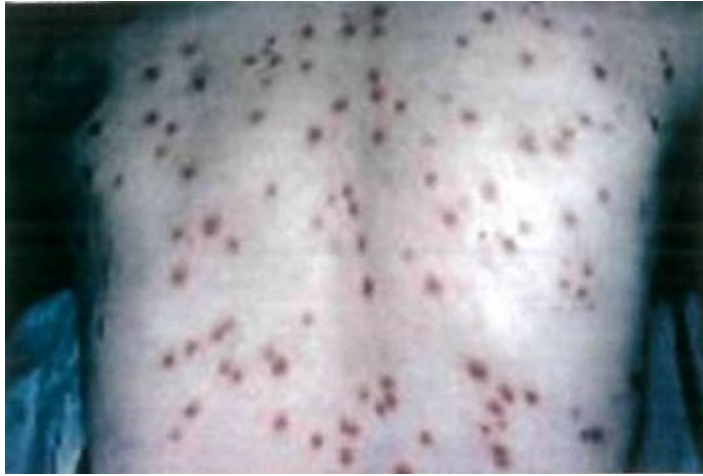
Υπενθυμίζονται πολλές ιστορικές προσωπικότητες που υπέφεραν από βλεννόρροια και σύφιλη. Μεταξύ αυτών ο Λουδοβίκος, ο

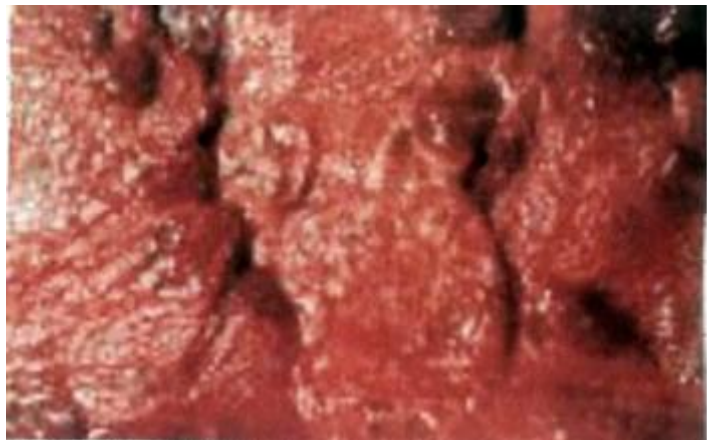
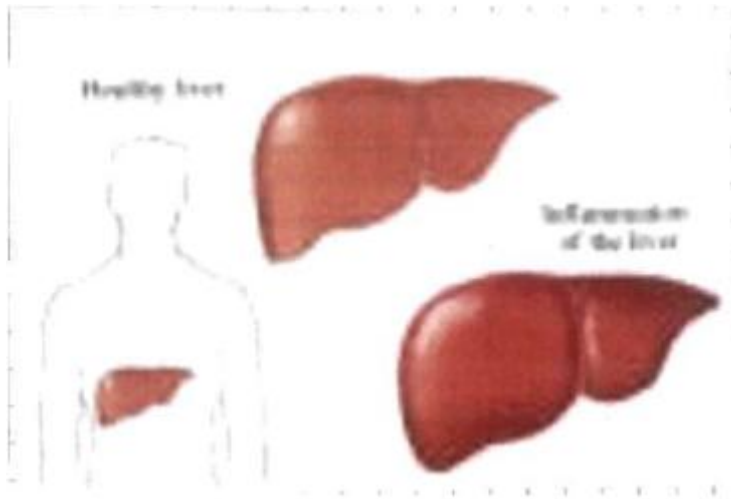


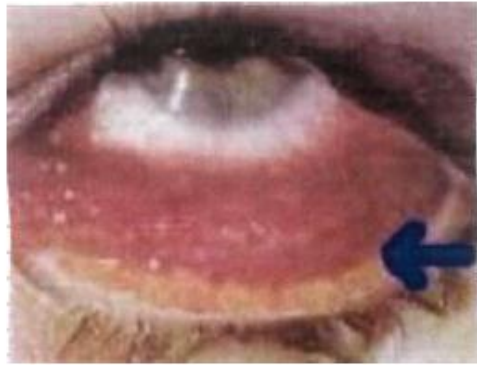
Ο Καρδινάλιος Ρισελιέ

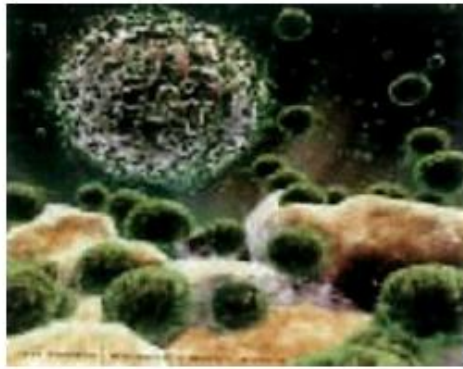
παιητής Μποντλαίρ, ο Μολιέρος και πιθανόν και ο Ναπολέοντας. Ίσως ακόμα και η κώφωση του Μπετόβεν να οφειλόταν σε συγγενή σύφιλη. Στην Εκκλησία πληγμένοι από αφροδισία νοσήματα υπήρξαν οι καρδινάλιοι Ρισελιέ και Walsley. Ένας πρόδρομος της μοντέρνας ζωγραφικής, ο Γκαγκέν πέθανε στην Τσίχη από συφιλιδική φρενοβλάβεια.

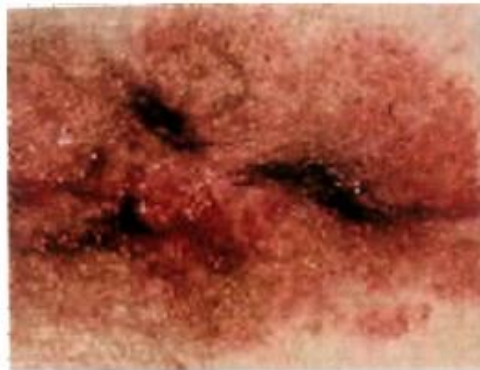
Η ανακάλυψη ότι η σύφιλη μπορούσε να προξενήσει τρέλα, παράλυση και τύφλωση έκανε πιο έντονη την ιατρική έρευνα, αλλά μόνο στο Β' Παγκόσμιο Πόλεμο στα στρατιωτικά νοσοκομεία οι γιατροί δοκίμασαν να χρησιμοποιήσουν την πενικιλίνη κατά των πάρα πολύ διαδομένων αφροδισίων νοσημάτων και τ' αποτελέσματα υπήρξαν εκπληκτικά.













Χαρακτηριστικά των Ελκών των Γεννητικών Οργάνων στα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα

	Έρπης	Σύφιλη	Μελυκό έλκος	Αφροδίσιο Λεπτοκοκκίωμα	Βουβωνικό κακκίωμα
Πρωτοπαθείς βλάβες	Φυσαλίδες*	Βλατίδα, σκληρό έλκος	Εριθρηματώδη, βλατίδα ή υλκώδης	Βλατίδα, φλύκταινα ή φυσαλίδα	Βλατίδα
Αριθμός βλαβών	Πολλές, ίσως συρρέουσες	Συνήθως μία, έντοια πολλαπλές	Συνήθως μία με τρεις, ίσως πολλαπλές	Συνήθως μια	Μονήρης ή πολλαπλές
Όριο	Εριθρηματώδη	Σομφιά σχοριόμοικη	Εριθρηματώδη κα. ασφ*	Ποικίλων	Κυλινδρ. κά και υπερφυεμένα*
Μορφή έλκους	Επιφανειακό	Επιφανειακό	Διαθροτικό*	Επιφανειακό	Υπερυψωμένο
Βάση	Λεία και ερυθρά	Λεία και ερυθρά με όψη χαλιναριού	Γκριζοκαστανή	Γομφίλι	Ύψους και ερυθμα*
Έκκριμα	Ορώδες	Ορώδες	Πύους και αιμαρραγικό	Γομφίλι	Σπάνια, ίσως αιμαρραγικό
Διήθηση	Κοίτη	Σκληρή*	Σπάνια, μαλακή	Κοίτη	Σκληρή*
Πόνος	Συχνός, με πρόδρομο αισθημα καταλυομυϊ*	Σπάνιος*	Συχνός*	Ποικίλος	Σπάνιος
Λεμφαδένες	Επιπρόσθιοι, ακέραιοι	Όχι υποσώφιο, σκληροί	Ευαίσθητοι, ίσως διευρυνμένοι	Ευαίσθητοι, ίσως διευρυνμένοι	Ψευδοσδενο τάθσιο





Υασιόνη del Ροσίβιρανόβιους Υπότιο (Τίτοι 6, 11, 16, 18) (Γίκοβίτιονιε, οδσοβίθι
Εμβόλιο του ίου του Αϊθέρου και Θηλυκότων (Τίτοι 6, 11, 16, 18) (Ανασυνδουαμένο,
προσορημένο).

Επισημειωμένο τι προφύλαξη για
Τίτοι, οδσοβίθι και 6, 11, 16, 18 με εφ' όρου του 9 γεννημένο del Τίτοι 6, 11, 16,
18 (Ανασυνδουαμένο).

Επισημειωμένο τι προφύλαξη για
Τίτοι, προφύλαξη οδσοβίθι 6, 11 με προφύλαξη 16, 18 με 2 φάσις.
Επίσημο (Ανασυνδουαμένο).



sanoFi pasteur MSI

168 σκληρά καψάκια

200 mg

Rebetol

200 mg σκληρά καψάκια
ριμπαβιρίνη



Από του στόματος χρήση

Zeffix[®] 100 mg επικαλυμμένα με
Λαμβουδίνη λεπτό υμένιο δισκία

Κάθε επικαλυμμένο με λεπτό υμένιο δισκίο περιέχει
Λαμβουδίνη 100 mg

28 επικαλυμμένα με λεπτό υμένιο δισκία

esk GlaxoSmithKline



Αντί σχολίου ένα ποίημα που τα λέει όλα

Η «Συνεργασία»...

Με μια πρόταση Ζωής...
Δια χειρός ΠΑΜΠΛΟ ΝΕΡΟΥΝΤΑ



Iάννης Παπαδόπουλος

Αργοπεθαίνει
όποιος γίνεται σκλάβος της συνήθειας,
επαναλαμβάνοντας κάθε μέρα τις ίδιες διαδρομές,
όποιος δεν αλλάζει περιπατησιά,
όποιος δεν διακινδυνεύει και δεν αλλάζει χρώμα στα ρούχα του,
όποιος δεν μιλάει σε όποιον δε γνωρίζει.

Αργοπεθαίνει
όποιος δεν αναποδογυρίζει το τραπέζι,
όποιος δεν είναι ευτυχισμένος στη δουλειά του,
όποιος δεν διακινδυνεύει τη βεβαιότητα για την αβεβαιότητα
για να κινηγήσει ένα όνειρο,
όποιος δεν επιτρέπει στον εαυτό του
τουλάχιστον μια φορά στη ζωή του
να αποφύγει τις εκέφρονες συμβουλές.

Αργοπεθαίνει
όποιος δεν ταξιδεύει,
όποιος δεν διαβάζει,
όποιος δεν ακούει μουσική,
όποιος δεν βρίσκει ουγίνη στον εαυτό του.

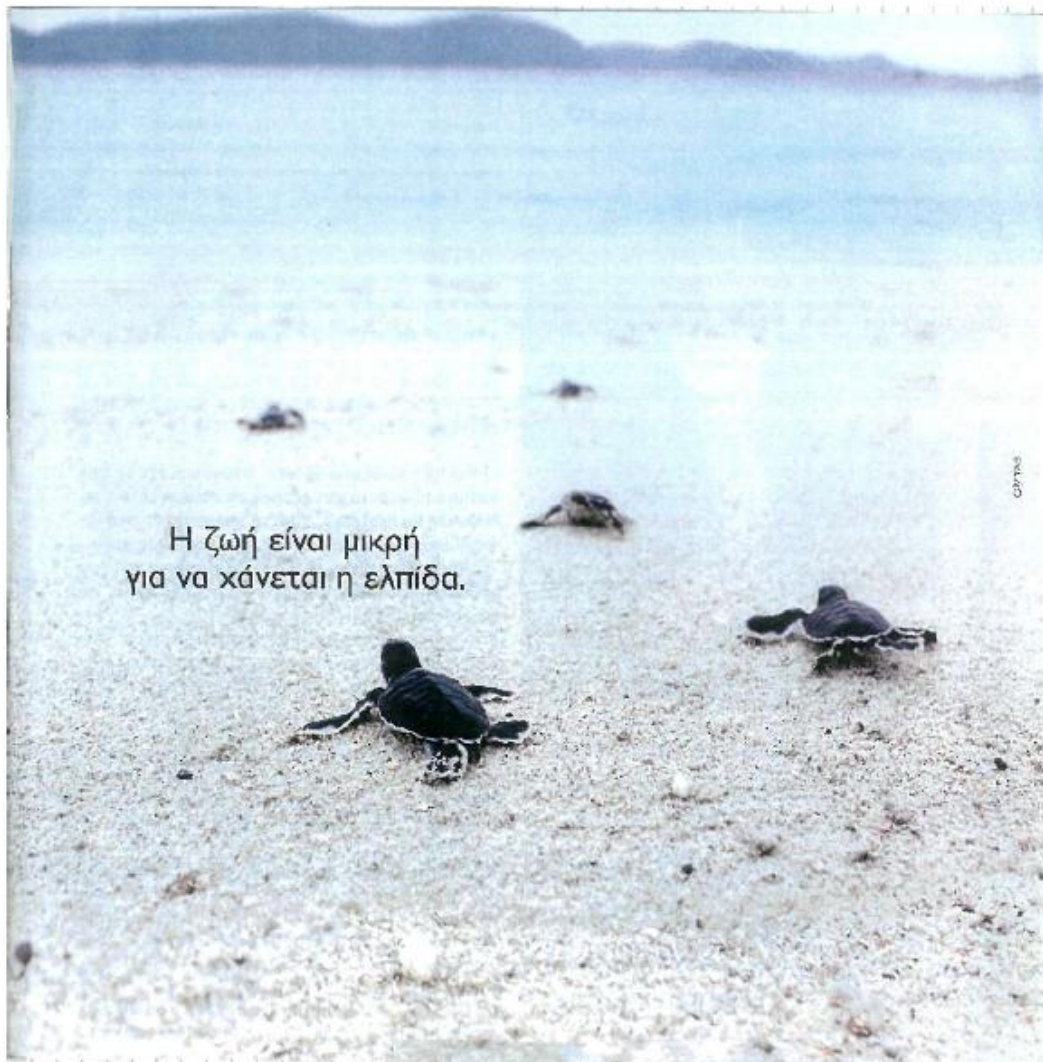
Αργοπεθαίνει
όποιος καταστρέφει τον ερωτά του,
όποιος δεν επιτρέπει να τον βοηθήσουν,
όποιος περνάει τις μέρες του παραπονούμενος για την τύχη του
ή για την ασταμάτητη βροχή.

Αργοπεθαίνει
όποιος εγκαταλείπει μια ιδέα πριν την αρχίσει,
όποιος δεν ρωτά για πράγματα που δεν γνωρίζει.

Αποφεύγουμε τον θάνατο σε μικρές δόσεις,
όταν θυμόμαστε πάντοτε ότι για να είσαι ζωντανός
χρειάζεται μια προσπάθεια πολύ μεγαλύτερη
από το απλό γεγονός της αναπνοής.

ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ

Synergiaspharm.blogspot.com
e-mail:synergasia.pharm@yahoo.gr



...Τον τελευταίο καιρό κλείνω συνεχώς τα μάτια και ονειρεύομαι...Είμαι νέος...ερωτεύομαι. Είμαι νέος... αγαπάω. Είμαι νέος...ζω τη ζωή μου. Είμαι νέος...διασκεδάζω. Είμαι νέος...κάνω λάθη...πολλά λάθη.

Έφτασε η στιγμή που αναζητώ την αγκαλιά της μάνας, της δικιάς μου μάνας!

Έφτασε η στιγμή που κλείνω για τελευταία φορά τα μάτια, **ήμουν** νέος και δεν ήξερα. Λυπάμαι για όλα, λυπάμαι μα είναι αργά. Ήμουν νέος μα...**μάνα** φεύγω!