

**ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ
(Σ.Ε.Υ.Π.)
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΣΠΟΥΔΑΚΟΣ ΜΕΤΑΛΛΟΜΕΝΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

& ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΩΝ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΣΠΟΥΔΑΣΤΩΝ

**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ :
ΠΑΠΑΓΙΑΝΝΗ ΔΕΣΠΟΙΝΑ
ΣΠΕΤΣΙΩΤΑΚΗ ΒΑΣΙΛΙΚΗ**

**ΥΠΕΥΘΥΝΗ
ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:
ΘΕΟΝΥΜΦΗ
ΚΟΤΖΑΜΠΑΣΑΚΗ**

ΗΡΑΚΛΕΙΟ 2007

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η αυξανόμενη εμφάνιση των Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων τα τελευταία χρόνια σε άτομα νεαρής ηλικίας στην χώρα μας αποτέλεσε το κύριο ερέθισμα για την επιλογή του συγκεκριμένου θέματος. Οι σπουδαστές/φοιτητές είναι σημαντική ομάδα στόχος, αλλά δυνητικώς και όπλο για την πρόληψη των Σ.Μ.Ν..

Η πτυχιακή εργασία « Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα και Ενημέρωση των Σπουδαστών και των Φοιτητών» είχε ως κύριο σκοπό να διαπιστώσει τον βαθμό ενημέρωσης των φοιτητών/σπουδαστών στο χρόνιο πρόβλημα των Σ.Μ.Ν., την πρόληψη και τους τρόπους μετάδοσης τους. Επίσης, δευτερεύοντες σκοποί της εργασίας αυτής ήταν να τους ενημερώσει, να τους προβληματίσει ώστε να αποκτήσουν την ικανότητα να απορρίπτουν προκαταλήψεις και μύθους που σχετίζονται με τα Σ.Μ.Ν..

Στο γενικό μέρος της εργασίας μας, ασχολούμαστε με τις κυριότερες Σ.Μ.Ν., τα συμπτώματα, τη διάγνωση και την θεραπεία τους όπου υπάρχει. Τα στοιχεία αυτά συλλέχθηκαν από πρόσφατη και παλαιότερη βιβλιογραφία, στοιχεία και πληροφορίες που προέρχονται από το διαδίκτυο.

Στο ειδικό-ερευνητικό μέρος χρησιμοποιήθηκαν 250 ερωτηματολόγια κλειστού τύπου (πολλαπλής επιλογής), τα οποία απαντήθηκαν από σπουδαστές του Τ.Ε.Ι. και φοιτητές του Πανεπιστημίου Κρήτης που προέρχονται από όλα τα μέρη της Ελλάδος. Είχαν την ευκαιρία να μας δώσουν περισσότερες από μια απαντήσεις και τους τονίστηκε ότι είναι ανώνυμα και θα χρησιμοποιηθούν μόνο για ερευνητικούς σκοπούς.

Η εργασία αυτή ξεκίνησε τον Απρίλιο του 2006 και ολοκληρώθηκε τον Μάιο του 2007.

Τέλος, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε όλους όσους συμμετείχαν στην έρευνα μας, καθώς και την κυρία Θ. Κοτζαμπασάκη για την πολύτιμη βοήθεια της.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Κεφάλαιο 1	7
1.1. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΗΣ ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ- ΑΦΡΟΔΙΣΙΟΛΟΓΙΑΣ	7
1.2. ΑΦΡΟΔΙΣΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ	10
1.3. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ	11
1.3.1.α) Ιατρογενείς	12
1.3.2.β) Κοινωνικοί παράγοντες	12
1.3.3.γ) Βασικοί παράγοντες	13
1.4. ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΩΝ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΑ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΩΝ ΝΟΣΩΝ	13
Κεφάλαιο 2	14
2.1. ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΠΙΚΤΗΤΗΣ ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ (AIDS)	14
2.1.1.ΕΙΣΑΓΩΓΗ	14
2.1.2.ΤΑ ΑΙΤΙΑ ΤΟΥ AIDS	15
2.1.3.ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΑ ΓΕΓΟΝΟΤΑ ΓΥΡΩ ΑΠΟ ΤΟ AIDS	16
2.1.4.ΠΩΣ ΤΟ AIDS ΠΡΟΣΒΑΛΕΙ ΤΟ ΑΝΟΣΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ	18
2.1.5.Η ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΤΩΝ ΜΟΛΥΣΜΕΝΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΤΟΝ ΙΟ ΤΟΥ AIDS (HTLV-III)	19
2.1.6.ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΟΥ ΣΥΜΠΛΕΓΜΑΤΟΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΩΝ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΟ AIDS (ARC) ΚΑΙ ΤΟΥ AIDS	21
2.1.7.ΠΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΕΤΑΙ ΤΟ AIDS (ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ)	23
2.1.8.ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΟΥ AIDS	24
2.1.9. Η ΠΡΟΛΗΨΗ ΕΞΑΠΛΩΣΗΣ ΤΟΥ AIDS	24
2.1.10.ΘΕΡΑΠΕΙΑ	27
2.1.12.ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ	29
2.2.ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β	30
2.2.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	30
2.2.2.ΠΕΡΙΟΧΕΣ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ	31
2.2.3.ΠΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΕΤΑΙ Η ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β	32
2.2.4.ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Β	32
2.2.5.Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ ΑΠΟ ΙΟΥΣ	33
2.3.ΚΟΝΔΥΛΩΜΑΤΑ	35
2.3.1.ΕΙΣΑΓΩΓΗ	35
2.3.2.ΟΞΥΤΕΝΗ ΚΟΝΔΥΛΩΜΑΤΑ	36
ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ	36
ΙΣΤΟΡΙΚΟ	36
ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ	37
ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	37
ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ	37
ΠΡΟΣΟΧΗ	39
2.3.3.ΚΟΝΔΥΛΩΜΑΤΑ ΤΟΥ ΚΟΛΠΟΥ, ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΟΡΘΟΥ	39
ΔΙΑΓΝΩΣΗ	39
ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΩΔΗΣ ΕΞΑΛΛΑΓΗ	39
2.3.4.ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΩΝ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ (ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ, ΤΟΥ ΠΕΟΥΣ Ή ΤΟΥ ΠΡΩΚΤΟΥ)	40
2.4.ΜΟΛΥΣΜΑΤΙΚΗ ΤΕΡΜΙΝΘΟΣ	41
2.4.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	41
2.4.2.ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ	41
2.4.3.ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	42
2.4.4.ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ	42
2.5.ΕΡΠΗΣ ΤΩΝ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ	43
2.5.1.ΕΙΣΑΓΩΓΗ	43
2.5.2.ΤΥΠΟΙ ΤΟΥ ΙΟΥ ΤΟΥ ΕΡΠΗΤΟΣ	43

2.5.3.Ο ΕΡΠΗΣ ΤΩΝ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ ΚΑΙ ΠΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΕΤΑΙ	44
2.5.4.ΤΥΠΟΙ ΜΟΛΥΝΣΕΩΝ ΤΟΥ ΕΡΠΗΤΟΣ ΤΩΝ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ	46
2.5.5.ΣΗΜΕΙΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΟΥ ΕΡΠΗΤΟΣ ΤΩΝ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ.....	47
2.5.6.ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΟΥ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΕΡΠΗΤΟΣ.....	50
2.5.7.Η ΜΟΛΥΝΣΗ ΜΕ ΤΟΝ ΙΟ ΤΟΥ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΕΡΠΗΤΟΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ.....	50
2.5.8.ΠΡΟΦΥΛΑΞΕΙΣ ΓΙΑ ΜΙΑ ΕΓΚΥΟ Ή ΘΗΛΑΖΟΥΣΑ ΓΥΝΑΙΚΑ.....	51
2.5.9.ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΣ ΕΡΠΗΣ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΣΤΙΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ	52
2.5.10.ΆΛΛΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ	52
2.5.11.ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΕΡΠΗΤΟΣ	53
2.5.12.ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΕΡΠΗΤΑ.....	60
2.5.13.ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ ΓΙΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΕΡΠΗΤΑ	61
2.6. ΚΥΤΤΑΡΟΜΕΓΑΛΟΪΣ.....	62
2.6.1.ΟΡΙΣΜΟΣ	62
2.6.2.ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ	62
2.6.3.ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ.....	63
2.6.4. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ.....	63
2.6.5. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ	64
2.6.6.ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ.....	67
2.6.7. ΘΕΡΑΠΕΙΑ	68
Κεφάλαιο 3	69
3.1.ΧΛΑΜΥΔΙΑ.....	69
3.1.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ	69
3.1.2.ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ.....	69
3.1.3.ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	70
3.1.4.ΠΩΣ ΘΕΡΑΠΕΥΟΝΤΑΙ ΤΑ ΧΛΑΜΥΔΙΑ	70
3.2.ΓΟΝΟΡΡΟΙΑ Ή ΒΛΕΝΝΟΡΡΟΙΑ Ή ΓΟΝΟΚΟΚΚΙΚΗ ΟΥΡΗΘΡΙΤΙΣ.....	71
3.2.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	71
3.2.2.ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗ ΝΟΣΟ	72
3.2.3.ΠΟΣΟ ΣΟΒΑΡΟ ΕΙΝΑΙ	72
3.2.4.ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ.....	72
3.2.5.Η ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΓΟΝΟΡΡΟΙΑΣ.....	75
3.2.6.Η ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΓΟΝΟΡΡΟΙΑΣ.....	75
3.2.7.ΘΕΡΑΠΕΙΑ	75
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ	76
3.3.ΜΗ ΓΟΝΟΚΟΚΚΙΚΗ ΟΥΡΗΘΡΙΤΙΔΑ	77
3.3.1.ΕΙΣΑΓΩΓΗ	77
3.3.2.Η ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΜΗ ΓΟΝΟΚΟΚΚΙΚΗΣ ΟΥΡΗΘΡΙΤΙΔΑΣ.....	78
3.3.3.Η ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΜΗ ΓΟΝΟΚΟΚΚΙΚΗΣ ΟΥΡΗΘΡΙΤΙΔΑΣ.....	78
3.3.4.ΣΗΜΕΙΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΜΗ ΓΟΝΟΚΟΚΚΙΚΗΣ ΟΥΡΗΘΡΙΤΙΔΑΣ	79
3.3.5.ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΗΣ ΜΗ ΓΟΝΟΚΟΚΚΙΚΗΣ ΟΥΡΗΘΡΙΤΙΔΑΣ ΣΤΟΝ ΑΝΤΡΑ	80
3.3.6.ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΗΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΗΣ ΟΥΡΗΘΡΙΤΙΔΑΣ ΣΤΗ ΓΥΝΑΙΚΑ.....	81
3.3.7.ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΜΗ ΓΟΝΟΚΟΚΚΙΚΗΣ ΟΥΡΗΘΡΙΤΙΔΑΣ	82
3.3.8.ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΜΗ ΓΟΝΟΚΟΚΚΙΚΗΣ ΟΥΡΗΘΡΙΤΙΔΑΣ	84
3.3.9.ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ.....	85
3.4. ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗΣ ΝΟΣΟΣ ΤΗΣ ΠΥΕΛΟΥ	85
3.4.1.ΕΙΣΑΓΩΓΗ	85
3.4.2.Η ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΟΥΣ ΝΟΣΟΥ ΤΗΣ ΠΥΕΛΟΥ	85
3.4.2.ΤΑ ΑΙΤΙΑ ΤΗΣ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΟΥΣ ΝΟΣΟΥ ΤΗΣ ΠΥΕΛΟΥ.....	86
3.4.3.ΣΗΜΕΙΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΟΥΣ ΝΟΣΟΥ ΤΗΣ ΠΥΕΛΟΥ	87
3.4.4.ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΗΣ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΟΥΣ ΝΟΣΟΥ ΤΗΣ ΠΥΕΛΟΥ	90
3.4.5.Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΟΥΣ ΝΟΣΟΥ ΤΗΣ ΠΥΕΛΟΥ.....	91
3.4.6.ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΟΥΣ ΝΟΣΟΥ ΤΗΣ ΠΥΕΛΟΥ.....	93
3.5.ΤΡΙΧΟΜΟΝΑΔΑ ΤΟΥ ΚΟΛΠΟΥ.....	94

3.5.1.ΕΙΣΑΓΩΓΗ	94
3.5.2.Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΚΟΛΠΙΤΙΔΑΣ.....	94
3.5.3.Η ΑΝΤΙΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΚΟΛΠΟΥ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΦΛΕΓΜΟΝΩΝ	95
3.5.4.ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΥΜΒΑΛΟΥΝ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΗΣ ΚΟΛΠΙΤΙΔΑΣ	95
3.5.5. ΜΟΛΥΝΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΤΡΙΧΟΜΟΝΑΔΑ ΤΟΥ ΚΟΛΠΟΥ.....	96
3.5.6.ΣΗΜΕΙΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΤΡΙΧΟΜΟΝΑΔΑΣ ΤΟΥ ΚΟΛΠΟΥ.....	97
ΜΟΛΥΝΣΗ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	97
3.5.7. ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	98
3.5.8. Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΜΟΛΥΝΣΗΣ ΑΠΟ ΤΟ TRICHOMONAS VAGINALIS.....	98
2.6. ΟΞΕΙΑ ΕΠΙΔΙΔΥΜΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΕΠΙΔΙΔΥΜΟΡΧΙΤΙΔΑ	102
2.6.1.ΕΙΣΑΓΩΓΗ	102
2.6.2.ΤΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΟΞΕΙΑΣ ΕΠΙΔΙΔΥΜΙΤΙΔΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΕΠΙΔΙΔΥΜΟΡΧΙΤΙΔΑΣ.....	103
2.6.3.Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΟΞΕΙΑΣ ΕΠΙΔΙΔΥΜΙΤΙΔΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΕΠΙΔΙΔΥΜΟΡΧΙΤΙΔΑΣ.....	103
2.6.4.ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΗΣ ΕΠΙΔΙΔΥΜΙΤΙΔΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΕΠΙΔΙΔΥΜΟΡΧΙΤΙΔΑΣ.....	105
2.7.ΣΥΦΙΛΗ.....	105
2.7.1.ΕΙΣΑΓΩΓΗ	105
2.7.2.Πόσο σοβαρό είναι.....	105
2.7.3.ΑΙΤΙΟ	105
2.7.4.Φυσική πορεία της νόσου.....	106
2.7.5.ΕΠΙΚΤΗΤΟΣ ΣΥΦΙΛΗΣ.....	108
α)Πρωτογόνος σύφιλης.....	108
β)Δευτερογόνος σύφιλης.....	108
γ)Πρώιμος λανθάνουσα σύφιλης.....	110
δ)Όψιμος σύφιλης.....	110
2.7.6.ΣΥΦΙΛΗΣ ΕΓΚΥΟΥ	112
2.7.7.ΣΥΓΓΕΝΗΣ ΣΥΦΙΛΗΣ.....	113
α)Πρώιμος συγγενής σύφιλης.....	114
β)Όψιμος συγγενής σύφιλης.....	114
2.7.8.Οροδιαγνωστική Συφιλίδος.....	115
2.7.9.ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	118
2.7.10.Η ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΘΑΝΑΤΟΥ ΑΠΟ ΣΥΦΙΛΗ.....	119
2.7.11.ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	119
2.7.12.ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΣΥΦΙΛΗΣ.....	120
2.7.13.ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ.....	120
2.7.14.ΣΥΦΙΛΙΔΙΚΟ ΕΛΚΟΣ.....	121
ΚΛΙΝΙΚΟΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΕΣ.....	121
ΜΟΡΦΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΟΙΚΙΛΙΕΣ.....	121
α)Βαλανίτις του Follmann.....	122
β)Μεικτό έλκος.....	122
γ)Επάνιον έλκος (Ulcus Redux).....	123
ΕΞΕΛΙΞΗ.....	123
ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	123
ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ.....	124
2.8.ΜΑΛΑΚΟ ΕΛΚΟΣ.....	124
2.8.1.ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ.....	124
2.8.2.ΙΣΤΟΡΙΚΟ.....	124
2.8.3.ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ.....	125
2.8.4.ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ.....	125
2.8.5.ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ.....	125
2.8.6.ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	126
2.8.7.ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ.....	126
2.8.8.ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	126
Κεφάλαιο 3	128
3.1. ΨΩΡΑ	128
3.1.1.ΕΙΣΑΓΩΓΗ	128

3.1.2. ΤΥΠΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΨΩΡΑΣ	128
3.1.3. Η ΜΕΤΑΔΟΣΗ ΤΗΣ ΨΩΡΑΣ	129
3.1.4. Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΨΩΡΑΣ	129
3.1.5. ΟΙ ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΑΠΟ ΤΟ LINDANE	131
3.2. Η ΨΕΙΡΑ ΤΟΥ ΕΦΗΒΑΙΟΥ.....	131
3.2.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	131
3.2.3. Η ΜΕΤΑΔΟΣΗ ΤΗΣ ΨΕΙΡΑΣ ΤΟΥ ΕΦΗΒΑΙΟΥ.....	131
3.2.4. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΨΕΙΡΑΣ ΤΟΥ ΕΦΗΒΑΙΟΥ	132
3.2.5. Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΨΕΙΡΑΣ ΤΟΥ ΕΦΗΒΑΙΟΥ	132
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	135
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	149
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ- ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	149
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α	153
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β.....	160
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ.....	168

Κεφάλαιο 1

1.1. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΗΣ ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ- ΑΦΡΟΔΙΣΙΟΛΟΓΙΑΣ

Η ιστορική μελέτη της Δερματολογίας –Αφροδισιολογίας χωρίζεται σε 5 περιόδους.
Περίοδος I.

Αρχίζει από την Ιπποκράτειο εποχή και φθάνει μέχρι τον 17^ο αιώνα. Υπάρχουν πολλές διάσπαρτες αναφορές, μελέτες, δογματικές ή θρησκευτικές δοξασίες αλλά και αξιόλογες

παρατηρήσεις ιδιαίτερα σε ό,τι αφορά στα αφροδίσια νοσήματα.

Περίοδος II.

Από τον 18^ο αιώνα μέχρι και το πρώτο ήμισυ του 19^{ου} θεμελιώνεται η επιστημονική σπουδή των δερματικών νόσων και γίνεται προσπάθεια ταξινόμησης με βάση κλινικά κριτήρια. (Plenck- Αυστρία, Alibert-Γαλλία, Willan- χειρουργός από την Αγγλία).

Περίοδος III.

Από το δεύτερο ήμισυ του 19^{ου} αιώνα μέχρι τις αρχές του 20^{ου} αιώνα αρχίζει μια γόνιμη προσπάθεια συνδέσεως των δερματικών εκδηλώσεων με αντίστοιχες παθολογο-ανατομικές αλλοιώσεις και λειτουργικές διαταραχές που συγκεκριμενοποιούνται με βάση παρατηρήσεις από την Φυσιολογία.

Περίοδος IV.

Η περίοδος αυτή έχει μια περίεργη ιδιομορφία. Αρχίζει από το τέλος του 19^{ου} αιώνα και φθάνει μέχρι το τέλος του πρώτου μισού του 20^{ου} αιώνα δηλαδή μέχρι την δεκαετία του 1940.

Στην περίοδο αυτή κυριαρχεί η αφροδισιολογία χάρις στην ανακάλυψη των αιτιών της σύφιλης (1905), βλεννόρροιας (1879), του μαλακού έλκους(1889) και την επακόλουθη ανακάλυψη και εφαρμογή νέων και σχετικά αποτελεσματικών θεραπευτικών μεθόδων.

Η επικράτηση της Αφροδισιολογίας υπήρξε τόσο μεγάλη ώστε η δερματολογία παραμελήθηκε σημαντικά. Αυτό ήταν διεθνές φαινόμενο. Ωστόσο μερικές Σχολές και ιδιαίτερα του Παρισιού, της Βιέννης και του Βερολίνου δεν εγκατέλειψαν τα ενδιαφέροντα τους προς την δερματολογία. Γράφονται πράγματι πολλά βιβλία με περιγραφικό κυρίως χαρακτήρα, περιγράφονται πολλά σύνδρομα και δίδονται πολυποίκιλες προσωπικές ονομασίες συνδρόμων που μέχρι σήμερα ταλαιπωρούν τους ασχολούμενους με την Δερματολογία. Το χαρακτηριστικό της περιόδου αυτής είναι ότι έγινε προσπάθεια διασύνδεσης των περιγραφικών αυτών δερματολογικών μελετών με την προαγωγή και των εκσυγχρονισμό των γνώσεων των βιολογικών μεθόδων. Η προσπάθεια αυτή όμως ήταν πολύ μικρή. Κυριάρχησε η «οπτική αναγνώριση» και η «οπτική μνήμη» και αγνοήθηκε η κατανόηση και η χρησιμοποίηση των μεθόδων που προοδευτικά πραγματοποιήθηκαν στον τομέα των βιολογικών επιστημών.

Στην Ελλάδα τα πράγματα ήταν ακόμα χειρότερα. Κυριάρχησε πέρα για πέρα η αφροδισιολογία. Παλιοί δερματολόγοι, στην ιατρική τους ταυτότητα, δεν ανέγραφαν σαν ειδικότητα τις λέξεις «Δερματολόγος- Αφροδισιολόγος» ούτε απλά «Αφροδισιολόγος» αλλά μόνο «Συφιλιδολόγος» δηλ. μόνο για την σύφιλη...

Στις αρχές του αιώνα και μέχρι περίπου το 1910 η δερματολογία – αφροδισιολογία στην χώρα μας ήταν κλάδος της Χειρουργικής και η άσκηση της γινόταν εμπειρικά.

Θα ήταν μεγάλη όμως παράλειψη αν δεν αναφερόταν στο κείμενο αυτό το έργο ενός φωτισμένου γιατρού, του αείμνηστου Γεωργίου Φωτεινού, που αφού σπούδασε στο Παρίσι και στο Βερολίνο κατόρθωσε να πετύχει την αναγνώριση της Δερματολογίας – Αφροδισιολογίας σαν ιδιαίτερης, σημαντικής μάλιστα ειδικότητας, και να ιδρύσει το Νοσοκομείο <<Α. Συγγρός>> υπό την μορφή κληροδοτήματος που προσφέρθηκε σαν δωρεά από την Ιφιγένεια Α. Συγγρού σε μνήμη του συζύγου της(1920). Ένα ειδικό νομικό καθεστώς συνδέει την Πανεπιστημιακή Κλινική με το Νοσοκομείο Α. Συγγρός.

Ο Γ. Φωτεινός υπήρξε ο πρώτος Καθηγητής Δερματολογίας με πραγματικά πετυχημένη σταδιοδρομία. Ίσως σ' αυτό συνετέλεσε εν μέρει η πιεστική ανάγκη αντιμετώπισης των αφροδισίων στην χώρα μας, γιατί η Πολιτεία ίδρυσε λίγο μεταγενέστερα ανάλογο αλλά πολύ μικρότερο Νοσοκομείο στην Θεσσαλονίκη και μερικά ειδικά Ιατρεία ιδίως στα λιμάνια.

Περίοδος V

Μετά την ανακάλυψη της πενικιλίνης και την θεραπευτική εφαρμογή της με εκπληκτική επιτυχία στην σύφιλη, βλεννόρροια και μαλακό έλκος, βάσιμα θεωρήθηκε ότι τα αφροδίσια εξαφανίζονται οριστικά. Αυτό βέβαια δεν έγινε αλλά υπήρξε μια εντυπωσιακή κατάρρευση κυρίως της επαγγελματικής αφροδισιολογίας . Πολλοί γιατροί άλλαξαν ειδικότητα. Συγχρόνως όμως και προοδευτικά, ιδιαίτερα μετά το 1950, άρχισε να φαίνεται μια εστίαση των ενδιαφερόντων στην περιοχή της δερματολογίας. Παρατηρήθηκε δηλαδή μια αντιρροπιστική δραστηριότητα στον χώρο της δερματολογίας. Μιας δερματολογίας όμως καινούριας που αφού περιορίζει την φλύαρη περιγραφική μορφολογία σε θετικά και γόνιμα πλαίσια χρησιμοποιεί και αξιοποιεί όλες τις προηγμένες μεθόδους των βιολογικών επιστημών.

Στην περίοδο αυτή παρατηρείται εκρηκτική ανάπτυξη των πιο πρωτότυπων ερευνητικών μεθόδων δεδομένου ότι το δέρμα είναι βιολογικό υλικό προσπελάσιμο εύκολα. Σε ορισμένες αναπτυσσόμενες Σχολές ιδιαίτερα στις Ηνωμένες Πολιτείες, στην Μεγάλη Βρετανία, στις Σκανδιναβικές Χώρες, στη Πολωνία και μεταγενέστερα στην Γαλλία, Δυτική Γερμανία και νότια Αμερική η προαγωγή υπήρξε εκπληκτική και εντυπωσιακή.

Με αυτό το σκεπτικό η «δερματολογική γνώμη» καθιερώθηκε σε όλες τις μεγάλες Νοσηλευτικές Μονάδες ιδίως στις προηγμένες χώρες. Δερματολογικές Κλινικές ή Τμήματα συνεργάζονται άμεσα και αποδοτικά με Παθολογικές Κλινικές σχετικά με δερματολογικές εκδηλώσεις εσωτερικών νόσων και ιδιαίτερα τις παρανεοπλασματικές εκδηλώσεις. Συνεργάζονται με Ενδοκρινικά εργαστήρια και τμήματα, Μικροβιολογικά και Βιοχημικά εργαστήρια, Γυναικολογικές και Χειρουργικές κλινικές, Οφθαλμιατρικές κλινικές, Στοματολογικές μονάδες, Νευρολογικά και Ψυχιατρικά κέντρα και κλινικές και Ιατροκοινωνικούς φορείς της Πολιτείας αναφορικά με τα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα.

Η ιστολογία του δέρματος, η ακτινοθεραπευτική και η δερματολογική χειρουργική αποτελούν πρωτοποριακούς και προνομακούς κλάδους στον χώρο της δερματολογίας.

Τέλος η ανοσολογία και η φωτοβιολογία μεταφέρουν την δερματολογική πρακτική σε άλλου είδους, τελείως διαφορετικό επίπεδο, προσπελάζοντας τις βιολογικές επιστήμες από θεωρητική άποψη.

Αν προστεθεί σ' όλα αυτά η γνώση και η κλινική εμπειρία μιας πολυποίκιλης ομάδας φαρμάκων και θεραπευτικών μεθόδων που συνδυάζουν τα πιο παράδοξα, παλαιού τύπου φάρμακα (π.χ. πίσσα) με τα πιο σύγχρονα (π.χ. ρετινοειδή), αντιλαμβάνεται κανείς το σημερινό εύρος και την θέση της σύγχρονης δερματολογίας. Ίσως κανείς δεν γνωρίζει ακόμη αν άρχισε ήδη ή αρχίζει τώρα μια άλλη νεότερη και καλύτερη περίοδος της Δερματολογίας. Είναι όμως πέρα από κάθε αμφιβολία βέβαιο ότι, ο καλά καταρτισμένος γιατρός, αντιμετωπίζει σήμερα με ιδιαίτερη προσοχή και περίσκεψη το δερματολογικό πρόβλημα.

Κλείνοντας την μικρή αυτή ιστορική αναδρομή σχετικά με την Δερματολογία, πρέπει να υπογραμμίσω ότι την αντιρροπιστική αυτή άνοδο της δερματολογίας στην χώρα μας, είχε διαβλέψει ο αείμνηστος καθηγητής Παναγιώτης Φωτεινός που διαδέχτηκε τον Γ. Φωτεινό.

Εκείνοι όμως που συνέλαβαν τις επιστημονικές τάσεις της εποχής και δημιούργησαν τις προϋποθέσεις ανάπτυξης και συνεχούς προαγωγής της Δερματολογικής επιστήμης στην χώρα μας με την πολύπλευρη δραστηριότητά τους, ήταν δύο φωτισμένοι καθηγητές, ομότιμοι ήδη. Ο κ. Ι. Καπετανάκης στην Αθήνα και ο κ. Κανιτάκης στην Θεσσαλονίκη.

1.2. ΑΦΡΟΔΙΣΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Η καλή κατάρτιση_του γιατρού στην αφροδισιολογία εξακολουθεί να έχει μεγάλη χρησιμότητα ένεκα της ιατροκοινωνικής φύσεως των νοσημάτων αυτών και ένεκα των δυνατοτήτων πρόληψης που εξασφαλίζει η γνώση πάνω στο θέμα αυτό.

Η Δερματολογία σήμερα παρουσιάζει ένα εκπληκτικό ενδιαφέρον ένεκα των πολλαπλών άλυτων ιατροβιολογικών προβλημάτων που παρουσιάζονται στο χώρο που καλύπτει και είναι φυσικό ότι η θέση αυτή αποβαίνει σε βάρος της Αφροδισιολογίας κατά κάποιο τρόπο. Αν και πρόκειται για δυο σχετικά διαφορετικές επιστήμες, έχουν όμως κοινό στόχο έκφρασης , που είναι το δέρμα και οι βλεννογόνοι. Έτσι, από πρακτική και θεωρητική βάση, είναι άρρηκτα δεμένες μεταξύ τους.

Η παλιά Αφροδισιολογία καλύπτει το αντικείμενο πέντε ειδικών Νοσημάτων, των γνήσιων Αφροδίσιων Νοσημάτων. Σήμερα όμως έχει διευρυνθεί η περιοχή της αφροδισιολογίας και καλύπτει περίπου 18-21 νοσήματα με ένα ειδικότερο όρο που είναι:

«Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα (Σ.Μ.Ν)» . Κάτω από τον όρο αυτόν περιλαμβάνονται:

- Η Σύφιλη
- Η Βλεννόρροια
- Το μαλακό έλκος
- Το αφροδίσιο ή βουβωνικό λεμφοκοκκίωμα ή νόσος του Nicolas-Favre
- Το αφροδίσιο ή βουβωνικό κοκκίωμα
- Η μη γονοκοκκική ουρηθρίτις (μη ειδική)
- Τα οξυτενή κονδυλώματα
- Ο έρπης των γεννητικών οργάνων
- Η μολυσματική τέρμινθος
- Η φθειρίαση του εφηβαίου
- Η ψώρα
- Μη ειδικές φλεγμονές της βάλανου (βαλανίτις)
- Η ηπατίτιδα Β
- Το σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας (AIDS)

Από τα νοσήματα αυτά, τα 5 πρώτα είναι τα γνήσια αφροδίσια νοσήματα με την παλιά έννοια του όρου, που μεταδίδονται μόνο με την σεξουαλική επαφή.

Τα επόμενα 9, που ίσως είναι όχι 9 αλλά περισσότερα, μεταδίδονται είτε με την σεξουαλική επαφή είτε έμμεσα με άλλους τρόπους. Δεν παύουν όμως να είναι σεξουαλικά μεταδιδόμενα

1.3. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Σε χώρες όπου η υγειονομική παρακολούθηση είναι καλά οργανωμένη και τα Σ.Μ.Ν. είναι υποχρεωτικώς δηλωμένα, ο προσδιορισμός των επιδημιολογικών παραμέτρων είναι ακριβής.

Στην χώρα μας γίνεται δήλωση και υπάρχουν τα σχετικά στοιχεία στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, όμως η δήλωση δεν γίνεται πάντα γιατί δεν είναι επιθυμητή από τους αρρώστους.

Στο νοσοκομείο «Α. Συγγρός» λειτουργεί Γραφείο Στατιστικής και Επιδημιολογικής Παρακολούθησης. Οι παράμετροι των αφροδίσων (Α.Ν.) που προέρχονται από το γραφείο αυτό είναι ακριβείς και εκφράζουν δειγματοληπτικά τις ροπές των Α.Ν. στην χώρα μας.

Γενικότερα όμως μια αύξηση της συχνότητας των αφροδίσων νόσων παρατηρήθηκε από το 1925 έως το 1955 διεθνώς με αιχμή το 1942-1945 κατά τη διάρκεια του II Παγκοσμίου Πολέμου. Η πτώση της συχνότητας γενικά υπήρξε σχεδόν κατακόρυφη μετά το 1955 για να ακολουθήσει μικρή αλλά σταθερή άνοδος στην δεκαετία του 1960 και μέχρι το μέσο της δεκαετίας του 1970, οπότε η ανοδική τάση της συχνότητας των αφροδίσων υπήρξε μεγαλύτερη και ανησυχητική, ιδιαίτερα από το 1978 και ύστερα.

Τα ίδια παρατηρήθηκαν και στην χώρα μας με ηπιότερες όμως διακυμάνσεις και με χαμηλού ύψους παραμέτρους. Στην περίπτωση όμως των οξυτενών κονδυλωμάτων η αύξηση της συχνότητας έχει τριπλασιαστεί από το 1973 έως το 1983.

Επιδημιολογικοί παράγοντες που επηρεάζουν τη συχνότητα των αφροδίσων νοσημάτων είναι:

1.3.1.α) Ιατρογενείς

1. Γυναίκες με ασυμπτωματική νόσο (ιδίως βλεννόρροια)
2. Ομοφυλόφιλοι άνδρες – ασυμπτωματικοί
3. Αποτυχία θεραπευτικής αγωγής είτε λόγω ελλιπούς δόσεως είτε λόγω αναπτυσσόμενης αντιστάσεως (φαρμακοαντοχής γονόκκοκος, αδρανοποίηση της πενικιλίνης ένεκα παρουσίας ειδικού σταφυλόκοκκου)
4. Χρησιμοποίηση αντισυλληπτικών με αποτέλεσμα είτε έλλειψη προστασίας είτε έλλειψη αναστολών και μεγαλύτερο αριθμό επαφών και εναλλαγή συντρόφων.
5. Πρωιμότερη ωρίμανση των γυναικών, σε σύγκριση με 40-80 χρόνια νωρίτερα (νωρίτερη έμμηνος ρύση) με αποτέλεσμα πρωιμότερη έναρξη σεξουαλικής ζωής.

1.3.2.β) Κοινωνικοί παράγοντες

1. Μετακίνηση πληθυσμών (τουρισμός – πολεμικές συρράξεις)
2. Αύξηση του χρόνου ανάπαυσης και διακοπών

3. Εύκολη μετακίνηση από πόλη σε πόλη και από χώρα σε χώρα
4. Αύξηση του αλκοολισμού
5. Χαλάρωση των ηθών. Η άποψη αυτή δεν είναι δογματική θέση αλλά στηρίζεται σε συγκεκριμένα κριτήρια και μετρήσεις
6. Ευκολότερη και πιο ελεύθερη διακίνηση των εκδιδόμενων γυναικών
7. Συχνή εναλλαγή ερωτικών συντρόφων
8. Άγνοια που επιτείνεται από την άποψη ότι τα αφροδίσια νοσήματα είναι χωρίς σημασία.

1.3.3.γ) Βασικοί παράγοντες

1. Η νόσηση του ενός ερωτικού συντρόφου και η μετάδοση στον άλλο και
2. Η προϋπόθεση πολλαπλών σεξουαλικών επαφών (εκδιδόμενες γυναίκες, ομοφυλόφιλοι).

Με την εμπειριστατωμένη μελέτη των επιδημιολογικών παραγόντων γίνεται δυνατή η λήψη σωστών και αποτελεσματικών μέτρων προληπτικής ιατρικής στον τομέα αυτόν.

1.4. ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΩΝ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΑ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΩΝ ΝΟΣΩΝ

Αυτές οι νόσοι μπορούν να ταξινομηθούν με βάση την αιτιολογία τους ή της κλινικές τους εκδηλώσεις. Ο πίνακας (παρ. πίνακας 1.4.-1) δίνει μια αιτιολογική ταξινόμηση των Σ.Μ.Ν. Η σεξουαλική μετάδοση έχει ενοχοποιηθεί ως κύριος παράγοντας στην εξάπλωση του καθενός απ' τα παθογόνα που αναφέρονται σ' αυτόν τον πίνακα. Υπήρξαν ανακοινώσεις σποραδικών περιπτώσεων σεξουαλικής μεταδόσεως πολλών άλλων παθογενετικών παραγόντων, αλλά οι νόσοι που προκαλούνται από αυτούς τους άλλους παράγοντες δεν λαμβάνονται γενικά υπόψη, εφόσον η σεξουαλική μετάδοση φαίνεται να αποτελεί ελάχισονα παράγοντα για την εξάπλωση τους. Για καθέναν απ' τους παράγοντες που αναφέρονται στον πίνακα (παρ. 1.4.-2) υπάρχουν μια ή περισσότερες νόσοι ή σύνδρομα που είναι γνωστό ότι προκαλούνται από τον παράγοντα και άλλες (που σημειώνονται με ερωτηματικό) για τις οποίες υπάρχει υποψία αιτιολογικής συσχέτισεως αλλά δεν έχει ακόμη αποδειχθεί.

Κεφάλαιο 2

2.1. ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΠΙΚΤΗΤΗΣ ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ (AIDS)

2.1.1.ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το σύνδρομο της επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας (AIDS) έχει μια σύντομη αλλά πικρή ιστορία. Καμία νόσος από την εποχή του « Μαύρου Θανάτου» δεν έχει απασχολήσει τόσο το κοινό. Η αντίδραση της κοινωνίας κατά του AIDS διακυμαίνεται από την υστερία και τον πανικό μέχρι τον εξοστρακισμό και τις διακρίσεις κατά των πάσχοντων. Το AIDS παραμένει αθεράπευτο και η συχνότητα εξάπλωσης του επιταχύνεται γοργά. Το γεγονός αυτό συμβάλλει σε μια νοσηρή αντιμετώπιση, κατά την οποία πολλά άτομα πιστεύουν ότι ζουν αγκαλιά με τον θάνατο.

Βέβαια, το AIDS μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα ένα ιατρικό ολοκαύτωμα αν δεν ληφθούν δραστικά μέτρα για να προληφθεί η νόσος και εφόσον δεν επιτευχθεί αποτελεσματική θεραπεία γρήγορα.

Το ποσοστό μεταδοτικότητας της νόσου από τα μολυσμένα άτομα φαίνεται ότι είναι πολύ ακαθόριστο. Η ασάφεια αυτή συμβάλλει στη δημιουργία αισθημάτων φόβου, πανικού και παράνοιας. Όσοι ζουν μακριά από ομάδες ατόμων υψηλού κινδύνου φαίνεται ότι έχουν λιγότερο από μια πιθανότητα στο εκατομμύριο να αναπτύξουν AIDS.

Θα πρέπει να ληφθούν προφυλακτικά μέτρα για την μείωση της διασποράς του AIDS. Ο ιός είναι προσαρμόσιμος και μπορεί να συνεχίσει να μεταλλάσσεται, κατά τέτοιο τρόπο, ώστε να αναπτυχθούν νέοι τρόποι μόλυνσης. Δεν υπάρχει απάντηση στη συχνά επαναλαμβανόμενη ερώτηση ως προς τις κατευθύνσεις που θα πάρει η νόσος στο μέλλον. Η αύξηση της εκπαίδευσης του κοινού και η διαρκής επιφυλακή είναι οι καλύτερες στρατηγικές που υπάρχουν σήμερα για την απομόνωση της νόσου και την επιβράδυνση της διασποράς της.

Ένα βασικό βήμα για την κατανόηση του AIDS είναι η αναγνώριση της διαφοράς μεταξύ της μόλυνσης από τον ιό του AIDS (HTLV-III), του συμπλέγματος εκδηλώσεων που σχετίζονται με το AIDS (ή ARC, από τα αρχικά των λέξεων AIDS

Related Complex) και αυτού του ίδιου του AIDS (βλέπε πίνακα παρ. 2.1.). "Άτομα που έχουν μολυνθεί από τον ιό του AIDS δεν θα αναπτύξουν αναγκαστικά το ARC ή το ίδιο το AIDS, αλλά μπορεί να μολύνουν άλλα άτομα. Πρόσφατες έρευνες υπαινίσσονται ότι το 30 έως 60% των ατόμων που μολύνθηκαν από τον ιό του AIDS μπορεί τελικά να αναπτύξουν την ασθένεια. Το ARC είναι λιγότερο σοβαρό από το AIDS. Το AIDS είναι μια εξέλιξη του ARC και αντιπροσωπεύει αναμφισβήτητη απειλή για την ζωή.

2.1.2.ΤΑ ΑΙΤΙΑ ΤΟΥ AIDS

Ποια είναι η προέλευση του AIDS; Γιατί αυτή η θανατηφόρα και παράξενη νόσος έχει εξαπλωθεί στον κόσμο; Το σενάριο μοιάζει με επιστημονικό παραμύθι. Όμως, το AIDS είναι κάτι το πραγματικό, το ανθρώπινο, μια μεγάλη απειλή.

Η επικράτηση του ιού του AIDS στην Κεντρική Αφρική έχει οδηγήσει σε υποθέσεις ότι η νόσος γεννήθηκε στην ήπειρο αυτή. Ο αρχικός φορέας του ιού του AIDS, ή κάποιου ιού που σχετίζεται στενά μ' αυτόν, ήταν πιθανόν ο πράσινος πίθηκος της Κεντρικής Αφρικής. Ο πίθηκος αυτός μπορεί να φιλοξενούσε έναν αβλαβή ιό στο αίμα του για πολλά χρόνια. Σε διάστημα όχι μεγαλύτερο από 10 έως 15 χρόνια, η φύση μετέβαλε κατά πάσα πιθανότητα το γενετικό κώδικα του ιού διαμέσου μιας φυσικής, τυχαίας εξελικτικής μετάλλαξης. Το αποτέλεσμα ήταν προφανώς το θανατηφόρο HTLV-III στέλεχος του ιού.

Τελευταίες μελέτες δείχνουν ότι το 70% περίπου των αφρικανικών πράσινων πιθήκων ζουν συχνά σε στενή σχέση με τους ανθρώπους. Τα δαγκώματα από τους πιθήκους δεν είναι σπάνια. Στους παράγοντες που πιθανόν να έχουν προαγάγει τη διασπορά του AIDS στην Αφρική περιλαμβάνονται η κακή υγιεινή, το μολυσμένο νερό, η χρήση και η επαναχρησιμοποίηση μη αποστειρωμένων βελόνων σε μικρές κλινικές και στη διάρκεια τοπικών τελετουργιών, που περιλαμβάνουν τη χάραξη του δέρματος και την ανταλλαγή αίματος.

Οι υψηλού κινδύνου σεξουαλικές πρακτικές και οι μετακινήσεις των πληθυσμών διέσπειραν το AIDS και σε άλλες ηπείρους.

2.1.3.ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΑ ΓΕΓΟΝΟΤΑ ΓΥΡΩ ΑΠΟ ΤΟ AIDS

- Το AIDS προκαλείται από έναν ιό (HTLV-III).
- Ο ιός μπορεί να προκαλέσει κάποιο ελάττωμα στο ανοσοποιητικό σύστημα του ανθρώπου που θα έχει ως αποτέλεσμα το AIDS.
- Δεν υπάρχει ειδική θεραπεία ή ίαση του AIDS και δεν υπάρχουν αναφορές αυτόματης ανάνηψης μιας ανοσοποιητικής βλάβης.
- Το AIDS είναι πάντοτε θανατηφόρο. Στην πραγματικότητα είναι μια καταδίκη σε θάνατο.
- Το 75% περίπου των θυμάτων του AIDS πεθαίνουν μέσα σε δύο χρόνια από την ανάπτυξη των συμπτωμάτων AIDS.
- Ο ιός του AIDS παραμένει πιθανόν στο σώμα ισόβια.
- Φαίνεται πως δεν αναπτύσσουν όλα τα άτομα που μολύνθηκαν το ARC, και ένα μικρότερο ποσοστό αναπτύσσει AIDS.
- Το εκατοστιαίο ποσοστό των ατόμων που μολύνθηκαν με τον ιό HTLV-III και που θα αναπτύξουν AIDS δεν είναι γνωστό, αλλά μπορεί να είναι μεγάλο (από 30 μέχρι 60%), ή ακόμη μεγαλύτερο σε ομάδες ατόμων υψηλού κινδύνου.
- Ο ιός μπορεί να βρίσκεται σε κατάσταση επώασης στο σώμα για ένα διάστημα από έξι μήνες μέχρι πέντε χρόνια, ή ακόμη και περισσότερο, προτού εμφανισθούν συμπτώματα.
- Μερικά άτομα που μολύνθηκαν με τον ιό του AIDS αναπτύσσουν το ARC, το οποίο είναι λιγότερο σοβαρό.
- Άτομα που έχουν μολυνθεί με τον ιό του AIDS αλλά που δεν έχουν συμπτώματα AIDS ή ARC μπορεί να μολύνουν άλλα άτομα.
- Ομοφυλόφιλοι και αμφισεξουαλικοί άντρες υπολογίζονται ως το 70% ή και παραπάνω των περιπτώσεων AIDS.
- Η σεξουαλική μετάδοση φαίνεται να απαιτεί πολύ στενή σεξουαλική επαφή και ανταλλαγή υγρών του σώματος. Διαμέσου του σπέρματος είναι περισσότερο πιθανό να μεταδίδεται η νόσος κατά τη διάρκεια στενής σεξουαλικής επαφής.

- Μ' ένα απλό τεστ αίματος είναι δυνατό να ανιχνευθούν αντισώματα του ιού HTLV-III στο αίμα και έτσι μπορεί να διαπιστωθεί αν το άτομο είναι μολυσμένο με τον ιό HTLV-III.
- Άτομα που έχουν μολυνθεί με τον ιό του AIDS και που είναι πιο συνειδητά σχετικά με θέματα υγείας φαίνεται ότι έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να μην αναπτύξουν ποτέ AIDS.
- Κανένας δεν γνωρίζει με βεβαιότητα για πόσο χρονικό διάστημα ο ιός του AIDS μπορεί να ζήσει έξω από το σώμα σε αντικείμενα, όπως τουαλέτες, τραπέζια, σεντόνια, πετσέτες, πιάτα διάφορα σκεύη τροφών, χερούλια θυρών, τηλέφωνα, γραφεία, έπιπλα, δεξαμενές μπάνιου ή θερμοί σωλήνες νερού. Ο ιός του AIDS μπορεί να ζήσει μέχρι και 15 μέρες σε μολυσμένο αίμα που έχει ληφθεί από το σώμα και έχει διατηρηθεί σε μια τράπεζα αίματος. Η μόλυνση από επαφή με την επιφάνεια του σώματος είναι απίθανη γιατί ο ιός θα πρέπει να εισέλθει στην κυκλοφορία του αίματος για να καταστεί μολυσματικός.
- Τα προφυλακτικά μειώνουν (αλλά δεν εξαλείφουν εντελώς) την πιθανότητα διασποράς του ιού στο σπέρμα.
- Ο ιός του AIDS μπορεί να διασπαρεί κατά τη διάρκεια μιας απλής σεξουαλικής επαφής με ένα μολυσμένο άτομο. Ο κίνδυνος αυξάνεται με τους πολλούς σεξουαλικούς συντρόφους.
- Δεν υπάρχει κίνδυνος να μολυνθεί κανείς από τον ιό του AIDS όταν προσφέρει αίμα.
- Οι μεταγγίσεις αίματος δεν είναι απόλυτα ασφαλείς, αλλά οι αθρόες εξετάσεις αίματος που γίνονται είναι κατά 99,5% περίπου αξιόπιστες. Το αίμα ενός δωρητή που είναι μολυσμένος δε χρησιμοποιείται σε μεταγγίσεις.
- Δεν υπάρχει τεστ για το ίδιο το AIDS, αλλά μόνο για τη μόλυνση από τον ιό HTLV-III.

2.1.4. ΠΩΣ ΤΟ AIDS ΠΡΟΣΒΑΛΕΙ ΤΟ ΑΝΟΣΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Αν τα ανοσοποιητικό σύστημα μας προστατεύει από ένα πλήθος μικρόβια, μύκητες, πρωτόζωα και ιούς, γιατί ο ιός HTLV-III είναι τόσο θανατηφόρος; Απ' όλους τους εχθρούς του σώματος, οι ιοί είναι οι απλούστεροι αλλά και οι πιο παραπλανητικοί. Ο ιός HTLV-III είναι ο πιο παραπλανητικός και θανατηφόρος από όλους. Ο HTLV-III, όπως και πολλοί άλλοι ιοί, είναι απλώς μια δέσμη γονιδίων μ' ένα περίβλημα από πρωτεΐνη. Τα γονίδια περιέχουν πληροφορίες για τη δημιουργία περισσότερων αντιγράφων του ιού. Επειδή είναι τόσο απλό ένας ιός να αναπαραγάγει τον εαυτό του, αναπαράγεται μέσα σ' ένα κανονικό κύτταρο. Ο ιός του AIDS εισέρχεται στο ανθρώπινο σώμα- όπως οι αρχαίοι Έλληνες με το Δούρειο ίππο στην Τροία- κρυμμένος μέσα σ' ένα βοηθητικό T-κύτταρο ενός μολυσμένου ξενιστή. Τυπικά μεταφέρεται στο σώμα διαμέσου μολυσμένου αίματος ή σπέρματος.

Τα βοηθητικά T-κύτταρα του νέου θύματος αναγνωρίζουν τα ξένα βοηθητικά T-κύτταρα που περιέχουν τον ιό του AIDS σαν τέτοια, αλλά όταν τα δύο βοηθητικά T-κύτταρα συναντηθούν, ο ιός του AIDS γλιστράει διαμέσου της κυτταρικής μεμβράνης εναντίον του αμυντικού κυττάρου. Προτού τα αμυντικά βοηθητικά T-κύτταρα δώσουν το σύνθημα στα φονικά T-κύτταρα, στα B-κύτταρα και στα μακροφάγα να πολλαπλασιασθούν και να ενωθούν στη μάχη, τα βοηθητικά T-κύτταρα «μπλοκάρονται» από τον ιό HTLV-III. Ο ζωτικός μνητής της αντίδρασης του ανοσοποιητικού συστήματος του σώματος (το βοηθητικό T-κύτταρο) αδρανοποιείται σαν να είναι ένα λεμφοκύτταρο.

Το βοηθητικό T-κύτταρο «επανέρχεται» πάλι, αλλά τη φορά αυτή λειτουργεί ως «εργαστήριο παραγωγής ιών του AIDS». Η γενετική πληροφορία του ιού του AIDS λειτουργεί μέσα στο βοηθητικό T-κύτταρο για την παραγωγή περισσότερων ιών του AIDS. Ο ιός HTLV-III φαίνεται ότι έχει ένα μοναδικό γενετικό συστατικό που του επιτρέπει να αναπαραχθεί μόνο του, εκατοντάδες φορές ταχύτερα από τους άλλους τύπους ιών. Τελικά ο ιός του AIDS θα προκαλέσει τη διάρρηξη του κυττάρου ξενιστή, φονεύοντας το και μολύνοντας άλλα φυσιολογικά βοηθητικά T-κύτταρα. Καθώς η διαδικασία αυτή επαναλαμβάνεται, το ανοσοποιητικό σύστημα του σώματος μπορεί να εξασθενήσει σε μεγάλο βαθμό.

Λόγω της μεγάλης καταστολής του ανοσοποιητικού συστήματος, ένα άτομο που έχει μολυνθεί από τον ιό του AIDS μπορεί να καταστεί ανίκανο να καταπολεμήσει αποτελεσματικά μολύνσεις, που θα μπορούσαν κανονικά να ήταν ασήμαντες, ή ακόμη να προλάβει το σάρκωμα Karosi. Ο ιός του AIDS είναι σαν μια ωρολογιακή βόμβα μέσα στο σώμα. Το αν και πότε θα προκαλέσει καταστολή του ανοσοποιητικού συστήματος δεν είναι δυνατό να προβλεφθεί.

2.1.5. Η ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΤΩΝ ΜΟΛΥΣΜΕΝΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΤΟΝ ΙΟ ΤΟΥ AIDS (HTLV-III)

Η ΑΘΡΟΑ ΕΞΕΤΑΣΗ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΓΙΑ ΤΟ AIDS

Αμέσως μετά τη διαπίστωση ότι ο ιός HTLV-III είναι το αίτιο πρόκλησης του AIDS, έγινε δυνατό να αναπτυχθεί ένα αποτελεσματικό τεστ αθρόας εξέτασης που θα μπορεί να ανιχνεύει αντισώματα που σχηματίζονται στο σώμα, ως αντίδραση στην ύπαρξη του ιού. Το τεστ του αντισώματος HTLV-III επιτράπηκε το Μάρτιο του 1985, Το τεστ παρουσιάζει μεγάλο βαθμό ευαισθησίας. Ο σκοπός του είναι να ανιχνεύει για αντισώματα HTLV-III το θετικό αίμα που χρησιμοποιείται από τις εθνικές τράπεζες αίματος. Ο σκοπός αυτός επιτεύχθηκε με μια αποτελεσματικότητα πάνω από 99%. Το αίμα ή το πλάσμα που με το τεστ αποδεικνύεται θετικό για αντισώματα απορρίπτεται. Η Δημόσια υγειονομική υπηρεσία των Η.Π.Α. συνιστά επίσης το αντισώματος HTLV-III να χρησιμοποιείται και για την ανίχνευση αίματος και όρου σε δωρητές οργάνων, ιστών ή σπέρματος, που πρόκειται να χρησιμοποιηθούν σε ανθρώπους. Το τεστ αντισώματος HTLV-III.

Το τεστ αντισώματος HTLV-III σπάνια αποτυγχάνει στην ανίχνευση του ιού του AIDS όταν υπάρχουν, έχουν όμως αναφερθεί μερικά ψευδώς-θετικά αποτελέσματα του τεστ. Ένα ψευδώς-θετικό αποτέλεσμα δείχνει ότι υπάρχουν αντισώματα του ιού του AIDS, ενώ στην πραγματικότητα δεν υπάρχουν. Γι' αυτό συνιστάται ένα δεύτερο τεστ, για να επιβεβαιωθεί το θετικό αποτέλεσμα. Ήδη έχουν αναπτυχθεί λιγότερο δαπανηρά και περισσότερο ειδικά τεστ.

ΟΙ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΟΥ ΤΕΣΤ ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΟΣ HTLV-III

Η κύρια αξία του τεστ αντισώματος HTLV-III ήταν η επιβεβαίωση της ποιότητας της προμήθειας αίματος σε εθνικό επίπεδο. Λόγω του ότι η πλήρης σημασία των αντισωμάτων του ιού του AIDS στην κυκλοφορία του αίματος δεν είναι γνωστή, το

τεστ χρησιμοποιείται, για περιορισμένη μόνο χρήση. Υπάρχουν ορισμένα πράγματα που το τεστ αντισώματος HTLV-III δεν μπορεί να πετύχει. Σ' αυτά περιλαμβάνονται:

1. Δεν μπορεί να διαγνώσει το AIDS
2. Δεν μπορεί να προβλέψει μελλοντική νόσο που οφείλεται στο σύμπλεγμα εκδηλώσεων που σχετίζονται με το AIDS ή στο AIDS
3. Δεν μπορεί να προσδιορίσει την ανοσία ή την προστασία από τον ιό.
4. Δεν μπορεί να προσδιορίσει την ικανότητα ενός ατόμου να μολύνει ένα άλλο.

Ένα άτομο με θετικό αποτέλεσμα του τεστ έχει πιθανόν μολυνθεί με τον ιό HTLV-III, ή με παρόμοιο ιό, σε κάποιο χρονικό διάστημα στο παρελθόν. Ένα άτομο με αρνητικό αποτέλεσμα πιθανόν να μην έχει μολυνθεί με τον ιό HTLV-III, αλλά αν υποβληθεί στο τεστ ευθύς αμέσως μετά την έκθεσή του στον ιό του AIDS ίσως να μην ανιχνευθούν αντισώματα, αργότερα όμως το τεστ μπορεί να είναι θετικό.

Αν ένα άτομο έχει άγχος για μια πιθανή μόλυνση έπειτα από σεξουαλική επαφή, μετάγγιση αίματος, εμφύτευση οργάνων, τυχαίο τρύπημα με μια μολυσμένη βελόνα ή με συσκευές που χρησιμοποιούνται για ενδοφλέβια χρήση, τυχαία επαφή μ' ένα μολυσμένο άτομο, ή για οποιονδήποτε άλλο λόγο, πιθανόν το άτομο να επιθυμεί να κάνει το τεστ για να βεβαιωθεί. Τα διάφορα τμήματα υγείας, οι διάφορες κλινικές και οι γιατροί μπορούν να κάνουν το τεστ. Μια γυναίκα έγκυος, που έχει μολυνθεί, μπορεί να επιθυμεί να αναβάλει την εγκυμοσύνη μέχρι που αποκτήσει επαρκείς γνώσεις σχετικά με τον κίνδυνο για το αναπτυσσόμενο έμβρυο.

Η Δημόσια υγειονομική υπηρεσία των Η.Π.Α. και η Αμερικάνικη ιατρική εταιρεία έχουν συστήσει τη συνεχή υποβολή σε τεστ όλων των ατόμων που έχουν ένα θετικό τεστ αντισώματος HTLV-III. Τα σχετικά με το απόρρητο των αποτελεσμάτων του τεστ θα πρέπει να συζητηθούν μ' αυτόν που παραπέμπει το άτομο, καθώς και με το ίδιο το άτομο. Το απόρρητο των αποτελεσμάτων θα πρέπει να προστατεύεται σε μεγαλύτερο βαθμό, σε συνδυασμό με το ενδιαφέρον για τη δημόσια υγεία και με συνέπεια προς τα ατομικά δικαιώματα του ασθενή.

2.1.6.ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΟΥ ΣΥΜΠΛΕΓΜΑΤΟΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΩΝ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΟ AIDS (ARC) ΚΑΙ ΤΟΥ AIDS

ΣΤΑΔΙΟ ΥΓΙΟΥΣ ΦΟΡΕΑ

Τα περισσότερα άτομα που είναι μολυσμένα με τον ιό HTLV-III διέρχονται ένα στάδιο υγιούς φορέα. Τα άτομα αυτά δεν παρουσιάζουν συμπτώματα και η υγεία τους βρίσκεται σε καλή κατάσταση. Πολλά από τα άτομα αυτά θα αναπτύξουν σύμπλεγμα εκδηλώσεων που σχετίζονται με το AID (ARC). Ο χρόνος επώασης του ιού του AIDS μπορεί να είναι πέντε χρόνια ή και περισσότερο. Εάν, τότε και κάτω από ποιες συνθήκες ένα άτομο θα αναπτύξει ARC ή AIDS είναι κάτι που δεν μπορεί να προβλεφθεί.

ΣΥΜΠΛΕΓΜΑ ΕΚΔΗΛΩΣΕΩΝ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΟ AIDS (ARC)

Το σύμπλεγμα των εκδηλώσεων που σχετίζονται με το AIDS (ARC) είναι γνωστό επίσης και ως σύνδρομο χρόνιας λεμφαδενοπάθειας. Στα συμπτώματα –πέρα απ' αυτά που αναφέρονται στον ορισμό του ARC- περιλαμβάνονται μια ελάττωση του αριθμού των λεμφοκυττάρων, αναιμία, ελάττωση των θρομβοκυττάρων (που βοηθούν στην πήξη του αίματος) και μολύνσεις του στόματος που οφείλονται σε μύκητες. Μερικά άτομα με ARC αναπτύσσουν μια σοβαρή μόλυνση που θέτει σε κίνδυνο τη ζωή του ασθενή ή κάποια κακοήθεια. Όταν αυτά συμβούν, τότε ο ασθενής κατατάσσεται στην κατηγορία ατόμων με AIDS.

Μόνο ένας μικρός αριθμός ατόμων που έχουν μολυνθεί με τον ιό HTLV-III αναπτύσσουν τελικά AIDS.Οι εκατοστιαίες αναλογίες μπορεί να ποικίλλουν, αλλά τα σημερινά δεδομένα υπαινίσσονται ότι ένα ποσοστό μέχρι 20% των ατόμων με ARC θα αναπτύξουν τελικά AIDS. Η εκατοστιαία αυτή αναλογία μπορεί να θεωρηθεί μεγαλύτερη σε μερικές ομάδες υψηλού κινδύνου-όπως οι ομοφυλόφιλοι, που επιδίδονται σε χωρίς διάκριση σεξουαλικές πράξεις.

AIDS

Τα συμπτώματα του AIDS είναι εκείνα που σχετίζονται με τις διαταραχές οι οποίες εμφανίζονται ως επιπλοκές του ιού HTLV-III, προκαλώντας καταστολή του ανοσοποιητικού συστήματος του σώματος.

Οι πιο συχνή μόλυνση στα θύματα του AIDS παραμένει ακόμη η πνευμονία από καρίναιο πνευμονοκύστη. Η εκατοστιαία αναλογία των θυμάτων του AIDS που προσβάλλονται απ' αυτή τη μορφή πνευμονίας είναι 60% περίπου. Η κακοήθεια που προσβάλλει πιο συχνά τα θύματα του AIDS είναι το σάρκωμα Kaposi. Το 19% περίπου των ασθενών παρουσιάζουν μόνο σάρκωμα Kaposi. Το 6% περίπου παρουσιάζουν και πνευμονία από καρίναιο πνευμονοκύστη και σάρκωμα Kaposi. Το υπόλοιπο 15% υποκύπτει από άλλες ευκαιριακές μολύνσεις ή κακοήθειες.

Η προσβολή από πνευμονία από καρίναιο πνευμονοκύστη είναι συχνά ελαφριά, με πυρετό, βήχα και δύσκολη αναπνοή. Η πνευμονία καταβάλλει τελικά τους πνεύμονες και οδηγεί στο θάνατο. Η καρίναιος πνευμονοκύστη έχει επίσης αναφερθεί ότι προσβάλλει τα μάτια και το κεντρικό νευρικό σύστημα των θυμάτων του AIDS. Η προσβολή των ματιών μπορεί να οδηγήσει σε τύφλωση, ενώ εμπλοκή του κεντρικού νευρικού συστήματος μπορεί να οδηγήσει σε μηνιγγίτιδα.

Οι μολύνσεις από μύκητες, που κυμαίνονται από μόλυνση του στόματος μέχρι μηνιγγίτιδα, παρουσιάζονται στο 80 έως 90% των περιπτώσεων AIDS. Η μόλυνση από τον ιό του έρπητος στα θύματα του AIDS μπορεί να οδηγήσει σε εγκεφαλίτιδα και ο κυτταρομεγαλοϊός μπορεί να προκαλέσει συμπτώματα που ποικίλλουν από το σύνδρομο που μοιάζει με μονοπυρήνωση, μέχρι τύφλωση, πνευμονία και εγκεφαλίτιδα, που θέτουν σε κίνδυνο τη ζωή του ατόμου. Μυκοβακτηρίδια μπορεί να μολύνουν τους πνεύμονες, το μυελό των οστών, τα νεφρά, το συκώτι. Το γαστρεντερικό σωλήνα, τους λεμφαδένες και τη σπλήνα. Η τοξοπλάσμωση μπορεί να προκαλέσει εγκεφαλίτιδα και απόστημα του εγκεφάλου, που μπορεί να οδηγήσει πολύ γρήγορα στο θάνατο. Πολυάριθμα βακτηρίδια και πρωτόζωα προκαλούν έντονη διάρροια, πόνο και κράμπες στην κοιλιά, μείωση υγρών και ηλεκτρολυτών, αδυναμία των μυών και χαμηλή πίεση του αίματος.

Το σάρκωμα Kaposi, μια κακοήθης διαταραχή, είναι πολύ επιθετικό στα θύματα του AIDS. Αρχικά μπορεί να αναπτυχθεί μια απλή, ωοειδής, οζώδης, ερυθροσταχτιά βλάβη. Οι επιθετικές αυτές βλάβες διασκορπίζονται στον κορμό του σώματος, στο κεφάλι, στο λαιμό και στα χέρια. Η κακοήθεια προχωρεί γρήγορα προς τους πνεύμονες, το συκώτι, τη σπλήνα, τους λεμφαδένες, τους όρχεις και το γαστρεντερικό σωλήνα στο 70% των περιπτώσεων. Άλλες κακοήθεις βλάβες που διαπιστώνονται στα θύματα του AIDS περιλαμβάνουν τη νόσο Hodgkin, το λέμφωμα Burkitt, το λεμφοβλαστικό λέμφωμα και το εγκεφαλικό λέμφωμα.

Η πειθαρχεία του κοινωνικού συνόλου, η εκπαίδευση του κοινού, τα προφυλακτικά μέτρα και η χρηματοδότηση των ερευνών για την επίτευξη μιας βιώσιμης θεραπείας θα πρέπει να αποτελέσουν μια εξαιρετικά μεγάλη προτεραιότητα από τη δημόσια και ιδιωτική πρωτοβουλία.

2.1.7.ΠΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΕΤΑΙ ΤΟ AIDS (ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ)

Το AIDS μεταδίδεται κυρίως με την άμεση είσοδο του ιού HTLV-III στην κυκλοφορία του αίματος. Οι πιο συνηθισμένοι τρόποι μετάδοσης του AIDS είναι οι παρακάτω:

1. Η πολύ στενή επαφή με ένα μολυσμένο άτομο. Το σπέρμα είναι ένας από τους κυριότερους φορείς του ιού HTLV-III. Η ανταλλαγή υγρών του σώματος κατά τη σεξουαλική επαφή πέους-πρωκτού, στόματος-γεννητικών οργάνων και στόματος-πρωκτού είναι τα κυριότερα αίτια που οδηγούν στο AIDS. Η σεξουαλική πράξη πέους-πρωκτού φαίνεται ότι δημιουργεί μεγάλο κίνδυνο μόλυνσης, καθώς οι ρωγμές στους ιστούς του πρωκτού είναι συνήθεις. Αυτό επιτρέπει να εισέλθει μολυσμένο σπέρμα στην κυκλοφορία του αίματος ενός άντρα ή γυναίκας, σεξουαλικού συντρόφου. Πληγές στο στόμα αυξάνουν την πιθανότητα μόλυνσης από τον ιό HTLV-III κατά τη διάρκεια στοματο-γεννητικής και στοματο-πρωκτικής σεξουαλικής επαφής. Θα πρέπει να έχει κανείς υπόψη του ότι το 70% των περιπτώσεων AIDS παρουσιάζονται σε ομοφυλόφιλους και σε αμφισεξουαλικούς άντρες.
2. Η χρήση μολυσμένων βελόνων και άλλων παρόμοιων αντικειμένων που τα μεταχειρίζονται μολυσμένα άτομα. Το αίμα παραμένει στις μολυσμένες βελόνες και σε παρόμοια αντικείμενα. Αυτό επιτρέπει τον άμεσο εμβολιασμό του ιού HTLV-III στην κυκλοφορία του αίματος. Θα πρέπει να γνωρίζουμε ότι το 20% των περιπτώσεων AIDS παρατηρούνται σε χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών ουσιών που χρησιμοποιούν μολυσμένες βελόνες ή παρόμοια μέσα.
3. Η μετάγγιση μολυσμένου αίματος ή προϊόντων αίματος. Λόγω της εξέτασης που γίνεται στους δωρητές αίματος για ανίχνευση αντισωμάτων του ιού HTLV-III, η εμφάνιση του AIDS με τον τρόπο αυτό μετάδοσης έχει μειωθεί.
4. Η μόλυνση των νεογνών από μολυσμένες μητέρες. Το μολυσμένο αίμα της μητέρας μπορεί να μολύνει ένα αναπτυσσόμενο έμβρυο μέσα στη μήτρα ή κατά τον τοκετό.

Ο ιός HTLV-III έχει ανευρεθεί σε διάφορα υγρά του στόματος και σε ιστούς, συμπεριλαμβανομένου του αίματος, του σπέρματος, του μυελού των οστών, των δακρύων, του σάλιου, των ούρων, του εγκεφαλονωτιαίου υγρού, των λεμφαδένων, των κοπράνων, των υγρών του τραχήλου, της σπλήνας, των ιστών του εγκεφάλου και των νευρικών ιστών. Έχει προβληθεί η ερώτηση αν τα δαγκώματα από έντομα (κουνούπια και ψείρες) μπορούν να μεταδώσουν τον ιό HTLV-III. Κάτι τέτοιο όμως δε φαίνεται ότι είναι δυνατό.

Μεγάλο ενδιαφέρον έχει εκδηλωθεί απ' όσους έρχονται σε επαφή με διάφορα υγρά του σώματος ατόμων μολυσμένων από τον ιό HTLV-III (όπως από δασκάλους, νοσοκόμες, γιατρούς, οδοντιάτρους, βοηθούς οδοντιάτρων, οπτικούς, ηθοποιούς κ.α.). Η συμπτωματική επαφή δε φαίνεται να αυξάνει τον κίνδυνο πρόκλησης AIDS. Όλες σχεδόν οι περιπτώσεις AIDS περιλαμβάνουν την επαφή με μολυσμένο σπέρμα ή αίμα. Η επαφή με άλλα μολυσμένα υγρά του σώματος μπορεί να δημιουργήσει κάποιο πρόβλημα, γι' αυτό συνιστώνται προφυλακτικά μέτρα για τη μείωση των κινδύνων στα άτομα που εκτέθηκαν σε οποιοδήποτε μολυσμένο υγρό του σώματος. Όμως, η επαφή με μολυσμένα υγρά του σώματος (εκτός από το αίμα ή το σπέρμα) δε θεωρείται ως ένα μέσο μόλυνσης.

2.1.8.ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΟΥ AIDS

- Επίμονη και ανεξήγητη κόπωση
- Ίδρώτας τη νύχτα σε σημείο που να μουσκεύουν τα ρούχα
- Ρίγη και πυρετός υψηλότερος των 37,8 για αρκετές εβδομάδες
- Οίδημα των λεμφαδένων για περισσότερο από 3 μήνες
- Χρόνια διάρροια
- Επίμονοι πονοκέφαλοι
- Ξηρός βήχας και δύσπνοια

2.1.9. Η ΠΡΟΛΗΨΗ ΕΞΑΠΛΩΣΗΣ ΤΟΥ AIDS

Γάλλοι ερευνητές, καθώς και άλλοι γιατροί στην Αφρική άρχισαν το 1986 δοκιμές σε ανθρώπους για τη δημιουργία ενός εμβολίου κατά του AIDS, αλλά δεν αναμένεται η δημιουργία ενός τέτοιου εμβολίου ή φαρμάκου για τη θεραπεία του AIDS πριν από το 1990 ή και αργότερα. Η σωστότερη τακτική για την αντιμετώπιση του AIDS είναι η

πρόληψη της μετάδοσης του. Αν και το AIDS δεν μπορεί να σταματήσει, μπορεί όμως να επιβραδυνθεί. Αυτό είναι δυνατό να επιτευχθεί όταν θα παρέχεται γενική πληροφόρηση και παράλληλα ατομικές συμβουλές για την τήρηση ορισμένων προφυλάξεων. Για την αποφυγή του AIDS το άτομο θα πρέπει να μάθει να ζει σε επαγρύπνηση, ιδιαίτερα όσον αφορά τη σεξουαλική του δραστηριότητα. Η πρόληψη είναι πολύ απλή. Η δύναμη αυτοπροστασίας που έχει το άτομο είναι πολύ μεγαλύτερη απ' αυτήν που μπορεί να του προσφέρει η ιατρική επιστήμη. Θα πρέπει να έχουμε όλοι υπόψη με τις ευκαιριακές και χωρίς διάκριση σεξουαλικές επαφές διατρέχουμε τον κίνδυνο να είναι ο εκάστοτε ερωτικός μας σύντροφος άτομο με αντίστοιχα πολυποίκιλες σεξουαλικές δραστηριότητες, άρα θα έχει πολλές πιθανότητες να μολύνθηκε από τον ιό του AIDS ή/και από άλλες σεξουαλικά μεταδιδόμενες νόσους.

Η Δημόσια υπηρεσία υγείας των Η.Π.Α. εξέδωσε τις παρακάτω οδηγίες για ένα «ασφαλές σεξ»:

1. Μην αναπτύσσετε σεξουαλικές σχέσεις με άτομα που είναι γνωστό ότι έχουν AIDS ή είναι ύποπτα γι' αυτό. Με άτομα που είναι γνωστό ότι είναι φορείς του ιού ή είναι ύποπτα γι' αυτό, καθώς και με όσους έχουν ένα θετικό τεστ αντισώματος του ιού HTLV-III.
2. Μην έχετε σεξουαλική επαφή με πολλούς ερωτικούς συντρόφους ή με άτομα που είχαν πολλούς ερωτικούς συντρόφους (συμπεριλαμβανομένων των πορνών). Όσο περισσότερους ερωτικούς συντρόφους έχει ένα άτομο, τόσο μεγαλύτερο κίνδυνο διατρέχει να μολυνθεί με AIDS. Συνιστάται μια μόνιμη μονογαμική σεξουαλική σχέση.
3. Μην έχετε σεξουαλική σχέση με άτομα που κάνουν ενέσεις ναρκωτικών (συμπεριλαμβανομένων των πορνών).
4. Προστατεύεται τον εαυτό σας και τον ερωτικό σας σύντροφο κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής δραστηριότητας. Αν υποπτεύεσθε ότι εσείς ή ο ερωτικός σας σύντροφος έχετε εκτεθεί στον ιό HTLV-III, τότε χρησιμοποιήστε προφυλακτικά για να μειωθεί η πιθανότητα μετάδοσης του ιού. Αποφύγετε τη στοματο-γεννητική επαφή και τις σεξουαλικές δραστηριότητες που μπορεί να προκαλέσουν βλάβη ή ρήξη ιστών. Αποφύγετε τα έντονα φιλά και την επαφή με κάθε υγρό του σώματος (σπέρμα, αίμα, κόπρανα ή ούρα).

Άλλα μέτρα που μπορούν να ληφθούν για την πρόληψη της διασποράς του AIDS είναι τα παρακάτω:

1. Μην κάνετε χρήση ενέσιμων ναρκωτικών. Αν κάνετε χρήση, θα μειώσετε τον κίνδυνο με το να μη μοιραζόμαστε με άλλους σύριγγες και βελόνες.
2. Μην γίνετε δωρητής αίματος αν ανήκετε σε μια ομάδα υψηλού κινδύνου για AIDS.
3. Μην γίνετε δωρητής αίματος, πλάσματος, οργάνων σώματος, άλλων ιστών ή σπέρματος αν είστε άντρας και είχατε σεξουαλική επαφή με άλλον άντρα μετά το 1977.
4. Μην προσπαθήσετε να θηλάσετε το μωρό σας, αν έχετε θετικό τεστ αντισώματος του ιού HTLV-III.
5. Αποφεύγεται να ξυρίζεστε, να κάνετε τατουάζ, να τρυπάτε τα αφτιά σας ή να υποβάλλεστε σε βελονισμό σε μέρη όπου η αποστείρωση δεν είναι βέβαιη.
6. Μην μοιράζεστε με άλλους οδοντόβουρτσες, ξυράφια ή άλλα παρόμοια αντικείμενα που μπορεί να μολυνθούν με αίμα.

Τα άτομα που ασχολούνται με την υγιεινή μέριμνα, μέλη οικογενειών και φίλοι θα πρέπει να παίρνουν ορισμένες προφυλάξεις όταν υπηρετούν ανάγκες γνωστών ή ύποπτων θυμάτων του AIDS. Οι προφυλάξεις που μπορούν να προστατεύσουν τα άτομα που προσφέρουν τη βοήθεια τους, ενώ παράλληλα παρεμποδίζουν τη διασπορά του AIDS, είναι οι ακόλουθες:

1. Αποφυγή άμεσης επαφής με αίμα, υγρά του σώματος, βλεννογόνο, εκκρίσεις ή απεκκρίσεις από γνωστά ή ύποπτα άτομα για AIDS. Γάντια θα πρέπει να χρησιμοποιούνται τακτικά, καθώς και άλλα προφυλακτικά μέσα –όπως μάσκες, μπλούζες, καλύμματα ματιών-, όταν αυτό απαιτείται.
2. Αποφυγή τυχαίας έκθεσης ανοικτών πληγών (συμπεριλαμβανομένων μικρών εκδορών και εξανθημάτων) στις παραπάνω ουσίες που αναφέρθηκαν και οι οποίες προέρχονται από θύματα του AIDS. Συνιστώνται γάντια μιας χρήσης.
3. Καλό και άμεσο πλύσιμο των χεριών, αν έρθουν σε επαφή με οποιοδήποτε υγρό του σώματος που ανήκει σε θύμα του AIDS.

4. Ουσίες ή εργαλεία που έχουν μολυνθεί με αίμα, σπέρμα ή άλλα υγρά θυμάτων του AIDS θα πρέπει να απορρίπτονται ή να αποστειρώνονται καλά πριν από την επαναχρησιμοποίησή τους.
5. Πιτισίματα από αίμα θα πρέπει να καθαρίζονται καλά με ισχυρό διάλυμα υποχλωριούχου νατρίου.
6. Οι κατάλληλες σύριγγες και βελόνες μιας χρήσης και ο προσεκτικός χειρισμός τους, καθώς και ο προσεκτικός χειρισμός άλλων αιχμηρών αντικειμένων, είναι βασικές προϋποθέσεις για την πρόληψη τρυπημάτων κατά την προσφορά υπηρεσιών και για την αποφυγή του ιού HTLV-III.
7. Τα δείγματα προς εξέταση από θύματα του AIDS θα πρέπει να σημειώνονται σωστά, ώστε να προειδοποιείται το προσωπικό από τους πιθανούς κινδύνους και να χειρίζονται με προσοχή. Τα δείγματα θα πρέπει να μεταφέρονται σε καλά ασφαλισμένα δοχεία.

2.1.10.ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Όπως έχει αναφερθεί προηγουμένως, δεν υπάρχει σήμερα αποτελεσματικό εμβόλιο για την πρόληψη του AIDS ή φάρμακο για τη θεραπεία του. Η πιο αποτελεσματική προσέγγιση για τη θεραπεία είναι η πρόληψη της διασποράς του ιού HTLV-III.

Διάφορα φάρμακα εξετάζονται για τη θεραπευτική αντιμετώπιση και ίαση από το AIDS και την αποκατάσταση του ανοσοποιητικού συστήματος. Τα φάρμακα αυτά βρίσκονται σε διάφορα στάδια ανάπτυξής τους. Ίσως να περάσουν χρόνια για τη διάθεση τους στην αγορά και τα πρώτα αποτελέσματα δείχνουν ότι τα φάρμακα δεν αλλάζουν την τελική θανατηφόρα διαδρομή του AIDS.

Εμβόλιο που θα προφυλάσσει από το AIDS είναι δύσκολο να αναπτυχθεί. Οι πρωτεΐνες που βρίσκονται στο εξωτερικό περίβλημα του ιού HTLV-III ενεργούν ως αντιγόνα, αλλά μεταβάλλουν γρήγορα την ικανότητα των αντισωμάτων του ανοσοποιητικού συστήματος, τα οποία θα μπορούσαν να αναβάλλουν ή να επιβραδύνουν τη δράση του ιού. Ο ιός HTLV-III αλλάζει το περίβλημα του όπως ο χαμαιλέοντας. Ξεγελάει κατά την είσοδο του το ανοσοποιητικό σύστημα. Έτσι, ένα εμβόλιο για έναν τύπο του ιού μπορεί να μην προστατεύει από τις νέες ποικιλίες του.

Διάφορα αντιικά φάρμακα ερευνώνται σήμερα στις Η.Π.Α. για να προσδιορισθεί η αποτελεσματικότητά τους στη θεραπεία του AIDS. Σ' αυτά περιλαμβάνονται το

suramin, το azidothymidine (AZT), το HP-23, το foscarnet, το CS-85, το ribavirin, η alpha-inter-feron και το ansamycin. Τα μονοκλωνικά αντισώματα είναι στο πρόγραμμα για την ανάπτυξη ενός αντισώματος που θα εξουδετερώνει νωρίς τον ιό HTLV-III κατά τη μόλυνση. Το suramin, το AZT και το HP-23 είναι τα φάρμακα που ερευνώνται περισσότερο. Τα προκαταρκτικά αποτελέσματα αποκαλύπτουν μείωση της ποσότητας του ιού HTLV-III που υπάρχει στο αίμα, αλλά το θετικό αποτέλεσμα του φαρμάκου στην ασθένεια είναι συχνά πολύ σύντομο και σχεδόν καθόλου καθορισμένο. Ακόμη, θα πρέπει να σημειωθεί ότι αρκετά από τα φάρμακα κατά των ιών είναι πολύ τοξικά.

Στα φάρμακα που ερευνώνται και που έχουν σχεδιασθεί για να ανασυγκροτήσουν το εξασθενημένο ανοσοποιητικό σύστημα των θυμάτων του AIDS περιλαμβάνονται η interleukin-2 και η gamma-interferon. Η gamma-interferon προκαλεί μια ασήμαντη κλινική αντίδραση και είναι πολύ τοξική. Η interleukin-2 υπόσχεται πολλά όσον αφορά το ανοσοποιητικό σύστημα και γι' αυτό ερευνάται με επιμονή. Υψηλές δόσεις της προκαλούν μια βραχείας διάρκειας ενίσχυση του ανοσοποιητικού συστήματος και μια μικρή βελτίωση προς το σάρκωμα Kaposi. Δεν υπάρχει ακόμη σήμερα φάρμακο που να ερευνάται και που να αντιπροσωπεύει την τόσο επιζητούμενη «ίαση» του AIDS.

Μολύνσεις και κακοήθειες που παρουσιάζονται ως επιπλοκές του AIDS θεραπεύονται από πολλά φάρμακα. Όμως, το AIDS τελικά είναι θανατηφόρο. Τα φάρμακα που εφαρμόζονται, αν χρησιμοποιούνται σε άτομα με ένα ανέπαφο ανοσοποιητικό σύστημα είναι περισσότερο ευεργετικά.

2.1.11. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΔΙΕΝΕΞΕΙΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟ AIDS

Το AIDS αντιπροσωπεύει σοβαρά προβλήματα υγείας, καθώς και ηθικά, κοινωνικά και νομικά προβλήματα –αλλά και διενέξεις. Ασθενείς με AIDS αντιμετωπίζουν συχνά την κοινωνική απομόνωση, την προκατάληψη, την άρση του απορρήτου της νόσου, την απώλεια εργασίας, την άρνηση ασφάλισης, την έξωση από το σπίτι, τον αποκλεισμό τους από τους δημόσιους χώρους και την υποβαθμισμένη ιατρική μέριμνα. Μερικά παιδιά με υπόνοια AIDS δεν πηγαίνουν στο σχολείο. Γραφεία κηδεϊών έχουν αρνηθεί να βαλσαμώσουν θύματα του AIDS. Για πολλά άτομα, το AIDS είναι ένα είδος τιμωρίας από το θεό για την καταπάτηση των νόμων του.

Όπως έχει αναφερθεί ήδη στο κεφάλαιο αυτό, ο ιός HTLV-III δε μολύνει εύκολα αν το άτομο ακολουθεί τις οδηγίες του «ασφαλούς σεξ» και τις άλλες προφυλάξεις που συνιστώνται από τις υγειονομικές υπηρεσίες.

Ορισμένοι φόβοι και ανησυχίες του κοινού δικαιολογούνται σε κάποιο βαθμό. Πολλοί, όντας συντηρητικοί, θα προτιμούσαν να κάνουν λάθος, όχι για εκείνα που είναι γνωστά σχετικά με το AIDS αλλά για όσα δεν είναι γνωστά. Ο φόβος όμως δε θα πρέπει να προκαλεί πανικό και παράλογη συμπεριφορά. Τα παιδιά φταρνίζονται το ένα στο άλλο, ματώνουν το ένα τη μύτη του άλλου, πίνουν από το ίδιο ποτήρι, ανταλλάσσουν τις τροφές τους, αλληλοδαγκώνονται, κάθονται σε τουαλέτες που έχουν μολυνθεί από ούρα και όμως, σύμφωνα με μια έκθεση της Αμερικανικής ακαδημίας παιδιατρικής του 1985, «δεν έχει αναφερθεί ούτε μια περίπτωση που ένα παιδί να μολυνε κάποιο άλλο με AIDS». Η λογική, ο ρεαλισμός και η επαγρύπνηση θα πρέπει να υπερισχύσουν σε ότι αφορά το AIDS.

Ποια είναι η οικονομική επιβάρυνση για το AIDS; Ποιος θα πληρώσει; Τα κατά μέσον όρο έξοδα νοσοκομειακής περίθαλψης για το AIDS στις Η.Π.Α. υπερβαίνουν τα 50.000 δολάρια. Στα έξοδα αυτά προστίθενται το κόστος για τη φροντίδα του εξωτερικού ασθενή, τα φάρμακα, η απώλεια της εργασίας, η μείωση της παραγωγικότητας, η μείωση του ορίου ζωής και τα έξοδα των κοινωνικών υπηρεσιών. Το ψυχολογικό κόστος των θυμάτων του AIDS για την οικογένεια, τους φίλους και τους συναδέλφους στη δουλειά δε συζητείται.

Η φυσική και ψυχική ταλαιπωρία, η συχνότητα θανάτων και η οικονομική απειλή που σχετίζεται με το AIDS απαιτούν τη χωρίς προηγούμενο δράση και μια εθνική προτεραιότητα. Η ιδιωτική πρωτοβουλία έχει επίσης ανταποκριθεί κατά ένα αξιόλογο και θετικό τρόπο. Το μέγεθος του διλήμματος του AIDS εγγυάται μια μεγαλύτερη υπόσχεση για οικονομική ενίσχυση, ώστε να μειωθεί το κακό αυτό.

2.1.12.ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Η συχνότητα εξάπλωσης του AIDS θα εξακολουθεί να αυξάνεται για πολλά χρόνια. Το AIDS και η μόλυνση με τον ιό HTLV-III θα συνεχίσουν να μεταφέρουν ένα στίγμα, και τα μολυσμένα πρόσωπα θα αντιμετωπίζουν κοινωνικά καθώς και θεραπευτικά προβλήματα. Η εκπαίδευση του κοινού θα βοηθήσει για να μειωθούν ο πανικός και οι υπερβολικές αντιδράσεις των μη μολυσμένων ατόμων.

Οι τωρινοί τρόποι μετάδοσης του ιού HTLV-III θα παραμείνουν τα κυριότερα μέσα με τα οποία αυτός θα διασπείρεται, αν και η ευκαιριακή επαφή και η ετεροφυλοφιλική σεξουαλική πράξη μπορεί να έχουν ως αποτέλεσμα ένα ακόμα μεγαλύτερο ποσοστό θυμάτων.

Απαιτείται μια συνεχής δράση για έρευνα, ώστε να βρεθούν το εμβόλιο και το αποτελεσματικό φάρμακο εναντίον του ιού HTLV-III. Ο έλεγχος όμως του AIDS και του ιού HTLV-III δεν μπορεί να περιμένει τις μελλοντικές έρευνες για τη θεραπεία. Οι εντεταλμένοι στην υπηρεσία της υγείας και μια υπεύθυνη κοινωνία θα πρέπει να εργάζονται μαζί, ώστε να εκπαιδεύουν το κοινό στο πώς να προλαμβάνει το AIDS και πώς να φροντίζει τα θύματά του.

2.2.ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β

2.2.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι περισσότεροι άνθρωποι συσχετίζουν την ηπατίτιδα από ιούς –ιδιαίτερα την ηπατίτιδα Β («ηπατίτιδα του ορού») με την χρήση μολυσμένων βελόνων και με την μετάγγιση αίματος. Υπάρχουν, όμως, πολλοί άλλοι τρόποι με τους οποίους η ηπατίτιδα από ιούς, μπορεί να μεταδοθεί, ανάμεσα στους οποίους συμπεριλαμβάνεται και η σεξουαλική επαφή.

Η ηπατίτιδα είναι μια φλεγμονή του ήπατος. Μπορεί να προκληθεί από διάφορους ιούς, από τους οποίους οι πιο συνηθισμένοι είναι: ο ιός της ηπατίτιδας Α, ο ιός της ηπατίτιδας Β και οι μη-Α μη-Β ιοί. Ο ιός της ηπατίτιδας Α αποβάλλεται από τα κόπρανα και ως σεξουαλικά μεταδιδόμενη μόλυνση παρατηρείται κυρίως στους ομοφυλόφιλους άντρες που επιδίδονται σε στοματο-προκτική επαφή. Η μη-Α μη-Β ηπατίτιδα μπορεί επίσης να μεταδοθεί με σεξουαλική επαφή, ιδιαίτερα στους ομοφυλόφιλους. Ο ιός της ηπατίτιδας Β έχει αποδειχθεί ότι υπάρχει στην κυκλοφορία του αίματος, στο σάλιο, στο αίμα των καταμνηνίων, στο σπέρμα και στις κολπικές εκκρίσεις των μολυσμένων γυναικών. Δεν είναι παράδοξο το ότι η ηπατίτιδα Β μπορεί να παρουσιασθεί ως μια σεξουαλικά μεταδιδόμενη νόσος. Όπως η ηπατίτιδα Α και η μη-Α και η μη-Β ηπατίτιδα, έτσι και η ηπατίτιδα Β είναι περισσότερο συχνή στους ομοφυλόφιλους άντρες. Η συχνότητα είναι μεγαλύτερη στα άτομα που επιδίδονται σε προκτική συνουσία. Ακόμη, υπάρχει <<η κατάσταση ιοφορίας>>, η οποία αφορά τα

άτομα που ποτέ δεν είχαν συμπτώματα ηπατίτιδας, αλλά όμως έχουν χρονίως μια ουσία στο αίμα και στις εκκρίσεις του σώματος τους που είναι γνωστή ως αντιγόνο επιφάνειας ηπατίτιδας Β. Οι φορείς αυτοί είναι σε θέση να μεταδώσουν το αντιγόνο αυτό, άρα και την ηπατίτιδα Β, με σεξουαλική επαφή.

Ανάμεσα σε ομοφυλόφιλους, αυτοί που επιδίδονται σε πρωκτό-γεννητική συνουσία φαίνεται ότι διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να προσβληθούν από ηπατίτιδα Β. Αυτό είναι κάπως παράδοξο, γιατί το αντιγόνο επιφάνειας ηπατίτιδας Β μπορεί να υπάρχει επίσης στο σάλιο, στο σπέρμα και στις κολπικές εκκρίσεις. Ωστόσο, μια μελέτη αποκάλυψε ότι οι 5% περίπου των ομοφυλόφιλων αντρών είχαν ένα θετικό τεστ για το αντιγόνο επιφάνειας ηπατίτιδας Β και οι 50% περίπου είχαν αναπτύξει αντισώματα προς αυτό. Οι αναλογίες αυτές είναι ουσιαστικά υψηλότερες από εκείνες που παρατηρούνται στο γενικό πληθυσμό. Η μεγαλύτερη συχνότητα που σχετίζεται με την πρωκτική συνουσία μπορεί να οφείλεται σε τραυματισμό του ορθού που συμβαίνει συχνά, επιτρέποντας την ευκολότερη είσοδο του ιού μέσα στο σώμα, παρά από το τοίχωμα του κόλπου ή από την πεπτική οδό.

2.2.2.ΠΕΡΙΟΧΕΣ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Η ηπατίτιδα Β αποτελεί παγκόσμιο υγειονομικό πρόβλημα, αλλά ο κίνδυνος νόσησης ποικίλλει σε μεγάλο βαθμό στις διάφορες περιοχές του κόσμου. Σε αναπτυγμένες χώρες, όπως είναι οι Η.Π.Α., η δυτική Ευρώπη και η Αυστραλία, ο κίνδυνος λοίμωξης από την ηπατίτιδα Β είναι σχετικά μικρός και μόνο ένα μικρό ποσοστό που κυμαίνεται από 0,2 έως 0,9% του πληθυσμού είναι χρόνιοι φορείς της νόσου.

Αντίθετα, υπάρχει σημαντικά μεγαλύτερος κίνδυνος νόσησης από την ηπατίτιδα Β στις αναπτυσσόμενες χώρες, όπως είναι η Κίνα και η νοτιοανατολική Ασία, το μεγαλύτερο τμήμα της Αφρικής, τα περισσότερα νησιά του Ειρηνικού, η Αϊτή και η Δομινικανική Δημοκρατία, περιοχές της Μέσης Ανατολής και η κοιλάδα του Αμαζονίου. Σ' αυτές τις περιοχές το ποσοστό του πληθυσμού που είναι χρόνιοι φορείς ανέρχεται στο 8-15%. Σε άλλα μέρη του κόσμου, ο κίνδυνος μόλυνσης είναι μέτριος, με 2-7% ποσοστό του πληθυσμού να είναι χρόνιοι φορείς της ηπατίτιδας Β. Το 1,4% των ασθενών που πάσχουν από ηπατίτιδα β μπορεί να καταλήξει σε θάνατο.

Στις αναπτυγμένες χώρες, το μεγαλύτερο ποσοστό των λοιμώξεων παρατηρείται σε νεαρούς ενήλικες ενώ αντίθετα στις αναπτυσσόμενες χώρες οι περισσότερες

περιπτώσεις εμφανίζονται αμέσως μετά τη γέννηση ή κατά τη διάρκεια της πρώτης παιδικής ηλικίας.

2.2.3.ΠΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΕΤΑΙ Η ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β

Ο ιός της ηπατίτιδας Β διασπείρεται από μολυσμένες σωματικές εκκρίσεις όπως το αίμα, το σπέρμα και το κολπικό υγρό. Το νεογνό πρέπει να εμβολιαστεί αμέσως μόλις γεννηθεί για να προστατευτεί από τη μόλυνση, αν η μητέρα είναι φορέας του ιού της ηπατίτιδας Β.

Για να μειώσεις τις πιθανότητες να πάθεις ηπατίτιδα Β σιγουρέψου ότι :

- Κάνεις ασφαλές sex
- Δεν μοιράζεσαι εργαλεία που χρησιμοποιούνται για body – piercing, τατουάζ ή αποτρίχωση
- Δεν μοιράζεσαι οδοντόβουρτσες ή ξυράφια
- Έχεις κάνει το εμβόλιο
- Μπορείτε να μάθετε αν έχετε ηπατίτιδα Β με μία εξέταση αίματος.
- Αν έχετε μολυνθεί, αποφύγετε να κάνετε σεξ, μέχρι να σας επιτρέψει ο γιατρός σας.

Ο / Η σύντροφος σας μπορεί να προφυλαχτεί κάνοντας το εμβόλιο της ηπατίτιδας Β.

Θυμηθείτε ότι η ηπατίτιδα Β δεν είναι πάντα σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα.

Μπορεί να κολλήσετε και με άλλους τρόπους.

2.2.4.ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Β

Η ηπατίτιδα από ιούς των τριών τύπων που αναφέρθηκαν παράγει μια παρόμοια σειρά συμπτωμάτων. Τα συμπτώματα παρατηρούνται συνήθως τέσσερις ως έξι εβδομάδες μετά τη μόλυνση από τον ιό της ηπατίτιδας Α, έξι ως οχτώ εβδομάδες μετά τη μόλυνση από τον ιό της μη-Α μη-Β ηπατίτιδας και 12 εβδομάδες περίπου μετά τη μόλυνση από τον ιό της ηπατίτιδας Β. Στο 90% περίπου των περιπτώσεων τα συμπτώματα είναι ελαφρά και περιλαμβάνουν πυρετό, κούραση, πονοκέφαλο, μικρή δυσφορία στο στομάχι, απώλεια της όρεξης και ίκτερο. Ο ίκτερος είναι ένας κιτρινωπός χρωματισμός που μπορεί να παρατηρηθεί στο δέρμα, στο λευκό μέρος των ματιών ή στο βλεννογόνο του στόματος. Εάν υπάρχει ίκτερος, τα κόπρανα μπορεί να

γίνουν αργιλόχρωμα, ενώ τα ούρα σκοτεινόχρωμα. Στις περισσότερες περιπτώσεις τα συμπτώματα αυτά συνοδεύονται με φλεγμονή του ήπατος που εξαφανίζεται μέσα σε 6 ως 12 εβδομάδες. Μια σοβαρή φλεγμονή του ήπατος, γνωστή ως κεραυνοβόλος, μπορεί να εμφανισθεί σε λιγότερο από 2% των περιπτώσεων. Αυτή ακολουθείται από μια αιφνிடιαστική καταστροφή του ήπατος που οδηγεί γρήγορα σε αιμορραγία, κόμα και συχνά στο θάνατο. Στο υπόλοιπο 5-10% των ατόμων με ηπατίτιδα που οφείλεται σε ιούς, η διαδρομή είναι χρόνια. Μερικά άτομα μπορεί να έχουν επίμονες ανωμαλίες μικρού βαθμού για πολλά χρόνια. Άλλα άτομα μπορεί να έχουν μια χρόνια, συνεχή επιδείνωση του ήπατος, που είναι γνωστή ως χρόνια ενεργός ηπατίτιδα. Οι ασθενείς μπορεί αρχικά να παραπονιούνται για ελαφρά συμπτώματα που μοιάζουν με αυτά της γρίπης (όπως απώλεια της όρεξης ή κούραση), αλλά τελικά η κατάσταση αυτή χειροτερεύει και οδηγεί στην κίρρωση του ήπατος.

2.2.5. Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ ΑΠΟ ΙΟΥΣ

Στο 90% των περιπτώσεων η ηπατίτιδα από ιούς θα είναι ελαφρά και η ανάρρωση θα επέλθει χωρίς ειδική θεραπεία. Γενικά ο ασθενής θα πρέπει να αναπαύεται στο κρεβάτι κατά την αρχική φάση της νόσου, συνιστάται δε δίαιτα με μεγάλη περιεκτικότητα σε πρωτεΐνες και χαμηλή σε λίπη. Όλοι οι ασθενείς με ηπατίτιδα θα πρέπει να αποφεύγουν το οινόπνευμα, καθώς και τα φάρμακα που μπορεί να βλάψουν ή να ερεθίσουν το ήπαρ, μέχρις ότου η ανάρρωση να είναι πλήρης. Στις περιπτώσεις χρόνιας ή κεραυνοβόλου ηπατίτιδας, μπορούν να χρησιμοποιηθούν στεροειδή φάρμακα, όπως η πρεδνιζόνη, αν και τα ευεργετικά αποτελέσματα από τη χρήση τους είναι αμφίβολα.

Τώρα πια υπάρχουν μέθοδοι πρόληψης των μολύνσεων από ηπατίτιδα Β. Έχει φανεί ότι η χρήση προφυλακτικών και η αποφυγή της πρωκτικής συνουσίας μπορούν να μειώσουν σε μεγάλο βαθμό τον κίνδυνο ανάπτυξης μιας μόλυνσης από ηπατίτιδα Β. Η παθητική ανοσοποίηση με την ανοσοσφαιρίνη της ηπατίτιδας Β έχει αποδειχθεί αποτελεσματική για την πρόληψη της νόσου στις περιπτώσεις που υπάρχει σεξουαλική επαφή με άτομα που πάσχουν από ηπατίτιδα Β. Η ανοσοσφαιρίνη αυτή θα πρέπει να χορηγείται μέσα σε 14 μέρες από τη σεξουαλική επαφή μ' ένα μολυσμένο άτομο, ώστε να είναι αποτελεσματική. Τελευταία έχει αναπτυχθεί ένα εμβόλιο ηπατίτιδας Β. Το εμβόλιο αυτό έχει αποδειχθεί ότι είναι κατά 90% αποτελεσματικό για πέντε χρόνια, με ελάχιστες παρενέργειες. Σε μια μελέτη, η χρήση τριών δόσεων του εμβολίου

ηπατίτιδας Β είχε ως αποτέλεσμα την κατά 96% ανάπτυξη το αντιγόνου επιφάνειας ηπατίτιδας Β στα άτομα που το έλαβαν και την κατά 92% μείωση της κλινικής ηπατίτιδας. Και η ανοσοσφαιρίνη και το εμβόλιο της ηπατίτιδας Β προς το παρόν κοστίζουν ακριβά, έχει δε αποδειχθεί ότι το εμβόλιο της ηπατίτιδας Β δεν εξαλείφει τη χρόνια κατάσταση ιοφορίας.

Ποιοι πρέπει να εμβολιασθούν

Θα πρέπει να εμβολιασθούν οι ταξιδιώτες που επισκέπτονται χώρες με μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης της ηπατίτιδας Β σε σχέση με τη χώρα τους και εφόσον ανήκουν σε μια από τις ακόλουθες ομάδες:

- Αυτοί που πρόκειται να διαμείνουν για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο από έξι μήνες (ειδικά όταν πρόκειται να κατοικήσουν σε αγροτικές περιοχές όπου θα έχουν καθημερινή φυσική επαφή με τον ντόπιο πληθυσμό, ή πρόκειται να λάβουν ιατρική, οδοντιατρική ή παρόμοια θεραπεία από τις τοπικές ιατρικές υπηρεσίες)
- Αυτοί για τους οποίους αναμένεται ότι μπορεί να έρθουν σε άμεση επαφή με το αίμα κατοίκων της περιοχής ή να έχουν σεξουαλικές σχέσεις με άγνωστα άτομα.
- Οι επαγγελματίες υγείας οι οποίοι ταξιδεύουν στις περιοχές αυτές προκειμένου να εργαστούν.

Κίνδυνοι και ανεπιθύμητες ενέργειες

Η συχνότερη παρενέργεια του εμβολιασμού είναι πόνος στο σημείο της ένεσης. Αυτό μπορεί σπανίως να συνοδεύεται από ερυθρότητα και κνησμό. Μερικά άτομα στα οποία χορηγείται το εμβόλιο είναι πιθανόν να παρουσιάσουν σημεία κόπωσης, κεφαλαλγία, ναυτία ή πυρετό. Οι παρενέργειες όμως αυτές είναι συνήθως ελαφρές και δεν απαιτούν ειδική θεραπεία.

Φυσικά υπάρχει πάντα ο σπανιότατος κίνδυνος να προκληθούν σοβαρά προβλήματα ή ακόμα και θάνατος από τη λήψη οποιουδήποτε φαρμάκου ή εμβολίου. Σε τέτοιες περιπτώσεις θα πρέπει να απευθύνεται αμέσως σε γιατρό.

2.3.ΚΟΝΔΥΛΩΜΑΤΑ

2.3.1.ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα κονδυλώματα είναι ογκίδια, που προκαλούνται από τον HPV, επάνω ή γύρω από τα γεννητικά όργανα ή την περιπρωκτική περιοχή, στους άνδρες και στις γυναίκες. Τα κονδυλώματα είναι διαφόρων μεγεθών. Μπορεί να μοιάζουν με μικρό κουνουπίδι ή να είναι επίπεδα και δύσκολα να τα δεις. Μεγαλώνουν σε υγρές περιοχές, όπως το πέος, ο κόλπος, ο τράχηλος της μήτρας, ο πρωκτός, το όσχεο και οι μηροί. Πολύ σπάνια τα κονδυλώματα εμφανίζονται στα χείλη ή στο στόμα μετά από στοματικό sex με μολυσμένο άτομο. Τα κονδυλώματα είναι συνήθως ανώδυνα, αλλά περιστασιακά εμφανίζουν κνησμό, έκκριμα ή αιμορραγία – ειδικά όταν ερεθιστούν.

Αναγνωρίζονται από τον γιατρό με την απλή κλινική εξέταση με ένα μεγεθυντικό φακό όταν είναι μικρά, ή με το κολποσκόπιο από ειδικούς στη χρήση του γυναικολόγους. Παρουσιάζονται σαν μικρά αρχικά επάρματα, εξογκώματα στο δέρμα ή τους βλεννογόνους, κλινικά διακρίνονται δυο τύποι, τα οξυτενή κονδυλώματα και τα πλατέα που είναι και χαρακτηριστικά συφιλιδικών αλλοιώσεων.

Σε μια γυναίκα που είναι έγκυος δεν είναι σίγουρο τι αποτέλεσμα θα έχουν τα κονδυλώματα στο μωρό της. Το έμβρυο ίσως κινδυνεύει από λοίμωξη του λάρυγγα, αλλά οι ειδικοί δεν πιστεύουν ότι τα κονδυλώματα εμφανίζονται συχνά στο βρέφος.

Αν νομίζεις ότι έχεις κονδυλώματα πρέπει να επισκεφθείς γιατρό. Αν όντως έχεις κονδυλώματα καμιά θεραπεία δεν εγγυάται ότι θα απαλλαγείς από τον HPV. Όμως η θεραπεία των κονδυλωμάτων μειώνει τον κίνδυνο μετάδοσης σε άλλους. Ο γιατρός μπορεί να εφαρμόσει τοπική θεραπεία απευθείας επάνω στα κονδυλώματα ή να σου δώσει φάρμακα για να χρησιμοποιείς μόνος / μόνη σου. Ακόμα κι αν θεραπευτούν, τα κονδυλώματα συχνά υποτροπιάζουν. Με την πάροδο του χρόνου όμως, πολλοί άνθρωποι καταφέρνουν να απαλλαγούν από τον HPV και να μην παρουσιάσουν ξανά κονδυλώματα.

Οι τύποι του HPV που προκαλούν κονδυλώματα δεν προκαλούν καρκίνο. Επειδή όμως, μπορεί να έχεις περισσότερους από έναν τύπους HPV είναι δυνατό να κινδυνεύσεις και από κονδυλώματα και από καρκίνο.

2.3.2.ΟΞΥΤΕΝΗ ΚΟΝΔΥΛΩΜΑΤΑ

Τα οξυτενή κονδυλώματα είναι σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα χαμηλής νοσηρότητας με τοπική επέκταση και εξόγκωση αυτών. Στα αρχικά στάδια προκαλούν κνησμό μόνο. Αυτά εάν αφεθούν χωρίς θεραπεία μεγαλώνουν σαν όγκοι σε σχήμα ανθοκράμβης και όταν αυτοί επεκταθούν μπορούν να αποφράξουν την είσοδο του κόλπου.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ

Πρόκειται για πολλαπλασιασμό των κυττάρων της επιδερμίδας των γεννητικών οργάνων ή της περιπρωκτικής περιοχής που οφείλεται στη μόλυνση τους από τον ανθρωπίο ιό των θηλωμάτων.

ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Τα κονδυλώματα διασπείρονται ταχέως σε περιοχές του δέρματος με υγρασία. Ως εκ τούτου συχνά συναντώνται συμμετρικά κονδυλώματα στις αντιμέτωπες επιφάνειες των μεγάλων χειλέων του αιδοίου και της περιπρωκτικής χώρας.

Ο ιός μπορεί να μεταδοθεί από μια περιοχή που παρουσιάζει κοινές μυρμηγκιές και να οδηγήσει στο σχηματισμό κονδυλωμάτων, αλλά συνήθως στις κοινές μυρμηγκιές ανευρίσκονται διαφορετικά αντιγονικά στελέχη του ιού.

Τα οξυτενή κονδυλώματα τείνουν να υποτροπιάζουν παρά τη θεραπεία.

Ο ιός λαθροβιεί σε λανθάνουσα κατάσταση σε περιοχές κλινικά υγιούς δέρματος, οι οποίες δεν υποβάλλονται σε θεραπεία.

Το 50% των ασθενών, οι οποίοι παρουσιάζουν πολλαπλά και εκτεταμένα κονδυλώματα και συγχρόνως αναφέρουν ότι εφαρμόζουν στοματικό έρωτα, εμφανίζουν κονδυλώματα στη στοματική κοιλότητα. Οι βλάβες είναι ασυμπτωματικές και εντοπίζονται μόνο με τη βοήθεια μεγεθυντικού φακού.

Το 50% των παιδιών με οξυτενή κονδυλώματα αποτελούν θύματα σεξουαλικής κακοποίησης. Κονδυλώματα των γεννητικών οργάνων μπορεί να εμφανιστούν και απουσία σεξουαλικής κακοποίησης. Παιδιά με κοινές μυρμηγκιές των άκρων χειρών μπορεί να αυτενοφθαλμίσουν τον ιό στη στοματική κοιλότητα, τα γεννητικά όργανα και την περιπρωκτική χώρα. Οι μητέρες με κοινές μυρμηγκιές των άκρων χειρών μπορεί να μεταδώσουν τον ιό, με αποτέλεσμα τα παιδιά τους να εμφανίσουν οξυτενή

κονδυλώματα. Ένας άλλος τρόπος μετάδοσης είναι τα ερωτικά παιχνίδια μεταξύ των παιδιών. Συχνά ο χρόνος επώασης μέχρι την εμφάνιση των κονδυλωμάτων ανέρχεται σε μήνες, γεγονός που δυσκολεύει τη συσχέτιση τους με το ιστορικό του ασθενούς.

Υπάρχει ισχυρή συσχέτιση μεταξύ της λοίμωξης από τους τύπους 16 και 18 του HPV και της εμφάνισης καρκίνου των γεννητικών οργάνων.

Η πορεία της νόσου ποικίλλει. Με την πάροδο του χρόνου οι βλάβες μπορεί να υποχωρήσουν από μόνες τους.

ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

Το δέρμα εμφανίζει ρόδινη χροιά και παρουσιάζει πολυάριθμες, στενές ή ευρείες προσεκβολές που διακρίνονται μεταξύ τους και διαθέτουν ευρεία βάση.

Η επιφάνεια τους είναι λεία, ομαλή και υγρή και σε αντίθεση με τις κοινές μυρμηγκιές δεν παρατηρείται υπερκεράτωση.

Στην περιοχή του ορθού και του περινέου οι βλάβες μπορεί να συρρέουν σχηματίζοντας μεγάλες ανθοκραμβοειδείς μάζες.

Τα κονδυλώματα μπορεί να επεκτείνονται προς την περιοχή του κόλπου, της ουρήθρας και του ορθού.

Στην περίπτωση αυτή απαιτείται κολποσκόπηση ή σιγμοειδοσκόπηση για τον εντοπισμό και την αντιμετώπιση των βλαβών.

ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Οι μαργαριταροειδείς θολωτές βλατίδες ή οι τριχοειδείς προσεκβολές, οι οποίες παρατηρούνται στη στεφανιαία αύλακα, ή επί του σώματος του πέους πλησίον της στεφανιαίας αύλακας στο 10% περίπου των αρρένων ατόμων, είναι μικρά αγγειοϊνώματα και αποτελούν φυσιολογική παραλλαγή. Μερικές φορές συγχέονται με κονδυλώματα. Δεν απαιτείται θεραπεία.

Η μολυσματική τέρμινθος συνίσταται σε θολωτές, συμπαγείς, λευκωπές βλατίδες, οι οποίες συνήθως παρουσιάζουν ομφαλοποίηση.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Οι αδιόρατες, επίπεδες βλάβες, ειδικά όταν εντοπίζονται στο σώμα του πέους ή στο στόμιο της ουρήθρας, συνήθως διαφεύγουν της προσοχής. Οι βλάβες αυτές

καθίστανται ορατές μετά από εφαρμογή επί 5 με 10 λεπτά γάζας διαβρεγμένης με οξεϊκό οξύ.

Η θεραπεία των κονδυλωμάτων είναι δύσκολη και συχνά απαιτούνται πολλαπλές επισκέψεις και επανειλημμένα θεραπευτικά σχήματα.

Όταν εφαρμόζεται η τεχνική της κρυοθεραπείας με υγρό άζωτο, τα κονδυλώματα ψύχονται μέχρι εμφάνισης ενός περιβάλλοντος δακτυλίου πάχους 1 mm. Η επέμβαση επαναλαμβάνεται μετά από 2 με 3 εβδομάδες. Η τεχνική είναι επώδυνη και μπορεί να παρουσιαστούν φυσαλίδες.

Μπορεί επίσης να εφαρμοστεί η τεχνική της ηλεκτροκαυτηρίασης και της απόξεσης. Αν υπάρχουν λίγες μεμονωμένες βλάβες αρκεί η απλή επαφή τους με ένα μονοπολικό ηλεκτρόδιο. Με τη μέθοδο αυτή μπορεί ωστόσο να προκληθούν ουλές.

Συστήνεται επίσης η εφαρμογή ποδοφυλοτοξίνης (Condylox gel), στα κονδυλώματα των γεννητικών οργάνων, δύο φορές ημερησίως για τρεις συνεχείς ημέρες και διακοπή της θεραπείας για τις επόμενες τέσσερις ημέρες. Ο κύκλος αυτός επαναλαμβάνεται το πολύ για τέσσερις εβδομάδες. Περισσότεροι από τους μισούς ασθενείς εμφανίζουν ανεπιθύμητες ενέργειες, όπως άλγος, καύσο, φλεγμονή και διαβρώσεις.

Το imiquimod (κρέμα Aldara 5%), είναι μια ουσία που διεγείρει το ανοσολογικό σύστημα. Εφαρμόζεται επί των κονδυλωμάτων κάθε δεύτερο βράδυ προ της κατάκλισης, αφήνεται να δράσει για 6 με 10 ώρες και απομακρύνεται πλένοντας την περιοχή με σαπούνι και νερό. Η θεραπεία συνεχίζεται μέχρι την υποχώρηση των κονδυλωμάτων ή την ολοκλήρωση 16 εβδομάδων αγωγής. Αν εμφανιστεί ερεθισμός πρέπει προσωρινά να διακόπτεται η αγωγή.

Δεν απαιτείται εξέταση των ερωτικών συντρόφων του ασθενούς γιατί η χρονιότητα των βλαβών δεν φαίνεται να οφείλεται σε επαναμόλυνση. Η πλειονότητα των συντρόφων παρουσιάζει ήδη υποκλινική λοίμωξη από τον HPV, ακόμα και αν δεν υπάρχουν ορατές βλάβες.

Η χρήση προφυλακτικών μπορεί να μειώσει τη μετάδοση του ιού προς συντρόφους που μάλλον είναι υγιείς π.χ. στα πλαίσια μιας νέας σχέσης.

ΠΡΟΣΟΧΗ

Οι διαφορές στη βαρύτητα και τη διάρκεια των κλινικών εκδηλώσεων πιθανώς εξηγούνται από τις διαφορές στο επίπεδο της κυτταροεξαρτώμενης ανοσίας από άτομο σε άτομο.

Τα κονδυλώματα είναι περισσότερα, εμφανίζονται συχνότερα και διαρκούν περισσότερο σε ασθενείς με AIDS ή λεμφώματα και σε ασθενείς που λαμβάνουν ανοσοκατασταλτική αγωγή.

2.3.3.ΚΟΝΔΥΛΩΜΑΤΑ ΤΟΥ ΚΟΛΠΟΥ, ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΟΡΘΟΥ

Στον τράχηλο της μήτρας εμφανίζουν δύο διαφορετικές μορφές. Είτε είναι επηρμένα εξωφυτικά, εύκολα αναγνωριζόμενα, είτε είναι ανεστραμμένα ενδοφυτικά, είτε είναι αποπεπλατυσμένα. Εντοπίζονται στο τράχηλο της μήτρας, στο επιθήλιο του κόλπου ή τέλος του ορθού. Το ίδιο ισχύει όταν εντοπίζονται μέσα στην ουρήθρα.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση των εξωτερικών κονδυλωμάτων είναι φυσικά πολύ εύκολη από τη φύση της κλινικής εικόνας. Όταν όμως εντοπίζονται ιδιαίτερα στον κόλπο, η διάγνωση πρέπει να στηριχθεί σε κριτήρια:

Μορφολογικά – κυτταρολογικά – ιστολογικά (κυριαρχεί παρουσία δυσκερατωσικών κυττάρων).⁴

ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΩΔΗΣ ΕΞΑΛΛΑΓΗ

Η καρκινωμάτωσης εξαλλαγή των οξυτενών κονδυλωμάτων είναι σπάνιο φαινόμενο. Αυτό όμως δεν ισχύει σε άτομα με χαμηλό πολιτιστικό επίπεδο και μεγάλη ρυπαρότητα.

Οποσδήποτε όμως, η καρκινωμάτωσης εξαλλαγή των οξυτενών κονδυλωμάτων του κόλπου δεν είναι ασυνήθης. Άτομα με επίμονα οξυτενή κονδυλώματα του τραχήλου της μήτρας θεωρούνται ότι βρίσκονται στην ομάδα «υψηλού κινδύνου».

Πράγματι ανευρέθησαν:

α) στοιχεία ιού σε καρκίνωμα του τραχήλου της μήτρας

β) τεχνικές ανοσοφθορισμού απέδειξαν την ύπαρξη φθορίζοντων αντισωμάτων ιών σε καρκινοπαθείς γυναίκες με Ca τραχήλου μήτρας γ) υπήρξαν θετικές οι σχετικές ορολογικές δοκιμασίες.

Γενικότερα θεωρείται λογικό ότι η παρατεταμένη πρωτοπαθής φλεγμονή ακολουθείται από καρκινογένεση, ανεξάρτητα από την συμβολή ή όχι του ιού των οξυτενών κονδυλωμάτων.

HPV (ΙΟΣ ΤΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΘΗΛΩΜΑΤΩΝ)

Ο HPV, θεωρείται ένα από τα πιο κοινά σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Ο HPV, είναι ένας ιός που μεταδίδεται με το sex ή με στενή, δέρμα με δέρμα, επαφή της γεννητικής περιοχής με κάποιον που έχει μολυνθεί.

Υπάρχουν διάφοροι τύποι HPV που προκαλούν διαφορετικά προβλήματα ο καθένας. Κάποιοι άνθρωποι μπορεί να έχουν μολυνθεί και να μην το ξέρουν. Κάποια είδη HPV προκαλούν κονδυλώματα. Κάποιοι άλλοι τύποι οδηγούν σε καρκίνο.

2.3.4.ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΩΝ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ (ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ, ΤΟΥ ΠΕΟΥΣ Ή ΤΟΥ ΠΡΩΚΤΟΥ)

Μερικοί τύποι HPV προκαλούν καρκίνο – τον πιο κοινό στις γυναίκες : τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Ο τράχηλος είναι βαθιά μέσα στον κόλπο. Αποτελεί την είσοδο της μήτρας. Ο τράχηλος είναι το πιο συνηθισμένο σημείο προσβολής από HPV στις γυναίκες.

Όταν ο τράχηλος μολυνθεί από HPV, παρατηρούνται αλλαγές στα κύτταρα του. Αυτές οι αλλαγές οδηγούν σε καρκίνο αν δεν βρεθούν και δεν θεραπευτούν. Σχεδόν όλοι οι καρκίνοι του τραχήλου προκαλούνται από τον HPV. Η δοκιμασία Παπανικολάου ή PAP τεστ είναι ο μόνος σίγουρος τρόπος για να ελεγχθούν αν υπάρχουν αλλαγές στα τραχηλικά κύτταρα. Αν υπάρχουν στον τράχηλο σας προκαρκινικές ή καρκινικές αλλαγές, ίσως να μην έχετε συμπτώματα. Γι'αυτό είναι σημαντικό να κάνετε τακτικά τεστ PAP.

Μερικοί τύποι HPV μπορούν να προκαλέσουν και άλλους τύπους καρκίνου στην γεννητική περιοχή σε άνδρες και γυναίκες, όπως ο πρωκτός, το πέος, το αιδοίο.

Χρησιμοποιώντας προφυλακτικό σε κάθε σεξουαλική επαφή, μειώνετε τον κίνδυνο να κολλήσετε HPV, αλλά ο ιός μπορεί να μεταδοθεί μέσω του δέρματος που δεν καλύπτεται από το προφυλακτικό.

Όποιος κάνει sex κινδυνεύει να έχει HPV, ακόμη κι αν δεν υπάρχουν συμπτώματα. Αν ανησυχείτε ότι ίσως έχετε μολυνθεί, πρέπει να επισκεφθείτε τον γιατρό σας. Αν είστε γυναίκα, είναι σημαντικό να επισκέπτεστε συχνά τον γιατρό για PAP τεστ.

2.4.ΜΟΛΥΣΜΑΤΙΚΗ ΤΕΡΜΙΝΘΟΣ

2.4.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Πρόκειται για ιογενή λοίμωξη του δέρματος, κατά την οποία εμφανίζονται μεμονωμένες βλατίδες. Η μολυσματική τέρμινθος διασπείρεται με αυτενοφθαλμισμό, με τον ξεσμό ή μετά από άμεση επαφή με βλάβες του δέρματος. Στα παιδιά η μολυσματική τέρμινθος στην περιοχή των γεννητικών οργάνων μπορεί να οφείλεται σε σεξουαλική κακοποίηση. Η μολυσματική τέρμινθος εμφανίζεται συχνά σε ασθενείς με HIV λοίμωξη. Συχνά αποτελεί ένδειξη ότι ο ασθενής βρίσκεται πλέον στο όψιμο στάδιο της.

2.4.2.ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

- Παρατηρούνται διακριτές, μόλις ομφαλωτές, σαρκόχροες, θολωτές βλάβες μεγέθους 2 έως 5 χιλιοστών.
- Στους ενήλικες προσβάλλονται κυρίως η περιοχή του εφηβαίου και των γεννητικών οργάνων.
- Οι βλάβες συχνά εμφανίζονται κατά ομάδες. Λίγες ή αρκετές βλάβες μπορεί να καλύπτουν μια ευρεία περιοχή του δέρματος.
- Στην περιφέρεια των βλαβών μπορεί να εμφανιστεί ερύθημα ή απολέπιση, οφειλόμενη σε ξεσμό της περιοχής ή σε αλλεργική αντίδραση του δέρματος.
- Οι βλατίδες συχνά δεν φαίνονται εύκολα λόγω των τριχών του εφηβαίου, ή συχνά διαφεύγουν της προσοχής του ασθενούς.

- Πρέπει να γίνεται προσεκτικός έλεγχος του δέρματος του εφηβαίου, των γεννητικών οργάνων, περιπρωκτικής χώρας, των μηρών και του κορμού. Βλάβες μπορούν να ανευρεθούν σε οποιαδήποτε περιοχή του σώματος πλην των παλαμών και των πελμάτων.

2.4.3.ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

- Κοινές μυρμηκίες.
- Επιχείλιος έρπης.

2.4.4.ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

- Οι βλάβες στην περιοχή των γεννητικών οργάνων πρέπει να αντιμετωπίζονται για να αποφευχθεί η διασπορά του ιού με τη σεξουαλική επαφή.
- Μετά την αγωγή μπορεί να φανούν βλάβες, οι οποίες ήταν πολύ μικρές και δεν εντοπίστηκαν στην πρώτη επίσκεψη του ασθενούς. Αυτές οι βλάβες πρέπει να επανεκτιμώνται σε επόμενη επίσκεψη.
- Οι μικρές βλατίδες μπορούν να αφαιρεθούν γρήγορα με απόξεση, με ή χωρίς τοπική αναισθησία. Η αιμορραγία ελέγχεται είτε πιέζοντας το τραύμα με μια γάζα είτε εφαρμόζοντας το διάλυμα του Monsel. Η απόξεση είναι η πλέον ταχύτερη και αποτελεσματικότερη μέθοδος αντιμετώπισης της μολυσματικής τερμίνθου και εφαρμόζεται όταν οι βλάβες είναι λίγες σε αριθμό. Η απόξεση μπορεί να αφήσει μια μικρή ουλή.
- Στα παιδιά για να μην πονέσουν κατά την απόξεση εφαρμόζεται κρέμα ξυλοκαΐνης/ πριλοκαΐνης (κρέμα EMLA) 30 με 60 λεπτά πριν από την επέμβαση.
- Για τους ασθενείς που διατίθενται να αντέξουν το άλγος, μέθοδος εκλογής είναι η κρυοχειρουργική. Εφαρμόζεται ψεκάσμος ή ψαύση της βλατίδας με τολύπιο βάμβακος εμποτισμένου με υγρό άζωτο μέχρι να σχηματιστεί περίξ αυτής μια λευκή ζώνη ψυχθέντος υγιούς δέρματος πλάτους ενός χιλιοστού. Αυτό γίνεται μέσα σε πέντε περίπου δευτερόλεπτα. Κατά την εφαρμογή του υγρού αζώτου πρέπει να είμαστε συντηρητικοί γιατί η υπερβολική ψύξη οδηγεί σε υπομελάγχρωση ή υπερμελάγχρωση του δέρματος.

- Μπορεί επίσης να εφαρμοστεί μια μικρή σταγόνα κανθαριδίνης 0,7% επί της επιφάνειας της βλάβης, προσέχοντας να μην έρθει σε επαφή με υγιές δέρμα. Η βλάβη αρχικά μετατρέπεται σε φυσαλίδα και μπορεί να υποχωρήσει μη καταλείποντας ουλή. Μπορεί να εμφανιστεί υπομελάγχρωση ή υπερμελάγχρωση.
- Χορηγείται επίσης διάλυμα καυστικού καλίου 10%. Εφαρμόζεται μια σταγόνα ημερησίως με τη βοήθεια βαμβακοφόρου στυλεού, προσέχοντας να μην έρθει σε επαφή με υγιές δέρμα.

2.5.ΕΡΠΗΣ ΤΩΝ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ

2.5.1.ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο έρπης των γεννητικών οργάνων είναι μια νόσος που συνοδεύεται από μεγάλη σύγχυση και άγχος. Στα χαρακτηριστικά του περιλαμβάνονται:

Ο έρπης των γεννητικών οργάνων προσβάλλει και τους άντρες και τις γυναίκες.

Το 30% περίπου των ατόμων που αναπτύσσουν έρπητα των γεννητικών οργάνων ποτέ δεν παθαίνουν και άλλες βλάβες.

Μόνο το 5 έως 10% των ατόμων που έχουν έρπητα των γεννητικών οργάνων θα υποφέρουν από συχνές, υποτροπιάζουσες φλεγμονές (περισσότερες από έξι προσβολές κάθε χρόνο).

Με εξαίρεση το αναπτυσσόμενο έμβρυο, το νεογέννητο και τα άτομα που πάσχουν από ανεπάρκεια του ανοσολογικού συστήματος, ο έρπης των γεννητικών οργάνων δε θέτει σε κίνδυνο τη ζωή του ασθενή.

Αν και δεν υπάρχει θεραπεία για τον έρπητα των γεννητικών οργάνων, έχουν ανακαλυφθεί νέα φάρμακα που μειώνουν ή ελαχιστοποιούν τη συχνότητα και τη σοβαρότητα των προσβολών του.

2.5.2.ΤΥΠΟΙ ΤΟΥ ΙΟΥ ΤΟΥ ΕΡΠΗΤΟΣ

Ο επιχείλιος έρπης, η ανεμοβλογιά και ο έρπης ζωστήρ έχουν κάτι το κοινό μεταξύ τους – όλοι τους οφείλονται στον ιό του έρπητος.

Υπάρχουν περίπου 50 διαφορετικοί τύποι ιών έρπητος, αλλά μόνο οι παρακάτω πέντε είναι γνωστό ότι προσβάλλουν τους ανθρώπους:

1. Ο ιός του απλού έρπητος, τύπος 1.
2. Ο ιός του απλού έρπητος, τύπος 2.
3. Ο ιός της ανεμοβλογιάς – έρπητος ζωστήρος.
4. Ο ιός Epstein – Barr.
5. Ο κυτταρομεγαλοϊός.

Από αυτούς τους πέντε ιούς, οι ιοί του απλού έρπητος (τύποι 1 και 2), προκαλούν το είδος αυτό του έρπητος που είναι γνωστός ως έρπης των γεννητικών οργάνων. Το είδος του απλού έρπητος-1 είναι το κύριο αίτιο του επιχείλιου έρπητος. Ο ιός της ανεμοβλογιάς – έρπητος ζωστήρος (που ονομάζεται επίσης ιός του έρπητος ζωστήρος), είναι περισσότερο γνωστός ως ο ιός της ανεμοβλογιάς και σε μερικά άτομα επανεμφανίζεται αργότερα στην ώριμη ηλικία, ως έρπης ζωστήρ. Ο ιός του Epstein – Barr είναι γνωστός και ως ιός της μονοπυρήνωσης. Ο κυτταρομεγαλοϊός, μερικές φορές προκαλεί ηπατίτιδα ή μονοπυρήνωση.

2.5.3.Ο ΕΡΠΗΣ ΤΩΝ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ ΚΑΙ ΠΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΕΤΑΙ

Ο έρπης των γεννητικών οργάνων προκαλείται από τον ιό του απλού έρπητος, ο οποίος γενικά μεταδίδεται με άμεση επαφή με μια ενεργό βλάβη που εντοπίζεται στο δέρμα ή στο βλεννογόνο(στόμα, χείλη, χείλη του αιδοίου, κόλπος, ουρήθρα ή πέος). Μετά την έκθεση στον ιό, αυτός μεταφέρεται κατά μήκος των νευρικών ιών στις νευρικές ενώσεις που βρίσκονται κοντά στο νωτιαίο μυελό και οι οποίες ονομάζονται αισθητικά νευρικά γάγγλια. Ο ιός μπορεί να παραμείνει στα νευρικά κύτταρα εφ' όρου ζωής σε μια λανθάνουσα (ανενεργό) κατάσταση. Μετά από πάροδο βδομάδων, μηνών ή χρόνων μπορεί να επανέλθει κατά μήκος των νευρικών ιών για να επανεμφανισθεί στην επιφάνεια του δέρματος ή στο βλεννογόνο και να προκαλέσει μίαν άλλη μόλυνση.

Μέχρι τα τελευταία είκοσι χρόνια οι δύο τύποι του ιού του απλού έρπητος ήταν πολύ εύκολο να διακριθούν, όχι από την εμφάνιση των βλαβών (και οι δύο τύποι προκαλούν βλάβες που φαίνονται περίπου οι ίδιες), αλλά από τον εντοπισμό τους στο

σώμα. Ο ιός του απλού έρπητος-1, θεωρούνταν υπεύθυνος για μολύνσεις πάνω από τη μέση, ιδιαίτερα στο στόμα, στα χείλη, στο φάρυγγα, στα μάτια, στον εγκέφαλο και στις αρθρώσεις(αρθρίτιδα). Τα περισσότερα άτομα αναγνωρίζουν τις βλάβες του ιού του απλού έρπητος-1 ως εκδήλωση κρυολογήματος ή πυρετού στα χείλη.

Εξαιτίας της μεγαλύτερης ποικιλίας στη σεξουαλική πρακτική, ο έρπης των γεννητικών οργάνων μπορεί να διαδοθεί με διάφορους τρόπους. Η στοματογεννητική, η πρωκτογεννητική και η στοματοπρωκτική σεξουαλική πρακτική, έχουν ανατρέψει τα παραδοσιακά όρια που φαίνεται ότι περιόριζαν τον έρπητα στα γεννητικά μόνο όργανα κατά το παρελθόν. Η συχνότητα του ιού του απλού έρπητος-2 που εμφανίζεται στο στόμα ή στο φάρυγγα και του ιού του απλού έρπητος-1 που εμφανίζεται στην περιοχή των γεννητικών οργάνων ή του πρωκτού, έχει αυξηθεί σταθερά τις τελευταίες δύο δεκαετίες. Η μεγαλύτερη συχνότητα του έρπητος, που εμφανίζεται σε μη παραδοσιακές περιοχές παρουσιάζεται σε άτομα ηλικίας 18 έως 24 χρόνων και αντανακλά είτε την άγνοια των ατόμων αυτών, είτε την πιο ελεύθερη στάση τους απέναντι στις σεξουαλικές πρακτικές. Θα πρέπει, όμως, να γνωρίζουμε ότι ο ιός του απλού έρπητος-2 είναι ο ιός που ευθύνεται για το 85% περίπου των μολύνσεων από έρπητα των γεννητικών οργάνων. Σε σπάνιες περιπτώσεις, μερικά άτομα μολύνονται και με τον ιό του απλού έρπητος-1 και με τον ιό του απλού έρπητος-2.

Ο έρπης των γεννητικών οργάνων μεταδίδεται πιο συχνά με την επαφή με ενεργό βλάβη ή διαμέσου υγρών από μια βλάβη, κατά τη διάρκεια σεξουαλικής επαφής. Σπάνια μεταδίδεται με τα χέρια. Τα χέρια, όμως, που άγγιξαν μια ενεργό βλάβη είναι η κυριότερη αιτία μόλυνσης των ματιών (που είναι γνωστή ως κερατίτιδα ή έρπης των ματιών). Ο κίνδυνος μετάδοσης του έρπητος από επαφή με μολυσμένες επιφάνειες (όπως πετσέτες, ρούχα ή τουαλέτα), είναι μικρός αλλά πραγματικός. Το σάλιο ενός ατόμου με ενεργό βλάβη μπορεί να είναι μεταδοτικό. Το 10% περίπου αυτών που μολύνθηκαν έχουν μια μεγάλη συγκέντρωση του ιού στο σάλιο τους.

Έχουν δημιουργηθεί ερωτήματα σχετικά με την πιθανότητα μετάδοσης του απλού τύπου του έρπητος διαμέσου των σωληνώσεων ζεστού νερού ή με άλλους σχετικούς τρόπους. Μια ομάδα ερευνητών, που συνέλλεξαν νερό από σωλήνες ιαματικών λουτρών, δε βρήκαν καμιά ένδειξη ύπαρξης του ιού του απλού έρπητος στα δείγματα που πήραν. Ακόμη, όταν νερό από ιαματικά λουτρά προστέθηκε σε δείγματα ιού του απλού έρπητος, που διατηρούνταν έτοιμα στο εργαστήριο, ο ιός έγινε αμέσως ανενεργός. Όμως, όταν τα δείγματα του ιού του απλού έρπητος του εργαστηρίου,

τοποθετήθηκαν σε νερό βρύσης και σε απεσταγμένο νερό, ο ιός επέζησε για 4,5 ώρες. Επειδή, ο ιός των δειγμάτων του εργαστηρίου επέζησε για αρκετές ώρες σε νερό βρύσης και σε απεσταγμένο νερό, μπορεί να υπάρχει κάποια πιθανότητα – αν και μικρή – ότι ο ιός του απλού έρπητος μπορεί να μεταδοθεί και με άλλους, διαφορετικούς τρόπους, εκτός από την ανθρώπινη επαφή. Εντούτοις, η μετάδοση του ιού του απλού έρπητος από το νερό μιας δημόσιας πισίνας είναι πολύ απίθανη, εξαιτίας της μεγάλης ποσότητας χλωρίου ή και βρομίου που προστίθενται. Πολλοί ερευνητές έχουν σημειώσει ότι το τρίψιμο του δέρματος ή ακόμη περισσότερο το τρίψιμο του δέρματος που παρουσιάζει διάβρωση, πιθανόν να επιτρέψει τη δίοδο στον ιό του απλού έρπητος.

2.5.4. ΤΥΠΟΙ ΜΟΛΥΝΣΕΩΝ ΤΟΥ ΕΡΠΗΤΟΣ ΤΩΝ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ

Οι μολύνσεις από τον ιό του απλού έρπητος κατατάσσονται ανάλογα με το αν το άτομο έχει υποστεί ή όχι προηγούμενη μόλυνση από οποιονδήποτε τύπο ιού.

Παρακάτω αναφέρονται οι μολύνσεις των γεννητικών οργάνων που προκαλούνται από τον ιό του απλού έρπητος:

α) Πρωτοπαθής αρχικός, όταν ένα άτομο δεν είχε προηγουμένως εκτεθεί στη μόλυνση από τον ιό του απλού έρπητος.

β) Μη πρωτοπαθής αρχικός, όταν το άτομο είχε προηγουμένως εκτεθεί σε μόλυνση από τον ιό του απλού έρπητος.

γ) Υποτροπιάζων επανενεργοποιημένος, όταν ο ιός του απλού έρπητος αναζωπυρώνεται κατά διαστήματα και το άτομο έχει υποστεί ένα προηγούμενο επεισόδιο πρωτοπαθούς ή μη πρωτοπαθούς μόλυνσης, που οφειλόταν στον ιό του απλού έρπητος.

Οι κλινικοί ερευνητές προσδιορίζουν τον τύπο της αρχικής μόλυνσης από τον ιό του απλού έρπητος των γεννητικών οργάνων με τον έλεγχο της ανεύρεσης αντισωμάτων του ιού στην κυκλοφορία του αίματος. Η έλλειψη αντισωμάτων στο αίμα σημαίνει τη μη προηγούμενη έκθεση στον ιό του απλού έρπητος και το άτομο λέγεται ότι έχει μια πρωτοπαθή μόλυνση από έρπητα των γεννητικών οργάνων.

Αν ανευρεθούν αντισώματα για τον ιό του απλού έρπητος, η μόλυνση θεωρείται ως μη πρωτοπαθής αρχικός έρπης. Τα αντισώματα που ανευρίσκονται στην κυκλοφορία του αίματος δείχνουν ότι το άτομο έχει προσβληθεί από μια προηγούμενη μόλυνση με

τον ιό του απλού έρπητος. Το 80% τουλάχιστον των ενηλίκων, έχουν αντισώματα του ιού του απλού έρπητος-1 κατά την ηλικία των 25 χρόνων. Η συχνότητα των αντισωμάτων για τον ιό του απλού έρπητος-2 αυξάνεται κατά τη διάρκεια της εφηβικής ηλικίας και μέχρι την ενηλικίωση, η οποία συμπίπτει με την αύξηση της σεξουαλικής δραστηριότητας σ' αυτές τις ομάδες ηλικιών.

Στις περισσότερες μολυσματικές νόσους, η ύπαρξη αντισωμάτων στο αίμα μπορεί να σημαίνει ότι το άτομο έχει αναπτύξει ένα βαθμό προστασίας (ανοσίας) προς το μικροοργανισμό. Τα αντισώματα του ιού του απλού έρπητος δεν μπορούν να εισέλθουν στο νευρικό σύστημα, όπου ο ιός είναι ελεύθερος να αναπαραχθεί. Μόνον όταν ο ιός του απλού έρπητος εγκαταλείπει το νευρικό σύστημα, μπορούν τα κυκλοφορούντα αντισώματα να έχουν κάποιο ευνοϊκό αποτέλεσμα. Αν και τα αντισώματα του έρπητος στο σώμα μπορούν να προστατεύσουν το άτομο από τη διασπορά της μόλυνσης στο εσωτερικό του σώματος, δεν μπορούν να προλάβουν ένα υποτροπιάζον επεισόδιο του έρπητος, εξαιτίας της ανικανότητας τους να εξαλείψουν τον ιό από τα αισθητικά νευρικά γάγγλια του κεντρικού νευρικού συστήματος.

Η ύπαρξη αντισωμάτων ιού του απλού έρπητος-1 υπαινίσσεται ότι το άτομο μπορεί να έχει την ικανότητα να σχηματίσει αντισώματα προς τον ιό του απλού έρπητος-2. Αν η αρχική μόλυνση προκλήθηκε από τον ιό του απλού έρπητος-1 και όχι από τον ιό του απλού έρπητος-2, το άτομο είναι λιγότερο πιθανό να υποφέρει από ένα υποτροπιάζον επεισόδιο έρπητος των γεννητικών οργάνων.

Πέντε έως δέκα εκατομμύρια περιπτώσεις μολύνσεων υποτροπιάζοντος έρπητος των γεννητικών οργάνων εμφανίζονται περίπου κάθε χρόνο στις Η.Π.Α. Γύρω στα δύο τρίτα των περιπτώσεων αυτών έχουν μια αρχική μόλυνση των γεννητικών οργάνων που προκαλείται από ιό του απλού έρπητος-2. Από τα άτομα που μολύνθηκαν αρχικά με τον τύπο 1, λιγότερα από 10% έχουν προσβολές υποτροπιάζοντος γεννητικού έρπητος.

2.5.5.ΣΗΜΕΙΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΟΥ ΕΡΠΗΤΟΣ ΤΩΝ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ

Αν και η ονομασία έρπης των γεννητικών οργάνων περιορίζει την έννοια στην περιοχή αυτή, ο έρπης των γεννητικών οργάνων προσβάλλει μια ποικιλία περιοχών μέσα και πάνω στο σώμα. Τα περισσότερο εμφανή σημεία του γεννητικού έρπητος είναι η εμφάνιση μιας μικρής, μαλακής περιοχής που μοιάζει με φυσαλίδα, η οποία

σπάει για να σχηματίσει τις γεννητικές βλάβες (έλκη), που είναι επώδυνες όταν αγγίζονται ή ξύνονται. Οι ενεργείς βλάβες αποβάλλουν ιούς για πέντε περίπου ημέρες. Το μεγαλύτερο ποσοστό ιών αποβάλλεται τη δεύτερη μέρα μετά την προσβολή.

Πριν από τις βλάβες προηγείται ένα προ-στάδιο που διαρκεί από λίγες ώρες μέχρι μερικές μέρες. Οι φυσαλίδες ή οι κοκκινίλες, που σχηματίζονται στην περιοχή των γεννητικών οργάνων μπορεί να προκαλέσουν φαγούρα, αίσθημα καούρας, πόνο και κατά διαστήματα κνησμώδη πόνο. Πολλά άτομα παρουσιάζουν πυρετό, πονοκέφαλο, ένταση, πόνο στο πρόσωπο, στο κάτω μέρος της ράχης, στη βουβωνική χώρα, στους γλουτούς, στα πόδια ή στα πέλματα. Κατά τη διάρκεια της μόλυνσης μπορεί να παρουσιασθεί μια γενική διόγκωση των λεμφικών αδένων στη γεννητική περιοχή.

Τέσσερις με επτά ημέρες (κατά μέσον όρο έξι) μετά τα πρώτα συμπτώματα, εμφανίζονται φυσαλίδες που περιέχουν τον ιό του απλού έρπητος. Κατά το χρονικό αυτό διάστημα η γενική δυσφορία μειώνεται και τα πρώιμα συμπτώματα κοπάζουν. Οι φυσαλίδες τότε σπάνε, διοχετεύουν το περιεχόμενό τους, ξεραίνονται και σχηματίζουν κρούστα, ενώ στη συνέχεια θεραπεύονται χωρίς να αφήσουν ουλές.

Η σοβαρότητα και η διάρκεια των βλαβών του γεννητικού έρπητος εξαρτώνται πολύ από το κατά πόσο το άτομο είχε ή όχι προσβληθεί από ένα προηγούμενο επεισόδιο γεννητικού έρπητος. Συνήθως, τα συμπτώματα κρατούν περισσότερο και είναι πιο σοβαρά κατά τη διάρκεια των πρωτοπαθών αρχικών προσβολών του ιού του έρπητος. Πάνω από 20 βλάβες μπορεί να σχηματισθούν σε σημεία της γεννητικής χώρας. Ευτυχώς, οι βλάβες του ιού του απλού έρπητος θεραπεύονται συνήθως χωρίς να αφήνουν ουλές, σε 14 μέρες περίπου.

Οι πρωταρχικές μολύνσεις του γεννητικού έρπητος μπορεί να περιλαμβάνουν μεγάλες περιοχές και συχνά σχηματίζουν βλάβες και στις δύο μεριές των γεννητικών οργάνων. Το πιο συνηθισμένο μέρος στους άντρες, όπου παρουσιάζονται βλάβες είναι το στέλεχος και οι αδένες (της κεφαλής) του πέους. Στις γυναίκες, οι βλάβες εμφανίζονται περισσότερο συχνά στον τράχηλο της μήτρας. Οι βλάβες στον τράχηλο είναι πολύ δύσκολο να ανιχνευθούν και ακόμη πιο δύσκολο να θεραπευθούν, γεγονός που επιβεβαιώνει – τουλάχιστον μερικώς – γιατί οι μολύνσεις του έρπητος είναι περισσότερο σοβαρές και κρατούν πιο πολύ στις γυναίκες παρά στους άντρες. Στις γυναίκες, σε μια αρχική μόλυνση του γεννητικού έρπητος, οι βλάβες παραμένουν ενεργείς 10 μέρες περίπου και μπορεί να απαιτηθούν μέχρι και 20 μέρες για να

θεραπευθούν. Στους άντρες, οι βλάβες έχουν μισή διάρκεια περίπου απ' ότι στις γυναίκες.

Μόνον οι μισοί περίπου απ' αυτούς με πρωτοπαθή γεννητικό έρπητα, εμφανίζουν εσωτερικά (οργανικά) συμπτώματα – όπως πονοκέφαλο, ακαμνία του λαιμού, δύσκολη ή επώδυνη ούρηση και μέτρια μη ανοχή του φωτός. Οι βλάβες στα γεννητικά όργανα συνοδεύονται από πόνο στην κοιλιά στις περισσότερες γυναίκες. Ευτυχώς, μόνο ένα στα τρία άτομα περίπου με γεννητικό έρπητα υποφέρει από υποτροπιάζουσες προσβολές. Ένας μεγάλος αριθμός των ατόμων που παρουσιάζουν επανεμφανιζόμενες προσβολές αναφέρουν ότι η συχνότητα και η σοβαρότητα των συμπτωμάτων μειώνονται με την πάροδο του χρόνου.

Τα συμπτώματα, είναι λιγότερο σοβαρά και μικρότερης διάρκειας σε μια μη πρωτοπαθή αρχική μόλυνση. Πολλές φορές εμφανίζονται λιγότερες από τρεις βλάβες. Τα άτομα που έχουν ένα μη πρωτοπαθές επεισόδιο παρουσιάζουν, επίσης, ελαφρότερες υποτροπιάζουσες προσβολές.

Τα υποτροπιάζοντα επεισόδια του γεννητικού έρπητος μπορεί να επαναδραστηριοποιηθούν από συγκινησιακό ή φυσικό στρες, από το ηλιακό φως ή την έκθεση υπεριώδη ακτινοβολία, από την έλλειψη ύπνου, τη φτωχή δίαιτα, από μολύνσεις, πυρετό, καταμήνια, από τα πολύ εφαρμοστά τζιν και από τη λήψη φαρμάκων που καταστέλλουν το ανοσοποιητικό σύστημα.

Σε μια υποτροπιάζουσα μόλυνση, το 30% των γυναικών αναφέρουν μία μόνο βλάβη. Τρεις στις τέσσερις γυναίκες παρουσιάζουν τρεις βλάβες ή λιγότερες. Οι υποτροπιάζουσες μολύνσεις διαρκούν λιγότερες μέρες (πέντε έως δέκα κατά μέσον όρο) και συχνά προκαλούν ελαφρά συμπτώματα.

Ο γεννητικός έρπης μπορεί να συγχυστεί με άλλες σεξουαλικά μεταδιδόμενες νόσους που προκαλούν βλάβες στα γεννητικά όργανα. Τα μαλακά έλκη – μια άλλη αιτία γεννητικών βλαβών – είναι παρόμοια σε εμφάνιση με το γεννητικό έρπητα. Συφιλιδικές βλάβες (συφιλιδικά έλκη), μπορεί επίσης να εκληφθούν ως βλάβες του γεννητικού έρπητος. Επίσης, συμπτώματα του γεννητικού έρπητος, τέτοια όπως διογκωμένοι λεμφαδένες των γεννητικών οργάνων, μοιάζουν με τις βλάβες μόλυνσης που προκαλούν τα μικρόβια chlamydia.

Αν και μέχρι σήμερα δεν έχει βρεθεί θεραπεία για το γεννητικό έρπητα, θα πρέπει να ζητείται ιατρική συμβουλή αν εμφανισθεί μια βλάβη στα γεννητικά όργανα που

μοιάζει με τον έρπητα ζωστήρα, γιατί θεραπείες για τον περιορισμό της εξάπλωσης και την ανακούφιση των συμπτωμάτων υπάρχουν. Είναι ανόητο να κάνει κανείς αυτοδιάγνωση των ερπητικών βλαβών, ιδιαίτερα γιατί η νόσος μπορεί πολύ εύκολα να εκληφθεί ως μια άλλη πάθηση, που είναι θεραπεύσιμη. Είναι βασικό ο γιατρός να λάβει γνώση για κάποιο πρωταρχικό σημείο μιας γεννητικής βλάβης. Αυτός θα κάνει τα τεστ για την επιβεβαίωση της ακριβούς αιτίας μιας γεννητικής βλάβης.

2.5.6.ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΟΥ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΕΡΠΗΤΟΣ

Αν και ως νόσος μπορεί να είναι πολύ ανυπόφορη, ο γεννητικός έρπης δεν είναι μια σοβαρή βλάβη ή μια βλάβη που θέτει σε κίνδυνο τη ζωή, για τα περισσότερα άτομα. Εντούτοις, σε μερικές περιπτώσεις ο γεννητικός έρπης μπορεί να είναι καταστροφικός, ιδιαίτερα στα έμβρυα, στα νεογέννητα και στα άτομα με ανεπάρκεια του ανοσοποιητικού συστήματος.

2.5.7.Η ΜΟΛΥΝΣΗ ΜΕ ΤΟΝ ΙΟ ΤΟΥ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΕΡΠΗΤΟΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ

Ένα από τα πιο τραγικά επακόλουθα του γεννητικού έρπητος είναι η μετάδοση της μόλυνσης σε ένα νεογνό (νεογνικός έρπης). Η συχνότητα με την οποία ο νεογνικός έρπης αυξάνεται, συμπίπτει με την ολική αύξηση της συχνότητας των μολύνσεων με τον ιό του γεννητικού έρπητος στους ενηλίκους. Σε μια μελέτη, βρέθηκε ότι η συχνότητα των μολύνσεων με τον ιό του έρπητος που εμφανίζεται στα νεογνά τετραπλασιάστηκε κατά το χρονικό διάστημα 1966 – 1981 (από 2,6 σε 11,9 περιπτώσεις για 100.000 γεννήσεις). Η μετάδοση, είτε του τύπου-1, είτε του τύπου-2 σ' ένα νεογνό, καθώς αυτό διέρχεται από ένα μολυσμένο γεννητικό σωλήνα, είναι μοιραία στις περισσότερες περιπτώσεις.

Τα τρία περίπου από τα πέντε παιδιά πεθαίνουν μέσα σε λίγες ώρες μετά το τοκετό, αν η μητέρα είναι μολυσμένη με γεννητικό έρπητα. Τα βρέφη που επιζούν συχνά υποφέρουν από τύφλωση και σοβαρή βλάβη του νευρικού συστήματος.

Ο ιός του απλού έρπητος-2 είναι η αιτία των περισσότερων μολύνσεων με τον ιό του έρπητος στα νεογέννητα. Ο κίνδυνος στα νεογέννητα είναι μεγαλύτερος αν υπάρχει ενεργός μόλυνση από τον ιό του έρπητος στη γυναίκα πριν από το τοκετό ή στην περίπτωση που οι μεμβράνες σπάσουν περισσότερο από τέσσερις ώρες πριν το

τοκετό. Η πιθανότητα μόλυνσης μειώνεται πολύ αν το νεογνό ελευθερωθεί με καισαρική τομή, μέσα σε λιγότερο από τέσσερις ώρες μετά τη ρήξη των μεμβρανών.

Το 50% έως 70% των αναμενόμενων μητέρων με μόλυνση από γεννητικό έρπητα δεν παρουσιάζουν συμπτώματα της νόσου. Αν και μόνο το 1% των μολυσμένων μητέρων έχουν ενεργούς μεταδοτικές βλάβες κατά το διάστημα της γέννησης του παιδιού, έχει εκτιμηθεί ότι η μόλυνση των νεογνών με τον ιό του έρπητος προκαλεί πάνω από 500 θανάτους το χρόνο. Οι έγκυες γυναίκες θα πρέπει να ενημερώσουν το γυναικολόγο τους για κάθε προηγούμενη εμφάνιση ή έκθεση σε έρπητα των γεννητικών οργάνων. Έτσι μπορεί να σωθεί η ζωή ενός παιδιού. Άλλες προφυλάξεις που θα πρέπει να ληφθούν από την έγκυο ή τη θηλάζουσα γυναίκα, αναφέρονται στον πίνακα παρακάτω. Αν μια υποψήφια μητέρα ή ο σεξουαλικός της σύντροφος είχε ποτέ μόλυνση με ιό του γεννητικού έρπητος, ο γιατρός μπορεί να συστήσει ένα εβδομαδιαίο εργαστηριακό τεστ, που θα αρχίσει την 36η εβδομάδα της εγκυμοσύνης.

2.5.8. ΠΡΟΦΥΛΑΞΕΙΣ ΓΙΑ ΜΙΑ ΕΓΚΥΟ Ή ΘΗΛΑΖΟΥΣΑ ΓΥΝΑΙΚΑ

Ο γιατρός θα πρέπει να είναι ενήμερος ενός προηγηθέντος επεισοδίου γεννητικής βλάβης που πιθανόν να είχε παρουσιασθεί λόγω μόλυνσης με γεννητικό έρπητα, γιατί η μόλυνση αυτού του είδους δεν είναι εμφανής στο 50 -70% των υποψηφίων μητέρων.

Ο γιατρός θα πρέπει να είναι ενήμερος αν κάποιος προηγούμενος ή τωρινός σεξουαλικός σύντροφος της υποψήφιας μητέρας είχε κάποια μόλυνση από γεννητικό έρπητα.

Αποφυγή σεξουαλικής πράξης κατά τους τελευταίους μήνες της εγκυμοσύνης, έτσι ώστε να μην ενεργοποιηθεί μια λανθάνουσα μόλυνση – ιδιαίτερα αν ο σεξουαλικός σύντροφος είχε ένα ιστορικό γεννητικού έρπητος.

Μητέρες με ενεργό γεννητικό έρπητα θα πρέπει να φορούν αποστειρωμένα γάντια και να πλένουν τα χέρια τους με σαπούνι όταν περιποιούνται το νεογέννητο.

Μια γυναίκα με ενεργό γεννητικό έρπητα μπορεί να θηλάσει ένα μωρό, εφόσον δεν υπάρχουν ερπητικές βλάβες στους μαστούς.

2.5.9.ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΣ ΕΡΠΗΣ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΣΤΙΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ

Ενισχύεται η μαρτυρία, η οποία υπαινίσσεται μια σχέση ανάμεσα στον καρκίνο του τραχήλου και στη μόλυνση με τον ιό του έρπητος. Ο καρκίνος του τραχήλου στις γυναίκες που έχουν και έρπητα των γεννητικών οργάνων συχνά εμφανίζεται στο ίδιο μέρος του τραχήλου, όπου εμφανίζονται οι ερπητικές βλάβες. Επίσης, έχει παρατηρηθεί μια παρόμοια σχέση ανάμεσα στο γεννητικό έρπητα και τον καρκίνο των εξωτερικών γεννητικών οργάνων στις γυναίκες(καρκίνος του αιδοίου). Αν και η σχέση ανάμεσα στην μόλυνση με τον ιό του έρπητος και στον καρκίνο των γεννητικών οργάνων της γυναίκας είναι ισχυρή, εντούτοις παραμένει αναπόδεικτο ότι ο έρπης είναι το πραγματικό αίτιο. Γυναίκες με έρπητα των γεννητικών οργάνων θα πρέπει να κάνουν το τεστ Παπανικολάου δύο τουλάχιστον φορές το χρόνο.

2.5.10.ΑΛΛΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Μόλυνση του φάρυγγα (ερπητική φαρυγγίτιδα), μπορεί να προκληθεί από το τύπο-1 ή το τύπο-2 και εμφανίζεται στο 10% περίπου των ατόμων που έχουν προσβληθεί από γεννητικό έρπητα. Η συχνότητα της κολπίτιδας (φλεγμονή του κόλπου), που προκαλείται από τον ιό του απλού έρπητος-2 έχει αυξηθεί δραματικά τη τελευταία δεκαετία. Με εξαίρεση τη γονόρροια (βλεννόρροια), η μόλυνση από τον ιό του έρπητος είναι η πιο συχνή αιτία της πρωκτίτιδας (φλεγμονής και μόλυνσης του πρωκτού) σε ομοφυλόφιλους άντρες. Όπως έχει αναφερθεί και προηγουμένως, ασθενείς με ανεπάρκεια του ανοσοποιητικού συστήματος βρίσκονται σε μεγάλο κίνδυνο ανάπτυξης διάχυτης μόλυνσης από τον ιό του έρπητος, που μπορεί να προκαλέσει σοβαρές και πιθανόν θανατηφόρες επιπλοκές. Ο γεννητικός έρπης προσβάλλει ασθενείς των οποίων το ανοσοποιητικό σύστημα έχει εξασθενήσει – εξαιτίας χειρουργικών επεμβάσεων, χρονίων νόσων, καρκίνου ή λόγω χημειοθεραπείας για καρκίνο. Μολύνσεις με γεννητικό έρπητα αναφέρονται περισσότερο συχνά σε ομοφυλόφιλους άντρες που πάσχουν από AIDS.

Η ιογενής μηνιγγίτιδα (μόλυνση του εγκεφάλου και / ή του νωτιαίου μυελού του κεντρικού νευρικού συστήματος), εμφανίζεται στο 4 – 8% των περιπτώσεων αρχικής μόλυνσης από τον ιό του έρπητος και είναι ενοχλητική, αλλά σπάνια σοβαρή μόλυνση. Αντίθετα, η ερπητική εγκεφαλίτιδα (φλεγμονή του εγκεφάλου), είναι τελικά θανατηφόρα στο 80% περίπου των ατόμων που παρουσιάζουν την εμπλοκή αυτή.

Αν μια ερπητική βλάβη αποξυσθεί ή τρυπηθεί, μπορεί να παρουσιασθεί μια δευτερογενής βακτηριακή μόλυνση. Ευκαιριακά μόνον μπορεί να αναπτυχθούν μολύνσεις με μύκητες στον κόλπο, χαρακτηριστικά κατά τη διάρκεια της δεύτερης βδομάδας μετά την εμφάνιση των ερπητικών βλαβών.

2.5.11.ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΕΡΠΗΤΟΣ

Μιας και δεν υπάρχει σήμερα θεραπεία που να εξαλείφει τελείως, είτε το τύπο-1, είτε το τύπο-2 από το σώμα, ο γεννητικός έρπης είναι μια αθεράπευτη μολυσματική νόσος. Επειδή, η άμεση φαρμακευτική θεραπεία και η πρόληψη της διάδοσης της νόσου δεν είναι σήμερα κατορθωτές, η αντιμετώπιση της συνίσταται στη μείωση της ταλαιπωρίας από τα συμπτώματα. Αυτό γίνεται με δύο τρόπους: πρώτον, χρησιμοποιώντας φάρμακα για την πρόληψη της διασποράς του ιού του απλού έρπητος από το σημείο της βλάβης σε όλο το σώμα (αντι-ϊκή θεραπεία) και δεύτερον, χρησιμοποιώντας άλλα φάρμακα και μεθόδους για τη μείωση των συμπτωμάτων της νόσου – μείωση του πόνου, του πυρετού και των γενικών ενοχλήσεων (βοηθητική θεραπεία).

Παρακάτω αναφέρονται οι σκοποί της θεραπευτικής αντιμετώπισης των πιο συνηθισμένων συμπτωμάτων:

- Επιτάχυνση της επούλωσης των βλαβών.
- Λιγότερος πόνος κατά τη διάρκεια της επούλωσης των βλαβών.
- Ελάττωση του χρόνου αποβολής των ιών.
- Περιορισμός της χρονικής περιόδου κατά την οποία οι βλάβες είναι μεταδοτικές.
- Μείωση των υποτροπών.
- Μερικά από τα νεότερα αντι-ϊκά φάρμακα εκπληρούν ορισμένους από τους σκοπούς που αναφέρθηκαν παραπάνω.

ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΑΝΤΙ-ΪΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Οι τέσσερις παρακάτω ουσίες έχουν εγκριθεί για να χρησιμοποιούν ενάντια στις μολύνσεις του έρπητος:

- ✓ acyclovir
- ✓ idoxuridine

- ✓ trifluridine
- ✓ vidarabine

Το κυριότερο από τα σημερινά φάρμακα για τη θεραπεία των γεννητικών βλαβών που προκαλούνται από τους τύπους 1 ή 2 του ιού του απλού έρπητος είναι το acyclovir (Zovirax). Το acyclovir είναι το πρώτο φάρμακο που παρουσιάζει αυξημένη αντι-ική δράση χωρίς αξιόλογη τοξικότητα. Σήμερα, το acyclovir είναι το μόνο φάρμακο που έχει εγκριθεί από τον Οργανισμό διαχείρισης τροφίμων και φαρμάκων και που έχει δείξει αποτελεσματικότητα στη θεραπεία πρωταρχικών αρχικών επεισοδίων μόλυνσης από τον απλό γεννητικό έρπητα.

Το acyclovir δρα παρεμποδίζοντας το σχηματισμό DNA στα μολυσμένα από τον ιό κύτταρα, χωρίς να παρεμβαίνει στο σχηματισμό του στα φυσιολογικά κύτταρα του ανθρώπου. Σε τεστ που έγιναν στο εργαστήριο, έχει αποδειχθεί ότι το acyclovir είναι ένα αποτελεσματικό αντι-ικό φάρμακο, τόσο κατά του ιού του απλού έρπητος-1, όσο και κατά του ιού του απλού έρπητος-2. Επίσης, έχει δείξει τη δυνατότητα χρήσης του εναντίον του ιού της ανεμοβλογιάς – έρπητος ζωστήρος, του ιού Epstein-Barr και του οφθαλμικού έρπητος.

Το acyclovir προσφέρεται σε αλοιφή, σε χάπια και σε ένεση για ενδοφλέβια χρήση. Όταν το acyclovir χρησιμοποιείται σε βλάβες μιας πρωτοπαθούς μόλυνσης, οι βλάβες εξαφανίζονται γρήγορα και η διάρκεια του χρόνου κατά τον οποίο είναι μεταδοτικές συντομεύεται αρκετά.

Το acyclovir, ως αλοιφή 5%, δρα αποτελεσματικά, μειώνοντας τη διάρκεια και τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων σε πρωτοπαθείς αρχικές μολύνσεις από τον ιό του γεννητικού έρπητος. Εκτός από τη μείωση του χρόνου αποβολής του ιού, η αλοιφή προσφέρει μικρή μόνο ωφέλεια, όταν τοποθετείται σε βλάβες κατά τη διάρκεια υποτροπιάζουσών προσβολών και γενικά δε συνιστάται σε υποτροπιάζουσες προσβολές, γιατί η διάρκεια των συμπτωμάτων είναι γενικά σύντομη. Η αλοιφή acyclovir σπάνια είναι αποτελεσματική αν η θεραπεία δεν αρχίσει αμέσως μετά την εμφάνιση των συμπτωμάτων. Η εφαρμογή της σε υποτροπιάζουσες βλάβες μπορεί να είναι περισσότερο αποτελεσματική για τους άντρες παρά για τις γυναίκες. Αυτό, ίσως, να οφείλεται στο ότι ένας μεγαλύτερος αριθμός εξωτερικών βλαβών είναι περισσότερο εμφανής στους άντρες, που ως εκ τούτου εφαρμόζουν νωρίτερα την αλοιφή acyclovir.

Τα καλύτερα αποτελέσματα επιτυγχάνονται, όταν η αλοιφή acyclovir εφαρμόζεται σε όλες τις βλάβες του γεννητικού έρπητος, κάθε τρεις ώρες, έξι φορές τη μέρα και για επτά μέρες. Στο δάκτυλο ή στο χέρι που χρησιμοποιείται, για την εφαρμογή της αλοιφής θα πρέπει να τοποθετείται ελαστικό κάλυμμα ή γάντι, ώστε να αποφευχθεί η μετάδοση της μόλυνσης σε άλλα μέρη του σώματος. Η αλοιφή acyclovir δεν πρέπει να χρησιμοποιείται, ούτε για λιγότερες, ούτε για περισσότερες από επτά μέρες, ανεξάρτητα από το κατά πόσον έχουν επουλωθεί οι βλάβες. Αν παραληφθεί μια εφαρμογή, θα πρέπει να τοποθετηθεί αλοιφή όσο το δυνατόν το ταχύτερο, αλλά όχι όταν ήδη έχει φθάσει σχεδόν ο χρόνος για την επόμενη εφαρμογή. Η αλοιφή acyclovir τοποθετείται σε ολόκληρη την προσβλημένη περιοχή και όχι μόνο στις βλάβες. Αν μετά από μια βδομάδα δεν παρουσιασθεί βελτίωση, θα πρέπει να κληθεί γιατρός. Η αλοιφή acyclovir προσφέρεται στα φαρμακεία μόνο με συνταγή.

Μέτριος πόνος με αίσθημα ελαφράς καούρας ή τσιμπήματος παρουσιάζεται στο ένα τέταρτο περίπου αυτών που εφαρμόζουν την acyclovir στις ερπητικές βλάβες. Το 4% περίπου των χρηστών αναφέρουν ελαφρά φαγούρα. Ένας στους 300 χρήστες μπορεί να εμφανίσει κάποιο εξάνθημα. Το ασφαλές της χρήσης στις έγκυες και στις θηλάζουσες δεν έχει επιβεβαιωθεί. Δε θα πρέπει να γίνεται χρόνια χρήση της αλοιφής acyclovir για την πρόληψη υποτροπιαζουσών βλαβών.

Το acyclovir από το στόμα επιταχύνει την επούλωση των βλαβών της αρχικής μόλυνσης, μειώνει την πιθανότητα μετάδοσης της νόσου από τον ασθενή και μειώνει τη συχνότητα των υποτροπών σε μερικά άτομα. Η συνήθης δόση για μια αρχική μόλυνση από γεννητικό έρπητα είναι μια κάψουλα των 200mg κάθε τέσσερις ώρες, δηλαδή πέντε κάψουλες τη μέρα και για 10 μέρες (συνολικά 50 κάψουλες). Τα υποτροπιάζοντα επεισόδια, με το πρώτο σύμπτωμα μιας υποτροπής, θα πρέπει να αντιμετωπίζονται με κάψουλες των 200mg κάθε τέσσερις ώρες, δηλαδή πέντε κάψουλες τη μέρα και για πέντε μέρες (συνολικά 25 κάψουλες).

Οι ανεπιθύμητες παρενέργειες από τη χρήση acyclovir σε κάψουλες, είναι σχετικά μικρές και αραιές όταν το φάρμακο λαμβάνεται για πέντε έως δέκα μέρες. Η μεγάλης διάρκειας χρήση αυξάνει τη συχνότητα ανεπιθύμητων παρενεργειών.

Η ενδοφλέβια χρήση του acyclovir, μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τη θεραπεία αρχικών και υποτροπιαζουσών μολύνσεων του βλεννογόνου και του δέρματος από τον ιό του απλού έρπητος-1 και τον ιό του απλού έρπητος-2 σε ανοσοκατεσταλμένους

ενηλίκους και τα παιδιά και για πολύ σοβαρά αρχικά επεισόδια γεννητικού έρπητος σε άτομα που δεν έχουν υποστεί ανοσοκαταστολή. Αν και η ενέσιμη μορφή του acyclovir μπορεί να βοηθά στη θεραπεία των περισσότερων αρχικών ή υποτροπιάζουσών επεισοδίων, η ανάγκη εισαγωγής σε νοσοκομείο για την ενδοφλέβια χορήγηση του φαρμάκου και η βραχεία διάρκεια των υποτροπιάζουσών προσβολών καθιστά μη πρακτική τη χρήση αυτού του είδους θεραπείας, εκτός από πολύ σοβαρές περιπτώσεις.

ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗ ΒΡΑΧΥΠΝΟΗ ΚΑΙ ΤΗ ΜΑΚΡΟΠΝΟΗ ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ ACYCLOVIR (ΖΟVIRAX) ΑΠΟ ΤΟ ΣΤΟΜΑ

- Γαστρεντερικά:
- Βραχύπνοη χορήγηση
- Ναυτία / έμετος (2,7%), διάρροια (0,3%).
- Μακρόπνοη χορήγηση
- Ναυτία / έμετος (8%), διάρροια(8,8%).
- Κεντρικού νευρικού συστήματος:
- Βραχύπνοη χορήγηση
- Πονοκέφαλος (0,6%), κούραση (0,3%), ζαλάδα.
- Μακρόπνοη χορήγηση
- Πονοκέφαλος (13,1%), ίλιγγος (3,6%), αϋπνία, κούραση, ερεθιστικότητα, κατάθλιψη(λιγότερο από 3%).
- Δερματολογικά:
- Βραχύπνοη χορήγηση
- Εξάνθημα του δέρματος (0,3%).
- Μακρόπνοη χορήγηση
- Εξάνθημα του δέρματος, ακμή, επιτάχυνση πτώσης των μαλλιών (λιγότερο από 3%).
- Διάφορα:

- Βραχύπνοη χορήγηση
- Απώλεια όρεξης, οίδημα, πόνος στα πόδια, γεύση πικρή, πονόλαιμος (0,3%).
- Μακρόπνοη χορήγηση
- Πόνος στις αρθρώσεις (3,6%), πυρετός, αίσθημα καρδιακών παλμών, πονόλαιμος, κράμπες μυών, ανωμαλίες καταμηνίων (λιγότερο από 3%).

Η idoxuridine, το πρώτο φάρμακο που χρησιμοποιήθηκε αποτελεσματικά για τη θεραπεία της ερπητικής κερατίτιδας (οφθαλμικός έρπης), ερευνήθηκε για πιθανή χρήση κατά του γεννητικού έρπητος. Όταν η idoxuridine χρησιμοποιήθηκε μόνη της, παρουσίασε μικρό ή καθόλου ικανοποιητικό αποτέλεσμα σε βλάβες του γεννητικού έρπητος. Εντούτοις, όταν διαλύθηκε στο διαλυτικό dimethylsulfoxide, η idoxuridine ήταν αποτελεσματικότερη από το placebo, θεραπεύοντας βλάβες περισσότερο γρήγορα, ενώ παράλληλα μείωνε τη διάρκεια της αποβολής του ιού. Όπως συμβαίνει και με άλλα φάρμακα, το dimethylsulfoxide αυξάνει εμφανώς την απορρόφηση της idoxuridine, καθιστώντας την περισσότερο αποτελεσματική. Δυστυχώς, λόγω της δυνατότητας της idoxuridine να μεταλλάσσει κύτταρα και να βλάπτει τις νευρικές ίνες, η αυξημένη απορρόφηση που επιτυγχάνεται με το dimethylsulfoxide μπορεί να μην είναι τόσο επιθυμητή.

Η trifluridine (Viroptic), παρουσιάζει αξιόλογα πλεονεκτήματα για την αρχική θεραπεία του οφθαλμικού έρπητος, προκαλώντας μια συχνότητα θεραπείας μεγαλύτερη από 95%. Επίσης, με τη χρήση της Viroptic υπάρχει μικρή μόνο πιθανότητα να προκληθούν τοξικές παρενέργειες.

Η vidarabine (Vira-A), έχει επίσης αποδειχθεί χρήσιμη στη θεραπεία του οφθαλμικού έρπητος. Η Vira-A χρησιμοποιείται ακόμη στη θεραπεία ερπητικής εγκεφαλίτιδας και νεογνικού έρπητος. Παρεμποδίζει τη σύνθεση DNA στα κύτταρα που έχουν μολυνθεί με τον ιό του έρπητος κατά τον ίδιο ακριβώς τρόπο όπως το acyclovir. Η vidarabine απορροφάται πολύ λίγο από το δέρμα και έτσι δεν είναι αποτελεσματική για εξωτερική εφαρμογή στις ερπητικές βλάβες. Χρησιμοποιείται ως ένα εναλλακτικό φάρμακο αντί της ενδοφλέβιας χρήσης του acyclovir, σε σοβαρές ερπητικές μολύνσεις.

Οι ιντερφερόνες, που ανακαλύφθηκαν το 1957, έχουν γίνει πλατιά αποδεκτές από το κοινό, για το δυναμικό τους ρόλο στη θεραπεία του καρκίνου. Επιπλέον, παρέχουν

υποσχέσεις ως αντι-ικά φάρμακα. Οι ιντερφερόνες, φαίνεται ότι έχουν μια έμμεση αντι-ική δράση αυξάνοντας την παραγωγή ενζύμων, τα οποία παρεμποδίζουν την αναπαραγωγή του ιού. Μπορούν, επίσης, να παρουσιάσουν αντι-ική δράση διεγείροντας το ανοσοποιητικό σύστημα, το οποίο αναχαιτίζει τον ιό του έρπητος. Η κλινική πείρα από τη χρήση της ιντερφερόνης ως αντι-ικού φαρμάκου είναι περιορισμένη. Προς το παρόν, ερευνάται η πιθανή χρήση της για τη θεραπεία μολύνσεων από τον πρωτοπαθή και υποτροπιάζοντα γεννητικό έρπητα, τον ιό ανεμοβλογιάς-ζωστήρος, τον έρπητα ζωστήρα και τον κυτταρομεγαλοϊό. Επίσης, μια νέα προσέγγιση της θεραπείας του έρπητος, που συνδυάζει ιντερφερόνες με acyclovir, άρχισε να ερευνάται.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΝΕΟΓΝΙΚΟΥ ΕΡΠΗΤΟΣ

Η vidarabine (Vira-A), έχει χρησιμοποιηθεί με κάποια επιτυχία στη θεραπεία του νεογνικού έρπητος. Σε μια μελέτη, όπου η αναλογία θανάτων στα βρέφη που γεννήθηκαν με μόλυνση από τον ιό του απλού έρπητος ήταν επτά στα δέκα, η vidarabine μείωσε την αναλογία αυτή στους τέσσερις θανάτους. Σύγχρονες μελέτες γίνονται για τη σύγκριση του acyclovir και της vidarabine στη θεραπεία του νεογνικού έρπητος.

ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΕΡΠΗΤΟΣ

Η βασική υποστηρικτική θεραπεία του γεννητικού έρπητος, επιπρόσθετα με τη χρήση ενός αντι-ικού φαρμάκου, είναι η ακόλουθη:

- Σωστά μέτρα υγιεινής.
- Αρκετή ανάπαυση.
- Συχνά μπάνια.
- Αναλγητική / αντιφλεγμονώδης θεραπεία.
- Τοπική αναισθητική θεραπεία.

Στα σωστά μέτρα υγιεινής περιλαμβάνεται η διατήρηση των ερπητικών βλαβών όσο το δυνατόν στεγνών, ώστε να επιτευχθεί η δημιουργία κρούστας και η ταχύτερη θεραπεία των βλαβών. Το πρώτο βήμα είναι το πλύσιμο της προσβλημένης περιοχής με ζεστή σαπουνάδα, το καλό ξέπλυμα της και το προσεκτικό στέγνωμα, ώστε να αποφευχθεί το στέγνωμα μη προσβλημένων περιοχών με την ίδια πετσέτα. Η

ronidone-iodine (Betadine), βοηθά την ανακούφιση από ανυπόφορα συμπτώματα και προστατεύει τις βλάβες από τη μόλυνση με μικρόβια. Αποξηραντικές ουσίες (στυπτικά), μπορεί να ανακουφίσουν κάπως τον πόνο. Ο ζεστός αέρας μ' ένα πιστολάκι μαλλιών μπορεί να βοηθήσει στο να διατηρηθούν οι πληγές στεγνές και να μετριασθεί η ενόχληση.

Συνιστάται αρκετή ανάπαυση κατά τη διάρκεια της μόλυνσης από γεννητικό έρπητα. Αυτοί που υποφέρουν από γεννητικό έρπητα μπορεί να αισθάνονται ένα αόριστο αίσθημα στενοχώριας, από το οποίο μπορούν, μερικώς τουλάχιστον, να ανακουφισθούν με αρκετή ανάπαυση. Επειδή, οι βλάβες του γεννητικού έρπητος απαιτούν προσοχή, ο ασθενής θα πρέπει να παραμένει στο σπίτι και να μην πηγαίνει στο σχολείο ή στη δουλειά του κατά τη διάρκεια σοβαρών προσβολών.

Ο πόνος και ο πυρετός είναι συνηθισμένα συμπτώματα του γεννητικού έρπητος. Τα συμπτώματα αυτά μπορούν συχνά να ανακουφισθούν με τη λήψη ασπιρίνης ή άλλων αναλγητικών.

Συμπτώματα, όπως η επώδυνη ούρηση μπορούν να μειωθούν με θερμά μπάνια ή καταιονισμό της γεννητικής περιοχής. Επειδή, ο ιός του απλού έρπητος μπορεί να παραμείνει ζωντανός στο νερό της βρύσης μέχρι 4,5 ώρες, το κατάβρεγμα με χλιαρό νερό βρύσης μπορεί να μεταφέρει τη μόλυνση σε μη μολυσμένες περιοχές του σώματος και ως εκ τούτου δε συνιστάται.

Τοπικά αναισθητικά – όπως η lidocaine ή η benzocaine – μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε περιπτώσεις σοβαρού κνησμού. Τα φάρμακα αυτά μπορούν να τοποθετηθούν άμεσα στη βλάβη, θα πρέπει όμως να χρησιμοποιούνται με προσοχή, γιατί είναι δυνατόν να προκαλέσουν φλεγμονή ή αντίδραση υπερευαισθησίας σε μερικά άτομα.

Η αλοιφή Xylocaine και άλλα τοπικά επιφανειακά αναισθητικά μπορούν να χρησιμοποιηθούν, γιατί έχουν αρκετή συγκέντρωση αναισθητικού και δεν περιέχουν μενθόλη, που πιθανόν να προκαλεί ερεθισμό. Ακόμη, τα προϊόντα αυτά περιέχουν οινόπνευμα ή νερό, που είναι λιγότερο πιθανό να διατηρούν τις βλάβες υγρές και να επιβραδύνουν τη θεραπεία.

ΦΑΡΜΑΚΑ ΠΟΥ ΜΠΟΡΟΥΝ ΝΑ ΠΡΟΛΑΒΟΥΝ ΤΟΝ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΕΡΠΗΤΑ

Οι κλινικοί ερευνητές προσπαθούν να παρασκευάσουν ένα εμβόλιο που θα μπορούσε να προλάβει τη μόλυνση από το γεννητικό έρπητα. Ένα εμβόλιο μπορεί να παρακινήσει το σώμα για την παραγωγή αντισωμάτων, τα οποία θα παρεμπόδιζαν τον ιό του απλού έρπητος να φθάσει στα νευρικά κύτταρα. Αν παρασκευασθεί ένα τέτοιο εμβόλιο, θα μπορούσε να προστατεύσει τα άτομα αυτά που ποτέ δεν είχαν τη νόσο. Ακόμη, μερικά εμβόλια θα μπορούσε να έχουν την ικανότητα να βοηθούν τα άτομα που ήδη έχουν τη νόσο, μειώνοντας τη σοβαρότητα υποτροπιαζουσών προσβολών.

ΕΜΠΕΙΡΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

Το γεγονός ότι ο έρπης προσβάλλει 20 περίπου εκατομμύρια άτομα στις Η.Π.Α., οδηγεί στην πώληση παραπλανητικών φαρμάκων. Η έλλειψη θεραπείας της νόσου προκαλεί σε πολλά άτομα ένα αίσθημα απελπισίας, που τα κάνει εύκολα θύματα σε πλανόδιους κομπογιαννίτες, που προσφέρουν δήθεν θαύματα. Όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, τα συμπτώματα των υποτροπιαζουσών μολύνσεων του έρπητος παρέρχονται έξι περίπου μέρες μετά την πρώτη τους εμφάνιση. Ένα άτομο που δεν είναι πληροφορημένο σχετικά με τη νόσο, θα αποδώσει την εξαφάνιση του έρπητος στη χρήση των εμφανιζόμενων ως θεραπευτικών φαρμάκων και όχι στο ότι η εξαφάνιση των συμπτωμάτων ήταν το αποτέλεσμα μιας φυσικής διαδρομής της νόσου.

Ένας αριθμός από προϊόντα, που οι κατασκευαστές τους ισχυρίζονται ότι είναι αποτελεσματικά έχουν εμφανισθεί στην αγορά. Διαφημίζονται κυρίως στον ημερήσιο Τύπο και στα περιοδικά και αποσκοπούν στον εντυπωσιασμό του κοινού μάλλον, παρά στη θεραπεία της νόσου. Στα αμφισβητούμενα αυτά προϊόντα περιλαμβάνονται:

- LSO-1 – αλοιφή.
- Herpitem.
- Δισκία λυσίνης – αμινοξύ.
- Βιταμίνη C – ασκορβικό οξύ.

2.5.12.ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΕΡΠΗΤΑ

Η διάγνωση μπορεί να γίνει από την κλινική επισκόπηση των κλινικών σημείων της νόσου που θα κάνει ο γιατρός.

Επίσης, η λήψη δειγμάτων από τις δερματικές βλάβες μπορεί να βοηθήσει τη διάγνωση. Είναι δυνατόν στο υλικό αυτό να αναγνωρισθούν κύτταρα που μολύνθηκαν. Επίσης, μπορεί να βρεθούν και αντιγόνα από τον ιό. Οι εξετάσεις αίματος μπορούν να δείξουν την ύπαρξη αντισωμάτων που δημιουργήθηκαν εναντίον του ιού HSV2 ή HSV1 (Herpes Simplex Virus τύποι 1 και 2).

2.5.13.ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ ΓΙΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΕΡΠΗΤΑ

- Με την πρώτη εμφάνιση μιας γεννητικής βλάβης δείτε ένα γιατρό.
- Αποφύγετε τη σεξουαλική επαφή (συμπεριλαμβανομένων των φιλιών), κατά τη διάρκεια περιόδου που οι βλάβες είναι εμφανείς, ιδιαίτερα κατά το στάδιο των φυσαλίδων, όπου η μόλυνση μεταδίδεται ευκολότερα.
- Διατηρείτε την περιοχή των γεννητικών οργάνων καθαρή.
- Όταν τοποθετείτε αλοιφή acyclovir ή οποιοδήποτε άλλο φάρμακο, το δάκτυλο θα πρέπει να είναι σκεπασμένο με ελαστικό κάλυμμα ή γάντι, για την πρόληψη μόλυνσης σε άλλα μέρη του σώματος.
- Στο χρονικό διάστημα κατά το οποίο οι βλάβες είναι εμφανείς, θα πρέπει να φοράτε εσώρουχα 100% βαμβακερά, τα οποία θα εφαρμόζουν χαλαρά. Οι γυναίκες θα πρέπει να αποφεύγουν εσώρουχα από νάιλον.
- Σε ετεροφυλοφιλικά και ομοφυλοφιλικά ζευγάρια, όπου ο ένας ή και οι δύο ερωτικοί σύντροφοι είχαν μόλυνση με γεννητικό έρπητα, θα πρέπει να γίνεται χρήση προφυλακτικών μεθόδων, όπως τα προφυλακτικά ή τα σπερμοκτόνα (που περιέχουν nonoxonyl-9), για να μειωθεί ο κίνδυνος μετάδοσης κατά τη διάρκεια μιας αναζωπύρωσης του γεννητικού έρπητος.
- Αν έχουν εμφανισθεί βλάβες στον τράχηλο της μήτρας, η γυναίκα θα πρέπει να χρησιμοποιήσει ένα διάφραγμα, έστω κι αν δεν εμφανισθούν βλάβες στα εξωτερικά γεννητικά όργανα. Ο αντισυλληπτικός σπόγγος, που είναι εμβαπτισμένος με σπερμοκτόνο (nonoxonyl-9), μπορεί να βοηθήσει ως φυσικό και χημικό μέσο κατά των βλαβών του τραχήλου.
- Επιστρώσατε σπερμοκτόνο στα εξωτερικά γεννητικά όργανα. Αυτό μπορεί να μην εξασφαλίσει την απαλλαγή από τη μόλυνση, αλλά θεωρητικά μπορεί να προσθέσει κάποια προστασία.

- Σεξουαλικά δραστήριες γυναίκες κατά τη διάρκεια της γονιμότητας, που είχαν μολύνσεις από γεννητικό έρπητα, θα πρέπει να κάνουν ένα τεστ Παπανικολάου κάθε έξι μήνες για να αυξηθούν οι πιθανότητες πρόωμης ανίχνευσης καρκίνου του τραχήλου.
- Αποφεύγετε να φοράτε υγρά ρούχα (όπως στο μπάνιο), για μεγάλες χρονικές περιόδους, γιατί αυτό θα βοηθήσει την επέκταση των βλαβών.

2.6. ΚΥΤΤΑΡΟΜΕΓΑΛΟΪΟΣ

2.6.1.ΟΡΙΣΜΟΣ

Ο μεγαλοκυτταροϊός είναι λοιμογόνος για τους ανθρώπους σε όλες τις ηλικίες αρχίζοντας από την κύηση. Ενώ στην αρχή ονομαζόταν ιός των σιαλογόνων αδένων, μετά από την ανακάλυψη, ότι προκαλεί υποκλινική λοίμωξη των σιαλογόνων αδένων και θανατηφόρα διάσπαρτη νόσο στα νεογέννητα, δείχθηκε στη συνέχεια ότι προκαλεί ευρύ φάσμα νόσων, που περιλαμβάνουν βαριές συγγενείς κακομορφίες, σύνδρομο μονοπυρηνώσεων σε εφήβους και νεαρούς ενήλικους και θανατηφόρα διάσπαρτη λοίμωξη σε ανοσοκατασταλμένους ασθενείς. Το όνομα αναφέρεται στη χαρακτηριστική διόγκωση των μολυσμένων κυττάρων.

2.6.2.ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Ο ιός CMV είναι μέλος της οικογένειας herpesvirus, των ιών δίκλωνου DNA, η οποία περιλαμβάνει τους μονοκατευθυντικούς ιούς έρπη και τους ιούς που προκαλούν τη φλυκταινώδη νόσο κοτόπουλου (varicella-zoster ιός) και μολυσματικό mononucleosis (ιός Epstein- Barr). Παράγει μεγάλα ενδοπυρηνικά (9 έως 15 nm) και μικρότερα πρωτοπλασματικά (2 έως 4 nm) έγκλειστα στα μολυσμένα κύτταρα που φθάνουν σε διάμετρο 25 έως 40 nm. Το ενδοπυρηνικό έγκλειστο βρίσκεται τυπικά στο κέντρο και περιβάλλεται από διαφανή άλω, δίνοντας τη χαρακτηριστική εμφάνιση <<ματιού κουκουβάγιας>>. Τα κύτταρα που φέρουν έγκλειστά είναι συνήθως μεγαλύτερα και διακρίνονται εύκολα από τα κύτταρα που έχουν ζωστήρα. Αν και η ανάπτυξη in vitro λαμβάνει χώρα σε κύτταρα ανθρώπινων ινοβλαστών, η λοίμωξη in vivo μπορεί να προσβάλει σχεδόν οποιοδήποτε κυτταρικό τύπο. Ο CMV έχει δειχθεί,

ότι μεταμορφώνει κύτταρα χάμστερ in vitro και μπορεί να έχει ογκογόνες δυνατότητες όπως και οι άλλοι ερπητοϊοί.

2.6.3.ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Οι λοιμώξεις από CMV, οι περισσότερες από τις οποίες είναι υποκλινικές, είναι συχνές σε όλον τον κόσμο. Η συχνότητα της CMV λοίμωξης σε ένα δεδομένο πληθυσμό συσχετίζεται άμεσα με το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, με συνθήκες συνωστισμού και με κακή υγιεινή. Παρόλο που λίγα είναι γνωστά για την μετάδοση του ιού μεταξύ ατόμων, ο κίνδυνος απόκτησης CMV λοίμωξης είναι εν μέρει κατανοητός για ορισμένες ομάδες ηλικιών. Η λοίμωξη μπορεί να μεταδοθεί στο νεογέννητο κατά την διόδό του μέσα από τον γεννητικό σωλήνα, όπου οι εκκρίσεις τραχήλου και κόλπου μπορεί να περιέχουν μολυσματικό ιό. Ο CMV μπορεί επίσης να μεταδοθεί στο νεογέννητο με το μητρικό γάλα κατά τον θηλασμό. Ως εκ τούτου, η αποβολή του CMV στα ούρα ή την σίελο είναι συχνή σε υγιή μικρά παιδιά, ιδιαίτερα σε παιδικούς σταθμούς. Είναι πιθανόν η ευρέως διαδεδομένη λοίμωξη ανάμεσα σε ασυμπτωματικά παιδιά να παίζει σημαντικό ρόλο στην εξάπλωση του ιού σε άλλα παιδιά και ενήλικες. Παρόλο που ο κίνδυνος λοίμωξης μετά από δεδομένη επαφή με ασυμπτωματικό άτομο που αποβάλλει τον ιό φαίνεται να είναι πολύ χαμηλός, ο ιός βρίσκεται σε τέτοια έκταση παντού, ώστε αναμφίβολα παρουσιάζονται επανειλημμένες ευκαιρίες έκθεσης. Υπάρχουν ενδείξεις ότι σε έφηβους και ενήλικες μολυσματικός ιός που υπάρχει στις κολπικές εκκρίσεις, το σπέρμα και την σίελο μπορεί επίσης να μεταδοθεί με την σεξουαλική δραστηριότητα. Τελικά είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι σε οποιαδήποτε ομάδα ηλικιών ο ιός μπορεί να μεταφερθεί από το δότη στο λήπτη με τις μεταγγίσεις αίματος και την μεταμόσχευση οργάνων (νεφρού, καρδιάς, πνευμόνων και ήπατος).

2.6.4. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Αναγνωρίζονται 4 διαφορετικοί τύποι αλληλεπίδρασης μεταξύ ιού και ξενιστή:

α) Πρωτογενής λοίμωξη κατά την οποία ο ιός εγκαθίσταται αρχικά στον ξενιστή. Η μεγάλη πλειοψηφία των λοιμώξεων αυτών είναι ασυμπτωματικές για τα φυσιολογικά άτομα παρόλο που η διαπλακουντιακή μετάδοση του ιού κατά τη διάρκεια της κύησης μπορεί να προκαλέσει στο έμβρυο τη νόσο των μεγαλοκυτταρικών εγκλείστων. Η πιο

συχνή κλινική εκδήλωση της λοίμωξης σε προηγουμένως υγιείς ενήλικες είναι η λοιμώδης μονοπυρήνωση.

β) Χρόνια επιμένουσα λοίμωξη: παρατηρείται ασυμπτωματική αποβολή του ιού από διάφορες εστίες (ούρα, σπέρμα, εκκρίσεις τραχήλου και κόλπου) για μήνες ή χρόνια παρά την ύπαρξη ειδικής ανοσολογικής αντίδρασης εκ μέρους του ξενιστή.

γ) Λανθάνουσα λοίμωξη ή παραμονή του CMV σε κύτταρα ή ιστούς του ξενιστή σε μη αναδιπλασιαζόμενη μορφή.

δ) Επανεργοποίηση ή υποτροπιάζουσα λοίμωξη κατά την οποία ο CMV επανεμφανίζεται σε αναδιπλασιαζόμενη μορφή.

2.6.5. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Πάνω από 90% των λοιμώξεων πρωτογενών ή επιμενουσών είναι ασυμπτωματικές. Σποραδικά η CMV παρουσιάζεται σαν μια συνδρομή Λοιμώδους Μονοπυρήνωσης με λευκοκυττάρωση, διαταραγμένες δοκιμασίες λειτουργίας ήπατος, πυρετό. Η μετρίου βαθμού φαρυγγίτιδα, μικρή λεμφαδενοπάθεια και απουσία ηπατοσπληνομεγαλίας και ο ίκτερος βοηθούν στην διαφοροδιάγνωση της λοίμωξης από CMV από το σύνδρομο της Λοιμώδους Μονοπυρήνωσης.

Συγγενής λοίμωξη από CMV Περίπου το 10% των νεογέννητων με συγγενή λοίμωξη έχουν μόνιμα κατάλοιπα. Αν και μερικά αναπτύσσουν ήπιο ίκτερο, αναπνευστική δυσχέρεια και αδυναμία ανάπτυξης, αλλά εμφανίζουν το πλήρες σύνδρομο της νόσου μεγαλοκυτταρικών εγκλείστων που περιλαμβάνει ηπατοσπληνομεγαλία με ηπατίτιδα και κίρρωση, πορφύρα, κηλιδοβλατιδώδη εξανθήματα, εγκεφαλίτιδα, μικροκεφαλία με μικρές έλικες, καθυστέρηση της αυξήσεως, χοριοαμφιβληστροειδίτιδα, πνευμονία, αιμολυτική αναιμία και κατάγματα των μακρών οστών. Η διαφορική διάγνωση αυτού του συνδρόμου περιλαμβάνει τη συγγενή σύφιλη, την ερυθρά, τη λοίμωξη από εντεροϊό, την τοξοπλάσμωση, τη βακτηριακή σήψη και την νεογνική λοίμωξη από ιό απλού έρπητα. Μεταξύ των βρεφών με ήπια ή φαινομενικά ασυμπτωματική λοίμωξη σημαντικό ποσοστό αναπτύσσουν όψιμη αισθητικονευρική απώλεια της ακοής, ενώ μερικά εμφανίζουν και κάποιο βαθμό διανοητικής καθυστέρησης.

Περγεννητική ή μεταγεννητική λοίμωξη από CMV Τα βρέφη που μολύνονται κατά το χρόνο του τοκετού ή λίγο αργότερα μπορεί να αποβάλλουν ιό επί μήνες ή έτη, αλλά δεν εμφανίζουν μόνιμη βλάβη παρόμοια μ' εκείνη που παρατηρείται μετά από συγγενή

λοιμώξη. Μερικά βρέφη έχουν ήπια νόσο που περιλαμβάνει βραδεία πρόσκτηση βάρους, αδενοπάθεια, εξάνθημα, ηπατίτιδα, αναιμία και άτυπη λεμφοκυττάρωση. Η πνευμονική νόσος, που περιλαμβάνει φαρυγγίτιδα, βρογχίτιδα και μεσοθωρακική πνευμονία, έχει επίσης αποδοθεί σε λοίμωξη από CMV αλλά η ταυτόχρονη λοίμωξη από Chlamydia trachomatis ή P. Carinii σε μερικά από αυτά τα βρέφη, κάνει λιγότερο σαφή το ρόλο του CMV.

Λοίμωξη φυσιολογικών παιδιών και ενηλίκων Μύρια συμπτώματα και σημεία έχουν αποδοθεί σε πρωτοπαθή λοίμωξη από CMV. Το συνηθέστερο είναι η άτυπη μονοπυρήνωση. Η σχετιζόμενη με μεταγίσεις μονοπυρήνωση από CMV περιγράφηκε για πρώτη φορά σε ασθενείς μετά από εγχειρήσεις ανοιχτής καρδιάς και ορίστηκε ως σύνδρομο μεταδιαχύσεως. Σήμερα είναι φανερό, ότι άλλες οδοί λοιμώξεως προκαλούν το ίδιο σύνδρομο. Η περίοδος επώσεως μετά από έκθεση σε μολυσμένο αίμα είναι 30 έως 60 ημέρες και η νόσος διαρκεί γενικά 3 έως 6 εβδομάδες. Οι κύριες εκδηλώσεις είναι πυρετός και σχετική και απόλυτη λεμφοκυττάρωση με άτυπα λεμφοκύτταρα Μη ειδικές (ετερόφιλες) και ειδικές διαδικασίες για λοίμωξη από ιό Epstein-Barr (EBV) είναι αρνητικές. Ο ασθενής μπορεί να παραπονείται για κακουχία, μυαλγίες και πονόλαιμο. Ωστόσο η εξιδρωματική φαρυγγίτιδα και η αμυγδαλίτιδα είναι γενικότερα ήπιες ή απουσιάζουν και η λεμφαδενοπάθεια και η ηπατική βλάβη είναι μικρότερες από εκείνες που παρατηρούνται στη λοιμώδη μονοπυρήνωση που σχετίζεται με τον EBV. Ερυθροειδή εξανθήματα εμφανίζονται με και χωρίς έκθεση σε αμπικιλίνη. Άλλες εκδηλώσεις περιλαμβάνουν διάμεση πνευμονία, σπληνομεγαλία, μυοκαρδίτιδα, πολυνευρίτιδα (σύνδρομο Guillain- Barre), αιμολυτική αναιμία και θρομβοκυτοπενική πορφύρα. Ακόμη σπανιότερα υπήρξαν η εγκεφαλίτιδα, ο ίκτερος, η κοκκιοματώδης ηπατίτιδα και η γνήσια αρθρίτιδα με συλλογή υγρού. Η αιματολογική κατανομή είναι ταυτόσημη με της λοιμώδους μονοπυρήνωσης και παρατηρούνται και στις δύο λοιμώξεις παροδικές ανοσολογικές ανωμαλίες όπως η παραγωγή ρευματοειδούς παράγοντα, κρυσφαιρίνων, αντιπυρηνικών αντισωμάτων και αντισυγκολλητινών. Αν και οι περισσότεροι ασθενείς αναρρώνουν χωρίς κατάλοιπα, μερικοί εμφανίζουν πυρετούς και κακουχία μέχρι και 1 έτος μετά από την έναρξη της λοιμώξεως.

Η διαφορική διάγνωση ποικίλει λόγω της πληθώρας των κλινικών και εργαστηριακών εκδηλώσεων των λοιμώξεων από CMV. Η κύρια διάκριση γίνεται από τη λοιμώδη μονοπυρήνωση που οφείλεται στον EBV. Άλλες νόσοι, που πρέπει να

ληφθούν υπόψη, περιλαμβάνουν την επίκτητη τοξοπλάσμωση, την ιογενή ηπατίτιδα, τις λοιμώξεις από άλλους ιούς ή μυκόπλασμα και την αυτοάνοση αιμολυτική αναιμία ή θρομβοπενία. Οι αιμοποιητικές κακοήθειες μπορεί επίσης να είναι αρχικό ενδεχόμενο. Αυτά τα κλινικά σύνδρομα μπορεί να εμφανισθούν σε απουσία άτυπης λεμφοκυτταρώσεως και η άτυπη λεμφοκυττάρωση είναι γενικά λιγότερο συχνή στα παιδιά παρά στους ενήλικους. Σπάνιες περιπτώσεις ελκώδους εντεροπάθειας και χοριοαμφιβληστροειδίτιδας έχουν επίσης περιγραφεί σε ασθενείς που δεν ήταν φανερά ανοσοκατασταλμένοι.

Λοίμωξη από CMV στον ελαττωματικό ξενιστή Η λοίμωξη από CMV εμφανίζεται σε ασθενείς με λευχαιμία ή λέμφωμα, συμπαγείς όγκους, υπογαμμασφαιριναιμία και χρόνια αναιμία ή νεφρική ανεπάρκεια καθώς και μετά από ανοσοκατασταλτική ή κυτταροτοξική θεραπεία για άλλες νόσους ή μεταμόσχευση οργάνων. Η λοίμωξη υπήρξε συνηθέστερη και βαρύτερη στους ασθενείς που πήραν αλλομοσχεύματα οργάνων. Τα κλινικά σύνδρομα είναι παρόμοια με εκείνα των φυσιολογικών ατόμων και πιστεύεται γενικά, ότι είναι βαρύτερα μετά από πρωτοπαθή λοίμωξη παρά μετά από αναμόλυνση ή αναδρανοποίηση του ιού. Ένα σύνδρομο, που συνίσταται ποικιλοτρόπως σε πυρετό και κακουχία, ηπατίτιδα με ή χωρίς ηπατομεγαλία, κοιλιακά συμπτώματα που περιλαμβάνουν ναυτία και κράμπες, αρθραλγία ή αρθρίτιδα, λευκοπενία και λεμφοκυττάρωση, είναι συνηθέστερο και διαρκεί συνήθως επί μερικές εβδομάδες. Η γαστρεντερική νόσος με εστιακές ή διάχυτες εξελκώσεις σε οποιοδήποτε τμήμα της ΓΕ οδού εμφανίζεται με ή χωρίς άλλα συμπτώματα. Αμφιβληστροειδίτιδα από CMV μπορεί να εμφανισθεί στον ένα και στους δύο οφθαλμούς και έχει παρατηρηθεί συχνότερα μετά από μεταμόσχευση νεφρού ή καρδιάς. Η αμφιβληστροειδίτιδα έχει χαρακτηριστική εμφάνιση που αρχίζει με λευκή κοκκώδη επιφάνεια νεκρώσεως που εξαπλώνεται φυγόκεντρα με ελυτροποίηση των αγγείων και επακόλουθη αιμορραγία. Η διαφορική διάγνωση περιλαμβάνει λοιμώξεις από ιό απλού έρπητα, ιό ανεμοβλογιάς-ζωστήρα και λοιμώξεις από τοξόπλασμα του αμφιβληστροειδούς καθώς και διάσπαρτη μονιλίαση ή κρυπτοκόκκωση. Η διάγνωση μπορεί να συγχυθεί από την εμφάνιση CMV και αμφιβληστροειδίτιδας από τοξόπλασμα στο ίδιο άτομο.

Πνευμονία από CMV μπορεί να εμφανισθεί σε οποιοδήποτε ανοσοκατεσταλμένου ασθενή, αν και υπήρξε περισσότερο έκδηλη μετά από μεταμόσχευση αλλογενούς μυελού για λευχαιμία, με εμφάνιση σχεδόν στα 20% τέτοιων ασθενών. Η

ακτινογραφική εικόνα είναι συνήθως εικόνα διάχυτου διμίας, με εμφάνιση σχεδόν στα 20% τέτοιων ασθενών. Η ακτινογραφική εικόνα είναι συνήθως εικόνα διάχυτου διηθήματος του διάμεσου ιστού, αλλά έχει επίσης παρατηρηθεί πνευμονία με διήθηση των κυψελίδων, οζώδεις ή κεγχροειδείς βλάβες και κοιλωματική νόσο. Ο ασθενής έχει πυρετό και μη παραγωγικό βήχα και είναι υποξαιμικός. Αν και είναι παροδική σε μερικούς, αμείλικτη αναπνευστική ανεπάρκεια εμφανίζεται σε πολλούς και το ποσοστό θνησιμότητας είναι υψηλό. Η διαφορική διάγνωση περιλαμβάνει πνευμονία από *P. Carinii*, άλλες ιογενείς πνευμονίες και ευρύ φάσμα άλλων μυκητικών και βακτηριακών παραγόντων καθώς και μη λοιμώδη αίτια, όπως πνευμονική αιμορραγία και τοξικότητα από ακτινοβολία ή φάρμακα. Η πνευμονία από CMV εμφανίζεται ταυτόχρονα με άλλες πνευμονικές λοιμώξεις και συνήθως δεν είναι δυνατή η ειδική διάγνωση χωρίς ανοιχτή βιοψία πνεύμονα. Ειδικότερα, η αποβολή CMV ή αύξηση του τίτλου αντισώματος δεν είναι αρκετή για να τεθεί η διάγνωση, αφού η λοίμωξη από CMV είναι συνήθης σ' αυτούς τους ασθενείς.

Τέλος απαντά διάσπαρτη λοίμωξη από CMV με προσβολή σχεδόν όλων των οργάνων περιλαμβανομένου και του κεντρικού νευρικού συστήματος. Λοίμωξη από CMV έχει επίσης συσχετισθεί με άλλες σοβαρές επιπλοκές όπως προδιάθεση για βακτηριακές, μυκητικές ή λοιμώξεις από *P. Carinii* και αυξημένη συχνότητα απορρίψεως μοσχεύματος μετά από μεταμόσχευση νεφρού.

2.6.6.ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

Επειδή είναι πάντα ασυμπτωματική η διάγνωσή της σπανίως είναι στις υποψίες του γιατρού. Ακόμα και όταν η κλινικώς εμφανής νόσος λαμβάνει χώρα, είναι γενικώς μετρίου βαθμού και η CMV λοίμωξη συνήθως δεν εκτιμάται ως πιθανή αιτία. Αξιόπιστες δοκιμασίες ανίχνευσης IgG αντισωμάτων έναντι του CMV: Έμμεσος ανοσοφθορισμός, οροσυγκολλητικές αντιδράσεις, ανοσοενζυμική μέθοδος (ELISA). Περίπου 40% των ενηλίκων έχουν αντισώματα. Ένα μοναδικό θετικό αποτέλεσμα δεν οδηγεί απαραίτητα στην κατάδειξη πρόσφατης ή τρέχουσας λοίμωξης. Η ανάδειξη της ορομετατροπής είναι η καλύτερη πιστοποίηση της πρωτογενούς λοίμωξης. Αν η λοίμωξη έλαβε χώρα μέσα στους προηγούμενους 4 έως 8 μήνες, ειδικά IgM αντισώματα μπορούν να ανιχνευτούν στον ορό.

2.6.7. ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Δεν υπάρχει κάποια ειδική θεραπεία της CMV λοίμωξης. Στις γυναίκες με συνδρομή όμοια με Λοιμώδη Μονοκυρήνωση η θεραπεία είναι συμπτωματική. Δεν υπάρχει διαθέσιμη ικανοποιητική θεραπεία για την συγγενή CMV λοίμωξη. Έγιναν προσπάθειες να χρησιμοποιήσουν αντιικούς παράγοντες όπως: η αραβινοσίδη (Ara-A) και κιτοσίνη – αραβινοσίδη (Ara-C) για νεογνά με σοβαρή κλινική λοίμωξη αλλά αυτά τα φάρμακα είναι τοξικά.

Λόγω τοξικότητας αυτά τα αντιικά φάρμακα δεν χρησιμοποιούνται στην ασυμπτωματική CMV λοίμωξη.

Η ακυκλοβίρη δεν είναι δραστική έναντι του CMV ο οποίος αντίθετα με το σύμπλεγμα των Ερπητοϊών δεν συνθέτει δική του θυμιδινική κινάση. Γανκυκλοβίρη πρόσφατα δείχθηκε να είναι αποτελεσματική στη θεραπεία της CMV αμφιβληστροειδίτιδας στους HIV – μολυσμένους ασθενείς.

Άλλο φάρμακο, η φוסκαρνέτη αποδείχθηκε επίσης για τη θεραπεία της CMV αμφιβληστροειδίτιδας. Ωστόσο, καμία δημοσιευμένη εμπειρία με αυτά τα φάρμακα στην εγκυμοσύνη ή στα νεογνά είναι διαθέσιμη σήμερα.

Η διαμόρφωση ενός εμβολίου έναντι του CMV προτάθηκε ως ένας τρόπος πρόληψης της συγγενούς CMV λοίμωξης. Αν και ο CMV βρίσκεται στον ξενιστή ακόμα και με την εμφάνιση υψηλών τίτλων ειδικών αντισωμάτων και το υπάρχον μητρικό αντίσωμα δεν προστατεύει ενάντια σε συγγενείς λοιμώξεις, προηγούμενη λοίμωξη μειώνει σημαντικά τον κίνδυνο σοβαρής λοίμωξης του εμβρύου, ιδίως προστατεύει έναντι: θνησιμότητα, πνευματική καθυστέρηση, σημαντικά νευρολογικά προβλήματα. Ένα εμβόλιο με ζωντανό αδρανοποιημένο στέλεχος δοκιμάστηκε σε εθελοντές. Καθαρά με τεχνικές μοριακής βιολογίας ένα συνδυασμένο εμβόλιο μπορεί να επιτευχθεί για τον CMV. Η αξία αυτού του εμβολίου μπορεί να προλάβει όλους τους ενδομήτριους θανάτους και περίπου 90% των σοβαρών νευρολογικών επακόλουθων που σχετίζονται με τον συγγενή CMV δευτερευόντως της πρωτογενούς λοίμωξης η οποία λαμβάνει χώρα κάθε χρόνο στις ΗΠΑ.

Κεφάλαιο 3

3.1.ΧΛΑΜΥΔΙΑ

3.1.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα χλαμύδια είναι ένα πολύ κοινό σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα και ένα από τα πιο σοβαρά.

Μπορεί να μεταδοθεί ύπουλα στις γυναίκες και να προκαλέσει μια επώδυνη, μακράς διάρκειας κατάσταση που λέγεται φλεγμονώδης νόσος της πυέλου, καθώς και στειρότητα (αδυναμία να κάνεις παιδιά). Έγκυες γυναίκες είναι δυνατόν να μολύνουν τα παιδιά τους κατά τον τοκετό, στα μάτια ή τους πνεύμονες.

Μπορείς να μολυνθείς με χλαμύδια από στοματικό, κολπικό ή πρωκτικό σεξ.

3.1.2.ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ

Μια γυναίκα ίσως να μη γνωρίζει ότι έχει μολυνθεί από χλαμύδια μέχρι να κάνει το ειδικό τεστ ή ν' αποφασίσει να κάνει παιδί και να έχει πρόβλημα στην προσπάθεια να μείνει έγκυος. Μπορεί δηλαδή να μην υπάρχουν καθόλου συμπτώματα.

Εάν υπάρχουν συμπτώματα, αυτά εμφανίζονται συνήθως 1-3 εβδομάδες μετά τη σεξουαλική επαφή με μολυσμένο άτομο. Μερικές φορές τα συμπτώματα είναι τόσο ήπια που μπορεί κάποιος να μην τους δώσει σημασία. Οι άνδρες συχνά δεν έχουν συμπτώματα και μεταδίδουν τη λοίμωξη χωρίς να ξέρουν ότι την έχουν. Είναι πολύ σημαντικό να θεραπεύονται τα χλαμύδια άμεσα. Η νόσος μπορεί να προκαλέσει ουλοποίηση των σαλπίνγων στις γυναίκες και προστατίτιδα ή επιδιδυμίτιδα στους άνδρες.

ΤΙ ΝΑ ΠΡΟΣΕΧΟΥΝ ΟΙ ΓΥΝΑΙΚΕΣ

- Καινούριο ή διαφορετικό έκκριμα από τον κόλπο
- «Τσούξιμο» κατά την ούρηση
- Πόνος στην κοιλιά χαμηλά, που μερικές φορές συνοδεύεται από πυρετό και ρίγος
- Πόνος κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής επαφής
- Κολπική αιμορραγία εκτός της περιόδου

- Κολπική αιμορραγία μετά από σεξουαλική επαφή
- Φλεγμονή στον τράχηλο της μήτρας, στις σάλπιγγες, στις ωοθήκες, στην ουροδόχο κύστη, στην ουρήθρα και στην πύελο

ΤΙ ΝΑ ΠΡΟΣΕΧΟΥΝ ΟΙ ΑΝΔΡΕΣ

- Υδαρείς ή γαλακτώδεις σταγόνες από το πέος
- Αίσθημα κνησμού στο εσωτερικό του πέους
- Αίσθημα καύσου κατά την ούρηση
- Πόνος ή πρήξιμο στους όρχεις
- Φλεγμονή στους όρχεις, στην ουρήθρα και στην επιδιδυμίτιδα
- Είναι σημαντικό οι άνδρες να γνωρίζουν, ότι τα χλαμύδια απειλούν τη γονιμότητα όχι μόνο των γυναικών, αλλά και τη δική τους.

3.1.3.ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Μπορεί να γίνει σύγχυση με τη γονόρροια και άλλες καταστάσεις Η μικροσκοπική εξέταση των υγρών ή η εξέταση των ούρων είναι απαραίτητη για τη σωστή διάγνωση.

3.1.4.ΠΩΣ ΘΕΡΑΠΕΥΟΝΤΑΙ ΤΑ ΧΛΑΜΥΔΙΑ

Τα χλαμύδια συχνά θεραπεύονται με μία μόνο δόση αντιβιοτικού χορηγούμενη από το στόμα. Μπορεί ωστόσο να μολυνθείτε ξανά από τον / την σύντροφο σας αν δεν θεραπευτεί κι αυτός / αυτή.

Χρειάζεστε συνταγή γιατρού για το σωστό αντιβιοτικό. Μη δανείτε φάρμακα από τους φίλους σας και μην αγοράζετε φάρμακα από μόνος / μόνη σας. Η λοίμωξη θα πρέπει να υποχωρήσει μέσα σε ένα – δύο εβδομάδες. Όλοι οι σεξουαλικοί σύντροφοι θα πρέπει να λάβουν θεραπεία, παρόλο που μπορεί να μην παρουσιάζουν συμπτώματα, αλλιώς, θα μεταδίδουν τη νόσο ο ένας στον άλλον συνεχώς.

Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΕΙΝΑΙ ΣΗΜΑΝΤΙΚΗ

Ο γιατρός ίσως ρωτήσει το όνομα του / της συντρόφου σας ή σας ζητήσει να τον / την ενημερώσετε εσείς για να ελεγχθεί το νόσημα. Σιγουρευτείτε ότι παίρνετε το φάρμακο σας μέχρι το τέλος της θεραπείας. Ρωτήστε το γιατρό ή τη νοσοκόμα πόσο σύντομα μετά τη θεραπεία μπορείτε να έχετε σεξουαλική επαφή.

Αν είστε κορίτσι και δεν θεραπευτείτε, είναι δυνατόν να συμβούν :

- ✓ Πόνος στην κοιλιά που δεν υποχωρεί.
- ✓ Η λοίμωξη μπορεί να εξαπλωθεί σε όλα τα γεννητικά όργανα και να προκαλέσει φλεγμονώδη νόσο της πυέλου.
- ✓ Να έχετε, αργότερα στη ζωή σας, πρόβλημα στην προσπάθεια να μείνετε έγκυος ή και κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Τα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα της λοίμωξης από χλαμύδια στους άνδρες δεν είναι απόλυτα ξεκαθαρισμένα

Η μόλυνση με χλαμύδια είναι επικίνδυνη, διότι σε μεγάλο αριθμό ασθενών δεν προκαλεί συμπτώματα. Σε 50 % των ανδρών και 90 % των γυναικών, η μόλυνση με χλαμύδια δεν προκαλεί συμπτώματα. Το πρόβλημα καθίσταται πολύ σοβαρό, διότι εκτός του ότι η μόλυνση με χλαμύδια δεν προκαλεί σε μεγάλο αριθμό περιπτώσεων συμπτώματα, κατά τα τελευταία χρόνια, παρουσιάζει μια ανησυχητική αύξηση. Σύμφωνα με στατιστικά στοιχεία, η αύξηση αυτή κυμαίνεται από 10 % έως 30 %.

Τα ζευγάρια που έχουν πρόβλημα στειρότητας πρέπει να ελέγχονται για μόλυνση με χλαμύδια. Περίπου 1 ζευγάρι στα 6 παρουσιάζει πρόβλημα τεκνοποίησης και στο 50 % των περιπτώσεων, αυτό οφείλεται σε προβλήματα του άνδρα. Αναλύσεις αίματος μπορούν να δείξουν εάν υπάρχει μόλυνση και ανάλογα να δοθεί αντιβίωση.

3.2.ΓΟΝΟΡΡΟΙΑ Ή ΒΛΕΝΝΟΡΡΟΙΑ Ή ΓΟΝΟΚΟΚΚΙΚΗ ΟΥΡΗΘΡΙΤΙΣ

3.2.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σε πείσμα της πλατιάς και συχνά εντυπωσιακής ενημέρωσης από τον Τύπο για τον έρπητα των γεννητικών οργάνων και για το σύνδρομο της επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας (AIDS), η γονόρροια παραμένει ακόμη διαδομένη και είναι μια από τις σοβαρότερες σεξουαλικά μεταδιδόμενες νόσους(Σ.Μ.Ν.). Η γονόρροια, είναι μια μολυσματική νόσος που μπορεί να προκαλέσει σοβαρά συμπτώματα και σε μερικές περιπτώσεις, αν δε θεραπευθεί κατάλληλα, σοβαρές επιπλοκές.

Ίσως να το έχετε ακούσει και ως βλεννόρροια. Η γονόρροια στις γυναίκες, αν δε θεραπευθεί, οδηγεί σε μια επώδυνη, μακράς διάρκειας κατάσταση, που καλείται φλεγμονώδης νόσος της πυέλου και σε στειρότητα.

Μια έγκυος γυναίκα μεταδίδει τη γονόρροια στο μωρό της κατά τη διάρκεια της γέννας και προκαλεί σοβαρή μόλυνση στα μάτια ή ακόμα και τύφλωση.

Μπορεί να μεταδοθεί γονόρροια από στοματικό, κολπικό ή πρωκτικό σεξ.

3.2.2.ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗ ΝΟΣΟ

Το αίτιο της βλεννόρροιας, είναι ο γονόκοκκος που ανακαλύφθη το 1879 από τον Neisser. Πρόκειται για καφεοειδείς ενδοκυττάριους ή εξωκυττάριους διπλόκοκκους. Είναι αρνητικός κατά Gram. Χρωματίζεται όμως άριστα με κυανούν του μεθυλενίου.

Καλλιεργείται σε ειδικά θρεπτικά υλικά που περιέχουν αιματούχον άγαρ.

Στους άνδρες, τα πρώτα συμπτώματα εμφανίζονται δύο ημέρες έως και δύο εβδομάδες μετά την έκθεση. Στις γυναίκες, τα συμπτώματα μπορεί να μην εμφανιστούν για μία έως τρεις εβδομάδες. Η λοίμωξη συνήθως πλήττει τον τράχηλο και μερικές φορές και τις σάλπιγγες. Για να γίνει η μετάδοση του μικροβίου και να προκαλέσει λοίμωξη, το μικρόβιο θα πρέπει να προσκολληθεί στα τοιχώματα του βλεννογόνου και ν' αρχίσει να αναπτύσσεται και να αναπαράγεται. Οι συχνότερα προσβαλλόμενοι ιστοί είναι η ουρήθρα και ο πρωκτός.

3.2.3.ΠΟΣΟ ΣΟΒΑΡΟ ΕΙΝΑΙ

Ιδιαίτερα μεταδοτική, οξεία λοίμωξη που μπορεί να γίνει χρόνια. Στους άνδρες μπορεί να οδηγήσει σε επιδιδυμίτιδα. Στις γυναίκες μπορεί να εξαπλωθεί στις σάλπιγγες και να προκαλέσει φλεγμονώδη νόσο της πυέλου. Μπορεί να προκαλέσει ουλοποίηση των σαλπίγγων και στειρότητα. Σπάνια προκαλεί λοίμωξη στις αρθρώσεις ή στο λαιμό.

3.2.4.ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ

Οξεία βλεννόρροια στον άνδρα.

Μετά από χρόνο επώσεως 3 – 5 ημερών αρχίζουν τα πρώτα ενοχλήματα που είναι

:

αίσθημα κνησμού στην ουρήθρα, εντεινόμενο προοδευτικά, έτσι που να γίνει αίσθημα έντονου ή αφόρητου καύσου στο τέλος. Από το στόμιο της ουρήθρας εκρέει οροπυώδες αρχικά έκκριμα που γρήγορα γίνεται πυώδες, παχύρρευστο πυώδες ή ακόμη βαθύ κίτρινο. Αν ο άρρωστος, μείνει χωρίς θεραπεία μετά από 3 – 6 βδομάδες τα ενοχλήματα γίνονται ηπιότερα και η κατάσταση τελικά μετατοπίζεται στη χρόνια βλεννόρροια με συνεχή, αλλά ηπιότερη και αβληγρή συμπτωματολογία. Συγχρόνως, αρχίζουν οι επιπλοκές.

Επιπλοκές στον άνδρα.

- Γονοκοκκική επιδιδυμίτις ή ορχεο – επιδιδυμίτις με τελική κατάληξη τη στείρωση στην περίπτωση όπου η ορχεο – επιδιδυμίτις θα είναι αμφοτερόπλευρος.
- Γονοκοκκική προστατίτιδα. Φλεγμαίνει και αλγεί ο προστάτης.
- Γονοκοκκική σπερματοδοχοκυστίτιδα, με αιματηρό σπέρμα.

Οξεία βλεννόρροια στην γυναίκα.

Η βλεννόρροια στη γυναίκα διατρέχει με αβληγρή συμπτωματολογία αρχικά. Γι' αυτό άλλωστε δεν αντιλαμβάνεται εύκολα τη μόλυνση. Μέσα σε λίγες ημέρες όμως η έκκριση γίνεται πυώδης, δύσοσμος και συνοδεύεται από αίσθημα βάρους στα γεννητικά όργανα που ακολουθείται από τσούξιμο και πόνο.

Αν μείνει χωρίς θεραπεία, η συμπτωματολογία προοδευτικά ελαττώνεται. Εν τω μεταξύ αρχίζουν οι επιπλοκές.

Επιπλοκές στη γυναίκα.

- Κολπίτις. Διασπορά του γονοκόκκου στον κόλπο. Πρέπει να υπογραμμισθεί το γεγονός ότι ο γονοκόκκος εγκαθίσταται αρχικά και ενδημεί στο στόμιο της ουρήθρας και στο στόμιο του τραχήλου της μήτρας. Η ανάπτυξη του ευνοείται μόνο στον κυλινδρικό επιθήλιο και όχι στο πλακώδες (κόλπος).
- Γονοκοκκική σαλπινγίτις ή ωοθηκίτις. Πρόκειται για επώδυνη φλεγμονή των εξαρτημάτων μετά διογκώσεως. Συνυπάρχει πυρετός. Αν προσβληθούν και οι δύο σάλπιγγες, τότε η γυναίκα παραμένει στείρα συνήθως.
- Κοινές μολύνσεις ανδρών και γυναικών.
- Γονοκοκκική πρωκτίτιδα. Είναι συνηθέστερη στις γυναίκες ένεκα της φυσιολογικής ροής των υγρών – με γονοκόκκους – από τον κόλπο.

- Γονοκοκκική οφθαλμία. Επί νεογέννητων αλλά και επί ενηλίκων λόγω μεταφοράς των μικροβίων.
- Γονοκοκκική σηψαιμία. Βαριά κατάσταση, σε καχεκτικά άτομα με ελαττωμένη αντίσταση και διασπορά του γονοκόκκου.

Γενικές επιπλοκές.

- Γονοκοκκική ουρηθρίτις, περικαρδίτις, ενδοκαρδίτις, τενοντοθηκίτις, σύνδρομο του Reiter. Οι επιπλοκές αυτές σήμερα είναι εξαιρετικά ασυνήθεις.
- Ασυμπτωματική βλεννόρροια.
- Η έννοια της ασυμπτωματικής βλεννόρροιας είναι σύγχρονη. Είναι η μόλυνση με γονοκόκκους του επιθηλιακού ιστού της στοματο-φαρυγγικής κοιλότητας μετά από στοματογεννητική σεξουαλική επαφή.
- Συνήθως, η μόλυνση διατρέχει χωρίς συμπτωματολογία και η παρουσία του γονοκόκκου διατηρείται χωρίς ενοχλητικές εκδηλώσεις. Παραμένει, όμως, ως εστία μόλυνσης. Πρόκειται για ιδιάζουσα κατάσταση που εμφανίζεται σε σημαντική αναλογία στις προηγμένες χώρες και οφείλεται κυρίως σε πλημμελή θεραπευτική αγωγή. Αντίθετα, η χρόνια βλεννόρροια εμφανίζεται σε υπανάπτυκτες χώρες και αφορά σε περιστατικά όπου ο άρρωστος εμολύνθη, υπέστη τη διαδρομή της οξείας βλεννόρροιας.

ΠΡΟΣΘΕΤΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΗΣ ΓΟΝΟΡΡΟΙΑΣ

Και στα δύο φύλα, η μη θεραπευόμενη γονόρροια μπορεί να οδηγήσει σε διάφορες πρόσθετες επιπλοκές, όπως σοβαρή σηπτική αρθρίτιδα, μηνιγγίτιδα και ενδοκαρδίτιδα. Στους άνδρες, οι επαναλαμβανόμενες μολύνσεις της ουρήθρας μπορεί να οδηγήσουν σε μια επέκταση της μόλυνσης και να προκαλέσουν επιδιδυμίτιδα ή στένωση της ουρήθρας. Οι γυναίκες κινδυνεύουν ιδιαίτερα από την ανάπτυξη επιπλοκών που οφείλονται δευτερογενώς στη γονόρροια. Πέρα από την πιθανότητα διάχυτης γονόρροιας, οι γυναίκες μπορεί να αναπτύξουν Φ.Ν.Π. Αυτή οφείλεται στη διασπορά της *neisseria gonorrhoeae* από τον αυχένα της μήτρας στο ενδομήτριο, στις σάλπιγγες και στις ωοθήκες. Υπολογίζεται ότι η παρουσία Φ.Ν.Π. στις Η.Π.Α., που οφείλεται σε όλες τις αιτίες ξεπερνά σημαντικά το ένα εκατομμύριο περιπτώσεων κάθε χρόνο, από το οποίο ένα 20 έως 50 % οφείλεται στη γονόρροια. Οι 10 έως 15 % των περιπτώσεων αυτών οδηγούν σε στειρότητα, λόγω του αποκλεισμού των σαλπίγγων.

3.2.5.Η ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΓΟΝΟΡΡΟΙΑΣ

Ο μόνος απόλυτος τρόπος για να προληφθεί η γονόρροια είναι η αποχή από τη σεξουαλική επαφή. Τα προφυλακτικά, είναι σχετικά αποτελεσματικά για την πρόληψη της μετάδοσης, ενώ τα προφυλακτικά με σπερμοκτόνα είναι περισσότερο αποτελεσματικά. Η έκπλυση της γυναίκας και η ούρηση μετά τη συνουσία δεν είναι αξιόπιστα προφυλακτικά μέτρα. Οι ερευνητές προσπαθούν να παραγάγουν ένα εμβόλιο εναντίον της γονόρροιας, αλλά προς το παρόν δεν το έχουν επιτύχει. Είναι λάθος να πιστεύεται ότι ένα άτομο που έχει μολυνθεί πολλές φορές με το μικρόβιο, εξαιτίας της επαφής του με ένα μολυσμένο σεξουαλικό σύντροφο, αποκτά ανοσία από επιπλέον μολύνσεις. Ένα άτομο μπορεί να μολύνεται συνεχώς από την επαφή μ' ένα μολυσμένο σεξουαλικό σύντροφο, άσχετα με το αν έχει ήδη μολυνθεί.

3.2.6.Η ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΓΟΝΟΡΡΟΙΑΣ

Μια θετική διάγνωση της γονόρροιας επιτυγχάνεται με την αναγνώριση της *neisseria gonorrhoeae* σε εκκρίσεις της ουρήθρας ή του τραχήλου, ή σε οποιοδήποτε μέρος σεξουαλικής επαφής. Στις Η.Π.Α. διατίθενται τον τελευταίο καιρό τεστ για την ανίχνευση της γονόρροιας, σε ατομικές συσκευασίες. Ο κατασκευαστής τους ισχυρίζεται ότι εξασφαλίζεται ακρίβεια 95 %, αν το δείγμα ληφθεί σωστά. Στη συσκευασία περιλαμβάνεται ένα αποστειρωμένο ταμπόν με βαμβάκι, μια μικρή γυάλινη πλάκα, μια θήκη για την πλάκα, εργαστηριακές οδηγίες κι ένας κωδικός αριθμός για την εξασφάλιση του απορρήτου όσον αφορά τα αποτελέσματα. Το τεστ γίνεται από τον ενδιαφερόμενο, ταχυδρομείται στο εργαστήριο όπου και εξετάζεται, τα δε αποτελέσματα δίνονται τηλεφωνικώς. Η διάγνωση θα πρέπει να επιβεβαιωθεί από γιατρό, πριν από την έναρξη της θεραπείας.

3.2.7.ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η γονόρροια συχνά θεραπεύεται με μια μόνο δόση αντιβιοτικού χορηγούμενη από το στόμα. Μπορεί ωστόσο να μολυνθείτε ξανά από τον / την σύντροφο σας, αν εκείνος / εκείνη δεν θεραπευθεί. Επισκεφθείτε το Κέντρο Πρόληψης και Υγείας των Εφήβων (ΚΕ.Π.Υ.Ε.), έναν ειδικό γιατρό ή δημόσιο νοσοκομείο και αν έχετε γονόρροια ενημερώστε τον / την σύντροφο σας.

Πολλά αντιβιοτικά είναι ασφαλή και αποτελεσματικά για τη θεραπεία της γονόρροιας. Παρόλο που είναι ιάσιμη, η γονόρροια έχει γίνει ανθεκτική σε ορισμένα

αντιβιοτικά. Μπορεί να θεραπευτεί με μια ενέσιμη δόση Κεφτριαξόνης. Τα από του στόματος χορηγούμενα αντιβιοτικά (Κεφιξίμη σιπροφλοξασίνη), είναι επίσης αποτελεσματικά.

Η καλύτερη θεραπευτική αγωγή της βλεννόρροιας, είναι η χορήγηση πενικιλίνης 6 – 8 εκατ. μονάδες ημερησίως για 5 – 6 ημέρες.

Στην περίπτωση της πενικιλίνης, όμως υπάρχει ο κίνδυνος επικάλυψης συνυπαρχούσης συφιλίδος. Πρέπει, η σκέψη αυτή να πρυτανεύει στον θεράποντα γιατρό και να επακολουθεί ο κατάλληλος ορολογικός έλεγχος.

Σε περιπτώσεις ευαισθησίας στην πενικιλίνη, χορηγείται καναμυκίνη 1 – 2 gr. ημερησίως επί 3 ημέρες ενδομυϊκώς, ή τέλος σπεκτινομυκίνη, 2 gr. εφάπαξ είναι αρκετή δόση για αποτελεσματική θεραπεία. Ώστε, με μία ένεση σπεκτινομυκίνης, ο άρρωστος ιάται ή το πολύ με μία δεύτερη την επόμενη ημέρα.

Τα δύο τελευταία φάρμακα δεν επηρεάζουν την ωχρά σπειροχαίτη και συνεπώς δεν επικάλυπτουν τυχόν ύπαρξη συφιλίδος.

Η χορήγηση επίσης τετρακυκλίνης, ερυθρομυκίνης ή αμπικιλλίνης σε δόση 2 gr. ημερησίως για 4 – 5 ημέρες, είναι εύκολος και αποτελεσματικός τρόπος θεραπείας της βλεννόρροιας.

Υπενθυμίζεται ότι ο γονόκοκκος όχι σπάνια γίνεται φαρμακοάντοχος, γι' αυτό χρειάζεται περίσκεψη κατά τη θεραπεία της νόσου.

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

Κεφοξιτίνη, 2 mg iv κάθε 6 ώρες και Δοξυκυκλίνη, 100 mg από το στόμα δις ημερησίως επί 14 ημέρες

Κλινδαμυκίνη, 900 mg iv κάθε 8 ώρες και Γενταμυκίνη, δόση εφόδου (2 mg / kg) που ακολουθείται από δόση συντήρησης (1,5 mg /kg), κάθε 8 ώρες.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Κεφτριαξόνη, 250 mg iv, μία δόση και δοξυκυκλίνη, 100 mg από το στόμα δις ημερησίως επί 14 ημέρες.

Οφλοξασίνη, 400 mg από το στόμα δις ημερησίως επί 14 ημέρες και Μετρονιδαζόλη, 500 mg από το στόμα δις ημερησίως επί 14 ημέρες.

Η επανεκτίμηση μέσα σε 72 ώρες, είναι απαραίτητη.

3.3.ΜΗ ΓΟΝΟΚΟΚΚΙΚΗ ΟΥΡΗΘΡΙΤΙΔΑ

3.3.1.ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ως μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα, ορίζεται μια σεξουαλικά αποκτώμενη μόλυνση στην ουρήθρα του άντρα. Η μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα δεν οφείλεται σε γονόκοκκο, αλλά, συνήθως, σε μόλυνση είτε από *Chlamydia trachomatis*, από *Ureaplasma urealyticum* είτε, σπανιότερα, από *Trichomonas vaginalis*, από *Corynebacterium genitalium*, ή από *Candida albicans*. Οι 50 με 60 % περίπου των περιπτώσεων οφείλονται σε *C. trachomatis*. Το *U. Urealyticum*, μπορεί να υπολογίζεται ως αίτιο στις 25 με 30 % των περιπτώσεων, αν και ο ακριβής παθολογικός ρόλος του μικροοργανισμού αυτού δεν έχει διευκρινισθεί.

Στις 25 % περίπου των περιπτώσεων της μη γονοκοκκικής ουρηθρίτιδας δεν μπορεί να διαγνωσθεί το ειδικό μολυσματικό αίτιο. Αυτή η μη ειδική ουρηθρίτιδα υπολογίζεται ότι μεταδίδεται σεξουαλικά και θα πρέπει να θεραπεύεται ανάλογα.

Μετά τη θεραπεία μιας γονοκοκκικής μόλυνσης (γονόρροιας – βλενόρροιας), μερικοί άντρες αναπτύσσουν ένα σύνδρομο που είναι γνωστό ως μεταγονοκοκκική ουρηθρίτιδα. Αυτό είναι στην πραγματικότητα, μια μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα που συνυπήρχε με τη γονόρροια, πριν από τη θεραπεία της. Εάν η ουρηθρίτιδα συνεχίζεται μετά τη θεραπεία της γονόρροιας, αυτό συνήθως σημαίνει ότι το φάρμακο που επιλέχθηκε για να χτυπήσει τη *Neisseria gonorrhoeae* (γενικά πενικιλίνη), δεν ήταν αποτελεσματικό εναντίον των άλλων μικροοργανισμών. Η μεταγονοκοκκική ουρηθρίτιδα γενικά υπαινίσσεται μόλυνση από *C. trachomatis*. Το 20 % περίπου από τις γυναίκες με γονόρροια έχουν μόλυνση από *C. trachomatis* στο γεννητικό σωλήνα.

Οι γυναίκες μπορεί να παρουσιάσουν μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα, αλλά σ' αυτές δεν είναι πρωταρχική. Μάλλον, αποτελεί γενικά επιπλοκή μιας πρωταρχικής μόλυνσης που παρουσιάζεται και αλλού. Παραδείγματος χάριν, μολύνσεις από *C. trachomatis* και από μη *C. trachomatis*, μπορούν όχι μόνο να προκαλέσουν ουρηθρίτιδα στις γυναίκες, αλλά ακόμη και τραχηλίτιδα (φλεγμονή του τραχήλου), ενδομητρίτιδα (φλεγμονή της μήτρας), οξεία σαλπινγίτιδα (φλεγμονή των σαλπίγγων) και περιηπατίτιδα (φλεγμονή γύρω από το ήπαρ). Η μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα στις γυναίκες είναι συνήθως μια δευτεροπαθής επιπλοκή της τραχηλίτιδας. Κάτι ανάλογο με τη μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα είναι για τις γυναίκες η τριχομονίαση.

3.3.2. Η ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΜΗ ΓΟΝΟΚΟΚΚΙΚΗΣ ΟΥΡΗΘΡΙΤΙΔΑΣ

Η μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα είναι κατά δύο ή τρεις φορές συχνότερη από τη γονόρροια στο γενικό πληθυσμό. Κάθε χρόνο παρουσιάζονται 4 με 5 περίπου εκατομμύρια περιπτώσεων της νόσου. Η μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα είναι κατά 10 περίπου φορές συχνότερη ανάμεσα στους φοιτητές. Κατά τη διάρκεια της εφηβείας ως τις αρχές της δεύτερης δεκαετίας του ανθρώπου διανύεται η περίοδος, στην οποία η συχνότητα της σχετιζόμενης με *C. trachomatis* μη γονοκοκκικής ουρηθρίτιδας είναι μεγαλύτερη. Όσον αφορά τους νεαρούς άντρες με τακτική ιατρική παρακολούθηση, η συχνότητα της ουρηθρίτιδας, που οφείλεται σε *C. trachomatis*, φθάνει τα 3 με 5 %. Στους νεαρούς στρατιώτες που υφίστανται τη συνηθισμένη φυσική ιατρική εξέταση αποκαλύπτεται κάποια μόλυνση της ουρήθρας από *C. trachomatis* σε ποσοστό μεγαλύτερο από 10 %. Οι 20 % περίπου από τους άντρες που εμφανίζονται για θεραπεία μιας σεξουαλικά μεταδιδόμενης νόσου έχουν κάποια μόλυνση της ουρήθρας από *C. trachomatis*. Τα άπορα άτομα, τα άτομα των έγχρωμων φυλών, οι ανύπαντροι και τα άτομα ηλικίας μεταξύ 18 και 24 ετών παρουσιάζουν τη μεγαλύτερη συχνότητα μη γονοκοκκικής ουρηθρίτιδας.

3.3.3. Η ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΜΗ ΓΟΝΟΚΟΚΚΙΚΗΣ ΟΥΡΗΘΡΙΤΙΔΑΣ

Η μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα ως νόσος έχει παραμεληθεί πολύ, μέχρι πρόσφατα, αν και είναι ουσιαστικά συχνότερη από τη γονόρροια και μολύνει εκατοντάδες χιλιάδες Αμερικανών κάθε χρόνο. Η παραμέληση αυτή αποδίδεται σε πολλά αίτια, ανάμεσα στα οποία συμπεριλαμβάνεται και η προκατάληψη για τη διάγνωση μιας πιο σοβαρής νόσου, π.χ. της γονόρροιας, της σύφιλης, του έρπητος των γεννητικών οργάνων και του AIDS. Ακόμη οφείλεται στο χαμηλό δείκτη υποψίας από την πλευρά του γιατρού, στην απουσία σοβαρών και επώδυνων συμπτωμάτων και στην έλλειψη διάθεσης ακριβών και ευκολοεφάρμοστων διαγνωστικών τεστ. Οι επιπλοκές της μη γονοκοκκικής ουρηθρίτιδας μπορεί να είναι σοβαρές. Απαιτείται έγκαιρη και ακριβής διάγνωση, ώστε να μειωθούν οι κίνδυνοι για την υγεία.

Η διάγνωση της μη γονοκοκκικής ουρηθρίτιδας είναι δύσκολη, λόγω του ότι οι μικροοργανισμοί που προκαλούν τη νόσο μπορεί να δημιουργήσουν ανεπαίσθητα συμπτώματα, συμπτώματα που θα μπορούσαν να οφείλονται σε διάφορους άλλους μικροοργανισμούς ή και καθόλου συμπτώματα. Το άτομο μπορεί να έχει μια μεικτή

(πολλαπλή) μόλυνση και η διαπίστωση ενός μικροοργανισμού μπορεί να μην αποκαλύψει ολόκληρη την εικόνα της μόλυνσης. Τα εργαστήρια πάντα είχαν μια δυσκολία στην έρευνα και τη διαπίστωση του *C. trachomatis*, η διάγνωση δε της ουρηθρίτιδας στον άντρα σπάνια περιλαμβάνει καλλιέργειες για το μικρόβιο αυτό ή το *U. urealyticum*.

Οι πιο πρόσφατες έρευνες για chlamydia περιλαμβάνουν τη χρήση των μονοκλωνικών αντισωμάτων για την ανίχνευση μικρού αριθμού μικροοργανισμών στο υγρό της ουρήθρας. Στα πλεονεκτήματα αυτού του είδους ερευνών συμπεριλαμβάνονται η ταχύτητα (15 λεπτά), η ακρίβεια (μεγαλύτερη από 90 %), το σχετικά μικρό κόστος τους και η εύκολη χρήση τους. Χρησιμοποιώντας το τεστ των μονοκλωνικών αντισωμάτων, η διάγνωση μπορεί να γίνει και ν' αρχίσει η θεραπεία προτού ακόμη εγκαταλείψει το άτομο το ιατρείο. Οι σεξουαλικά δραστήριες γυναίκες έχουν τη δυνατότητα να ζητήσουν το τεστ αυτό σε συνδυασμό με το ετήσιο τεστ Παπανικολάου.

Η έγκαιρη και ακριβής διάγνωση της μη γονοκοκκικής ουρηθρίτιδας είναι συχνά δύσκολη λόγω των ασαφών και μη ειδικών συμπτωμάτων της ή ακόμη και λόγω της έλλειψης συμπτωμάτων. Στους άντρες η ουρηθρίτιδα από chlamydia, προκαλεί γενικά λιγότερο σοβαρά συμπτώματα απ' ότι η γονοκοκκική ουρηθρίτιδα, ενώ οι γυναίκες που μολύνθηκαν με αυτό το γονόκοκκο συχνά δεν αναπτύσσουν εμφανή συμπτώματα, μέχρις ότου δημιουργηθούν επιπλοκές από τη φλεγμονώδη νόσο της πυέλου. Η χρήση του διαγνωστικού τεστ των μονοκλωνικών αντισωμάτων θα επιτρέψει την έγκαιρη ανίχνευση των μικροοργανισμών chlamydia με μικρό κόστος και με μεγάλη ευκολία. Αυτό θα συμβάλλει ουσιαστικά, ώστε να προληφθούν η επέκταση της νόσου αυτής, αλλά και τα σοβαρά επακόλουθα της μόλυνσης που δεν υπέστη θεραπευτική αγωγή.

3.3.4.ΣΗΜΕΙΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΜΗ ΓΟΝΟΚΟΚΚΙΚΗΣ ΟΥΡΗΘΡΙΤΙΔΑΣ

Τα συμπτώματα της μη γονοκοκκικής ουρηθρίτιδας μπορεί να είναι μικρής έκτασης, μη ειδικά ή και να απουσιάζουν εντελώς. Συνήθως αναπτύσσονται από 5 ως 20 μέρες μετά τη μόλυνση. Τα κλινικά συμπτώματα, όταν υπάρχουν , συνίστανται συνήθως σε λίγη ή μέτρια έκκριση υγρού από την ουρήθρα – που μπορεί να είναι κιτρινωπό, λευκό ή διαυγές -, σε καυσιαλγία κατά την ούρηση και σε κνησμό της ουρήθρας. Ο βλεννογόνος της ουρήθρας μπορεί να πάρει κοκκινωπή απόχρωση και ν'

αρχίσει να πονάει. Μπορεί να ανευρεθούν λευκοκύτταρα στα εκκρίματα της ουρήθρας, καθώς και στα ούρα. Περίπου το ένα τρίτο των αντρών με μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα δεν έχουν έκδηλα κλινικά συμπτώματα ουρηθρίτιδας. Ο σεξουαλικά δραστήριος άντρας που είναι φορέας του *C. trachomatis* είναι πιθανόν να μολύνει τη σεξουαλική του σύντροφο. Αυτό θα έχει επακόλουθο την εμπλοκή του τραχήλου, της μήτρας, των σαλπίγγων, της ουρήθρας και του περιτοναίου. Ακόμη μπορεί να προκαλέσει συμπτώματα και σοβαρές επιπλοκές φλεγμονώδους νόσου της πυέλου.

3.3.5.ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΗΣ ΜΗ ΓΟΝΟΚΟΚΚΙΚΗΣ ΟΥΡΗΘΡΙΤΙΔΑΣ ΣΤΟΝ ΑΝΤΡΑ

Η επιδιδυμίτιδα (φλεγμονή της επιδιδυμίτιδας), είναι μια σχετικά συχνή επιπλοκή της μη γονοκοκκικής ουρηθρίτιδας. Το *C. trachomatis* μαζί με τη *N. gonorrhoeae* αποτελούν τα κυριότερα αίτια της επιδιδυμίτιδας. Η επιδιδυμίτιδα, συνήθως παρουσιάζεται μόνο στη μια πλευρά και συνοδεύεται με πυρετό, πόνο στους όρχεις, διόγκωση και πόνο στην περιοχή των γεννητικών οργάνων. Η ανάπαυση στο κρεβάτι και η στήριξη των όρχεων μπορεί να επιταχύνει την ανακούφιση των συμπτωμάτων. Η επιδιδυμίτιδα που σχετίζεται με μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα θεραπεύεται εύκολα, αλλά η σωστή διάγνωση και θεραπεία είναι βασικές προϋποθέσεις, γιατί η επιβράδυνση της διάγνωσης και της κατάλληλης θεραπείας μπορεί να οδηγήσει στη δημιουργία ουλών στην επιδιδυμίτιδα και στην απόφραξη της. Η αμφοτερόπλευρη δημιουργία ουλών στην επιδιδυμίτιδα μπορεί να οδηγήσει στη στειρώση, γιατί το σπέρμα δε θα μπορέσει να περάσει από τους όρχεις στα άλλα μέρη του γεννητικού σωλήνα του άντρα.

Η πρωκτίτιδα (φλεγμονή του βλεννογόνου του πρωκτού), είναι μια επιπλοκή που οφείλεται στο *C. trachomatis* και γενικά περιορίζεται στους άντρες ομοφυλόφιλους και στις ετεροφυλόφιλες γυναίκες που επιδίδονται αμοιβαία σε πρωκτική συνουσία. Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν πόνο στον πρωκτό, αιμορραγία, εκκρίσεις από το βλεννογόνο και επώδυνες συσπάσεις των μυών του ορθού.

Άλλη μια επιπλοκή που μπορεί να παρουσιασθεί είναι η στένωση της ουρήθρας που οφείλεται σε ουλές, στην περίπτωση που υπάρχει όχι θεραπευμένη μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα. Το γεγονός αυτό μπορεί να δυσκολεύει την ούρηση και να οδηγήσει σε μια κατάσταση, όπου ο άντρας διατρέχει μεγαλύτερο κίνδυνο ως προς την ανάπτυξη μολύνσεων του ουροποιητικού σωλήνα.

3.3.6.ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΗΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΗΣ ΟΥΡΗΘΡΙΤΙΔΑΣ ΣΤΗ ΓΥΝΑΙΚΑ

Η μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα δεν είναι μια πρωτογενής κατάσταση στη γυναίκα. Εμφανίζεται, μάλλον, ως μια δευτεροπαθής επιπλοκή μιας πρωτοπαθούς μόλυνσης που συνήθως περιλαμβάνει τον τράχηλο ή τον αυχένα της μήτρας. Στη γυναίκα οι επιπλοκές των μη γονοκοκκικών μολύνσεων – ιδιαίτερα αυτές που οφείλονται στο *C. trachomatis* – είναι πολυάριθμες και μπορεί να αποβούν πολύ σοβαρές.

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΗΣ ΜΗ ΓΟΝΟΚΟΚΚΙΚΗΣ ΟΥΡΗΘΡΙΤΙΔΑΣ ΣΤΑ ΝΕΟΓΝΑ

Οι γυναίκες που έχουν μολυνθεί από *C. trachomatis* διατρέχουν τον κίνδυνο να μεταδώσουν τη μόλυνση στο νεογνό κατά τη δίοδο του από το γεννητικό σωλήνα. Το 50 % περίπου των νεογνών που προέρχονται από μητέρες με μόλυνση από chlamydia του αυχένα της μήτρας ενδέχεται να μολυνθούν. Επειδή οι άντρες που μολύνουν τις γυναίκες μπορεί να μην παρουσιάζουν συμπτώματα, είναι ανάγκη οι έγκυες γυναίκες να εξετάζονται για να διαπιστωθεί εάν έχουν μολυνθεί. Το απλό τεστ των μονοκλωνικών αντισωμάτων, που είναι πια αρκετά διαδομένο, καθιστά τη μαζική εξέταση τόσο πρακτική όσο και το τεστ Παπανικολάου. Το κόστος αυτού του τεστ είναι ελάχιστο, εάν λάβει κανείς υπόψη τον κίνδυνο για τα νεογνά γυναικών που έχουν μολυνθεί από chlamydia και δεν ακολούθησαν καμιά θεραπευτική αγωγή.

Η επιπεφυκίτιδα που οφείλεται σε chlamydia περιλαμβάνει το βλεννογόνο των ματιών και του βολβού των ματιών. Η μόλυνση αυτή μπορεί να αναπτυχθεί από 5 ως 14 μέρες μετά τη γέννηση. Οι σταγόνες στα μάτια του νεογνού που χρησιμοποιούνται συνήθως για την πρόληψη μόλυνσης (περιέχουν 1 % νιτρικό άργυρο), μπορεί να μην αποτρέψουν την επιπεφυκίτιδα από chlamydia. Υπολογίζεται ότι τα 30 έως 40 % περίπου από τα βρέφη, που τα γέννησαν μητέρες μολυσμένες από Chlamydia, μπορεί να έχουν κι αυτά μολυνθεί. Τα συμπτώματα είναι ποικίλα και μη ειδικά, αναπτύσσονται γενικά γρήγορα και μπορεί να προκαλέσουν μια άφθονη έκκριση που συνίσταται σε βλέννα και πύο. Η μόλυνση θεραπεύεται εύκολα με ερυθρομυκίνη. Αποτυχία της θεραπείας της επιπεφυκίτιδας που οφείλεται σε chlamydia, μπορεί να οδηγήσει σε πνευμονία.

Έχει διαπιστωθεί ένα ξεχωριστό είδος πνευμονίας που οφείλεται στο *C. trachomatis*. Η πνευμονία αυτή αναπτύσσεται στα 10 έως 20 % των βρεφών που οι μητέρες τους είχαν μολυνθεί από chlamydia. Τα συμπτώματα της αρχίζουν από 4 έως

12 βδομάδες μετά τη γέννηση και αποτελούνται από βήχα που μοιάζει με γάβγισμα, συμφόρηση των πνευμόνων, γρήγορη αναπνοή και ανώμαλους ακροαστικούς ήχους στο στήθος. Το βρέφος μπορεί να μην παρουσιάσει πυρετό. Οι ακτινογραφίες επιβεβαιώνουν την ύπαρξη πνευμονίας. Η πνευμονία διαρκεί αρκετές βδομάδες. Πνευμονία από chlamydia δεν έχει αναφερθεί σε παιδιά πάνω από έξι μηνών. Τα μισά περίπου από τα βρέφη με πνευμονία παρουσιάζουν επίσης επιπεφυκίτιδα από την ίδια αιτία. Η θεραπεία της πνευμονίας θα πρέπει να αρχίζει το συντομότερο.

3.3.7.ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΜΗ ΓΟΝΟΚΟΚΚΙΚΗΣ ΟΥΡΗΘΡΙΤΙΔΑΣ

Τα αντιμικροβιακά φάρμακα που βρέθηκε ότι έχουν τη μεγαλύτερη δραστηριότητα κατά του *C. trachomatis* και του *U. urealyticum*, είναι η τετρακυκλίνη, η δοξυκυκλίνη, η ερυθρομυκίνη, οι σουλφοναμίδες και η rifampin. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι διάφορα φάρμακα, που συνήθως είναι αποτελεσματικά για τη θεραπεία γονοκοκκικών μολύνσεων, έχουν περιορισμένη ή μικρή αξία για τη θεραπεία μολύνσεων από *Chlamydia*. Οι πενικιλίνες, έχουν μέτρια αξία, καθώς και η clindamycin. Οι κεφαλοσπορίνες (cefoxitin, cefotaxime, moxalactam), οι αμινογλυκοσίδες (gentamycin, tobramycin), η spectinomycin και η trimethoprim (Proloprim, Trimprex) έχουν περιορισμένη αξία για τη θεραπεία των μολύνσεων από *Chlamydia*.

Η rifampin, αν και αποτελεσματική, σπάνια χρησιμοποιείται για τη θεραπεία μολύνσεων από *C. trachomatis*, διότι αναπτύσσει εξαιρετικά γρήγορη αντίσταση ως προς αυτά. Η ερυθρομυκίνη εμφανίζεται κάπως λιγότερο αποτελεσματική, σε αντίθεση με την τετρακυκλίνη, για τη θεραπεία της μη γονοκοκκικής ουρηθρίτιδας που οφείλεται στα *C. trachomatis* και *U. urealyticum* – μπορεί να απαιτηθούν και 14 μέρες θεραπείας. Εάν ένα ενήλικο άτομο με μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα μολύνει ένα μάτι με το μικροοργανισμό που προκάλεσε τη νόσο και αναπτυχθούν συμπτώματα, η μόλυνση του ματιού θα πρέπει να θεραπευθεί με τον ίδιο τρόπο που θεραπεύθηκε η ουρηθρίτιδα.

Η διαδικασία, όμως, της θεραπείας από μόνη της δεν αρκεί. Η παρακολούθηση μετά τη θεραπεία είναι απαραίτητη για να εξασφαλισθεί η επιτυχία της θεραπείας. Κανονικά, τα άτομα που υποβλήθηκαν σε θεραπεία θα πρέπει να εξετάζονται κάθε βδομάδα, για να ελέγχονται η συμμόρφωση προς την καθιερωμένη θεραπεία, η πιθανή εμφάνιση παρενεργειών από το φάρμακο και ο βαθμός εξάλειψης της μόλυνσης. Εάν τα συμπτώματα, δεν έχουν βελτιωθεί ή δεν έχουν εξαλειφθεί αφού περάσει μια

βδομάδα, θα πρέπει η θεραπεία να ξαναγίνει. Η αποτυχία θεραπείας που έχει διαρκέσει δύο βδομάδες, πρέπει να οδηγήσει στο ερώτημα εάν και κατά πόσο θα συνεχισθεί το φάρμακο ή θα αλλαχθεί με άλλο. Στην περίπτωση που τα συμπτώματα βελτιώνονται μεν, αλλά παραμένουν μετά από θεραπεία δύο βδομάδων, οι περισσότεροι γιατροί συνεχίζουν με το ίδιο φάρμακο. Όταν τα συμπτώματα εξαφανισθούν και η χρήση του φαρμάκου σταματήσει, θα πρέπει να γίνουν οι κατάλληλες μικροβιολογικές εξετάσεις για να προσδιορισθεί κατά πόσον ο μικροοργανισμός που προκάλεσε τη μόλυνση έχει εξαλειφθεί.

Ένα σημαντικό μέρος της φροντίδας μετά τη θεραπεία, είναι η αναγνώριση και η ίαση όλων των σεξουαλικών συντρόφων των ασθενών με μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα. Στους πρώτους θα πρέπει να ασκείται – είτε υπάρχουν συμπτώματα, είτε όχι – η ίδια θεραπευτική αγωγή που ισχύει και για την ουρηθρίτιδα. Η υποτροπή της μη γονοκοκκικής ουρηθρίτιδας μπορεί να οφείλεται σε αποτυχία της θεραπείας του σεξουαλικού συντρόφου. Η παραμονή ή υποτροπή σημείων της μη γονοκοκκικής ουρηθρίτιδας μετά από αρκετό καιρό θεραπείας του ασθενή και του σεξουαλικού συντρόφου του απαιτεί την περαιτέρω εκτίμηση για την ανεύρεση λιγότερο συνηθισμένων αιτίων που προκαλούν τα συμπτώματα.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΜΗ ΓΟΝΟΚΟΚΚΙΚΗΣ ΟΥΡΗΘΡΙΤΙΔΑΣ ΚΑΙ ΟΙ ΣΧΕΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

(ΑΝΤΡΑΣ)

Προσβλημένη περιοχή : Ουρηθρίτιδα

Φάρμακο : Τετρακυκλίνη

Δόση : 500 mg από το στόμα, 4 φορές τη μέρα, για 7 μέρες

Εναλλακτική θεραπεία : Sulfisoxazole 500 mg από το στόμα, 4 φορές τη μέρα, για 10 μέρες

Φάρμακο : Δοξυκυκλίνη

Δόση : 100 mg από το στόμα, 2 φορές τη μέρα, για 7 μέρες

Φάρμακο : Ερυθρομυκίνη

Δόση : 500 mg από το στόμα, 4 φορές τη μέρα, για 7 μέρες

Προσβλημένη περιοχή : Επιδιδυμίτιδα

Φάρμακο : Τετρακυκλίνη

Δόση : 500 mg από το στόμα, 4 φορές τη μέρα, για 10 μέρες

Φάρμακο : Ερυθρομυκίνη

Δόση : 500 mg από το στόμα, 4 φορές τη μέρα, για 10 μέρες

Προσβλημένη περιοχή : Πρωκτίτιδα

(Η ίδια θεραπεία όπως και για την ουρηθρίτιδα). Επί

(ΓΥΝΑΙΚΑ)

Προσβλημένη περιοχή : Τραχηλίτιδα, (μεταδίδεται από τον άντρα με τη μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα).

3.3.8.ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΜΗ ΓΟΝΟΚΟΚΚΙΚΗΣ ΟΥΡΗΘΡΙΤΙΔΑΣ

Οι διαδικασίες πρόληψης της μη γονοκοκκικής ουρηθρίτιδας, και των επιπλοκών της είναι πολύ απλές και περιλαμβάνουν :

Αποφυγή πολλών σεξουαλικών συντρόφων. Αυτό μειώνει την πιθανότητα απόκτησης μιας μόλυνσης.

Αναγνώριση και θεραπεία των σεξουαλικών συντρόφων των ασθενών της μη γονοκοκκικής ουρηθρίτιδας. Είναι πιθανόν και άλλα άτομα να έχουν μολυνθεί, αλλά να μην έχουν συμπτώματα. Η θεραπεία είναι βασική για την πρόληψη των επιπλοκών. Τα άτομα που αναγνωρίζουν μολυσμένους σεξουαλικούς συντρόφους μπορούν να απαιτήσουν την ανωνυμία τους.

Προσφυγή στο γιατρό μόλις παρουσιασθούν συμπτώματα. Η αναβολή της διάγνωσης της μη γονοκοκκικής ουρηθρίτιδας, μπορεί να δημιουργήσει την όχι απαραίτητη ταλαιπωρία από ουρηθρίτιδα και των διαφόρων επιπλοκών της. Οι γιατροί θα θεωρήσουν τη διαπίστωση της μόλυνσης εμπιστευτική. Για προφανείς λόγους πολλά νεαρά άτομα που ζουν με τις οικογένειες τους δε ζητούν ιατρική φροντίδα από τον οικογενειακό τους γιατρό, εάν υποπτευθούν ότι έχουν μια σεξουαλικά μεταδιδόμενη νόσο. Υπάρχουν διάφοροι τρόποι για την επίτευξη ιατρικής φροντίδας. Τα άτομα μπορούν να ζητήσουν την εξέταση τους ως εξωτερικοί ασθενείς στα κατά τόπους νοσοκομεία ή εξωτερικά ιατρεία.

Συμμόρφωση προς τη θεραπεία που καθορίστηκε. Δε θα πρέπει να παραλειφθεί καμιά δόση. Θα πρέπει να αναφερθεί στο γιατρό ή στη νοσοκόμα η περίπτωση παράλειψης κάποιας δόσης ή το φάρμακο που προκάλεσε κάποια αδιαθεσία. Η επιτυχής θεραπεία είναι βασική για την πρόληψη περαιτέρω μολύνσεων.

3.3.9.ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Η μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα συχνά παραμελείται ως μια σεξουαλικά μεταδιδόμενη νόσος. Στις περισσότερες περιπτώσεις η θεραπεία, είναι σχετικά απλή και αποτελεσματική. Η σωστή διάγνωση και η θεραπεία της είναι βασικές και θα πρέπει να αντιμετωπισθούν με σοβαρότητα, για να αποφευχθούν σοβαρές επιπλοκές στο γεννητικό σύστημα του άντρα και της γυναίκας.

3.4. ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗΣ ΝΟΣΟΣ ΤΗΣ ΠΥΕΛΟΥ

3.4.1.ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η φλεγμονώδης νόσος της πυέλου (Φ.Ν.Π.) είναι σχεδόν αποκλειστικά μια νόσος των σεξουαλικά δραστήριων γυναικών. Η Φ.Ν.Π. τυπικά αναφέρεται στις περιπτώσεις των μολύνσεων και στις δευτεροπαθείς φλεγμονώδεις επιπλοκές που περιλαμβάνουν το άνω μέρος της γεννητικής οδού (τράχηλο, ενδομήτριο και τις σάλπιγγες) και συνήθως προκαλείται από μικρόβια, πολλά από τα οποία μεταδίδονται με τη σεξουαλική επαφή. Τα μικρόβια αυτά μεταναστεύουν από τον τράχηλο ή τον αυχένα της μήτρας ψηλότερα, στο αναπαραγωγικό σύστημα της γυναίκας. Η φλεγμονώδης νόσος της πυέλου μπορεί γενικά να προληφθεί εάν παρθούν ορισμένες προφυλάξεις και αποφευχθούν οι παράγοντες κινδύνου. Εάν αναπτυχθεί Φ.Ν.Π., η έγκαιρη διάγνωση και η εντατική θεραπεία είναι αναγκαίες για την πρόληψη σοβαρών επιπλοκών, από τις οποίες κινδυνεύει άμεσα το άτομο που προσβάλλεται απ' αυτή την αυξανόμενη σε συχνότητα σεξουαλικά μεταδιδόμενη νόσο.

3.4.2.Η ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΟΥΣ ΝΟΣΟΥ ΤΗΣ ΠΥΕΛΟΥ

Η φλεγμονώδης νόσος της πυέλου έφθασε σε επιδημικά επίπεδα στις Η.Π.Α. Στα μέσα του 1970 υπολογίστηκε ότι κάθε χρόνο παρουσιάζονται πάνω από 850.000

περιπτώσεις. Το 20% των περιπτώσεων αφορά έφηβες, μία έφηβη έχει 10 φορές περισσότερες πιθανότητες ανάπτυξης ΦΝΠ, από μια ενήλικη. Ακόμα βρέθηκε ότι πραγματοποιούνται 2 εκατομμύρια επισκέψεις στους γιατρούς των Η.Π.Α Μεταξύ των ετών 1975 και 1981 267.200 περίπου γυναίκες κατ' έτος εισήχθησαν στο νοσοκομείο για θεραπεία και αντιμετώπιση επιπλοκών από ΦΝΠ. Το κόστος της νόσου αυτής από άποψη φυσικής ταλαιπωρίας και ψυχικής οδύνης είναι ανείπωτο. Η συχνότητα και η σοβαρότητα της ΦΝΠ θα μειωθούν μόνον όταν οι γυναίκες κατανοήσουν περισσότερο τα μέτρα που πρέπει να πάρουν για την πρόληψη της νόσου ή τη θεραπεία της μόλις αυτή εμφανισθεί.

3.4.2.ΤΑ ΑΙΤΙΑ ΤΗΣ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΟΥΣ ΝΟΣΟΥ ΤΗΣ ΠΥΕΛΟΥ

Η φλεγμονώδης νόσος της πυέλου μπορεί να προκληθεί από διάφορα μικρόβια, μερικά από τα οποία βρίσκονται φυσιολογικά στον τράχηλο. Ο μεγαλύτερος αριθμός περιπτώσεων ΦΝΠ οφείλεται εντούτοις σε δύο μικροοργανισμούς που δεν ανευρίσκονται κανονικά στο γεννητικό σύστημα της γυναίκας ή του άνδρα. Τα δύο αυτά μικρόβια, που μπορεί να μεταδοθούν μέσω της σεξουαλικής επαφής, είναι η *Neisseria gonorrhoeae* και το *Chlamydia trachomatis*, Τα πρώτα επεισόδια της ΦΝΠ είναι πιο πιθανό να οφείλονται σε έναν από τους δύο αυτούς μικροοργανισμούς, ιδιαίτερα μεταξύ νέων και σεξουαλικούς συντρόφους. Οι παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο ανάπτυξης ΦΝΠ είναι οι εξής:

- Πολλοί σεξουαλικοί σύντροφοι.
- Χρήση ενδομήτριας συσκευής.
- Ηλικία (θεωρείται ότι οι νεαρές γυναίκες μπορεί να έχουν μικρότερη ανοσία και μικρότερη αντίσταση σε μολύνσεις από μικρόβια που μεταδίδονται από τη σεξουαλική επαφή).
- Ιστορικό γονόρροιας (βλεννόρροιας) ή άλλης σεξουαλικώς μεταδιδόμενης νόσου (τέτοιας όπως του *Chlamydia trachomatis*).
- Αναβολή στην αναζήτηση της κατάλληλης ιατρικής φροντίδας όταν υπάρχει μαρτυρία μόλυνσης (αυξημένη έκκριση από τον τράχηλο), συχνή και επώδυνη ούρηση, πόνος στο κάτω μέρος της κοιλιάς ή/και ανώμαλη αιμορραγία καταμηνίων που παρουσιάζεται στο κάτω τμήμα της γεννητικής οδού.

- Παρεμβατικές ενδομήτριες διαγνωστικές ή θεραπευτικές διαδικασίες που μπορεί να μεταφέρουν μικροοργανισμούς στο επάνω τμήμα της γεννητικής οδού.

Γενικά ο γονόκοκκος *Neisseria gonorrhoeae* έχει απομονωθεί σε μεγάλες εκατοστιαίες αναλογίες (45% έως 70%) σε γυναίκες με οξεία (ταχέως αναπτυσσόμενη) ΦΝΠ. Το *Chlamydia trachomatis* έχει απομονωθεί στο 20% έως 50% περίπου των γυναικών με οξεία ΦΝΠ. Σε μια μελέτη το 79% των θυμάτων της ΦΝΠ που είχαν θετικές καλλιέργειες του τραχήλου για τη *N.gonorrhoeae*, είχαν επίσης θετικές καλλιέργειες του τραχήλου για το *C.trachomatis*. Επειδή αρκετές από τις μολύνσεις που οδηγούν σε ΦΝΠ μπορεί να οφείλονται σε περισσότερα από ένα μικρόβια, η θεραπεία θα αντικατοπτρίσει την πιθανότητα αυτή.

Το πώς οι μολυσματικοί μικροοργανισμοί από το κάτω τμήμα της γεννητικής οδού ανέρχονται από τον τράχηλο και το ενδοθήλιο του τραχήλου (την εσωτερική επίστρωση του τραχήλου της μήτρας), για να προκαλέσουν μολύνσεις του ενδομητρίου, των σαλπίνγων και των ωοθηκών, δεν είναι απόλυτα κατανοητό. Οι παρεμβατικές διαγνωστικές και θεραπευτικές διαδικασίες, κατά τις οποίες γίνεται εισαγωγή των εργαλείων μέσα στη μήτρα, μπορούν να εξηγήσουν ένα μικρό ποσοστό των περιπτώσεων. Μια μελέτη υπαινίσσεται ότι μικρόβια μπορεί να προσκολληθούν σε σπερματοζώαρια και να φθάσουν διαμέσου του βλεννογόνου του τραχήλου στον τελικό τους προορισμό. Ανεξάρτητα από το πώς οι μολυσματικοί μικροοργανισμοί φθάνουν στο επάνω μέρος του θηλυκού γεννητικού σωλήνα, η γυναίκα θα πρέπει να κατανοήσει ότι η αποτυχία της σωστής και ικανοποιητικής θεραπείας των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νόσων -ιδιαίτερα αυτών που οφείλονται στη *N.gonorrhoeae* και στο *C. Trachomatis*- αυξάνει σε μεγάλο βαθμό τον κίνδυνο της ΦΝΠ, καθώς και των πάρα πολλών επιπλοκών της.

3.4.3.ΣΗΜΕΙΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΟΥΣ ΝΟΣΟΥ ΤΗΣ ΠΥΕΛΟΥ

Είναι απαραίτητο η γυναίκα έχει ενημερωθεί για τα σημεία και συμπτώματα της ΦΝΠ, έτσι ώστε να ζητήσει την κατάλληλη ιατρική φροντίδα, να υποβληθεί σε διάγνωση και να αρχίσει θεραπεία όσο το δυνατόν το ταχύτερο. Τα συμπτώματα της ΦΝΠ μπορεί να ποικίλλουν από άτομο σε άτομο, ανάλογα με το μικροοργανισμό που μολύνει τη γυναίκα και από το τμήμα της περιοχής της πυέλου που έχει προσβληθεί. Ο

πίνακας 3.4. περιλαμβάνει τα τυπικά συμπτώματα της ΦΝΠ, ανάλογα με την περιοχή που έχει προσβληθεί.

Μια εξέταση της πυέλου από ένα γιατρό μπορεί συνήθως να αποκαλύψει τραχηλίτιδα. Ο ανώμαλος πόνος από την πίεση που ασκείται κατά τη δακτυλική εξέταση του γιατρού θεωρείται συνυφασμένος πάντοτε μ' αυτήν. Ο αριθμός των λευκών αιμοσφαιρίων αυξάνεται στο 60% περίπου των γυναικών που πάσχουν από σαλπινγίτιδα. Η μαρτυρία μιας μόλυνσης του κάτω τμήματος της γεννητικής οδού, όπως φαίνεται από το γεγονός κατά το οποίο ο αριθμός των λευκών αιμοσφαιρίων αυξάνεται περισσότερο απ' όλα τα άλλα κύτταρα των τραχηλικών εκκρίσεων, μπορεί να είναι μια χρήσιμη διάγνωση. Περισσότερο από το ένα τρίτο των γυναικών με ΦΝΠ και με οξεία σαλπινγίτιδα θα παρουσιάσουν πυρετό 38°C ή και μεγαλύτερο. Ο πυρετός όμως μπορεί να υποχωρήσει εάν

η ΦΝΠ δε θεραπευθεί καταλλήλως και μπορεί να μην είναι ένα χρήσιμο διαγνωστικό μέσο. Τα δείγματα από το βλεννογόνο του τραχήλου θα πρέπει να καλλιεργηθούν για τη διαπίστωση της *N. Gonorrhoeae* και του *C. Trachomatis*. Μια θετική καλλιέργεια δεν είναι διαγνωστική για τη ΦΝΠ, αλλά είναι σε μεγάλο βαθμό ενδεικτική για το αν υπάρχει διαγνωστική για τη ΦΝΠ, αλλά είναι σε μεγάλο βαθμό ενδεικτική για το αν υπάρχουν και άλλα συμπτώματα.

Η ΦΝΠ που σχετίζεται με τη χρήση μιας ενδομήτριας συσκευής είναι συνήθως βαθμιαία στην εμφάνιση, σπάνια συνοδεύεται από πυρετό και μπορεί να προηγείται από μια δυσσομία των τραχηλικών εκκρίσεων. Η ΦΝΠ που οφείλεται στη *N. Gonorrhoeae* τυπικά εξελίσσεται πιο γρήγορα απ' ότι η ΦΝΠ που οφείλεται σε *clamydia*, και τα συμπτώματα της ΦΝΠ από γονόκοκκο συνοδεύονται συχνά από καταμήνια. Η μητρορραγία (ανώμαλη αιμορραγία κατά τη διάρκεια του καταμήνιου κύκλου) προηγείται ή συμπίπτει με την επέλευση του πόνου, στις 30 ως 40% των γυναικών με ΦΝΠ. Η ΦΝΠ και η σαλπινγίτιδα, όταν συνοδεύονται από μόλυνση με *clamydia*, τείνουν να προκαλέσουν ελαφρότερα συμπτώματα με μεγαλύτερη διάρκεια και μικρότερο πυρετό) απ' αυτά που προκαλούν η απλή ΦΝΠ ή η απλή σαλπινγίτιδα. Η λαπαροσκοπική (ή οπτική) εξέταση των σαλπίνγων των θυμάτων της ΦΝΠ υπαινίσσεται ότι η σαλπινγίτιδα που σχετίζεται με *clamydia* είναι μια πιο σοβαρή φλεγμονώδης αντίδραση παρά αυτή που οφείλεται σε γονόκοκκο.

Παρά το κόστος της, η λαπαροσκοπική εξέταση είναι ο καλύτερος τρόπος για τη διάγνωση της σαλπινγίτιδας που οφείλεται σε ΦΝΠ. Εξετάζοντας τις σαλπινγίτιδας που οφείλεται σε ΦΝΠ. Εξετάζοντας τις σάλπιγγες διαμέσου ενός λαπαροσκοπίου που εισάγεται στην κοιλότητα της κοιλιάς μπορεί να διαγνωσθεί η σαλπινγίτιδα με μεγάλο βαθμό ακρίβειας. Στη λαπαροσκοπική εξέταση, τυπικό σύμπτωμα για τη διάγνωση της σαλπινγίτιδας θεωρείται η τοπική φλεγμονή της σάλπιγγας, που διαπιστώνεται από την ερυθρότητα, τη διόγκωση και την έκκριση ενός πυώδους υγρού από τις προεκβολές των σαλπίγγων που μοιάζουν με δάχτυλα (κροσσούς) ή από την επιφάνεια της σάλπιγγας.

Μόνο το 20% περίπου των γυναικών με σαλπινγίτιδα που σχετίζεται με ΦΝΠ παρουσιάζουν τα κλασικά σημεία και συμπτώματα που αναφέρθηκαν παραπάνω. Η διάγνωση περιπλέκεται ακόμη από το γεγονός ότι η ΦΝΠ μπορεί να μιμηθεί τα συμπτώματα της σκωληκοειδίτιδας, της ενδομητρίωσης ή της εξωμήτριας κύησης. Η έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία είναι βασικές προϋποθέσεις για τη μείωση της πιθανότητας να δημιουργηθούν ουλές. Οι περισσότεροι γιατροί τείνουν να υπερβάλλουν στη διάγνωση και την υποβολή θεραπείας προκειμένου για υποψία ύπαρξης ΦΝΠ και σαλπινγίτιδας. Αυτό, από την ιατρική σκοπιά, δικαιολογείται, απ' τη μια διότι οι επιπλοκές που σχετίζονται με την πρόοδο της νόσου είναι σοβαρές και από την άλλη γιατί ο κίνδυνος από την θεραπεία είναι ασήμαντος. Η ύπαρξη πόνου στο κάτω μέρος της κοιλιάς, που διαρκεί μερικές εβδομάδες, ο πόνος του τραχήλου κατά την εξέταση της πυέλου και η μαρτυρία μόλυνσης στο κάτω μέρος του γεννητικού σωλήνα, σε συνδυασμό με ένα ή περισσότερα «τυπικά συμπτώματα» (π.χ. πυρετό, ανώμαλες εκκρίσεις από τον τράχηλο, ανώμαλη αιμορραγία των καταμηνίων, πόνος κατά την πίεση στην κοιλιά, θετική καλλιέργεια για τη *N.gonorrhoeae* ή για το *C.trachomatis* και μια διόγκωση της μια ή και των δύο σαλπίγγων), προκαλούν μεγάλο βαθμό υποψίας για σαλπινγίτιδα και ΦΝΠ. Οι ιατρικές πληροφορίες που μπορεί να βοηθούν στη διαβεβαίωση μιας διάγνωσης περιλαμβάνουν ένα ιστορικό σεξουαλικής έκθεσης με κάποιον άντρα με ουρηθρίτιδα, ένα γυναικολογικό ιστορικό ενδομητρίωσης, σαλπινγίτιδας ή και έκτοπης εγκυμοσύνης, καθώς και την ύπαρξη ενδομήτριας συσκευής. Μια λογική εκτίμηση των γεγονότων που σχετίζονται με το σεξουαλικό ιστορικό, το ιατρικό ιστορικό και την τωρινή κλινική κατάστασή θα πρέπει να οδηγήσει, στις περισσότερες περιπτώσεις, σε μια ακριβή διάγνωση. Η μη σωστή

διάγνωση θα έχει αποτέλεσμα τη μη κατάλληλη θεραπεία ή την καθόλου θεραπεία κατά την πρόοδο της ΦΝΠ και την ανάπτυξη σοβαρών ιατρικών επιπλοκών.

3.4.4.ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΗΣ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΟΥΣ ΝΟΣΟΥ ΤΗΣ ΠΥΕΛΟΥ

Τα σοβαρότερα επακόλουθα της σαλπινγίτιδας που σχετίζονται με τη ΦΝΠ είναι η απόφραξη και των δύο σαλπίγγων –Λόγω της δημιουργίας ουλών- και η στέρωση. Ένα απλό επεισόδιο φλεγμονής των σαλπίγγων έχει αποτέλεσμα την απόφραξη των σαλπίγγων και την επακόλουθη στέρωση από 11 έως 17% των γυναικών. Η συχνότητα της στέρωσης φαίνεται ότι σχετίζεται με την ηλικία και τον αριθμό των επεισοδίων της σαλπινγίτιδας. Μια μελέτη αποκάλυψε συχνότητα στέρωσης λόγω απόφραξης των σαλπίγγων στο 14% για γυναίκες από 15 έως 24 ετών. Για γυναίκες ηλικίας από 25 έως 36 ετών, η συχνότητα της στέρωσης που οφειλόταν δευτεροπαθώς σε απόφραξη των σαλπίγγων ήταν 26%. Γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας είναι πιθανότερο να παρουσίασαν περισσότερα από ένα επεισόδια σαλπινγίτιδας. Σε μια άλλη μελέτη, γυναίκες που υπέστησαν ένα μόνο επεισόδιο σαλπινγίτιδας είχαν μια συχνότητα στέρωσης 11%. Δυο επεισόδια σαλπινγίτιδας προκάλεσαν μια συχνότητα στέρωσης 23%. Τρία ή περισσότερα επεισόδια σαλπινγίτιδας μπορεί να προκαλέσουν συχνότητα στέρωσης από 55-75%.

Μια άλλη επιπλοκή της φλεγμονώδους νόσου της πυέλου, που σχετίζεται με τη δημιουργία ουλών στις σάλπιγγες, χωρίς όμως απόφραξη, είναι η εξωμήτρια κύηση (σαλπινγική κύηση). Οι 4-5% περίπου από τις γυναίκες που αναπτύσσουν σαλπινγίτιδα ως συστατικό της ΦΝΠ και που στη συνέχεια καθίστανται έγκυες, θα παρουσιάσουν μια εξωμήτρια κύηση. Αυτό αντιπροσωπεύει μια συχνότητα εξωμήτριας κύησης που είναι από 6 έως 10 φορές μεγαλύτερη σε σχέση με τις γυναίκες που δεν είχαν προσβληθεί από μολύνσεις της πυέλου.

Η μεγάλης διάρκειας επιπλοκές της ΦΝΠ μετά από τη θεραπεία και την ανάνηψη μπορεί να περιλαμβάνουν χρόνιο πόνο στην κοιλιά, διαταραχές των καταμηνίων και επώδυνη σεξουαλική επαφή. Η συχνότητα υποτροπιάζουσας σαλπινγίτιδας μετά από θεραπεία μπορεί να φθάσει από 15-25%. Μια γυναίκα που προσβλήθηκε από ΦΝΠ δεν παρουσιάζει ανοσία σε νέα προσβολή. Η επαναμόλυνση είναι πιθανή, εκτός εάν μεταβληθεί ο τρόπος ζωής. Το ψυχολογικό τραύμα, ο χρόνος στην εργασία κα το

κόστος της ιατρικής και της μετέπειτα φροντίδας προξενούν επίσης μεγαλύτερο πρόβλημα.

3.4.5.Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΟΥΣ ΝΟΣΟΥ ΤΗΣ ΠΥΕΛΟΥ

Θεραπευτικοί Στόχοι

Οι δυο κυριότεροι σκοποί της θεραπείας είναι η ανακούφιση από τα συμπτώματα και η διατήρηση της λειτουργικής ικανότητας των σαλπίνγων. Αυτό επιτυγχάνεται καλύτερα με την έγκαιρη διάγνωση και την έναρξη έντονης αντιβιοτικής θεραπείας. Και η έγκαιρη διάγνωση και η αποτελεσματική θεραπεία είναι αναγκαίες για την πρόληψη βλάβης των σαλπίνγων και των επακόλουθο κίνδυνο μιας εξωμήτριας κύησης. Η συχνότητα των θεραπευτικών αποτυχιών φθάνει από 15-25%. Αυτό όμως δεν είναι ικανοποιητικό. Χρειάζονται συνειδητές προσπάθειες, περισσότερο επιθετικές και αποτελεσματικές για τη θεραπεία των προσβλημένων από ΦΝΠ. Αυτό μπορεί να απαιτεί την εισαγωγή σε νοσοκομείο, σε μερικές περιπτώσεις.

Η θεραπεία των ασθενών με ΦΝΠ

Πολλές και διάφορες θεραπευτικές διαδικασίες μπορεί να αποδειχθούν αποτελεσματικές για τη γυναίκα που έχει εισαχθεί σε νοσοκομείο. Μια θεραπεία που έχει αποδειχθεί αποτελεσματική εναντίον ενός ευρέος φάσματος βακτηριδίων(π.χ. της *N. gonorrhoeae* και του *C. trachomatis*) συνιστάται στο συνδυασμό δοξυκυκλίνης (Vibramycin) -100mg που χορηγούνται δυο φορές τη μέρα ενδοφλεβίως- με cefoxitin (Mefoxin)- 2,0 γρ τέσσερις φορές τη μέρα ενδοφλεβίως. Η διαδικασία αυτή θα πρέπει να συνεχίζεται τουλάχιστον για τέσσερις μέρες και οπωσδήποτε για 48 ώρες μετά τη βελτίωση της κατάστασης της γυναίκας. Η δοξυκυκλίνη (Vibramycin) θα πρέπει να συνεχίζεται και μετά την αποχώρηση από το νοσοκομείο, ώστε να συμπληρωθεί μια θεραπεία 10 έως 14 ημερών, με μια δόση από το στόμα 100mg, δυο φορές τη μέρα.

Μια νοσοκομειακή φαρμακευτική αγωγή – που όμως δεν είναι ιδιαίτερα χρήσιμη για τη θεραπεία της ΦΝΠ όταν οφείλεται σε *C. trachomatis* ή σε *N. gonorrhoeae* , αλλά που μπορεί να συνιστάται για τη θεραπεία μολύνσεων στην περιοχή της πυέλου που οφείλονται σε άλλους μικροοργανισμούς- περιλαμβάνει clindamycin (Cleocin), 600mg τέσσερις φορές τη μέρα ενδοφλεβίως, και gentamicin (Garamycin), 2,0mg ανά χιλιόγραμμο βάρους, που χορηγείται ενδοφλεβίως και που ακολουθείται από 1,5 mg

ανά χιλιόγραμμο βάρους τρεις φορές μέρα ενδοφλεβίως. Οι δόσεις αυτές, που συνιστώνται μόνο για γυναίκες με κανονική νεφρική λειτουργία, θα πρέπει να συνεχίζονται για τέσσερις τουλάχιστον μέρες και για οπωσδήποτε 48 ώρες μετά τη βελτίωση της κατάστασης της γυναίκας. Η clindamycin (Cleocin) θα πρέπει να συνεχίζεται μετά την αποχώρηση από το νοσοκομείο με μια δόση 450 mg από το στόμα, τέσσερις φορές τη μέρα, για τη συμπλήρωση μιας θεραπευτικής αγωγής για 10 έως 14 μέρες.

Μια νοσοκομειακή φαρμακευτική αγωγή (που γενικά συνιστάται για τη θεραπεία του *C. trachomatis*, όχι όμως και για τη *N. Gonorrhoeae*) είναι δοξυκυκλίνη (Vibramycin), 100mg δυο φορές τη μέρα ενδοφλεβίως, με metronidazole (Flagyl), 1,0 γρ. δυο φορές τη μέρα ενδοφλεβίως. Αυτή η αγωγή θα πρέπει να συνεχισθεί για τέσσερις τουλάχιστον μέρες και οπωσδήποτε για 48 ώρες ακόμα, αφού αρχίσει η βελτίωση της κατάστασης της γυναίκας. Μετά την έξοδο από το νοσοκομείο και τα δυο φάρμακα πρέπει να συνεχισθούν αλλά από το στόμα, στις ίδιες όμως δόσεις όπως και όταν γινόταν ενδοφλέβια η χορήγηση τους. Η από το στόμα αγωγή πρέπει να συνεχισθεί για 10 ως 14 μέρες, ώστε να ολοκληρωθεί η θεραπεία.

Θεραπεία των σεξουαλικών συντρόφων γυναικών με ΦΝΠ

Κανονικά και ο σεξουαλικός σύντροφος μιας γυναίκας με ΦΝΠ θα πρέπει να υπόκειται σε θεραπεία. Συχνά οι άντρες σεξουαλικοί σύντροφοι δεν παρουσιάζουν συμπτώματα , αλλά μπορεί να είναι φορείς του *C. trachomatis* ή της *N. Gonorrhoeae*. Οι άντρες θα πρέπει να παροτρύνονται να επισκεφτούν γιατρό ή ένα τοπικό κέντρο υγείας για εξέταση . Θα πρέπει να θεραπεύονται εάν είχαν σεξουαλικές σχέσεις με μια γυναίκα που υπήρξε θύμα ΦΝΠ κατά τη διάρκεια των 6 ως 12 προηγούμενων εβδομάδων. Οι άντρες θα πρέπει να παίρνουν μίαν από τις εξής θεραπείες:

1. Δοξυκυκλίνη (Vibramycin), κάψουλες των 100 mg από το στόμα, δυο φορές τη μέρα, για επτά μέρες.
2. Τετρακυκλίνη (AchromycinV, Sumycin, Tetracycl), 1 κάψουλα των 500mg από το στόμα, τέσσερις φορές τη μέρα, για επτά μέρες.
3. Ερυθρομυκίνη (E-Mycin, ERYC, Ilosone, Ethril, Wyamycin E), 1 ταμπλέτα των 500 mg από το στόμα, τέσσερις φορές τη μέρα για επτά μέρες.

3.4.6. ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΟΥΣ ΝΟΣΟΥ ΤΗΣ ΠΥΕΛΟΥ

Διάφορες μέθοδοι αγωγής και πολλά κλινικά μέτρα μπορούν να ληφθούν για την πρόληψη της ΦΝΠ. Σ' αυτά συμπεριλαμβάνονται:

1. Αποφυγή συνουσίας με πολλούς σεξουαλικούς συντρόφους. Μια τέτοια δραστηριότητα αυξάνει πολύ την πιθανότητα πρόσκτησης μιας σεξουαλικά μεταδιδόμενης μόλυνσης, που μπορεί να εξελιχθεί σε φλεγμονώδη νόσο της πυέλου.
2. Αποφυγή χρήσης ενδομήτριων συσκευών. Οι χρήστριες των συσκευών έχουν 2 έως 4 φορές περισσότερες πιθανότητες φλεγμονών της πυέλου σε σχέση με τις μη χρήστριες. Οι γυναίκες θα πρέπει να λάβουν υπόψη τους τη χρήση αντισυλληπτικών από το στόμα ή τις διάφορες άλλες μεθόδους παρεμπόδισης της σύλληψης (όπως είναι το προφυλακτικό, το διάφραγμα, ο αφρός, οι κρέμες το ζελέ ο αντισυλληπτικός σπόγγος), γιατί ο κίνδυνος ΦΝΠ από τη χρήση αυτών των μεθόδων αντισύλληψης μειώνεται κατά το 1/3 ως το 1/2, έναντι αυτού που διατρέχουν οι χρήστριες ενδομήτριων συσκευών. Σεξουαλικά δραστήριες νεαρές κοπέλες και νέες γυναίκες που δεν έχουν γεννήσει δεν είναι ιδανικές υποψήφιες για ενδομήτριες συσκευές.
3. Θεραπεία των μολύνσεων της κατώτερης γεννητικής οδού κατάλληλα και αποτελεσματικά, γιατί αυτές οι μολύνσεις συνήθως προηγούνται και μπορεί να οδηγήσουν σε μολύνσεις της ανώτερης γεννητικής οδού και σε ΦΝΠ.
4. Χορήγηση αντιβιοτικών προφυλακτικά (προτού εμφανισθούν συμπτώματα μόλυνσης), έπειτα από μια διαγνωστική ή χειρουργική διαδικασία στον τράχηλο ή στη μήτρα. Ο φυσικός χειρισμός του γεννητικού συστήματος της γυναίκας μπορεί να προκαλέσει την εισαγωγή μικροβίων της περιοχής του τραχήλου, μέσα στην ανώτερη γεννητική οδό.
5. Θεραπεία των σεξουαλικών συντρόφων των θυμάτων της ΦΝΠ. Οι άντρες σεξουαλικοί σύντροφοι μπορεί να είναι φορείς μολυσματικών μικροοργανισμών, αλλά μπορεί να μην έχουν συμπτώματα γονόρροιας (βλενόρροιας), μολύνσεων από Chlamydia ή άλλων σεξουαλικά μεταδιδόμενων νόσων. Θα πρέπει δε να θεραπεύονται σύμφωνα με τις οδηγίες που παρατέθηκαν προηγουμένως στο κεφάλαιο αυτό.
6. Έλεγχος των μολύνσεων από γονόκοκκο και χλαμύδια. Οι μολύνσεις από γονόκοκκο και χλαμύδια οδηγούν στις περισσότερες περιπτώσεις σε ΦΝΠ εάν δε

θεραπευτούν κατάλληλα. Η ταχεία και αποτελεσματική διάγνωση και θεραπεία, όταν εμφανίζονται συμπτώματα μόλυνσης της γεννητικής οδού στη γυναίκα, έχουν μεγάλη σημασία για τον έλεγχο της ΦΝΠ.

3.5.ΤΡΙΧΟΜΟΝΑΔΑ ΤΟΥ ΚΟΛΠΟΥ

3.5.1.ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η τριχομονάδα του κόλπου είναι ένα συνηθισμένο παράσιτο που τρέφεται με ζωντανά κύτταρα και ανευρίσκεται και στους άντρες και στις γυναίκες. Μπορεί να προκαλέσει φλεγμονές του κόλπου σ' ένα μεγάλο αριθμό γυναικών, ιδιαίτερα όταν οι συνθήκες υγιεινής πρακτικής είναι χαμηλού βαθμού. Η τριχομονάδα του κόλπου μπορεί επίσης να μολύνει την ουρογεννητική οδό του άντρα. Ο μικροοργανισμός μεταδίδεται συνήθως κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής επαφής. Εντούτοις, μολύνσεις μπορεί επίσης να παρουσιασθούν από την κοινή χρήση μολυσμένων πετσετών, συσκευών έκπλυσης, από μη αποστειρωμένα εργαλεία κατά την εξέταση της πυέλου. Τα περισσότερα άτομα που μολύνονται από την τριχομονάδα του κόλπου παρουσιάζουν ελάχιστη ή μετρίου βαθμού ενόχληση. Είναι αναγκαίο να θεραπεύονται οι σεξουαλικοί σύντροφοι, ώστε να εξαλειφθεί ικανοποιητικά ο μικροοργανισμός και να προληφθεί η επαναμόλυνση ενός σεξουαλικού συντρόφου από τον άλλον.

Πριν να βρεθούν αποτελεσματικά φάρμακα, η τριχομονάδα του κόλπου μόλυνε πολλά εκατομμύρια γυναικών και αντρών. Ακόμη και τώρα, γίνεται διάγνωση για 3 περίπου εκατομμύρια νέες μολύνσεις κάθε χρόνο στις Η.Π.Α.. Το 20-30% όλων των περιπτώσεων της μολυσματικής κολπίτιδας οφείλεται σε τριχομονίαση, δηλαδή στη μόλυνση που προκαλείται από το μικροοργανισμό *Trichomonas vaginalis*. Επειδή το πρόβλημα είναι τόσο διαδομένο και τα οικονομικά βάρη μεγάλα (επισκέψεις γιατρών, φαρμακευτικές δαπάνες και απώλεια χρόνου). η ολοκληρωμένη αναγνώριση της νόσου αυτής καθώς και ο προσδιορισμός της θεραπείας της είναι αναγκαία.

3.5.2.Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΚΟΛΠΙΤΙΔΑΣ

Η κολπίτιδα ορίζεται ως μία φλεγμονή ή/και μόλυνση του κόλπου. Μπορεί να έχουν προσβληθεί οι εκκρίσεις του κόλπου και τα κύτταρα που επιστρώνουν τον κόλπο. Ο κόλπος είναι ένας σωλήνας με πολλές πτυχές που οδηγεί από το έξω

γεννητικό όργανο στη μήτρα της γυναίκας. Χρησιμεύει για τη διέλευση του εμβρύου από τη μήτρα στον έξω κόσμο, κατά τη διαδικασία της γέννησης.

Όταν μια γυναίκα προσβληθεί από κολπίτιδα, το έξω γεννητικό όργανο (αιδοίο) μπορεί να έχει ή να μην έχει προσβληθεί. Μια γυναίκα που παραπονείται για κολπίτιδα θα παρουσιάσει μερικά ή όλα από τα εξής συμπτώματα: εκκρίσεις από τον κόλπο με δυσσομία, κνησμό στον κόλπο, επώδυνη ούρηση ή επώδυνη συνουσία. Μια έκκριση από τον κόλπο δε σημαίνει υποχρεωτικά ότι υπάρχει κάποια μόλυνση.

3.5.3.Η ΑΝΤΙΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΚΟΛΠΟΥ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΦΛΕΓΜΟΝΩΝ

Ο φυσιολογικός κόλπος αντιστέκεται συνήθως στη μόλυνση από τους διάφορους μικροοργανισμούς, ιδιαίτερα κατά το χρονικό διάστημα της ήβης έως την εμμηνόπαυση. Κατά τη διάρκεια του χρονικού αυτού διαστήματος τα οιστρογόνα που παράγονται στο σώμα διατηρούν το πάχος των επιθηλιακών κυττάρων του κόλπου. Το pH (η όξινη περιεκτικότητα) του κόλπου κανονικά κυμαίνεται από 3,8 ως 4,2. Ένα pH ανάμεσα σε 3,5 ως 5 συμβιβάζεται με την υγιεινή κατάσταση του κόλπου. Η οξύτητα αυτή παρεμποδίζει την ανάπτυξη των περισσότερων νόσων που προκαλούνται από μικροοργανισμούς και διατηρείται με την παραγωγή οξέων κατά τη διάσπαση του γλυκογόνου (ενός υδατάνθρακα) από τα μικρόβια (βάκιλο του Doderlein) που κανονικά υπάρχουν στον κόλπο. Ακόμη το παχύ επιθήλιο του κόλπου ενεργεί ως προφυλακτικό μέσο στην είσοδο των μικροβίων, συμβάλλοντας έτσι στην υγιεινή του κόλπου. Καθετί που επηρεάζει το pH του κόλπου, την παραγωγή του οιστρογόνου ή τη συγκέντρωση του βακίλου του Doderlein, θα μειώσει την κανονική αντίσταση στη μόλυνση.

3.5.4.ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΥΜΒΑΛΟΥΝ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΗΣ ΚΟΛΠΙΤΙΔΑΣ

Πολλοί παράγοντες έχουν ενοχοποιηθεί ότι συμβάλλουν στην ανάπτυξη της κολπίτιδας, όπως είναι η κακή υγιεινή του κόλπου, η έντονη σεξουαλική δραστηριότητα, οι σεξουαλικές μεταδιδόμενες νόσοι, τα ξένα σώματα, η εγκυμοσύνη, τα πολύ στενά εφαρμοσμένα εσώρουχα, οι εναλλακτικές ικανότητες του οργανισμού στην αντιμετώπιση των μικροοργανισμών λόγω της λήψης φαρμάκων ή της λήψης φαρμάκων ή της ύπαρξης νόσων και η καταστολή των κανονικά ευρισκόμενων στον

κόλπο μικροοργανισμών λόγω της χρήσης αντιβιοτικών. Οι μεγαλύτερες αιτίες της μολυσματικής κολπίτιδας είναι οι μύκητες όπως το *Candida albicans* και το *Trichomonas vaginalis* (ένα μονοκύτταρο πρωτοζωικό παράσιτο).

Πολλές γυναίκες αγοράζουν προϊόντα έκπλυσης της γεννητικής χώρας, που διαφημίζονται ως παρασκευάσματα υγιεινής φροντίδας. Τα χρησιμοποιούν για την καθαριότητα της περιοχής του κόλπου, ως αποσμητικά, αλλά και ως ανακουφιστικά από την κνίδωση, την καυσιαλγία, και την απομάκρυνση των εκκρίσεων ή των απεκκρίσεων και για ψυχολογικούς λόγους. Πολλά από τα συστατικά των παρασκευασμάτων αυτών μπορεί να προκαλέσουν ερεθισμό της γεννητικής περιοχής που ενδέχεται να οδηγήσει σε συμπτώματα όμοια με αυτά της κολπίτιδας. Επίσης αποσμητικά σπρέι αποκλειστικά για γυναίκες, όταν δε χρησιμοποιούνται κατάλληλα, μπορεί να προκαλέσουν αιδοιοκολπικό ερεθισμό. Ο κνησμός του κόλπου και η καυσιαλγία μπορεί να είναι συμπτώματα μολυσματικής κολπίτιδας και δε θα πρέπει να αντιμετωπίζονται με προϊόντα χωρίς τη συμβουλή και τη συνταγή γιατρού.

3.5.5. ΜΟΛΥΝΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΤΡΙΧΟΜΟΝΑΔΑ ΤΟΥ ΚΟΛΠΟΥ

ΑΙΤΙΑ ΚΑΙ ΕΝΤΟΠΙΣΗ ΤΗΣ ΜΟΛΥΝΣΗΣ

Το *Trichomonas vaginalis* ανήκει σε μια ομάδα μικροσκοπικών οργανισμών που ονομάζονται τριχομονάδες. Αυτά τα παρασιτικά μονοκύτταρα πρωτόζωα έχουν μικρές προεκβολές σαν βλεφαρίδες, με τη βοήθεια των οποίων κινούνται. Μια μόλυνση με το μικροοργανισμό αυτό δεν επιφέρει ανοσία ή αντίσταση σε μελλοντικές μολύνσεις.

Ο μικροοργανισμός αναπτύσσεται καλύτερα σε ένα περιβάλλον που στερείται οξυγόνο. Το άριστο pH για την ανάπτυξη του είναι 5,5 έως 6,0. Το *Trichomonas vaginalis* δεν μπορεί να ζήσει στο όξινο pH που υπάρχει στον κόλπο μετά την ήβη και πριν από την εμμηνόπαυση της γυναίκας. Ο μικροοργανισμός έχει ανευρεθεί ζωντανός σε άψυχα αντικείμενα για χρονικό διάστημα 60 έως 90 λεπτών, στο ούρο για τρεις ώρες, στο υγρό του σπέρματος για 6 ώρες και σε κολυμβητήρια και τουαλέτες μετά από 24 ώρες.

Τα *Trichomonas vaginalis* δε θεωρείται ως ένα κανονικά ανευρισκόμενο μικρόβιο στον κόλπο της γυναίκας ή στο κατώτερο μέρος του ουροποιητικού σωλήνα του άντρα. Ο μικροοργανισμός αυτός είναι περισσότερο πιθανό να ανευρεθεί σε άτομα που έχουν μολυνθεί και με άλλες σεξουαλικά μεταδιδόμενες νόσους. Παρουσιάζεται

επίσης πολύ συχνά στις πόρνες και στις φυλακισμένες γυναίκες. Οι 10% περίπου των γυναικών μπορεί να είναι φορείς χωρίς να παρουσιάζουν κανένα σύμπτωμα. Επειδή οι περισσότεροι από τους άντρες που έχουν μολυνθεί δεν παρουσιάζουν συμπτώματα, δεν είναι γνωστό πόσοι άντρες φιλοξενούν το μικροοργανισμό αυτό.

Το μικρόβιο φιλοξενείται σε πολλές ουρογεννητικές περιοχές του άντρα και της γυναίκας. Εκτός από τον κόλπο, ο μικροοργανισμός μπορεί να ανευρεθεί στην ουρήθρα, την κύστη, το ορθόν και τους περιουρηθρικούς αδένες της γυναίκας. Οι περιουρηθρικοί αδένες (αδένες του Skene) περιβάλλουν την ουρήθρα της γυναίκας και είναι ανάλογο του προστάτη του άντρα. Στον άντρα, το *Trichomonas vaginalis* ανευρίσκεται στους σπέρματοδόχους πόρους, τον προστάτη και την ουρήθρα. Κάθε τοπική θεραπεία είναι πιθανό να αποτύχει, διότι ο μικροοργανισμός κατοικεί σε πολλούς ιστούς του κατώτερου τμήματος της ουροποιητικής οδού.

3.5.6.ΣΗΜΕΙΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΤΡΙΧΟΜΟΝΑΔΑΣ ΤΟΥ ΚΟΛΠΟΥ

ΜΟΛΥΝΣΗ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ

Γυναίκες που αναπτύσσουν μολύνσεις από τριχομονάδα του κόλπου, εμφανίζουν συχνά μια ποικιλία συμπτωμάτων. Η μόλυνση θεωρείται ότι είναι μια χρόνια κατάσταση που υποχωρεί κατά περιόδους σε μερικές γυναίκες. Είναι γεγονός ότι αρκετές γυναίκες φιλοξενούν το μικροοργανισμό αυτό για περισσότερα από 20 χρόνια. Οι μολύνσεις μπορεί να σημειωθούν αμέσως μετά τα καταμήνια ή κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Πάνω από το 50% των μολυσμένων ασθενών (αντρών και γυναικών) μπορεί να μην αναπτύξουν συμπτώματα. Πάντως είναι πιθανότερο στις γυναίκες να αναπτυχθούν συμπτώματα, παρά στους άντρες. Μπορεί να παρουσιασθεί διόγκωση των ιστών του αιδοίου, καθώς και έντονος κνησμός. Γυναίκες με τριχομονίαση έχουν συχνά μια δύσοσμη έκκριση από τον κόλπο, που μπορεί να είναι υδαρής, αφρώδης, πρασινωπή, σταχτιά ή κιτρινωπή. Η έκκριση μπορεί να είναι αρκετά μεγάλη και να δημιουργήσει παράπονα από τη γυναίκα ότι είναι πάντοτε υγρή. Ο ερεθισμός από τις εκκρίσεις μπορεί να προκαλεί επώδυνη ούρηση ή συνουσία.

ΜΟΛΥΝΣΗ ΤΩΝ ΑΝΤΡΩΝ

Οι περισσότεροι άντρες που μολύνονται από το *Trichomonas vaginalis* δεν παρουσιάζουν κανένα σύμπτωμα. Υπολογίζεται ότι μόνο το 12% των αντρών θα

παρουσιάσει συμπτώματα τέτοια, όπως καύσο στην ουρήθρα και ερεθισμό μετά την ούρηση ή και μετά τη συνουσία. Το μικρόβιο αυτό έχει ενοχοποιηθεί από αρκετούς κλινικούς γιατρούς για πολυάριθμες άλλες καταστάσεις που προσβάλλουν τον άντρα. Σ' αυτές περιλαμβάνονται ουρηθρικές στενώσεις, μολύνσεις της ουρήθρας, της επιδιδυμίτιδας και του προστάτη, έλκη στο πέος και στειρότητα του άντρα.

Είναι πολύ σπουδαίο να ληφθεί υπόψη ότι –σε πείσμα της έλλειψης συμπτωμάτων– οι περισσότεροι άντρες που έχουν σεξουαλική επαφή με γυναίκες που πάσχουν από τριχομονάδες, θα φιλοξενούν κατά συνέπεια αυτόν το μικροοργανισμό. Άρα, ο άντρας που παρουσιάζει μια έκκριση από την ουρήθρα θα πρέπει να έχει την ανάλογη ιατρική φροντίδα. Η γονόρροια (βλεννόρροια) στον άντρα συνοδεύεται συχνά με μια έκκριση από την ουρήθρα. Και άλλες σεξουαλικά μεταδιδόμενοι νόσοι μπορεί επίσης να προκαλέσουν έκκριση από την ουρήθρα. Οι μολύνσεις από *clamydia* και από άλλα αίτια μη γονοκοκκικής ουρηθρίτιδας μπορεί να συνοδεύονται με έκκριση. Το *Trichomonas vaginalis* μπορεί να προκαλέσει μια λεπτή, λευκωπή έκκριση από την ουρήθρα στο 10%

Περίπου των αντρών που μολύνθηκαν από το μικροοργανισμό. Η έκκριση μπορεί να είναι άφθονη και σε σπάνιες περιπτώσεις να μοιάζει με πύο.

3.5.7. ΔΙΑΓΝΩΣΗ

- Άμεση μικροσκόπηση (70 % ευαισθησία)
- Καλλιέργεια (σπάνια χρειάζεται, αποτέλεσμα σε 5 – 7 ημέρες).

3.5.8. Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΜΟΛΥΝΣΗΣ ΑΠΟ ΤΟ TRICHOMONAS VAGINALIS

ΤΟΠΙΚΗ ΕΦΑΡΜΟΓΗ

ΑΝΤΙΜΟΛΥΣΜΑΤΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Επειδή οι τριχομονάδες φιλοξενούνται σε πολλές περιοχές της γεννητικής οδού του άντρα και της γυναίκας, οι τοπικές εφαρμογές αντιμικρόβιακών κρεμών ή ζελέ του κόλπου είτε η χρήση φαρμακευτικών εκπλύσεων γενικά δε θα αποδειχθούν αποτελεσματικές. Η χρήση τέτοιων προϊόντων μπορεί προσωρινά να ανακουφίσει από τα συμπτώματα της τριχομονιάσης, αλλά δε θα εξαλείψει το μικροοργανισμό. Η

μόλυνση με το *Trichomonas vaginalis* πρέπει να θεραπεύεται με λήψη φαρμάκων από το στόμα, που χορηγούνται μόνο με συνταγή γιατρού.

Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΥ ΣΥΝΤΡΟΦΟΥ ΕΝΟΣ ΑΤΟΜΟΥ ΜΕ ΜΟΛΥΝΣΗ ΑΠΟ ΤΟ TRICHOMONAS VAGINALIS

Άντρες και γυναίκες που έχουν τριχομονάδες θα πρέπει να θεραπεύονται κατάλληλα για την εξάλειψη του μικροοργανισμού από την ουρογεννητική οδό. Έχει υπολογισθεί ότι το 30-80% περίπου από τις σεξουαλικές επαφές των μολυσμένων γυναικών θα φιλοξενήσουν το μικροοργανισμό. Εάν ο άντρας ή η γυναίκα σεξουαλική σύντροφος δε θα θεραπευτεί, αυτός ή αυτή θα ενεργεί ως μια πηγή επαναμόλυνσης για το σεξουαλικό σύντροφο κατά τη διάρκεια της συνουσίας. Οπότε μια σεξουαλικά μεταδιδόμενη νόσος είναι αιτία κολπίτιδας, όλοι οι άντρες σεξουαλικοί σύντροφοι θα πρέπει να βρεθούν και να θεραπευτούν. Από την άλλη μεριά, εάν διαγνωστεί ο μικροοργανισμός πρώτα σε έναν άντρα, η γυναίκα σεξουαλική σύντροφος θα πρέπει να θεραπευθεί επίσης, ακόμη και αν δεν υπάρχουν εμφανή συμπτώματα.

ΤΟ ΦΑΡΜΑΚΟ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΓΙΑ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ ΜΟΛΥΝΣΕΩΝ ΑΠΟ TRICHOMONAS VAGINALIS

Η metronidazole (Flagyl, Protostat, Metryl) παραμένει το φάρμακο επιλογής για τη θεραπεία του *Trichomonas vaginalis*. Φονεύει τριχομονάδες και άλλους μικροοργανισμούς, καθώς επίσης και την αμοιβάδα και μερικά άλλα βακτηρίδια. Το φάρμακο αυτό χορηγείται με συνταγή και προσφέρεται με ενδοφλέβια χρήση ή σε δισκία των 250 και των 500 mg.

Η ΣΥΜΒΑΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΕ ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΤΗ ΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η συνηθισμένη παραδεκτή θεραπεία για άντρες και γυναίκες είναι η χορήγηση 250 mg metronidazole από το στόμα τρεις φορές τη μέρα, για επτά μέρες. Εντούτοις, παρά την επιτυχία αυτού του είδους θεραπείας, διαπιστώθηκε ότι η θεραπεία με μια απλή δόση είναι σχεδόν εξίσου αποτελεσματική και συνιστάται τώρα ως αρχική θεραπεία. Η θεραπεία με απλή δόση περιλαμβάνει τη χορήγηση μιας καθορισμένης ποσότητας του φαρμάκου μόνο μια φορά. Δύο γραμμάρια (2.000 mg) metronidazole (οκτώ δισκία των 250 mg ή τέσσερα δισκία των 500 mg) χορηγούνται δύο φορές για τον άντρα ή τη γυναίκα σε απλή δόση. Η συνηθισμένη θεραπευτική επιτυχία με τη διαδικασία της απλής θεραπευτικής δόσης καλύπτει το 95% περίπου και πλησιάζει την επιτυχία της θεραπείας με τις πολλές δόσεις ημερησίως. Η θεραπεία της μιας δόσης προσφέρει τα

πλεονεκτήματα του μειωμένου κόστους και αυξάνει την αποδοχή του ασθενή όσον αφορά τη λήψη των φαρμάκων λόγω ευκολίας. Είναι αρκετά γνωστό ότι όταν οι δόσεις ενός φαρμάκου είναι πολλές και το διάστημα της θεραπείας μακρύ, αυξάνεται η πιθανότητα να παραλειφθούν μερικές δόσεις. Αυτό μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα μια μη αποτελεσματική θεραπεία. Η θεραπεία των επτά ημερών, αν και ίσως είναι περισσότερο αποτελεσματική από τη θεραπεία της απλής δόσης, έχει συσχετισθεί με τη μεταβολή της χλωρίδας του κόλπου και απ' αυτό με την ανάπτυξη κολπίτιδας σε μερικές γυναίκες, που οφείλεται στο *Candida albicans* (μύκητα).

Η θεραπεία με απλή δόση metronidazole προσφέρει το πλεονέκτημα της ευκολίας, της συμμόρφωσης στις ιατρικές επιταγές και του μειωμένου κόστους μπορεί, όμως, και να συνοδεύεται από μειονεκτήματα. Είναι δυνατόν να παρουσιασθούν ναυτία και εμετός, αλλά η συχνότητα είναι πιθανόν λίγο μεγαλύτερη απ' αυτήν που παρατηρείται με τη θεραπεία των επτά ημερών. Έχουν γίνει υπαινιγμοί ότι η διαδικασία της απλής δόσης μπορεί να συνοδεύεται από αυξημένη συχνότητα επαναμολύνσεων, ιδιαίτερα όταν ο σεξουαλικός σύντροφος δεν έχει θεραπευθεί.

Απλές δόσεις metronidazole, μικρότερες των 2,0 γραμμαρίων, έχουν χρησιμοποιηθεί επίσης για τη θεραπεία της κολπίτιδας από τριχομονάδες. Μικρότερες δόσεις του 1,5 ή 1,0 γρ. έχουν μελετηθεί, αλλά ο βαθμός της θεραπείας δε φαίνεται να είναι τόσο μεγάλος όσο με την απλή δόση των 2,0 γρ. ή με τη διαδικασία των πολλών δόσεων που διαρκεί επτά μέρες. Σε μια μελέτη, απλές δόσεις του 1,0 γρ. είχαν επιφέρει θεραπευτικά αποτελέσματα μόνο κατά 55% (σε 42 από 77 ασθενείς).

METRONIDAZOLE ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ

Η metronidazole έχει αποδειχθεί πειραματικά ότι είναι καρκινογόνος (αιτία καρκίνου) για τα τρωκτικά, καθώς και ότι προκαλεί μετάλλαξη στο βακτηρίδιο σαλμονέλα και στους μύκητες. Παρά την εμφάνιση όγκων στους πνεύμονες των ποντικών και στους μαστούς θηλυκών αρουραίων στους οποίους χορηγήθηκε metronidazole, δεν υπάρχει μαρτυρία που να ενοχοποιεί το φάρμακο αυτό ως αίτιο πρόκλησης καρκίνου στους ανθρώπους. Το 1979 μια ομάδα ερευνητών από την κλινική Μάγιο μελέτησαν 771 γυναίκες που πήραν metronidazole για τριχομονάδα του κόλπου. Οι ερευνητές αυτοί συμπέραναν ότι οι γυναίκες δεν είχαν κάποιον αξιόλογο κίνδυνο ανάπτυξης οποιασδήποτε μορφής καρκίνου όταν επανεξεταστήκαν, 10 χρόνια μετά από τη χορήγηση της θεραπείας.

ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΤΗΣ METRONIDAZOLE

Μπορεί να παρατηρηθεί κάποια μεταλλική γεύση στους ασθενείς που παίρνουν τη metronidazole. Η αντίδραση αυτή είναι περισσότερο πιθανό να παρατηρηθεί έπειτα από τη χορήγηση μιας μεγάλης απλής δόσης. Μεταλλικές ουσίες (προϊόντα διάσπασης) του φαρμάκου μπορεί να προσδώσουν σκοτεινό χρώμα στα ούρα (από σκοτεινό κίτρινο έως καφετί). Η μεταβολή του χρώματος των ούρων δε θα πρέπει να προκαλέσει ανησυχία. Μια τέτοια αντίδραση μπορεί να συσχετίζεται με τη χρήση οινοπνευματωδών ποτών μετά από τη λήψη του φαρμάκου. Το άτομο που παίρνει το φάρμακο μπορεί να παρουσιάσει κράμπες στο στομάχι, ναυτία, εμετό, πονοκέφαλο ή ερυθρότητα του προσώπου. Τα συμπτώματα αυτά παρουσιάζονται επειδή η metronidazole παρεμβαίνει στο μεταβολισμό του οινοπνεύματος. Η χρήση οινοπνευματωδών ουσιών θα πρέπει να αποφεύγεται κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής διαδικασίας των πολλών δόσεων και για μια εβδομάδα ακόμη μετά τη θεραπεία. Θα πρέπει να περάσουν 24 έως 48 ώρες από τη χορήγηση μιας μεγάλης απλής δόσης metronidazole για να επιτραπεί η χρήση οινοπνευματωδών. Η metronidazole μπορεί να αλλοιώσει και τη γεύση των ποτών που περιέχουν οινόπνευμα. Η αυστηρή αποχή από τα οινοπνευματώδη είναι ιδιαίτερα σπουδαία κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Η ακετάλδεϋδη, μια χημική ουσία που συγκεντρώνεται όταν η metronidazole παρεμποδίζει το μεταβολισμό του οινοπνεύματος, μπορεί να προκαλέσει ανωμαλίες στο αναπτυσσόμενο έμβρυο.

ΠΩΣ ΘΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΛΑΜΒΑΝΕΤΑΙ Η METRONIDAZOLE

Εάν ένα άτομο κάνει χρήση metronidazole, θα πρέπει να την παίρνουν με κάποια τροφή, ώστε να αποφεύγεται η διαταραχή του στομάχου. Είναι πολύ σπουδαίο να επιτευχθεί η ολοκλήρωση της θεραπείας. Εάν χρησιμοποιείται η θεραπευτική διαδικασία της δόσης για επτά μέρες, είναι αναγκαίο να μην παραληφθεί καμία δόση και τα δισκία θα πρέπει να λαμβάνονται σε ίσα χρονικά διαστήματα κατά τη διάρκεια της μέρας (π.χ. 9 π.μ, 1μ.μ., 5 μ.μ. και 9 μ.μ.) Μια δόση που παραλείφθηκε θα πρέπει να λαμβάνεται το συντομότερο, όχι όμως όταν έχει ήδη φθάσει ο χρόνος της άλλης δόσης. Οι δόσεις δε θα πρέπει να διπλασιάζονται.

Εάν δεν παρατηρηθεί βελτίωση έπειτα από λίγες μέρες, θα πρέπει να ζητείται η συμβουλή του γιατρού. Υπενθυμίζουμε ότι τα οινοπνευματώδη ποτά θα πρέπει να

αποφεύγονται κατά τη διάρκεια της λήψης της metronidazole, ιδιαίτερα δε όταν συνυπάρχει και εγκυμοσύνη.

Οι άντρες και οι γυναίκες που τους συνιστάται θεραπεία με δύο γραμμάρια metronidazole σε μια απλή δόση, θα πρέπει να τα πάρουν συγχρόνως. Οι άντρες σεξουαλικοί σύντροφοι που θα κάνουν θεραπεία θα πρέπει να χρησιμοποιούν προφυλακτικό κατά τη διάρκεια της συνουσίας για μια εβδομάδα έπειτα από τη χρήση της απλής δόσης. Οι γυναίκες θα πρέπει να απέχουν από τη συνουσία κατά τη χρήση είτε της θεραπείας με την απλή δόση είτε της διαδικασίας των πολλών δόσεων metronidazole.

2.6. ΟΞΕΙΑ ΕΠΙΔΙΔΥΜΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΕΠΙΔΙΔΥΜΟΡΧΙΤΙΔΑ

2.6.1.ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η οξεία επιδιδυμίτιδα αφορά μια φλεγμονή της επιδιδυμίδας και η επιδιδυμοορχίτιδα, μια φλεγμονή της επιδιδυμίδας και των όρχεων. Οι επιδιδυμίδες είναι μακρείς και ελικοειδείς σωλήνες που βρίσκονται σε επαφή με τον κάθε όρχι. Η οξεία φλεγμονή των επιδιδυμίδων ή των όρχεων μπορεί να παρουσιασθεί ως επιπλοκή διαφόρων καταστάσεων, η πιο συχνή από τις οποίες είναι η βακτηριακή μόλυνση.

Στους άντρες ηλικίας κάτω των 35 ετών η οξεία επιδιδυμίτιδα και η επιδιδυμοορχίτιδα εμφανίζονται συνήθως μετά από μόλυνση της ουρήθρας ή της κύστης. Τα μικρόβια που εμπλέκονται στη μόλυνση αυτή είναι κυρίως τα *Neisseria gonorrhoeae* και *Chlamydia trachomatis*. Τα μικρόβια αυτά μεταδίδονται με την σεξουαλική επαφή. Με τη μόλυνση της ουρήθρας του άντρα, τα μικρόβια μεταφέρονται διαμέσου των σπερματικών πόρων στην επιδιδυμίδα και τον όρχι, όπου αναπτύσσεται οξεία φλεγμονή.

Μετά τα 35 χρόνια, η επιδιδυμίτιδα και η επιδιδυμοορχίτιδα εμφανίζονται κυρίως σε άντρες που υπέστησαν πρόσφατα ουρολογικές επεμβάσεις ή εισαγωγή εργαλείων στην ουρήθρα ή σε άτομα που παρουσιάζουν ανωμαλίες υφής στην ουροποιητική οδό. Τα μικρόβια που εμπλέκονται περισσότερο συχνά στους άντρες μεγαλύτερης ηλικίας

είναι το *Escherichia coli* (κολοβακτηρίδιο) και το *Pseudomonas aeruginosa*. Τα μικρόβια αυτά δε μεταδίδονται γενικά με τη σεξουαλική επαφή.

2.6.2.ΤΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΟΞΕΙΑΣ ΕΠΙΔΙΔΥΜΙΤΙΔΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΕΠΙΔΙΔΥΜΟΟΡΧΙΤΙΔΑΣ

Πριν από την ανάπτυξη της επιδιδυμίτιδας μπορεί να υπάρχουν συμπτώματα φλεγμονής στην ουρήθρα, εκκρίσεις απ' αυτήν (που είναι συνήθως άχρωμες ή μοιάζουν με βλέννα), καθώς και επώδυνη σύρση. Ο τυπικός ασθενής είναι συνήθως ο σεξουαλικά δραστήριος άντρας ηλικίας 20-30 ετών. Οι προσβολές από επιδιδυμίτιδα και από επιδιδυμοορχίτιδα χαρακτηρίζονται από την ταχεία ανάπτυξη πόνου και από τη διόγκωση του περιεχομένου της μίας ή και των δύο πλευρών του θυλάκου των όρχεων. Στις περισσότερες περιπτώσεις, μόνον ο ένας όρχις προσβάλλεται, η δε επιδιδυμίτιδα είναι σκληρή και πονάει. Μπορεί να υπάρχει επίσης πυρετός.

2.6.3.Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΟΞΕΙΑΣ ΕΠΙΔΙΔΥΜΙΤΙΔΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΕΠΙΔΙΔΥΜΟΟΡΧΙΤΙΔΑΣ

Αναφέρθηκε ήδη ότι η μόλυνση στους άντρες κάτω των 35 ετών οφείλεται πολύ συχνά στα μικρόβια *Neisseria gonorrhoeae* και *Chlamydia trachomatis*. Γι' αυτό θα πρέπει να αρχίσει θεραπεία ειδικά για την εξάλειψη των μικροβίων αυτών. Το δοκιμασμένο σχήμα θεραπείας, όταν η μόλυνση θεωρείται ότι οφείλεται στα μικρόβια αυτά, είναι τα παρακάτω:

Αμοξικιλίνη (Amoxil, Larotid, Polymox, Trimox, Utimox, Wymox) 3,0 γραμμάρια ή αμφικιλίνη (Amcill, Pfizerpen-A, Polycillin, Principen, SK-Ampicillin, Totacillin, Omnipen) 3,5 γραμμάρια, που λαμβάνονται από το στόμα μαζί με 1,0 γρ. probenecid (Benemid)

Μπορεί να χρησιμοποιηθούν και ενέσιμα αντιβιοτικά αντί για την αρχική δόση της πενικιλίνης από το στόμα (αμοξικιλίνης ή αμφικιλίνης) που αναφέρθηκε πιο πάνω. Για παράδειγμα, 4,8 εκατομμύρια μονάδες υδατοδιαλυτής προκαϊνούχου πενικιλίνης G, που χορηγούνται ενδομυϊκώς (2,4 εκατομμύρια μονάδες σε καθεμία πλευρά του σώματος) συν 1,0 γραμμάριο probenecid (Benemid) από το στόμα. Μπορούν να χρησιμοποιηθούν επίσης 2,0 γραμμάρια στρεπτομυκίνης (Trobicin) ή 250 χιλιοστά του γραμμαρίου ceftriaxone (Rocephin), που χορηγούνται ενδομυϊκώς. Η απλή μεγάλη

δόση αντιβιοτικού (από το στόμα ή ενεσίμου) θα πρέπει να ακολουθείται από ένα άλλο αντιβιοτικό, όπως:

1. Υδροχλωρική τετρακυκλίνη, 500 χιλιοστόγραμμα από το στόμα τέσσερις φορές τη μέρα, για 10 μέρες.
2. Δοξυκυκλίνη, 100 χιλιοστόγραμμα από το στόμα δύο φορές τη μέρα, για 10 μέρες.
3. Ερυθρομυκίνη, 500 χιλιοστόγραμμα από το στόμα τέσσερις φορές τη μέρα, για 7 μέρες- εφόσον η τετρακυκλίνη ή η δοξυκυκλίνη δεν είναι ανεκτές ή δεν πρέπει να χρησιμοποιηθούν.

Υπάρχουν και άλλα είδη θεραπείας, αλλά τα περισσότερα άτομα ανταποκρίνονται καλά στα φάρμακα που αναφέρθηκαν προηγουμένως. Στις περιπτώσεις ασθενών, που θεωρείται ότι η μόλυνση τους μεταδόθηκε σεξουαλικά, πρέπει όλοι οι ερωτικοί τους σύντροφοι να εξετάζονται και να θεραπεύονται με μια αντιβιοτική διαδικασία. Στις έγκυες προτιμότερη είναι η ερυθρομυκίνη και από την τετρακυκλίνη και από τη δοξυκυκλίνη.

Εάν, όπως είπαμε, ο άντρας είναι άνω των 35 ετών και υποψιαζόμαστε ότι η μόλυνση οφείλεται σε *Escherichia coli* ή σε *Pseudomonas aeruginosa*, η αμφικιλίνη από το στόμα, η αμοξικιλίνη ή η sulfamethoxazole-trimethoprim μπορεί να είναι οι κατάλληλες για την αρχική θεραπεία ουσίες. Εάν η μόλυνση δεν υποχωρεί με αυτά τα αντιβιοτικά, απαιτείται τότε η νοσηλεία του ασθενή και η θεραπεία με ενέσιμη gentamicin, tobramycin ή με ένα άλλο αντιβιοτικό.

Παράλληλα με τη χορήγηση των κατάλληλων αντιβιοτικών, η θεραπεία θα πρέπει να περιλαμβάνει τη σωστή τοποθέτηση των όρχεων και την ακινητοποίηση τους με ένα ειδικό μέσο στήριξης ή με ελαστική ταινία, καθώς και την ανάπαυση στο κρεβάτι για αρκετές μέρες. Η εφαρμογή πάγου κατά τη διάρκεια των πρώτων 24 ωρών μπορεί να είναι επίσης ευεργετική. Παυσίπονα από το στόμα ή/και αντιφλεγμονώδη μη στεροειδή φάρμακα θα πρέπει να χορηγούνται για την ανακούφιση από τον πόνο.

Στη μεγάλη πλειοψηφία των ασθενών, η θεραπεία θα επιφέρει μια θεαματική βελτίωση των συμπτωμάτων μέσα σε μερικές μέρες. Αν, ωστόσο, δεν παρατηρηθεί βελτίωση μέσα σε τρεις μέρες, η διάγνωση και η θεραπεία θα πρέπει να επανεξετασθούν. Η περίθαλψη σε νοσοκομείο μπορεί να κριθεί αναγκαία.

2.6.4.ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΕΣ ΕΠΠΛΟΚΕΣ ΤΗΣ ΕΠΙΔΙΔΥΜΙΤΙΔΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΕΠΙΔΙΔΥΜΟΡΧΙΤΙΔΑΣ

Στις περισσότερες περιπτώσεις, η κατάλληλη θεραπεία θα έχει ως αποτέλεσμα την απαλλαγή από τα συμπτώματα, χωρίς επιπλοκές. Αν, όμως, η θεραπεία αναβληθεί ή γίνει ανεπαρκώς, μπορεί να συμβεί χρόνια φλεγμονή της επιδιδυμίδας που οδηγεί στην ίνωση και στη στείρωση. Σε περιπτώσεις χρόνιας μόλυνσης και φλεγμονής, η χειρουργική αφαίρεση των επιδιδυμίδων μπορεί να γίνει αναγκαία.

2.7.ΣΥΦΙΛΗ

2.7.1.ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η σύφιλη είναι ουσιαστικά μια γενικευμένη σπειροχαίτωση. Είναι νόσος μολυσματική, συστηματική σχεδόν από τη στιγμή της μόλυνσης. Οφείλεται στην ωχρά σπειροχαίτη. Μεταδίδεται με τη σεξουαλική επαφή.

Η σύφιλη είναι μια πολύπλοκη νόσος που προκαλείται από βακτήριο. Αρχικό στάδιο : Επώδυνα έλκη εμφανίζονται στα γεννητικά όργανα, στον πρωκτό ή στο στόμα, δέκα ημέρες έως έξι εβδομάδες μετά την έκθεση. Δεύτερο στάδιο : Μία εβδομάδα έως έξι μήνες αργότερα : Κόκκινο εξάνθημα μπορεί να εμφανιστεί οπουδήποτε στο δέρμα. Τρίτο στάδιο : Συχνά μετά από μακροχρόνια λανθάνουσα περίοδο, καρδιακή νόσο, εκφύλιση των νοητικών λειτουργιών.

2.7.2.Πόσο σοβαρό είναι.

Μπορεί να θεραπευτεί εντελώς εάν η διάγνωση γίνει εύκαιρα και η λοίμωξη αντιμετωπιστεί. Εάν αφηθεί χωρίς θεραπεία, η νόσος μπορεί να οδηγήσει σε θάνατο. Στις έγκυες, μπορεί να μεταδοθεί στο έμβρυο προκαλώντας δυσπλασίες και θάνατο.

2.7.3.ΑΙΤΙΟ

Το αίτιο της συφιλίδος είναι η ωχρά σπειροχαίτη ή τρεπόννημα, το ωχρόν. Πρόκειται για μικρόβιο υπό μορφή νηματίου μήκους 15 – 20μ με άκρα οξέα και 14 – 20 σπείρες. Οι σπείρες είναι κανονικές και συμμετρικές. Παρουσιάζει στο μικροσκόπιο με

σκοτεινό οπτικό πεδίο τρεις σπειροειδείς κινήσεις. Μοιάζει με εκποματιστήρα φελλών. Δεν καλλιεργείται και καταστρέφεται εύκολα σε θερμοκρασία 41,5°C. Υποστηρίζεται ότι στο πώμα του ανθρώπου διατηρείται εν ζωή επί 1 – 2 ημέρες.

Χρωματίζεται με τη μέθοδο Fontana – Hoffmann ή μικροσκοπείται εν ζωή μέσα σε ορό, σε σκοτεινό οπτικό πεδίο. Ανευρίσκεται στον ορό του συφιλιδικού έλκους και των δευτερογόνων συφιλιδικών εκδηλώσεων, στον οπό των αδένων και στο αίμα.

2.7.4.Φυσική πορεία της νόσου.

Η κατανόηση της φυσικής – βιολογικής συμπεριφοράς της νόσου είναι ουσιαστικό στοιχείο, που συμβάλλει στην κατανόηση των κλινικών εκδηλώσεων και της οροδιαγνωστικής της νόσου.

Φυσική πορεία της νόσου προϋποθέτει ότι καμιά θεραπευτική αγωγή δεν εφαρμόστηκε. Μετά τη μόλυνση, που γίνεται πάντα με σεξουαλική επαφή μέσω μικρών διαβρώσεων στους βλεννογόνους, ακολουθεί η γενίκευση της λοιμώξεως.

Λέγεται ότι σε διάστημα 5 λεπτά της ώρας μετά τη μόλυνση έχει ήδη μεταναστεύσει στους επιχώριους λεμφαδένες και σε διάστημα μιας ώρας ανευρέθηκε η ωχρά σπειροχάιτη πειραματικώς στους πνεύμονες γορίλλα. Σε διάστημα 3 εβδομάδων – χρόνος επώασης – αναπτύσσεται στη θέση ενοφθαλμισμού το συφιλιδικό έλκος που έχει ορισμένους χαρακτήρες.

Το Σ. Έλκος διατηρείται από 1 έως 2 ή το πολύ 3 μήνες και μετά υποστρέφεται και εξαφανίζεται.

Ωστόσο εν τω μεταξύ, στις 60 ημέρες από τη μόλυνση, αρχίζουν να φαίνονται οι εκδηλώσεις της δευτερογόνου συφιλίδοις, που διατηρούνται με διάφορες κλινικές ιδιομορφίες ως τους 5 ή 6 μήνες. Ήδη από τις 30 – 40 ημέρες από την ημέρα της μόλυνσεως υπάρχει εκσεσημασμένη σπειροχαιταιμία που χαρακτηρίζεται από ειδικές εκδηλώσεις που θα περιγραφούν παρακάτω.

Από τις 30 – 40 ημέρες από τη μόλυνση αναπτύσσονται παραλλήλως τα «μη ειδικά» και τα «ειδικά» αντιτρεπονημικά – ακινητοποιητικά ή σπειροχαιτοκτόνα αντισώματα.

Από του 1 έως και το τέλος του 2 έτους από τη μόλυνση κανένα σύστημα δεν υπάρχει που να παρουσιάζει ενδείξεις νοσήσεως. Όμως η νόσος εξελίσσεται. Τότε ονομάζεται Λανθάνουσα Σύφιλης. Και από την αρχή της μόλυνσης μέχρι τα δύο

περίπου χρόνια το στάδιο λέγεται : «πρώιμος σύφιλης», ενώ από τα δύο περίπου χρόνια και μετά λέγεται «όψιμος σύφιλης».

Επειδή ο δεύτερος χρόνος του σταδίου της πρώιμου συφιλίδος και μερικά χρόνια μετά το όριο των δύο ετών δεν υπάρχει ενδεικτική συμπτωματολογία, οι περίοδοι αυτές ονομάζονται περίοδοι πρώιμου και όψιμου λανθανούσης συφιλίδος.

Οι ορολογικές αντιδράσεις είναι και εξακολουθούν να παραμένουν θετικές με ελαφρά πτώση του τίτλου των «ειδικών» αντιδράσεων και μεγαλύτερη των «μη ειδικών».

Η νόσος αρχίζει πια να συμπεριφέρεται με ύπουλο τρόπο και σε διάστημα που ποικίλλει από 3 έως 10 χρόνια αρχίζουν οι ενδείξεις της όψιμου συφιλίδος με σπλαχνικούς εντοπισμούς. Βέβαια, επαναλαμβάνεται ότι ο άρρωστος δεν έχει υποβληθεί καθόλου σε θεραπεία ή η θεραπεία υπήρξε πολύ ελλιπής.

Η λανθάνουσα αυτή φάση – όψιμη – διατρέχει με ήπιο τρόπο. Κανένα ανησυχητικό σύμπτωμα δεν υπάρχει μέχρι που θα αρχίσουν οι ενδείξεις από τα παρακάτω όργανα και συστήματα:

Καρδιαγγειακό, οφθαλμούς, ήπαρ, νευρικό σύστημα, δέρμα, οστά, μαλακά μόρια κ.λ.π.

Κλινική ταξινόμηση

Με βάση τα παραπάνω η σύφιλης ταξινομείται ως εξής:

- A) Επίκτητος σύφιλης, που μεταδίδεται από άτομο σε άτομο με τη σεξουαλική πράξη.
- B) Συγγενής σύφιλης, που μεταδίδεται από τη μητέρα στο κύημα κατά την ενδομήτρια ζωή. Κληρονομική σύφιλης που να μεταδίδεται με τα γονίδια δεν υπάρχει.

Η Επίκτητος Σύφιλης ταξινομείται περαιτέρω, με βάση διεθνείς προδιαγραφές της Π.Ο.Υ., ως εξής:

Πρώιμος σύφιλης, δηλ. μέχρι 2 χρόνια από τη μόλυνση και όψιμη σύφιλης, δηλ. μετά τα 2 χρόνια από τη μόλυνση.

Μεταδοτικές μορφές της επίκτητου συφιλίδος, είναι μόνο οι εκδηλώσεις της πρωτογόνου και δευτερογόνου, με πιθανότητες μόλυνσεως που παραλλάσσουν ανάλογα με το τύπο του εξανθήματος.

2.7.5.ΕΠΙΚΤΗΤΟΣ ΣΥΦΙΛΗΣ

α)Πρωτογόνος σύφιλης

Το συφιλιδικό έλκος και η σύστοιχος βουβωνική αδενίτις είναι οι εκδηλώσεις της πρωτογόνου συφιλίδος.

Το συφιλιδικό έλκος εντοπίζεται στο βλεννογόνο ή στο δέρμα ή στο δερματο – βλεννογόνο όριο.

Οι χαρακτήρες του είναι:

- ✓ Σκληρό με βάση διηθημένη σκληρή (ανώδυνο έως ευαίσθητο έλκος διαμέτρου 0,3 cm – 2 cm).
- ✓ Ανώδυνο
- ✓ Είναι διάβρωση και όχι έλκωση (σπανίως)
- ✓ Έχει χείλη ομαλά
- ✓ Έχει πυθμένα «χρoιάς ως από μυϊκής σαρκός» και
- ✓ Συνοδεύεται από σύστοιχη βουβωνική αδενίτιδα.
- ✓ Το συφιλιδικό έλκος βγάζει ορό, ιδιαίτερα με συμπίεση που βρίθει από σπειροχαίτες.
- ✓ Η Βουβωνική Αδενίτις χαρακτηρίζεται από:
- ✓ Σύστοιχους λεμφαδένες διογκωμένους, σκληρούς, ευκίνητους κάτω από το δέρμα και ανώδυνους.
- ✓ Αν γίνει παρακέντηση του αδένος και ληφθεί ορός ανευρίσκονται άφθονες σπειροχαίτες μέσα στον ορό.

β)Δευτερογόνος σύφιλης

Η ροδάνθη είναι η συνηθισμένη μορφή δευτερογόνου συφιλίδος. Πρόκειται για εξάνθημα μικρο- κηλιδώδες, ρόδινης χροιάς, που εντοπίζεται στον κορμό κυρίως. Οφείλεται στην εμβολή μικροσκοπικών αγγείων του χορίου από σπειροχαίτες.

Οι συφιλιδικές πλάκες εντοπίζονται είτε στους βλεννογόνους των γεννητικών οργάνων, πρωκτού και στοματοφαρυγγικής κοιλότητας, ανεξάρτητα από τον τρόπο μετάδοσης, είτε στο δερματο-βλεννογόνο όριο. Είναι σκληρές κατά την αφή, στίλβουν

και ορορροούν. Είναι γεμάτες σπειροχαίτες. Μία μορφή – σπάνια – ονομάζεται «πλατέα κονδυλώματα», γιατί μοιάζουν με οξυτενή κονδυλώματα.

Τα βλατιδώδη εξανθήματα εμφανίζουν μεγάλη ποικιλομορφία ανάλογη με το «έδαφος», δηλαδή με τη φύση του δέρματος. Διακρίνονται σε μικρό – και μεγάλο – βλατιδώδη και έχουν χρώμα σκούρο (χαλκόχροα), είναι σκληρά και ανώδυνα. Διαφορο-διαγνωστικό πρόβλημα προκύπτει τόσο με τη ροδάνθη όσο και με τα βλατιδώδη εξανθήματα, με διάφορα λοιμώδη εξανθήματα, φαρμακευτικά ή αλλεργικά. Εντοπίζονται, παίρνοντας μια ιδιάζουσα κρατηροειδή μορφή, στις παλάμες και τα πέλματα.

Οι μελανοδερμίες αποτελούν εκδηλώσεις μελαγχρωματικές του δέρματος που παίρνουν διάφορα σχήματα. Το περιδέραιο της Αφροδίτης αναφέρεται σε ασύμμετρο μελαγχρωματικό εξάνθημα που μοιάζει με περιδέραιο.

Η Συφιλιδική Αλωπεκία εμφανίζεται από τον 4ο έως τον 6ο μήνα από της μόλυνσεως. Οι τρίχες πέφτουν σε «μικρές τούφες», έτσι που η αλωπεκία αυτή έχει χαρακτηριστική κλινική εικόνα. Αναφέρεται η πτώση των τριχών «δίκηνη ξέφωτων δάσους». Αν συμβεί να αποπίπτει ένα μέρος του φρυδιού τότε το φαινόμενο ονομάζεται «σημείον του λεωφορείου».

Η συφιλιδική αλωπεκία φαίνεται ότι οφείλεται σε εμβολή των μικρών αγγείων από σπειροχαίτες.

Η συφιλιδική όνυξη και περιώνυξη οφείλεται επίσης σε εμβολή των μικρών αγγείων του όνυχος από σπειροχαίτες που επιπλέκεται με δευτερογενείς επιμολύνσεις. Πρόκειται για τυπική κλινική εικόνα – εξαιρετικά φλεγμονώδους – οξείας περιονύξεως.

Υπογραμμίζεται ότι κατά τη δευτερογόνο σύφιλη και ιδίως τους πρώτους δύο μήνες η μετάδοση είναι εξαιρετικά εύκολη. Οι ιστοί του ασθενούς βρίθουν από σπειροχαίτες. Ο άρρωστος παρουσιάζει διάσπαρτη πολυαδενίτιδα με χαρακτηριστικά σκληρούς, ευκίνητους και ανώδυνους λεμφαδένες σε όλα τα σημεία του σώματος που μπορεί να ψηλαφηθούν. Εμφανίζει βράγχος της φωνής και φλεγμονή των παρισθίων (βλατίδες) που εύκολα εκλαμβάνεται ως κυνάγχη. Εμφανίζει, επίσης, γενική κακουχία, ελαφρό πυρετό και ένα είδος παρεγχυματώδους ηπατίτιδος με υπικτερική χροιά των επιπεφυκότων και αυξημένες τιμές των δοκιμασιών αμέσου και εμμέσου χολερυθρίνης.

Όλα αυτά παρέρχονται με τη θεραπεία.

γ)Πρώιμος λανθάνουσα σύφιλης

Η πρώιμος λανθάνουσα μορφή συφιλίδος, καθώς και η όψιμος δεν έχουν σαφές όριο. Το όριο των 2 ετών είναι συμβατικό. Είναι οι πιο ύπουλες μορφές συφιλίδος.

Δεν γίνεται καμιά μετάδοση μέσω της σεξουαλικής επαφής. Όμως το άτομο που πάσχει βρίσκεται σε άγνοια και οδηγείται σε παθολογικές καταστάσεις μη ανατάξιμες.

Υπογραμμίζεται με ιδιαίτερη έμφαση ότι η πρώιμος σύφιλης μετά από κατάλληλη θεραπεία ιάται απόλυτα. Όμως η λανθάνουσα διατρέχει χωρίς συμπτωματολογία και οι βλάβες στους οφθαλμούς, το νευρικό και καρδιαγγειακό σύστημα είναι οριστικές.

Πως μπορεί να φθάσει ο άρρωστος στην κατάσταση αυτή;

Με τρεις τρόπους:

- Να μολυνθεί και να μη γίνει αντιληπτό ένεκα συμπτωματικής λήψεως ενός οποιουδήποτε αντιβιοτικού, οπότε δεν παρουσιάζονται κλινικές εκδηλώσεις, ενώ η νόσος υποβόσκει(λανθάνουσα).
- Να μολυνθεί και να υποβληθεί σε ελλιπή θεραπεία, ένεκα αδιαφορίας, ταξιδιού κ.λ.π.
- Να μολυνθεί με βλεννόρροια και σύφιλη συγχρόνως και η θεραπευτική αγωγή της βλεννόρροιας να είναι μεν τέλεια αποτελεσματική για τη βλεννόρροια, όχι όμως για τη σύφιλη. Σε διεθνείς στατιστικές αναφέρεται ότι το 3,5% των βλεννορροούντων έχουν συγχρόνως μολυνθεί και από σύφιλη.
- Ο προσεκτικός ορολογικός έλεγχος λύει τα προβλήματα αυτά. Είναι πάντοτε θετικές οι ορολογικές εξετάσεις.

δ)Όψιμος σύφιλης

Η όψιμος λανθάνουσα σύφιλης εμφανίζει θετικές τις οροαντιδράσεις με αστάθμητη θετικότητα του Εγκεφαλονωτιαίου Υγρού. Δεν παρουσιάζει για μερικά χρόνια συμπτωματολογία. Προοδευτικά αρχίζει η συμπτωματολογία από τις σπλαχνικές εκδηλώσεις ή από τα μαλακά μόρια.

Σπλαχνικές εκδηλώσεις

Καρδιαγγειακή σύφιλης, που σημαίνει ανεύρυσμα της αορτής, συφιλιδικής αιτιολογίας. Προσβάλλεται εκλεκτικά και ιδιαίτερα στους άνδρες, ο μέσος χιτώνας του τοιχώματος της ανιούσας μοίρας της αορτής. Ακολουθείται, είτε ρήξη του ανευρύσματος και ακαριαίος θάνατος, είτε αύξηση του όγκου παλμού προκειμένου να πληρωθεί ο χώρος του ανευρύσματος και μακροπρόθεσμα καρδιαγγειακή κάμψη.

Αλλοιώσεις από όργανα και συστήματα

Προσβάλλονται οι πνεύμονες, το στομάχι, το έντερο, το ήπαρ, ο σπλήνας, το ουρογεννητικό σύστημα – όρχεις – οι οφθαλμοί με χαρακτηριστικές αλλοιώσεις από το βυθό.

Οι βλάβες αυτές είναι ως επί το πολύ κομμωματώδεις αντιδράσεις με τη χαρακτηριστική εξέλιξη του κομμώματος, όπως περιγράφεται στις στοιχειώδεις βλάβες. Ανάλογα με τον εντοπισμό, μαλακά μόρια, οστά, χόνδροι, δέρμα ιδίως κνημών, σχηματίζονται οι κλινικές αλλοιώσεις, π.χ. το κομμίωμα του στομάχου προσομοιάζει με εξωφυτικό καρκίνωμα.

Στην υπερώα προκαλεί καθίζηση της ρινός. Χαρακτηριστικού τύπου κομμώματα υπό τη μορφή τεράστιων ελκώσεων με δέρμα γύρω από αυτές έντονα μελαγχρωματικό, παρουσιάζονται στις κνήμες. Ουσιαστικά πρόκειται για μια αντιδραστική υπερευαισθησία των ιστών και σε καμιά περίπτωση δεν ανευρίσκονται σπειροχαίτες στις κομμωματώδεις εκκρίσεις των ελκών.

Η προσβολή των ιστών, συστημάτων και οργάνων, επηρεάζεται από το βαθμό ιστικής ανοσίας των επί μέρους οργάνων.

Στα μαλακά μόρια αναπτύσσονται επίσης, σπάνια όμως, διάσπαρτα, ασύμμετρα μορφώματα, που ονομάζονται φύματα και ελκωτικά οζίδια.

Όλες αυτές οι βλάβες των ιστών και ιδιαίτερα των μαλακών μορίων και των οστών που έχουν κομμωματώδη χαρακτήρα, ταξινομούνται στην τριτογόνο σύφιλη, που είναι ιδιαίτερη κλινική μορφή της όψιμου συφιλίδος.

Νευροσύφιλις

Ιδιαίτερη σημασία έχει η νευροσύφιλις. Ευθύς όταν μολυνθεί ο άρρωστος (πρωτογόνος – δευτερογόνος σύφιλης), το E.N.Y εμφανίζει ενδεικτικές της νόσου αλλοιώσεις σε ποσοστό 20 – 37%. Το μισό από αυτό το ποσοστό θα καταλήξει σε ασυμπτωματική νευροσύφιλη, αν ο άρρωστος παραμείνει χωρίς θεραπεία. Έχει

άλλωστε υπολογισθεί ότι σε άτομα που έχουν μείνει χωρίς θεραπεία προσεβλήθη το Κ.Ν. Σύστημα σε ποσοστό 7,6%.

Η Νευροσύφιλις ταξινομείται ως εξής:

- Μηνιγγοαγγειακή σύφιλης. Εκδηλώνεται από 1 – 5 χρόνια από τη μόλυνση.
- Νωτιαία Φθίσις ή προϊούσα κινητική αταξία. Εκδηλώνεται μεταξύ 10 και 20 χρόνων και
- Προϊούσα γενική παράλυση. Εκδηλώνεται μεταξύ 20 – 50 χρόνων από την μόλυνση.

Επιγραμματικά, πρέπει να τονισθεί ότι, η καλύτερη θεραπεία και αν γίνει, οι βλάβες από το καρδιαγγειακό σύστημα, τους οφθαλμούς, το ήπαρ και κυρίως το Νευρικό Σύστημα δεν είναι ανατάξιμες, παρά το γεγονός ότι ο οργανισμός θα έχει αποστειρωθεί από τις σπειροχαίτες.

2.7.6.ΣΥΦΙΛΗΣ ΕΓΚΥΟΥ

Η σύφιλης της εγκύου έχει μεγάλη σπουδαιότητα και συνδέεται άμεσα με τη Συγγενή Σύφιλη. Πρόκειται για την έγκυο γυναίκα, που θα τύχει να μολυνθεί. Το φαινόμενο δεν είναι καθόλου σπάνιο, ενώ εξ αντιθέτου είναι κατάσταση σοβαρή με την έννοια της γεννήσεως άρρωστου παιδιού, που δεν ευθύνεται ούτε για τη σύλληψη του, ούτε για τη νόσηση της μητέρας του, ούτε για την ανευθυνότητα του περιβάλλοντος – ιατρικού, παραϊατρικού προσωπικού και μητέρας - , ώστε να γεννηθεί τελικά άρρωστο ή σημαδεμένο. Βέβαια σήμερα υπάρχει – τουλάχιστον στη Χώρα μας – καλά οργανωμένο σύστημα ελέγχου και μόνο αμέλεια στη μητέρα θα μπορούσε να καταλογισθεί.

Στην περίπτωση της Συφιλίδος της εγκύου ισχύουν μερικές επιγραμματικές αρχές που πρέπει να κατανοηθούν καλά.

Αυτές είναι:

A) Μόλυνση μέσω του ωαρίου ή και σπερματοζωαρίου είναι ανέφικτη. Η μόλυνση γίνεται μόνο μέσω του πλακούντος και μόνο μέσω της μητέρας.

B) Μέχρι και τον 4ο σεληνιακό μήνα η ωχρά σπειροχαίτη δεν περνά από τον πλακούντα. Έτσι αν η μητέρα έχει μολυνθεί νωρίτερα και έχει συμπληρώσει

ικανοποιητική θεραπεία ως το όριο αυτό (των 4 μηνών), το κύημα σε καμιά περίπτωση δεν μολύνεται από σύφιλη.

Γ) Αν η μητέρα μολυνθεί μετά τον 5ο μήνα αυτόματα μολύνεται και το κύημα.

Αν τώρα η μητέρα υποβληθεί σε θεραπεία αμέσως, τότε θα γεννηθεί παιδί γερό.

Αν η μητέρα μολυνθεί μετά τον 5ο μήνα και παραμελήσει την θεραπεία της ως τον 9ο μήνα και τότε υποβληθεί σε κανονική θεραπεία, τότε η μητέρα και το παιδί θα αποστειρωθούν από σπειροχαίτη. Όμως το παιδί για διάστημα μεγάλο – 2 έως 3 μήνες – θα υφίσταται τη λοιμογόνο επίδραση της ωχράς σπειροχαίτης και ως εκ τούτου θα γεννηθεί παιδί στείρο μεν, αλλά με «διαμαρτίες περί την διάπλαση», δηλαδή με συφιλιδικά στίγματα.

Αν δε γίνει καμιά θεραπεία ως τον τοκετό τότε το παιδί θα έχει και μολυσματική μορφή πρωίμου συγγενούς συφιλίδος, όπως θα περιγραφεί παρακάτω και συφιλιδικά στίγματα.

Αν μολυνθεί η μητέρα αργά, δηλαδή στον 8ο περίπου μήνα και γεννήσει χωρίς να κάνει εν τω μεταξύ θεραπεία, τότε θα γεννηθεί παιδί με εκδηλώσεις πρωίμου συγγενούς συφιλίδος, χωρίς όμως να έχει συφιλιδικά στίγματα λόγω της ολιγόχρονης επίδρασης της σπειροχαίτης στον οργανισμό του.

2.7.7.ΣΥΓΓΕΝΗΣ ΣΥΦΙΛΗΣ

Η συγγενής σύφιλης οφείλεται, όπως ελέχθη παραπάνω, στη μετάδοση της ωχράς σπειροχαίτης από τη μητέρα στο παιδί μέσω του πλακούντος και χαρακτηρίζεται από ορισμένες εκδηλώσεις.

Η συγγενής σύφιλης χωρίζεται:

- Σε πρώιμη συγγενή σύφιλη με μολυσματικές εκδηλώσεις.
- Σε όψιμη συγγενή σύφιλη με χαρακτηριστικές εκδηλώσεις μη μολυσματικές. Είναι σπάνιο φαινόμενο σήμερα.

Στα συφιλιδικά στίγματα που η παρουσία τους υποδηλώνει ενδομήτρια μόλυνση για μεγάλο – μη προσδιοριζόμενο όμως – διάστημα.

α) Πρώιμος συγγενής σύφιλης

Το παιδί που θα γεννηθεί με εκδηλώσεις πρώιμου συγγενούς συφιλίδος είναι εξαιρετικά μεταδοτικό για το περιβάλλον του (μαία – γιατρός).

Είναι γεμάτο από ερυθματοβλατιδώδη εξανθήματα, ακριβώς όπως της δευτερογόνου συφιλίδος, που βρίθουν σπειροχαιτών. Οι βλεννογόνοι, ιδιαίτερα της ρινός, είναι φλεγμονώδεις, εξοιδημένοι και το κλάμα του νεογνού είναι χαρακτηριστικό. Προσομοιάζει με μυκηθμό. Η ρινίτις αυτή ονομάζεται συφιλιδική κόρυζα.

Παράλληλα, συνυπάρχει ποικιλία κλινικών εκδηλώσεων και αλλοιώσεων, ακτινογραφικώς βεβαιούμενων από τα οστά και τις αρθρώσεις. Η προσβολή του ήπατος, των νεφρών κ.λ.π., συνοδεύεται από ανάλογη συμπτωματολογία. Παρά τη βαριά κλινική εικόνα, μετά από μια σωστή θεραπεία, η κατάσταση του νεογνού βελτιώνεται ραγδαία.

β) Όψιμος συγγενής σύφιλης

Οι εκδηλώσεις της όψιμου συγγενούς συφιλίδος εμφανίζονται μετά από 5 – 15 χρόνια από τη γέννηση.

Συνυπάρχουν με συφιλιδικά στίγματα συνήθως. Υπερισχύουν οι κομμωματώδεις αντιδράσεις από τα μαλακά μόρια – διάτρηση της υπερώας και καθίζηση της ρινός. Σπανιότερα παρατηρείται προσβολή του νευρικού συστήματος και του καρδιαγγειακού.

Από τα συφιλιδικά στίγματα αναφέρονται, ως τριάς του Hutchinson.

- Η μέση πυώδης ωτίτις (κώφωση).
- Η διάμεσος κερατίτις και
- Οι χαρακτηριστικοί βαρελοειδείς οδόντες.

Όχι σπάνιο φαινόμενο, είναι επίσης οι ραγάδες στις δύο γωνίες του στόματος, η προαναφερόμενη καθίζηση της ρινός και η όψις του προσώπου «δίκηνη σκύλου» Bulldog (Bulldog face). Όμως κύρια διαγνωστική σημασία έχουν οι εξοστώσεις των μακρών οστών, ιδιαίτερα οι «δίκηνη σπάθης» κνήμες, που οφείλονται σε σχετικές εξοστώσεις.

Αξίζει, τέλος, να αναφερθεί μια ιδιαίτερη μορφή: Πρωίμου συγγενούς συφιλίδος επιβραδυνόμενου τύπου, χωρίς δηλαδή κλινικές εκδηλώσεις από το δέρμα και τα οστά, αλλά και χωρίς να πρόκειται για όψιμη σύφιλη. Απλούστατα, το παιδί γεννιέται φαινομενικά υγιές με σημαντικού βαθμού αναιμία και συνοδό ηπατοσπληνικό σύνδρομο. Συνυπάρχουν, όμως, ακτινολογικά και ορολογικά ευρήματα συγγενούς συφιλίδος. Μετά από κατάλληλη αντισυφιλιδική θεραπεία, το σύνδρομο και η αναιμία ανατάσσονται τελείως και οριστικά.

2.7.8.Οροδιαγνωστική Συφιλίδος

Από τις αρχές του αιώνα άρχισε να γίνεται προσπάθεια για την ορολογική διάγνωση της συφιλίδος. Έτσι, υπάρχει μεγάλη ιστορία πάνω στο θέμα αυτό και μεγαλύτερη ποικιλία εξετάσεων. Η κατανόηση όλων των μεθόδων και της σκοπιμότητας της κάθε μιας είναι έργο του ειδικού γιατρού, γι' αυτό εδώ εκτίθενται τα βασικά στοιχεία και ένα αδρό περίγραμμα της οροδιαγνωστικής της συφιλίδος, χρήσιμο για κάθε μη ειδικό γιατρό.

Μερικές βασικές αρχές είναι οι εξής:

Το ωχρό τρεπόνημα είναι μωσαϊκό αντιγόνων και ως εκ τούτου προκαλεί τη γέννηση αντισωμάτων, που αντιστοιχούν στη βιολογική φύση του κάθε αντιγόνου. Η εμφάνιση των αντισωμάτων αυτών παραλλάσσει χρονολογικά, ώστε η θετικοποίηση των ορολογικών αντιδράσεων να μη γίνεται ταυτόχρονα.

Τα αντιγόνα του ωχρού τρεπονήματος διακρίνονται σε τρεις ομάδες:

α) Αντιγόνα «λιποειδικά», που ανευρίσκονται σε πλείστους όσους ζώντες οργανισμούς. Σε αυτά οφείλεται η παρουσία μη ειδικών αντισωμάτων, των «αντιδρασινών». Οι «αντιδρασίνες», πλην της συφιλίδος, ανευρίσκονται στον ορό ασθενών πασχόντων από λοιμώδη και αυτοάνοσα νοσήματα ή ακόμα και σε μικρή θετικότητα στον ορό φυσιολογικών ατόμων.

β) Αντιγόνα «ομάδας» κοινά για παθογόνα και σαπροφυτικά τρεπονήματα και

γ) Αντιγόνα «ειδικά του τύπου». Πρόκειται για τα ειδικά αντι-τρεπονημικά ακινητοποιητικά ή σπειροχαιτοκτόνα αντισώματα. Η εφαρμογή μεθόδων ελέγχου με τα αντισώματα αυτά προάγει σημαντικά την οροδιαγνωστική της συφιλίδος.

δ) Η ανάπτυξη και εμφάνιση των αντισωμάτων δεν γίνεται αμέσως μετά τη μόλυνση, αλλά σταδιακά. Έτσι, υπάρχει ένας χρόνος επώασης ως προς τη θετικότητα των

ορολογικών αντιδράσεων που κυμαίνεται από 14 ημέρες (V.D.R.L. και F.T.A. – ABS) ως τις 40 ημέρες(TPI – test), από την ημέρα της εμφάνισης του συφιλιδικού έλκους.

ε) Αν εφαρμοσθεί θεραπεία αμέσως μετά την εμφάνιση του συφιλιδικού έλκους και την ανεύρεση μικροσκοπικώς των σπειροχαιτών, ουδέποτε θετικοποιούνται οι οροαντιδράσεις.

στ) Αν εφαρμοσθεί θεραπεία το Α τρίμηνο από της μόλυνσεως, οι οροαντιδράσεις με λιποειδικά αντιγόνα (μη ειδικές) αρνητικοποιούνται τάχιστα, ίσως εντός του Α χρόνου. Οι οροαντιδράσεις με ειδικά αντιγόνα του τύπου εμφανίζουν μικρό τίτλο με πτωτική ροπή, αλλά δεν αρνητικοποιούνται.

Από πρακτικής πλευράς οι οροαντιδράσεις χωρίζονται σε δύο μεγάλες ομάδες:

A) Αντιδράσεις δια μη τρεπονημικών αντιγόνων (Standard Serological Tests for Syphilis – STS).

Αντιδράσεις συνδέσεως συμπληρώματος (R. Wasserman, Kolmer κ.λ.π.).

Κροκυδωτικές οροαντιδράσεις (V.D.R.L., Kahn, Kline, κ.λ.π.).

Αντιδράσεις ταχείας εκτελέσεως (RPR – test και RPR – card test).

B) Αντιδράσεις δια τρεπονημικών αντιγόνων.

Ειδικές «του τύπου» οροαντιδράσεις.

T.P.I. – test ή Αντίδραση Nelson – Mayer.

F.T.A. – ABS test.

TPHA – test.

Αναλύοντας την κλινική σημασία της κάθε μιας και κάνοντας αξιολόγηση του αποτελέσματος από πρακτική άποψη, μπορούμε γενικά να υποστηρίξουμε ότι αν οι εξετάσεις της Α ομάδας με μη ειδικά τρεπονημικά αντιγόνα είναι θετικές, τότε προσανατολιζόμαστε με βεβαιότητα ή με πιθανότητα προς τη διάγνωση της συφιλίτιδας, Έτσι:

α) αν έχουμε κλινικές εκδηλώσεις συμβατές με τη νόσο

β) αν έχουμε κλινικές εκδηλώσεις συμβατές με τη νόσο και μικροβιολογική επιβεβαίωση από το έλκος

γ) αν έχουμε θετικό ιστορικό με σύφιλη χωρίς όμως καθόλου ή με ελλιπή θεραπεία και

δ) αν έχουμε υψηλό τίτλο αντισωμάτων σε μια ή σε δύο από τις εξετάσεις αυτές, τότε προσανατολιζόμαστε με βεβαιότητα προς τη σύφιλη. Ας σημειωθεί ότι πιο εύχρηστη είναι η V.D.R.L., ενώ η Wasserman τείνει να εγκαταλειφθεί και για την Kahn δεν υπάρχουν αντιγόνα στο εμπόριο.

Αν όμως έχουμε:

α) αυτού του τύπου τις οροαντιδράσεις θετικές με πολύ χαμηλό τίτλο χωρίς ενδείξεις συμβατές με τη νόσο

β) αυτού του τύπου οροαντιδράσεις θετικές με ενδείξεις κολλαγονώσεως ή άλλων νοσημάτων

γ) αυτού του τύπου οροαντιδράσεις θετικές με χαμηλό τίτλο και με ασαφές ή έστω αρνητικό ιστορικό σεξουαλικής λοιμώξεως κάποτε στο παρελθόν,

τότε προσανατολιζόμαστε προς την πιθανότητα λανθανούσης συφιλίδος που χρειάζεται όμως επιβεβαίωση.

Η επιβεβαίωση γίνεται μόνο με τη χρησιμοποίηση των μη ειδικών τρεπονηματικών αντιδράσεων.

Αν στις περιπτώσεις που προαναφέραμε παραπάνω υπήρχε αμφιβολία και οι εξετάσεις F.T.A. – ABS και TRHA που σήμερα κυριαρχούν είναι θετικές, τούτο σημαίνει ότι ο άρρωστος έχει περάσει σύφιλη στο παρελθόν ή πρόσφατα. Αν είναι αρνητικές, ίσως πρόκειται για φαινόμενο ψευδοθετικών οροαντιδράσεων.

Υπάρχουν, δηλαδή, νοσήματα που δίδουν θετικές τις οροαντιδράσεις με μη τρεπονηματικά αντιγόνα με συχνότητα που παραλλάσσει και με τίτλο συνήθως πολύ χαμηλό. Τίτλος χαμηλός των αντιδράσεων αυτών παρατηρείται και σε φυσιολογικά άτομα σαν παράδοξο βιολογικό φαινόμενο.

Έτσι, λοιπόν, οι οροαντιδράσεις με ειδικά αντιγόνα χρησιμεύουν μόνο για επιβεβαίωση της διαγνώσεως, ιδίως επί λανθανούσης συφιλίδος.

Αντίθετα, οι οροαντιδράσεις με μη ειδικά αντιγόνα χρησιμεύουν για άμεση διάγνωση και προσανατολισμό και επί πλέον ως κριτήριο βελτιώσεως ή ιάσεως.

Όταν πέφτει ο τίτλος και τέλος αρνητικοποιούνται οι οροαντιδράσεις, αυτό σημαίνει επιτυχή θεραπευτική απάντηση.

Αν ο τίτλος μένει σταθερός, κάτι δεν πάει καλά και αν εξακολουθεί να ανεβαίνει, προσανατολιζόμαστε στη διάγνωση νέας μόλυνσεως και σπανιότερα της υποτροπής.

2.7.9.ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Στη θεραπεία της συφιλίδος το βασικό φάρμακο που εξακολουθεί να υπερέχει και να κυριαρχεί είναι η πενικιλίνη. Η ωχρά σπειροχαίτη είχε και εξακολουθεί να έχει ευαισθησία έναντι του φαρμάκου αυτού.

Η θεραπεία της συφιλίδος είναι δυνατή, οριστική και απόλυτη εδώ και μερικές δεκαετίες.

Ειδικότερα η θεραπεία της συφιλίδος έχει ως εξής:

ΦΑΡΜΑΚΑ

Η πενικιλίνη εξακολουθεί να θεωρείται το φάρμακο της πρώτης εκλογής για τη θεραπεία της συφιλίδος. Οι μορφές της πενικιλίνης που χρησιμοποιούνται διεθνώς είναι οι παρακάτω:

- Κρυσταλλική πενικιλίνη G.
- Προκαϊνική πενικιλίνη G (υδατοδιαλυτή).
- Ελαιώδης προκαϊνική πενικιλίνη G (PAM).
- Βενζαθινική πενικιλίνη G.

Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται στις περιπτώσεις πιθανής αλλεργικής ευαισθησίας προς την πενικιλίνη είναι:

- Τετρακυκλίνες (Υδροχλωρική T – χλωροτετρακυκλίνη).
- Ερυθρομυκίνη (Stearate – Ethylsuccinate – βάση).
- Κεφαλοσπορίνες.

ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΓΙΑ ΕΠΑΝΑΛΗΨΗ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Είναι τα εξής:

- Επιμονή ή επανεμφάνιση κλινικών συμπτωμάτων.
- Τετραπλασιασμός του τίτλου των μη σπειροχαιτικών οροαντιδράσεων επί ένα έτος.

- Διατήρηση σε υψηλά επίπεδα του τίτλου των μη σπειροχαιτικών οροαντιδράσεων επί ένα έτος.
- Η επαναληπτική θεραπεία πρέπει να είναι αυτή της όψιμου συφιλίδος.

2.7.10. Η ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΘΑΝΑΤΟΥ ΑΠΟ ΣΥΦΙΛΗ

Εάν γίνει κατάλληλη θεραπεία κατά τη διάρκεια του πρωτογενούς, του δευτερογενούς και των άδηλων σταδίων της σύφιλης, θα υπάρξει θεραπευτικό αποτέλεσμα. Στο τριτογενές στάδιο οι καρδιαγγειακές επιπλοκές και οι επιπλοκές του νευρικού συστήματος, είναι οι πιο συνηθισμένες αιτίες θανάτου. Σε μια μελέτη, η συχνότητα θανάτου σε μη θεραπευμένους άντρες με σύφιλη ήταν 15% και σε γυναίκες ήταν αντίστοιχα 8%. Γενικά, το ένα τέταρτο περίπου των ασθενών με μη θεραπευμένη σύφιλη πεθαίνουν λόγω επιπλοκών που παρουσιάζονται στο τριτογενές στάδιο.

Η εκατοστιαία αναλογία των αναφερθέντων θανάτων στις περιπτώσεις άδηλης σύφιλης μειώθηκε κατά 35% από το 1969 έως το 1983. Έκτοτε ο αριθμός των περιπτώσεων σύφιλης στο άδηλο στάδιο, καθώς και ο πιθανός αριθμός των περιπτώσεων τριτογενούς σταδίου έχουν μειωθεί. Ως εκ τούτου, το ποσοστό θανάτων λόγω σύφιλης έχει μειωθεί αρκετά.

2.7.11. ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Εξίδρωμα ή ιστός από το έλκος, εξετάζονται με μικροσκόπηση σκοτεινού πεδίου ή άμεση εξέταση φθορίζοντος αντισώματος.

Ορολογικές εξετάσεις:

- RPR ή VDRL (χωρίς τρεπώνημα).
- FTA – ABS (με παρουσία τρεπώνηματος).
- Υψηλό ποσοστό ψευδώς θετικών αποτελεσμάτων.
- Δεν αντανακλούν τη δραστηριότητα της νόσου.
- Ψευδώς θετικά RPR ή VDRL.
- Ρευματολογική νόσος.
- Λοίμωξη από HIV.
- Θυρεοειδίτις Hashimoto.

2.7.12.ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΣΥΦΙΛΗΣ

Επειδή ο άνθρωπος δεν έχει κάποια φυσική αντίσταση στη μόλυνση από το τρεπόννημα το ωχρό, θα πρέπει να χρησιμοποιεί μεθόδους που θα τον προστατεύουν από τη σύφιλη. Όσο μεγαλύτερο αριθμό σεξουαλικών συντρόφων έχει ένα άτομο, τόσο μεγαλύτερος είναι και ο κίνδυνος προσβολής από σύφιλη. Έτσι, ο κίνδυνος από τη σύφιλη μπορεί να μειωθεί με την παράλληλη μείωση στον αριθμό των σεξουαλικών συντρόφων.

Μια αποτελεσματική μέθοδος πρόληψης της σύφιλης είναι – για τον άντρα – η χρήση του προφυλακτικού κατά τη διάρκεια της συνουσίας. Άλλωστε αυτό είναι η μοναδική αντισυλληπτική συσκευή που έχει αποδειχθεί μοναδικά αποτελεσματική στην πρόληψη της σύφιλης. Ωστόσο, για να εξασφαλισθεί η αποτελεσματικότητά του, θα πρέπει να μην έχει υποστεί κάποια βλάβη, να χρησιμοποιηθεί σωστά και να φοριέται καθ' όλο το διάστημα της σεξουαλικής επαφής. Εάν χρησιμοποιείται κατάλληλα και κανονικά, το προφυλακτικό μπορεί να είναι ένα αποτελεσματικό όπλο όχι μόνο για την αντιμετώπιση της σύφιλης, αλλά και για άλλες σεξουαλικά μεταδιδόμενες νόσους.

Στις γυναίκες, η έκπλυση και η χρήση σαπουνιού και νερού μετά τη σεξουαλική επαφή δεν είναι μια αποτελεσματική μέθοδος για την πρόληψη της σύφιλης. Ανεπιβεβαίωτες πληροφορίες υπαινίσσονται ότι ορισμένα σπερμοκτόνα αντισυλληπτικά ίσως είναι σε θέση να καταστρέψουν το τρεπόννημα το ωχρό. Εντούτοις, θα πρέπει να γίνουν περαιτέρω μελέτες για να εξακριβωθεί η αποτελεσματικότητά τους στην πρόληψη της μετάδοσης της σύφιλης, προτού συστηθεί η χρήση τους.

2.7.13.ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Αν και η ανακάλυψη της πενικιλίνης δημιούργησε τη δυνατότητα τελικής εξάλειψης της σύφιλης, η τελευταία παραμένει ένας σημαντικός κίνδυνος για τη δημόσια υγεία. Απαιτείται μεγαλύτερη ενημέρωση του κοινού σχετικά με τους τρόπους πρόληψής της. Θα πρέπει να είναι γνωστά τα σημεία και τα συμπτώματα όλων των σταδίων της σύφιλης, καθώς και της συγγενούς σύφιλης. Εάν ένα άτομο δει να εμφανίζονται σημεία και συμπτώματα της νόσου, να συμβουλευθεί ένα γιατρό. Εάν διαγνωσθεί ότι έχει σύφιλη, απαιτείται αυστηρή συμμόρφωση ως προς τη θεραπευτική αγωγή. Το άτομο θα πρέπει να επαναλαμβάνει τις επισκέψεις του στο γιατρό, ώσπου

να βεβαιωθεί ότι η θεραπεία είναι επιτυχής. Με την όσο το δυνατόν μεγαλύτερη ενημέρωση του κοινού, η πρόληψη, η θεραπεία και ο έλεγχος της σύφιλης θα αυξηθούν ουσιαστικά.

2.7.14.ΣΥΦΙΛΙΔΙΚΟ ΕΛΚΟΣ

Αυτό εμφανίζεται στο σημείο που έγινε η μόλυνση. Εδράζεται κατά κανόνα (στο 93% των περιπτώσεων), στα γεννητικά όργανα. Στη βάλανο, την πόσθη, τη βαλανοποσθική αύλακα ή το χαλινό στον άνδρα και στα μικρά και μεγάλα χείλη, την είσοδο του κόλπου, το τράχηλο της μήτρας στη γυναίκα.

Το συφιλιδικό έλκος εδράζεται σπανιότερα στην περιγεννητική χώρα και τον πρωκτό (1%), στο εφηβαίο, το όσχεο, το περίνεο, στις πτυχές του δακτυλίου και την περιπρωκτική χώρα. Εδράζεται, τέλος, εκτός της γεννητικής χώρας (εξωγεννητικές εντοπίσεις 6%): στο στόμα και ιδιαιτέρως στα χείλη, τη γλώσσα και τις αμυγδαλές, στο πρόσωπο, στην άλω της θηλής του μαστού, στους δακτύλους και αλλού.

ΚΛΙΝΙΚΟΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΕΣ

Στο σημείο του ενοφθαλμισμού εμφανίζεται αρχικά απλή ερυθριματώδης κήλης, η οποία ταχέως διηθείται και καθίσταται σκληρά, εντός δε 10 – 15 ημερών λαμβάνει τους χαρακτήρες του συφιλιδικού έλκους.

Αυτό στην τυπική του μορφή είναι διάβρωση (στο 90% των περιπτώσεων), συνήθως μονήρης, στρογγυλή ή ωοειδής, καλά περιγεγραμμένη, διαμέτρου 5 – 10 mm, με λεία επιφάνεια, στιλπνή, ορορρούση, ερυθρής χροιάς, μυϊκής σάρκας, καλυπτόμενη ενίοτε από ψευδομεμβράνη. Εδράζεται σε σκληρή βάση (σημείο του Du Castel επί εντοπίσεως στην ακροποσθία) και είναι ανώδυνο. Εάν εντοπίζεται στους δακτύλους του χεριού ή τα παρίσθια, ή εάν επιμολυνθεί από κοινά μικρόβια, ή εάν είναι μεικτό έλκος, τότε είναι επώδυνο.

ΜΟΡΦΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΟΙΚΙΛΙΕΣ

Το συφιλιδικό έλκος είναι συνήθως μονήρες. Ενίοτε όμως απαντούν 2, 3, 4, 5 ή και περισσότερες βλάβες. Χαρακτηριστικό είναι το έλκος δίκη «φύλλων βιβλίου», κατά το οποίο δύο έλκη βρίσκονται έναντι αλλήλων (έλκος en feuillet de livre της βαλανοποσθικής αύλακος).

Όταν το έλκος έχει διάμετρο 1 – 5cm και μεγαλύτερη, ονομάζεται γιγάντιο, ενώ όταν δεν υπερβαίνει το μέγεθος φακής, τότε ονομάζεται νάνος.

Ανάλογα της μορφής του, το έλκος διακρίνεται σε ελκωτικό, όταν πρόκειται περί πραγματικού έλκους με πυθμένα και χείλη. Σε διφθεροειδές, όταν καλύπτεται από υπόλευκο διφθεροειδές επίχρισμα και εντοπίζεται στους βλεννογόνους. Σε εκθυματοειδές, όταν καλύπτεται από αιματογενή εφελκίδα και εντοπίζεται στο δέρμα. Σε υπερτροφικό, όταν η έλκωση εδράζεται σε βλαστική βλάβη. Όταν το έλκος εντοπίζεται στο έσω πέταλο της ακροποσθίας (σκληρία κατά τη ψηλάφηση), τότε προκαλείται εξοίδηση αυτής και φίμωση. Το πέος λαμβάνει την όψη «πλήκτρου κώδωνος», από το στενωμένο στόμιο εξέρχεται οροπυώδες υγρό.

α)Βαλανίτις του Follmann

Αντί της συνηθισμένης μορφής συφιλιδικού έλκους, εμφανίζεται σπανίως, με χρόνο επώσεως 8 – 21 ημέρες, η συφιλιδική βαλανίτις του Follmann. Κατ' αυτήν παρατηρείται διάχυτη ερυθρότητα της βαλάνου και του έσω πετάλου της ακροποσθίας μετά από πολλαπλές μικρές, ερπητοειδείς διαβρώσεις, εκ των οποίων αναβλύζει ορός, που περιέχεται σε άφθονα τρεπονήματα. Οι σύστοιχοι αδένες είναι συνήθως διογκωμένοι, μικροί, σκληροί και ανώδυνοι.

Ανάλογα, στη γυναίκα είναι η συφιλιδική αιδοιοκολπίτις, η οποία εμφανίζεται μετά από ερυθρότητα του βλεννογόνου της έσω επιφάνειας των μικρών χειλέων, της κλειτορίδας και της εισόδου του κόλπου και μικροδιαβρώσεων, εκ των οποίων αναβλύζει ορός, που περιέχει άφθονα τρεπονήματα.

β)Μεικτό έλκος

Αυτό οφείλεται στην επί του αυτού σημείου ταυτόχρονη μόλυνση από του τρεπονήματος του ωχρού και του αιμοφίλου του δουκρεϊκού. Μετά από 2 – 3 ημέρες (χρόνος επώσεως του μαλακού έλκους), εμφανίζεται έλκωση επώδυνη με πυθμένα ρυπαρό και σκληρόβρωτο και χείλη ανώμαλα αποκολλημένα. Μετά από 21 ημέρες η κλινική εικόνα μεταβάλλεται και η έλκωση λαμβάνει τους χαρακτήρες του συφιλιδικού έλκους, από τους οποίους και εξελίσσεται.

γ)Επάνιον έλκος (Ulcus Redux)

Μετά από πάροδο εβδομάδων ή μηνών από της κλινικής ίασεως συφιλιδικού έλκους, είναι δυνατόν, μετά από ελλιπή θεραπεία να εμφανισθεί στη θέση της ουλώδους ατροφίας ή της ουλής της βλάβης, νέο συφιλιδικό έλκος. Αυτό ονομάζεται επάνιον έλκος και οφείλεται σε τρεπονήματα, τα οποία είχαν εγκυστωθεί στους ιστούς κατά την πρώτη μόλυνση. Κατά την εμφάνιση του επανιόντος έλκους οι οροαντιδράσεις είναι θετικές.

ΕΞΕΛΙΞΗ

Το συφιλιδικό έλκος, αφού παραμείνει για 3 – 4 εβδομάδες, αρχίζει να υποχωρεί και μετά από πάροδο 2 – 4 εβδομάδων ίαται. Στη θέση του παραμένει υπέρχρωμη κήλης ή μικρή ουλώδης ατροφία ή ουλή, ανάλογα της κλινικής του μορφής. Η σκληρία παραμένει ενίοτε για λίγο και μετά την ίαση του έλκους.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση του συφιλιδικού έλκους είναι εύκολη, όταν αυτό έχει τα χαρακτηριστικά του γνωρίσματα, δύσκολο όμως στις άλλες περιπτώσεις. Οποσδήποτε, η κλινική διάγνωση θα πρέπει να επιβεβαιωθεί με την ανεύρεση του τρεπονήματος. Αυτό δεν επιτυγχάνεται πάντοτε εύκολα και πολλές φορές απαιτούνται επανειλημμένες εξετάσεις στο βάθος του αναβλύζοντος ορού. Σε αρνητικό αποτέλεσμα, η αναζήτηση επιχειρείται στον οπό, ο οποίος λαμβάνεται με παρακέντηση των συστοίχων λεμφαδένων. Οι οροαντιδράσεις, αποβαίνουν θετικές μετά την 15η ημέρα από την εμφάνιση του έλκους, υποβοηθούν στη διάγνωση.

Μεταξύ των συνηθέστερων βλαβών των γεννητικών οργάνων, είναι:

- Ο έρπης, που αρχίζει με αίσθημα καύσου και χαρακτηρίζεται από φυσαλίδες, τις οποίες διαδέχεται διάβρωση εντός 2 – 3 ημερών, πολυκυκλικής περιφέρειας.
- Η διαβρωτική βαλανοποσθίτις, που παρουσιάζει πολλαπλές διαβρωτικές πλάκες, ανώμαλου σχήματος.
- Η άφθωσις, στις οποίας οι βλάβες της υποτροπιάζουν, είναι επώδυνες, καλύπτονται από λευκόφαιο επίχρισμα και πολλές φορές συνυπάρχουν με βλάβες του στόματος ή άλλων φυσικών στομίων.
- Οι τραυματικές βλάβες, οι οποίες είναι γραμμοειδείς, μαλθακές και επώδυνες.

- Το επιθηλίωμα που είναι χρόνια και κατά κανόνα ελκωτικό.
- Η διάγνωση του έλκους, ορισμένων εντοπίσεων, απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή. Το έλκος των αμυγδαλών και των δακτύλων είναι επώδυνο. Το έλκος της ουρήθρας είναι δυνατόν να προκαλέσει ρύση. Το έλκος του δακτυλίου είναι γραμμοειδές. Το έλκος του τραχήλου της μήτρας είναι δυνατόν να συγχυθεί με τον καρκίνο.

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Η συνηθέστερη επιπλοκή του συφιλιδικού έλκους είναι η φλεγμονή, που οφείλεται σε επιμολύνσεις από κοινούς κόκκους, βακτηρίδια κ.λ.π. Ένεκα αυτής, αυτό καθίσταται επώδυνο. Είναι δυνατόν να επακολουθήσει τοπικό οίδημα και επί εντοπίσεως στο πέος, φίμωση ή παραφίμωση. Η γάγγραινα και ο φαγεδαιτισμός είναι σήμερα σπάνιες επιπλοκές.

2.8.ΜΑΛΑΚΟ ΕΛΚΟΣ

2.8.1.ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ

Πρόκειται για ένα όχι τόσο συχνό σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα, το οποίο προκαλείται από τον *Haemophilus ducreyi*.

Εμφανίζεται επώδυνη εξέλκωση των γεννητικών οργάνων και διαπύηση των τοπικών λεμφαδένων.

2.8.2.ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Προσβάλλει με δεκαπλάσια συχνότητα τους άνδρες.

Το μαλακό έλκος παρουσιάζεται κυρίως σε ετεροφυλόφιλους άνδρες. Στις περισσότερες περιπτώσεις η μετάδοση γίνεται από ιερόδουλες, οι οποίες συχνά είναι ασυμπτωματικές φορείς του συγκεκριμένου μικροοργανισμού.

Η νόσος δεν είναι συνήθης στις ΗΠΑ και εμφανίζεται με τη μορφή επιδημίας.

Είναι συνήθης και ενδημική σε πολλές περιοχές του Τρίτου Κόσμου.

Οι ασθενείς με μαλακό έλκος παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο για HIV λοίμωξη.

2.8.3.ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

Η περιοχή που ήρθε σε επαφή με το μικρόβιο παρουσιάζει μια επώδυνη ερυθρή βλατίδα, η οποία μετατρέπεται σε φλύκταινα και τέλος ρήγνυται σχηματίζοντας εξέλκωση με ακανόνιστα χείλη και ερυθρή άλω.

Το έλκος είναι βαθύ, αιμορραγεί εύκολα και επεκτείνεται περιφερειακά καταστρέφοντας τους ιστούς κάτω από το φαινομενικά υγιές δέρμα.

Η βάση του έλκους καλύπτεται από κιτρινόφαιο εξίδρωμα.

Οι εξελκώσεις αυτές είναι εξαιρετικά μεταδοτικές, ενώ με αυτενοφθαλμισμό εμφανίζονται πολλαπλές βλάβες επί των γεννητικών οργάνων.

Ο αυτενοφθαλμισμός οδηγεί στην εμφάνιση βλαβών στους μηρούς, τους γλουτούς και την περιπρωκτική χώρα.

2.8.4.ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

Μερικές φορές οι ασθενείς αναφέρουν ανορεξία, αίσθημα κακουχίας και εμφανίζουν μικρή πυρετική κίνηση.

Οι γυναίκες φορείς μπορεί να μην παρουσιάζουν βλάβες και να είναι ασυμπτωματικές.

Στο 50 % των ασθενών που δεν έλαβαν αγωγή, μετά από μια βδομάδα εμφανίζεται ομόπλευρη ή αμφοτερόπλευρη βουβωνική λεμφαδενοπάθεια.

Η λεμφαδενοπάθεια υποχωρεί αυτόματα ή εξελίσσεται με διαπύηση των λεμφαδένων και παροχέτευση τους προς την επιφάνεια του δέρματος.

Χωρίς θεραπεία, η νόσος είτε υποχωρεί αυτόματα είτε μεταπίπτει σε χρόνια και υποχωρεί μετά από μεγάλο διάστημα.

2.8.5.ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

Ο *H. Duceyi* δεν καλλιεργείται στα συνήθη θρεπτικά υλικά. Ο μικροοργανισμός επιβιώνει σε όλα τα σύγχρονα υλικά για τη μεταφορά δειγμάτων.

Με βαμβακοφόρο στυλεό λαμβάνουμε δείγμα εξιδρώματος από τη βάση ενός νεοεμφανισθέντος έλκους. Απλώνουμε το δείγμα στην αντικειμενοφόρο πλάκα περιστρέφοντας την άκρη του στυλεού προς μια κατεύθυνση για να μπορέσουμε να

παρατηρήσουμε τον «συνωστισμό των μικροοργανισμών». Όντως παρατηρούνται Gram αρνητικοί κοκκοβάκιλοι διατεταγμένοι σε παράλληλες σειρές.

Οι ασθενείς με μαλακό έλκος διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο για μόλυνση από τον HIV. Όταν τεθεί η διάγνωση μαλακού έλκους ο ασθενής πρέπει να εξετάζεται για HIV λοίμωξη και αν το αποτέλεσμα είναι αρνητικό να επανεξετάζεται μετά από τρεις μήνες για σύφιλη και HIV λοίμωξη.

2.8.6.ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

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

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

2.8.7.ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Μπορούμε να χορηγήσουμε : αζιθρομυκίνη 1 gr per os εφάπαξ, κεφτριαξόνη 250 mg ενδομυϊκώς εφάπαξ, σιπροφλοξασίνη 500 mg per os δύο φορές ημερησίως για τρεις ημέρες ή ερυθρομυκίνη 500 mg per os τρεις φορές ημερησίως για επτά ημέρες.

Υπάρχουν ασυμπτωματικοί φορείς του *H.ducreyi*. Συνεπώς οι σεξουαλικοί σύντροφοι των ασθενών πρέπει να εντοπίζονται και να λαμβάνουν κατάλληλη αγωγή.

2.8.8.ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Ο συνδυασμός επώδυνου έλκους και διαπυητικής βουβωνικής λεμφαδενοπάθειας είναι παθογνωμικός.

Το μαλακό έλκος συχνά συγχέεται με την πρωτογενή ερπητική λοίμωξη των γεννητικών οργάνων.

Σε σύγκριση με τα υπόλοιπα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, το μαλακό έλκος είναι το ισχυρότερα συσχετιζόμενο με υψηλό κίνδυνο για μόλυνση από τον HIV.

Χωρίς κατάλληλη αγωγή, το μαλακό έλκος χρονίζει και υποχωρεί μετά από μεγάλο χρονικό διάστημα, παρατείνοντας την περίοδο κατά την οποία ο ασθενής παρουσιάζει αυξημένο κίνδυνο για μόλυνση από τον HIV. Η θεραπεία δεν πρέπει να καθυστερεί

αναμένοντας τα αποτελέσματα της καλλιέργειας. Αντιθέτως η διάγνωση πρέπει να τίθεται κλινικά και ο ασθενής να λαμβάνει την κατάλληλη αγωγή.

Κεφάλαιο 3

3.1. ΨΩΡΑ

3.1.1.ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ψώρα είναι μια κατάσταση που οφείλεται σε προσβολή του δέρματος από ένα μικρό ζωικό παράσιτο που ονομάζεται ψωρικό άκαρι. Η ψώρα μπορεί να εμφανισθεί ως εντοπισμένη διαταραχή στο οικογενειακό περιβάλλον, στα σχολεία, σε ιδρύματα ή σε κοινωνικές ομάδες. Είναι πιθανόν να δημιουργηθεί μια μεγάλη ποικιλία δερματικών βλαβών που είναι δυνατό να προκαλέσουμε σύγχυση με άλλες δερματικές βλάβες. Το ζωικό παράσιτο μπορεί να είναι πολύ μικρό. Είναι σχεδόν αδύνατο να γίνει ορατό με γυμνό μάτι. Έχει ένα αποστρογγυλεμένο σώμα και τέσσερα ζεύγη ποδιών. Το θηλυκό τρυπώνει μέσα στο εξωτερικό στρώμα του δέρματος και εναποθέτει τα αυγά του πολλές εβδομάδες πριν να πεθάνει. Τα αυγά εκκολάπτονται μέσα σε δυο ή τρεις μέρες. Τα ζώφια τότε ταξιδεύουν προς την επιφάνεια του δέρματος, όπου συμβαίνει η σεξουαλική αναπαραγωγή και αρχίζει πάλι ένας νέος κύκλος ζωής. Το ζώφιο ζει ολόκληρη τη ζωή του στο δέρμα του ανθρώπου και μόνο για μικρό χρονικό διάστημα μπορεί να επιζήσει έξω από τον ανθρώπινο οργανισμό.

3.1.2. ΤΥΠΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΨΩΡΑΣ

Τα συμπτώματα της ψώρας δεν εμφανίζονται παρά έπειτα από παρέλευση τεσσάρων έως έξι εβδομάδων μετά την αρχική προσβολή. Αυτός είναι ο χρόνος που απαιτείται για τον πολλαπλασιασμό των ζουφίων και για τους μηχανισμούς άμυνας του οργανισμού να αντιδράσουν στα παράσιτα. Τα συνήθη συμπτώματα είναι το εξάνθημα και ο κνησμός. Οι βλάβες του δέρματος μπορεί να εμφανισθούν ως λέπια, κρούστες ή οζίδια. Οι πιο συχνά προσβαλλόμενες περιοχές του σώματος είναι εκείνες ανάμεσα στα δάχτυλα, καθώς επίσης στα χέρια, οι αγκώνες, οι καρποί, η μασχάλη, τα πόδια, οι γλουτοί, οι γυναικείοι μαστοί και η γεννητική χώρα στον άντρα. Το τριχωτό της κεφαλής και το πρόσωπο συνήθως δεν προσβάλλονται. Οι χαρακτηριστικότερες βλάβες είναι οι σήραγγες που προκαλούνται από το ζώφιο. Μπορεί να είναι ελαφρώς ανυψωμένες με μια μικρή φλύκταινα (φουσκάλα) ή με ένα σπυρί στο ένα τους άκρο. Ο κνησμός θεωρείται ότι οφείλεται στην αντίδραση του δέρματος είτε προς το παράσιτο είτε προς τα προϊόντα αποβολής του ή και στα δύο, είναι δε συχνά πολύ

έντονος. Πολλά άτομα χειροτερεύουν την κατάσταση τους με έντονο ξύσιμο που μπορεί να προκαλέσει αιμορραγία, εξέλκωση του δέρματος ή μικροβιακές μολύνσεις. Ο κνησμός είναι περισσότερο έντονος τη νύχτα και μπορεί να διακόψει τον ύπνο του πάσχοντος. Αυτό θεωρείται ότι οφείλεται στην αυξημένη δραστηριότητα των ζωυφίων που προκαλείται από την άνοδο της θερμοκρασίας του δέρματος κατά την διάρκεια του ύπνου.

3.1.3. Η ΜΕΤΑΔΟΣΗ ΤΗΣ ΨΩΡΑΣ

Ο συνηθισμένος τρόπος που μεταδίδεται είναι στενή επαφή των ατόμων μεταξύ τους, όπου φυσικά συμπεριλαμβάνεται και η σεξουαλική επαφή. Τα μέλη μιας οικογένειας, τα παιδιά ενός σχολείου και οι τρόφιμοι νοσοκομείων είναι τα συχνότερα θύματα. Αν και η άμεση προσωπική επαφή είναι η πιο συχνή μορφή μετάδοσης, τα ζώφια μπορεί επίσης να μεταδοθούν από μολυσμένα ρούχα και κλινοσκεπάσματα, αφού μπορούν να επιζήσουν για μικρό χρονικό διάστημα μακριά από το δέρμα του ανθρώπου. Ο διαμοιρασμός του κρεβατιού μ' ένα άλλο άτομο που είναι μολυσμένο, με ή χωρίς σεξουαλική επαφή, μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα τη μετάδοση του ζωυφίου.

3.1.4. Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΨΩΡΑΣ

Όλα τα άτομα στα οποία το ζώφιο, τα αβγά του ή τα απόβλητα του έχουν επισημανθεί, έπειτα από μικροσκοπική εξέταση στις δερματικές τους βλάβες, θα πρέπει να θεραπεύονται. Επιπλέον, τα μέλη μιας οικογένειας, τα άτομα που έρχονται σε στενή προσωπική επαφή και οι σεξουαλικοί σύντροφοι θα πρέπει να θεραπεύονται, ακόμη κι αν δεν παρουσιάζουν φανερά συμπτώματα ψώρας. Αυτό πρέπει να γίνεται επειδή μπορεί να χρειασθούν και έξι εβδομάδες μετά τη μετάδοση του ζωυφίου για να αναπτυχθούν συμπτώματα. Υπάρχουν τέσσερα είδη φαρμάκων που μπορεί να χρησιμοποιηθούν για τη θεραπεία της ψώρας: το lindane (γάμα βενζοϊκό εξαχλωρίδιο, Kwell) το crotamiton (Eurax), η θειούχος 5-10% αλοιφή και το permethrin (Nix).

Το lindane (Kwell) είναι το συχνότερα χρησιμοποιούμενο και το προτιμότερο φάρμακο για τη θεραπεία της ψώρας. Ο ασθενής θα πρέπει πρώτα να κάνει ένα μπάνιο με σαπούνι, χρησιμοποιώντας ένα σκληρό τρίφτη. Για να μειωθεί η τοξικότητα, το lindane δε θα πρέπει να εφαρμόζεται αμέσως μετά το μπάνιο. Το δέρμα θα πρέπει να είναι πολύ στεγνό για να προληφθεί η υπερβολική απορρόφηση του φαρμάκου από το δέρμα. Μετά το στέγνωμα του δέρματος, ένα λεπτό στρώμα κρέμας lindane ή μια

λοσιόν (1%) θα πρέπει να εφαρμόζεται σε όλη την επιφάνεια του δέρματος (κανονικό και προσβλημένο δέρμα), από το λαιμό προς τα κάτω. Ειδική φροντίδα θα πρέπει να λαμβάνεται για την εφαρμογή του φαρμάκου στην επιφάνεια ανάμεσα στα δάχτυλα των χεριών και των ποδιών και στα πέλματα των ποδιών. Το lindane δε θα πρέπει να χρησιμοποιείται για την περιοχή πάνω από το λαιμό, εκτός εάν έχει διαγνωσθεί ψώρα στο πρόσωπο ή στο τριχωτό της κεφαλής. Το φάρμακο θα πρέπει να παραμείνει στο δέρμα όλη τη νύχτα ή τουλάχιστον για 8 ως 12 ώρες. Ο ασθενής θα πρέπει να κάνει ένα μπάνιο πάλι, για να φύγει το φάρμακο. Μετά από κάθε πλύσιμο των χεριών θα πρέπει να εφαρμόζεται πάλι lindane.

Εάν χρησιμοποιείται προσεκτικά και σωστά, μια εφαρμογή του lindane είναι συνήθως αρκετή για να θεραπεύσει την προσβολή από την ψώρα. Μια δεύτερη εφαρμογή μπορεί να γίνει σε μια εβδομάδα, εάν είναι ανάγκη. Οι ασθενείς γενικά συνηθίζουν να εφαρμόζουν το φάρμακο συχνότερα και για περισσότερο χρονικό διάστημα απ' αυτό που συνιστάται. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε ερεθισμό του δέρματος και θα πρέπει να αποφεύγεται. Το lindane δε συνιστάται για τις έγκυες ή για τις θηλάζουσες γυναίκες.

Το crotamiton (Eurax) είναι κάπως λιγότερο αποτελεσματικό, αλλά είναι ένα καλό φάρμακο για εναλλαγή με το lindane. Δεν ενεργεί σκοτώνοντας μόνο τα ζώδια, αλλά μειώνει επίσης και τη φαγούρα. Το crotamiton (ως μια 10% λοσιόν ή κρέμα) πρέπει να εφαρμόζεται με τον ίδιο τρόπο όπως το lindane. Όμως μια δεύτερη εφαρμογή πρέπει να γίνει σε 24 ώρες. Το άτομο πρέπει να κάνει και ένα δεύτερο μπάνιο, 24 ώρες μετά τη δεύτερη εφαρμογή.

Η θειούχος αλοιφή μπορεί να είναι επίσης χρήσιμη για τη θεραπεία της ψώρας. Γενικά χρησιμοποιείται σε μια πυκνότητα 5% για τα παιδιά και 10% για τους ενήλικους. Οι θειούχες αλοιφές θα πρέπει να εφαρμόζονται σε όλη την επιφάνεια του δέρματος από το λαιμό προς τα κάτω, κάθε νύχτα και για τρεις συνεχόμενες νύκτες. Το άτομο μπορεί να κάνει μπάνιο πριν από την ξαναχρησιμοποίηση του φαρμάκου και θα πρέπει να το επαναλάβει 24 ώρες μετά την τελευταία εφαρμογή. Το κυριότερο μειονέκτημα της θειούχου αλοιφής είναι ότι έχει μια δυσάρεστη οσμή, προκαλεί ακαθαρσία και χρωματίζει εύκολα τα ρούχα.

Για την προσβολή του τριχωτού της κεφαλής, το permethrin (Nix) προσφέρεται με τη μορφή μιας κρέμας που αλείφεται σ' αυτό. Διατηρείται στις τρίχες των μαλλιών και

η θεραπευτική δράση του παραμένει ως και δύο εβδομάδες, ανεξάρτητα από το λούσιμο του κεφαλιού. Θα πρέπει να εφαρμόζεται αμέσως έπειτα από το λούσιμο και το στέγνωμα των μαλλιών, θα πρέπει δε να παραμένει για 10 λεπτά κα έπειτα να ξεπλένεται.

3.1.5.ΟΙ ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΑΠΟ ΤΟ LINDANE

Το lindane είναι μια ουσία μετρίως τοξική. Μελέτες σε ζώα έχουν δείξει ότι σε μεγάλες δόσεις μπορεί να προκαλέσει τοξικότητα του κεντρικού νευρικού συστήματος, καθώς κα σπασμό των μυών και παροξυσμό σπασμών. Ακόμη υπάρχουν συγκρουόμενες μαρτυρίες σχετικά με την πιθανότητα πρόκλησης καρκίνου από το lindane. Εντούτοις, όταν χρησιμοποιείται σύμφωνα με τις οδηγίες ελάχιστος κίνδυνος υπάρχει για τους ανθρώπους.

Η ΨΕΙΡΑ ΤΟΥ ΕΦΗΒΑΙΟΥ

3.2.1.ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ψείρα του εφηβαίου είναι μόλυνση από ζωικά παράσιτα στη γεννητική περιοχή. Υπάρχουν πολλά είδη ψείρας, αλλά τρία μόνο προσβάλλουν τον άνθρωπο συχνότερα. Αυτά είναι η ψείρα της κεφαλής, η ψείρα του σώματος και η ψείρα του εφηβαίου. Η ψείρα του εφηβαίου έχει μήκος 1-2 χιλιοστά περίπου, είναι δε ένα πλατύ, μακρύ και χωρίς φτερά έντομο. Πρόκειται για παράσιτο που τρέφεται με το αίμα του ανθρώπου.

3.2.3.Η ΜΕΤΑΔΟΣΗ ΤΗΣ ΨΕΙΡΑΣ ΤΟΥ ΕΦΗΒΑΙΟΥ

Οι ψείρες μεταδίδονται από την άμεση επαφή μ' ένα μολυσμένο άτομο, ιδιαίτερα κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής επαφής. Συνήθως η μετάδοση τους έχει να κάνει με το τριχωτό της ηβικής περιοχής και τις τρίχες στα άνω τμήματα των ποδιών και της κοιλιάς. Ωστόσο, οι τρίχες του προσώπου (φρύδια, βλεφαρίδες, μουστάκι και γένια) μπορεί επίσης να προσβληθούν. Το ότι η ψείρα προκαλείται από την έλλειψη υγιεινής φροντίδας και το ότι μπορεί να <<πηδήσει>> από το ένα άτομο στο άλλο, είναι και τα δύο μύθοι. Αν και η σεξουαλική επαφή είναι ο συνηθέστερος τρόπος της απόκτησης της, τα παράσιτα μερικές φορές μπορεί να μεταδοθούν με τα ρούχα, τα σεντόνια, ακόμη και με το κάθισμα στην τουαλέτα. Αυτός, όμως, δεν είναι ο πιο συνηθισμένος τρόπος μετάδοσης, γιατί οι ψείρες που πέφτουν από τα ρούχα ή τα σεντόνια είναι

σχεδόν νεκρές. Οι ψείρες του εφηβιαίου ζουν μόνο στους ανθρώπους και δεν μπορεί να αποκτηθούν από τα ζώα ή τα διάφορα λαχανικά.

Όταν ένα άτομο μολυνθεί, η θηλυκή ψείρα αρχίζει να γεννάει αβγά, που είναι γνωστά ως κονίδια. Αυτά κυμαίνονται από τρία έως δέκα αβγά κάθε νύχτα. Τα κονίδια αυτά προσκολλώνται στο στέλεχος των τριχών ή στις ίνες των ρούχων με μια συγκολλητική ουσία. Συνήθως προσκολλώνται κοντά στο δέρμα, μιας και είναι αναγκαίες οι υψηλότερες θερμοκρασίες για την εκκόλαψη. Κανονικά, μια καινούρια ψείρα, που ονομάζεται νύμφη, βγαίνει από το αβγό μέσα σε μια ως δύο εβδομάδες. Οι νύμφες αυτές προσπαθούν να τραφούν διατρυπώντας το δέρμα και απορροφώντας το αίμα του ανθρώπου στον οποίο φιλοξενούνται. Σε 15 περίπου μέρες οι νύμφες ωριμάζουν και γίνονται κανονικές ψείρες, αποβάλλοντας το περίβλημά τους, πολλές φορές, κατά τη διαδικασία αυτή. Η ώριμη ψείρα γενικά δε μετακινείται σε άλλα μέρη του σώματος, αλλά παραμένει προσκολλημένη στο στέλεχος της τρίχας με τα νύχια της. Εκεί ζει για ένα μήνα περίπου προτού πεθάνει και πέσει από το σώμα.

3.2.4.ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΨΕΙΡΑΣ ΤΟΥ ΕΦΗΒΑΙΟΥ

Το πιο συνηθισμένο σύμπτωμα που προκαλείται από την ψείρα του εφηβιαίου είναι ο κνησμός (φαγούρα). Όταν μια ψείρα δαγκώνει, το σάλιο μπαίνει στην πληγή και προκαλεί ερεθισμό, που έχει ως αποτέλεσμα αυτήν ακριβώς την φαγούρα. Το σάλιο της ψείρας μπορεί να προκαλέσει και άλλα συμπτώματα, όπως ελαφρό πυρετό, διόγκωση των λεμφαδένων και πόνους στους μυς. Το έντονο ξύσιμο της προσβεβλημένης περιοχής μπορεί να προκαλέσει απόξεση του δέρματος και δευτερογενείς μικροβιακές μολύνσεις. Με την προσβολή από την ψείρα της ηβικής περιοχής μπορεί να σκοτεινόχρωμα «μπαλώματα» στο δέρμα της κοιλιάς, της γεννητικής περιοχής και των μηρών. Τα «μπαλώματα» αυτά του δέρματος δεν προκαλούν φαγούρα και εξαφανίζονται βαθμιαία.

3.2.5. Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΨΕΙΡΑΣ ΤΟΥ ΕΦΗΒΑΙΟΥ

Υπάρχουν τρία φάρμακα, αποτελεσματικά στη θεραπεία από τη μόλυνση με ψείρα του εφηβιαίου. Αυτά είναι το lindane (Kwell), το malathion (prioderm) και το pyrethrin (A-200 Pyrinat, Rid και άλλα). Αποτελεί μύθος το τι το πλύσιμο με σκούρο σαπούνι ή η εφαρμογή κηροζίνης στο δέρμα είναι οι καλύτεροι τρόποι για τη θεραπεία της ψείρας. Όλοι όσοι έχουν σεξουαλική και, γενικά, στενή επαφή με προσβεβλημένα από

ψείρα του εφηβαίου άτομα, θα πρέπει να θεραπεύονται. Ακόμη, όλα τα σεντόνια, τα προσόψια και τα ρούχα θα πρέπει ή να πλένονται με καυτό νερό και να στεγνώνονται μηχανικώς ή να υφίστανται στεγνό καθαρισμό.

Το lindane (Kwell) χορηγείται με συνταγή γιατρού, ως λοσιόν, σαμπουάν ή κρέμα, σε πυκνότητα 1%. Κανονικά μια μικρή ποσότητα του σαμπουάν εφαρμόζεται στην προσβλημένη και στις γειτονικές περιοχές και γίνεται μάλαξη στις τρίχες και το δέρμα. Όταν καλυφθεί η περιοχή πλήρως, προστίθεται λίγη ποσότητα νερού για να παραχθεί αφρός. Συνιστάται το σαμπουάν να μείνει σε επαφή με το δέρμα για τέσσερα έως πέντε λεπτά, προτού γίνει καλό ξέβγαλμα και στέγνωμα της περιοχής. Όταν οι τρίχες στεγνώσουν, θα πρέπει να χρησιμοποιηθεί ένα χτένι με λεπτά και πυκνά δόντια για να απομακρυνθούν τα κονίδια από τα στελέχη των τριχών. Εάν έχουν προσβληθεί τα φρύδια και τα βλέφαρα κάποια άλλη θεραπευτική ουσία (βαζελίνη) θα πρέπει να χρησιμοποιηθεί αντί για το lindane. Η βαζελίνη, όταν εφαρμόζεται δυο φορές τη μέρα και για 10 μέρες, θα πνίξει τις ψείρες και τα κονίδια τους.

Εάν εισχωρήσει κατά τύχη αφρός του σαμπουάν στα μάτια, θα πρέπει να ξεβγαλθεί με άφθονο νερό. Γενικά είναι αναγκαία μόνο μια εφαρμογή σαμπουάν. Μπορεί, όμως, η θεραπεία με το lindane να χρειασθεί να επαναληφθεί για μια ακόμη φορά, σε μία εβδομάδα, εάν είναι ανάγκη. Ο κνησμός μπορεί να επιμένει για κάποιο χρονικό διάστημα μετά τη θανάτωση των ψειρών. Αυτό δε θα πρέπει να θεωρείται σαν σημάδι ότι η θεραπεία είναι ανεπιτυχής.

Η λοσιόν ή η κρέμα lindane 1% θα πρέπει να εφαρμόζεται σε ένα λεπτό στρώμα στην προσβλημένη και στις γειτονικές με τις τρίχες περιοχές και να ξεπλυθούν καλά μετά από οκτώ ώρες. Εάν είναι ανάγκη, η θεραπεία μπορεί να επαναληφθεί μετά από επτά μέρες.

Το malathion (Prioderm)-ίσως το πιο αποτελεσματικό φάρμακο για τη θεραπεία της ψείρας του εφηβαίου-χορηγείται τελευταία στις Η.Π.Α. μόνο με συνταγή γιατρού, ως λοσιόν σε πυκνότητα 0,5%. Το φάρμακο πρέπει να εφαρμόζεται στο στεγνό τρίχωμα της προσβλημένης περιοχής (εκτός από τα φρύδια και τα βλέφαρα) και να επιστρώνεται ελαφρά ώσπου να υγρανθεί όλη η περιοχή- η οποία θα πρέπει να μένει για 8 ώρες τουλάχιστον ακάλυπτη, ώστε το φάρμακο να ξεραθεί στη θερμοκρασία του περιβάλλοντος. Δεν πρέπει να χρησιμοποιείται στεγνωτήρας μαλλιών, γιατί η θερμότητα μειώνει την αποτελεσματικότητα του malathion. Αφού περάσει αυτό το

χρονικό διάστημα, η περιοχή θα πρέπει να ξεπλένεται καλά με σαπούνι και νερό και να στεγνώνεται με μια πετσέτα. Όταν το τρίχωμα στεγνώσει, θα πρέπει να χρησιμοποιηθεί ένα χτένι με λεπτά και πυκνά δόντια για να απομακρυνθούν οι νεκρές ψείρες και τα κονίδια. Μια εφαρμογή είναι συνήθως αρκετή, αλλά μπορεί να επαναληφθεί, αν χρειάζεται σε επτά ως εννέα μέρες.

Παρενέργειες από το malathion είναι σπάνιες όταν το φάρμακο χρησιμοποιείται σύμφωνα με τις οδηγίες. Οι πιο συνηθισμένες απ' αυτές είναι ο ελαφρός ερεθισμός και η ξηρότητα του δέρματος. Δε θα πρέπει να χρησιμοποιείται σε άτομα με παθήσεις στα βλέφαρα και στα φρύδια, γιατί το φάρμακο, ερχόμενο τυχαία σε επαφή με το μάτι, μπορεί να απορροφηθεί απ' αυτό.

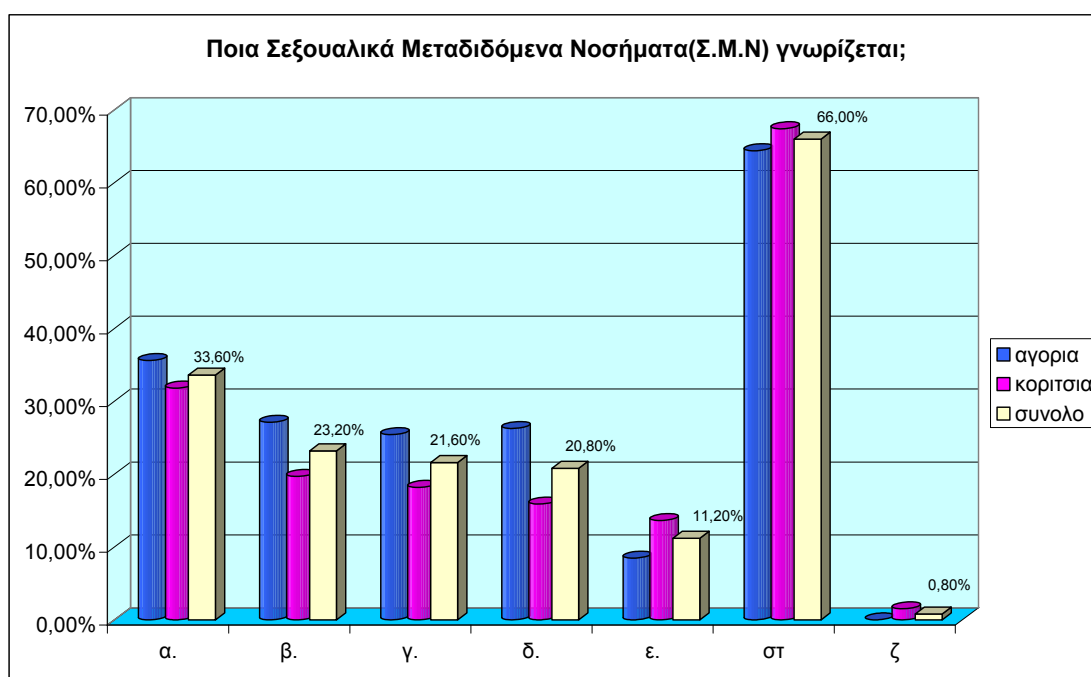
Το pyrethrin (A-200 Pyginate, Rid και άλλα) προσφέρεται για χρήση χωρίς συνταγή. Το διάλυμα, το ζελέ ή το σαμπούαν που περιέχουν pyrethrin θα πρέπει να εφαρμόζονται στις προσβλημένες και τις γειτονικές περιοχές και να τρίβονται στο τρίχωμα και στο δέρμα. Πρέπει να αποφεύγεται αυστηρά η επαφή με τα μάτια και τους βλεννογόνους, αλλά, αν αυτό συμβεί, θα πρέπει τα μάτια ή οι άλλες προσβλημένες περιοχές να ξεπλένονται καλά με νερό. Μετά τη χρήση του pyrethrin και για δέκα λεπτά πρέπει να ξεπλένονται καλά το τρίχωμα και το δέρμα με σαπούνι και νερό και να στεγνώνονται. Κατόπιν πρέπει να χρησιμοποιηθεί ένα χτένι με λεπτά και πυκνά δόντια για την απομάκρυνση κάθε υπολείμματος κονιδίων από τα τριχωτά μέρη. Αν και μία μόνο εφαρμογή είναι συνήθως αποτελεσματική, η θεραπεία θα πρέπει να επαναληφθεί μέσα σε μια εβδομάδα.

Όταν χρησιμοποιείται σύμφωνα με τις οδηγίες, το pyrethrin έχει ελάχιστες παρενέργειες. Κάποιος τοπικός ερεθισμός μπορεί να παρουσιασθεί σε μερικές περιπτώσεις. Ακόμη, μερικοί ασθενείς μπορεί να παρουσιάσουν κάποια αλλεργία σ' αυτό

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Ε1: Ποια σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα(Σ.Μ.Ν) γνωρίζεται;

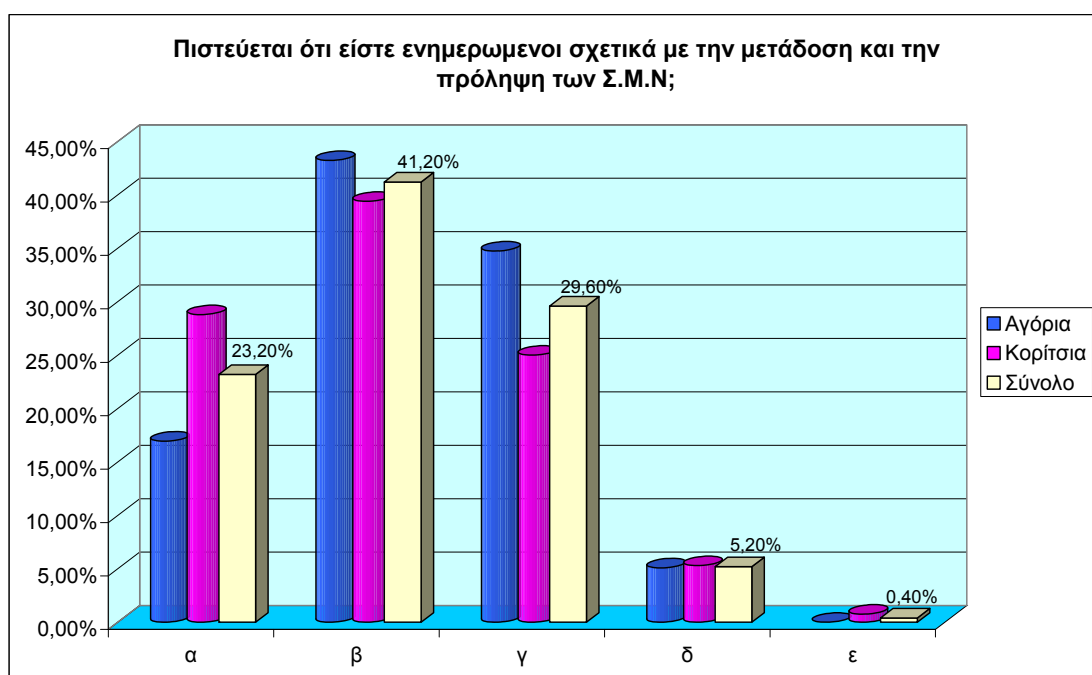
	Αγόρια(n=118)		Κορίτσια(n=132)		ΣΥΝΟΛΟ
	Συχνότητα	Ποσοστό(%)	Συχνότητα	Ποσοστό	Ποσοστό
α. AIDS	42	35,59%	42	31,82%	33,60%
β. Ηπατίδες	32	27,12%	26	19,70%	23,20%
γ. Έρπης	30	25,42%	24	18,18%	21,60%
δ. Σύφιλη,Γονόρροια	31	26,27%	21	15,91%	20,80%
ε. Κονδυλώματα,Χλαμύδια	10	8,47%	18	13,64%	11,20%
στ. Όλα τα παραπάνω	76	64,41%	89	67,42%	66,00%
ζ, Άλλα Σ.Μ.Ν	0	0,00%	2	1,52%	0,80%



Στον παραπάνω πίνακα, παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο μέρος του δείγματός μας (66,00%) γνωρίζει όλες τις σεξουαλικές νόσους που αναφέρουμε, ενώ ελάχιστα κορίτσια (1,25%) και κανένα αγόρι δεν γνωρίζει άλλο Σ.Μ.Ν.. Επίσης είναι σημαντικό να τονίσουμε ότι το AIDS είναι η πιο γνωστή νόσος (33,60%) και ακολουθεί η ηπατίτιδα.

Ε2:Πιστεύεται ότι είστε ενημερωμένοι σχετικά με την μετάδοση και την πρόληψη των Σ.Μ.Ν;

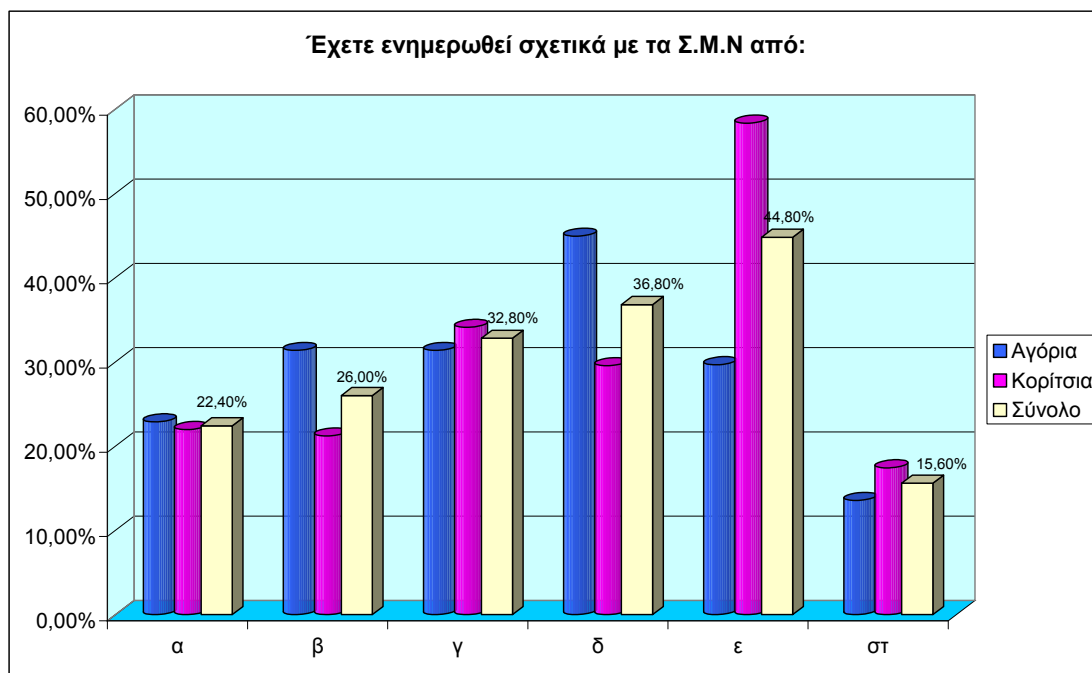
	Αγόρια(n=118)		Κορίτσια(n=132)		ΣΥΝΟΛΟ
	Συχνότητα	Ποσοστό(%)	Συχνότητα	Ποσοστό	Ποσοστό
α. Πολύ καλά	20	16,95%	38	28,79%	23,20%
β. Καλά	51	43,22%	52	39,39%	41,20%
γ. Μέτρια	41	34,75%	33	25,00%	29,60%
δ. Ελάχιστα	6	5,08%	7	5,30%	5,20%
ε. Καθόλου	0	0,00%	1	0,76%	0,40%



Στον πίνακα αυτό, βλέπουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων (41,20%) θεωρούν ότι είναι καλά ενημερωμένοι σχετικά με την μετάδοση και την πρόληψη των Σ.Μ.Ν. Μόνο ένα κορίτσι πιστεύει ότι δεν είναι καθόλου ενημερωμένο όσον αφορά την πρόληψη και την μετάδοσή τους.

Ε3: Έχετε ενημερωθεί σχετικά με τα Σ.Μ.Ν από:

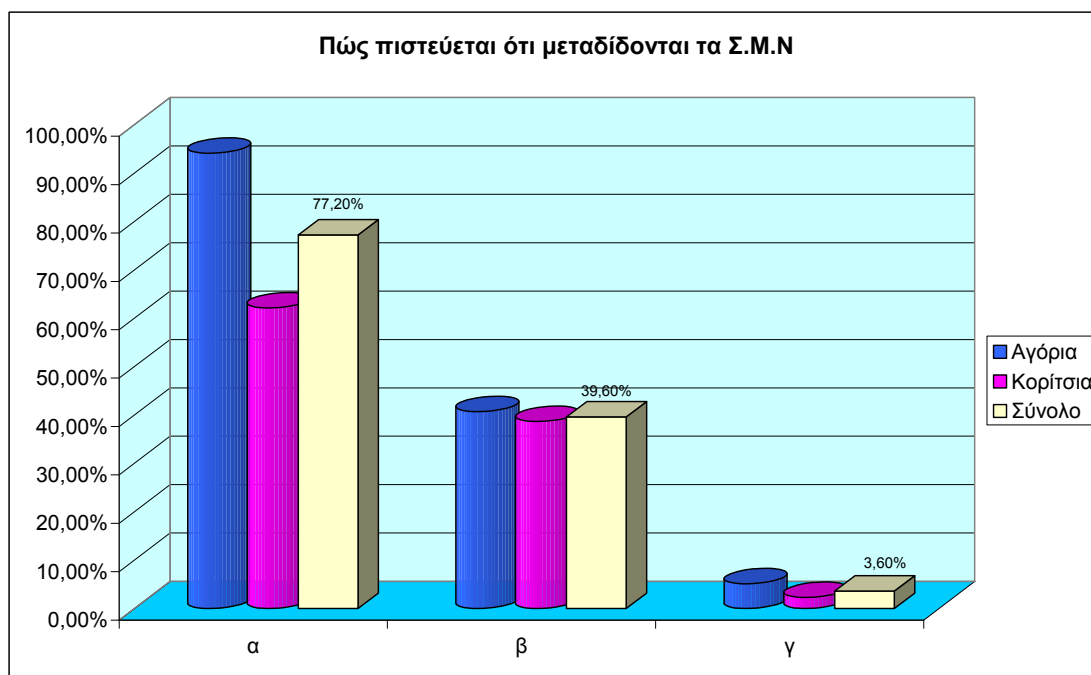
	Αγόρια(n=118)		Κορίτσια(n=132)		ΣΥΝΟΛΟ
	Συχνότητα	Ποσοστό(%)	Συχνότητα	Ποσοστό	Ποσοστό
α. Την οικογένεια σας	27	22,88%	29	21,97%	22,40%
β. Τους φίλους σας	37	31,36%	28	21,21%	26,00%
γ. Το σχολείο	37	31,36%	45	34,09%	32,80%
δ. Τα Μ.Μ.Ε	53	44,92%	39	29,55%	36,80%
ε. Βιβλία	35	29,66%	77	58,33%	44,80%
στ. Κάπου αλλού	16	13,56%	23	17,42%	15,60%



Στον πίνακα αυτό, παρατηρούμε μεγάλες διαφορές μεταξύ των ποσοστών των δύο φύλων. Το μεγαλύτερο ποσοστό (58,33%) των κοριτσιών έχει ενημερωθεί σχετικά από βιβλία, ενώ το 29,66% των αγοριών δίνει την ίδια απάντηση καθώς αποτελεί την τέταρτη σε σειρά επιλογή τους. Από την άλλη το μεγαλύτερο ποσοστό (44,92%) των αγοριών είναι ενημερωμένο από τα Μ.Μ.Ε. Το 29,55% των κοριτσιών είναι ενημερωμένο από ή και από τα Μ.Μ.Ε. Τέλος αξίζει να σημειωθεί ότι το 22,40% του συνόλου έχει ενημερωθεί από την οικογένεια και το 32,80% από το σχολείο.

Ε4:Πώς πιστεύεται ότι μεταδίδονται τα Σ.Μ.Ν

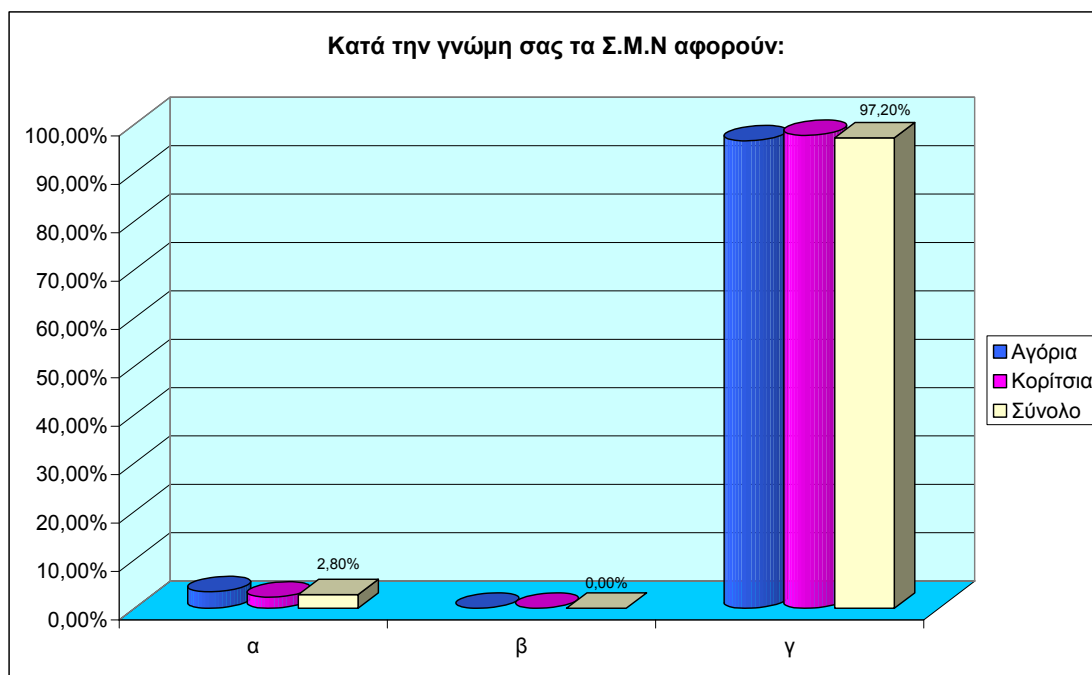
	Αγόρια(n=118)		Κορίτσια(n=132)		ΣΥΝΟΛΟ
	Συχνότητα	Ποσοστό(%)	Συχνότητα	Ποσοστό	Ποσοστό
α. Με την σεξουαλική επαφή	111	94,07%	82	62,12%	77,20%
β. Με το αίμα	48	40,68%	51	38,64%	39,60%
γ. Με άλλο τρόπο	6	5,08%	3	2,27%	3,60%



Στον παραπάνω πίνακα, βλέπουμε ότι το 77,20% του συνόλου, το 94,07% των αγοριών, πιστεύει ότι τα Σ.Μ.Ν. μεταδίδονται με την σεξουαλική επαφή. Ακολουθεί με ποσοστό 39,60% η με το αίμα μετάδοση και τέλος το 3,60% πιστεύει ότι μεταδίδονται και με άλλο τρόπο.

Ε5: Κατά την γνώμη σας τα Σ.Μ.Ν αφορούν:

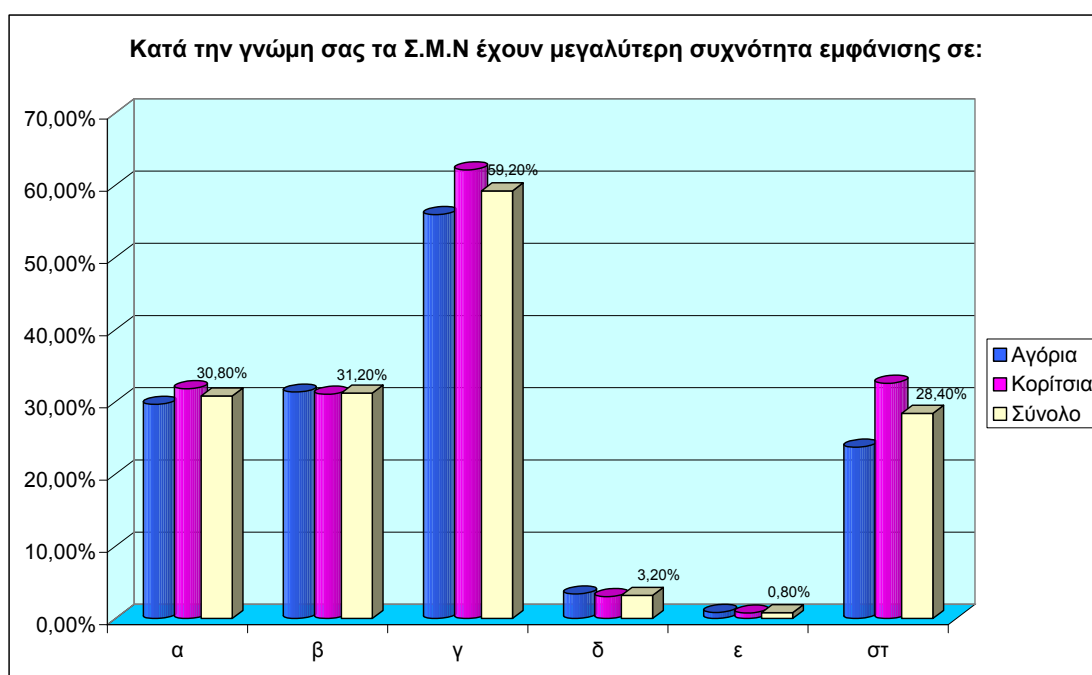
	Αγόρια(n=118)		Κορίτσια(n=132)		ΣΥΝΟΛΟ
	Συχνότητα	Ποσοστό(%)	Συχνότητα	Ποσοστό	Ποσοστό
α. Την κατώτατη κοινωνική τάξη	4	3,39%	3	2,27%	2,80%
β. Την ανώτατη κοινωνική τάξη	0	0,00%	0	0,00%	0,00%
γ. Όλες τις κοινωνικές τάξεις	114	96,61%	129	97,73%	97,20%



Εδώ, παρατηρούμε ότι ένα συντριπτικό ποσοστό (97,20%) πιστεύει ότι τα Σ.Μ.Ν. αφορούν όλες τις κοινωνικές τάξεις, ενώ μόνο το 2,80% θεωρεί ότι αφορούν μόνο την κατώτατη κοινωνική τάξη. Τέλος φαίνεται ότι κανείς δεν πιστεύει ότι τα Σ.Μ.Ν. αφορούν μόνο την ανώτερη κοινωνική τάξη.

Ε6: Κατά την γνώμη σας τα Σ.Μ.Ν έχουν μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης σε :

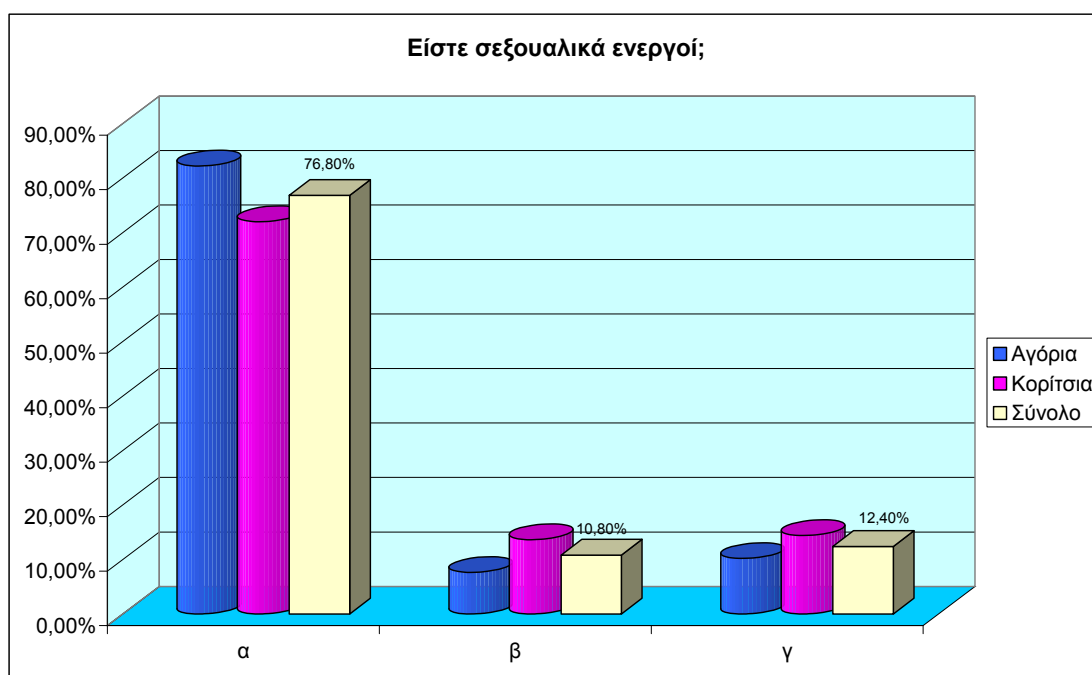
	Αγόρια(n=118)		Κορίτσια(n=132)		ΣΥΝΟΛΟ
	Συχνότητα	Ποσοστό(%)	Συχνότητα	Ποσοστό	Ποσοστό
α. Нарκομανείς	35	29,66%	42	31,82%	30,80%
β. Ομοφυλόφιλους	37	31,36%	41	31,06%	31,20%
γ. Άτομα με πολλαπλούς σεξουαλικούς συντρόφους	66	55,93%	82	62,12%	59,20%
δ. Σε εφήβους	4	3,39%	4	3,03%	3,20%
ε. Σε ενήλικες	1	0,85%	1	0,76%	0,80%
στ. Έχουν την ίδια συχνότητα εμφάνισης σε όλα τα παραπάνω	28	23,73%	43	32,58%	28,40%



Αναλύοντας τον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι υπάρχει μια συμφωνία απόψεων μεταξύ αγοριών και κοριτσιών. Το μεγαλύτερο ποσοστό (59,20%) θεωρεί ότι τα άτομα με πολλαπλούς σεξουαλικούς συντρόφους διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης. Επίσης από ηλικιακής άποψης οι ενήλικες (0,80%) πιστεύεται ότι έχουν μικρότερη πιθανότητα εμφάνισης από τους εφήβους (3,20%).

Ε7:Είστε σεξουαλικά ενεργοί;

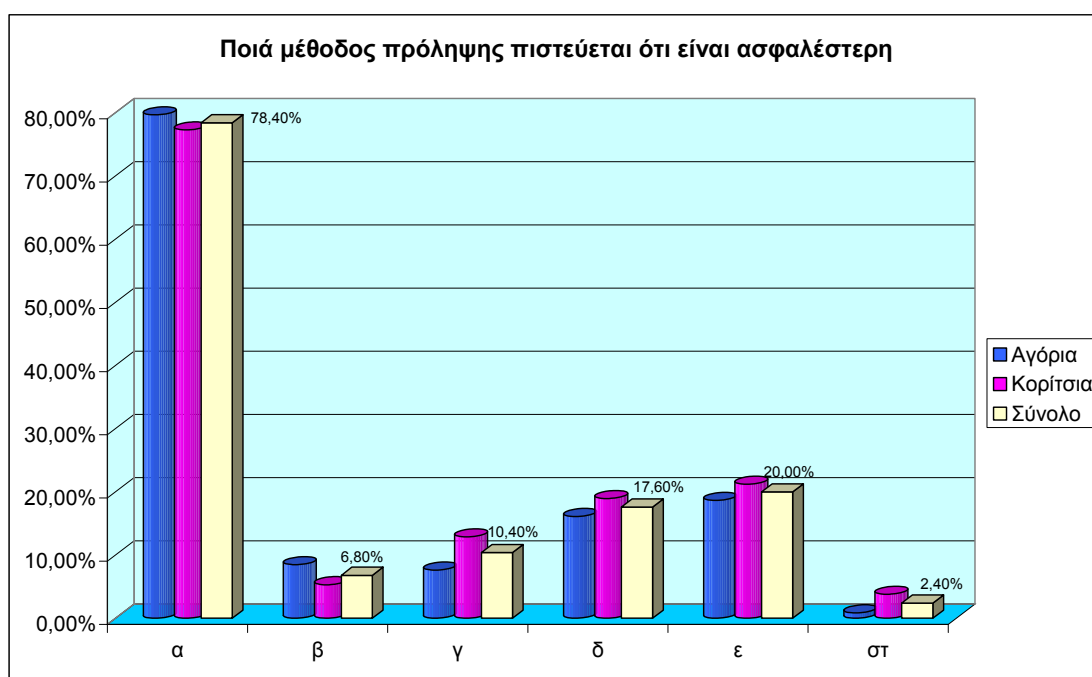
	Αγόρια(n=118)		Κορίτσια(n=132)		ΣΥΝΟΛΟ
	Συχνότητα	Ποσοστό(%)	Συχνότητα	Ποσοστό	Ποσοστό
α. Ναι	97	82,20%	95	71,97%	76,80%
β. Όχι	9	7,63%	18	13,64%	10,80%
γ. Δεν απαντώ	12	10,17%	19	14,39%	12,40%
Αν ναι σε ποια ηλικία είχατε την πρώτη σας σεξουαλική επαφή;					
18 και άνω	87	58	73,73%	43,94%	58,00%
18 και κάτω	12	37	10,17%	28,03%	19,60%



Παρατηρούμε ότι το 76,80% των ερωτηθέντων είναι σεξουαλικά ενεργοί και από αυτούς, το 58,00% ξεκίνησε την σεξουαλική του ζωή μετά την ενηλικίωσή του.

Ε8: Ποιά μέθοδος πρόληψης πιστεύεται ότι είναι ασφαλέστερη :

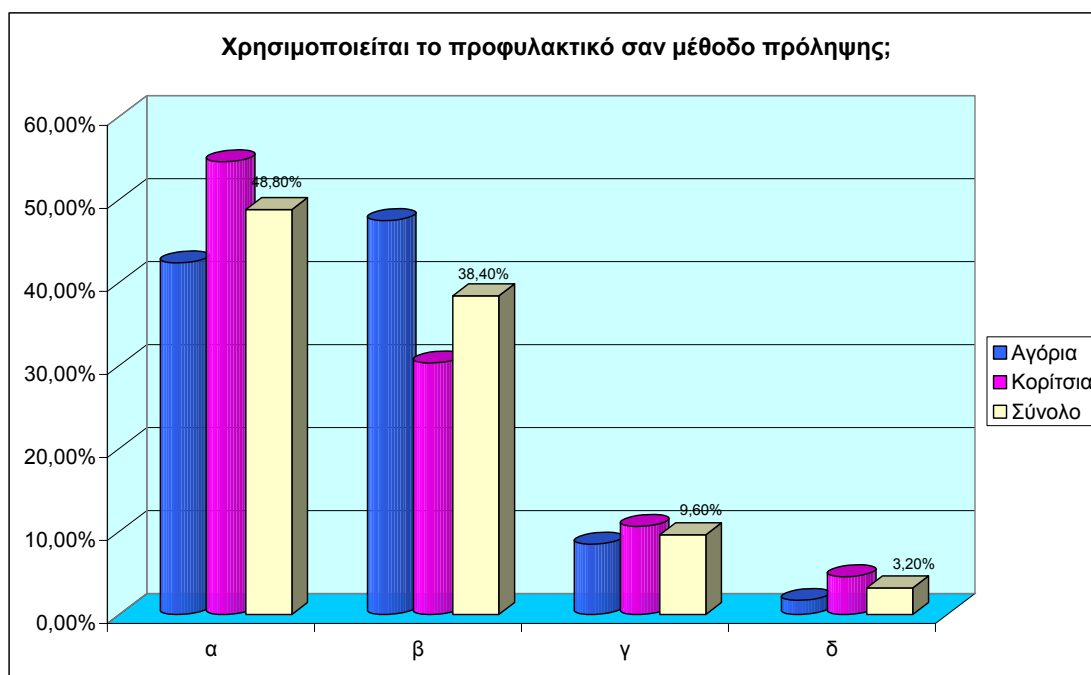
	Αγόρια(n=118)		Κορίτσια(n=132)		ΣΥΝΟΛΟ
	Συχνότητα	Ποσοστό(%)	Συχνότητα	Ποσοστό	Ποσοστό
α. Η χρήση προφυλακτικού	94	79,66%	102	77,27%	78,40%
β. Η λήψη αντισυλληπτικών χαπιών	10	8,47%	7	5,30%	6,80%
γ. Η αποχή από την σεξουαλική πράξη	9	7,63%	17	12,88%	10,40%
δ. Οι μονογαμικές σχέσεις	19	16,10%	25	18,94%	17,60%
ε. Οι συχνές ιατρικές εξετάσεις για Σ.Μ.Ν	22	18,64%	28	21,21%	20,00%
στ. Καμία μέθοδος από τις παραπάνω	1	0,85%	5	3,79%	2,40%



Στον παραπάνω πίνακα βλέπουμε ότι το προφυλακτικό αποτελεί την πρώτη επιλογή των νέων με ποσοστό 78,40%. Ακολουθούν με 20,00% οι ιατρικές εξετάσεις, με 17,60% οι μονογαμικές σχέσεις και με 10,40% η αποχή. Τέλος, παρατηρούμε ότι το 8,47% των αγοριών και το 6,80% των κοριτσιών θεωρεί τα αντισυλληπτικά χάπια μέθοδο πρόληψης των Σ.Μ.Ν..

Ε9:Χρησιμοποιείται το προφυλακτικό σαν μέθοδο πρόληψης; :

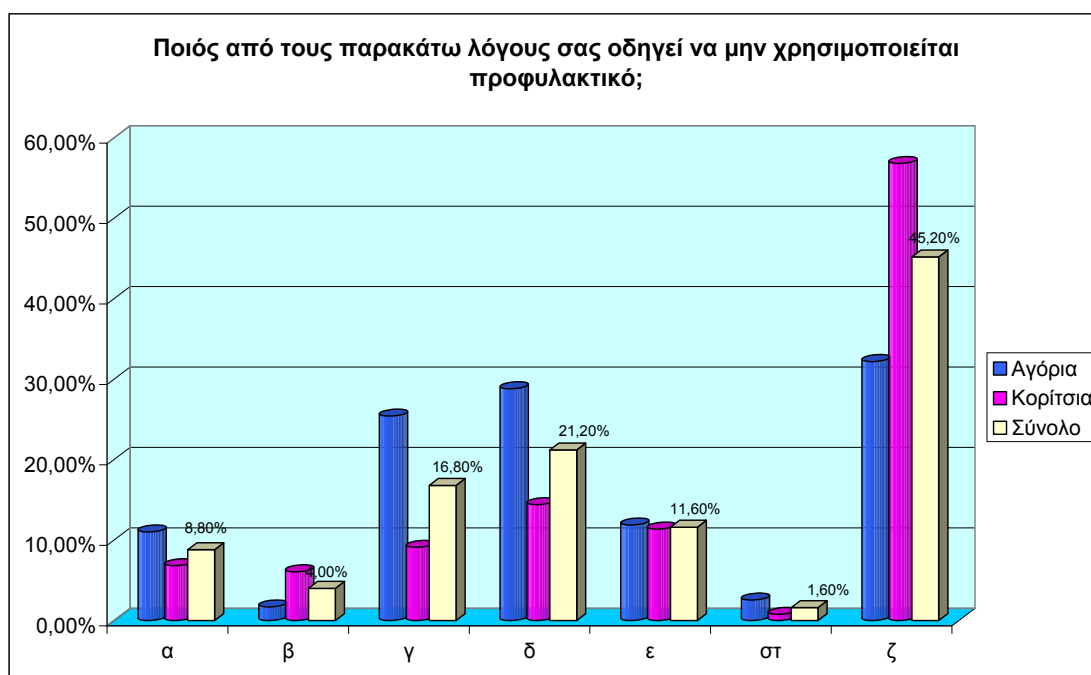
	Αγόρια(n=118)		Κορίτσια(n=132)		ΣΥΝΟΛΟ
	Συχνότητα	Ποσοστό(%)	Συχνότητα	Ποσοστό	Ποσοστό
α. Πάντα	50	42,37%	72	54,55%	48,80%
β. Τις περισσότερες φορές	56	47,46%	40	30,30%	38,40%
γ. Σπάνια	10	8,47%	14	10,61%	9,60%
δ. Ποτέ	2	1,69%	6	4,55%	3,20%



Σ' αυτό τον πίνακα βλέπουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των αγοριών (47,46%) χρησιμοποιεί τις περισσότερες φορές προφυλακτικό, ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό των κοριτσιών (48,80%) χρησιμοποιεί πάντα προφυλακτικό. Ακόμη το 3,20% του συνόλου δεν χρησιμοποιεί ποτέ προφυλακτικό.

Ε10: Ποιός από τους παρακάτω λόγους σας οδηγεί να μην χρησιμοποιείται προφυλακτικό:

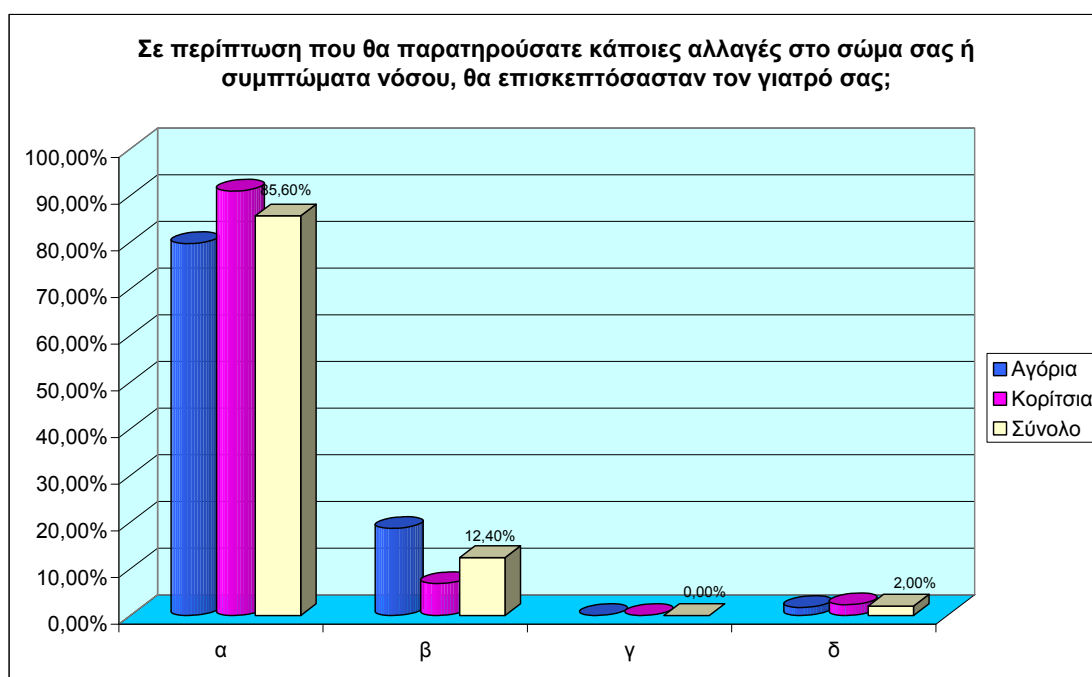
	Αγόρια(n=118)		Κορίτσια(n=132)		ΣΥΝΟΛΟ
	Συχνότητα	Ποσοστό(%)	Συχνότητα	Ποσοστό	Ποσοστό
α. Ίσως να μην αισθάνεστε καλά ή να μην εφαρμόζει κατάλληλα	13	11,02%	9	6,82%	8,80%
β. Ντρέπεστε να το αγοράσετε	2	1,69%	8	6,06%	4,00%
γ. Δεν έχετε μαζί σας	30	25,42%	12	9,09%	16,80%
δ. Πιστεύετε ότι το προφυλακτικό μειώνει τη σεξουαλική σας ικανοποίηση	34	28,81%	19	14,39%	21,20%
ε. Δεν πιστεύετε ότι έχετε ή μπορεί να κολλήσετε κάποιο νόσημα από τον/την σύντροφο σας	14	11,86%	15	11,36%	11,60%
στ. Λόγω αλλεργίας	3	2,54%	1	0,76%	1,60%
ζ. Κανένας από τους παραπάνω λόγους	38	32,20%	75	56,82%	45,20%



Αναλύοντας τον παραπάνω πίνακα, παρατηρούμε πως το μεγαλύτερο ποσοστό(45,20%) θεωρεί ότι δεν υπάρχει κανένας λόγος για να μην χρησιμοποιήσει προφυλακτικό. Επιπλέον, το (21,20%) πιστεύει ότι το προφυλακτικό μειώνει τη σεξουαλική του ικανοποίηση. Τέλος, το μικρότερο ποσοστό (1,60%) δεν χρησιμοποιεί προφυλακτικό λόγω αλλεργίας.

Ε11: Σε περίπτωση που θα παρατηρούσατε κάποιες αλλαγές στο σώμα σας ή συμπτώματα νόσου, θα επισκεπτόσασταν τον γιατρό σας;:

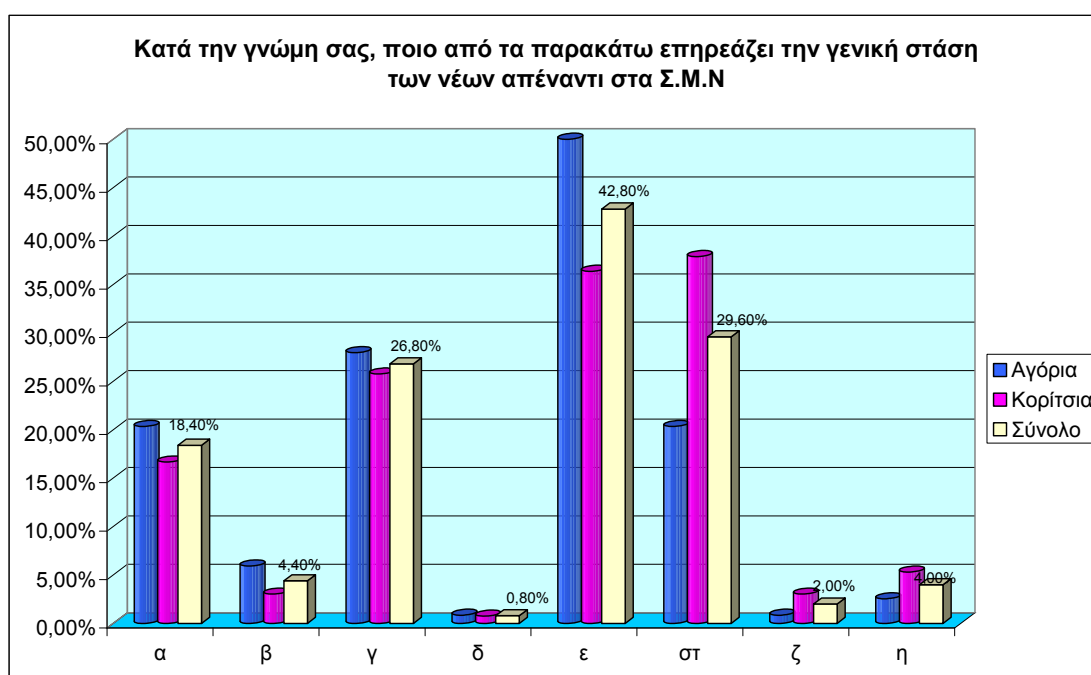
	Αγόρια(n=118)		Κορίτσια(n=132)		ΣΥΝΟΛΟ
	Συχνότητα	Ποσοστό(%)	Συχνότητα	Ποσοστό	Ποσοστό
α. Σίγουρα ναι	94	79,66%	120	90,91%	85,60%
β. Ίσως να επισκεπτόμουν ένα γιατρό	22	18,64%	9	6,82%	12,40%
γ. Όχι, δεν πιστεύω ότι υπάρχει λόγος	0	0,00%	0	0,00%	0,00%
δ. Ντρέπομαι	2	1,69%	3	2,27%	2,00%



Σύμφωνα, με τον παραπάνω πίνακα, το (85,60%) θα επισκεπτόταν σίγουρα ένα γιατρό αν παρατηρούσε κάποιες αλλαγές ή συμπτώματα. Ενώ, κανείς από τους ερωτηθέντες δεν πιστεύει ότι υπάρχει λόγος να απευθυνθεί σε κάποιο γιατρό, παρά την εμφάνιση συμπτωμάτων.

Ε12: Κατά την γνώμη σας, ποιο από τα παρακάτω επηρεάζει την γενική στάση των νέων απέναντι στα Σ.Μ.Ν:

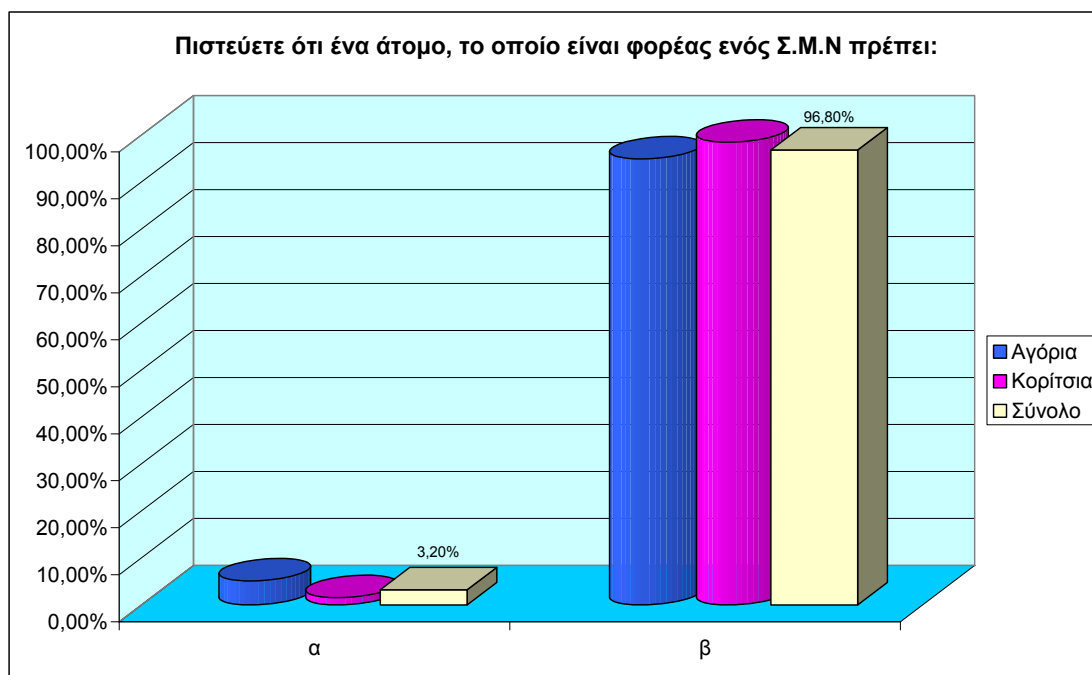
	Αγόρια(n=118)		Κορίτσια(n=132)		ΣΥΝΟΛΟ
	Συχνότητα	Ποσοστό(%)	Συχνότητα	Ποσοστό	Ποσοστό
α. Η ηλικία	24	20,34%	22	16,67%	18,40%
β. Το φύλο	7	5,93%	4	3,03%	4,40%
γ. Το επίπεδο μόρφωσης	33	27,97%	34	25,76%	26,80%
δ. Η οικονομική κατάσταση	1	0,85%	1	0,76%	0,80%
ε. Το επίπεδο αντίληψης	59	50,00%	48	36,36%	42,80%
στ. Όλα τα παραπάνω	24	20,34%	50	37,88%	29,60%
ζ. Τίποτα από τα παραπάνω	1	0,85%	4	3,03%	2,00%
η. Κάτι άλλο	3	2,54%	7	5,30%	4,00%



Αναλύοντας τον παραπάνω πίνακα, παρατηρούμε ότι όλα τα παραπάνω επηρεάζουν τη γενική στάση των νέων απέναντι στα Σ.Μ.Ν., ενώ το επίπεδο αντίληψης (42,80%) και μόρφωσης (26,80%), είναι οι σημαντικότεροι παράγοντες. Τέλος, η οικονομική κατάσταση (0,80%), κατά τη γνώμη τους δεν επηρεάζει σημαντικά την γενική στάση των νέων.

Ε13:Πιστεύετε ότι ένα άτομο, το οποίο είναι φορέας ενός Σ.Μ.Ν πρέπει:

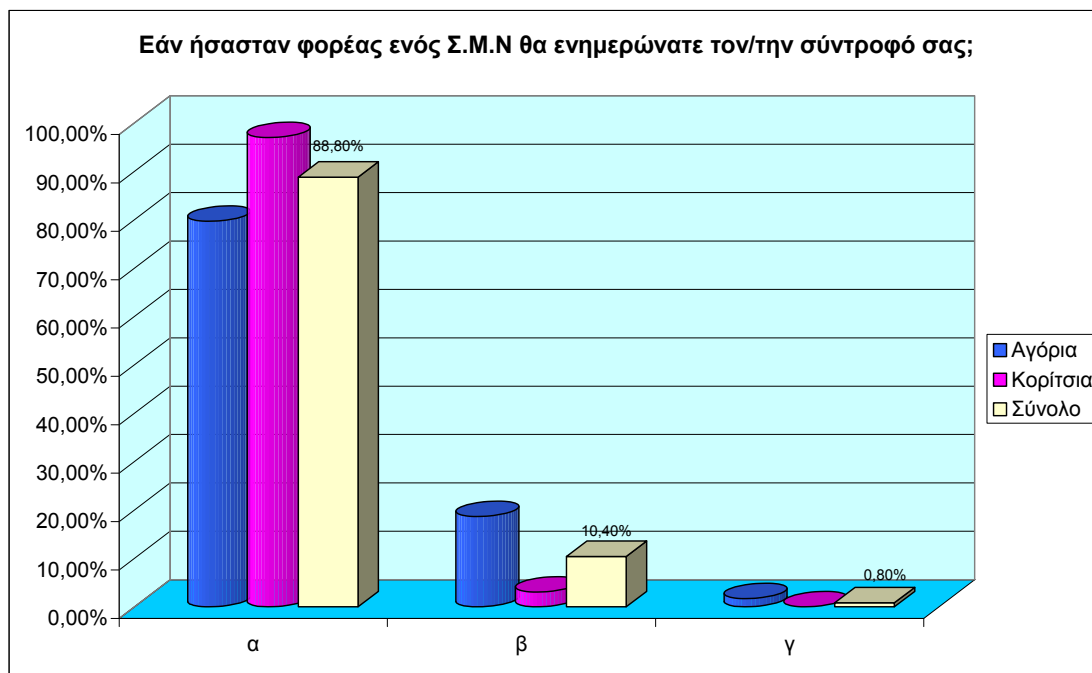
	Αγόρια(n=118)		Κορίτσια(n=132)		ΣΥΝΟΛΟ
	Συχνότητα	Ποσοστό(%)	Συχνότητα	Ποσοστό	Ποσοστό
α. Να απομονώνεται από το κοινωνικό σύνολο	6	5,08%	2	1,52%	3,20%
β. Να υποστηρίζεται από την πολιτεία, το οικογενειακό και το κοινωνικό περιβάλλον	112	94,92%	130	98,48%	96,80%



Εδώ βλέπουμε, ότι το (96,80%) θεωρεί ότι ένα άτομο, το οποίο είναι φορέας ενός Σ.Μ.Ν., πρέπει να υποστηρίζεται από την πολιτεία, το οικογενειακό και το κοινωνικό περιβάλλον. Και μόνο το (3,20%) πιστεύει ότι το άτομο αυτό πρέπει να απομονώνεται.

Ε14:Εάν ήσασταν φορέας ενός Σ.Μ.Ν θα ενημερώνατε τον/την σύντροφό σας;

	Αγόρια(n=118)		Κορίτσια(n=132)		ΣΥΝΟΛΟ
	Συχνότητα	Ποσοστό(%)	Συχνότητα	Ποσοστό	Ποσοστό
α. Ναι	94	79,66%	128	96,97%	88,80%
β. Ίσως	22	18,64%	4	3,03%	10,40%
γ. Όχι	2	1,69%	0	0,00%	0,80%



Στο τελευταίο πίνακα, το μεγαλύτερο ποσοστό (88,80%) μας απαντά ότι θα ενημέρωνε τον/την σύντροφο του εάν ήταν φορέας ενός Σ.Μ.Ν. Ενώ, μόνο δύο αγόρια και κανένα κορίτσι δεν θα το ανέφερε στον/στην σύντροφο του.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το ερευνητικό μέρος βγήκε από 250 ερωτηματολόγια , τα οποία αποτελούνται από κλειστού τύπου ερωτήσεις (πολλαπλής επιλογής). Συμπληρώθηκαν από 250 σπουδαστές του Τ.Ε.Ι. Κρήτης και φοιτητές του πανεπιστημίου Κρήτης, που προέρχονται από διάφορα μέρη της Ελλάδος, ηλικίας 18 έως 24 ετών. Από αυτούς, οι 118 ήταν αγόρια και οι 132 κορίτσια, που είχαν τη δυνατότητα να δώσουν περισσότερες από μια απαντήσεις.

Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων δεν ήταν αρκετά εύκολη, καθώς πολλοί από αυτούς μας έβλεπαν με καχυποψία, θεωρούσαν τις ερωτήσεις πολύ προσωπικές και δεν δεχόντουσαν να συμπληρώσουν ερωτηματολόγιο. Μερικοί από αυτούς μάλιστα μας ρωτούσαν εάν ήμασταν από κάποια εταιρεία που θα τους μοίραζε αργότερα προφυλακτικά.

Εμείς από την μεριά μας, σε κάθε φοιτητή-σπουδαστή που δίναμε ερωτηματολόγιο, φροντίζαμε να τον καθησυχάσουμε τονίζοντας του ότι είναι ανώνυμα και θα χρησιμοποιηθούν μόνο για ερευνητικούς σκοπούς. Ακόμη λύναμε κάθε απορία τους σχετικά με το θέμα.

Κατά τη διάρκεια της έρευνας μας αντιληφθήκαμε πως το ερωτηματολόγιο παρουσιάζει μερικά κενά, τα οποία βέβαια πολλές φορές λειτουργούσαν ως παγίδες για τους ερωτηθέντες και μέσα από την παρατήρηση και τη συζήτηση βγάλαμε πολλά σημαντικά συμπεράσματα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ- ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Στην ερώτηση 1 «Ποια Σ.Μ.Ν. γνωρίζεται;», οι περισσότεροι γνωρίζουν όσον αφορά το AIDS. Ελάχιστοι όμως γνώριζαν ότι μόνο η ηπατίτιδα Β θεωρείται μόνο Σ.Μ.Ν.. Επίσης ελάχιστοι γνώριζαν αρκετά για τα χλαμύδια και τα κονδυλώματα, των οποίων η συχνότητα εμφάνισης όλο και αυξάνεται σήμερα. Για παράδειγμα, στο Ηνωμένο Βασίλειο το 2000 παρατηρήθηκε αύξηση 17% των περιπτώσεων με λοιμώξεις από χλαμύδια.

Σύμφωνα με τις απαντήσεις στην 2^η ερώτηση το μεγαλύτερο ποσοστό θεωρεί ότι είναι καλά ενημερωμένο σχετικά με την μετάδοση και την πρόληψη των Σ.Μ.Ν.. Ενώ στην επόμενη απαντούν ότι κυρίως έχουν ενημερωθεί από βιβλία, όμως ιδιαίτερα ανησυχητικό φαίνεται να είναι το 36,80% το οποίο ενημερώθηκε από τα Μ.Μ.Ε.,

καθώς σύμφωνα με άρθρο του διαδικτύου, (www.aegean.gr/youth_media/sexuality.html), τα Μ.Μ.Ε. ως πηγή πληροφόρησης για ζητήματα σεξουαλικότητας, συσχετίζονται με το ότι οι έφηβοι που εκτίθενται σε σεξουαλικό περιεχόμενο ξεκινούν νωρίτερα τη σεξουαλική τους δραστηριότητα. Ταυτόχρονα, αποδέχονται αντικοινωνικές συμπεριφορές, αντιλαμβάνονται διαφορετικά το φυσιολογικό και αποκτούν λανθασμένα πρότυπα μίμησης. Όλα αυτά έχουν σαν αποτέλεσμα να ανέρχεται στο 25% η πιθανότητα προσβολής από Σ.Μ.Ν. των νέων και των εφήβων που ενημερώνονται σχετικά από τα Μ.Μ.Ε.. Από την άλλη βλέπουμε ότι οι γονείς διστάζουν να μιλήσουν στα παιδιά τους και φαίνεται να παραμένει ένα θέμα ταμπού για την ελληνική κοινωνία.

Στην ερώτηση 4 παρατηρούμε ότι οι περισσότεροι απαντούν ότι τα Σ.Μ.Ν. μεταδίδονται με τη σεξουαλική επαφή και πιθανότατα ήταν επηρεασμένοι από τον τίτλο του ερωτηματολογίου. Στην πραγματικότητα, ελάχιστοι μας είπαν ότι μεταδίδεται γενικότερα με την επαφή και όλα τα υγρά του σώματος.

Στην 5^η ερώτηση αρκετά συνειδητοποιημένα οι περισσότεροι απάντησαν ότι τα Σ.Μ.Ν. αφορούν όλες τις κοινωνικές τάξεις, ενώ δεν αναφέρθηκε κανείς στην ανώτατη κοινωνική τάξη.

Στην ερώτηση 6 έχουν μεγαλύτερο ποσοστό εμφάνισης τα άτομα με πολλαπλούς σεξουαλικούς συντρόφους. Ωστόσο, παρατηρούμε ότι παραμένει η άποψη ότι οι ναρκομανείς και οι ομοφυλόφιλοι διατρέχουν υψηλό κίνδυνο.

Η ερώτηση 7 έγινε κατά κύριο λόγο για το δεύτερο σκέλος της «σε ποια ηλικία είχατε την πρώτη σας σεξουαλική επαφή;». Το μεγαλύτερο ποσοστό μας απαντά μετά την ενηλικίωση τους. Αποτέλεσμα που συσχετίζεται με τα αποτελέσματα της ερώτησης 6, όπου οι περισσότεροι πιστεύουν ότι τα Σ.Μ.Ν. εμφανίζονται περισσότερο σε εφήβους παρά σε ενήλικες. Πράγματι, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία μας το 25% των νέων αναπτύσσουν Σ.Μ.Ν. πριν την ενηλικίωση τους.

Στην ερώτηση 8 η ασφαλέστερη μέθοδος θεωρείται το προφυλακτικό. Ελάχιστοι είναι αυτοί που πιστεύουν ότι μπορούν να απέχουν για να προλάβουν μια Σ.Μ.Ν. Δυστυχώς, όμως, βλέπουμε ότι ένα μικρό βέβαια ποσοστό θεωρεί τα αντισυλληπτικά χάπια μέθοδο πρόληψης των Σ.Μ.Ν.

Στην 9^η ερώτηση είναι ευχάριστο να βλέπουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό χρησιμοποιεί πάντα ή τις περισσότερες φορές προφυλακτικό.

Για ένα μικρό ποσοστό που χρησιμοποιεί σπάνια ή ποτέ προφυλακτικό, ο κύριος λόγος σύμφωνα με την ερώτηση 10 είναι ότι θεωρούν ότι το προφυλακτικό μειώνει τη σεξουαλική ικανοποίηση.

Στην ερώτηση 11 παρατηρούμε ότι με ιδιαίτερη σοβαρότητα θα αντιμετώπιζαν οι νέοι κάποια συμπτώματα που πιθανόν να εμφανιζόντουσαν και θα απευθύνονταν σίγουρα σε έναν γιατρό για το πρόβλημα τους.

Στην 12^η ερώτηση όπου όλες οι απαντήσεις που δίνονται είναι κατά ένα ποσοστό σωστές, οι σπουδαστές-φοιτητές θεωρούν ότι το επίπεδο μόρφωσης και αντίληψης παίζει σημαντικό ρόλο στην γενική στάση των νέων.

Είναι ενθαρρυντικό το γεγονός ότι οι νέοι έχουν απορρίψει κάποιες προκαταλήψεις που υπήρχαν στο παρελθόν και θεωρούν σωστό, σύμφωνα με την ερώτηση 13, ότι σχεδόν όλοι θεωρούν πρέπον να υποστηρίζεται από την πολιτεία, το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον, ένας φορέας ενός Σ.Μ.Ν.

Στην ερώτηση 14 είναι ευχάριστο που βλέπουμε ότι οι νέοι με ιδιαίτερη υπευθυνότητα και σεβασμό προς τον/την σύντροφο τους μας απαντούν στο μεγαλύτερο ποσοστό τους, ότι θα τον ενημέρωναν σε περίπτωση που είχαν κάποιο Σ.Μ.Ν., γεγονός που προλαμβάνει την περαιτέρω ανάπτυξη των Σ.Μ.Ν. Ενώ αυτοί που έχουν κάποιες αμφιβολίες για το αν θα ενημέρωναν τον/την σύντροφο τους θα το έκαναν λόγω ντροπής, φόβου απόρριψης ή ανάλογα με τα συναισθήματα τους. Ακόμη είναι ιδιαίτερα σημαντικό να αναφέρουμε τη δικαιολογία που μας έδωσαν αυτοί που δεν θα ενημέρωναν τον/την σύντροφο τους: « Αν υπάρχουν πολλά άτομα με Σ.Μ.Ν. τότε δεν θα υπάρχει ρατσισμός απέναντι τους ».

Γενικότερα, συμπεραίνουμε ότι το επίπεδο ενημέρωσης είναι αρκετά καλό σε παιδιά της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Τα Σ.Μ.Ν. είναι ένα θέμα που φαίνεται να προβληματίζει τους νέους, παρόλα αυτά δεν παύουν να υπάρχουν ακόμη λανθασμένες εντυπώσεις και κάποιες προκαταλήψεις.

Τέλος, για τους παραπάνω λόγους θεωρούμε ότι το αρχικό μας μέλημα σαν νοσηλευτές και ως σύστημα υγείας θα πρέπει να είναι η δημιουργία περισσότερων εξειδικευμένων ιατρείων, ειδικά για τους νέους, με επαγγελματίες της υγείας που να είναι εξειδικευμένοι στην αντιμετώπιση των παθήσεων αυτών. Ο ρόλος των σχολείων για την διαφώτιση και μόρφωση των νέων σε θέματα πρόληψης των σεξουαλικώς μεταδιδόμενων νοσημάτων θεωρείται ανεπαρκής και στην πραγματικότητα πολύ λίγα

γίνονται γνωστά στον σοβαρό αυτό τομέα. Το μάθημα της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης να μπει στα σχολεία και ιδιαίτερα στα γυμνάσια, όπου τα παιδιά είναι σε ηλικία που ανακαλύπτουν τη σεξουαλικότητα τους. Είναι σημαντικό οι επαγγελματίες υγείας που ασχολούνται στα σχολεία, να είναι ευαισθητοποιημένοι στο πρόβλημα ούτως ώστε να πληροφορούν καλύτερα και να στέλνουν τους νέους όταν προκύπτει ανάγκη σε εξειδικευμένα ιατρεία.

Ο ρόλος των αρμοδίων αρχών για την καταπολέμηση του προβλήματος αυτού, δεν είναι αυτός που θα έπρεπε. Απουσιάζουν πρωτοβουλίες ή ακόμη απουσιάζει η διοργάνωση μαζικών, αποτελεσματικών, εθνικών εκστρατειών διαφώτισης, για την προστασία της δημόσιας υγείας από μια συνεχή και αυξανόμενη απειλή. Θα πρέπει λοιπόν η πολιτεία να δημιουργήσει ειδικές καμπάνιες ενημέρωσης και να δημιουργήσει προγράμματα ένταξης και ίσες ευκαιρίες, συμπεριλαμβανομένου και της ιατρικής περίθαλψης σε άτομα με σοβαρά Σ.Μ.Ν. Θα πρέπει επίσης να δημιουργηθούν προγράμματα επιμόρφωσης των γιατρών και ιδιαίτερα των γενικών παθολόγων, σχετικά με τον τομέα της υγείας του σεξ και την αντιμετώπιση των Σ.Μ.Ν. Με αυτό τον τρόπο ίσως να ελαχιστοποιηθούν κάποιες απόψεις και προκαταλήψεις που υπάρχουν στην ελληνική κοινωνία. Σε αυτό θα μπορούσαν να βοηθήσουν και τα Μ.Μ.Ε μέσω των τηλεοπτικών προγραμμάτων, τα οποία θα πρέπει να δείχνουν τις πραγματικές διαστάσεις των σεξουαλικών σχέσεων και να διαφαίνεται πως οι άνθρωποι μπορούν να μολυνθούν από το σεξ χωρίς προφυλάξεις.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

ΠΙΝΑΚΑΣ 1.4.-1

Είκοσι τρία σεξουαλικά μεταδιδόμενα παθογόνα και οι νόσοι που προκαλούν

ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ	ΝΟΣΟΣ Η ΣΥΝΔΡΟΜΟ
ΒΑΚΤΗΡΙΑ	
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Ουρηθρίτιδα, επιδιδυμίτιδα, πρωκτίτιδα, τραχηλίτιδα, ενδομητρίτιδα, σαλπγγίτιδα, περιηπατίτιδα, βαρθολινίτιδα, φαρυγγίτιδα, επιπεφυκίτιδα, προεφηβική κολπίτιδα, προστατίτιδα, λοίμωξη επικουρικών αδένων, σύνδρομο αμνιωτικής λοιμώξεως, διάσπαρτη γονοκοκκική λοίμωξη χοριοαμνιονίτιδα, πρόωρη ρήξη των μεμβρανών και πρόωρος τοκετός
<i>Chlamydia trachomatis</i>	Ουρηθρίτιδα, Επιδιδυμίτιδα, πρωκτίτιδα, τραχηλίτιδα, ενδομητρίτιδα, σαλπγγίτιδα, περιηπατίτιδα, βαρθολινίτιδα, προεφηβική κολπίτιδα, μέση ωτίτιδα σε βρέφη, χοριοαμνιονίτιδα, πρόωρος τοκετός, επιπεφυκίτιδα με έγκλειστα, βρεφική πνευμονία, τράχωμα και αφροδίσιο λεμφοκοκκίωμα
<i>Mycoplasma hominis</i> <i>Ureoplasma urealyticum</i>	Επιλόχειος πυρετός, σαλπγγίτιδα, μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα, χοριοαμνιονίτιδα, πρόωρος τοκετός
<i>Treponema pallidum</i>	Σύφιλη
<i>Gardnerella vaginalis</i>	Σχετιζόμενη με <i>Cardnerella</i> («μη ειδική») κόλπωση
<i>Hemophilus ducreyi</i>	Μαλακό έλκος
<i>Calymmatobacterium granulomatis</i>	Ντονοβάνωση (βουβωνικό κοκκίωμα)
Είδη <i>Shigella</i>	Σιγκέλλωση σε ομοφυλόφιλους άντρες
Είδη <i>Campylobacter</i>	Εντερίτιδα, πρωκτοκολίτιδα
Στρεπτόκοκκος ομάδας Β	Νεογνική σήψη, νεογνική μηνιγγίτιδα
ΙΟΙ	
Ιός απλού έρπητα	Αρχικός και υποτροπιάζων έρπητας γεννητικών οργάνων, άσηπτη μηνιγγίτιδα, νεογνικός έρπητας δυσπλασία και καρκίνωμα του τραχήλου, καρκίνωμα in situ του αιδοίου, ιός ηπατίτιδας Β
Ιός ηπατίτιδα Β	Οξεία ηπατίτιδα Β, χρόνια ενεργός ηπατίτιδα, επίμονη (μη αποδραμούσα) ηπατίτιδα, οζώδης πολυαρτηρίτιδα, χρόνια μεμβρανώδης σπειραματονεφρίτιδα, μεικτή κρυσφαιριναιμία, ρευματική πολυμυαλγία, υπατοκυτταρικό καρκίνωμα
Ιός ηπατίτιδας Α	Οξεία ηπατίτιδα Α
Μεγαλοκυτταροϊός	Αρνητική ως προς τα ετερόφιλα λοιμώδης

Ιός γεννητικού θηλώματος	μονοπυρήνωση, συγγενής λοίμωξη, μακροσκοπικά γεννητικά ελαττώματα και βρεφική θνησιμότητα, βλάβη των γνωστικών λειτουργιών (π.χ. διανοητική καθυστέρηση, αισθητικονευρική κώφωση), τραχηλίτιδα, πολύμορφες εκδηλώσεις στον ανοσοκατασταλμένο ξενιστή
Ιός μολυσματικής τερμίνθου	Οξυτενή κονδυλώματα, λαρυγγικό θήλωμα, δυσπλασία του τραχήλου
	Μολυσματική τέρμινθος γεννητικών οργάνων
ΠΡΩΤΟΖΩΑ	
Trichomonas vaginalis	Κολπίτιδα από τριχομονάδα
Entamoeba histolytica	Αμοιβάδωση σε ομοφυλόφιλους άνδρες
Giardia Lamblia	Λαμβλίαση σε ομοφυλόφιλους άνδρες
ΜΥΚΗΤΕΣ	
Candida albicans	Αιδοιοκολπίτιδα, βαλανίτιδα
ΕΚΤΟΠΑΡΑΣΙΤΑ	
Phthirus pubis	Φθειρίαση του εφηβαίου
Sarcoptes scabiel	Ψώρα

ΠΙΝΑΚΑΣ 1.4.-2

Επιλογή συνδρόμων και επιπλοκών με αντίστοιχους σεξουαλικά μεταδιδόμενους παράγοντες *

Σύνδρομο	Παράγοντας
ΑΝΔΡΕΣ	
Ουρηθρίτιδα	N. gonorrhoeae, C. trachomatis ιός απλού έρπητα, U urogenitalium
Επιδιδυμίτιδα	C. trachomatis N. gonorrhoeae
Εντερικές λοιμώξεις	N. gonorrhoeae ιός απλού έρπητα, C. trachomatis
Πρωκτίτιδα	
Πρωκτοκολίτιδα ή εντεροκολίτιδα	Είδη Campylobacter είδη Shigella, E. Histolytica
Εντερίτιδα	C. Lamblia
Ηπατίτιδα	Ιοί ηπατίτιδας A και B , μεγαλοκυτταροϊός , T. pallidum
Σύνδρομο επίκτητης ανοσοανεπάρκειας	Άγνωστος
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	
Λοίμωξη κατώτερης ουρογεννητικής οδού	
Αιδοίτιδα	C. albicans, ιός απλού έρπητα
Κολπίτιδα	T. vaginalis, C. albicans, G. vaginalis
Τραχηλίτιδα	N. gonorrhoeae, C. trachomatis ιός απλού έρπητα
Ουρηθρίτιδα	N. gonorrhoeae, C. trachomatis ιός απλού έρπητα

Φλεγμονώδης νόσος πύελου	N. gonorrhoeae, C. trachomatis ιός Mycoplasma, Hominis
Στειρότητα Μετασαλπιγγιτιδική , μεταμιαευτική , μετεκτρωτική Νοσηρότητα κατά την κύηση	N. gonorrhoeae, C. trachomatis, M. Hominis Αρκετοί STD παράγοντες έχουν ενοχοποιηθεί σε μία ή περισσότερες από αυτές τις καταστάσεις
Χοριοαμνιονίτιδα, λοίμωξη αμνιακού υγρού, προωρότητα, πρόωρη ρήξη μεμβρανών, επιλόγια ενδομητρίτιδα, έκτοπη κύηση	
ΑΝΔΡΕΣ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΕΣ	
Νεοπλασία	
Ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία του τραχήλου, καρκίνωμα	Ιός απλού έρπητα, ιός ανθρώπινου θηλώματος τύπου 6, C. Trachomatis
Καρκίνωμα αιδοίου in situ Καρκίνωμα του πρωκτού σε ομοφυλόφιλους άντρες	Ιός απλού έρπητα Άγνωστος
Ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα	Ηπατίτιδα Β
Σάρκωμα Kaposi	Άγνωστος
Γεννητικά έλκη	Ιός απλού έρπητα T. palladium, H ducreyi, Cal granulomatis, C. Trachomatis (στελέχη LGV)
Οξεία αρθρίτιδα με ουρογεννητική λοίμωξη	N. gonorrhoeae, C. trachomatis είδη Campylobacter
Γεννητικές ακροχορδόνες , μολυσματική τέρμινθος	Ιός ανθρώπινου θηλώματος, ιός μολυσματικής τερμίνθου
Εκτοπαρασιτώσεις	Sacroptes scabiei, Phthirus pudis
Αρνητική για ετερόφυλα μονοπυρήνωση	Μεγαλοκυτταροϊός , ιός Epstein-Barr
ΝΕΟΓΕΝΝΗΤΑ ΚΑΙ ΒΡΕΦΗ	
Σύνδρομο TORCHES +	Μεγαλοκυτταροϊός , ιός απλού έρπητα T. pallidum
Επιπεφυκίτιδα	C. trachomatis, N gonorrhoeae
Πνευμονία	C. trachomatis, U urealyticum
Μέση ωτίτιδα	C. trachomatis
Σήψη, μηνιγγίτιδα	Στρεπτόκοκκος ομάδας Β
Γνωστική βλάβη, κώφωση	Μεγαλοκυτταροϊός , ιός απλού έρπητα T. pallidum

* για καθένα από τα παραπάνω σύνδρομα, μερικές περιπτώσεις δεν μπορούν να αποδοθούν ακόμη σε οποιοδήποτε αίτιο και πρέπει για την ώρα να θεωρούνται ιδιοπαθείς.
+ TORCHES είναι ακροστιχίδα για τοξοπλασμάτωση, ερυθρά, μεγαλοκυτταροϊό, έρπητα και σύφιλη. Το σύνδρομο συνιστάται σε διάφορους συνδυασμούς εγκεφαλίτιδας, ηπατίτιδας, δερματίτιδας και διάσπαρτης ενδαγγειακής πήξεως

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.1.

ΛΕΞΙΛΟΓΙΟ ΤΩΝ ΣΥΧΝΟΤΕΡΑ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΟΥΜΕΝΩΝ ΟΡΩΝ

HTLV-III	Ο ιός που προκαλεί το AIDS (ιός T- λεμφοκυττάρων του ανθρώπου – τύπος III). Ο ιός μπορεί επίσης να αναφερθεί ως LAV (ιός που σχετίζεται με την λεμφαδενοπάθεια), ή ως ιός του AIDS, ή HIV (ιός της ανοσολογικής ανεπάρκειας του ανθρώπου).
Σύμπλεγμα εκδηλώσεων που σχετίζονται με το AIDS (ARC)	Είναι μια πληθώρα συμπτωμάτων που εμφανίζονται σε μερικά άτομα που έχουν θετικό τεστ αίματος για τον ιό του AIDS. Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν κόπωση, διόγκωση λεμφικών αδένων (ιδιαίτερα του λαιμού, της μασχάλης και της βουβωνικής περιοχής), επαναλαμβανόμενο πυρετό, διάρροια, απώλεια βάρους και νυχτερινούς ιδρώτες. Το ARC δεν εξελίσσεται αναγκαστικά σε AIDS, αν και συμβαίνει σε πολλές περιπτώσεις.
AIDS	Το AIDS είναι μια εξέλιξη του ARC, κατά την οποία το ανοσολογικό σύστημα καταστέλλεται σημαντικά και αναπτύσσονται σοβαρές μολύνσεις, οι οποίες θέτουν σε κίνδυνο τη ζωή του ασθενή καθώς και μερικοί τύποι καρκίνου.
Ομάδα ατόμων υψηλού κινδύνου	Είναι μια ομάδα ατόμων, εκτεθειμένων ιδιαίτερα και με μεγάλη συχνότητα στο AIDS ή στο ARC, σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό. Παραδείγματα ομάδων υψηλού κινδύνου είναι α) οι ομοφυλόφιλοι και αμφισεξουαλικοί άντρες, β) οι χρήστες ενδοφλέβιων ενέσεων ναρκωτικών, που

	μοιράζονται τις βελόνες και άλλα εξαρτήματα των ενέσεων, γ) τα άτομα που έχουν σεξουαλική σχέση με έναν ομοφυλόφιλο ή αμφισεξουαλικό άντρα ή με ένα χρήστη ενδοφλέβιων ενέσεων ναρκωτικών και δ) οι πόρνες (τουλάχιστον το 50% από τις πόρνες << του δρόμου>> έχουν μολυνθεί με AIDS).
--	--

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.4.

ΤΥΠΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΟΥΣ ΝΟΣΟΥ ΤΗΣ ΠΥΕΛΟΥ, ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΧΗ ΠΟΥ ΠΡΟΣΒΛΗΘΗΚΕ

ΠΕΡΙΟΧΗ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ	ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ
Τραχήλος	Τραχηλίτιδα (φλεγμονή του τραχήλου της μήτρας)	- Βλεννοπυώδεις εκκρίσεις του τραχήλου -Εάν έχει εμπλακεί η ουρήθρα, συχνές και επώδυνες ουρήσεις -Ανώμαλη αιμορραγία των καταμηνίων -Πόνος στο κάτω μέρος της κοιλιάς -Πιθανόν εκκρίσεις από το ορθόν, αιμορραγία και φαγούρα
Ενδομήτριο	Ενδομητρίτιδα (φλεγμονή της εσωτερικής επίστρωσης της μήτρας)	-Μέτριος πόνος στην κοιλιά (αμβλύς) -Ανώμαλη αιμορραγία του τραχήλου
Σάλπιγγα	Σαλπγγίτιδα (φλεγμονή της	-Πόνος στην πύελο (μέτριος

	μιας ή και των δυο σαλίγγων)	προς έντονο) -Πυρετό (περίπου στο ένα τρίτο των περιπτώσεων)
Περιτόναιο	Περιτονίτιδα (φλεγμονή της επίστρωσης της κοιλότητας της κοιλιάς)	-Ναυτία και εμετός -Ευπάθεια στην κοιλιακή χώρα -Γενικευμένος πόνος στην κοιλιά - Πυρετός (σε μερικές περιπτώσεις)

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β

ΕΙΚΟΝΕΣ

ΕΙΚΟΝΑ 2.3-1



Κονδυλώματα στο στόμιο της ουρήθρας

ΕΙΚΟΝΑ 2.3.-2



Σε περιοχές του δέρματος με υγρασία, όπως κάτω από την ακροποσθία και στον κόλπο, τα κονδυλώματα διασπείρονται γρηγορότερα και είναι περισσότερα σε σύγκριση με άλλες περιοχές του δέρματος.

ΕΙΚΟΝΑ 2.3.-3



Πολλαπλά διάκριτα κονδυλώματα στο σώμα του πέους.



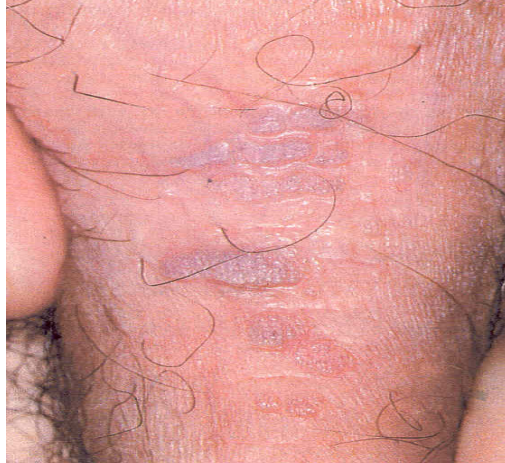
Τα κονδυλώματα αυτά μοιάζουν με τις κοινές μυρμηκιές που προκαλεί ο ίδιος ιός σε άλλες περιοχές του σώματος.

ΕΙΚΟΝΑ 2.3.-5



Ένα ευμεγέθες ανθοκραμβοειδές κονδύλωμα προβάλλει από την είσοδο του κόλπου.

ΕΙΚΟΝΑ 2.3.-6



Μαργαριτοειδείς βλατίδες του πέους.

ΕΙΚΟΝΑ 2.3.-7



Περιπρωκτικά μπορεί να εντοπιστούν πολλά μικρά κονδυλώματα

ΕΙΚΟΝΑ 2.3.-8

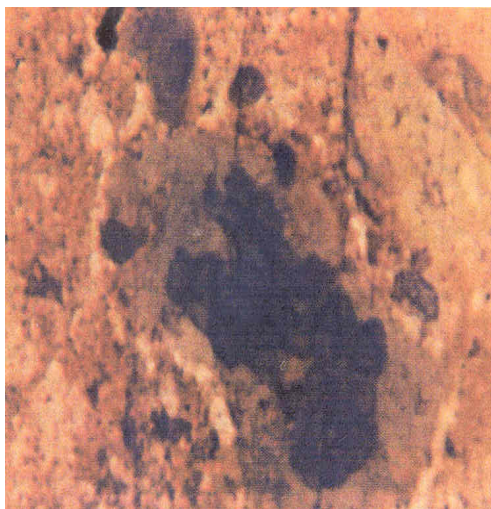


ΕΙΚΟΝΑ 2.5.-1



Πρωτομόλυνση από τον ιό του επιχείλιου έρπητα

ΕΙΚΟΝΑ 2.5.-2



Επίχρισμα Tzanck. Πολυπύρηννα γιγαντοκύτταρα

ΕΙΚΟΝΑ 2.5.-3



Πρωτομόλυνση από τον ιό του επιχείλιου έρπητα

ΕΙΚΟΝΑ 2.5.-4



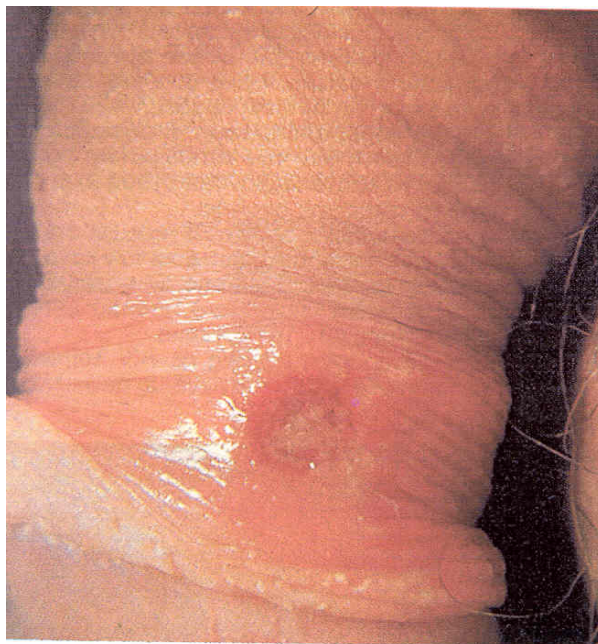
Υποτροπή επιχείλιου έρπητα

ΕΙΚΟΝΑ 3.7.-1



Treponema pallidum. Φωτογραφία του μικροοργανισμού που ευθύνεται για τη σύφιλη από μικροσκόπιο σκοτεινού οπτικού πεδίου.

ΕΙΚΟΝΑ 3.7.-2



Πρωτόγονος σύφιλη

ΕΙΚΟΝΑ 3.7.-3



ΕΙΚΟΝΑ 3.7.-4



Οι βλάβες της δευτερογόνου σύφιλης

ΕΙΚΟΝΑ 3.7.-5

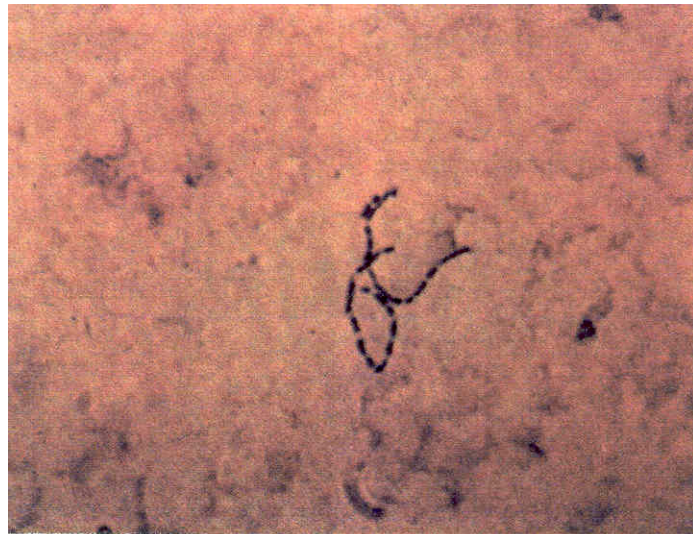


ΕΙΚΟΝΑ 3.7.-6



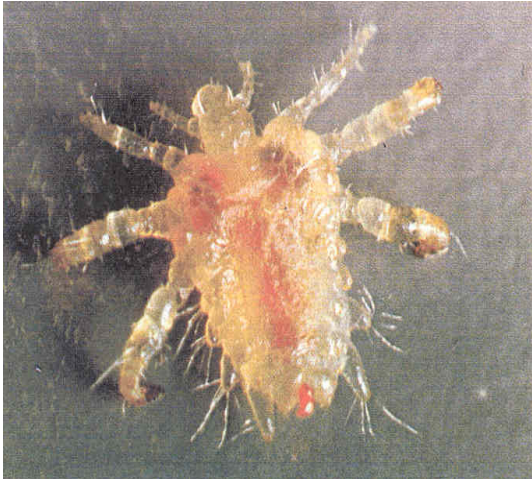
Συφιλιδικό έλκος

ΕΙΚΟΝΑ 3.7.-7



Με χρώση Wright παρατηρούμε σε δείγμα του πύδους υλικού από τη βάση του έλκους μια αλυσίδα κοκκοβακίλων.

ΕΙΚΟΝΑ 4.2.-1

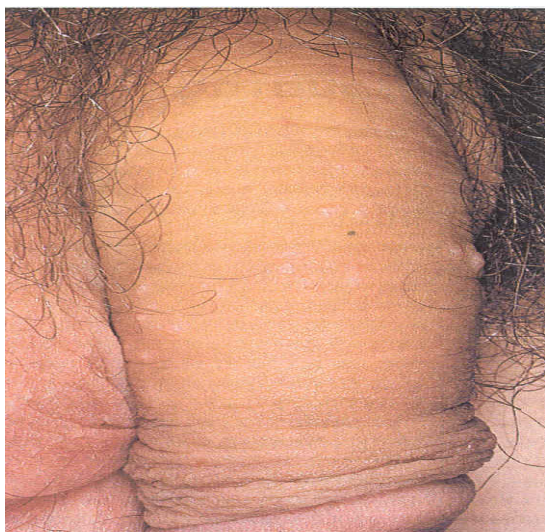


ΕΙΚΟΝΑ 4.2.-2



Φθειρίαση του εφηβαίου

ΕΙΚΟΝΑ 4.2.-3



ΕΙΚΟΝΑ 4.2.-4



Στοιχεία φλεγμονής από φθειρίαση

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ

ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΑ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΩΝ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΣΠΟΥΔΑΣΤΩΝ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΗΛΙΚΙΑ.....

ΦΥΛΟ.....

1. Ποια Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα (Σ.Μ.Ν.) γνωρίζεται;
 - α. AIDS
 - β. Ηπατίτιδες
 - γ. Έρπης
 - δ. Σύφιλη, Γονόρροια
 - ε. Κονδυλώματα, Χλαμύδια
 - στ. Όλα τα παραπάνω
 - ζ. Άλλα Σ.Μ.Ν.

2. Πιστεύεται ότι είστε ενημερωμένοι σχετικά με την μετάδοση και την πρόληψη των Σ.Μ.Ν.;
 - α. Πολύ καλά
 - β. Καλά
 - γ. Μέτρια
 - δ. Ελάχιστα
 - ε. Καθόλου

3. Έχετε ενημερωθεί σχετικά με τα Σ.Μ.Ν. από:
 - α. Την οικογένεια σας
 - β. Τους φίλους σας
 - γ. Το σχολείο
 - δ. Τα Μ.Μ.Ε.
 - ε. Βιβλία
 - στ. Κάπου αλλού

4.Πως πιστεύεται ότι μεταδίδονται τα Σ.Μ.Ν.;

- α. Με την σεξουαλική επαφή
- β. Με το αίμα
- γ. Με άλλο τρόπο

5.Κατά την γνώμη σας τα Σ.Μ.Ν. αφορούν:

- α. Την κατώτατη κοινωνική τάξη
- β. Την ανώτατη κοινωνική τάξη
- γ. Όλες τις κοινωνικές τάξεις

6.Κατά την γνώμη σας τα Σ.Μ.Ν. έχουν μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης σε:

- α. Ναρκομανείς
- β. Ομοφυλόφιλους
- γ. Άτομα με πολλαπλούς σεξουαλικούς συντρόφους
- δ. Σε εφήβους
- ε. Σε ενήλικες
- στ. Έχουν την ίδια συχνότητα εμφάνισης σε όλα τα παραπάνω.

7.Είστε σεξουαλικά ενεργοί;

- α. Ναι
- β. Όχι
- γ. Δεν απαντώ

Εάν ναι, σε ποια ηλικία είχατε την πρώτη σας σεξουαλική επαφή;

8.Ποιά μέθοδος πρόληψης πιστεύεται ότι είναι ασφαλέστερη;

- α. Η χρήση προφυλακτικού
- β. Η λήψη αντισυλληπτικών χαπιών
- γ. Η αποχή από την σεξουαλική πράξη
- δ. Οι μονογαμικές σχέσεις
- ε. Οι συχνές ιατρικές εξετάσεις για Σ.Μ.Ν.
- στ. Καμία μέθοδος από τις παραπάνω

- 9.Χρησιμοποιείται το προφυλακτικό σαν μέθοδο πρόληψης;
- α. Πάντα
 - β. Τις περισσότερες φορές
 - γ. Σπάνια
 - δ. Ποτέ
- 10.Ποιος από τους παρακάτω λόγους σας οδηγεί να μην χρησιμοποιείται προφυλακτικό;
- α. Ίσως να μην αισθάνεστε καλά ή να μην εφαρμόζει κατάλληλα
 - β. Ντρέπεστε να το αγοράσετε
 - γ. Δεν έχετε μαζί σας
 - δ. Πιστεύετε ότι το προφυλακτικό μειώνει τη σεξουαλική σας ικανοποίηση
 - ε. Δεν πιστεύετε ότι έχετε ή μπορεί να κολλήσετε κάποιο νόσημα από τον/ την σύντροφο σας
 - στ. Λόγω αλλεργίας
 - ζ. Κανένας από τους παραπάνω λόγους
- 11.Σε περίπτωση που θα παρατηρούσατε κάποιες αλλαγές στο σώμα σας ή συμπτώματα νόσου, θα επισκεπτόσασταν τον γιατρό σας;
- α. Σίγουρα ναι
 - β. Ίσως να επισκεπτόμουν έναν γιατρό
 - γ. Όχι, δεν πιστεύω ότι υπάρχει λόγος
 - δ. Ντρέπομαι
- 12.Κατα την γνώμη σας, ποιο από τα παρακάτω επιρεάζει την γενική στάση των νέων απέναντι στα Σ.Μ.Ν.;
- α. Η ηλικία
 - β. Το φύλο
 - γ. Το επίπεδο μόρφωσης
 - δ. Η οικονομική κατάσταση
 - ε. Το επίπεδο αντίληψης
 - στ. Όλα τα παραπάνω
 - ζ. Τίποτα από τα παραπάνω

η. Κάτι άλλον και τι;

13. Πιστεύετε ότι ένα άτομο, το οποίο είναι φορέας ενός Σ.Μ.Ν. πρέπει:

α. Να απομονώνεται από το κοινωνικό σύνολο

β. Να υποστηρίζεται από την πολιτεία, το οικογενειακό και το κοινωνικό περιβάλλον του

14. Εάν ήσασταν φορέας ενός Σ.Μ.Ν. θα ενημερώνατε τον /την σύντροφο σας;

α. Ναι

β. Ίσως

γ. Όχι

Δικαιολογήστε την απάντησή σας:

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Allen R. Myers. Παθολογία. Εκδόσεις: X. Ζεβελάκη, Αθήνα: 1996.
- Thomas P. Habif, James L. Campbell Jr., Mark J. Quitadamo, Kathryn A. Zug.
Δερματικά Νοσήματα – Διάγνωση και Θεραπεία. Εκδόσεις: Παρισιανού Α.Ε.,
Αθήνα: 2002.
- Timothy R. Covington, J. Frank McClendon. Υγιής σεξουαλική ζωή. Εκδόσεις:
Π. Κουτσομπός Α.Ε., Αθήνα: 1991.
- T.R. Harrison. Εσωτερική Παθολογία, Τόμος Β', 10^η Έκδοση. Εκδόσεις: Γρηγορίου
Κ. Παρισιανού, Αθήνα: 1987
- Αντωνία Τριχοπούλου, Δημήτρης Τριχόπουλος. Προληπτική Ιατρική: Αγωγή Υγείας-
Κοινωνική Ιατρική- Δημόσια Υγιεινή. Εκδόσεις: Γρηγόρης Παρισιανός,
Αθήνα: 1986.
- Α.Π.Θ., Τμήμα Ιατρικής- Τομέας Παθολογίας. Κλινική Αφροδισίων και Δερματικών
Παθήσεων : Μαθήματα Δερματολογίας και Αφροδισιολογίας: Διδακτικές
Σημειώσεις. Εκδόσεις: Υπηρεσία Δημοσιευμάτων Α.Π.Θ., Θεσ/νίκη: 1989.
- Δημοσθένης Αγραφιώτης και συν. Εγκάρσια Σκιά. Εκδόσεις: <<Ύψιλον /Βιβλία>>
Αθήνα : 1957.
- Εθνικό Κέντρο Αναφοράς AIDS. Αγωγή Υγείας στο σχολείο για την πρόληψη του
AIDS και των σεξουαλικών μεταδιδόμενων νοσημάτων. Εκδόσεις: Βήτα,
Αθήνα 1992.
- Ιωάννα Απ. Καπετανάκη. Δερματολογία- Αφροδισιολογία. Εκδόσεις: Γρηγόριος
Παρισιανός, Αθήνα: 1971.
- Ιωάννης Θ. Παπαβασιλείου. Ιατρική Μικροβιολογία- Μυκοπλάσματα- Ρικέτσιες-
Στοιχεία Ιολογίας, Τεύχος Γ'.
- Ιωάννης Στρατηγός ,Διευθυντής Καθηγητής, Κλινική Δερματικών- Αφροδισίων νόσων
του Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο << Α. Συγγρός>>. Μαθήματα
Δερματολογίας- Αφροδισιολογίας. Εκδόσεις: Γρηγόριος Κ. Παρισιανός, Αθήνα
1985.
- Κωνσταντίνος Ι. Κανιτάκης. Δερματολογία- Αφροδισιολογία, Τόμος Α. Εκδόσεις:
Σακκουδά, Θεσ/νίκη- Αθήνα: 1975.
- Παναγιώτης Κυρ. Παπακυριακού. Ανοσοιστοχημική και Βιοχημική μελέτη πιθανών
Μηχανισμών Θανάτου του Ηπατοκυττάρου στην Χρόνια Ενεργό Ηπατίτιδα.

(Διατριβή) τμήμα Ιατρικής Πανεπιστημίου Κρήτης. 2002.

ΑΝΩΝΥΜΑ

CECIL Παθολογία. Εκδόσεις: Λίτσας, 1980.

Σύγχρονη Παθολογία – Αφροδίσια Νοσήματα. Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, 1984.

Μαθήματα Δερματολογίας – Αφροδισιολογίας. Επιστημονικές Εκδόσεις Γρηγόριος
Κ. Παρισσιανός, Αθήνα 1985.

ΠΗΓΕΣ ΑΠΟ ΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

British Medical Association. (27/02/2002). Σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα:

Επικίνδυνη Αύξηση. Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο:

http://www.Medlook.net/article.Asp?item_id=789. (14/3/2006).

Dr. Nikos Iosifidis. (n.d). WomansHealth: Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα.

Διαθέσιμο στον Δικτυακό τόπο:

<http.Womanshealth.gr./showArticle.php?articleid=140>. (14/3/2006)

Κ.Ε.Π.Υ.Ε. Κέντρο Πρόληψης & Υγείας των Εφήβων- Για ειδικούς(n.d.). Σεξουαλικά
Μεταδιδόμενα Νοσήματα. Διαθέσιμο στον Δικτυακό τόπο:

http://www.ephebiatrics.gr/GR/experts.asp?doc_id=17. (14/3/2006).

Κ.Ε.Π.Υ.Ε. Κέντρο Πρόληψης & Υγείας των Εφήβων- Για νέους (n.d.). Σεξουαλικά
Μεταδιδόμενα Νοσήματα. Διαθέσιμο στον Δικτυακό τόπο:

http://www.ephebiatrics.gr/GR/youth.Asp?doc_id=45. (14/3/2006)

Συνοπτικό άρθρο του Περιοδικού Pharma news(ΙΟΥΛ-ΑΥΓ. 2002). Σεξουαλικά
Μεταδιδόμενα Νοσήματα. Διαθέσιμο στον Δικτυακό τόπο:

<http://www.Pharmaroma.net/symboules9.htm>. (14/3/2006).

Σεξουαλικότητα και ΜΜΕ.(n.d). Διαθέσιμο στον Δικτυακό τόπο:

http://www.aegean.gr/culturaltec/pbantima/youth_media/sexuality.htm.