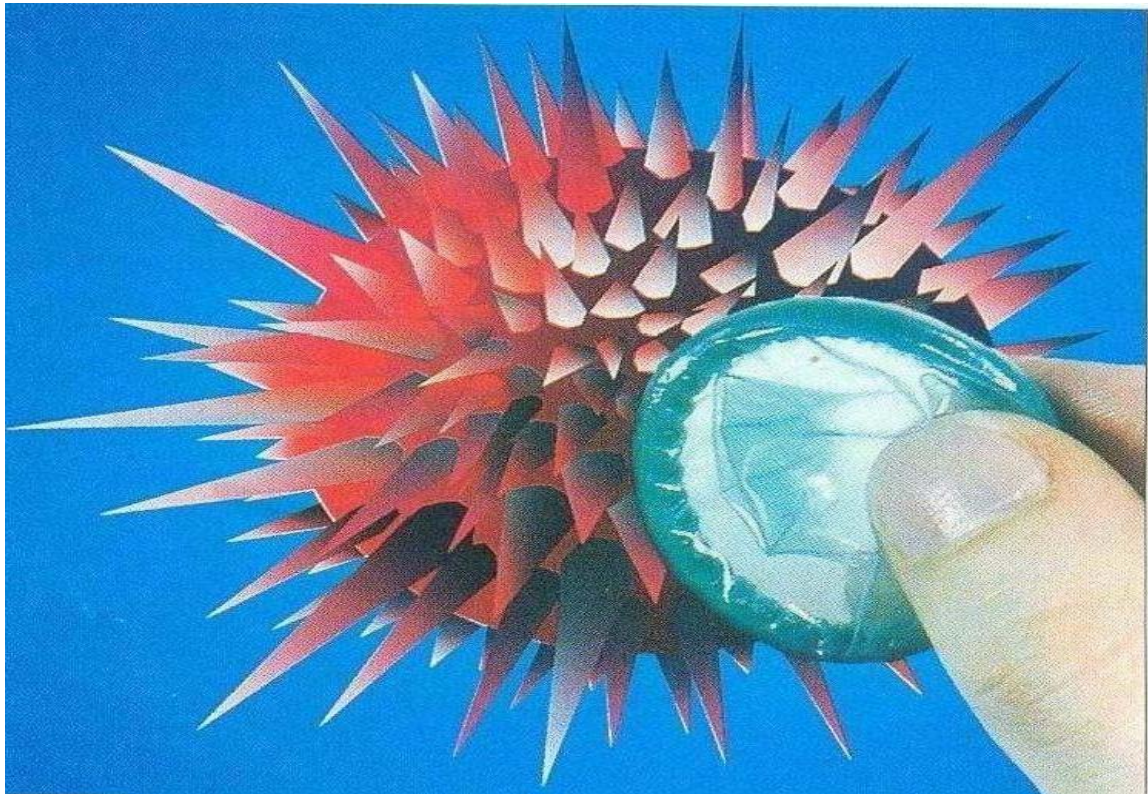


ΑΓΕΙ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ
ΣΕΥΤ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ:

«ΑΦΡΟΔΙΣΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΚΑΙ AIDS.
ΠΩΣ ΤΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΟΥΝ ΟΙ ΝΕΟΙ ΣΗΜΕΡΑ».



ΒΑΜΒΟΥΚΑΚΗ ΜΑΡΙΑ
ΜΟΝΙΑΚΗ ΒΙΟΛΕΤΑ
ΠΑΛΑΠΑΝΗ ΕΙΡΗΝΗ

ΗΡΑΚΛΕΙΟ 2004

Περιεχόμενα

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	6

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ, ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1.1 ΑΦΡΟΔΙΣΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

1.1.1 ΣΥΦΙΛΗ.....	9
Αίτιο.....	9
Φυσική πορεία της νόσου.....	9
Κλινική ταξινόμηση.....	11
Επίκτητος σύφιλη (πρωτογενής, δευτερογόνος).....	11
Πρώιμος λαυθάνουσα σύφιλη.....	13
Όψιμος σύφιλη.....	14
Νευροσύφιλη.....	15
Σύφιλη εγκύου.....	16
Συγγενής σύφιλη (πρώιμος, όψιμος).....	17
Οροδιαγνωστική συφιλίδος.....	18
Θεραπεία (γενικά).....	21
Φάρμακα (γενικά).....	21
Θεραπεία (πρώιμη σύφιλη).....	22
Θεραπεία (όψιμη σύφιλη).....	23
Θεραπεία (νευροσύφιλη).....	23
Θεραπεία (σύφιλη εγκύου).....	24
Θεραπεία (συγγενής σύφιλη).....	24
Προληπτική θεραπεία.....	24
Παρακολούθηση μετά τη θεραπεία.....	25
Κριτήρια για επανάληψη της θεραπείας.....	25
1.1.2 ΒΛΕΝΝΟΡΡΟΙΑ Ή ΤΟΝΟΚΟΚΚΙΚΗ ΟΥΨΗΘΡΙΤΙΔΑ.	
Αίτιο.....	25
Κλινική εικόνα.....	25
Επιπλοκές στον άνδρα.....	26
Επιπλοκές στη γυναίκα.....	26

Κοινές μολύνσεις ανδρών-γυναικών.....	27
Γενικές επιπλοκές.....	27
Ασυμπτωματική βλεννόρροια.....	27
Θεραπεία.....	28
1.1.3 ΜΗ ΤΟΝΟΚΟΚΚΙΚΗ -ΕΙΔΙΚΗ -ΟΥΡΗΘΡΙΤΙΣ	
Κλινική εικόνα.....	28
Αιτιολογία.....	29
Επιπλοκές.....	29
Θεραπεία.....	29
1.1.4 ΜΑΛΑΚΟ ΕΛΚΟΣ	
Επιπλοκές.....	30
Διάγνωση.....	30
Θεραπεία.....	30
1.2 ΙΩΣΕΙΣ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ ΣΞΞΟΥΑΛΙΚΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΕΣ	
1.2.1 ΕΡΠΗΣ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ	
Αιτιολογία.....	31
Κλινική εικόνα.....	31
Επιπλοκές.....	32
Θεραπεία.....	33
1.2.2 ΜΟΛΥΣΜΑΤΙΚΗ ΤΕΡΜΙΝΘΟΣ	
1.2.3 ΟΞΥΤΕΝΗ ΚΟΝΥΛΩΜΑΤΑ	
Αιτιολογία.....	34
Προδιαθεσικοί παράγοντες.....	34
Κλινική εικόνα.....	35
Κουδυλώματα κόλπου, τραχήλου, ορθού.....	35
Διάγνωση.....	35
Θεραπεία.....	36
1.2.4 ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β.....	37
1.2.5 ΑΦΡΟΔΙΣΙΟ Ή ΒΟΥΒΩΝΙΚΟ ΛΕΜΦΟΚΟΚΚΙΩΜΑ.....	37
1.2.6 ΦΘΕΙΡΕΣ ΤΟΥ ΕΦΗΒΑΙΟΥ.....	37
1.2.7 ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΠΙΚΤΗΤΗΣ ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ (AIDS).....	38
1.2.8. ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ.....	39

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΣΥΝΨΗΦΟΜΟ ΕΠΙΚΤΗΤΗΣ ΑΝΟΣΟΑΝΕΠΙΛΑΡΚΕΙΑΣ “ΑΙΔΣ”

2.1 Τι είναι το Aids?.....	45
2.2 Επιδημιολογία.....	45
2.3 Παθοφυσιολογία.....	51
2.4 Διάγνωση και ανίχνευση της μόλυνσης με τον HIV.....	56
2.5 Αντιμετώπιση της λοίμωξης από τον HIV.....	57
2.6 Θεραπεία.....	60
2.7 Αντιμετώπιση των συγκεκριμένων κλινικών εκδηλώσεων της ανοσοανεπάρκειας.....	62
2.8 Επιπλοκές από τον HIV.....	63
2.9 Πρόληψη της λοίμωξης από τον HIV.....	68
Η ζωή με AIDS/Μια αληθινή ιστορία.....	71

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

1. Αγωγή υγείας στη σχολική κοινότητα.....	75
2. Αποδοχή προγραμμάτων.....	76
3. Διδασκαλία Aids / σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων.....	78

ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟ

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ / ΔΗΜΟΣΚΟΠΗΣΗ (ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ)

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	80
Αποτελέσματα (σχόλια).....	81
Συμπεράσματα.....	96
Προτάσεις.....	98

ΜΕΡΟΣ ΤΕΤΑΡΤΟ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	100
-------------------	-----

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Οι ανθρώπινες υπάρξεις είναι μοναδικές στο ζωικό κόσμο δεδομένου ότι έχουν την ικανότητα σεξουαλικής επιθυμίας ακόμη και όταν το θηλυκό δεν είναι σε κατάσταση γονιμότητας και διατηρούν αυτή την ικανότητά τους μέχρι ιδιαίτερα προχωρημένη ηλικία, πολύ μετά αφότου πάψει να υφίσταται η φυσική δυνατότητα αναπαραγωγής. Η εξήγηση αυτού του γεγονότος μπορεί να είναι ότι το σεξ συμβάλλει στη διατήρηση των συντροφικών σχέσεων.

Μια ικανοποιητική, σταθερή σχέση αποτελεί σημαντικό μέρος της ανθρώπινης ζωής, αλλά δεν είναι πάντοτε εύκολο να επιτευχθεί και η σεξουαλική επαφή μπορεί να συνεπάγεται διαφόρους κινδύνους. Ειδικότερα το περιστασιακό σεξ ή και το σεξ με πολλαπλούς συντρόφους ενέχουν τον κίνδυνο ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης και αφροδίσιων νοσημάτων, δηλαδή σεξουαλικά μεταδιδόμενων παθήσεων. Οι προαναφερόμενοι κίνδυνοι αφορούν περισσότερο τις νεαρότερες ηλικίες, όπου η εναλλαγή συντρόφων είναι συχνότερη και οι προφυλάξεις συχνά ελλιπείς.

Οποιοδήποτε άτομο αναπτύσσει μια σεξουαλική σχέση θα πρέπει να είναι ενήμερο για τους κινδύνους των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων και να κατανοεί πως μπορεί να ελαττώσει τον κίνδυνο έκθεσής του σ' αυτά. Είναι σημαντικό τα παιδιά πλησιάζοντας στην ηλικία της ήβης, να είναι σωστά ενημερωμένα γύρω από τα Σ.Μ.Ν., το ασφαλές σεξ και τις μεθόδους αντισύλληψης.

Η σωστή αγωγή και ενημέρωση γύρω από το σεξ, την εγκυμοσύνη και τα αφροδίσια νοσήματα είναι ιδιαίτερα σημαντική για τους εφήβους, οι οποίοι συχνά παραλείπουν να χρησιμοποιούν μέσα αντισύλληψης και αγνοούν τις συμβουλές προφύλαξης για ασφαλές σεξ.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

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 κάποιον 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 αφροδισίων 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 αυτό 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).

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

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

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

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

Στη 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 αφροδισίων νοσημάτων (Α.Ν.) που προέρχονται από το γραφείο αυτό είναι ακριβείς και εκφράζουν δειγματοληπτικά τις ροπές των Α.Ν. στη χώρα μας.

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

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

Επιδημιολογικοί παράγοντες που επηρεάζουν τη συχνότητα των αφροδισίων νοσημάτων είναι:

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 (φαρμακοάντοχος 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 ερωτικών συντρόφων.
5. Πρωϊμότερη ωρίμανση των γυναικών, σε σύγκριση με 40-80 χρόνια νωρίτερα (νωρίτερη έμμηνος ρύση) με αποτέλεσμα πρωϊμότερη έναρξη σεξουαλικής ζωής.

β) Κοινωνικοί παράγοντες :

1. Μετακίνηση πληθυσμών (τουρισμός-πολεμικές συρράξεις).
2. Αύξηση του χρόνου ανάπαυσης και διακοπών.
3. Εύκολη μετακίνηση απο πόλη σε πόλη και απο 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 απο την άποψη ότι τα αφροδίσια νοσήματα είναι χωρίς σημασία.

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 αυτό.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1.1 ΑΦΡΟΔΙΣΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

1.1.1 ΣΥΦΙΛΗ

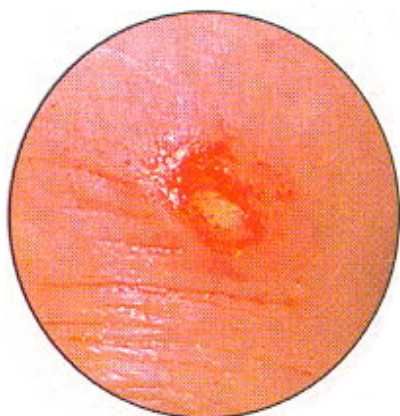
Η σύφιλη είναι ουσιαστικά μια γενικευμένη σπειροχαιίτη. Είναι νόσος μολυσματική, συστηματική, σχεδόν από τη στιγμή της μόλυνσης. Οφείλεται στην ωχρά σπειροχαιίτη. Μεταδίδεται με τη σεξουαλική επαφή σχεδόν αποκλειστικά. Μεταδίδεται επίσης συγγενώς στο κήτημα κατά την ενδομήτρια ζωή. Η νόσος δεν είναι κληρονομική. Χαρακτηρίζεται από μεγάλη χρονιότητα. Χαρακτηρίζεται επίσης είτε από πλούσια ποικιλία κλινικών εκδηλώσεων από όργανα και συστήματα, σε μια πρώιμη φάση, είτε παραμένει ασυμπτωματική και λαυθάνουσα σε μια όψιμη φάση. Υποδύεται σωρεία νοσηρών εκδηλώσεων στο χώρο της Παθολογίας, Χειρουργικής, Νευρολογίας κ.λ.π.

ΑΙΤΙΟ

Το αίτιο της σύφιλης είναι η ωχρά σπειροχαιίτη. Πρόκειται για μικρόβιο υπό μορφή νηματίου μήκους 15-20μ με άκρα οξεία και 14-20 σπείρες. Οι σπείρες είναι κανονικές και συμμετρικές. Παρουσιάζει στο μικροσκόπιο με σκοτεινό οπτικό πεδίο τρεις σπειροειδείς κινήσεις. Μοιάζει με εκπωματιστήρα φελλών. Δεν καλλιεργείται και καταστρέφεται εύκολα σε θερμοκρασία 41,5°C. Υποστηρίζεται ότι στο πτώμα του ανθρώπου διατηρείται εν ζωή επί 1-2 ημέρες.

ΦΥΣΙΚΗ ΠΟΡΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Η κατανόηση της φυσικής-βιολογικής συμπεριφοράς της νόσου είναι



**ΣΚΛΗΡΟ ΣΥΦΙΛΙΔΙΚΟ
ΕΛΚΟΣ ΤΟΥ ΠΤΕΟΥΣ.**
Στο 1ο στάδιο σύφιλης
εμφανίζεται ένα σκληρό έλκος
που δε δημιουργεί πόνο, το οποίο
και ονομάζεται σκληρό
συφιλιδικό έλκος. Συνήθως
εμφανίζεται στην περιοχή
των γεννητικών οργάνων.

ουσιαστικό στοιχείο, που συμβάλλει στην κατανόηση των κλινικών εκδηλώσεων και της οροδιαγνωστικής της νόσου.

Φυσική πορεία της νόσου προϋποθέτει ότι καμία

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' της ώρας μετά τη μόλυνση έχει ήδη μεταναστεύσει στους επιχώριους λεμφαδένες και σε διάστημα μιας ώρας ανεβρέθηκε η ωχρά σπειροχαιίτη πειραματικώς στους πνεύμονες γορίλα.

Σε διάστημα 3 εβδομάδων 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.

Εν τω μεταξύ, στις 60 ημέρες από τη μόλυνση, αρχίζουν να φαίνονται οι εκδηλώσεις της δευτερογόνου συφιλίδος 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» (αντιδρασίνες) και τα «ειδικά» αντιτρεπονημικά-ακινητοποιητικά ή σπειροχαιτοκτόνα αντισώματα.

Από του 1^{ου} έως και το τέλος του 2^{ου} έτους από τη μόλυνση κανένα σύστημα δεν υπάρχει που να παρουσιάζει ενδείξεις νοσήσεως. Όμως η νόσος εξελίσσεται. Τότε ονομάζεται λαυθάνουσα σύφιλη. Και από την αρχή της μόλυνσης μέχρι τα δύο περίπου χρόνια το στάδιο λέγεται: «πρώιμος σύφιλη» ενώ από τα δύο περίπου χρόνια και μετά λέγεται: «όψιμος σύφιλη».

Επειδή ο δεύτερος χρόνος του σταδίου της πρώιμου συφιλίδος και μερικά χρόνια μετά το όριο των δύο ετών δεν υπάρχει ενδεικτική συμπτωματολογία, οι περίοδοι αυτοί ονομάζονται περίοδοι πρώιμου και οψίμου λαυθάνουσας 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 οψίμου συφιλίδος με σπλαχνικούς εντοπισμούς. Βέβαια, επαναλαμβάνεται ότι ο

άρρωστος δεν έχει υποβληθεί καθόλου σε θεραπεία ή η θεραπεία υπήρξε πολύ ελλιπής.

Η λαυθάνουσα αυτή φάση (όφιμη) 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 μέρη κ.λ.π.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ

Με βάση τα παραπάνω η σύφιλη ταξινομείται ως εξής:

Α) Επίκτητος σύφιλη, που μεταδίδεται από άτομο σε άτομο με τη σεξουαλική επαφή.

Β) Συγγενής σύφιλη, που μεταδίδεται από τη μητέρα στο κνήμα κατά την ενδομήτρια ζωή. Κληρονομική σύφιλη που να μεταδίδεται με τα γονίδια δεν υπάρχει.

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

Πρώιμος σύφιλη δηλ. μέχρι 2 χρόνια από τη μόλυνση και όφιμος σύφιλη δηλ. μετά τα δύο χρόνια από τη μόλυνση.

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

ΕΠΙΚΤΗΤΟΣ ΣΥΦΙΛΗ

ΠΡΩΤΟΓΟΝΗΣ ΣΥΦΙΛΗ

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

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

Οι χαρακτηριστές του είναι:

1. Σκληρό με βάση διηθημένη σκληρή,
2. Ανώδυνο,
3. Είναι διάβρωση και όχι έλκωση,

4. Έχει χείλη ομαλά,
5. Έχει πυθμένα «χροιάς ως απο μυϊκής σαρκός» και
6. Συνοδεύεται απο σύστοιχη βουβωνική αδενίτιδα.

Το συφιλιδικό έλκος βγάζει ορό, ιδιαίτερα με συμπίεση που βρίθει απο σπειροχαίτες.

ΔΕΥΤΕΡΟΤΟΝΟΣ ΣΥΦΙΛΗ

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 απο τον τρόπο μετάδοσης, είτε εις το δερματο-βλεννογόνο όριο. Είναι σκληρές κατά την αφή, στίλβουν και ορορροούν. Είναι γεμάτες σπειροχαίτες. Μια μορφή -σπάνια- ονομάζεται «πλατέα κουδυλώματα» γιατί μοιάζουν με οξυτενή κουδυλώματα.

Τα βλατιδώδη εξανθήματα εμφανίζουν μεγάλη ποικιλομορφία ανάλογη με το «έδαφος» δηλαδή με τη φύση του δέρματος. Διακρίνονται σε μικρο- και μεγαλο-βλατιδώδη και έχουν χρώμα σκούρο (χαλκόχροα), είναι σκληρά και ανώδυνα. Διαφορο-διαγνωστικό πρόβλημα προκύπτει τόσο με την 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 απο τον 4^ο έως τον 6^ο μήνα της μόλυνσεως. Οι τρίχες πέφτουν σε «μικρές τούφες», έτσι που η αλωπεκία αυτή έχει χαρακτηριστική κλινική εικόνα. Αναφέρεται η πτώση των τριχών «δίκην ξέφωτων δασούς». 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 περιοσύξεως.

Υπογραμμίζεται ότι κατά τη δευτερόγονο 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 βρόγχο της φωνής και φλεγμονή των παριουθίων (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 μετά τη θεραπεία.

ΠΡΩΙΜΟΣ ΛΑΝΘΑΝΟΥΣΑ ΣΥΦΙΛΗ

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

Δεν γίνεται καμία 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 σύφιλη μετά από κατάλληλη θεραπεία ιάται απόλυτα. Όμως η λανθάνουσα διατρέχει χωρίς συμπτωματολογία και οι βλάβες στους οφθαλμούς, το νευρικό και καρδιαγγειακό σύστημα είναι οριστικές.

Πώς μπορεί ο άρρωστος να φτάσει 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.

- 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 βλεννορροούστων έχουν συγχρόνως μολυνθεί και απο σύφιλη.

Ο προσεκτικός ορολογικός έλεγχος λύει τα προβλήματα αυτά. Είναι πάντοτε θετικές οι ορολογικές εξετάσεις.

ΟΨΙΜΟΣ ΣΥΦΙΛΗ

Η όψιμος λαυθάνουσα σύφιλη εμφανίζει θετικές τις οροαντιδράσεις με αστάθμητη θετικότητα του Ε.Ν.Υ. Δεν παρουσιάζει για μερικά χρόνια συμπτωματολογία. Προοδευτικά αρχίζει η συμπτωματολογία απο τις σπλαχνικές εκδηλώσεις ή απο τα μαλακά μόρια.

ΣΠΛΑΧΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

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

ΑΛΛΟΙΩΣΕΙΣ ΑΠΟ ΟΡΓΑΝΑ ΚΑΙ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ

Προσβάλλονται οι πνεύμονες, το στομάχι, το έντερο, το ήπαρ, ο σπλήνας, το ουρογεννητικό σύστημα και οι οφθαλμοί με χαρακτηριστικές αλλοιώσεις απο το βυθό.

Οι βλάβες αυτές είναι κομμιωματώδεις αντιδράσεις με τη χαρακτηριστική εξέλιξη του κομμιώματος, 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 τεραστίων ελκώσεων με δέρμα γύρω από αυτές έντονα μελαγχρωματικό, παρουσιάζονται στις κνήμες. Ουσιαστικά πρόκειται για μια αντιδραστική υπερευαισθησία των ιστών και σε καμία 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 γύματα και ελκωτικά οζίδια.

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

ΝΕΥΡΟΣΥΦΙΛΗ

Ιδιαίτερη σημασία έχει η νευροσύφιλη. Αμέσως όταν μολυνθεί ο άρρωστος το Ε.Ν.Υ. 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 νευροσύφιλη ταξινομείται ως εξής:

- Μηνιγγοαγγειακή σύφιλη. Εκδηλώνεται από 1-5 χρόνια από τη μόλυνση.
- Νωτιαία φθίση ή προϊούσα κινητική αταξία. Εκδηλώνεται μεταξύ 10 και 20 χρόνων, και
- Προϊούσα, γενική παράλυση. Εκδηλώνεται μεταξύ 20-50 χρόνων από τη 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.

ΣΥΦΙΛΗΕΤΚΥΟΥ

Η σύφιλη 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 σύλληψή 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 σηματοδεδεμένο. Βέβαια σήμερα υπάρχει 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 πλακούντα και μόνο μέσω της μητέρας.

B) Μέχρι και τον 4^ο 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 το κύημα σε καμία περίπτωση δε μολύνεται από σύφιλη.

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

Γ1) Αν τώρα η μητέρα υποβληθεί σε θεραπεία αμέσως, τότε θα γεννηθεί γερό παιδί.

Γ2) Αν η μητέρα μολυνθεί μετά τον 5^ο μήνα και παραμελήσει την θεραπεία της ως τον 9^ο μήνα και τότε υποβληθεί σε κανονική θεραπεία, τότε η μητέρα και το παιδί θα αποστειρωθούν από σπειροχαίτη. Όμως το παιδί για διάστημα μεγάλο 2-3 μήνες θα υφίσταται τη λοιμογόνο επίδραση της ωχράς σπειροχαίτης και ως εκ τούτου θα γεννηθεί παιδί στειρό αλλά με συφιλιδικά στίγματα.

Γ3) Αν δε γίνει καμία θεραπεία ως τον τοκετό τότε το παιδί θα έχει και μολυσματική μορφή πρωίμου συγγενούς συφιλίδος και συφιλιδικά στίγματα και

Γ4) Αν μολυνθεί η μητέρα αργά, δηλαδή στον 8^ο περίπου μήνα και γεννήσει χωρίς να κάνει εν τω μεταξύ θεραπεία, τότε θα γεννηθεί παιδί με

εκδηλώσεις πρωίμου συγγενούς συφιλίδος χωρίς όμως να έχει συφιλιδικά στίγματα λόγω της ολιγόχρονης επίδρασης της σπειροχαΐτης στον οργανισμό του.

ΣΥΓΓΕΝΗΣ ΣΥΦΙΛΗ

Η συγγενής σύφιλη οφείλεται, στη μετάδοση της ωχράς σπειροχαΐτης από τη μητέρα στο παιδί μέσω του πλακούντα και χαρακτηρίζεται από ορισμένες εκδηλώσεις.

Η συγγενής σύφιλη χωρίζεται:

- α) Σε πρώιμη συγγενή σύφιλη με μολυσματικές εκδηλώσεις.
- β) Σε όψιμη συγγενή σύφιλη με χαρακτηριστικές εκδηλώσεις μη μολυσματικές και
- γ) Στα συφιλιδικά στίγματα που η παρουσία τους υποδηλώνει ενδομήτρια μόλυνση για μεγάλο μη προσδιορισμένο όμως διάστημα.

ΠΡΩΙΜΟΣ ΣΥΓΓΕΝΗΣ ΣΥΦΙΛΗ

Το παιδί που θα γεννηθεί με εκδηλώσεις πρωίμου συγγενούς συφιλίδος είναι εξαιρετικά μεταδοτικό για το περιβάλλον του (μαϊά-γιατρός).

Είναι γεμάτο από ερυθματοβλατιδώδη εξανθήματα, ακριβώς όπως της δευτερογόνου συφιλίδος. Οι βλεννογόνοι, ιδιαίτερα της ρινός, είναι φλεγμονώδεις και το κλάμα του νεογνού είναι χαρακτηριστικό. 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.

ΟΨΙΜΟΣ ΣΥΓΓΕΝΗΣ ΣΥΦΙΛΗ

Οι εκδηλώσεις της οψίμου 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.

Απο τα συφιλιδικά στίγματα αναφέρονται, ως τριάς του Hutchinson:

Η μέση πυώδης ωτίτιδα (κώφωση).

Η διάμεσος κερατίτιδα και

Οι χαρακτηριστικοί βαρελοειδής οδόντες.

Όχι σπάνιο φαινόμενο είναι επίσης οι ραγάδες στις δύο γωνίες του στόματος, η προαναφερόμενη καθίζηση της ρινός και η όψη του προσώπου. Όμως κύρια διαγνωστική σημασία έχουν οι εξοστώσεις των μακρών οστών ιδιαίτερα οι κνήμες.

Αξίζει τέλος να αναφερθεί μια ιδιαίτερη μορφή: πρωίμου συγγενούς συφιλίδος επιβραδυνομένου τύπου, χωρίς δηλαδή κλινικές εκδηλώσεις απο 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 απο κατάλληλη αντισυφιλιδική θεραπεία, το σύνδρομο και η αναιμία ανατάσσονται τελείως και οριστικά.

ΟΡΟΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΣΥΦΙΛΙΔΟΣ

Απο 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:

- 1) Το ωχρού τρεπόννημα 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.
- 2) Τα αντιγόνα του ωχρού τρεπονήματος διακρίνονται σε τρεις ομάδες:

α) Αντιγόνα «λιποειδικά», που ανευρίσκονται σε πολλούς ζωντανούς 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 παθγόνα και σαπροφυτικά τρεπονήματα και

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

3) Η ανάπτυξη και εμφάνιση των αντισωμάτων δεν γίνεται αμέσως μετά τη μόλυνση αλλά σταδιακά. Έτσι υπάρχει ένας χρόνος επώσεως ως προς τη θετικότητα των ορολογικών αντιδράσεων που κυμαίνεται από 14 ημέρες ως τις 40 ημέρες από την ημέρα της εμφάνισης του συφιλιδικού έλκους.

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

5) Αν εφαρμοσθεί θεραπεία το Α' τρίμηνο από τη μόλυνση 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 δυο μεγάλες ομάδες:

Α' Αντιδράσεις δια μη τρεπονημικών αντιγόνων,
Αντιδράσεις συνδέσεως συμπληρώματος,
Κροκιδωτικές οροαντιδράσεις,
Αντιδράσεις ταχείας εκτελέσεως.

Β' Αντιδράσεις δια τρεπονημικών αντιγόνων,
Ειδικές «του τύπου» οροαντιδράσεις

T.P.I.-test ή αντίδραση Nelson-Mayer

F.T.A.-ABS test

TRHA-test

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

α) Αν έχουμε κλινικές εκδηλώσεις συμβατές με τη νόσο,

β) Αν έχουμε κλινικές εκδηλώσεις συμβατές με τη νόσο και μικροβιολογική επιβεβαίωση απο 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 δυο απο 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 Κρήνη 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 λαυθανούσης 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 δίνουν θετικές τις οροαντιδράσεις με μη τρεπουνηματικά 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 σύφιλης.

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 προσανατολιζόμεστε στη διάγνωση νέας μόλυνσεως και σπανιότερα της υποτροπής.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

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

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

Ειδικότερα η θεραπεία της σύφιλης έχει ως εξής:

ΦΑΡΜΑΚΑ

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

1. Κρυσταλλική πενικιλίνη G.
2. Προκαϊνική πενικιλίνη G (υδατοδιαλυτή)
3. Ελαιώδης Προκαϊνική πενικιλίνη G (PAM)
4. Βευζαθινική πενικιλίνη G.

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

1. Τετρακυκλίνες
2. Ερυθρομυκίνη
3. Κεφαλοσπορίνες

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

1. ΠΡΩΙΜΗ ΣΥΦΙΛΗ

(Πρωτόγονος- Δευτερόγονος- Πρώιμη λαυθάνουσα)

α) Πενικιλλίνη

1. Βενζαθινική πενικιλλίνη G:
Συνολική δόση: 7,2 εκατ. Μονάδες.
Σχήμα: αρχική δόση 2,4 ε.μ. ενδομυϊκός.
Συνέχεια: 1,2 ε.μ. ενδομυϊκός την εβδομάδα επί 4 εβδομάδες.
2. Υδατική προκαϊνική πενικιλλίνη G:
Συνολική δόση: 6,0 εκατ. Μονάδες.
Σχήμα: 600.000 μονάδες ενδομυϊκός την ημέρα επί 10 ημέρες.
3. Ελαιώδης προκαϊνική πενικιλλίνη G:
Συνολική δόση: 6,0 εκατ. μονάδες ενδομυϊκός.
Σχήμα: Αρχική δόση 2,4 εκατ. μονάδες.
Συνέχεια: 1,2 ε.μ. ενδομυϊκός κάθε 3 μέρες για 2 φορές.

β) Ασθενείς αλλεργικοί στην πενικιλλίνη

1. Υδροχλωρική τετρακυκλίνη χλωροτετρακυκλίνη:
Συνολική δόση: 40 gr. Per os.
Σχήμα 500 mg ανά 6ωρο επί 20 μέρες.
2. Ερυθρομυκίνη:
Συνολική δόση: 40 gr. Per os.
Σχήμα 500 mg ανά 6ωρο επί 20 μέρες.
3. Κεφαλοσπορίνες:
 - α) Κεφαλοθίνη: Συνολική δόση: 40-50 gr.
Σχήμα: 1 gr ενδομυϊκός κάθε 12 ώρες για 20-25 μέρες.
 - β) Κεφραδίνη: Συνολική δόση: 30 gr.
Σχήμα: 1 gr ενδομυϊκός κάθε 12 ώρες για 15 μέρες.

2. ΟΨΙΜΗ ΣΥΦΙΛΗ

(Όψιμη λαυθάουσα- Καρδιαγγειακή- Τριτόγονος- Νευροσύφιλη).

α) Πενικιλίνη

1. Βενζαθινική πενικιλίνη G:
Συνολική δόση: 14,4 εκατ. μονάδες.
Σχήμα: 2,4 εκατ. μονάδες την εβδομάδα για 6 εβδομάδες.
2. Υδατική προκαΐνική πενικιλίνη G:
Συνολική δόση: 12 εκατ. Μονάδες.
Σχήμα: 600.000 μονάδες την ημέρα επί 20 μέρες.

β) Ασθενείς αλλεργικοί στην πενικιλίνη

1. Υδροχλωρική τετρακυκλίνη:
Συνολική δόση: 80 gr per os.
Σχήμα: 500 mg κάθε 6 ώρες για 40 ημέρες.
2. Ερυθρομυκίνη:
Συνολική δόση: 70 gr per os.
Σχήμα: 500 mg κάθε 6 ώρες για 36 ημέρες.

3. ΝΕΥΡΟΣΥΦΙΛΗ

α) Ασυμπτωματική

1. Θετικά ευρήματα στο Ε.Ν.Υ.
2. Έλλειψη κλινικών συμπτωμάτων.
ΘΕΡΑΠΕΙΑ: όμοια με την όψιμη.

β) Συμπτωματική και

γ) Ασυμπτωματική που δεν ανταποκρίθηκε στη θεραπεία

ΘΕΡΑΠΕΙΑ: 1. Νοσηλεία στο νοσοκομείο.

2. Κρυσταλλική πενικιλίνη G:

Σχήμα: 12-24 εκατ. μονάδες την ημέρα ενδοφλέβια για 20 μέρες σε συνδυασμό με προμπενεσίδη.

3. Πύρετοθεραπεία.

4. ΣΥΦΙΛΗ ΕΤΚΥΟΥ

α) Πενικιλίνη:

Δόσεις και σχήμα όπως ΜΗ εγκύου

β) Ασθενείς έγκυοι αλλεργικές στην πενικιλίνη:

Ερυθρομυκίνη:
Δόσεις και σχήμα όπως επί ΜΗ εγκύου

5. ΣΥΓΓΕΝΗΣ ΣΥΦΙΛΗ

(Τα παιδιά με συγγενής σύφιλη πρέπει να υποβάλλονται σε εξέταση Ε.Ν.Υ. πριν από τη θεραπεία).

α) Πενικιλίνη

1. Παιδιά με θετικό Ε.Ν.Υ.

Α) Κρυσταλλική πενικιλίνη G:

Δόση: 50.000 μονάδες / Kg την ημέρα ενδομυϊκά ή ενδοφλέβια διαιρεμένη σε δυο δόσεις για τουλάχιστον 10 ημέρες.

Β) Υδατική προκαΐνική πενικιλίνη G:

Δόση: 50.000 μονάδες / Kg την ημέρα ενδομυϊκά για τουλάχιστον 10 ημέρες.

2. Παιδιά με φυσιολογικό Ε.Ν.Υ.

Γ) Βενζαθινική πενικιλίνη G:

Δόση: 50.000 μονάδες / Kg μια φορά την εβδομάδα.

β) Παιδιά αλλεργικά στην πενικιλίνη

1. Υδροχλωρική τετρακυκλίνη.

2. Ερυθρομυκίνη:

Δόση που καθορίζεται από την ηλικία. Οποσδήποτε η δόση δε θα πρέπει να ξεπερνά τη δόση του ενήλικου για την πρώιμη σύφιλη.

6. ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

(Ασθενείς που πιθανότατα έχουν εκτεθεί σε μεταδοτική μορφή τους τελευταίους 3 μήνες).

ΘΕΡΑΠΕΙΑ: εκείνη της πρώιμης σύφιλης.

Η ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΜΕΤΑ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Στις περιπτώσεις Πρώιμου και Συγγενούς συφιλίδος συνιστάται να γίνεται έλεγχος των ποσοτικών μη σπειροχαιτικών οροαντιδράσεων 3, 6, 12 και 24 μήνες μετά το τέλος της θεραπείας.

Στην Όψιμη σύφιλη ο έλεγχος των ποσοτικών μη σπειροχαιτικών οροαντιδράσεων γίνεται 3, 6, 12, 24 και 36 μήνες μετά το τέλος της θεραπείας.

Στην Νευροσύφιλη ο ορολογικός έλεγχος γίνεται επί τουλάχιστον 3 χρόνια. Επί πλέον πρέπει να τονισθεί ότι όταν η θεραπεία δεν έχει γίνει με πενικιλίνη, πρέπει να γίνεται έλεγχος του Ε.Ν.Υ. κατά την τελευταία ορολογική εξέταση.

ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΓΙΑ ΕΠΑΝΑΛΗΨΗ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Είναι τα εξής:

1. Επιμονή ή επαν εμφάνιση κλινικών συμπτωμάτων.
2. Τετραπλασιασμός του τίτλου των μη σπειροχαιτικών οροαντιδράσεων
3. Διατήρηση σε υψηλά επίπεδα του τίτλου των μη σπειροχαιτικών οροαντιδράσεων επί ένα έτος.

Η επαναληπτική θεραπεία πρέπει να είναι αυτή της οψίμου συφιλίδος.

1.1.2 ΒΛΕΝΝΟΡΡΟΙΑ Ή ΤΟΝΟΚΟΚΚΙΚΗ ΟΥΡΗΘΡΙΤΙΔΑ

Η γονοκοκκική ουρηθρίτιδα είναι αφροδίσιο νόσημα μολυσματικό, μεταδιδόμενο σχεδόν αποκλειστικά με τη σεξουαλική επαφή.

ΑΙΤΙΟ

Το αίτιο της βλεννόρροιας είναι ο γονόκοκκος που ανακαλύφθηκε το 1879 από το 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 αιματούχο άγαρ.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

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. Η σύρση είναι βασιανιστική. 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 απο 3-6 βδομάδες τα ενοχλήματα γίνονται ηπιότερα και η κατάσταση τελικά μετατοπίζεται στη χρόνια βλεννόρροια με συνεχή αλλά ηπιότερη και αβληχρή συμπτωματολογία. Συγχρόνως αρχίζουν οι επιπλοκές.

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΣΤΟΝ ΑΝΔΡΑ

1. Γονοκοκκική επιδιδυμίτις ή ορχεο-επιδιδυμίτις με τελική κατάληξη η στείρωση στην περίπτωση όπου η ορχεο-επιδιδυμίτις θα είναι αμφοτερόπλευρος.
2. Γονοκοκκική προστατίτιδα. Φλεγμαίνει και πονά ο προστάτης.
3. Γονοκοκκική σπερματοδοχοκυστίτιδα, με αιματηρό σπέρμα.

Οξεία βλεννόρροια στη γυναίκα:

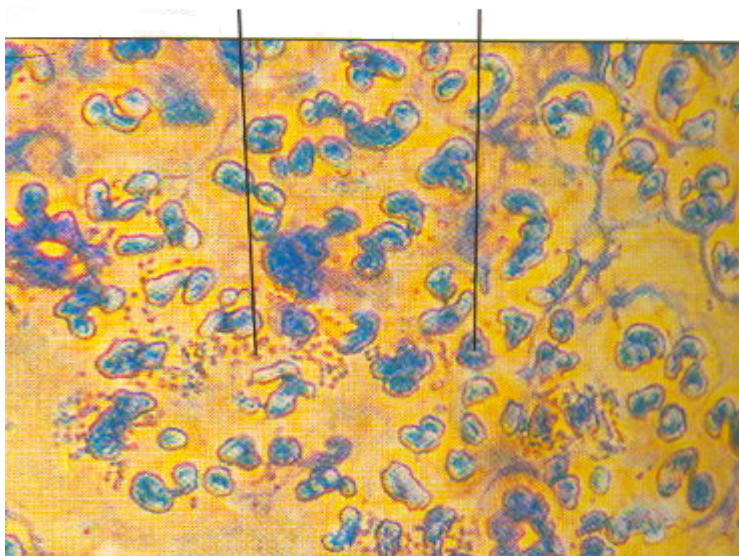
Η βλεννόρροια στη γυναίκα διατρέχει με αβληχρή συμπτωματολογία αρχικά. Γι' αυτό άλλωστε δεν αντιλαμβάνεται εύκολα τη μόλυνση. Μέσα σε λίγες ημέρες όμως η έκκριση γίνεται πυώδης, δύσοσμος, και συνοδεύεται από αίσθημα βάρους στα γεννητικά όργανα που ακολουθείται από τσούξιμο και πόνο.

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

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΣΤΗΝ ΓΥΝΑΙΚΑ

ΒΑΚΤΗΡΙΟ

ΚΥΤΤΑΡΟ



1. Κολπίτιδα. 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 ανάπτυξή του εννοείται μόνο στο κυλινδρικό επιθήλιο και όχι στο πλακώδες.

2. Γουνοκοκκική 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.

ΚΟΙΝΕΣ ΜΟΛΥΝΣΕΙΣ ΑΝΔΡΩΝ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΩΝ

-Γουνοκοκκική πρωκτίτιδα: Είναι συνηθέστερη στις γυναίκες ένεκα της φυσιολογικής ροής των υγρών με γουνοκοκκούς απο τον κόλπο.

-Γουνοκοκκική οφθαλμία: Επί νεογεννήτων αλλά και επί ενηλίκων λόγω μεταφοράς των μικροβίων.

-Γουνοκοκκική σηψαιμία: Βαριά κατάσταση, σε καχεκτικά άτομα με ελαττωμένη αντίσταση και διασπορά του γουνοκόκκου.

ΓΕΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Γουνοκοκκική ουρηθρίτιδα, περικαρδίτιδα, ενδοκαρδίτιδα, τενοντοθηκίτιδα, σύνδρομο του Reiter. Οι επιπλοκές αυτές σήμερα είναι εξαιρετικά ασυνήθεις.

ΑΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗ ΒΛΕΝΝΟΡΡΟΙΑ

Η έννοια της ασυμπτωματικής βλεννόρροιας είναι σύγχρονη. Είναι η μόλυνση με γουνοκοκκούς του επιθηλιακού ιστού της στοματο-φαρυγγικής κοιλότητας μετά απο στοματογεννητική σεξουαλική επαφή.

Συνήθως η μόλυνση διατρέχει χωρίς συμπτωματολογία και η παρουσία του γουνοκόκκου 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.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

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 επικαλύψεως συνυπαρχούσης σφιλίδος. 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 ενδομυϊκός ή, τέλος, σπεκτινομυκίνη, 2 gr εφ' άπαξ είναι αρκετή δόση για αποτελεσματική θεραπεία. Όστε με μια ένεση σπεκτινομυκίνης ο άρρωστος ιάται ή το πολύ με μια δεύτερη την επόμενη ημέρα.

Τα δυο τελευταία φάρμακα δεν επηρεάζουν την ωχρά σπειροχαΐτη και συνεπώς δεν επικαλύπτουν 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.

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

1.1.3 ΜΗ ΤΟΝΟΚΟΚΚΙΚΗ -ΕΙΔΙΚΗ -ΟΥΡΗΘΡΙΤΙΣ

Πρόκειται για μια πολύ-αιτιολογικής φύσεως ουρηθρίτιδα που έχει σημαντική αύξηση της συχνότητάς της κατά τα τελευταία χρόνια.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Εμφανίζεται υπό τη μορφή πρωινής κυρίως εκκρίσεως απο την ουρήθρα του ανδρός. Το έκκριμα αυτό είναι ορώδες ή οροπυώδες, διαυγές ή ελαφρώς υποκίτρινο. Λερώνει τα εσώρουχα και εμφανίζεται με ελαφρά απόμυξη του πέους οποιαδήποτε ώρα της ημέρας. Συνυπάρχει ένα ελαφρό αίσθημα κνησμού ή καύσου ή κάποια απροσδιόριστη ενόχληση.

Στη γυναίκα δεν παρατηρείται ανάλογη ενόχληση ένεκα των φυσιολογικών υγρών του κόλπου.

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Η μη ειδική ουρηθρίτιδα οφείλεται σε πολλές αιτίες. Οφείλεται όμως κυρίως στα χλαμύδια και ιδιαίτερα στα *Chlamydia trachomatis* και σε αναλογία 57-70% των περιπτώσεων. Σε ένα μικρό ποσοστό αποδίδεται στο ουρόπλασμα χωρίς αυτό να θεωρείται σήμερα ως απόλυτα βέβαιο.

Σημασία έχει επίσης το γεγονός ότι σε άτομα που προσεβλήθησαν από βλεννόρροια ανευρέθησαν μετά τη θεραπεία της νόσου *Chlamydia trachomatis* σε συχνότητα 50% των περιπτώσεων. Αυτό σημαίνει ότι πρέπει να γίνεται ανάλογη αντιμετώπιση.

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Σπάνια επιπλοκή είναι η κατ' επινέμηση προέκταση της μόλυνσεως στους παρακείμενους ιστούς, π.χ. ορχεοεπιδιδυμίτις και στις γυναίκες βαρθολινίτις.

Κύρια, όμως επιπλοκή είναι η δυσμενής ψυχολογική κατάσταση που δημιουργείται στον άρρωστο από ένα νόσημα ενοχλητικό και παρατεταμένο με συχνές υποτροπές.

Ο ασθενής συχνά οδηγείται σε ειδική ψυχική παθολογική κατάσταση που ονομάζεται «αφροδισιοφοβία».

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

1. Συμβουλή στον άρρωστο να μην κάνει απόμυξη του πέους προκειμένου να ελέγχει την πορεία της νόσου.

2. Αποφυγή οινόπνευματωδών.

3. Καλλιέργεια-ευαισθησία και λήψη ανάλογου αντιβιοτικού σε πρώτη φάση. Συγχρόνως καλλιέργεια για χλαμύδια. Αν όμως η εξέταση αυτή είναι δύσκολο να γίνει τότε,

4. Σε δεύτερη φάση, μετά τη λήψη του αρχικού αντιβιοτικού που σκοπό έχει την εξουδετέρωση των μικροβίων, που αν και είναι δευτεροπαθούς φύσεως εν τούτοις κυριαρχούν, να χορηγηθεί τετρακυκλίνη 1-2 gr ημερησίως επί τρεις εβδομάδες τουλάχιστον.

1.1.4 ΜΑΛΑΚΟ ΕΛΚΟΣ

Το μαλακό έλκος οφείλεται στον στρεπτοβάκιλλο του Ducey . ανακαλύφθηκε το 1889. Είναι νόσος τοπική.

Η επώαση της νόσου διαρκεί από 2-5 ημέρες. Το μαλακό έλκος εντοπίζεται κυρίως στα γεννητικά όργανα. Χαρακτηρίζεται από έλκη βαθιά και καταστρεπτικά με χαρακτηριστές ακριβώς αντίθετους από εκείνους του

συφιλιδικού έλκους. Έτσι πρόκειται περί ελκώσεως βάθειας με χείλη ακανόνιστα, υπεσκαμμένα, πυθμένα σκωληκόβρωτο, ρυπαρό και βάσεως μαλθακής και οιδηματώδους. Η έλκωση είναι επώδυνος.

Συνοδεύεται από σύστοιχο βουβωνική αδενίτιδα. Οι αδένες όμως είναι μαλθακοί, επώδυνοι, φλεγμονώδης και συμφύονται με το υπερκείμενο δέρμα. Αν ο άρρωστος μείνει χωρίς θεραπεία οι αδένες αυτοί εξελκούνται και σχηματίζουν επιφανειακά συρίγγια.

Το μαλακό έλκος αυτοενοφθαλμίζεται γι' αυτό εμφανίζονται συνήθως πολλαπλά έλκη και όχι μονήρες. Διαρκεί συνήθως πολλές εβδομάδες.

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Εκτός από τη λεμφαδενίτιδα με τη δημιουργία συριγγίων παρατηρούνται μικρά αποστήματα και λεμφαγγειίτιδα. Έχει συμβεί να συνυπάρχει μαλακό και συφιλιδικό έλκος. Επειδή το μαλακό έλκος έχει βραχύτερο χρόνο επώσεως (5 ημέρες) από το συφιλιδικό (21 ημέρες) προηγούνται οι κλινικοί χαρακτήρες του μαλακού έλκους και προοδευτικά επικρατούν οι χαρακτήρες του συφιλιδικού έλκους.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση γίνεται με την ανεύρεση του στρεπτοβάκιλλου του Ducey στα παρασκευάσματα ή με ενδοδερματοαντίδραση Dmelcos.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η χρήση οποιουδήποτε αντιβιοτικού, τοπικώς ή συστηματικώς χορηγούμενου, δίνει έξοχο θεραπευτικό αποτέλεσμα. 1-2 gr αμπικιλλίνης ημερησίως επί 8-10 ημέρες είναι μια καλή μέθοδος θεραπείας συγχρόνως με τοπική θεραπεία με αντιμικροβιακά σκευάσματα.

1.2 ΙΩΣΕΙΣ ΤΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΕΣ

Αυτές είναι:

- Ο έρπης των γεννητικών οργάνων,
- Η μολυσματική τέρμινθος,
- Τα οξυτενή κονδυλώματα,

- Η νόσος του *Nicolas-favre*,
- Η ηπατίτιδα Β,
- Οι φθείρες εφηβαίου,
- Το σύνδρομο επίκτητης Ανοσολογικής ανεπάρκειας (AIDS).

1.2.1 ΕΡΠΗΣ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Ο απλούς έρπης οφείλεται σε δυο τύπους ιών.

Ο *Herpes Virus Hominis-type I [HSV-I]* που εντοπίζεται κατά προτίμηση στα νευρικά γάγγλια της κεφαλής και εκδηλώνεται στους οφθαλμούς, μύτη, μάγουλα, χείλη και ο *Herpes Virus – type II [HSV - II]* που εδρεύει στα νευρικά γάγγλια της οσφυϊκής και ιεράς χώρας και εκδηλώνεται στην περιοχή των γεννητικών οργάνων και του πρωκτού.

Η πρωτομόλυνση του ιού τύπου I γίνεται συνήθως κατά την παιδική ηλικία και διατρέχει υποκλινικώς.

Πρωτομόλυνση με οποιονδήποτε απο τους δυο ιούς στην όψιμη φάση της ζωής δημιουργεί μεγάλη αντίδραση των ιστών και εκσεσημασμένη κλινική εικόνα.

Απο επιδημιολογικής πλευράς είναι βέβαιο ότι η συχνότητα του έρπητα των γεννητικών οργάνων έχει κατά πολύ αυξηθεί παρά το γεγονός ότι δεν είναι δηλούμενο νόσημα.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ / ΠΡΩΤΟΜΟΛΥΝΣΗ



ΦΥΣΑΛΙΔΕΣ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΟΧΗ ΤΩΝ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ.
Οι φυσαλίδες που είναι γεμάτες υγρό, όπως φαίνονται σ' αυτήν την εικόνα ενός πέους, έχουν προκληθεί από τον ιό του έρπητα των γεννητικών οργάνων.

Ο χρόνος επώσεως κυμαίνεται από 3-20 ημέρες. Στην περιοχή που πρόκειται να εκδηλωθεί ο έρπης παρατηρούνται πρόδρομα συμπτώματα όπως είναι : ελαφρά εξοίδηση,

ερυθρότητα, αίσθημα καύσου ή πόνου στο σημείο αυτό. Ακολουθεί εμφάνιση φουσαλίδων που περιέχουν ορώδες υγρό και εδράζονται επί ερυθματώδους εξοιδημένης βάσεως. Οι φουσαλίδες ρήγνυνται και παραμένουν για 5-6 ημέρες πολυκυκλικές με επιπολής διαβρώσεις. Κατά την φάση αυτή η νόσος είναι πολύ μεταδοτική.

Σε 10-20 ημέρες από την εμφάνιση των ενοχλημάτων ο έρπης εξαφανίζεται.

ΥΠΟΤΡΟΠΕΣ

Το μεγάλο πρόβλημα των ασθενών με απλό έρπητα των γεννητικών οργάνων είναι οι συχνές υπότροπες.

Υπολογίσθηκε ότι το 33% των ασθενών με πρωτομόλυνση εμφανίζει υπότροπες μέχρι 2-4 μήνες και το 14% μετά τους 4 μήνες. Οι υπότροπες αυτές έχουν πανομοιότυπη εικόνα με εκείνη της πρωτομόλυνσης αλλά ηπιότερη.

Ερεθίσματα για την έκλυση της υποτροπής είναι: υψηλός πυρετός, έμμηνος ρύση, δυνατό χτύπημα, έκθεση στον ήλιο για πολύ ώρα ή το κρύο, έντονη στεναχώρια κ.λ.π.

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Οι κύριες επιπλοκές του υποτροπιάζοντα έρπητα είναι:

1. Η πιθανότητα νεογνικού έρπητα με βαριά πρόγνωση εάν και εφόσον κατά την περίοδο του τοκετού βρίσκεται έρπητας σε εξέλιξη όποτε κινδυνεύει το νεογνό κατά τη διέλευση του από το γεννητικό σωλήνα να μολυνθεί.

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

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

3. Η ανάπτυξη υποτροπιάζοντος πολύμορφου ερυθήματος μετά την αποδρομή του έρπητα.

4. Η δημιουργία ιατροκοινωνικών και ιατροψυχολογικών προβλημάτων σε άτομα που για απροσδιόριστο διάστημα « αχρηστεύονται » σεξουαλικά ένεκα των συχνών υποτροπών του έρπητα. Ιδιαίτερα έντονα συμβαίνει το φαινόμενο αυτό όταν η έμμηνος ρύση ακολουθείται απο υποτροπή του έρπητα.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ειδική θεραπεία δεν υπάρχει. Είναι όμως νόσημα αυτοϊώμενο.

Προληπτικώς συνίσταται η αποφυγή σεξουαλικής επαφής κατά την φάση της εκδήλωσης (ασφαλής φάση είναι η περίοδος μεταξύ των υποτροπών).

Θεραπεία τοπική. Χρήση υπέρτονου διαλύματος ClNa ή αιθέρα 50% σε απεσταγμένο νερό, ή βορικού οξέος 4% σε αλοιφή ή αλοιφές 2-deoxy-d-*glucose* ή χρωστικών ή *provide iodine* (*beta dione* 10%) ή *arabinoside* (*vidarabine* 3%) ή *iodoxuridine* 5% σε διάλυμα και άλλων πολλών θεραπευτικών μέσων.

Συστηματικώς έχουν χορηγηθεί πολλά φάρμακα με σκοπό την εξουδετέρωση των υποτροπών. Αναφέρονται η *cimetidine*, τα εμβόλια, η *griseofulvine*, η ριφαμπισίνη κ.λ.π.

Δυο φάρμακα όμως θεωρούνται σαν πιο δραστικά.

Το ένα είναι η ασπιρίνη με δράση κυρίως αντιπροσταλαγυδινική και το άλλο το *acyclovir* το οποίο αδρανοποιεί το DNA του ιού ασκώντας 30 φορές έλξη προς την DNA-πολυμεράση του ιού απο ότι προς την DNA-πολυμεράση των επιδερμικών κυττάρων.

1.2.2 ΜΟΛΥΣΜΑΤΙΚΗ ΤΕΡΜΙΝΘΟΣ

Η δερματοπάθεια αυτή οφείλεται σε διηθητό ιό που ταξινομείται στην οικογένεια των *poxvirus*.

Μεταδίδεται έμμεσα αλλά και κατά τη σεξουαλική επαφή, ιδιαίτερα όταν εντοπίζεται στην περιοχή των γεννητικών οργάνων.

Κλινικώς εμφανίζεται υπό τη μορφή διάσπαρτων μαργαριτοειδών ογκιδίων μεγέθους φακής ή λίγο μεγαλύτερων με ομφαλό στο κέντρο. Περιέχουν ύλη παχύρρευστη απο νέκρα κύτταρα και αφθονία ιών.

Θεραπευτικώς, συνίσταται διαθερμοπηξία μετά απο τοπική αναισθησία ή καλύτερα σύνθλιψη του κάθε στοιχείου με λαβίδα και στη συνέχεια επίθεση alcohol lode 2% πρωί – βράδυ επί 5-6 ημέρες.

1.2.3 ΟΞΥΤΕΝΗ ΚΟΝΔΥΛΩΜΑΤΑ

Τα οξύτενη κονδυλώματα μεταδίδονται σε πολύ μεγάλο ποσοστό με τη σεξουαλική επαφή. Το ποσοστό μετάδοσης με σεξουαλική επαφή ανέρχεται σε 65% περίπου.

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Οφείλεται σε διηθητό DNA ιό (papillomavirus).

Δεν έχει βρεθεί μέχρι τώρα τεχνική μέθοδος καλλιέργειας του ιού αυτού. Θεωρείται σχεδόν ταυτόσημος με τον ιό των κοινών μυρμηγκιών. Ο χρόνος επώασης των οξύτενων κονδυλωμάτων κυμαίνεται απο 1-8 μήνες, με μέσο όρο 3 μήνες.

ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

- Διαβήτης.
- Μονηλιασική αιδιοκολπίτιδα ή βαλανοποσθίτιδα ένεκα χρήσεως αντιμικροβιακών φαρμάκων τοπικώς ή αντιβιοτικών συστηματικώς.
- Κύηση.
- Μεταμόσχευση νεφρού.
- Λήψη κορτιζόνης.
- Ύπαρξη λεμφώματος Hodgkin.
- Πτώση με οποιονδήποτε τρόπο της κυτταρικής ανοσίας.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Εμφανίζονται με τη μορφή μεμονωμένων « ανθοκραμβοειδών» εκβλαστήσεων σαν μεμονωμένα ή συρρέοντα και συνενούμενα μεταξύ τους, μισχωτά ή με πλατιά βάση, μεγέθους απο φακής μέχρι αυγού ή ακόμα και πορτοκαλιού. Μεταξύ των θηλωματωδών εκβλαστήσεων παράγεται δύσοσμο παχύρρευστο έκκριμα. Ενίοτε αιμορραγούν. Επεκτείνονται και ειδικά σε περίπτωση που υπάρχει έκπτωση της

κυτταρικής ανόσιας μεγάλης εκτάσεως. Συνήθως είναι εξωφυτικά, όχι σπάνια όμως αναπτύσσονται μέσα στον κόλπο ή στον τράχηλο της μήτρας και τότε το πρόβλημα τίθεται σε άλλη βάση.

ΚΟΝΔΥΛΩΜΑΤΑ ΤΟΥ ΚΟΛΠΟΥ, ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΟΡΘΟΥ

Στον τράχηλο της μήτρας εμφανίζονται δυο διαφορετικές μορφές. Είτε είναι επηρμένα εξωφυτικά, εύκολα αναγνωριζόμενα, είτε είναι ανεστραμμένα ενδοφυτικά, είτε είναι αποτεπλατισμένα. Εντοπίζονται στον 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 κύτταρων).

ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΩΔΗΣ ΕΞΑΛΛΑΓΗ

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

Οπωσδήποτε όμως η καρκινωματώδης 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:

- Στοιχεία ιού σε καρκίνωμα του τραχήλου της μήτρας.
- Τεχνικές ανοσοσφαιρίνες απέδειξαν την ύπαρξη φθοριζόντων αντισωμάτων ιών σε καρκινοπαθείς γυναίκες με ca τραχήλου μήτρας.
- Υπήρξαν θετικές οι σχετικές ορολογικές δοκιμασίες.

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

Πέρα από όλα αυτά έχουν βεβαιωθεί τα εξής:

1. Η πρόωμη έναρξη της σεξουαλικής ζωής συνεπάγεται:
 - A) αυξημένη συχνότητα σε τράχηλου μήτρας και
 - B) αυξημένη συχνότητα εμφάνισης οξυτενών κονδυλωμάτων. Υπάρχει δηλαδή άμεση συσχέτιση.
2. Ο ανώριμος τράχηλος είναι πλέον ευπρόσδεκτος στην ανάπτυξη οξυτενών κονδυλωμάτων (νεαρά κορίτσια).

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

- Ειδική, συγχρόνως με τη μεθοδική και επίμονη εξουδετέρωση των πιθανών προδιαθεσικών παραγόντων ώστε να αποφευχθούν υπότροπες.
- Ειδική Θεραπεία: Διαθερμοπηξία - χειρουργική αφαίρεση αν είναι υπερμεγέθη. (Ιδιοσκευάσματα: κρεμά, αλοιφή ή λοσιόν).
- Μετά τη διαθερμοπηξία αλλά και κατά τη χρήση των άλλων μεθόδων συνίσταται η κατά διάστημα επίθεση με αλκοολούχο διάλυμα ιωδίου 2%.
- Συστηματική θεραπεία για οξυτενή κονδυλώματα δεν υπάρχει μέχρι σήμερα.

1.2.4 ΗΠΙΤΙΤΙΔΑ Β

Πολύ σύγχρονες παρατηρήσεις σε διεθνή επίπεδα απέδειξαν ότι η ηπατίτιδα Β είναι δυνατόν να μεταδοθεί με τη σεξουαλική επαφή. Ο ιός απέδειχθη ότι υπάρχει στο σάλιο, στο σπέρμα και στα υγρά του κόλπου. Η μετάδοση γίνεται από φορείς με συμπτωματική λοίμωξη ή με υποκλινικές εκδηλώσεις. Η συνουσία με έμμηνο ρύση ή η συνουσία από τον πρωκτό ευνοούν τη μετάδοση.

1.2.5 ΑΦΡΟΔΙΣΙΟ Ή ΒΟΥΒΩΝΙΚΟ ΛΕΜΦΟΚΟΚΚΙΩΜΑ (νόσος του Nicolas – fanre)

Πρόκειται για σπανιότατη αφροδίσια νόσο που οφείλεται σε λεμφότροπο και δερμότροπο διηθητό ιό. Αναπτύσσεται κυρίως επί ομοφυλοφιλίας.

1.2.6. ΦΘΕΙΡΕΣ ΤΟΥ ΕΦΗΒΑΙΟΥ

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



- ❖ Συνήθως προσβάλλει σεξουαλικά δραστήρια άτομα κάθε ηλικίας,
- ❖ Το σεξ με πολλαπλούς συντρόφους αποτελεί παράγοντα επικινδυνότητας,
- ❖ Το φύλο και η κληρονομικότητα δεν αποτελούν σημαντικούς παράγοντες.

Οι φθείρες του εφηβαίου, που συχνά αποκαλούνται «καβούρια», γιατί οι δαγκάνες τους μοιάζουν με αυτές των καβουριών, μεταδίδονται συνήθως με τη σεξουαλική επαφή. Οι φθείρες ζουν στις τρίχες του εφηβαίου απ' όπου τρέφονται με το αίμα και γεννούν τ' αβγά τους, που ονομάζονται κόνιδες. Στις Η.Π.Α. αντιμετωπίζονται 3 περίπου εκατομμύρια παρασιτικών μολύνσεων με φθείρες του εφηβαίου το χρόνο.

Το πιο συνηθισμένο σύμπτωμα είναι ο κνησμός στην περιοχή του εφηβαίου και γύρω από τον πρωκτό, ιδιαίτερα τη νύχτα. Μερικοί άνθρωποι δεν έχουν συμπτώματα και συνειδητοποιούν πως έχουν μολυνθεί μόνο όταν προσέξουν τα αβγά ή τα μικροσκοπικά ζώδια. Το τακτικό πλύσιμο δε βοηθάει, αφού τα αβγά βρίσκονται πάνω στις τρίχες.

Αν κάποιος μολυνθεί από φθείρες του εφηβαίου, θα πρέπει να συμβουλευτεί το γιατρό ή να επισκεφθεί κλινική που εξειδικεύεται στα

σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. (Σ.Μ.Ν.). Ο γιατρός πιθανόν να συστήσει κάποιο σκεύασμα που περιέχει lindane ή permethrin το οποίο θα επαλειφθεί στις προσβεβλημένες περιοχές. Συνήθως απαιτείται μια δεύτερη εφαρμογή 10 περίπου μέρες μετά την πρώτη, για να καταστραφούν οι νέες φείρες που έχουν εκκολαφθεί.

Για να προληφθεί η εξάπλωση των φθειρών θα πρέπει να ελεγχθεί και ο σεξουαλικός σύντροφος και να κάνει θεραπεία, εάν κριθεί απαραίτητο.

1.2.7 ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΠΙΚΤΗΤΗΣ ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ (AIDS).

Η νόσος θα αναλυθεί στο επόμενο κεφαλαίο.

Συμπερασματικά υπογραμμίζεται η σημασία της μελέτης και της αντιμετώπισης των αφροδισίων νόσων ή καλύτερα των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων από μια άλλη οπτική γωνία, βλέποντας τις πραγματικές διαστάσεις του προβλήματος από σύγχρονες θέσεις σύμφωνα με τις οδηγίες ΠΟΥ. Εκείνο που επίσης δίνει καθοριστική σημασία στο περιεχόμενο των νοσημάτων αυτών είναι η ανάδυση πολλαπλών δευτερογενών ιατρο-κοινωνικών και κυρίως ψυχολογικών ή ακόμα ψυχιατρικών προβλημάτων που συνοδεύουν τα νοσήματα αυτά. Μεγάλες προοπτικές ανοίγονται επίσης στον τομέα της προληπτικής ιατρικής, μετά βέβαια από την κατανόηση των υφισταμένων προβλημάτων.

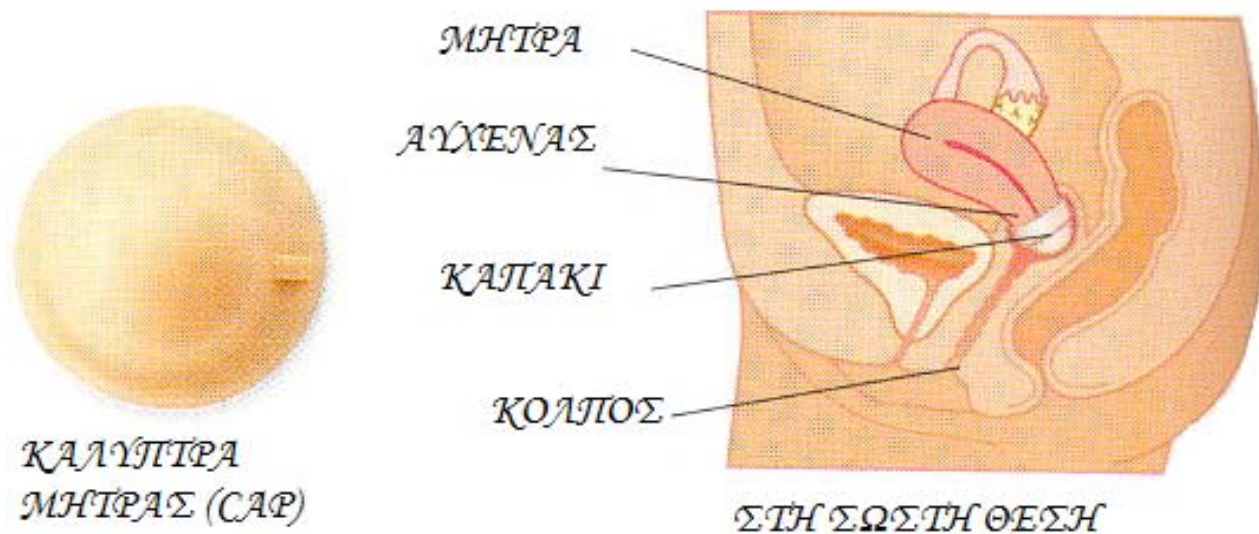
1.2.8. ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ

Τα περισσότερα αντισυλληπτικά, με εξαίρεση το ανδρικό προφυλακτικό χορηγούνται από το γιατρό ο οποίος λαμβάνει υπόψη του την ηλικία, το ιατρικό ιστορικό και το είδος της σεξουαλικής ζωής. Κανένα αντισυλληπτικό δεν είναι παντελώς απαλλαγμένο κινδύνου.

Υπάρχουν διάφοροι μέθοδοι αντισύλληψης. Οι μέθοδοι αυτοί είναι:

ΑΝΑΣΧΕΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ:

Οι ανασχετικές μέθοδοι αντισύλληψης περιλαμβάνουν διαφράγματα, ανδρικά προφυλακτικά και περιαυχένια της μήτρας («καπάκι/καπ»). Λειτουργούν εμποδίζοντας το σπέρμα να περάσει μέσα στον τράχηλο της μήτρας και να φτάσει στο ωάριο. Τα ανδρικά προφυλακτικά καλύπτουν το πέος, τα γυναικεία προφυλακτικά επικαλύπτουν τα εσωτερικά τοιχώματα του κόλπου, τα διαφράγματα και τα «καπ» καλύπτουν τον τράχηλο της

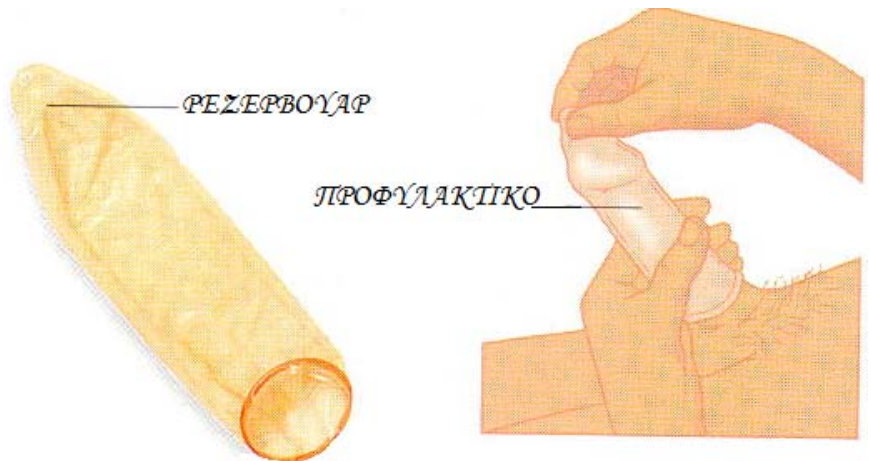


μήτρας. Αυτού του είδους τα αντισυλληπτικά δεν παρεμποδίζουν τις φυσιολογικές λειτουργίες του σώματος ούτε επηρεάζουν τη γονιμότητα, αλλά είναι αναξιόπιστα, αν δε χρησιμοποιούνται σωστά και μπορούν επίσης να επηρεάσουν τον αυθορμητισμό του σεξ. Άτομα που χρησιμοποιούν προφυλακτικά μπορεί επίσης να είναι αλλεργικά στο υλικό από το οποίο είναι κατασκευασμένα.

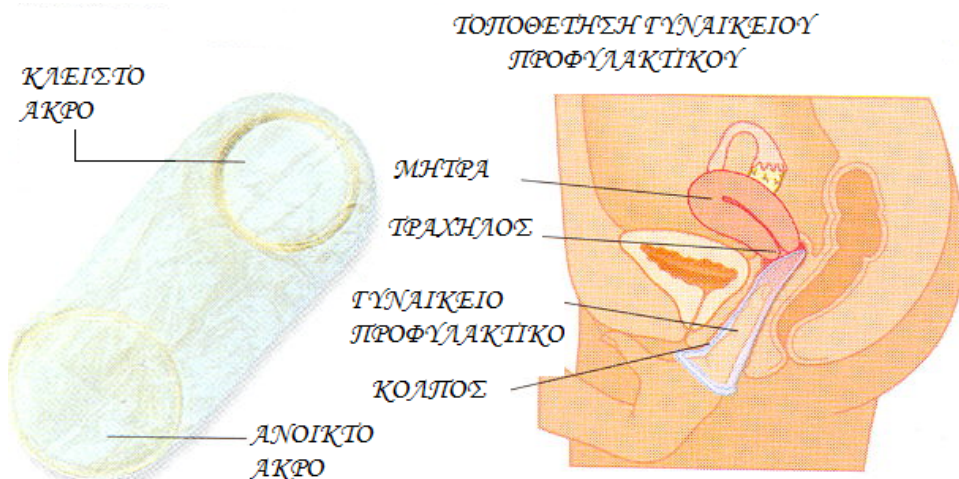
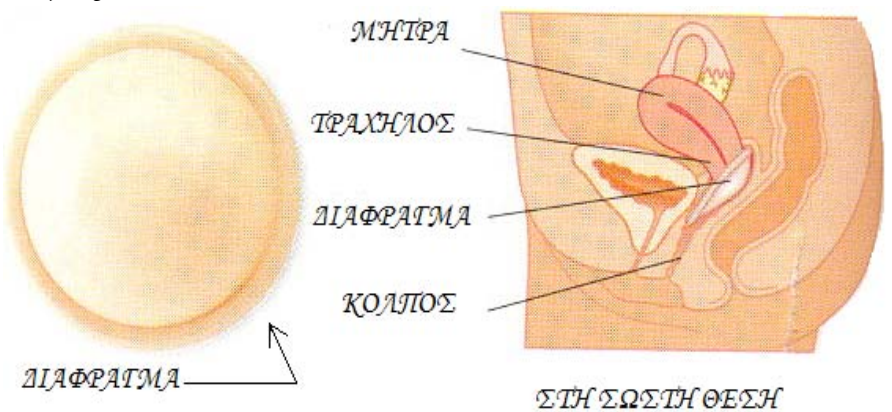
Όταν χρησιμοποιούνται σωστά, τα ανασχετικά προφυλακτικά είναι μια αποτελεσματική μέθοδος αποφυγής ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης. Πιστεύεται επίσης ότι αυτού του είδους τα προφυλακτικά προστατεύουν τη γυναίκα

απο καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, μειώνοντας τον κίνδυνο μόλυνσης από τον ιό του ανθρώπινου θηλώματος (κονδυλώματα), ο οποίος συνδέεται στενά με αυτό τον τύπο καρκίνου.

Το ανδρικό προφυλακτικό είναι η μόνη αντισυλληπτική μέθοδος η οποία προστατεύει ταυτόχρονα χρήστες και σεξουαλικούς συντρόφους από μολυσματικά νοσήματα. Το ανδρικό προφυλακτικό μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί ως μέσο προστασίας, όταν ο ένας εκ των δύο ερωτικών συντρόφων υποφέρει από κάποια χρόνια μολυσματική ασθένεια όπως HIV. Στην εικόνα βλέπουμε πως γίνεται η σωστή τοποθέτηση του ανδρικού προφυλακτικού.



Το διάφραγμα που βλέπουμε στην εικόνα είναι καλυμμένο με σπερματοκτόνο και από τις δυο επιφάνειές του. Τοποθετείτε έτσι ώστε η κοίλη πλευρά του να καλύπτει τον τράχηλο της μήτρας. Όπως και το καπάκι της μήτρας πρέπει να παραμείνει στη θέση του επί τουλάχιστον 6 ώρες μετά τη συνουσία.



Όσον αφορά το γυναικείο προφυλακτικό, το κλειστό άκρο όπως φαίνεται στην εικόνα σπρώχνεται επάνω μέχρι τον τράχηλο. Το ανοι-

κτό άκρο εκτείνεται ακριβώς μέχρι πίσω απο το άνοιγμα του κόλπου. Κατά τη διάρκεια της συνουσίας είναι σημαντικό το πέος να εισχωρεί μέσα στο προφυλακτικό και όχι στον απροφύλακτο κόλπο.

ΟΡΜΟΝΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ

Οι ορμόνες χορηγούνται με τη μορφή χαπιών, εμφυτευμάτων ή ενέσεων.

Ορισμένα ορμονικά αντισυλληπτικά περιέχουν προγεστερόνη, μια συνθετική μορφή της γυναικείας ορμόνης. Η προγεστερόνη δρα ως αντισυλληπτικό με το να πυκνώνει την κολπική βλέννα, ώστε να μη μπορεί να τη διαπεράσει το σπέρμα.



ΧΑΠΙ ΠΡΟΓΕΣΤΕΡΟΝΗΣ

Το χάπι το οποίο περιέχει μόνο προγεστερόνη πρέπει να λαμβάνεται την ίδια περίπου ώρα της ημέρας, κάθε μέρα του εμμηνορροϊκού κύκλου.

Επίσης καταστέλλει την ωορρηξία και διαφοροποιεί τη δεκτικότητα των εσωτερικών τοιχωμάτων της μήτρας.

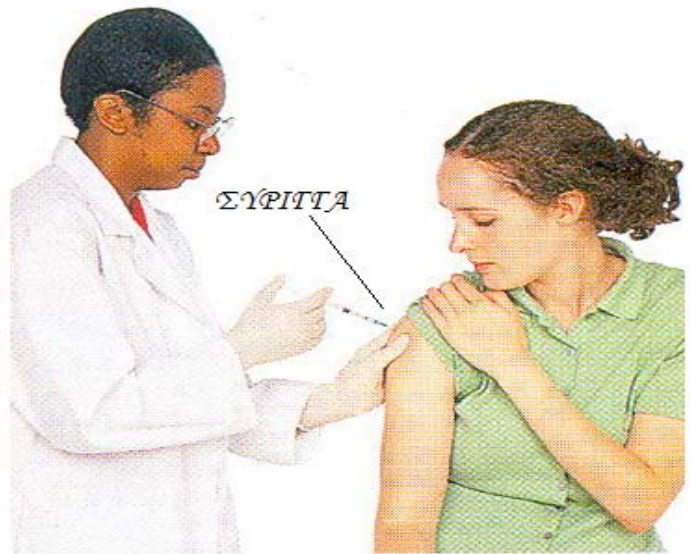
ΣΥΝΘΕΤΟ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΟ ΧΑΠΙ

Το σύνθετο αντισυλληπτικό χάπι συνδυάζει οιστρογόνο και προγεστερόνη. τα χάπια περιέχουν ορμόνες για τις πρώτες 21 μέρες του εμμηνορροϊκού κύκλου. Για τις τελευταίες 7 ημέρες, παίρνετε χάπι το οποίο δεν περιέχει ορμόνη ή δεν παίρνετε καθόλου χάπι. τα χάπια αυτά πρέπει να παίρνονται με την προκαθορισμένη σειρά.

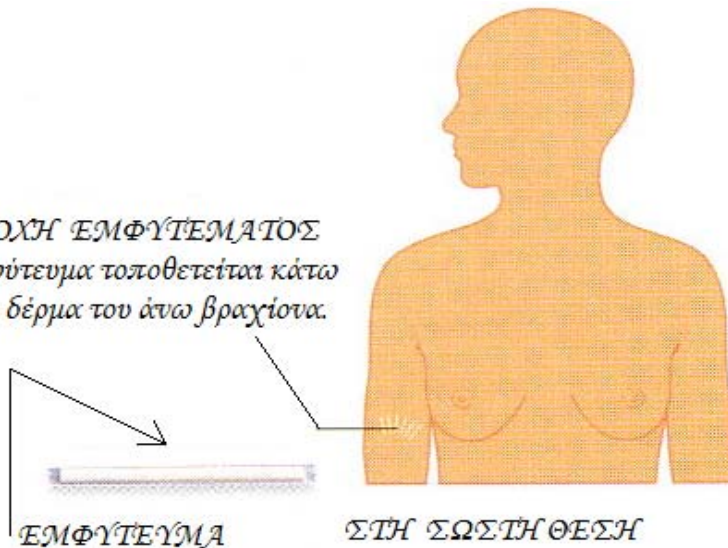


Το σύνθετο χάπι περιέχει ένα συνδυασμό προγεστερόνης και οιστρογόνου, που εμποδίζει την ωορρηξία. Οι ορμονικές μέθοδοι είναι πάνω από 99% αποτελεσματικές, αλλά πρέπει να ακολουθείται ένα ακριβές και τακτικό χρονοδιάγραμμα.

Η αντισυλληπτική ένεση προγεστερόνης γίνεται ενδομυϊκά στο μπράτσο ή στο γλουτό και απελευθερώνεται σταδιακά μέσα στο σώμα επί 8-12 εβδομάδες. Για να διατηρηθεί η αντισυλληπτική δράση, θα πρέπει να γίνει η επόμενη ένεση πριν εξαντληθεί το απόθεμα της ορμόνης της προηγούμενης ένεσης.



ΠΕΡΙΟΧΗ ΕΜΦΥΤΕΜΑΤΟΣ
Το εμφύτευμα τοποθετείται κάτω από το δέρμα του άνω βραχίονα.



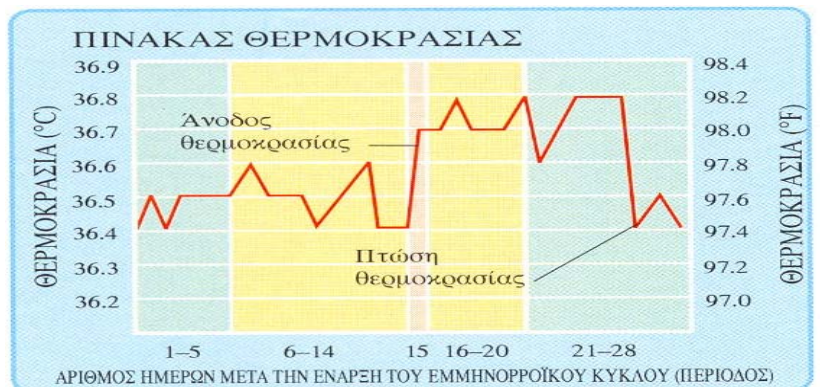
Ένα αντισυλληπτικό εμφύτευμα το οποίο περιέχει προγεστερόνη τοποθετείται υποδόρια στο επάνω μέρος του μπράτσου και αποδεσμεύει σταδιακά προγεστερόνη στο αίμα.

Τα εμφυτεύματα είναι μικρά, στενά και

εύκαμπτα και δεν εμποδίζουν την κίνηση του χεριού. Η αποτελεσματικότητά τους διαρκεί μέχρι και 5 χρόνια.

ΦΥΣΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ

Οι φυσικές μέθοδοι αντισύλληψης χρησιμοποιούνται για να προσδιορίσει η γυναίκα τις γόνιμες ημέρες του κύκλου της, καθώς και εκείνες κατά τις οποίες έχει μικρότερη πιθανότητα σύλληψης.

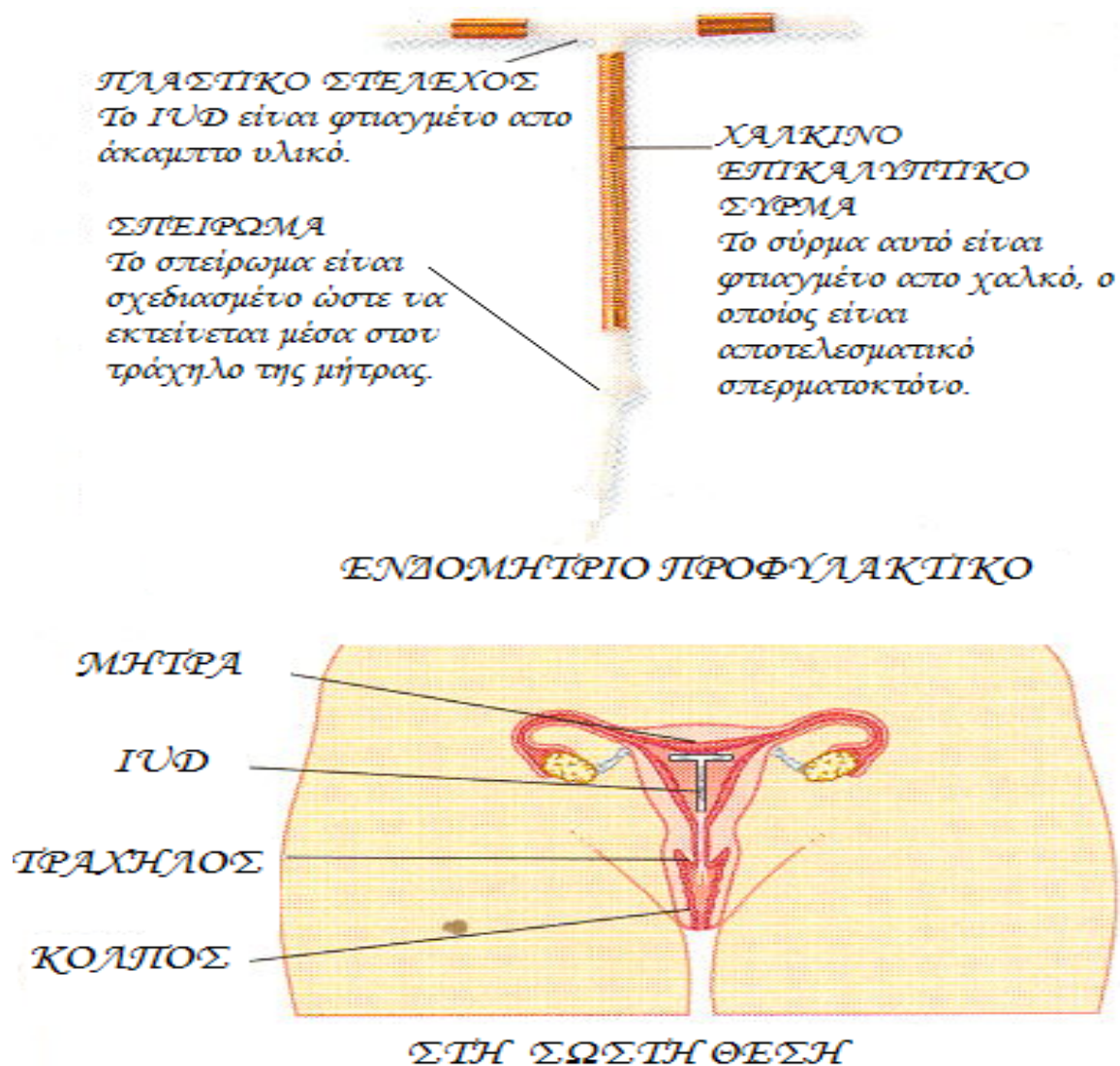


ΕΠΕΞΗΓΗΣΕΙΣ

- ΛΙΓΟΝΕΣ ΗΜΕΡΕΣ, ΑΣΦΑΛΕΙΣ ΓΙΑ ΣΥΝΟΥΣΙΑ
- ΓΟΝΙΜΕΣ ΗΜΕΡΕΣ, ΑΝΑΣΦΑΛΕΙΣ ΓΙΑ ΣΥΝΟΥΣΙΑ
- ΩΟΡΡΗΞΙΑ, ΗΜΕΡΑ ΑΝΑΣΦΑΛΗΣ ΓΙΑ ΣΥΝΟΥΣΙΑ

ΜΗΧΑΝΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ

Το ΙΥΔ και το ΙΥΣ (γνωστά και ως «σπινάλ») τοποθετούνται από γιατρό και μπορούν να παραμείνουν στη θέση τους για 3-8 χρόνια. Το ΙΥΔ εμποδίζει τα γονιμοποιημένα ωάρια να εμφυτευτούν στη μήτρα, ενώ ορισμένα σπινάλ περιέχουν χαλκό ο οποίος σκοτώνει το σπερματοζώαριο. Το ΙΥΣ πυκνώνει επίσης την κολλική βλέννα χρησιμοποιώντας προγεστερόνη. Και τα δυο είναι άνω του 98% αποτελεσματικά.



Ένα ΙΥΔ έχει δύο σπειρώματα, τα οποία εκτείνονται μέσα στον τράχηλο της μήτρας. Μια φορά το μήνα, θα πρέπει να ελέγχεται αν τα σπειρώματα εξακολουθούν να είναι στη θέση τους για την περίπτωση που το ΙΥΔ απορρίφθηκε κατά την εμμηνόρροια.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο
ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΠΙΚΤΗΤΗΣ ΑΝΟΣΟΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ
“AIDS”

2.1 ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΤΟ AIDS?

2.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

2.3 ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

2.4 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΤΗΣ ΜΟΛΥΝΣΗΣ ΜΕ ΤΟΝ HIV

2.5 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΑΠΟ ΤΟΝ HIV

2.6 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

2.7 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΩΝ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΕΚΔΗ-
ΛΩΣΕΩΝ ΤΗΣ ΑΝΟΣΟΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ

2.8 ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΑΠΟ ΤΟΝ HIV

2.9 ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΑΠΟ ΤΟΝ HIV

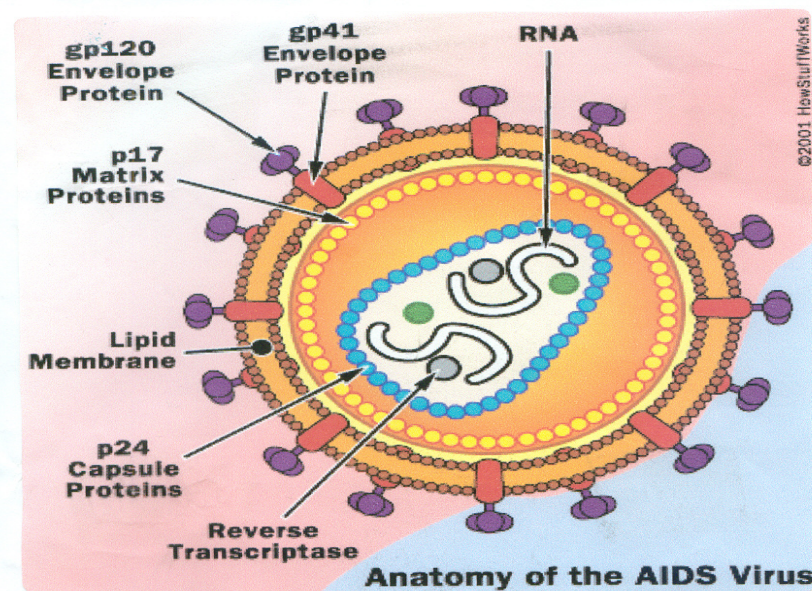
2.1 ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΤΟ AIDS?

Το σύνδρομο της επίκτητης ανοσοανεπάρκειας (AIDS) είναι η σοβαρότερη εκδήλωση μιας σειράς διαταραχών που οφείλονται σε λοίμωξη από τον ιό 1 της ανοσοανεπάρκειας του ανθρώπου (HIV-1). Από την εποχή των πρώτων ανακοινώσεων για κατά τα άλλα ανεξήγητες περιπτώσεις πνευμονίας από πνευμονοκύστη *CARINII* και σαρκώματος του ΚΟΡΟΣΙ σε σεξουαλικά δραστήριους ομοφυλόφιλους άντρες στη Νέα Υόρκη και στην Καλιφόρνια, οι επιδημιολογικές, ιολογικές, και κλινικές έρευνες που ακολούθησαν, έχουν καταλήξει στο σαφές συμπέρασμα ότι η παχυδημία του AIDS μπορεί να αποδοθεί στη σεξουαλική επαφή και παρεντερική μετάδοση του HIV-1.



2.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Το AIDS από το οποίο άνδρες προηγουμένως υγιείς παρουσίαζαν σοβαρές λοιμώξεις αναγνωρίστηκε για πρώτη φορά το 1981 ως ιδιαίτερο κλινικό σύνδρομο κατά το ασυνήθιστους ευκαιριακούς παθογόνους μικροοργανισμούς, συχνότερα από την πνευμονοκύστη *CARINII*, που προηγουμένως εκδήλωναν μόνο ασθενείς με βαριά κυτταρική ανοσοανεπάρκεια.



Οι εργαστηριακές έρευνες επιβεβαίωσαν την παρουσία βαριάς κυτταρικής ανοσοανεπάρκειας σε αυτά τα προηγουμένως υγιή άτομα, λόγω

της οποίας η διαταραχή ονομάστηκε σύνδρομο επίκτητης ανοσοανεπάρκειας.

Στους ομοφυλόφιλους άνδρες ο μεγαλύτερος κίνδυνος μόλυνσης συσχετίστηκε με την παθητική πρωκτική συνουσία με πολλούς ερωτικούς συντρόφους. Επειδή, όμως, στους επιδημιολόγους του κέντρου έλεγχου νόσων των ΗΠΑ έφθασαν αναφορές για παρόμοιες ευκαιριακές λοιμώξεις σε χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών, αιμορροφιλικούς άνδρες και τις ερωτικές συντρόφους τους και ο αριθμός αυτών των αναφορών αυξανόταν διαρκώς, έγινε σαφές ότι το σύνδρομο προκαλούσε κάποιος μικροοργανισμός που μπορούσε να μεταδοθεί με τη σεξουαλική επαφή ή με τη παρεντερική επαφή με αίμα ή με προϊόντα αίματος.

Ακολουθως, μετά την ταυτοποίηση του HIV , το 1983-84 , ως αιτιολογικού παράγοντα του AIDS, αναγνωρίστηκε κλινικά ένα μεγάλο φάσμα εκδηλώσεων της νόσησης απο τον ιο, το οποίο εκτείνεται απο την ασυμπτωματική λοίμωξη μέχρι τη βαριά ανοσοκαταστολή με ανάπτυξη επικίνδυνων για τη ζωή ευκαιριακών λοιμώξεων και/ή νεοπλασμάτων.

Τα κριτήρια του CDC για τη διάγνωση του AIDS, όπως τροποποιήθηκαν το 1987, περιελάμβαναν ένα μεγάλο αριθμό ευκαιριακών λοιμώξεων και/ή νεοπλασμάτων ενδεικτικής κυτταρικής ανοσοανεπάρκειας, όπως φαίνεται στους παρακάτω πίνακες.

ΕΥΚΑΙΡΙΑΚΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΕΣ, ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΗΣ ΚΥΤΤΑΡΙΚΗΣ ΑΝΟΣΙΑΣ ΛΟΤΩ AIDS.

ΠΡΩΤΟΖΩΙΚΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ:

Πνευμονία απο πνευμονοκύστη,
Γενικευμένη τοξοπλάσμωση η εγκεφαλίτιδα απο τοξόπλασμα
(όχι συγγενής λοίμωξη).

Χρόνια (>1 μήνα) εντερίτιδα από ΚΡΥΠΤΟΣΠΟΡΙΔΙΟ

Χρόνια (>1 μήνα) εντερίτιδα από ΙΣΟΣΠΟΡΑ

ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΑΠΟ ΜΥΚΗΤΕΣ:

Οισοφαγίτιδα απο μονίλια, βρογχοπνευμονική μονιλίαση,
Κρυπτοκοκκική μηνιγγίτιδα,
Γενικευμένη ιστοπλάσμωση.*

<p>ΜΙΚΡΟΒΙΑΚΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ: Διάσπαρτη λοίμωξη απο μυκοβακτηρίδια, Εξωπνευμονική λοίμωξη απο μυκοβακτηρίδιο της φυματίωσης, * Υποτροπιάζουσα σηψαιμία απο σαλμονέλα. *</p>
<p>ΜΗ ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΙΟΓΕΝΕΙΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ: Χρόνιος (>1 μήνα) δερματοβλεννογόنيος ή βρογχικός ή οισοφαγικός απλός Έρπης. Ιστολογικά αποδεδειγμένη λοίμωξη απο κυτταρομεγαλοϊό.</p>
<p>ΕΛΜΙΝΘΙΑΣΕΙΣ: Στρογγυλοειδίαση (γενικευμένη, εκτός γαστρεντερικού σωλήνα).</p>

* ΑΠΑΙΤΕΙ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΑΠΟΔΕΙΞΗ ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΑΠΟ ΗΙΝ

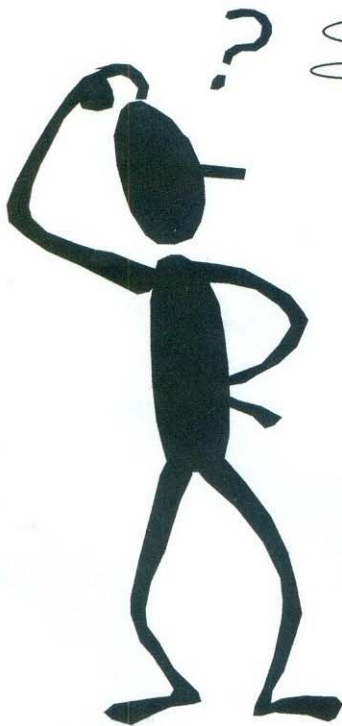
ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΣΧΟΛΙΑ
<p>ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ: Σάρκωμα Kaposi (<60 ετών)</p>	<p>Συχνότερο σε ομοφυλόφιλους άνδρες στις ΗΠΑ, σπάνιο σε άλλες χώρες και σε άλλες ομάδες κινδύνου.</p>
<p>Υψηλού βαθμού κακοήθειας μη- HODGKIN λέμφωμα απο κύτταρα B. *</p>	<p>Ασυνήθιστο στο Β ημισφαίριο, εκτός απο τις περιπτώσεις AIDS.</p>
<p>Αδιαφοροποίητο μη-HODGKIN</p>	
<p>ΑΝΟΣΟΒΛΑΣΤΙΚΟ σάρκωμα*</p>	
<p>Πρωτοπαθές εγκεφαλικό λέμφωμα.</p>	<p>Περιορίζεται στον εγκέφαλο, δύσκολο στη διάγνωση.</p>
<p>ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ Σύνδρομο απίσχνασης λόγω ΗΙΝ. *</p>	<p>Ακούσια απώλεια άνω του 10% του σωματικού βάρους.</p>
<p>ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ</p>	<p>Ποικιλία συμπτωμάτων.</p>

Η εμφάνιση οποιασδήποτε απο αυτές τις καταστάσεις σε άτομο χωρίς άλλο αίτιο ανοσοκαταστολής συνιστούσε τη διάγνωση AIDS. Κατά τα τέλη του 1991 το CDC εκτιμούσε ότι τα μολυσμένα με ΗΙΝ άτομα στις ΗΠΑ υπερέβαιναν το 1 εκατομμύριο και ότι απο αυτά περισσότερα από 200.000

είχαν ήδη εμφανίσει σοβαρά νοσήματα που κάλυπταν τα κριτήρια του CDC για τη διάγνωση AIDS. Το 1992 το CDC πρότεινε να διευρυνθεί ο ορισμός της περίπτωσης της λοίμωξης από τον HIV ώστε να περιληφθούν όλα τα άτομα με βαριά διαταραχή της κυτταρικής ανοσίας, της οποίας ένδειξη θα αποτελούσε ο κάτω των 200/μ αριθμός των βοηθητικών κυττάρων T. Περί τα μέσα της δεκαετίας του 1990 αναμένεται ότι στις ΗΠΑ θα καλύπτουν τα κριτήρια του CDC για τη διάγνωση του AIDS 1,5 εκατομμύρια άτομα.

Μετά την ταυτοποίηση του HIV ως αίτιου του AIDS, οι αναδρομικές έρευνες σε φυλασσόμενα παλαιότερα δείγματα όρων αποκάλυψαν ότι ο ιός υπήρχε σε περιοχές της κεντρικής και ανατολικής Αφρικής τουλάχιστον δυο δεκαετίες πριν από την αναγνώριση του κλινικού συνδρόμου του AIDS. Στη διάρκεια της δεκαετίας του 1980 η επιδημία εξαπλώθηκε πολύ και αναδείχθηκε σε μεγάλη παγκόσμια πανδημία και οι έρευνες οροθετικότητας δείχνουν ότι η λοίμωξη εξακολουθεί να εξαπλώνεται γρήγορα σε όλες τις ηπείρους. Εξαιρετικά γρήγορη μετάδοση παρατηρήθηκε από το 1986 μέχρι και το 1992 σε διάφορες περιοχές της Ασίας, ιδιαίτερα στη Δ. Ινδία και την Ταϊλάνδη. Με το τέλος του 1992 περιπτώσεις AIDS είχαν αναφερθεί σε όλες σχεδόν τις χώρες του κόσμου.

ΠΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΕΤΑΙ ΤΟ AIDS ;



- ΜΕ ΤΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΕΠΑΦΗ (ΚΟΛΠΙΚΗ, ΠΡΩΚΤΙΚΗ, ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ)
- ΜΕ ΤΟ ΑΙΜΑ (ΜΕΤΑΓΓΙΣΗ ΑΙΜΑΤΟΣ, ΧΡΗΣΗ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΩΝ ΠΟΥ ΤΡΥΠΟΥΝ ΤΟ ΔΕΡΜΑ)
- ΑΠΟ ΤΗ ΜΗΤΕΡΑ ΣΤΟ ΕΜΒΡΥΟ (ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ, ΤΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ, ΤΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ)

Αν και το AIDS περιγράφηκε αρχικά σε σεξουαλικά δραστήριους ομοφυλόφιλους άνδρες και σε χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών, σήμερα στο μεγαλύτερο μέρος του κόσμου κύριος τρόπος μετάδοσης του HIV έχει γίνει η ετεροσεξουαλική επαφή, η οποία ευθύνεται για περισσότερες από το 90% των μολύνσεων. Ο ιός υπάρχει τόσο στο σπέρμα όσο και τα τραχηλοκολπικά εκκρίματα και μπορεί να μεταδοθεί από το ένα φύλο στο άλλο κατά την κολπική συνουσία ή ταυτόχρονη παρουσία άλλων αφροδίσιων νοσημάτων και ιδιαίτερα της κήσης είτε, συχνότερα, κατά τον τοκετό. Από τα βρέφη μητέρων αυτών που προκαλούν εξελκώσεις στα γεννητικά όργανα, συσχετίζεται ισχυρά με το μεγαλύτερο κίνδυνο μόλυνσης με τον HIV-1.

Στο αίμα των μολυσμένων ατόμων ο ιός κυκλοφορεί σε ελεύθερη μορφή και συνδεδεμένος σε κύτταρα. Για το λόγο αυτό, πριν από την εφαρμογή, κατά τα τέλη του 1985, των ανιχνευτικών εξετάσεων για τη διαπίστωση της παρουσίας του ιού στο αίμα, η μόλυνση λόγω μετάγγισης μολυσμένου αίματος ή χορήγηση μολυσμένων προϊόντων αίματος ευθύνονταν για το 3% περίπου των περιπτώσεων AIDS στις ΗΠΑ. Σήμερα όλα τα προϊόντα στις ΗΠΑ πριν χορηγηθούν ελέγχονται για HIV και τα παρασκευάσματα συμπυκνωμένων παραγόντων viii ix υποβάλλονται αδρανοποίηση του HIV, που ενδεχομένως περιέχουν, με θέρμανση. Εξάλλου, σήμερα στις ΗΠΑ και στη Δ. Ευρώπη ο κίνδυνος μετάδοσης του HIV με μετάγγιση αίματος είναι εξαιρετικά μικρός, αλλά υπαρκτός, διότι άτομα που έχουν μολυνθεί πρόσφατα με τον HIV-1 είναι δυνατό να προσφέρουν αίμα μέσα στις εβδομάδες που μεσολαβούν μέχρι την ανάπτυξη ανιχνεύσιμων αντισωμάτων προς τον HIV, με αποτέλεσμα το ψευδοαρνητικό αποτέλεσμα της εξέτασης αποκλεισμού. Πάντως οι περιπτώσεις αυτές είναι εξαιρετικά σπάνιες.

Λόγω του μεγάλου χρονικού διαστήματος που μεσολαβεί μεταξύ της μόλυνσης με τον HIV και των κλινικών εκδηλώσεων από νοσήματα που σχετίζονται με AIDS, η επιδημία του συνδρόμου έπεται της εξάπλωσης του ιού σε νέους πληθυσμούς. Έτσι οι ομοφυλόφιλοι και αμφιφυλόφιλοι άνδρες μέχρι το 1985 αποτελούσαν τα 3/4 περίπου των ασθενών με AIDS, ενώ η ετεροσεξουαλική επαφή ευθυνόταν για λιγότερες από το 1% των περιπτώσεων. Πέρι το 1990 η πρώτη ομάδα περιλάμβανε ποσοστό μικρότερο από το 60% στις ΗΠΑ, ενώ περί τα μέσα της δεκαετίας του 1990 η δεύτερη ομάδα αφορά περισσότερες από το 10% των περιπτώσεων AIDS και σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό μολύνσεων με τον HIV. Μέχρι το 1985 οι περιπτώσεις AIDS σε γυναίκες στις ΗΠΑ ήταν λιγότερες από το 4% του συνόλου, αλλά σήμερα στην ίδια χώρα οι γυναίκες αποτελούν την ομάδα ταχύτερης αύξησης της συχνότητας των μολύνσεων με τον HIV. Το 1991 το 12% των νέων περιπτώσεων AIDS παρατηρήθηκε σε γυναίκες, ενώ σε μερικές πόλεις οι γυναίκες αποτελούσαν περισσότερες από το 1/3 των νέων περιπτώσεων.

Η χρησιμοποίηση κοινής βελόνας για την ενδοφλέβια ένεση ναρκωτικών μεταδίδει τον ιό και έχει ενοχοποιηθεί ως ένας από τους κύριους τρόπους

εξάπλωσης της μόλυνσης με τον HIV στη Β. Αμερική και στη Δ. Ευρώπη. Λόγω της συγκέντρωσης των χρηστών ενδοφλέβιων ναρκωτικών στις πτωχές συνοικίες των πόλεων, όπου οι μειονοτικοί πληθυσμοί είναι σχετικά πολυάνθρωποι, στις ΗΠΑ ένας δυσανάλογα μεγάλος αριθμός γυναικών μολυσμένων με τον HIV είναι μαύρες ή λατινικής καταγωγής.

Η μόλυνση, με HIV του ετεροφυλόφιλου πληθυσμού των χρηστών ενδοφλέβιων ναρκωτικών είχε ως αποτέλεσμα τη γρήγορη αύξηση των περιπτώσεων μόλυνσης νεογνών με τον HIV, ο οποίος μπορεί να μεταδοθεί στο παιδί από τη μολυσμένη μητέρα, είτε στη διάρκεια μολυσμένων με τον HIV τα 25%, περίπου, είναι επίσης μολυσμένα. Οι έρευνες οροθετικότητας που έχουν πραγματοποιηθεί σε ιατρεία προγεννητικής παρακολούθησης διάφορων μεγάλων πόλεων των ΗΠΑ έδειξαν ότι οι γυναίκες ήταν μολυσμένες με τον HIV σε αναλογία μέχρι και 3%. Ιδιαίτερα ανησυχητικό ήταν το γεγονός ότι περισσότερες από το 50% αυτών των γυναικών αγνοούσαν ότι διέτρεχαν μεγάλο κίνδυνο λοίμωξης από τον HIV.

Μόλυνση με τον HIV έχει παρατηρηθεί και σε εργαζόμενους σε επαγγέλματα υγείας μετά από επαγγελματική επαφή με το αίμα ασθενών μολυσμένων με τον HIV. Ο κίνδυνος μόλυνσης μετά από εισαγωγή μολυσμένου αίματος με το τρύπημα βελόνας είναι περίπου 0,3%. Η μόλυνση πέντε ασθενών από μολυσμένο οδοντίατρο έκανε πιθανό το ενδεχόμενο ότι και οι μολυσμένοι εργαζόμενοι στα επαγγέλματα υγείας που εφαρμόζουν αιματηρές μεθόδους είναι δυνατό να μεταδώσουν τον ιό σε ασθενείς. Ωστόσο, ο κίνδυνος αυτός, αν υπάρχει, είναι εξαιρετικά μικρός. Από τις αρκετές χιλιάδες ασθενών που υποβλήθηκαν σε εξετάσεις από μολυσμένους με τον HIV χειρουργούς ούτε ένας δεν είχε μολυνθεί με τον HIV.

2.3 ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

Ο HIV είναι ΡΕΤΡΟΪΟΣ και ανήκει στην οικογένεια των βραδέων ιών, στην οποία περιλαμβάνονται τα αίτια της νίσα, της λοιμώδους αναιμίας, των αλόγων και ο στενά συγγενικός του SIV. Ο πυρήνας του περιέχει δυο μονής έλικας αντίγραφα του γονιδιώματος του ιικού RNA, μαζί με ένα κωδικοποιούμενο από τον ιό ένζυμο, την αντίστροφη ΤΡΑΝΣΚΡΙΠΤΑΣΗ

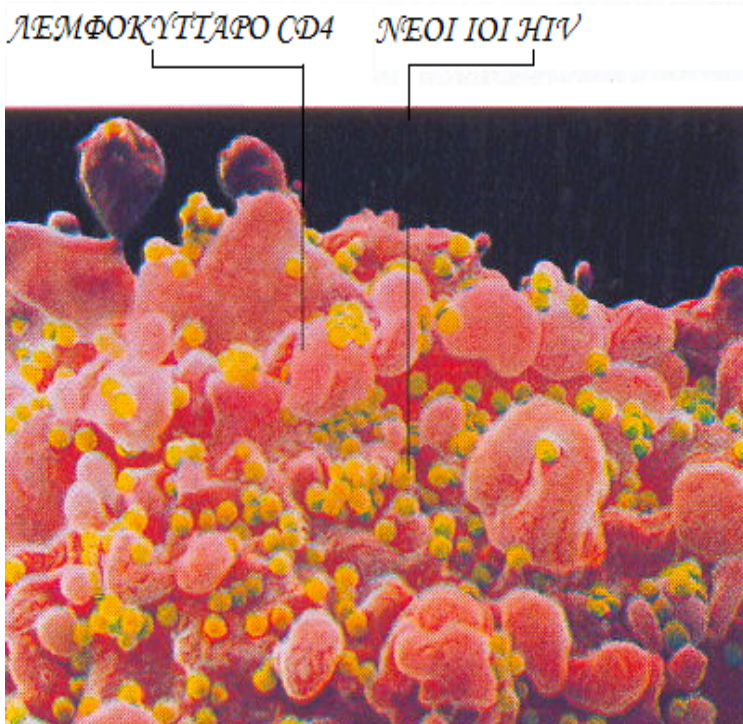
(«μεταγραφάση»). Οι πρωτεΐνες του πυρήνα (ρ 24) και του υποστρώματος (ρ 18) περιβάλλονται από διπλή στοιβάδα λιποειδών, που προέρχονται από το κύτταρο που φιλοξενεί τον ιό. Μέσα από αυτή τη στοιβάδα προβάλλουν οι γλυκοπρωτεΐνες του περιβλήματος – της μεμβράνης (gp 41) και της επιφάνειας (gp 120).

Η γλυκοπρωτεΐνη του εξωτερικού περιβλήματος του HIV-1 παρουσιάζει τάση σύνδεσης με το μόριο CD4 της επιφάνειας των βοηθητικών (helper) λεμφοκυττάρων T και των κυττάρων της σειράς μονοπύρηνων-μακροφάγων. Μετά τη σύνδεση στο CD4 οι μεμβράνες του ιού και του κυττάρου συγχωνεύονται και το πυρηνοπρωτεϊνικό του ιού εισέρχεται στο κυτταρόπλασμα. Το RNA με τα γονίδια του ιού υφίσταται αντίστροφη μεταγραφή με ένα ένζυμο του οποίου το σχηματισμό κωδικοποιεί ο ιός - την αντίστροφη ΤΡΑΝΣΚΡΙΠΤΑΣΗ - και ο προϊός με το διπλής έλικας DNA εισέρχεται στον πυρήνα και ενσωματώνεται στο χρωμόσωμα του κυττάρου με την καταλυτική δράση ενός άλλου ενζύμου των ρετροϊών, της ιντεγράσης (ενσωματάσης). Μέσα στο γονιδίωμα του ξενιστή ο προϊός μπορεί να παραμείνει σε λαθάνουσα κατάσταση χωρίς αισθητή μεταγραφή RNA ή σύνθεση ιοπρωτεΐνης. Έτσι, οι αμυντικοί μηχανισμοί του ξενιστή είναι, ουσιαστικά, ανίκανοι να ανιχνεύσουν το μολυσμένο κύτταρο.

Όταν το λεμφοκύτταρο T με το ενσωματωμένο προϊόν ενεργοποιηθεί (π.χ. αναγνωρίζοντας αντιγονικά πεπτιδία), πυρηνικοί παράγοντες (nuclear factors), σαν τον NF-κΒ επιδρούν σε αλληλουχίες της περιοχής του προαγωγικού γονιδίου του HIV, προκαλώντας αύξηση της έκφρασης του mRNA του ιού. Την έκφραση και τη μεταφορά του mRNA στο κυτταρόπλασμα διευκολύνουν, αντίστοιχα, οι κωδικοποιημένες από τον ιό ρυθμιστικές πρωτεΐνες tat και rev. Τα γονίδια gag, pol και env του HIV κωδικοποιούν, αντίστοιχα, πυρηνικές πρωτεΐνες, ένζυμα και πρωτεΐνες του περιβλήματος του ιού. Οι ιοπρωτεΐνες διασπώνται από πρωτεάσες είτε κωδικοποιούμενες από τον ιό, είτε προερχόμενες από το κύτταρο που τον περιέχει, και η πρωτεΐνη του περιβλήματος γλυκοζυλιώνεται από γλυκοζυλάσες του κυττάρου. Έτσι, συγκεντρώνονται σωματίδια του ιού καθένα από τα οποία περιέχει στον πυρήνα του δύο αντίγραφα μη επιμηκυσμένου mRNA ως γονιδίωμα και ακολούθως τα βιρίονια

απελευθερώνονται από το κύτταρο με εκβλάστηση. Ο παραγωγικός αναδιπλασιασμός του ιού συνεπάγεται τη λύση των μολυσμένων κυττάρων, αλλά οι μηχανισμοί της λύσης δεν έχουν ακόμα κατανοηθεί πλήρως. Από τον HIV μολύνονται επίσης μακροφάγα και δενδρικά κύτταρα, τα οποία όμως φαίνεται ότι δεν λύνονται από αυτόν. Τα μολυσμένα μακροφάγα ενδέχεται να παίζουν μεγάλο ρόλο στη διασπορά του HIV σε άλλους ιστούς, ιδιαίτερα στο κεντρικό νευρικό σύστημα (ΚΝΣ).

ΑΝΟΣΟΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΣΤΗ ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΠΟ ΤΟΝ HIV.



Κατά τη διάρκεια της λοίμωξης από τον HIV παρατηρείται βαθμιαία, αλλά προφανώς οριστική, ελάττωση του αριθμού των κυκλοφορούντων λεμφοκυττάρων και ιδιαίτερα, αλλά όχι αποκλειστικά, του υποπληθυσμού των CD4+ βοηθητικών κυττάρων T, η οποία συνοδεύεται από βαριά λειτουργική διαταραχή των υπόλοιπων κυκλοφορούντων λεμφοκυτταρικών πλη-

θυσμών. Η σχετικά μικρή αναλογία των μολυσμένων λεμφοκυττάρων T (μεταξύ 1:100.000 και 1:10) που βρίσκεται στα μολυσμένα με τον HIV άτομα, δείχνει ότι, κατά τη λοίμωξη από τον ιό, στην παθογένεση της ελάττωσης των λεμφοκυττάρων είναι δυνατό να συμμετέχουν και άλλοι μηχανισμοί εκτός από την ιογενή κυτταρόλυση, και ότι μια μεγάλη αναλογία από τα μολυσμένα με τον HIV κύτταρα είναι κύτταρα συμπαγών ιστών, π.χ. των λεμφαδένων. Μερικοί από αυτούς τους ενδεχόμενους μηχανισμούς παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα:

ΕΝΔΕΧΟΜΕΝΑ ΑΙΤΙΑ ΤΗΣ ΕΛΑΤΤΩΣΗΣ ΤΩΝ ΚΥΤΤΑΡΩΝ CD4

1. Άμεσα λυτικά επακόλουθα της μόλυνσης από τον HIV,
2. Σχηματισμός συγκυτιών,
3. Καταστροφή κυττάρων που απορροφούν gp 120,
4. Μόλυνση αρχέγονων κυττάρων από τον HIV,
5. Αυτοάνοση καταστροφή.

Σε συνδυασμό με την προοδευτική ελάττωση των κυκλοφορούντων CD4+ βοηθητικών λεμφοκυττάρων T υπάρχει και βαριά διαταραχή της λειτουργικής ανοσολογικής απάντησης. Από τα πρώτα ήδη στάδια της λοίμωξης από τον HIV είναι δυνατό να αναπτυχθεί ανεργία-αρνητική αντίδραση βραδείας υπερευαισθησίας προς ευαισθητοποιιά αντιγόνα η οποία παρατηρείται σε όλους, πρακτικά, τους ασθενείς με AIDS. Ο πολλαπλασιασμός των λεμφοκυττάρων T μετά από αντιγονικούς ερεθισμούς ελαττώνεται εντυπωσιακά, καθώς και η παραγωγή αρκετών λεμφοκινών, όπως της ιντερλευκίνης-2 και ιντερφερόνης -γ. Οι αντιδράσεις των κυτταροτοξικών λεμφοκυττάρων T είναι ελαττωμένες και η δραστηριότητα των φυσικών κυτταροτοξικών κυττάρων (NK) έναντι κυττάρων που έχουν μολυνθεί με ιούς ή νεοπλασματικών κυττάρων είναι ελαττωμένη, παρά τους φυσιολογικούς αριθμούς αυτών των κυττάρων. Πάθολογική παρουσιάζεται επίσης η υπεργαμμασφαιριναιμία, αλλά η λειτουργία των B κυττάρων είναι ελαττωμένη, όπως δείχνουν οι *in vitro* μετρήσεις της ικανότητας τους να συνθέτουν αντίσωμα μετά από νέο αντιγονικό ερεθισμό. Αυτές οι διαταραχές της λειτουργικής ανοσολογικής απάντησης είναι ίσως αποτέλεσμα της ελάττωσης του αριθμού και της λειτουργίας των CD4+ κυττάρων T, αλλά οι συγκεκριμένοι μηχανισμοί της εκτεταμένης διαταραχής της ανοσολογικής απάντησης του μολυσμένου με τον HIV ατόμου δεν έχουν ακόμα διευκρινισθεί εντελώς.

ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΤΩΝ ΑΜΥΝΤΙΚΩΝ ΜΗΧΑΝΙΣΜΩΝ.

Μια σημαντική όψη της λοίμωξης από τον HIV είναι η δυνατότητά της να επιμένει και να εξελίσσεται παρά την ανάπτυξη των ανοσολογικών απαντήσεων του οργανισμού προς τον ιό. Έτσι, κατά την ανάλυση με

αποτύπωση με τη μέθοδο WESTERN διαπιστώνεται εύκολα η ανάπτυξη έντονων χημικών αντιδράσεων προς τις πρωτεΐνες του ιού σε όλα σχεδόν τα μολυσμένα άτομα. Επίσης, συχνά ανιχνεύονται εξουδετερωτικά αντισώματα, αν και γενικά σε τίτλους χαμηλότερους σε σύγκριση με τις αντιδράσεις προς άλλες ιογενείς λοιμώξεις. Μεταξύ των ατόμων που έχουν μολυνθεί με τον HIV παρατηρούνται και αντιδράσεις κυτταρικής ανοσίας προς διάφορες πρωτεΐνες που παράγει ο ιός, αλλά η σημασία τους για τη ρύθμιση της εξέλιξης της λοίμωξης είναι άγνωστη.

Υπάρχουν διάφορες πιθανές εξηγήσεις της προφανούς αδυναμίας των απαντήσεων του ξενιστή να θέσουν υπό έλεγχο τη μόλυνση με τον HIV. Η λαυθάνουσα φάση του κύκλου αναδιπλασιασμού του, επιτρέπει στον ιό να παραμείνει στο γονιδίωμα του κυττάρου σε λαυθάνουσα κατάσταση και έτσι, να διαφύγει από τους αμυντικούς μηχανισμούς. Ο ενσωματωμένος ιός, που βρίσκεται σε λαυθάνουσα κατάσταση και δεν συνθέτει πρωτεΐνες, δεν μπορεί να αναγνωριστεί από τις χημικές και τις κυτταρικές ανοσολογικές απαντήσεις. Η περιοχή του περιβλήματος του ιού, η οποία συνδέεται στο CD4, που αποτελεί φυσικό στόχο του εξουδετερωτικού αντισώματος και είναι σχετικά προστατευμένη, προφανώς είναι εσωτερική και απροσπέλαστη. Οι πλησίον της περιοχές, που επίσης θα μπορούσαν να προκαλέσουν το σχηματισμό εξουδετερωτικού αντισώματος, δεν διατηρούνται και παρουσιάζουν διαφορές μεταξύ τους στις διαφορετικές απομονώσεις του ιού. Από αυτήν την άποψη ο HIV έχει τεράστιες δυνατότητες γενετικής μετάλλαξης και πράγματι, κατά τις διαφορετικές απομονώσεις του ιού από τον ίδιο ασθενή είναι δυνατό να παρατηρηθεί σημαντική γενετική ποικιλία. Η μεγάλου βαθμού γενετική μεταβλητότητα του ιού οφείλεται πιθανώς σε ασυνέπειες της αντίθετης μεταγραφής των ΡΕΤΡΟΪΩΝ και συνεπώς, εύκολα μπορεί να φανταστεί κανείς πως κάποια πίεση επιλογής – για παράδειγμα, η παραγωγή αντισωμάτων έναντι μιας μη διατηρούμενης περιοχής του περιβλήματος – μπορεί να οδηγήσει στην εμφάνιση μεταλλάξεων του ιού με διαφορετικές αλληλουχίες περιβλήματος, αυθεκτικές στην εξουδετερωτική δράση συγκεκριμένου αντισώματος. Αυτή η γενετική μεταβλητότητα μπορεί να αποδειχθεί ένα από τα κυριότερα εμπόδια στην παραγωγή αποτελεσματικού εμβολίου.

2.4 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΤΗΣ ΜΟΛΥΝΣΗΣ ΜΕ ΤΟΝ ΗΙΥ

Διοθέντος ότι η μετάδοση του ΗΙΥ μπορεί να προληφθεί και η μόλυνση μπορεί να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά, η ορολογική εξέταση των ατόμων που διατρέχουν τον κίνδυνο να έχουν μολυνθεί με τον ιό έχει μεγάλη σημασία. Η εξέταση δεν πρέπει να περιορίζεται μόνο στα άτομα που κινδυνεύουν περισσότερο (π.χ. στους χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών), αλλά να συνίσταται και σε εκείνα που διατρέχουν ακόμα και μικρό κίνδυνο, όπως είναι τα άτομα με ιστορικό αφροδίσιου νοσήματος ή χωρίς προφύλαξη κατά τη συνουσία με άτομο που θα μπορούσε να ήταν μολυσμένο με τον ΗΙΥ. Επιπλέον, θα πρέπει να υποβάλλονται σε εξέταση αποκλεισμού όλοι οι δείκτες αίματος, προϊόντων αίματος ή μοσχεύματος οργάνου μεταξύ των ετών 1978 και 1985. Η εξέταση πρέπει να πραγματοποιείται σε περιβάλλον εμπιστευτικότητας σύμφωνης με τους σχετικούς νόμους. Πολύ σημαντικό ρόλο παίζει η πριν και μετά την εξέταση ενημέρωση του ατόμου, ώστε να είναι βέβαιο ότι έχει αντιληφθεί τη σημασία και τις συνέπειες των αποτελεσμάτων, καθώς και το γεγονός ότι θα του προσφερθεί και η σωστή βοήθεια. Ανεξάρτητα από την έκβαση της εξέτασης, όλοι οι ασθενείς πρέπει να ενημερώνονται σχετικά με τις ασφαλείς ερωτικές συνήθειες. Στους χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών πρέπει να συνίσταται η αποφυγή χρησιμοποίησης ήδη χρησιμοποιημένων από άλλους βελόνων και η απολύμανση των βελόνων και των συριγγών με διάλυμα οικιακής χλωρίνης 1:10. Στα μολυσμένα με τον ιό ΗΙΥ άτομα πρέπει να συνίσταται η ενημέρωση των ερωτικών συντρόφων τους και των ατόμων με τα οποία χρησιμοποίησαν κοινές βελόνες. Συχνά το έργο αυτό είναι δύσκολο, αλλά οι τοπικές υγειονομικές αρχές μπορούν να βοηθήσουν πολύ στην εμπιστευτική ενημέρωση των ατόμων που κινδυνεύουν.

Η διάγνωση της μόλυνσης με τον ΗΙΥ και η ανίχνευση στον ορό αντισώματος προς τον ΗΙΥ ενζυμική ανοσοαπορρόφηση (ELISA) επιβεβαιώνεται με αποτύπωση με western. Οι μέθοδοι αυτές είναι πολύ ευαίσθητες από άποψη ανίχνευσης του αντισώματος προς τον ΗΙΥ, αλλά στα άτομα με πρόσφατη μόλυνση το αποτέλεσμα μπορεί να είναι αρνητικό. Σε περιπτώσεις πρόσφατης πιθανής επαφής με τον ιό ενδείκνυται η επανάληψη της εξέτασης σε 6 εβδομάδες και σε 3, 6 και 12 μήνες. Τα

ψευδοθετικά αποτελέσματα με τη μέθοδο ELISA είναι σπάνια και, όταν υπάρξουν, παρατηρούνται συχνότερα σε ασθενείς με αυτοάνοσες διαταραχές και σε πολύτοκους γυναίκες, κάνοντας αναγκαία την επιβεβαίωση με δοκιμασία αποτύπωσης με WESTERN με χρησιμοποίηση τουλάχιστον δυο διαφορετικών γονιδιακών προϊόντων του HIV. Οι άλλες αντιδράσεις αποτύπωσης με τη μέθοδο WESTERN ταξινομούνται ως ακαθόριστες, αλλά σε άτομο που διατρέχει τον κίνδυνο επαφής με τον HIV. Μια τέτοια αντίδραση μπορεί να αντιπροσωπεύει αρχόμενη ορομετατροπή, οπότε πρέπει να επαναληφθούν οι δοκιμασίες ELISA και WESTERN BLOT μετά από 2-3 μήνες.

Τα βρέφη μητέρων μολυσμένων με τον HIV έχουν μολυνθεί με τον ιό, όλα όμως τα βρέφη αυτά έχουν στην κυκλοφορία τους αντι-HIV αντισώματα της μητέρας μέχρι τουλάχιστον τον 6 μήνα της ζωής τους. Για την έγκαιρη διάγνωση της μόλυνσης σε αυτήν και σε άλλες περιπτώσεις μπορούν να χρησιμοποιηθούν η καλλιέργεια του ιού, ο γονιδιακός πολλαπλασιασμός με αλυσιδωτή αντίδραση πολυμεράσης (PCR), η ανίχνευση αντισώματος IgA στα νεογνά ή η ανίχνευση συγκεκριμένων πρωτεϊνών του ιού, όπως της p24. Προς το παρόν, πάντως, οι δοκιμασίες αυτές είναι δαπανηρές και δεν εφαρμόζονται σε μεγάλη κλίμακα.

2.5 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΑΠΟ ΤΟΝ HIV

Επειδή στο μεγαλύτερο μέρος της πορείας της λοίμωξης από τον HIV οι ασθενείς είναι ασυμπτωματικοί και επειδή πολλές φορές ακόμα και οι ασθενείς με σοβαρή ανοσοανεπάρκεια είναι παραγωγικοί πολίτες μεταξύ των ευκαιριακών λοιμώξεων, η έμφαση στην περιπατητική αντιμετώπιση της νόσου έχει κρίσιμη σημασία.

Αρχική περιπατητική εκτίμηση. Όταν ένα άτομο βρεθεί προθετικό για HIV, ο γιατρός πρέπει να συζητήσει μαζί του, χωρίς βιασύνη, τις εκδηλώσεις της λοίμωξης από τον HIV και τη χρησιμοποίηση των ανοσολογικών εξετάσεων ως μέσον κατεύθυνσης της θεραπείας και, ίσως το σπουδαιότερο, πρέπει να του τονίσει το γεγονός ότι οι περισσότεροι ασθενείς, ακόμα και χωρίς θεραπεία κατά του ιού, επιζούν για 8-12 χρόνια μετά τη μόλυνση και ότι στο μεγαλύτερο μέρος αυτής της περιόδου δεν

έχουν συμπτώματα. Ο γιατρός πρέπει ακόμα να τονίσει ότι η ασυμπτωματική περίοδος μπορεί να παραταθεί με τα διαθέσιμα σήμερα φάρμακα εναντίον του ιού και με την προφύλαξη από τις ευκαιριακές λοιμώξεις, καθώς και το ότι νέα ελπιδοφόρα φάρμακα βρίσκονται στο στάδιο της έρευνας.

Το πλήρες ιστορικό των αφροδισίων νοσημάτων και της επικίνδυνης για μόλυνση με τον HIV συμπεριφοράς έχει ζωτική σημασία. Η πρόληψη της περαιτέρω μετάδοσης του ιού με τη χωρίς προφυλάξεις σεξουαλική συμπεριφορά και την από κοινού ενδοφλέβια χρησιμοποίηση βελόνων πρέπει να συζητείται όχι μόνο κατά την πρώτη επίσκεψη, αλλά και περιοδικά στη συνέχεια.

Η αρχική εκτίμηση πρέπει να περιλαμβάνει την αναζήτηση σχετικών με τον HIV συμπτωμάτων και πλήρη κλινική εξέταση (βλέπε παρακάτω)

ΠΙΝΑΚΑΣ : ΠΕΡΙΠΛΑΤΗΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΑΝΕΡΧΟΜΕΝΗΣ ΝΟΣΟΥ

ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ:

Πλήρες ιστορικό και λεπτομερής κλινική εξέταση, καθορισμένη συνέντευξη και εξέταση περίπου ανά εξαμήνο.

ΕΦΤΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ:

Βασική γενική εξέταση αίματος και μέτρηση των κυττάρων CD4 με επανάληψη ανά 3-6 μήνες.

Βασική φυματιναντίδραση και δερμοαντίδραση ανίχνευσης ανεργίας.

ΣΥΝΤΗΡΗΣΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ:

Εκτίμηση των τρεχουσών αναγκών ενημέρωσης και παραπομπή για σημαντικά ψυχιατρικά και κοινωνικά προβλήματα.

Αντιπνευμονιοκοκκικός εμβολιασμός.

Αντιγριπικός εμβολιασμός κάθε χρόνο.

Συγκεκριμένα: στο δέρμα πρέπει να αναζητούνται σχετιζόμενα με τον HIV εξανθήματα και το σάρκωμα του Kaposi . Η εξέταση της στοματικής κοιλότητας μπορεί να αποκαλύψει την παρουσία καντιντιασικής στοματίτιδας, ουλίτιδας, τριχωτής λευκοπλακίας ή αφθωδών ελκών. Η

παρουσία λεμφαδενοπάθειας, ηπατομεγαλίας, σπληνομεγαλίας ή βλαβών στα γεννητικά όργανα πρέπει να σημειωθεί με προσοχή, όπως ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται και κατά τη νευρολογική εξέταση με την οποία αναζητούνται σημεία περιφερικής νευροπάθειας και μείωσης της ικανότητας της αντίληψης. Τέλος, ιδιαίτερη σημασία έχει η γυναικολογική εξέταση και η λήψη επιχρίσματος για τεστ Πάπανικολάου.

Τα άτομα με λοίμωξη από τον HIV, τα οποία παρουσιάζουν θετική φυματινική αντίδραση, διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο να έχουν ενεργό φυματίωση και χρειάζονται αντιφυματική θεραπεία, γι' αυτό και επιβάλλεται η εκτέλεση φυματινικής αντίδρασης και ακτινογραφίας θώρακα. Η φυματινική αντίδραση πρέπει να εκτελείται όσο το δυνατόν πιο σύντομα κατά την πορεία της λοίμωξης από τον HIV, σε συνδυασμό με δερμοαντιδράσεις προς άλλα αντιγόνα, συνήθως της παρωτίτιδας, της κάπτιντας και του τοξοειδούς του τετάνου. Η διαμέτρου 5 mm και άνω αντίδραση (σκλήρυνση) πρέπει να θεωρείται θετική. Σε κάθε περίπτωση θετικής φυματινικής αντίδρασης πρέπει να εξετάζεται η παρουσία ενεργού νόσου. Αν δεν υπάρχει, ο ασθενής πρέπει να υποβληθεί σε προφυλακτική αγωγή με ισονιαζίδη για τουλάχιστον ενός έτους. Αν βρεθεί ενεργός φυματίωση, πρέπει να εφαρμοσθεί αντιφυματική αγωγή με πολλά φάρμακα. Η ορολογική εξέταση ανίχνευσης του τοξοπλάσματος μπορεί να έχει μεγάλη σημασία για την περίπτωση του ατόμου που ακολούθως εμφανίζει κάποια ενδεδειγμένη αλλοίωση.

Λόγω της μεγαλύτερης συχνότητας της σύφιλης μεταξύ των ατόμων με λοίμωξη από τον HIV, κατά την πρώτη επίσκεψη πρέπει να εκτελούνται οροαντιδράσεις ανίχνευσης της σύφιλης και αν είναι θετικές πρέπει να εφαρμόζεται επιθετική θεραπεία. Ο αντιπνευμονιοκοκκικός εμβολιασμός είναι αποτελεσματικότερος όταν ο αριθμός των CD4 είναι μεγαλύτερος και για το λόγο αυτό πρέπει να εκτελείται το συντομότερο δυνατό μετά τη διάγνωση της λοίμωξης από τον HIV.

Επειδή σήμερα το σπουδαιότερο διαθέσιμο στοιχείο προσδιορισμού της ανοσοανεπάρκειας και καθοδήγησης της ανάλογης θεραπείας είναι ο αριθμός των λεμφοκυττάρων CD4, τα κύτταρα αυτά πρέπει να μετρούνται κατά την πρώτη επίσκεψη του ασθενούς και έκτοτε κατά διαστήματα. Ο ασθενής πρέπει να κατανοήσει ότι ο αριθμός των CD4 είναι μόνο αδρός

δείκτης του βαθμού της ανοσοανεπάρκειας, ότι οι μέτριες διακυμάνσεις του δεν είναι γενικά ευδεικτικές μεταβολής της κλινικής πορείας της νόσου και τέλος, ότι πολλά άτομα λειτουργούν καλά ακόμα και με πολύ μικρούς αριθμούς κυττάρων CD4.

2.6 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΡΕΤΡΟΪΟΥ

Με τη διαλεύκανση των μηχανισμών αναδιπλασιασμού του HIV προσδιορίστηκαν διάφορες πιθανές θέσεις στις οποίες αυτός ο αναδιπλασιασμός θα μπορούσε να περιορισθεί ή να ανασταλεί.

Μέχρι σήμερα έχουν γίνει αποδεκτά από τη FDA (Food and Drug Administration, Διεύθυνση Τροφίμων και Φαρμάκων) των ΗΠΑ ως φάρμακα αντιμετώπισης της λοίμωξης από τον HIV τρία ανάλογα νουκλεοτιδίων, τα οποία αναστέλλουν την αντίστροφη τρανσκριπτάση του HIV. Πρόκειται για τη ζιδοβουδίνη (AZT), τη διδαουσίνη (ddI) και τη ζαλκιταβίνη (ddC). Ταυτόχρονα βρίσκονται σε εξέλιξη έρευνες αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας άλλων φαρμάκων διακοπής του κύκλου του HIV.

Υποψήφιοι για τη θεραπεία κατά του ρετροϊού είναι οι ασθενείς με κύτταρα CD4 λιγότερα από 500/ μλ. Στους ασυμπτωματικούς ασθενείς με CD4 μεταξύ 200 και 500/ μλ η θεραπεία με ζιδοβουδίνη προσφέρει σημαντική κλινική ωφέλεια που αναφέρεται στον παρακάτω πίνακα:

ΚΛΙΝΙΚΑ ΟΦΕΛΗ ΑΠΟ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΑΡΧΟΜΕΝΗΣ ΝΟΣΟΥ HIV (ΚΥΤΤΑΡΑ CD4 200-500/ml) ΜΕ ΖΙΔΟΒΟΥΔΙΝΗ:

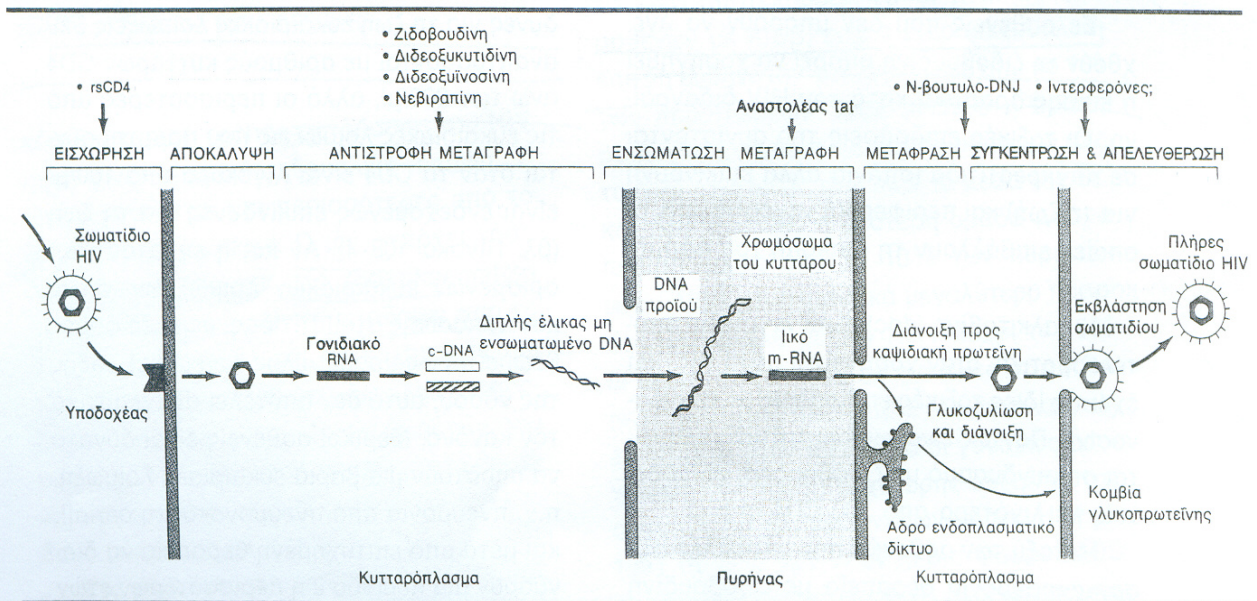
1. Παράταση της επιβίωσης,
2. Μείωση της συχνότητας και της βαρύτητας των ευκαιριακών λοιμώξεων,
3. Καθυστέρηση της εξέλιξης προς νόσο με συμπτώματα,
4. Αύξηση του σωματικού βάρους,
5. Βελτίωση της απόδοσης.

Στα άτομα με CD4 κάτω των 500/μl η ζιδοβουδίνη οδηγεί σε ελάττωση της νοσηρότητας και θνησιμότητας του AIDS και επιπλέον τα άτομα αυτά παρουσιάζουν αποδεδειγμένη αύξηση του βάρους, βελτίωση της απόδοσης και συχνά βελτίωση της γνωσιακής και της νευρικής λειτουργίας.

Η ζιδοβουδίνη συνήθως χορηγείται απο το στόμα σε δόση 100 mg 5 φορές την ημέρα ή 200 mg ανά 8ωρο. Στην αρχή της θεραπείας είναι δυνατό να παρατηρηθεί δυσανεξία του φαρμάκου (ναυτία ή κεφαλαλγία), αλλά γενικά τα συμπτώματα αυτά μετά από λίγες βδομάδες υποχωρούν. Είναι επίσης δυνατό να παρατηρηθεί μυελοτοξικότητα, ιδιαίτερα αναιμία ή κοκκιοκυτταροπενία, που συνεπάγεται περιορισμό της δόσης. Η εμφάνιση αναιμίας σε άτομο με λοίμωξη απο τον HIV πρέπει να οδηγεί σε αναζήτηση άλλων ενδεχόμενων αιτιών της αναιμίας. Όταν δεν υπάρχουν άλλα αίτια και η συγκέντρωση της ερυθροποιητίνης στον ορό δεν παρουσιάζει μεγάλη αύξηση, οι αναιμίες της λοίμωξης απο τον HIV μπορούν να αντιμετωπιστούν με τη χορήγηση ανασυνδιασμένης ερυθροποιητίνης.

Σε ασθενείς που δεν μπορούν να ανεχθούν τη ζιδοβουδίνη μπορεί να χορηγηθεί η επίσης δραστική κατά του HIV διδαουσίνη. Οι τοξικές επιδράσεις της συνίστανται σε παγκρεατίτιδα (σπάνια αλλά επικίνδυνη για τη ζωή) και περιφερική νευροπάθεια, οι οποίες επιβάλλουν τη διακοπή του φαρμάκου.

Η ζαλκιταβίνη (ddC) είναι λιγότερο αποτελεσματική, όταν χορηγείται μόνη της και έχει τις ίδιες τοξικές επιδράσεις με τη διδαουσίνη. Πάντως είναι ωφέλιμη όταν χορηγείται σε συνδυασμό με ζιδοβουδίνη σε ασθενείς με λιγότερα απο 300 CD4/μl. Μεταξύ των ασθενών που υποβάλλονται σε μακροχρόνια θεραπεία με ζιδοβουδίνη και / ή διδαουσίνη, ο HIV είναι δυνατόν σε κάποια απομόνωσή του να παρουσιάσει in vitro αντοχή στις δράσεις αυτών των φαρμάκων. Η κλινική σημασία αυτής της αντοχής δεν είναι βέβαιη, αλλά ίσως να συνδυάζεται με αύξηση του πολλαπλασιασμού του ιού και επιτάχυνση της νόσου. Σήμερα εφαρμόζονται πειραματικά πρωτόκολλα σύγκρισης των μεθόδων θεραπείας με συνδυασμούς φαρμάκων και με διαδοχική χορήγηση του καθενός.



Εικ. 108-6. Ο κύκλος της ζωής του HIV. Επισημαίνονται οι θέσεις-στόχοι των αντιρετροϊκών παραγόντων. (Πηγή—με τροποποίηση: Johnson VA, Hirsch MS: In Volberding P, Jacobson M (eds): AIDS Clinical Review 1990. New York, Marcel Dekker, 1990, p 238. Reprinted by courtesy of Marcel Dekker, Inc.).

2.7 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΣΥΤΚΕΚΡΙΜΕΝΩΝ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΕΚΔΗΛΩΣΕΩΝ ΤΗΣ ΑΝΟΣΟΑΝΕΠΙΛΡΚΕΙΑΣ

Ο χρόνος εμφάνισης των ευκαιριακών λοιμώξεων που παρατηρούνται σε άτομα με λοίμωξη από τον HIV ποικίλλει σημαντικά. Για παράδειγμα, μερικές γυναίκες είναι δυνατό να αρχίζουν να παρουσιάζουν υποτροπές καντιντιασικής κολπίτιδας με αριθμούς λεμφοκυττάρων CD4 της τάξης των 600/μλ και να μην εμφανίσουν άλλες ευκαιριακές λοιμώξεις ως τη στιγμή που θα αναπτύξουν πνευμονία από πνευμονοκύστη *carinii*, όταν θα έχουν 100 CD4/μλ. Μερικοί επίσης ασθενείς είναι δυνατό να παραμείνουν εντελώς ασυμπτωματικοί, ώσπου τα CD4 να ελαττωθούν κάτω από τα 50/μλ και τότε να εμφανίσουν μια επικίνδυνη για τη ζωή ευκαιριακή λοίμωξη, π.χ. εγκεφαλίτιδα από τοξόπλασμα. Γενικά, επικίνδυνες για τη ζωή ευκαιριακές λοιμώξεις δεν αναπτύσσονται με αριθμούς κυττάρων CD4 άνω των 200/μλ, αλλά οι περισσότερες από τις ευκαιριακές λοιμώξεις που παρατηρούνται όταν τα CD4 είναι λιγότερα από 100/μλ είναι ενδεχομένως επικίνδυνες για τη ζωή. Αν και η εγκατάσταση ορισμένων ευκαιριακών λοιμώξεων, όπως καντιντιασικής στοματίτιδας, μερικές φορές θεωρείται ως

προάγγελος ταχείας εξέλιξης της νόσου, αυτό δεν αποτελεί αναγκαστικά τον κανόνα. Μερικοί ασθενείς είναι δυνατό να υποστούν μια βαριά ευκαιριακή λοίμωξη, π.χ. πνευμονία από πνευμονοκύστη *carinii*, και μετά από επιτυχημένη θεραπεία να διανύσουν μια περίοδο 2 ή περισσότερων ετών με σχετικά φυσιολογική ζωή, ώσπου να εμφανίσουν κάποια άλλη σοβαρή ευκαιριακή λοίμωξη.

Γενικά, οι ευκαιριακές λοιμώξεις που παρατηρούνται με αριθμούς CD4 άνω των 200/μl ανταποκρίνονται στη συνηθισμένη θεραπεία της συγκεκριμένης λοίμωξης, ενώ εκείνες που παρατηρούνται με κύτταρα CD4 λιγότερα από 200/μl απαιτούν χρόνια κατασταλτική θεραπεία μετά την υποχώρηση της οξείας λοίμωξης.

Σημαντική αρχή της αντιμετώπισης των ευκαιριακών λοιμώξεων αποτελεί η αναγνώριση του γεγονότος ότι οι περισσότερες ανταποκρίνονται στην κατάλληλη αντιμικροβιακή θεραπεία και πολλοί ασθενείς μετά την επιτυχή θεραπεία επικίνδυνων για τη ζωή ευκαιριακών λοιμώξεων ζουν παραγωγικά για πολλούς μήνες ή χρόνια

2.8 ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΑΠΟ ΤΟΝ ΗΙΥ

ΓΕΝΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Τα γενικά συμπτώματα είναι δυνατό να αποτελούν την αρχική εκδήλωση βαριάς ανοσοανεπάρκειας. Οι ασθενείς μπορούν να εμφανίσουν ανεξήγητο πυρετό, νυκτερινούς ιδρώτες, ανορεξία, απώλεια βάρους ή διάρροια. Τα συμπτώματα αυτά είναι δυνατόν να διαρκέσουν για βδομάδες έως και μήνες πριν από την εμφάνιση αναγνωρίσιμων ευκαιριακών λοιμώξεων. Αυτά τα γενικά συμπτώματα μπορούν επίσης να αντιπροσωπεύουν τις πρώτες εκδηλώσεις συγκεκριμένων ευκαιριακών λοιμώξεων ή να οφείλονται στην ίδια νόσηση από τον ΗΙΥ. Μπορούν ακόμα να συνοδεύονται από γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια ή από δερματοβλεννογόνιες νόσους που προκαλούν η κάντιντας *albicans*, ο ιός του έρπητα ζωστήρα ή ο ιός του απλού έρπητα.

ΔΕΡΜΑΤΟΒΛΕΝΝΟΓΟΝΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Οι διαταραχές του δέρματος και των βλεννογόνων συγκαταλέγονται στις συχνότερες και πρωιμότερες κλινικές εκδηλώσεις της νόσου από τον ΗΙV.

Νοσήματα του στόματος. Η καντιντιασική στοματίτιδα μπορεί να είναι η πρωιμότερη ευκαιριακή και να εκδηλωθεί μετά την εφαρμογή θεραπείας με αντιβιοτικά ευρέως φάσματος. Στην αρχή μπορεί να είναι εντελώς ασυμπτωματική αλλά, καθώς η λοίμωξη επεκτείνεται, είναι δυνατό να προκαλεί έντονο πόνο και δυσφορία κατά τα γεύματα. Το τυροειδές λευκό εξίδρωμα αποκολλάται εύκολα και ο υποκειμενικός βλεννογόνος μπορεί να είναι φυσιολογικός ή να παρουσιάζει φλεγμονή και ερυθρότητα. Στο παρασκεύασμα με φυσιολογικό ορό ή με ΚΟΗ αναγνωρίζονται εύκολα τα βλαστοσπόρια και οι ψευδοϋφές της καντίνας.

Πολύ πρώιμη εκδήλωση της ανοσοανεπάρκειας μπορεί να αποτελέσει και η τριχωτή λευκοπλακία του στόματος, ένα λειχηνοποιημένο πλακκοειδές μόρφωμα που παρατηρείται συχνότερα στις πλάγιες επιφάνειες της γλώσσας, το οποίο είναι ανώδυνο και μπορεί να υποχωρεί και να επανεμφανίζεται αυτόματα.

Οι ασθενείς μπορεί να εμφανίζουν επώδυνα έλκη του στόματος, τα οποία είναι δυνατό να οφείλονται στην ερπητική λοίμωξη (ΗSV) ή να αντιπροσωπεύουν αφθώδεις αλλοιώσεις ασαφούς αιτιολογίας.

Το σάρκωμα του Καρσί είναι ένα κακόηθες νεόπλασμα που προσβάλλει κυρίως ομοφυλόφιλους άνδρες. Οι αλλοιώσεις του σαρκώματος αυτού είναι δυνατό να αναπτυχθούν κατά προτίμηση στο δέρμα ή στο βλεννογόνο του στόματος. Οι στοματικές αλλοιώσεις είναι επηρμένες ή επίπεδες και έχουν ρόδινη, πορφυρή ή κυανή χροιά. Συνήθως είναι ανώδυνες και προκαλούν συμπτώματα όταν αυξηθούν σε μέγεθος και / ή εξελκωθούν.

Παθήσεις του οισοφάγου. Η δυσφαγία και το αίσθημα οπισθοστερνικού καύσου είναι συχνά συμπτώματα και συνήθως αποτελούν ένδειξη καντιντιασικής οισοφαγίτιδας, ιδιαίτερα όταν συνοδεύονται από καντιντιασική στοματίτιδα. Είναι επίσης δυνατό να αναπτυχθεί ελκωτική νόσος του οισοφάγου, που μπορεί να οφείλεται στον ιό του απλού έρπητα, στον κυτταρομεγαλοϊό ή σε γιγάντιες άφθες. Οι ασθενείς των οποίων τα συμπτώματα δεν υποχωρούν γρήγορα (μέσα σε 3-5 ημέρες) με αντιδίκη θεραπεία πρέπει να υποβάλλονται σε οισοφαγοσκόπηση και βιοψία.

Παθήσεις της γεννητικής χώρας. Τα υποτροπιάζοντα έλκη των γεννητικών οργάνων οφείλονται συχνότερα σε ΗΣV. Το κατά Tzanck παρασκεύασμα αποκαλύπτει την παρουσία πολυπύρηνων γιγαντοκυττάρων στα ξέσματα του έλκους, των οποίων η καλλιέργεια ή ο ανοσοφθορισμός επιβεβαιώνει τη διάγνωση. Συχνότερη είναι επίσης η ανεύρεση πρωτογόνου σύφιλης, ενώ το μαλακό έλκος επί του παρόντος είναι σπάνιο.

Παθήσεις του κόλπου και του τραχήλου της μήτρας. Διάφορα είδη κάντιντας μπορούν να προκαλέσουν, γενικά, χωρίς προηγούμενη σεξουαλική επαφή, μια μορφή ερεθιστικής αιδιοκολπίτιδας σε γυναίκες με λοίμωξη από τον ΗIV, αλλά και σε υγιείς οροαρνητικές για ΗIV. Η εξ' αρχής εγκατάσταση ή αύξηση των επεισοδίων καντινιασικής κολπίτιδας φαίνεται να είναι η πιο συχνή πρόιμη εκδήλωση της λοίμωξης από τον ΗIV στις γυναίκες. Στο τυρώδες λευκό εξίδρωμα μπορούν να αναζητηθούν στο οπτικό μικροσκόπιο τα βλαστοσπόρια και οι ψευδοϋφές του μύκητα.

Στις γυναίκες με λοίμωξη από τον ΗIV η μόλυνση με τον ιό του θηλώματος του ανθρώπου συνεπάγεται όχι μόνο γρήγορο πολλαπλασιασμό των θηλωμάτων (οξυτενών κονδυλωμάτων των γεννητικών οργάνων), αλλά και μεγαλύτερο κίνδυνο δυσπλασίας και καρκινώματος του τραχήλου της μήτρας και, συνεπώς, οι ασθενείς αυτές πρέπει ανά 6μηνο να υποβάλλονται σε γυναικολογική εξέταση και τεστ Παπανικολάου.

Παθήσεις του δέρματος. Οι ασθενείς με λοίμωξη από τον ΗIV είναι δυνατό να παρουσιάσουν διάφορες παθήσεις του δέρματος.

ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ	ΘΕΡΑΠΕΙΑ
<u>Απλός έρπης</u>	Διαυγείς φουσαλίδες με ερυθματώδη βάση. Στις χρόνιες συχνή εξέλκωση.	Ακυκλοβίρη 200 mg x 5/ημέρα
<u>Έρπης ζωστήρας</u>	Εντόπιση: στόμα και γεννητικοί βλεννογόνοι, πρόσωπα και χέρια. Ομάδα φουσαλίδων με δερματομιακή κατανομή.	Ακυκλοβίρη 800 mg x 5/ημέρα

<u>Μολυσματικό κήριο</u>	Προσβάλλει γειτονικά δερμοτόμια.	Κρυοθεραπεία και απόξεση.
<u>Σμηγματορροϊκή δερματίτιδα</u>	Χρόνιες σαρκόχρωμες βλαΐδες, συχνά ομφαλωτές, στο πρόσωπο ή στην προγευνητική χώρα.	Κρέμα υδροκορτιζόνης και κρέμα κετοконаζόλης.
<u>Ψωρίαση</u>	Λευκή απολέπιση ή ερυθρηματώδεις πλάκες στο τριχωτό της κεφαλής, σε φρύδια, πρόσωπο, κορμό, μασχάλες, βουβωνικές χώρες.	Κρέμα ακετονιδίου τριαμκινολόνης 0,1%.
<u>Καντιντιασικό εξάνθημα</u>	Απολεπιζόμενες, δακτυλοοειδείς πλάκες σε αγκώνες, γόνατα, και οσφυοιερή χώρα.	Κρέμα υδροκορτιζόνης 1% και κρέμα κετοконаζόλης.
<u>Καντιντιασική στοματίτιδα</u>	Κνιδωτή απολέπιση ή ερυθρηματώδεις πλάκες σε πρόσωπο, κορμό, μασχάλες και βουβωνικές χώρες. Λευκές ή ερυθρηματώδεις πλάκες στους στοματικούς βλεννογόνους.	Τροχίσκοι κλοτριμαζόλης χ 5/ημέρα.σε ανθεκτικές περιπτώσεις: κετοконаζόλη 200 mg.

Στα άτομα αυτά παρατηρούνται συχνότερα απο όσο στα υγιή δερματικές και συστηματικές αντιδράσεις προς διάφορα φάρμακα, ιδιαίτερα προς τα σουλφοναμιδούχα. Πολλοί ασθενείς παρουσιάζουν βαριά σμηγματορροϊκή δερματίτιδα, η οποία συχνά εκδηλώνεται ως λεπιδώδες εξάνθημα του μεσοφρύου και της ρινοχειλικής αύλακας. Επίσης, μεταξύ των ασθενών

παρατηρούνται με μεγαλύτερη από την αναμενόμενη συχνότητα οι λεπιδοειδείς αλλοιώσεις της ψωρίασης, οι οποίες συνήθως είναι ευτονότερες στους αγκώνες.

Ο έρπης ζωστήρας (ομάδα φουσαλιδωδών αλλοιώσεων σε ερυθματώδη βάση με δερματομακρή ή πολυδερματομακρή κατανομή) πολλές φορές εμφανίζεται αφού προηγηθεί ανεξήγητος πόνος στο δερματοτόμιο που έχει προσβληθεί.

Το μολυσματικό κήριο στους ασθενείς με λοίμωξη από τον ΗΙV μπορεί να εντοπίζεται στο πρόσωπο, στον τράχηλο και στην κοιλιακή χώρα. Συχνότερα επίσης παρατηρούνται οξυτενή κουνδυλώματα του προσώπου και της γεννητικής χώρας οφειλόμενα σε λοίμωξη από ιό του θηλώματος (ΗΡV). Οι ασθενείς είναι επίσης δυνατό να παρουσιάζουν γενικευμένο κνησμό, ο οποίος μπορεί να οφείλεται σε φαρμακευτική επίδραση, αλλά επίσης σε ξηρότητα του δέρματος ή σε άγνωστης ακόμα αιτιολογίας και συχνό σε αυτόν του πληθυσμό είναι το σύνδρομο των «κνησμοδών βλατίδων».

Οι δερματικές αλλοιώσεις του σαρκώματος του Kaposi μπορούν να είναι επίπεδες ή επηρμένες, ερυθρές, καστανόχρωμες ή κυανές και να μοιάζουν με δείγματα εντόμων, σπίλους ή εκχυμώσεις. Κατά την εξέτασή τους οι αλλοιώσεις του σαρκώματος του Kaposi συχνά έχουν στερεή υφή όταν κινούνται μεταξύ των δακτύλων, ενώ κατά το χειρισμό αυτό πολλές καλοήθειες αλλοιώσεις, π.χ. οι εκχυμώσεις, δεν διαφέρουν από το υγιές δέρμα.

Αντιμετώπιση. Πολλά από τα ελαφρά δερματοβλεννογόνια προβλήματα, μπορούν εύκολα να αντιμετωπιστούν, αλλά συχνά υποτροπιάζουν. Η καντιντιασική στοματίτιδα και κολπίτιδα αρχικά ανταποκρίνονται συνήθως στην τοπική θεραπεία, αλλά είναι δυνατό να απαιτήσουν μακροχρόνια θεραπεία από το στόμα, προκειμένου να προληφθούν οι συχνές υποτροπές τους. Η οισοφαγική καντιντίαση απαιτεί πάντοτε συστηματική θεραπεία με κάποιο ιμιδαζόλιο (π.χ. φλουκουαζόλη, 200 mg την ημέρα).

Ο υποτροπιάζων ή χρόνιος ελκωτικός περιστοματικός ή περινεϊκός απλός έρπης συνήθως ανταποκρίνεται γρήγορα στη χορήγηση ακυκλοβίρης από το στόμα, αλλά είναι δυνατό να απαιτήσει χρόνια θεραπεία με ακυκλοβίρη,

ώστε να προληφθούν οι συχνές υποτροπές του. Ωστόσο, με τη χρόνια κατασταλτική θεραπεία είναι δυνατό να προκύψουν στελέχη του ΗSV ανθεκτικά στην ακυκλοβίρη, που δημιουργούν την ανάγκη αντιμετώπισης της νόσου με ευδοφλέβια χορήγηση φροσκαρνέτης. Αν και είναι αβέβαιη η αποτελεσματικότητα της αντικής θεραπείας του έρπητα του ζωστήρα σε άτομα με λοίμωξη από τον HIV, πολλοί κλινικοί χορηγούν ακυκλοβίρη από το στόμα.

Η αντιμετώπιση των αφθωδών ελκών είναι δύσκολη. Τα γιγάντια και τα οισοφαγικά έλκη είναι δυνατό να ανταποκριθούν στη συστηματική χορήγηση κορτικοστεροειδών, πριν από την οποία όμως έχει μεγάλη σημασία η καλλιέργεια του υλικού, ώστε να είναι βέβαιο ότι δεν πρόκειται για ιογενή έλκη. Η τεκμηρίωση της παρουσίας κυτταρομεγαλοϊού (CMV) σε οισοφαγικό έλκος είναι ένδειξη ευδοφλέβιας θεραπείας με γανκυκλοβίρη ή φροσκαρνέτη επί 2-3 εβδομάδες ή μέχρι την ευδοσκοπική επιβεβαίωση της εξαφάνισης των ελκών.

Η σμηγματορροϊκή δερματίτιδα πολλές φορές ανταποκρίνεται στην τοπική εφαρμογή κρέμας υδροκορτιζόνης. Τα θηλώματα που οφείλονται σε HPV και οι αλλοιώσεις του μολυσματικού κηρίου μπορούν να αντιμετωπιστούν με κρυοθεραπεία.

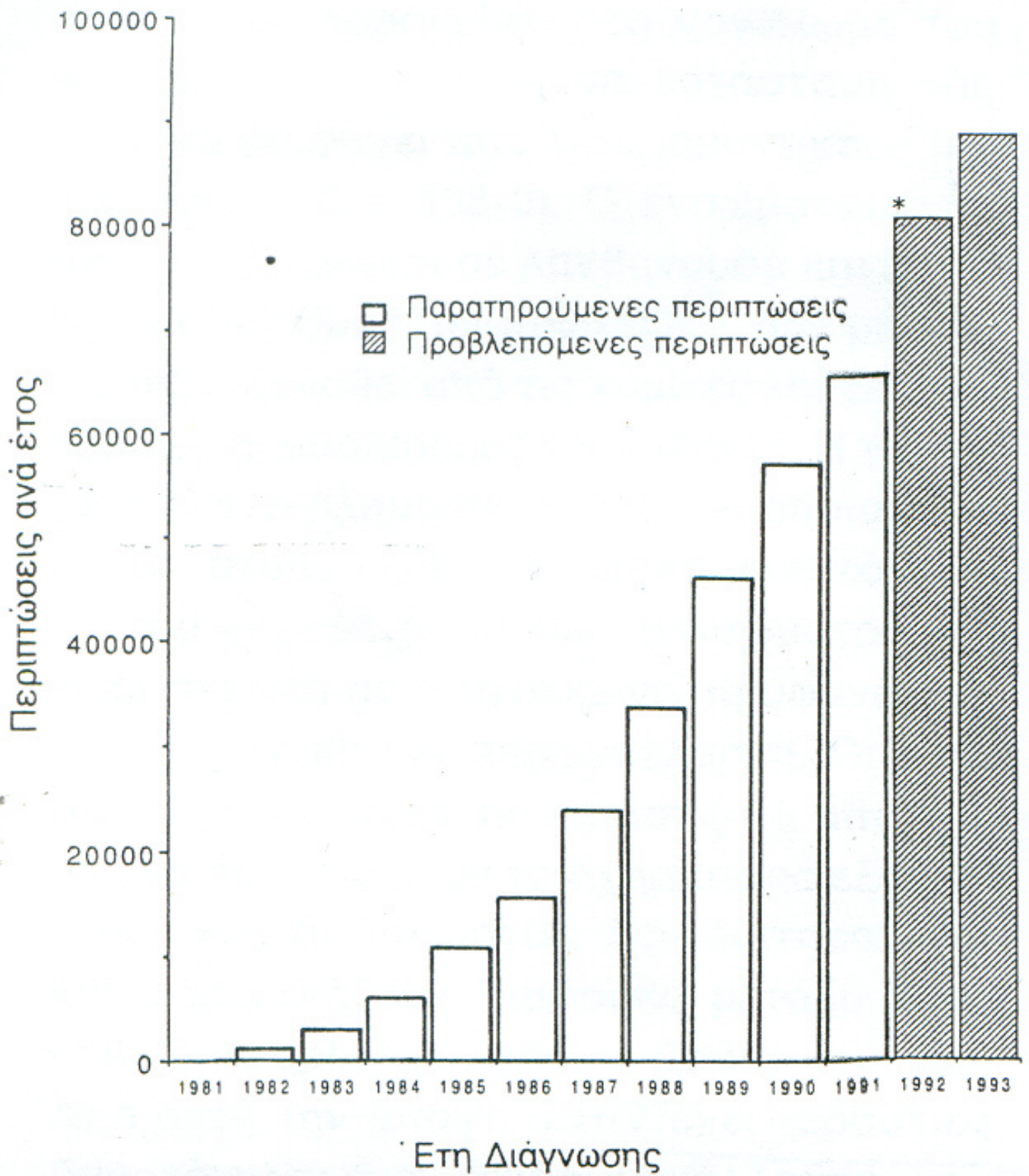
2.9 ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΑΠΟ ΤΟΝ HIV

Η παραγωγή αποτελεσματικού εμβολίου αποτελεί το στόχο εντατικής έρευνας και σήμερα βρίσκονται σε εξέλιξη οι πρώτες δοκιμές πιθανών εμβολίων.

Η μόνη πάντως, διαθέσιμη σήμερα μέθοδος πρόληψης της μετάδοσης του HIV είναι η αλλαγή της συμπεριφοράς. Η υιοθέτηση ασφαλέστερων σεξουαλικών συνηθειών από διάφορες ομάδες ατόμων υψηλού βαθμού κινδύνου μόλυνσης με τον HIV (π.χ. ομοφυλόφιλων) συνοδεύτηκε από ελάττωση της συχνότητας των νέων μολύνσεων στις ομάδες αυτές. Η διατήρηση πάντως, αυτών των αλλαγών της συμπεριφοράς για μεγάλες χρονικές περιόδους μπορεί να είναι δύσκολη και για το λόγο αυτό, έχει μεγάλη σημασία η ενίσχυσή τους. Επιπλέον η αρνητική στάση απέναντι στη χρήση του προφυλακτικού αυξάνει το συνεχή κίνδυνο μετάδοσης του

ΗΙΥ. Κατά συνέπεια, η παροχή συμβουλών σχετικών με την επικίνδυνη συμπεριφορά, και ιδιαίτερα με τη χωρίς προφυλάξεις συνουσία, πρέπει να αποτελεί μέρος κατά τις επισκέψεις στα κέντρα υγείας.

Οι μέθοδοι ελέγχου των μολύνσεων, που συνήθως συνιστώνται για την προστασία των ασχολουμένων στα επαγγέλματα υγείας, συνίστανται στην εφαρμογή των γενικών μέτρων προφύλαξης κατά την επαφή με το αίμα και τα σωματικά υγρά. Το σπουδαιότερο μέτρο είναι η σχολαστική προσοχή κατά τη χρησιμοποίηση και απόρριψη των αιχμηρών εργαλείων, διότι οι περισσότερες ενδοοσοκομειακές μολύνσεις με τον ΗΙΥ έχουν προκληθεί από τυχαίους νυγμούς με μολυσμένες βελόνες. Συγκεκριμένα οι βελόνες δεν πρέπει να αποσύρονται ποτέ απο το προστατευτικό κάλυμμα τους.



Η ΖΩΗ ΜΕ ΑΙΔΣ ΜΙΑ ΑΛΗΘΙΝΗ ΙΣΤΟΡΙΑ...

Ψάχνοντας στοιχεία που αφορούν τα Σ.Μ.Ν και συγκεκριμένα το Αίδς, βρεθήκαμε αντιμέτωποι με μια αληθινή ιστορία η οποία είχε δημοσιευτεί σε γνωστό περιοδικό «cosmopolitan» τον Ιούνιο του 2004. Στο περιοδικό αυτό κατά καιρούς μπορούν να κάνουν αναφορές διάφορα πρόσωπα τα οποία μιλούν για το δικό τους προσωπικό πρόβλημα. Επειδή η συγκεκριμένη ιστορία ήταν τόσο αποκαλυπτική και με απόλυτο ενδιαφέρον πιστέψαμε ότι πραγματικά άξιζε να την προσθέσουμε στην πτυχιακή μας εργασία και έτσι λοιπόν σας την παρουσιάζουμε αυτούσια χωρίς να έχει υποστεί κανένα είδος αλλαγής:

«Τον Αύγουστο του 2002 πάω σε ένα ιατρικό κέντρο για να δω αν έχω θυρεοειδή επειδή δεν έπαιρνα βάρος-ήμου 42 κιλά, με ύψος 1,64. Σκέφτομαι να κάνω και μια εξέταση για Αίδς. Είναι η δεύτερη φορά που κάνω τέτοια εξέταση στη ζωή μου. Η πρώτη ήταν το 1998, όταν είχα σχέση με κάποιον που πήγαινε με πολλές γυναίκες, αν και αυτό το έμαθα πολύ αργότερα. Η δεύτερη είναι το 2002. Έχω μια άλλη σχέση δύο ετών με κάποιον που πριν ήταν παντρεμένος με μια γυναίκα που έκανε κονσομασιόν (ήταν ήδη σε διάσταση όταν τον γνώρισα). Έχω κάνει κι εγώ βέβαια πολλές σχέσεις, που η διάρκειά τους ήταν λίγων ημερών, λίγων εβδομάδων ή και μιας νύχτας. Σκεφτόμουν ότι αν δεν τα κάνω τώρα που είμαι μικρή, τότε θα τα κάνω. Πάντα όμως χρησιμοποιούσα προφυλακτικό. Μόνο σ' αυτές τις δύο σχέσεις δε χρησιμοποίησα. Αυτό ήταν και το τεράστιο λάθος μου!

Τα αποτελέσματα της πρώτης εξέτασης, το 1998, βγήκαν αρνητικά. Στη δεύτερη όμως εξέταση, το 2002, τα αποτελέσματα μου βγαίνουν αναμφίβολα. Πανικοβάλλομαι και αρχίζω να το λέω στο φίλο μου, στον πατέρα και τον αδερφό μου. Όλοι μου λένε ότι στο συγκεκριμένο ιατρικό κέντρο όπου είχα πάει κάνουν πολλές φορές λάθος. Έτσι, πάω σε άλλο νοσοκομείο την επόμενη μέρα. Κάνω νέες εξετάσεις και περιμένω άλλες τρεις μέρες. Απο εκεί όμως τηλεφωνούν και αρχίζουν ερωτήσεις του στυλ: με πόσους έχω πάει, αν έχω ταξιδέψει στο εξωτερικό κ.λ.π. Μου ανακοινώνουν ότι τα αποτελέσματα βγήκαν αμφίβολα κι ότι θα τα στείλουν για περαιτέρω αναλύσεις στην Υγειονομική Σχολή. Τότε είναι

που παθαίνω νευρική κρίση. Ξεσπάω σε κλάματα στην αγκαλιά του πατέρα μου, γιατί τότε πλέον καταλαβαίνω ότι κάτι δεν πάει καλά, ότι ίσως έχω *Aids*. Απο την άλλη, λένε στον πατέρα μου ότι μπορεί να έχω κολλήσει γρίπη γι' αυτό και βγαίνει αμφίβολη η εξέταση, μπερδευόταν δηλαδή, μπορεί να μην έχω και τίποτα. Φυσικά δεν το πιστεύω...

Έτσι λοιπόν, είμαι ξανά στην αναμονή για μια ολόκληρη εβδομάδα προσπαθώντας να μην το πολυσκέφτομαι. Όταν φτάνει η μέρα να βγουν τα αποτελέσματα, αποφασίζω να πάω πρώτα μια βόλτα στο Σούνιο με το φίλο μου και να τα πάρω το απογευματάκι. Όλη τη μέρα με παίρνει τηλέφωνο ο πατέρας μου και μου έχουν σπάσει τα νεύρα. Καταλαβαίνω φυσικά το άγχος του, αλλά δεν το αντέχω αυτό το «πήγες για τα αποτελέσματα;», «πότε θα πας;» κ.λ.π.

Έχω να πάω στις 7:30 να παραλάβω το χαρτάκι με τις απαντήσεις, και γύρω στις 5 χτυπάει το κινητό μου. Στην αναγνώριση βλέπω «μπαμπάς». Το σηκώνω και με ρωτάει: «τι ώρα θα πας στο ιατρικό κέντρο;». «κατά τις 7-7:30» του απαντάω. Και τότε μου λέει: «'Ασ' το, καμάρι μου, μην πας. Βγήκε θετικό».

Τότε σιώπησα. Γύρισα, κοίταξα το φίλο μου και ξέσπασα σε κλάματα. Με το ένα χέρι στηριζόμενοι σ' έναν κορμό, γιατί τα πόδια μου δε με βάσταγαν εκείνη τη στιγμή, δεν τα ένιωθα. Έτρεξε και με πήρε αγκαλιά. Κλαίγοντας έλεγα στο φίλο μου, αλλά και στον πατέρα μου, που βρισκόταν στο τηλέφωνο ακόμα, γιατί να συμβεί αυτό σε μένα, ότι θα πεθάνω σε κάνα πεντάρι χρόνια, αυτά ήταν ακριβώς τα λόγια μου. Όπως καταλάβατε, ήμασταν παντελώς απληροφόρητοι γύρω απ' το θέμα...

Ήταν Πάρασκευή όταν έμαθα για τα δικά μου αποτελέσματα και είχα πει στο φίλο μου ότι αν έβγαίναν θετικά, θα πήγαινε κι εκείνος. Έκανε εξετάσεις τη Δευτέρα. Περιμέναμε άλλες τρεις μέρες, αλλά κανείς δε μας πήρε τηλέφωνο για διάφορες ερωτήσεις. Του έλεγα ότι είναι καθαρός και μου απαντούσε «αποκλείεται». Ποτέ δεν έριξε ο ένας το φταιξιμο στον άλλο, ο καθένας μας στον εαυτό του μονάχα. Όπως καταλάβατε, ήταν αρνητικός! Εγώ χάρηκα που δεν τον πήρα στο λαϊμό μου, εκείνος για πρώτη φορά (και ίσως για τελευταία) έκλαψε. Έλεγε: «ποιος παλιάνθρωπος σε κόλλησε;». Δεν μπορούσα να βλέπω έναν άντρα 34 χρονών να κλαίει. Στο νοσοκομείο όπου πήγα μου είπαν ότι η γυναίκα δύσκολα κολλάει τον άντρα.

Και τότε άρχισε ο δικός μου Τολγοθάς. Είχα πολύ χαμηλά λευκά αιμοσφαίρια. Το όριο είναι 4.000 και πάνω κι εγώ βρισκόμουν στα 1.200, με μεγάλο κίνδυνο να αρρωστήσω, να μου γυρίσει σε πνευμονία και να πω «αντίο, κόσμε». Ταυτόχρονα, από τη στενοχώρια μου, παθαίνω έρπη ζωστήρα και έχω τρελή φαγούρα, αλλά ευτυχώς όχι πόνο. Κάθε μήνα μου έπαιρναν αίμα και μου έκαναν δυο παρακεντήσεις να τραβήξουν υγρό από το μυελό των οστών γιατί δεν έπαιρνα κιλά, μάλιστα είχα χάσει δύο. Είχα φτάσει στα 40 κιλά και μου έκαναν τις δυο αυτές παρακεντήσεις (ούτε στον εχθρό μου) για να δουν αν έχω λεμφώματα, δηλαδή καρκίνο. Ευτυχώς ήμουν και εξακολουθώ να είμαι μια χαρά. Αποφεύγω τους αρρώστους για να μην κολλήσω. Πότε-πότε με πιάνει διάρροια και δεν προλαβαίνω να φτάσω στην τουαλέτα.

Έτσι λοιπόν, έχω μάθει να ζω με την ασθένειά μου και μπορώ να πω ότι με έκανε καλύτερο άνθρωπο. Με έκανε να αγωνίζομαι και κατάλαβα πόσες αντοχές μπορεί να έχει ο καθένας μας. Βέβαια, πιστεύω ότι αν δεν είχα τον πατέρα, τον αδερφό μου και πάνω απ' όλα το φίλο μου, θα είχα καταρρεύσει από καιρό. Και δε θέλω τίποτε περισσότερο από το να ζήσω και ίσως αργότερα να κάνω κι ένα παιδάκι, χωρίς να φοβάμαι μην του μεταδώσω τον ιό. Όσο για τα λευκά μου, τα ανέβασα στα 4.600. Κιλά δεν έχω βάλει, αλλά δεν έχω αρρωστήσει (ακόμα), δε θα πεθάνω νέα.

Αν αναρωτιέστε ποιος με κόλλησε, ήταν ο άντρας που αγάπησα πολύ το 1998, που μου έμαθε τον έρωτα, κι αυτό το πλήρωσα ακριβά. Μη σας παρασέρνει η ομορφιά ενός άντρα, η αγάπη που θα σας πουλήσει ή το πόσο καιρό είστε μαζί, αν πρώτα δε βεβαιωθείτε ότι είστε και οι δυο εντάξει. Ο άντρας κολλάει τη γυναίκα τόσο εύκολα όσο δε φαντάζεστε. Ακόμη και μέσω του στοματικού έρωτα. Μ' αυτόν τον άνθρωπο ήμουν τρία χρόνια. Αλλά, δυστυχώς, στη ζωή είμαστε όλοι μόνοι.

Αλλά ξέρετε, ποτέ δε μετάνιωσα για ότι έχω κάνει. Ήταν γραφτό μου»...

ΜΕΡΟΣ 2^ο

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

Αγωγή υγείας στη σχολική κοινότητα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

Αποδοχή προγραμμάτων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

*Διδασκαλία Aids / σεξουαλικά μεταδιδόμενων
νοσημάτων.*

1. ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗ ΣΧΟΛΙΚΗ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ

Κατά την κατάρτιση του σχολικού προγράμματος αγωγής υγείας , όσον αφορά το *Aids* και τα Σ.Μ.Ν., οι εκπαιδευτικές αρχές σε συνεργασία με τις αρχές δημόσιας υγείας θα πρέπει να ορίσουν : α) το βασικό σκοπό, β) και μία σειρά δευτερευόντων σκοπών που να σχετίζονται με τις γνώσεις , τις στάσεις και τις δεξιότητες των ατόμων στα οποία θα αναφέρεται η αγωγή υγείας.

Α) Βασικός σκοπός της αγωγής υγείας είναι η προαγωγή της συμπεριφοράς που προλαμβάνει τη μετάδοση του *HIV* και των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων. Ο σκοπός πρέπει να σχετίζεται με τους σκοπούς του εθνικού προγράμματος για το *Aids*. Έτσι το πρώτο βήμα στη προετοιμασία ενός προγράμματος αγωγής υγείας για τα Σ.Μ.Ν. και το *Aids* είναι η μετατροπή των στόχων του προγράμματος σε στόχους αγωγής υγείας.

Β) Οι μαθητές που ολοκληρώνουν το πρόγραμμα θα πρέπει:

- Να έχουν κατανοήσει τη φύση και τους τρόπους μετάδοσης των Σ.Μ.Ν. και του *Aids*.
- Να είναι σε θέση να αναγνωρίζουν τα συμπτώματα της λοίμωξης από τον *HIV* και των Σ.Μ.Ν. και να αναγνωρίζουν που θα βρουν προστασία, συμβουλές και ιατρική φροντίδα.
- Να είναι σε θέση να λάβουν βάσιμες αποφάσεις για την προσωπική και κοινωνική συμπεριφορά τους, κατά τρόπο που να μειώνεται ο κίνδυνος μετάδοσης των Σ.Μ.Ν. και του *HIV*.
- Να δείχνουν αλληλεγγύη προς εκείνους που έχουν μολυνθεί με κάποιο Σ.Μ.Ν. , να σέβονται το δικαίωμά τους να έχουν ιδιωτική ζωή και να αναγνωρίζουν τα οφέλη από τη συνεχιζόμενη συμμετοχή των μολυσμένων με τον *HIV* μαθητών και των εργαζομένων στη σχολική κοινότητα.
- Να έχουν αποκτήσει την ικανότητα να απορρίπτουν προκαταλήψεις και μύθους για τη λοίμωξη με τον *HIV* και τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.

Για το σχεδιασμό αγωγής υγείας για το *Aids* και τα Σ.Μ.Ν. είναι επιθυμητό να γίνει επεξεργασία αυτών των στόχων του προγράμματος. Έτσι, η πρόληψη της λοίμωξης από τον *HIV* μπορεί να επεκταθεί σε ελάττωση της εξάπλωσης της λοίμωξης μέσω της σεξουαλικής επαφής, μολυσμένου αίματος και περιγεννητικής μετάδοσης. Αυτό, με τη σειρά του, μπορεί να διατυπωθεί με πιο κατάλληλους όρους για το σχεδιασμό αγωγής υγείας:

- Να ενθαρρύνει σεξουαλική συμπεριφορά που μειώνει το κίνδυνο λοίμωξης από τον *HIV*.
- Να διδάξει στο υγειονομικό και το λοιπό προσωπικό πώς να χειρίζονται σωστά το αίμα, τα όργανα των ενέσεων και τα εργαλεία, με τα οποία τρυπιέται το δέρμα.
- Να ενημερώσει τους μελλοντικούς γονείς και τις μαίες για τον κίνδυνο λοίμωξης με περιγεννητική μετάδοση.
- Να υποστηρίξει προσπάθειες για τη μείωση της μετάδοσης από τη λοίμωξη με τον *HIV*, παρέχοντας σωστές πληροφορίες για το *Aids* και διαθέτοντας συμβουλευτικές υπηρεσίες και υπηρεσίες ελέγχου.

Η αγωγή *AIDS*/Σ.Μ.Ν. πρέπει πρωτίστως να αφορά την πρόληψη της μετάδοσης και τη βελτιστοποίηση της υγείας. Τα προγράμματα σχολικής αγωγής υγείας, τα οποία εστιάζονται αποκλειστικά στην παροχή γνώσεων, ενδέχεται να αποτύχουν ως προς τις δεξιότητες, τις στάσεις και την υποστήριξη που θα συμβάλλουν, ώστε να μειωθεί ο κίνδυνος μετάδοσης και να διατηρηθεί η υγεία. Η ανάπτυξη των παραπάνω θα πρέπει λοιπόν να θεωρηθεί βασικός στόχος του προγράμματος.

2. ΑΠΟΔΟΧΗ ΠΡΟΤΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Η επιτυχημένη ολοκλήρωση της σχολικής αγωγής εξαρτάται, όσον αφορά το *Aids* και τα Σ.Μ.Ν., από την αποδοχή και την υποστήριξη της από:

- Τους διευθυντές των σχολίων,

- Τους εκπαιδευτικούς και τους αντιπροσωπευτικούς οργανισμούς τους,
- Τους κυβερνητικούς αρμόδιους,
- Την κοινότητα στο σύνολό της,
- Τους γονείς,
- Τους μαθητές,
- Άλλες ειδικές ομάδες, όπως οι πολιτισμικές και οι θρησκευτικές.

Επίσης, είναι πιθανόν ότι το πρόγραμμα θα γίνει αποδεκτό, αν υποστηριχθεί από κάποιο σημαντικό κλάδο των εθνικών προγραμμάτων για την πρόληψη και τον έλεγχο του *Aids* και των Σ.Μ.Ν. Αναπτυξιακές στρατηγικές και συμπληρωματικές δραστηριότητες για να επιτευχθεί η αποδοχή του προγράμματος αποτελούν βασικό μέρος του σχεδιασμού αγωγής υγείας.

ΜΕΘΟΔΟΙ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Μερικές στρατηγικές, που πιθανόν να αυξήσουν την πιθανότητα αποδοχής του προγράμματος, είναι :

- Να διασφαλιστεί ότι θα ενημερωθούν πλήρως όλα τα ενδιαφερόμενα άτομα και ομάδες.
- Να προσδιοριστούν και να διευθετηθούν οι ανησυχίες ατόμων ή ομάδων, που πιθανόν να δυσκολεύονται να αποδεχτούν το πρόγραμμα.
- Να δημιουργηθούν ευκαιρίες για εκτενή ενημέρωση σχετικά με το *Aids* και τα Σ.Μ.Ν.

- Να επιδιωχθεί η συμμετοχή όσο το δυνατόν περισσότερων ατόμων και ομάδων στη λήψη αποφάσεων στα στάδια του σχεδιασμού και της αποδοχής.
- Να προβλεφθεί διαδικασία για ευπρόσδεκτη ανατροφοδότηση.

3. ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑ AIDS ΚΑΙ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ

Για να είναι αποτελεσματική η διδασκαλία του Aids και των Σ.Μ.Ν. στα ενδιαφερόμενα άτομα ή τις ομάδες, θα πρέπει πάνω απ' όλα να υπάρχει μια σωστή και οργανωμένη ενημέρωση από το Υπουργείο Υγείας και από τις αρχές Δημόσιας Υγείας στα άτομα αυτά.

Θα πρέπει να δημιουργηθούν ειδικά εκπαιδευτικά προγράμματα στα σχολεία απ' όλους τους φορείς υγείας (Κέντρα Υγείας, Νοσοκομεία, Υγειονομικές υπηρεσίες κ.ά.) έτσι ώστε να επιτευχθεί η σωστή πληροφόρηση των νέων για το AIDS και τα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα. Η καθιέρωση ενός τέτοιου μαθήματος τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα θα είναι αρκετό για να κατανοήσουν οι νέοι όλα όσα χρειάζεται να γνωρίζουν για τα αφροδίσια, όσον αφορά τη μετάδοσή τους, την πρόληψή τους, και τη θεραπεία τους, εάν αυτή είναι εφικτή.

Το μάθημα αυτό θα πρέπει να το αναλάβει κάποιος εκπαιδευτικός που να είναι ειδικός σ' αυτό τον τομέα. Θα πρέπει να ξέρει πώς να τραβήξει το ενδιαφέρον των μαθητών και με τα κατάλληλα μέσα να τους γνωστοποιήσει τα προβλήματα και τις ανάγκες των αφροδισίων νοσημάτων κατά την εξέλιξή τους. Χρησιμοποιώντας διάφορες μεθόδους, όπως οπτικά μέσα, σλάϊτς, κάρτες, σκίτσα κ.α. θα μπορέσει να τους εξηγήσει επακριβώς τα σημεία που κάθε ένα από τα Σ.Μ.Ν. προσβάλλει, έτσι ώστε, με αυτό τον τρόπο, οι νέοι και όλοι οι ενδιαφερόμενοι, όταν παρατηρήσουν κάποια αλλαγή στο σώμα τους να μπορούν να την αναγνωρίσουν και να απευθυνθούν αμέσως σε κάποιο γιατρό.

Σκοπός του μαθήματος αυτού βέβαια είναι όχι να μάθουν οι μαθητές να αναγνωρίζουν τα αφροδίσια νοσήματα, πράγμα δύσκολο γι' αυτούς, αλλά πώς να προλαμβάνουν και με ποιους τρόπους την μετάδοσή τους (προφυλακτικό, αντισυλληπτικά χάπια κ.α.).

Σε συνδυασμό με τα παραπάνω, θα πρέπει να δίνεται βάρος στις ανάγκες και τον τρόπο ζωής των μαθητών, εάν δηλαδή ζουν στην πόλη ή στην περιφέρεια, που τις περισσότερες φορές παίζει σημαντικό ρόλο στην πλουσιότερη εκπαίδευσή τους.

Στον τρόπο όμως αυτό μετάδοσης γνώσεων σχετικά με το ΑΙΔΣ και τα Σ.Μ.Ν. θα μπορέσουν να βοηθήσουν και άλλοι παράγοντες όπως τα Κέντρα Υγείας, τα Νοσοκομεία, διάφορα Ινστιτούτα, τα Μ.Μ.Ε. κ.α., οι οποίοι μπορούν με διάφορες και απλές μεθόδους να ενημερώσουν όλο τον κόσμο, παιδιά και γονείς.

Επίσης, θα μπορούσαν οι νέοι να παρακολουθήσουν προγράμματα οικογενειακού προγραμματισμού οργανωμένα από τα νοσοκομεία ή τα Κέντρα Υγείας μέσα απ' τα οποία να μπορούν να ενημερωθούν όχι μόνο για το Αids ή τα Σ.Μ.Ν. αλλά και για όποια άλλα θέματα θέλουν οι ίδιοι να ενημερωθούν σχετικά με την οικογένεια, τον τρόπο ζωής τους μέσα στην οικογένεια, τις σχέσεις με τους άλλους ανθρώπους και την σχέση με το σύντροφό τους.

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Το ερευνητικό μέρος της εργασίας μας πραγματοποιήθηκε κυρίως σε σχολεία και όχι μόνο, διαφόρων περιοχών της Ελλάδος (Κρήτη, Λήμνος, Κως, Κάλυμνος, Εύβοια κ.α.) και αφορά ένα δείγμα 110 ατόμων (αγόρια, κορίτσια) ηλικίας απο 14-22 ετών.

Η έρευνα έγινε μέσω γραπτών ερωτηματολογίων, τα οποία συμπληρώθηκαν απο τους ερωτηθέντες. Τονίσθηκε σε κάθε άτομο που δινόταν το ερωτηματολόγιο το γεγονός ότι τα στοιχεία αφορούν μόνο ερευνητικούς σκοπούς, ότι υπάρχει απόλυτη εχεμύθεια και ότι όλες οι πληροφορίες θα μείνουν απόρρητες και δε θα χρησιμοποιηθούν για κανένα άλλο σκοπό εκτός απο τη διεκπεραίωση της έρευνας.

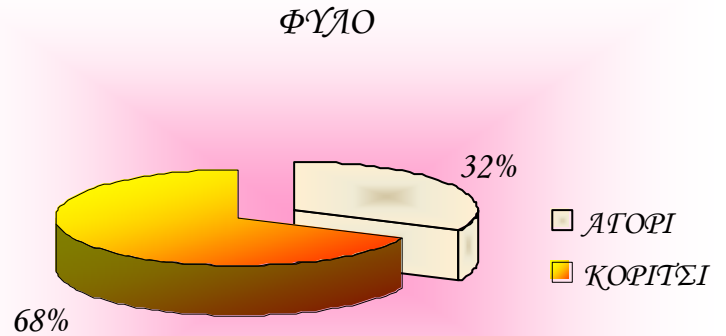
Η έρευνα αυτή αφορά τη συλλογή στοιχείων προκειμένου να διαπιστώσουμε κατά πόσο υπάρχει ενημέρωση σχετικά με τα Σ.Μ.Ν. σε παιδιά ηλικίας 14-22 ετών και αν πραγματικά είναι ενημερωμένοι, πως συμπεριφέρονται όταν βρεθούν αντιμέτωποι με τα νοσήματα αυτά..!

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ (ΣΧΟΛΙΑ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ)
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ
ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ**

1. ΦΥΛΟ

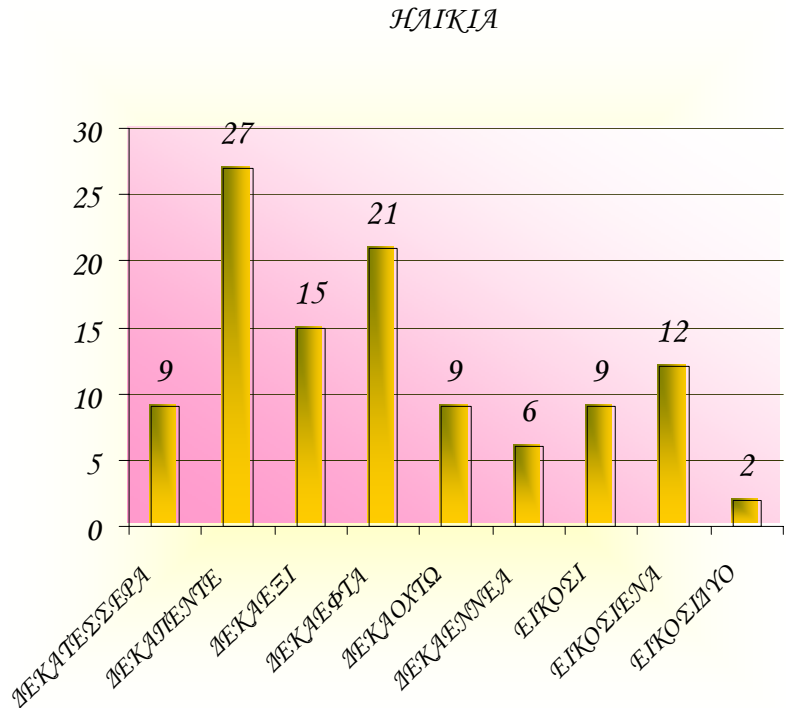
36 ΑΤΟΡΙΑ
74 ΚΟΡΙΤΣΙΑ

Το 32% των ερωτηθέντων είναι αγόρια ενώ το 68% αποτελούν τα κορίτσια.



2. ΗΛΙΚΙΑ

14 → 9	19 → 6
15 → 27	20 → 9
16 → 15	21 → 12
17 → 21	22 → 2
18 → 9	

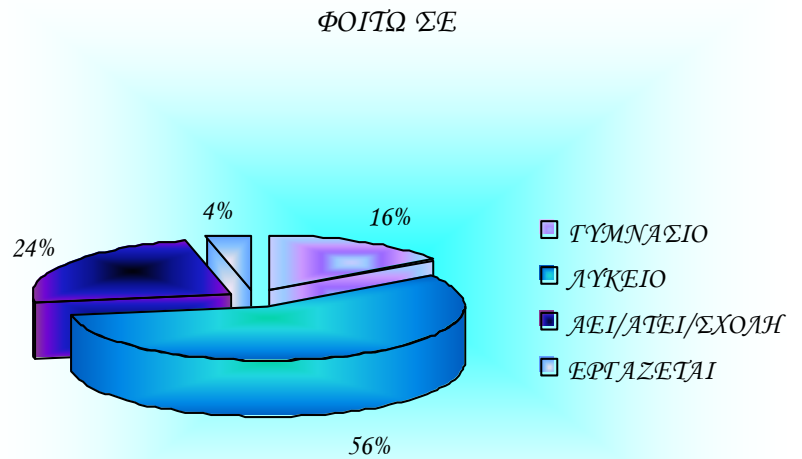


Το 8,18% των ερωτηθέντων είναι ηλικίας 14 ετών, το 24,5% είναι ηλικίας 15 ετών, το 13,6% είναι 16 ετών, το 19,1% είναι ηλικίας 17 ετών, το 8,18% είναι 18 ετών, το 5,4% είναι 19 ετών, το 8,18% είναι 20 ετών, το 10,9% είναι 21 ετών και το 1,8% είναι 22 ετών.

3. ΦΟΙΤΩ ΣΕ:

18 ΓΥΜΝΑΣΙΟ 62 ΛΥΚΕΙΟ 26 Α.ΤΕΙ/ΑΕΙ 4 ΕΡΓΑΖΟΜΑΙ

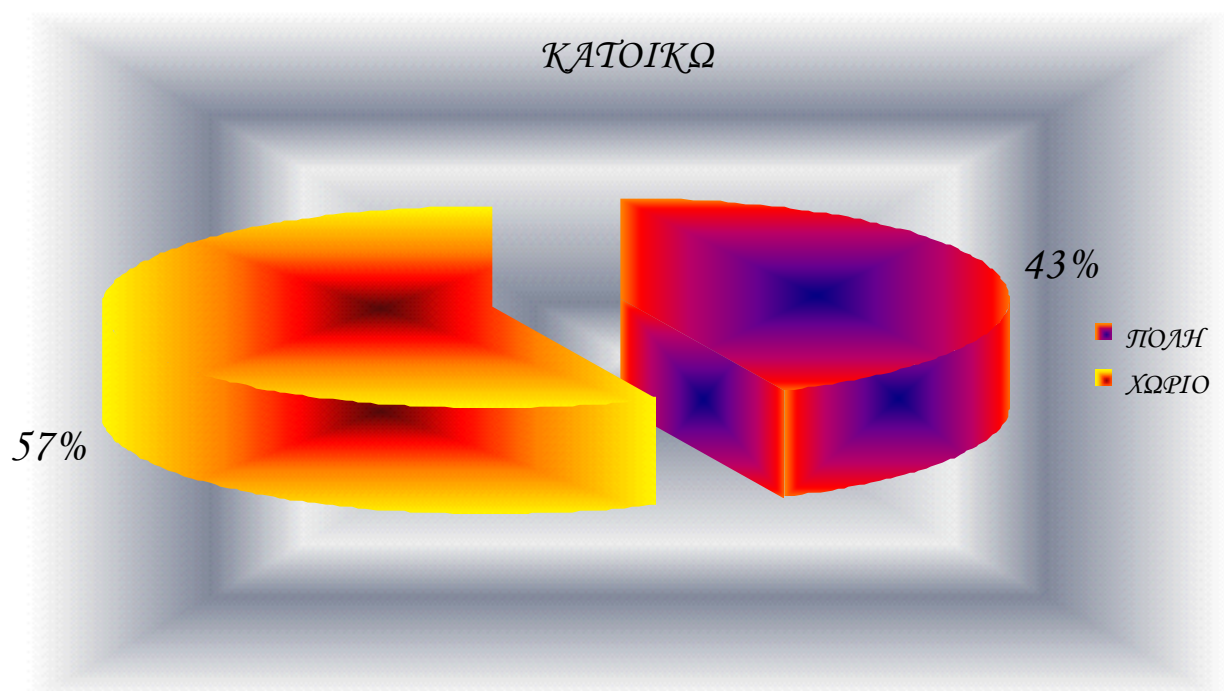
Όσον αφορά το μορφωτικό επίπεδο των ερωτηθέντων το 16% φοιτούν σε γυμνάσιο, το 56% φοιτούν στο λύκειο, το 24% φοιτούν σε Α.ΤΕΙ/ΑΕΙ ενώ ένα μικρό ποσοστό του 4% εργάζονται.



4. ΚΑΤΟΙΚΩ :

47 ΣΤΗΝ ΠΟΛΗ 63 ΣΕ ΧΩΡΙΟ

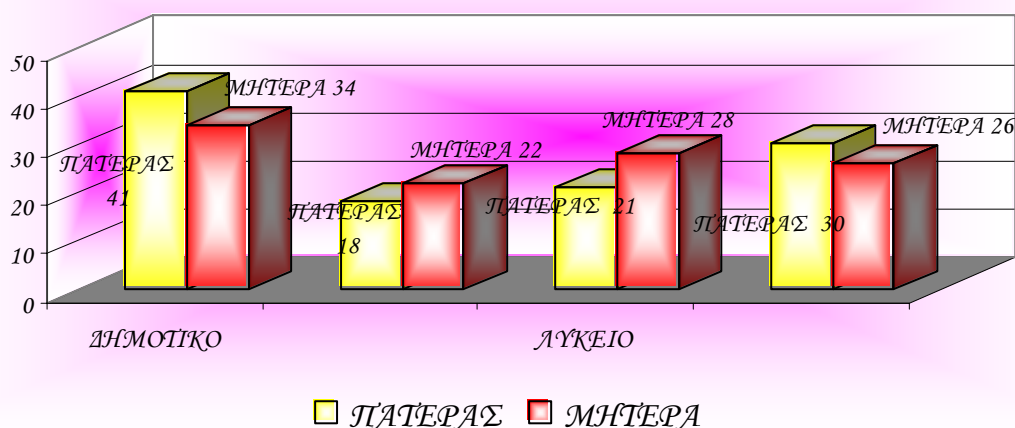
Το 43% των εφήβων κατοικεί σε πόλεις, ενώ το 57% κατοικεί σε χωριό.



5. ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΤΟΝΕΩΝ

	<u>ΠΑΤΕΡΑΣ</u>	<u>ΜΗΤΕΡΑ</u>
ΔΗΜΟΤΙΚΟ	41	34
ΓΥΜΝΑΣΙΟ	18	22
ΛΥΚΕΙΟ	21	28
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ / ΤΕΙ	30	26

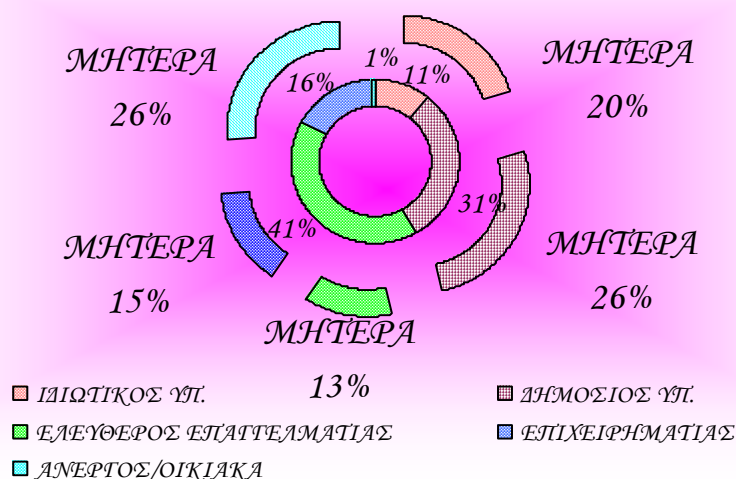
ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΤΟΝΕΩΝ



6. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΤΟΝΕΑ:

	<u>ΠΑΤΕΡΑΣ</u>	<u>ΜΗΤΕΡΑ</u>
ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΥΠ.	12	22
ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΥΠ.	34	29
ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ ΕΠ.	45	14
ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΙΑΣ	18	16
ΑΝΕΡΤΟΣ/Η	1	29

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΤΟΝΕΑ



7. ΕΧΕΙΣ ΔΕΣΜΟ; ΕΧΕΤΕ ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ;

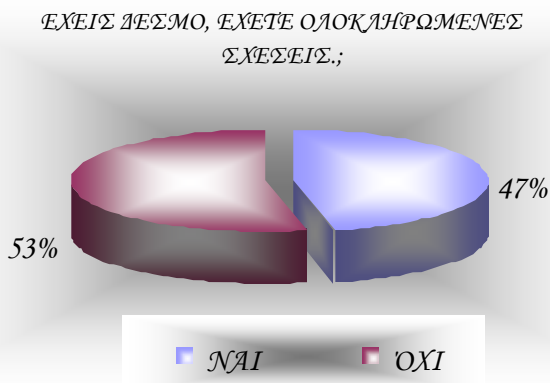
52 ΝΑΙ

58 ΟΧΙ

Το 47% των ερωτηθέντων έχουν ολοκληρωμένες σχέσεις ενώ το 53% δεν έχουν ανεπτυγμένη σεξουαλική ζωή.

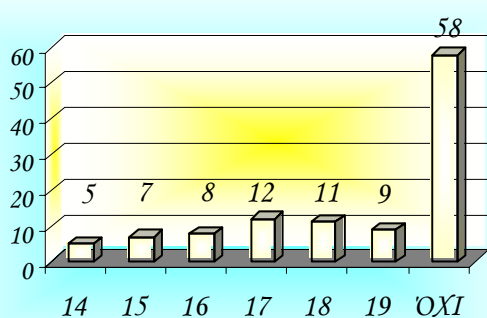
Αναλύοντας τα στοιχεία της έρευνας παρατηρήσαμε πως το 48,5% των ερωτηθέντων αγοριών έχουν απαντήσει θετικά ενώ το 51,4% αρνητικά. Σε αντίθεση με τα κορίτσια που το μεγαλύτερο ποσοστό, δηλαδή το 54% απάντησαν αρνητικά και το 46% θετικά.

Συγκρίνοντας τις απαντήσεις που έδωσαν στη συγκεκριμένη ερώτηση οι έφηβοι που κατοικούν σε πόλεις με τους εφήβους που κατοικούν σε χωριά παρατηρήσαμε ότι αυτοί που μένουν σε χωριά ολοκληρώνουν δυσκολότερα τη σχέση τους. Αυτό μας το επιβεβαιώνουν και τα ποσοστά γεγονός ότι μόλις το 37% έχει απαντήσει θετικά ενώ το 62,9% έχει απαντήσει αρνητικά. Στις πόλεις παρατηρούμε ότι το 49,1% έχει απαντήσει θετικά ενώ το 50,8% αρνητικά.



8. ΠΟΤΕ ΕΙΧΕΣ ΤΗΝ ΠΡΩΤΗ ΣΟΥ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΕΠΑΦΗ; (ΑΝΕΦΕΡΕ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ ΣΟΥ)

ΠΟΤΕ ΕΙΧΕΣ...ΕΠΑΦΗ.;



ΗΛΙΚΙΑ

14 → 5 17 → 12

15 → 7 18 → 11

16 → 8 19 → 9

ΔΕΝ ΕΧΩ ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΕΙ
ΑΚΟΜΑ: 58

Αναλύοντας τα στοιχεία της έρευνας παρατηρούμαι ότι το 8,1% των αγοριών είχαν την 1^η τους σεξουαλική επαφή σε ηλικία 14 ετών, το 8,1% επίσης σε ηλικία 15 ετών, το 16,2% σε ηλικία 16 ετών ενώ το 51,3% δεν έχουν ολοκληρώσει ακόμα. Από τα κορίτσια, το 2,7% ολοκλήρωσαν τη σχέση τους σε ηλικία 14 ετών, το 5,4% σε ηλικία 15 ετών, το 2,7% σε ηλικία 16 ετών, το 12,3% σε ηλικία 17 ετών καθώς επίσης το ίδιο ποσοστό ολοκλήρωσαν σε ηλικία 18 ετών. Από τα κορίτσια επίσης το 53,4% δεν έχουν ολοκληρώσει ακόμα τη σχέση τους.

Σύμφωνα με τις ηλικίες παρατηρείται ότι τα άτομα 14-16 ετών δεν ολοκληρώνουν τη σχέση τους εύκολα και αυτό μας το αποδεικνύουν τα ποσοστά αφού το 83,3% απαντούν ότι δεν έχουν ολοκληρώσει ακόμα. Το συμπέρασμα που βγαίνει είναι ότι οι ηλικίες οι οποίες κυριαρχούν για την ολοκλήρωση των σχέσεων είναι τα 17 και 18 έτη ενώ αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι τα άτομα ηλικίας 19-22 ετών απαντούν σε ποσοστό 33,3% ότι ολοκλήρωσαν τη σχέση τους σε ηλικία 19 μόλις ετών.

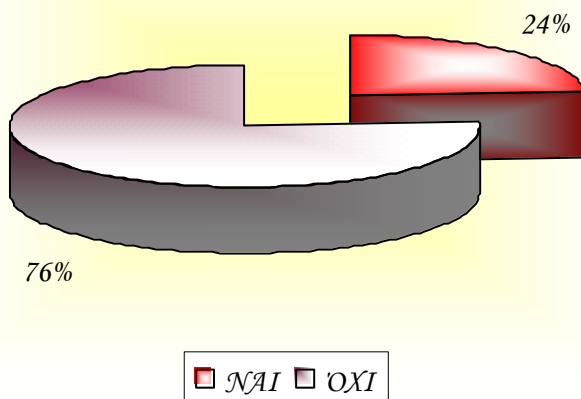
Όσον αφορά τον τόπο διαμονής του δείγματος, αυτό που παρατηρείται γενικά είναι ότι τα άτομα που ζουν σε πόλεις ολοκληρώνουν ευκολότερα τη σχέση τους σε αντίθεση με τα άτομα που ζουν σε επαρχίες γεγονός ότι τα άτομα της δεύτερης κατηγορίας δεν έχουν ολοκληρωμένες σχέσεις σε ποσοστό 59,3%.

9. ΑΛΛΑΖΕΙΣ ΣΥΧΝΑ ΣΥΝΤΡΟΦΟΥΣ;

27 ΝΑΙ

83 ΟΧΙ

ΑΛΛΑΖΕΙΣ ΣΥΧΝΑ ΣΥΝΤΡΟΦΟΥΣ.;



Το 76% είναι σταθεροί στον ερωτικό τους σύντροφο ενώ το 24% αλλάζουν συχνά συντρόφους.

Το 65,8% των αγοριών και το 85,3% των κοριτσιών μένουν σταθεροί στους ερωτικούς συντρόφους, ενώ το 34,1% και το 16,4%

αντίστοιχα αλλάζουν συχνά συντρόφους.

Έφηβοι ηλικίας 14-16 απαντούν αρνητικά σε ποσοστό 76%, καθώς επίσης και το 63,3% των εφήβων ηλικίας 17-18, όπως και το 86,6% των εφήβων ηλικίας 19-20 καθώς και το 92,8% των εφήβων ηλικίας 21-22. Στις αντίστοιχες ηλικίες έχουμε ποσοστά 24%, 36,6%, 13,3% και 7,1% που απαντούν θετικά.

Συμπεραίνουμε λοιπόν ότι όσο αυξάνεται η ηλικία τόσο μειώνεται η συχνή αλλαγή των ερωτικών συντρόφων ενώ αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι και σε ηλικίες 14-16 η συχνή αλλαγή συντρόφων δεν υφίσταται.

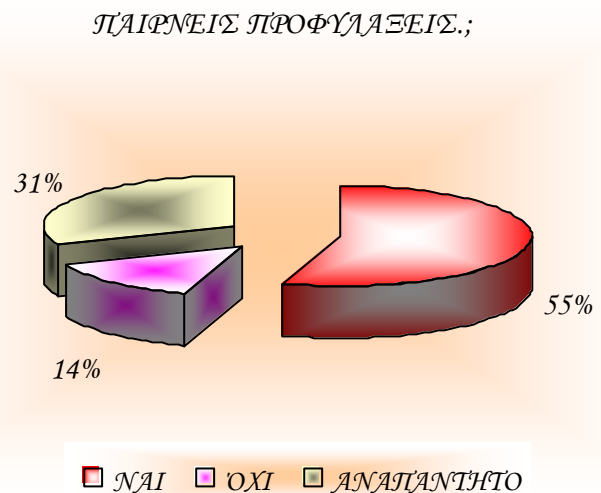
10. ΠΑΙΡΝΕΙΣ ΠΡΟΦΥΛΑΞΕΙΣ;

60 ΝΑΙ 16 ΟΧΙ 34 ΑΝΑΠΑΝΤΗΤΟ

Το 55% παίρνει προφυλάξεις κατά τη σεξουαλική επαφή, το 14% δεν προφυλάσσεται ενώ ένα ποσοστό της τάξης του 31% αφήνει το ερώτημα αναπάντητο γεγονός ότι δεν έχει ολοκληρωμένες σχέσεις.

Το 57,1% των αγοριών και το 54% των κοριτσιών απαντούν θετικά στην ερώτηση αν παίρνουν προφυλάξεις ενώ το 17,1% των αγοριών και 14,8% των κοριτσιών απαντούν αρνητικά.

Τα στοιχεία αυτά μας οδηγούν στο συμπέρασμα ότι ένα σχετικά μεγάλο ποσοστό εφήβων κάνουν χρήση προφυλακτικών μέτρων ανεξάρτητα από το φύλο.



11. ΤΙ ΕΙΔΟΥΣ ΠΡΟΦΥΛΑΞΕΙΣ;

11 ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΑ ΧΑΠΙΑ
51 ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΟ
46 ΑΝΑΠΑΝΤΗΤΟ
2 ΆΛΛΟ.....

Το 10% των ερωτηθέντων χρησιμοποιεί ως μέτρο προφύλαξης το αντισυλληπτικό χάπι, το 46,3% το προφυλακτικό, το 41,8% αφήνει αναπάντητο το ερώτημα (επειδή δεν έχουν ολοκληρωμένες σχέσεις), ενώ το 1,8% απαντάει κάτι άλλο χωρίς να αναφέρει συγκεκριμένο μέτρο προφύλαξης.

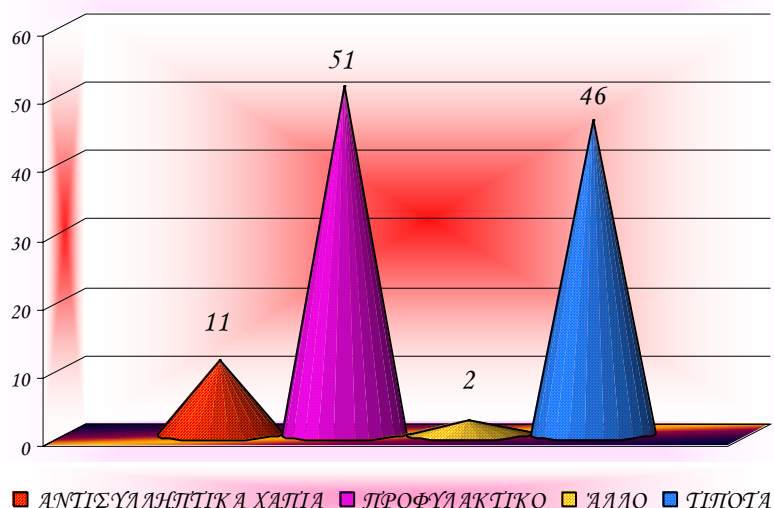
Πρώτο στις προτιμήσεις των αγοριών έρχεται το προφυλακτικό με ποσοστό 43,4%, ενώ το 5,7% δηλώνει πως ο τρόπος προφύλαξης τους είναι το αντισυλληπτικό χάπι των συντρόφων τους. Επίσης το 45,7% των κοριτσιών ζητούν τη χρήση προφυλακτικού από τους συντρόφους τους και μόλις το 12,1% χρησιμοποιούν αντισυλληπτικό χάπι.

Η εφημερίδα ΤΑ ΝΕΑ (9-11 Απριλίου 2004) δημοσιεύει: «Μόλις 2,9% των Ελληνίδων χρησιμοποιούν αντισυλληπτικό χάπι για να προλάβουν ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη».

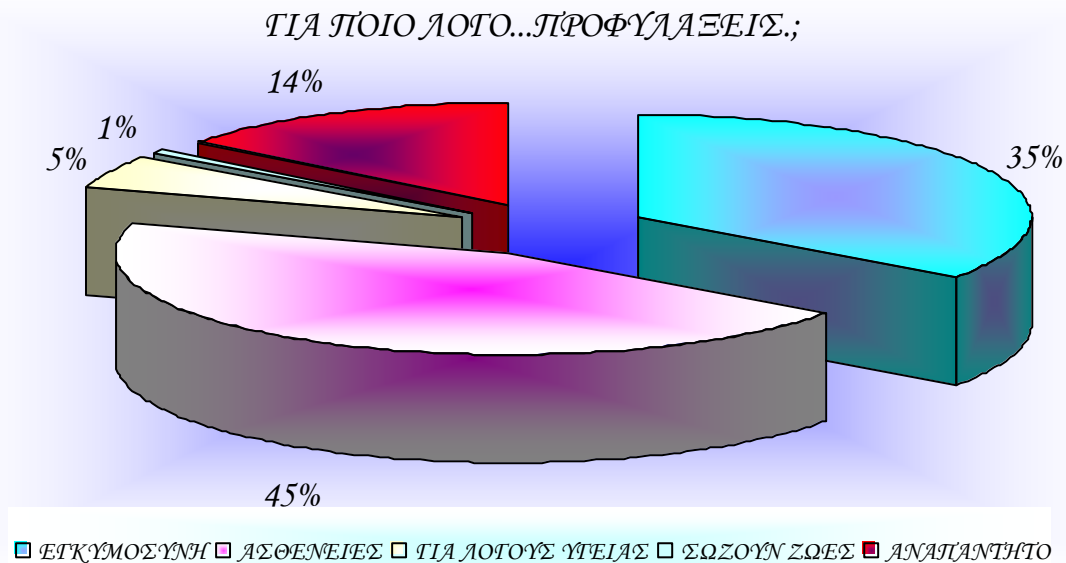
12. ΓΙΑ ΠΟΙΟ ΛΟΓΟ ΘΕΩΡΕΙΣ ΟΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΠΑΙΡΝΕΙΣ ΠΡΟΦΥΛΑΞΕΙΣ;

53 ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΗ ΕΤΚΥΜΟΣΥΝΗ
68 ΠΡΟΦΥΛΑΞΗ ΑΠΟ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ
8 ΓΙΑ ΛΟΓΟΥΣ ΥΓΕΙΑΣ
22 ΑΝΑΠΑΝΤΗΤΟ

ΤΙ ΕΙΔΟΥΣ ΠΡΟΦΥΛΑΞΕΙΣ.;



Θέλοντας να μάθουμε τους λόγους που οδηγούν τους έφηβους στη χρήση προφυλακτικών μέτρων αφέσαμε την ερώτηση μας ανοιχτή. Οι απαντήσεις που δόθηκαν είναι οι εξής: ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη (35%), προφύλαξη από ασθένειες (45%), για λόγους υγείας χωρίς να αναφέρονται σε κάτι συγκεκριμένο (5%), ενώ ένα ποσοστό της τάξης του 15% αφήνει αναπάντητο το ερώτημα.



Το 43,4% των αγοριών χρησιμοποιεί προφυλάξεις για το φόβο κάποιας ασθένειας και το 4,3% για λόγους υγείας ενώ το 26% για την αποφυγή ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης

Το 45,7% των κοριτσιών χρησιμοποιούν προφυλακτικά μέτρα για την αποφυγή ασθενειών ενώ ένα μικρό ποσοστό (4,7%) γιατί σώζουν ζωές. Το 31% για την αποφυγή εγκυμοσύνης.

Συμπεραίνουμε λοιπόν πως γίνεται χρήση προφυλακτικών μέτρων κατά κύριο λόγο για την αποφυγή μετάδοσης ασθενειών και κατά δευτερεύοντα λόγο για την αποφυγή ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης.

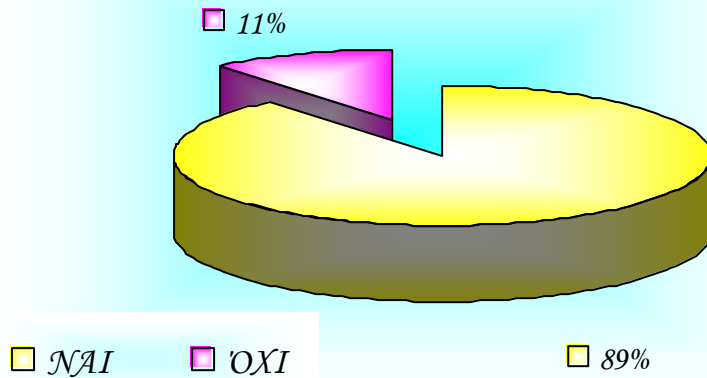
13 ΓΝΩΡΙΖΕΙΣ ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΚΑΙ ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ ΤΑ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ; (Ή ΑΛΛΙΩΣ ΑΦΡΟΔΙΣΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ;)

97 ΝΑΙ

13 ΟΧΙ

Από το σύνολο των ερωτηθέντων το 89% έχει γνώσεις οι οποίες σχετίζονται με τα Σ.Μ.Ν. ενώ ένα πολύ μικρό ποσοστό (11%) δε γνωρίζει καθόλου τι εννοούμε με τον όρο αυτό.

ΓΝΩΡΙΖΕΙΣ ΤΙ ΕΙΝΑΙ...ΑΦΡΟΔΙΣΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ.;



Συσχετίζοντας τα ποσοστά όσον αφορά το φύλο συμπεραίνουμε ότι το 91,4% των αγοριών και το 87,8% των κοριτσιών γνωρίζουν τα Σ.Μ.Ν. και μόλις το 8,5% των αγοριών και το 12,1% των κοριτσιών δε γνωρίζουν.

Απορρέει λοιπόν το συμπέρασμα ότι τα αγόρια έχουν κάπως περισσότερες γνώσεις σε σχέση με τα κορίτσια.

Παρατηρήσαμε επίσης ότι οι έφηβοι ηλικίας απο 19-22 ετών έχουν 100% γνώση για τα Σ.Μ.Ν. ενώ η γνώση αυτή είναι μειωμένη σε μικρότερες ηλικίες γεγονός ότι έφηβοι 14-16 ετών έχουν 86% γνώση γύρω από τις ασθένειες αυτές ενώ σε ηλικίες 17-18 το ποσοστό είναι ακόμα πιο μειωμένο (83,3%).

Συγκρίνοντας τέλος τα ποσοστά γνώσης με βάση το μορφωτικό επίπεδο παρατηρούμε ότι όσο μεγαλύτερο είναι το επίπεδο μόρφωσης τόσο μεγαλύτερη είναι και η πληροφόρηση. Αυτό μας το αποδεικνύουν και τα ποσοστά γεγονός ότι το 82,3% των ερωτηθέντων που φοιτούν σε γυμνάσιο και το 87,7% που φοιτούν σε λύκειο έχουν γνώσεις που αφορούν τα Σ.Μ.Ν. Τα άτομα που φοιτούν σε ανώτατα ιδρύματα και αυτά που εργάζονται έχουν γνώσεις σε ποσοστό 100%.

Απο τα άτομα τα οποία έχουν ολοκληρώσει τη σχέση τους το 94,2% γνωρίζουν για τα Σ.Μ.Ν. ενώ τα άτομα που δεν έχουν ολοκληρώσει έχουν γνώση σε ποσοστό 84,2% έναντι του 15,7% που δε γνωρίζουν.

Το θετικό σημείο είναι ότι τα άτομα που έχουν ολοκληρώσει τη σχέση τους έχουν ένα πολύ μεγάλο ποσοστό ενημέρωσης γεγονός που πλέον είναι ικανοποιητικό.

ΜΠΟΡΕΙΣ ΝΑ ΑΝΑΦΕΡΕΙΣ ΜΕΡΙΚΑ;

93 ΑΙΔΣ

2 ΦΘΕΙΡΕΣ ΕΦΗΒΑΙΟΥ

23 ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ

30 ΣΥΦΙΛΗ

15 ΕΡΠΗΣ

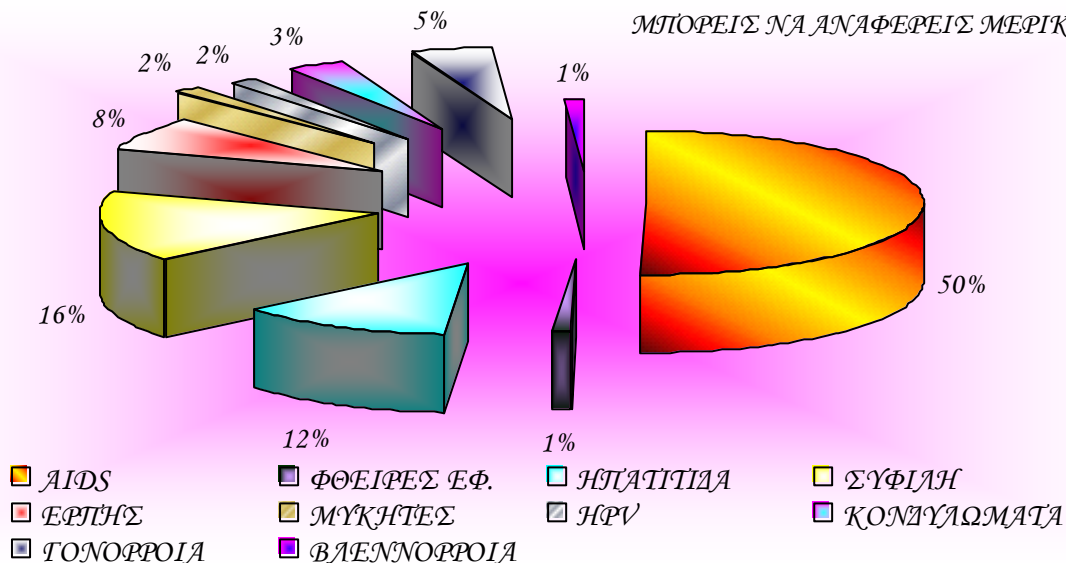
3 ΜΥΚΗΤΕΣ

3 ΗΡΨ

3 ΚΟΝΔΥΛΩΜΑΤΑ

9 ΤΟΝΟΡΡΟΙΑ

2 ΒΛΕΝΝΟΡΡΟΙΑ



Το είδος των Σ.Μ.Ν. που γνωρίζουν τα ερωτηθέντα αγόρια είναι: Αίδς σε ποσοστό 56,1%, φθείρες εφηβαίου σε ποσοστό 3,5%, ηπατίτιδα σε ποσοστό 14%, σύφιλη σε ποσοστό 12,2%, έρπης σε ποσοστό 7%, κονδυλώματα σε ποσοστό 3,5%, γονόρροια σε ποσοστό 1,7% και βλεννόρροια σε ποσοστό 1,7%.

Το είδος των Σ.Μ.Ν. που γνωρίζουν τα ερωτηθέντα κορίτσια αντίστοιχα είναι: Αίδς σε ποσοστό 47,6%, ηπατίτιδα σε ποσοστό 11,7%, σύφιλη σε ποσοστό 17,9%, έρπης σε ποσοστό 7,8%, μύκητες και ΗΡΨ σε ποσοστό 2,3% κονδυλώματα σε ποσοστό 3,1%, γονόρροια σε ποσοστό 6,2% και βλεννόρροια σε ποσοστό 0,7%.

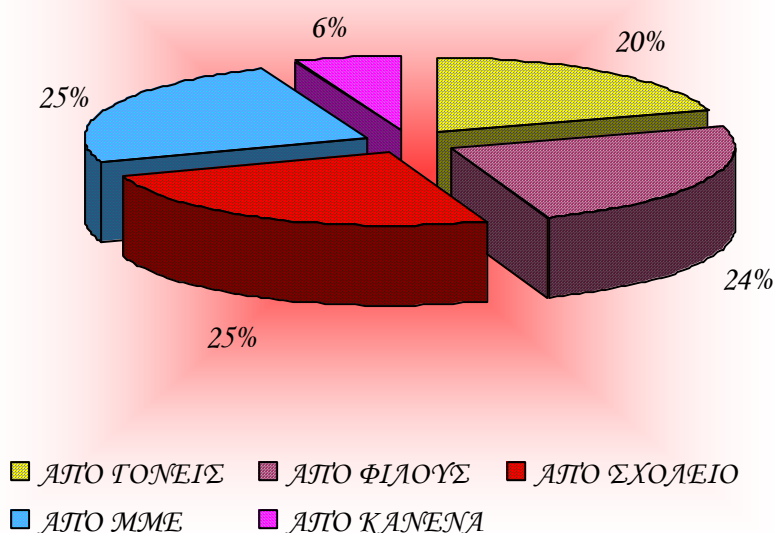
Σύμφωνα με το μορφωτικό επίπεδο παρατηρούμε ότι παιδιά που φοιτούν σε γυμνάσιο και λύκειο γνωρίζουν κυρίως το Αίδς σε πολύ μεγάλα ποσοστά ενώ άτομα που φοιτούν σε ανώτερα ιδρύματα γνωρίζουν εκτός από το Αίδς και την ηπατίτιδα σε ποσοστό 15,1%, τη σύφιλη σε ποσοστό 20,9%, καθώς και τα υπόλοιπα νοσήματα σε μικρότερα όμως ποσοστά.

14. ΑΠΟ ΠΟΥ ΕΧΕΙΣ ΕΝΗΜΕΡΩΘΕΙ ΓΙ' ΑΥΤΑ;

- 43 ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΓΟΝΕΙΣ
- 51 ΑΠΟ ΦΙΛΟΥΣ
- 53 ΑΠΟ ΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ
- 52 ΑΠΟ ΤΑ Μ.Μ.Ε.
- 13 ΑΠΟ ΚΑΝΕΝΑ

Το 25% των ερωτηθέντων έχει ενημερωθεί από το σχολείο για τα Σ.Μ.Ν., το 25% από τα Μ.Μ.Ε., το 24% από φίλους, το 20% από τους γονείς και το 6% δεν έχουν ενημερωθεί από κανένα.

ΑΠΟ ΠΟΥ ΕΧΕΙΣ ΕΝΗΜΕΡΩΘΕΙ ΓΙ' ΑΥΤΑ.;



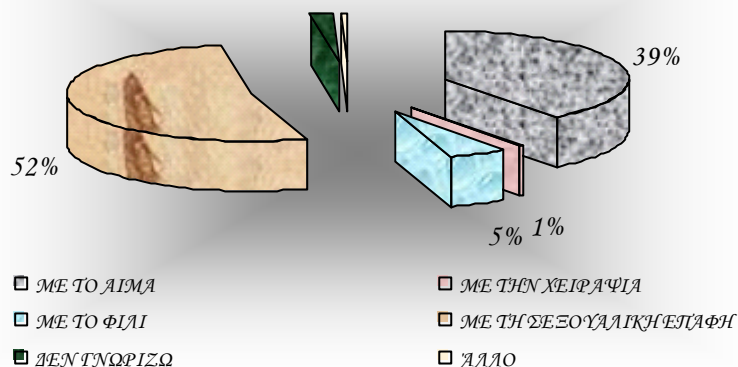
Σε έρευνα που δημοσιεύτηκε στην εφημερίδα **ΤΑ ΝΕΑ** (9-11 Απριλίου 2004) δίνονται τα εξής στοιχεία: «Οι γονείς έρχονται μετά τους φίλους και την τηλεόραση ως πηγή πληροφόρησης σε ποσοστό 41% των παιδιών».

Συγκρίνοντας την έρευνά μας με τα πρόσφατα στοιχεία της εφημερίδας ανακαλύπτουμε ότι οι γονείς κατατάσσονται στις τελευταίες πηγές ενημέρωσης ενώ τις πρώτες θέσεις καταλαμβάνουν το σχολείο και τα Μ.Μ.Ε.

15. ΓΝΩΡΙΖΕΙΣ ΜΕ ΠΟΙΟ ΤΡΟΠΟ ΜΕΤΑΔΙΔΟΝΤΑΙ ΤΑ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ (Ή ΑΦΡΟΔΙΣΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ) ΚΑΙ ΕΙΔΙΚΑ ΤΟ ΑΙΔΣ;

- 38,7% ΜΕ ΤΟ ΑΙΜΑ
- 5,2% ΜΕ ΤΟ ΦΙΛΙ
- 0,5% ΜΕ ΤΗ ΧΕΙΡΑΨΙΑ
- 52,8% ΜΕ ΤΗ ΣΕΞ. ΕΠΑΦΗ
- 2% ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ
- 0,5% ΑΛΛΟ.....

ΓΝΩΡΙΖΕΙΣ ΜΕ ΠΟΙΟ ΤΡΟΠΟ ΜΕΤΑΔΙΔΟΝΤΑΙ.;



Απο το σύνολο των ερωτηθέντων οι έφηβοι του γυμνασίου απαντούν σε ποσοστό 53,1% ότι ο τρόπος μετάδοσης των Σ.Μ.Ν. είναι η σεξουαλική επαφή. Τον ίδιο τρόπο μετάδοσης απαντούν και οι έφηβοι του λυκείου σε ποσοστό 52,8% καθώς και των ανωτάτων σχολών σε ποσοστό 51%. Η μετάδοση επίσης γίνεται με το αίμα απαντούν έφηβοι γυμνασίου σε ποσοστό 34,3%, οι έφηβοι λυκείου απαντούν σε ποσοστό 26,4% και οι έφηβοι ανωτάτων σχολών απαντούν σε ποσοστό 48,9%. Τα άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα και εργάζονται γνωρίζουν ότι τα Σ.Μ.Ν. μεταδίδονται με το αίμα και τη σεξουαλική επαφή. Ένα μικρό επίσης ποσοστό των εφήβων του γυμνασίου (9,3%) απαντά ότι τα Σ.Μ.Ν. μεταδίδονται με το φιλί ενώ ένα μικρότερο ποσοστό του 6,6% των εφήβων του λυκείου δίνει την ίδια απάντηση. Απο τους ερωτηθέντες του λυκείου ένα ποσοστό της τάξης του 0,4% αναφέρει ότι η μετάδοση γίνεται με τη χειραφία και ένα ποσοστό 3,7% δε γνωρίζει τον τρόπο μετάδοσης. Μια άλλη απάντηση που δίνει ένα ποσοστό 3,1% των μαθητών του γυμνασίου είναι ότι η μετάδοση μπορεί να γίνει απο τη μητέρα στο έμβρυο καθώς και μέσω τρυπημάτων απο βελόνες.

16. ΕΑΝ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΟ ΣΩΜΑ ΣΟΥ ΚΑΙ ΚΥΡΙΩΣ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΟΧΗ ΤΩΝ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΣΟΥ ΟΡΓΑΝΩΝ, ΤΙ ΘΑ ΚΑΝΕΙΣ;

58 ΘΑ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΩ ΓΙΑΤΡΟ

40 ΘΑ ΕΝΗΜΕΡΩΣΩ ΤΟΥΣ ΓΟΝΕΙΣ ΜΟΥ

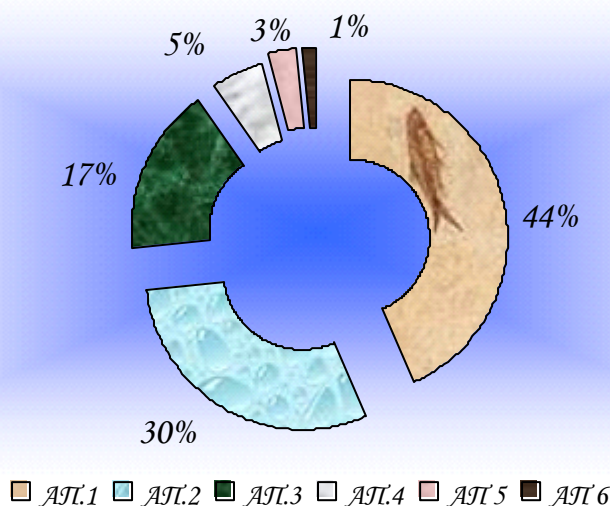
23 ΘΑ ΕΝΗΜΕΡΩΣΩ ΤΟ ΣΥΝΤΡΟΦΟ ΜΟΥ

5 ΔΕ ΘΑ ΠΩ ΤΙΠΟΤΑ ΓΙΑΤΙ ΦΟΒΑΜΑΙ

2 ΑΝΑΠΑΝΤΗΤΟ

7 ΔΕ ΘΑ ΑΝΑΦΕΡΩ ΤΙΠΟΤΑ ΣΕ ΚΑΝΕΝΑ. ΕΙΝΑΙ ΚΑΤΙ ΠΟΥ ΘΑ ΠΕΡΑΣΕΙ.

ΕΑΝ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ ΑΛΛΑΓΕΣ...ΤΙ ΘΑ ΚΑΝΕΙΣ.;



Το 41,3% των αγοριών σε περίπτωση που παρατηρήσουν κάποια αλλαγή στο σώμα τους θα συμβουλευτούν το γιατρό. Ένα μικρό ποσοστό (23,9%) θα ενημερώσουν τους γονείς τους ενώ το 15,2% θα ενημερώσουν τη σύντροφό τους. Μόνο ένα μικρό ποσοστό (13%) θα προτιμήσει να μην αναφέρει τίποτα σε κανένα. Το 45,5% των κοριτσιών αντίστοιχα θα συμβουλευτούν το γιατρό, το 28,8% θα ενημερώσει τους γονείς, το 17,7% θα ενημερώσουν το σύντροφό τους ενώ το 33% δε θα αναφέρουν τίποτα σε κανένα.

Έχοντας υπόψη μας τις ηλικίες, τα μέλη του δείγματος ηλικίας 14-16 ετών σε ποσοστό 39,6% θα συμβουλευτούν το γιατρό, το 43,3% θα ενημερώσουν τους γονείς τους, το 5,6% θα ενημερώσουν τον/τη σύντροφό τους, ενώ το 9,4% δε θα πουν τίποτα σε κανένα. Ανάλογες απαντήσεις δίνουν και οι έφηβοι ηλικίας 17-22 ετών με τη διαφορά ότι σε ηλικίες 21-22 ετών σε ποσοστό 50% θα συμβουλευτούν το γιατρό και σε ποσοστό 31,8% θα προτιμήσουν να ενημερώσουν τον/τη σύντροφό τους.

Σύμφωνα με το μορφωτικό επίπεδο παρατηρείται το εξής: όσο αυξάνεται το μορφωτικό επίπεδο, τόσο αυξάνεται και η επιθυμία να συμβουλευτούν κάποιο γιατρό σε περίπτωση που παρατηρηθούν αλλαγές στο σώμα. Αντίθετα, όσο αυξάνεται το μορφωτικό επίπεδο, τόσο μειώνεται η επιθυμία να ενημερώσουν τους γονείς τους.

Τέλος παρατηρείται ότι κυρίως τα άτομα των ΑΕΙ/ΤΕΙ και αυτά που βρίσκονται στο λύκειο επιλέγουν να ενημερώνουν τον ερωτικό τους σύντροφο.

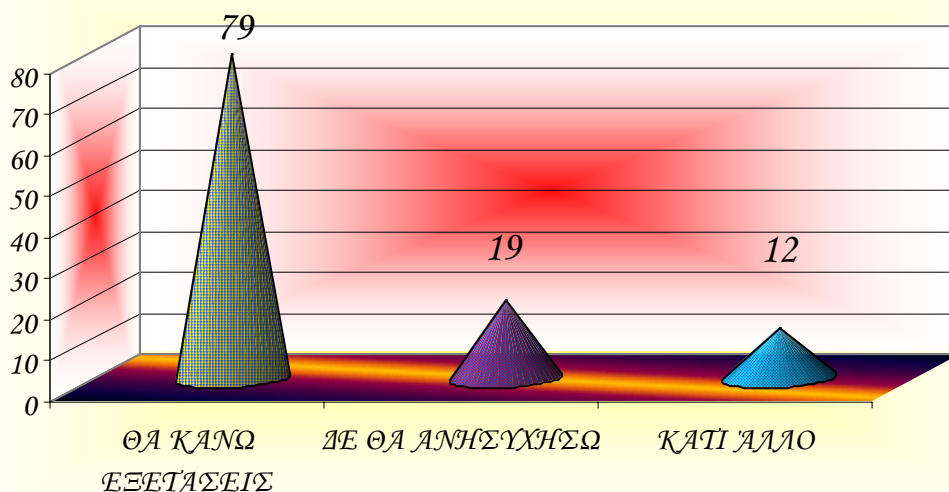
17. ΕΑΝ ΜΑΘΕΙΣ ΟΤΙ Ο/Η ΣΥΝΤΡΟΦΟΣ ΣΟΥ ΠΑΣΧΕΙ Ή ΕΠΑΣΧΕ ΑΠΟ ΕΝΑ ΑΦΡΟΔΙΣΙΟ ΝΟΣΗΜΑ Ή ΑΙΔΣ ΤΙ ΘΑ ΚΑΝΕΙΣ;

89 ΘΑ ΚΑΝΩ ΑΜΕΣΩΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

19 ΔΕ ΘΑ ΑΝΗΣΥΧΗΣΩ ΓΙΑΤΙ ΠΕΡΝΑΜΕ ΠΡΟΦΥΛΑΞΕΙΣ

12 ΚΑΤΙ ΆΛΛΟ

ΕΑΝ ΜΑΘΕΙΣ ΟΤΙ...ΤΙ ΘΑ ΚΑΝΕΙΣ.;



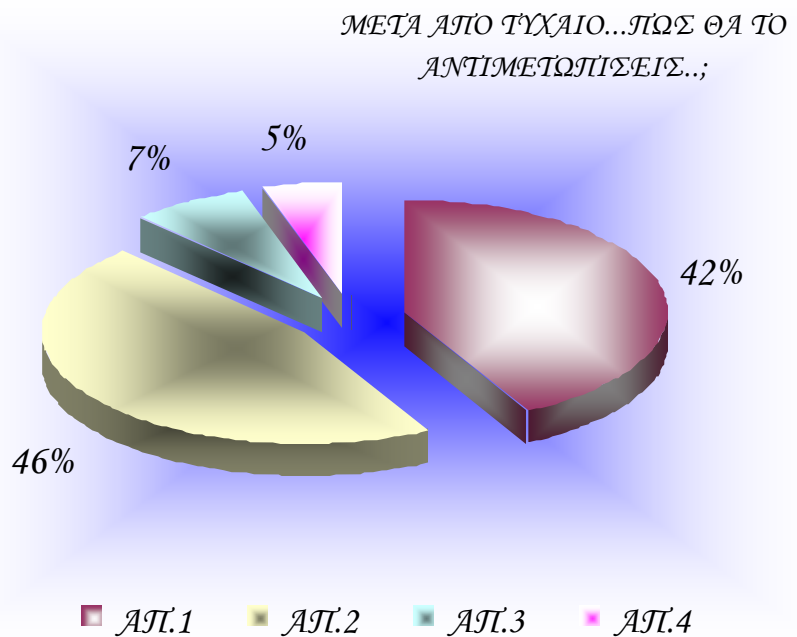
Παρατηρούμε ότι σε περίπτωση που και τα δυο φύλα μάθαιναν ότι ο/η σύντροφός τους έπασχε από κάποιο αφροδίσιο νόσημα αυτό που θα έκαναν ήταν εξετάσεις σε ποσοστό 60% για τα αγόρια και 82% για τα κορίτσια. Σε αντίθετη περίπτωση όμως ένα ποσοστό αγοριών 45,8% και 10,1% κοριτσιών δε θα ανησυχήσουν γιατί έπαιρναν προφυλάξεις. Επίσης ένα ποσοστό 20% και για τα δύο φύλα θα κάνει κάτι άλλο όπως: θα κόψουν κάθε σεξουαλική επαφή, θα χωρισουν, θα επισκεφτούν μαζί ένα γιατρό.

Έχοντας υπόψη μας τις ηλικίες, οι έφηβοι ηλικίας 14-16 ετών θα έκαναν αμέσως εξετάσεις σε ποσοστό 74,5% καθώς επίσης το ίδιο θα έκαναν και έφηβοι ηλικίας 17-18 ετών σε ποσοστό 68,5%. Το ίδιο επίσης απαντούν ότι θα έκαναν άτομα ηλικίας 19-20 ετών σε ποσοστό 87,5% και άτομα ηλικίας 21-22 ετών σε ποσοστό 82,3%.

18. ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΤΥΧΑΙΟ ΕΛΕΓΧΟ ΔΙΑΠΙΣΤΩΝΕΙΣ ΟΤΙ ΠΑΣΧΕΙΣ ΑΠΟ ΕΝΑ ΛΗΘΡΟΝ ΝΟΣΗΜΑ Ή ΑΠΟ ΑΙΔΣ. ΠΩΣ ΘΑ ΤΟ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΕΙΣ;

59 ΘΑ ΕΝΗΜΕΡΩΣΩ ΤΟΥΣ ΓΟΝΕΙΣ ΜΟΥ
 64 ΘΑ ΑΠΕΥΘΥΝΘΩ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
 10 ΔΕ ΘΑ ΑΠΟΚΑΛΥΨΩ ΤΙΠΟΤΑ ΣΕ ΚΑΝΕΝΑ
 7 ΚΑΤΙ ΑΛΛΟ

Αναλύοντας τα στοιχεία της έρευνας παρατηρούμαι πως το 48,8% των αγοριών θα απευθυνθεί σε νοσοκομείο, όπως και το 44,3% των κοριτσιών, ενώ το 32,5% των αγοριών και το 46,3% των κοριτσιών θα ενημερώσουν τους γονείς τους. Το



ποσοστό που δε θα αποκαλύψει τίποτα σε κανέναν είναι το 13,9% των αγοριών και το 9,1% των κοριτσιών. Ένα ποσοστό της τάξης του 9,7% και των δυο φύλων αναφέρει ότι θα κάνει κάτι άλλο: «θα παίρνω προφυλάξεις», «θα ενημερώσω και τον/τη σύντροφό μου».

Παρατηρώντας τις ηλικίες των ερωτηθέντων 1^η επιλογή στους εφήβους ηλικίας 15-16 ετών είναι η ενημέρωση των γονιών σε ποσοστό 57,6% , σαν 2^η επιλογή θα απευθυνόταν στο νοσοκομείο σε ποσοστό 32,2% ενώ δε θα αποκάλυπτε τίποτα σε κανένα ένα ποσοστό 6,7%. Τα ποσοστά διαφοροποιούνται στις ηλικίες 17-22 ετών γεγονός ότι σε αυτές τις ηλικίες θα προτιμούσαν να απευθυνθούν σε κάποιο νοσοκομείο ενώ μικρότερα ποσοστά του 34,2% ηλικίας 17-18 ετών, 27,2% ηλικίας 19-20 ετών και 28,5% ηλικίας 21-22 ετών θα ενημερώσουν τους γονείς τους.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:

Απο την επεξεργασία των ερωτηματολογίων προκύπτουν τα εξής συμπεράσματα:

- ❖ Συγκρίνοντας τα αποτελέσματα που έδωσαν οι έφηβοι που κατοικούν σε πόλεις με εκείνα που έδωσαν οι έφηβοι που κατοικούν σε χωριά παρατηρήσαμε ότι αυτοί που μένουν σε χωριά ολοκληρώνουν δυσκολότερα τη σχέση τους. Αυτό μας το επιβεβαιώνουν και τα ποσοστά γεγονός ότι μόλις το 37% έχει απαντήσει θετικά στην ερώτηση «έχεις ολοκληρωμένες σχέσεις;» ενώ το 62,9% έχει απαντήσει αρνητικά.
- ❖ Στην ερώτηση «αλλάζεις συχνά συντρόφους» παρατηρούμε ότι μόνο ένα πολύ μικρό ποσοστό απαντάει θετικά (25%), ενώ ένα ποσοστό της τάξης του 75% δίνει αρνητική απάντηση. Συμπερασματικά, διαπιστώσαμε ότι όσο αυξάνεται η ηλικία τόσο μειώνεται η συχνή αλλαγή των ερωτικών συντρόφων ενώ αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι και σε ηλικίες 14-16 ετών η συχνή αλλαγή συντρόφων δεν υφίσταται.
- ❖ Στην ερώτηση «παίρνεις προφυλάξεις» παρατηρείται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό χρησιμοποιεί προφυλακτικό ενώ σε συνδυασμό με την ερώτηση «για ποιο λόγο παίρνεις προφυλάξεις» οι περισσότεροι από τους εφήβους απαντούν για την αποφυγή ασθενειών και κατά δεύτερο λόγο για την αποφυγή ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης.
- ❖ Από το σύνολο των ερωτηθέντων το 89% έχει γνώσεις οι οποίες σχετίζονται με τα Σ.Μ.Ν., ενώ ένα πολύ μικρό ποσοστό (11%) δε γνωρίζει καθόλου τι εννοούμε με τον όρο αυτό. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι τα αγόρια έχουν κάπως περισσότερες γνώσεις όσον αφορά τα Σ.Μ.Ν σε σχέση με τα κορίτσια.
- ❖ Παρατηρήσαμε επίσης ότι οι έφηβοι ηλικίας από 19-22 ετών έχουν 100% γνώση για τα Σ.Μ.Ν. ενώ η γνώση αυτή είναι μειωμένη σε μικρότερες ηλικίες γεγονός ότι έφηβοι 14-16 ετών έχουν 86% γνώση γύρω από τις ασθένειες αυτές ενώ σε ηλικίες 17-18 το ποσοστό είναι ακόμα πιο μειωμένο (83,3%).
- ❖ Στην ερώτηση «γνωρίζεις τι είναι και ποια είναι τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα» συμπεραίνουμε ότι τα άτομα που έχουν

- ολοκληρώσει τη σχέση τους έχουν ένα πολύ μεγάλο ποσοστό ενημέρωσης γεγονός που πλέον είναι ικανοποιητικό.
- ❖ Όσον αφορά το είδος των ασθενειών που γνωρίζουν σχεδόν το 50% αναφέρει το *Aids* καθώς γίνεται επίσης αναφορά στη σύφιλη και την ηπατίτιδα. Εδώ πρέπει να τονιστεί το γεγονός ότι η γνώση γύρω από τις άλλες ασθένειες είναι περιορισμένη έως ανύπαρκτη.
 - ❖ Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι τα Μ.Μ.Ε. καθώς επίσης και το σχολείο παίζουν καθοριστικό ρόλο, αφού αποτελούν σημαντικές πηγές ενημέρωσης για τους εφήβους.
 - ❖ Στην ερώτηση «γνωρίζεις με ποιο τρόπο μεταδίδονται τα Σ.Μ.Ν.» παρατηρείται ότι είναι αρκετά τα άτομα εκείνα τα οποία γνωρίζουν το σωστό τρόπο μετάδοσης ενώ ένα πολύ μικρό ποσοστό είτε δε γνωρίζει είτε απαντάει λαυθασμένα.
 - ❖ Το 46% των ερωτηθέντων ατόμων σε περίπτωση που ανακαλύψουν ότι πάσχουν από κάποιο αφροδίσιο νόσημα θα απευθυνθούν στο νοσοκομείο καθώς και το 42% θα απευθυνθεί στους γονείς του. Συμπεραίνουμε λοιπόν ότι τα άτομα που δε θα αποκαλύψουν τίποτα είναι ελάχιστα.
 - ❖ Ένα θετικό επίσης σημείο είναι ότι το 75% των ερωτηθέντων ατόμων σε περίπτωση που μάθουν ότι ο/η σύντροφός τους πάσχει από κάποιο αφροδίσιο νόσημα θα κάνουν αμέσως εξετάσεις.
 - ❖ Από το σύνολο του δείγματος το 46% σε περίπτωση που ανακαλύψουν κάποια αλλαγή στο σώμα τους και κυρίως στην περιοχή των γεννητικών οργάνων θα απευθυνθούν σε κάποιο γιατρό ενώ το 31% θα ενημερώσουν τους γονείς τους. Παρατηρούμε λοιπόν ότι τα άτομα που δε θα πουν τίποτα επειδή φοβούνται ή για κάποιο άλλο λόγο είναι ελάχιστα.
 - ❖ Τέλος, να αναφερθεί ότι σύμφωνα με το μορφωτικό επίπεδο παρατηρείται το εξής: όσο αυξάνεται το μορφωτικό επίπεδο, τόσο αυξάνεται και η επιθυμία των εφήβων να συμβουλευτούν κάποιο γιατρό σε περίπτωση που παρατηρηθούν αλλαγές στο σώμα, ενώ μειώνεται η επιθυμία να ενημερώσουν τους γονείς τους.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Οι προτάσεις που προκύπτουν από την έρευνα αφορούν μεθόδους πρόληψης και ενημέρωσης για αποφυγή των Σ.Μ.Ν. Τέτοιες προτάσεις είναι:

- *Κινητοποίηση των υπηρεσιών υγείας για όσο το δυνατό περισσότερη και ευκυρότερη ενημέρωση.*
- *Πρόληψη διασποράς κατά τη νοσηλεία. Εφαρμογή μέτρων προφύλαξης από τους επαγγελματίες υγείας κατά την επαφή με το αίμα και τα σωματικά υγρά.*
- *Αποτελεσματικότερος έλεγχος των φορέων.*
- *Αλλαγή συμπεριφοράς. Ο κάθε άνθρωπος πρέπει να προσέχει τη δική του συμπεριφορά υγείας, αλλά να σέβεται και το σύντροφό του.*
- *Εισαγωγή σχολικού εγχειριδίου στη σχολική κοινότητα το οποίο θα παρέχει πλήρη ενημέρωση όσον αφορά την προφύλαξη, τη μόλυνση και την αντιμετώπιση ατόμων που είναι φορείς.*
- *Παρότρυνση των γονέων για συνεχή ενημέρωση και επίβλεψη των παιδιών τους.*
- *Παρότρυνση παιδιών να απευθύνονται στο γιατρό όταν διαπιστώσουν την παραμικρή ενόχληση ή αλλαγή στην περιοχή των γεννητικών οργάνων.*
- *Επίσκεψη μιας ομάδας υγείας κατά τακτά χρονικά διαστήματα σε σχολικές κοινότητες για ενημέρωση και παρατήρηση συμπεριφοράς*

των παιδιών αλλά και συμπλήρωση ερωτηματολογίων που αφορούν Σ.Μ.Ν. για να διαπιστώσουν κατά πόσο υπάρχει επίγνωση και ενημέρωση αλλά και κατά πόσο τηρούνται όλα αυτά.

- *Επίσης τα Μ.Μ.Ε και επικοινωνίας (εφημερίδες, περιοδικά, τηλεόραση κ.λ.π.) μπορούν να παίξουν σημαντικό ρόλο όσον αφορά τη διαφώτιση του κοινού σχετικά με τα αφροδίσια νοσήματα.*
- *Παρότρυνση του κοινού για την αγορά βιβλίων τα οποία αναφέρονται στα Σ.Μ.Ν.*
- *Να παροτρύνονται οι μαθητές/τριες για σωστή επιλογή των ερωτικών τους συντρόφων και για τακτικές εργαστηριακές και ιατρικές εξετάσεις που αφορούν τα αφροδίσια νοσήματα.*
- *Τη διδασκαλία των αφροδισίων νόσων να τη διδάσκει ο κατάλληλος ιατρός-αφροδισιολόγος.*
- *Παρότρυνση του κοινού να χρησιμοποιεί μέσα αντισύλληψης.*

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- *AMERICAN SOCIETY OF INTERNAL MEDICINE, Ιατρική στον 21^ο αιώνα.*
Εκδόσεις: Δομική.
- *Παθολογία (β' τόμος). Εκδόσεις: Χ. Μουτσοπούλου.*
- *Μαθήματα δερματολογίας / αφροδισιολογίας.*
Εκδόσεις: Γρ. Κ. Παρισσιανός.
- *Σχεδιασμός αγωγής υγείας για την πρόληψη και τον έλεγχο του Aids.*
Εκδόσεις: βήτα.
- *Αγωγή υγείας στο σχολείο για την πρόληψη του Aids και των Σ.Μ.Ν.*
Εκδόσεις: βήτα.
- *Δερματολογία / αφροδισιολογία.*
Εκδόσεις: Ι. Καπετανάκη.
- *Το Aids αφορά και εσένα.*
Εκδόσεις: Dr. Jonathan Weber.