



Τ.Ε.Ι. ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΣΧΟΛΕΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ
ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

«ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΑ
ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ»

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ: ΚΑΤΣΕΝΟΥ ΜΑΡΓΑΡΙΤΑ

Α.Μ: 9063

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΜΙΧΑΛΟΠΟΥΛΟΥ
ΕΛΕΝΑ

ΠΑΤΡΑ 2018

**«ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΑ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ
ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ»**

Περιεχόμενα

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	7
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	8
ABSTRACT.....	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ	10
1.1 Εισαγωγή:	10
1.2. Ταξινόμηση.....	12
1.3 Ιστορική Αναδρομή	14
1.4. Παράγοντες Αύξησης και Εξάπλωσης	16
1.5. Επιδημιολογία και Επιδημιολογική Επιτήρηση.....	18
1.5.1. Παγκόσμια Επιδημιολογία.....	18
1.5.2. Επιδημιολογικά Δεδομένα HIV Λοίμωξης στην Ελλάδα.....	21
1.5.3. Επιδημιολογική Επιτήρηση ΣΜΝ	21
1.6. Συμπτώματα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων	23
1.7. Επιπλοκές.....	25
1.8. Θεραπεία	25
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ΑΝΑΛΥΣΗ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ.....	27
2.1. Γεννητικό Σύστημα Άνδρα	27
2.1.1. Έσω Γεννητικά Όργανα.....	27
2.1.2. Έξω Γεννητικά Όργανα	29
2.2. Γεννητικό Σύστημα Γυναίκας.....	30
2.2.1. Έσω Γεννητικά Όργανα.....	30
2.2.2. Έξω Γεννητικά Όργανα	32
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ΒΑΚΤΗΡΙΑΚΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ	33
3.1. Σύφιλη.....	33
3.1.1. Διάγνωση Σύφιλης	35
3.1.2. Θεραπεία	35
3.2. Γονόρροια	36
3.2.1. Οξεία Γονόρροια στον Άνδρα.....	37
3.2.2. Οξεία Γονόρροια στις Γυναίκες.....	38
3.2.3. Διάγνωση Γονόρροιας	38
3.2.4. Θεραπεία Γονόρροιας.....	39
3.3. Χλαμύδια	39

3.3.1. Διάγνωση Χλαμυδίων	41
3.4. Αφροδίσιο Λευκοκοκκίωμα.....	41
3.4.1. Η Πορεία της Νόσου Ακολουθεί Τρία Ανεξάρτητα Στάδια	41
3.4.2. Διάγνωση.....	42
3.4.3. Θεραπεία	42
3.5. Μαλακό Έλκος	43
3.5.1. Διάγνωση.....	44
3.5.2. Θεραπεία	44
3.6. Βουβονικό Κοκκίωμα	45
3.6.1. Διάγνωση.....	45
3.6.2. Θεραπεία	45
3.7. Μη Γονοκοκκικές Ουρηθρίτιδες - Τραχηλίτιδες από Μυκοπλάσματα.....	46
3.7.1. Θεραπεία	46
3.8. Βακτηριακή Κολπίτιδα	47
3.8.1. Διάγνωση.....	47
3.8.2. Θεραπεία	47
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΑΠΟ ΠΡΩΤΟΖΩΑ.....	49
4.1 Trichomonas vaginalis – Τριχομοναδική Ουρηθρίτιδα-Κολπίτιδα.....	49
4.2 Διάγνωση	50
4.3 Θεραπεία.....	50
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΑΠΟ ΜΥΚΗΤΕΣ.....	51
5.1. Candida Albicans - Αιδιοκολπίτιδα - Βαλανίτιδα από candida:.....	51
5.2 Διάγνωση	52
5.3 Θεραπεία.....	52
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 ΠΑΡΑΣΙΤΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ	53
6.1. Ψώρα.....	53
6.1.2. Διάγνωση.....	54
6.1.3. Θεραπεία	54
6.2. Φθειρίαση του Εφηβίου.....	55
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 ΙΟΓΕΝΕΙΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ	56
7.1. Έρπης των Γεννητικών Οργάνων	56
7.1.1. Διάγνωση.....	57
7.1.2. Θεραπεία	58

7.2 Μολυσματική Τέρμινθος	58
7.2.1 Διάγνωση	59
7.2.2 Θεραπεία	59
7.3 Λοιμώξεις από Ιούς των Ανθρώπινων Θηλωμάτων HPV	59
7.3.1 Διάγνωση	61
7.3.2 Θεραπεία	61
7.4 AIDS	62
7.4.1 Στάδια της Νόσου	62
7.4.2 Διάγνωση	64
7.4.3 Θεραπεία	64
7.5 Κυτταρομεγαλοϊός	65
7.5.1. Συγγενής και νεογνική λοίμωξη	66
7.5.2. Διάγνωση	66
7.6 Ηπατίτιδα Β	67
7.6.1 Διάγνωση	69
7.6.2 Θεραπεία	69
7.7 Ηπατίτιδα C	70
7.7.1 Διάγνωση	71
7.7.2 Θεραπεία	71
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΑ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΣ	
ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ	72
8.1. Νοσηλευτική Παρέμβαση Σύφιλης	72
8.2. Νοσηλευτική Παρέμβαση Γονόρροιας	73
8.3. Νοσηλευτική Παρέμβαση σε Ασθενείς με Χλαμύδια	75
8.4 Νοσηλευτική Παρέμβαση σε μη Γονοκοκκικές Ουρηθρίτιδες-Τραχηλίτιδες από Μυκοπλάσματα, σε Βακτηριακή Κολπίτιδα, σε Τριχομονάδες Vaginalis και Candida Albicans	76
8.5. Νοσηλευτική Παρέμβαση στην Ψώρα	78
8.6. Νοσηλευτική Παρέμβαση στη Φθειρίαση του Εφηβίου	80
8.7. Νοσηλευτική Παρέμβαση στον Ερπη των Γεννητικών Οργάνων	80
8.8. Νοσηλευτική Παρέμβαση στην Μολυσματική Τέρμινθο	82
8.9. Νοσηλευτική Παρέμβαση σε Ασθενείς με HPV	83
8.10. Νοσηλευτική Παρέμβαση σε Ασθενείς με AIDS	85
8.11. Νοσηλευτική Παρέμβαση σε Ασθενείς με CMV	87

8.12. Νοσηλευτική Παρέμβαση σε Ηπατίτιδες Β και C	88
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9 ΠΡΟΛΗΨΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ	
9.1. Κατευθυντήριες γραμμές για την πρόληψη των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων	91
9.2. Εφηβική και Σχολική Υγεία.....	97
9.3. Μελέτες για προοπτικές για καινούρια εμβόλια ενάντια στις σεξουαλικά μεταδιδόμενες μολύνσεις	99
9.4. Μελέτες για την Πρόληψη με βάση το προφυλακτικό στα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα.....	106
9.5. Μελέτες για συμπεριφορές σεξουαλικού κινδύνου:πρόληψη εγκυμοσύνης, HIV, ΣΜΝ και έφηβοι.....	109
9.6. Μελέτες για σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα για εφήβους και νέους σε χώρες με χαμηλό και μεσαίο εισόδημα.....	110
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10 ΚΛΙΝΙΚΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ	113
Εφαρμογή Νοσηλευτικής Διεργασίας 1	114
Εφαρμογή Νοσηλευτικής Διεργασίας 2	116
ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	118
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	123

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με την ολοκλήρωση της πτυχιακής μου εργασίας θα ήθελα να ευχαριστήσω τους γονείς μου για όλη την στήριξη και την υπομονή που έδειξαν αυτό το διάστημα των 6 μηνών, καθώς και την εισηγήτρια μου Δρ Έλενα Μιχαλοπούλου που με στήριξε και με συμβούλεψε καθ' όλη την διάρκεια της εκπόνησης αυτής της εργασίας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι σεξουαλικά μεταδιδόμενες λοιμώξεις (ΣΜΝ) επηρεάζουν ανθρώπους όλων των ηλικιών, σε κοινωνικοοικονομικά επίπεδα και πολιτισμούς και αποτελούν πλέον σοβαρό πρόβλημα δημόσιας υγείας, αφού έχουν φθάσει σε επιδημικές διαστάσεις σε πολλά έθνη. Περισσότερα από 30 διαφορετικά βακτήρια, ιοί και παράσιτα είναι γνωστό ότι μεταδίδονται μέσω σεξουαλικής επαφής, με 8 παθογόνα που συνδέονται με τη μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης ασθενειών. Παρόλο που συχνά μπορεί να αποφευχθεί, τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (ΣΜΝ) αυξάνονται παγκοσμίως. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) εκτιμάει ότι περισσότερα από 500 εκατομμύρια νέες μολύνσεις από σμηγματώδεις ΣΜΝ, όπως η γονόρροια, η τριχομονάση, η σύφιλη και τα χλαμύδια εμφανίζονται σε παγκόσμιο επίπεδο κάθε χρόνο.

Οι νοσηλευτές έχουν εμπλακεί στη διαχείριση των σεξουαλικά μεταδιδόμενων λοιμώξεων (ΣΜΝ) με καθοριστικό ρόλο. Ο ρόλος τους ποικίλλει από εκείνον του τεχνικού, του αναπληρωτή, του συμβούλου και του βοηθού του γιατρού σε εκείνο στον οποίο είναι σε θέση να παρέχει την πρώτη γραμμή διαχείρισης των ΣΜΝ σε νοσοκομειακές κλινικές. Ο ρόλος του σχολικού νοσηλευτή είναι εξίσου σημαντικός την σημερινή εποχή, αφού οι έφηβοι έχουν μεγάλα ποσοστά μολύνσεων, μειωμένη ενημέρωση, άγνοια για τα ΣΜΝ, καθώς και αποχή από την σωστή πρόληψη. Έχουν πραγματοποιηθεί μελέτες για νέες μεθόδους πρόληψης και υπάρχουν κατευθυντήριες γραμμές για την πρόληψη των ΣΜΝ που όλοι πρέπει να γνωρίζουν. Είναι σημαντικό για την μείωση των ΣΜΝ η μελλοντική συμβολή των νοσηλευτών για την διαχείριση και τον έλεγχο τους, αφού διαδραματίζουν πολύ σημαντικό ρόλο στην διδασκαλία της κοινωνίας.

ABSTRACT

Sexually transmitted infections (STI) affect people of all ages, socioeconomic levels and cultures, have become a serious public health problem reaching epidemic proportions in many nations. More than 30 different bacteria, viruses and parasites are known to spread through sexual contact with 8 pathogens associated with higher incidence of disease. Although often can be avoided, sexually transmitted diseases (STD) grow worldwide according to the World Health Organization (WHO 2016). More than 500 million new STI infections, such as gonorrhoea, trichomonas's, gonorrhoea, syphilis and chlamydia appear globally each year.

Nurses are involved in the management of sexually transmitted infections (STIs). Their role varies from that of other health care professionals in that they are able to provide the first line of STD management in hospital clinics. The role of school nurses is equally important, since adolescents have high rates of infection due to reduced knowledge of STDs and lack of up-taking preventative measures. Thus nurses play a very important role in the management, control and education of society as to reduce the incidence of STDs.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1.1 Εισαγωγή:

Τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (ΣΜΝ) επί αιώνες αποτέλεσαν πραγματική μάστιγα της ανθρωπότητας. Εξαιτίας της σημαντικής νοσηρότητας και θνησιμότητας τους, υπήρξε αναγκαία η ανάπτυξη ιδιαιτέρως της ιατρικής ειδικότητας της Αφροδισιολογίας, από την οποία γεννήθηκε η Σύγχρονη Δερματολογία (Στρατηγός, 2004). Μέχρι το τέλος της δεκαετίας του 1950 τα ΣΜΝ ονομάζονταν κατά αποκλειστικότητα Αφροδίσια νοσήματα (Venereal Diseases), εξαιτίας της σχέσης που έχουν με τον έρωτα και την Αφροδίτη, θεά του έρωτα. Τα τελευταία χρόνια λέγονται σεξουαλικά μεταδιδόμενες λοιμώξεις καθώς περιλαμβάνουν ένα ευρύτερο φάσμα εννοιών, αφού ένα άτομο μπορεί να μολυνθεί και να μολύνει άλλα άτομα χωρίς να νοσεί.

Εκατομμύρια άνθρωποι στο κόσμο νοσούν από σεξουαλικά μεταδιδόμενες λοιμώξεις και εξαιτίας αυτών βιώνουν φυσική και συναισθηματική φόρτιση. Σε πολλές χώρες τα νοσήματα αυτά θεωρούνται «ταμπού», δεν συζητούνται με αποτέλεσμα να μην θεραπεύονται. Έτσι καταλήγουν σε υγειονομική και κοινωνική μάστιγα η οποία όμως πρέπει να αντιμετωπιστεί (CDC, 2017).

Τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα είναι λοιμώξεις που μεταδίδονται με την σεξουαλική επαφή. Υπάρχουν όμως και κάποια που μπορούν να μεταδοθούν από τη μητέρα στο κύημα. Η μετάδοση μπορεί να γίνει ενδομήτρια, διαμέσου του πλακούντα ή με κατάποση μολυσμένου αμνιακού υγρού. Επίσης η μετάδοση μπορεί να γίνει κατά την διάρκεια του τοκετού από μολυσμένες εκκρίσεις του κόλπου και το αίμα.

Τέλος η μετάδοση μπορεί να γίνει μετά τον τοκετό από την άμεση επαφή με την μητέρα κατά τον θηλασμό (Berkeley, 2016). Άλλοι τρόποι μετάδοσης είναι οι μεταγγίσεις αίματος ή άλλων προϊόντων αίματος, οι μολυσματικές σύριγγες κυρίως σε νοσοκομεία και εργαστήρια, η κοινή χρήση βελονών κυρίως σε ναρκομανείς και τέλος από την σεξουαλική επαφή ατόμων του ίδιου φύλλου (Στρατηγός, 2004).

Περισσότερα από 30 διαφορετικά βακτήρια, ιοί και παράσιτα είναι γνωστό ότι μεταδίδονται μέσω της σεξουαλικής επαφής. Οκτώ απ' αυτά τα παθογόνα σχετίζονται με την μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης σεξουαλικά μεταδιδόμενης νόσου. Από αυτές τις 8 λοιμώξεις, 4 βακτηριακές λοιμώξεις είναι θεραπεύσιμες. Η σύφιλη, η γονόρροια, τα χλαμύδια και η τριχομονάση. Οι άλλες 4 είναι ιογενείς και ανίατες. Η ηπατίτιδα Β, ο ιός του απλού έρπητα, ο ιός HIV (AIDS) και ο ιός των ανθρώπινων θηλωμάτων (HPV). Τα συμπτώματα από τις ασθένειες που οφείλονται σε ανίατες ιικές λοιμώξεις μπορούν να μειωθούν ή να τροποποιηθούν μέσω της θεραπείας (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 2016).

Τα ΣΜΝ μπορεί να έχουν σοβαρές συνέπειες όχι μόνο στη σωματική υγεία αλλά και στην ψυχολογική και κοινωνική ευημερία. Οι γυναίκες επιβαρύνονται περισσότερο από τους άνδρες από τις σοβαρές επιπτώσεις των ΣΜΛ. Αν παραμείνουν αθεράπευτες μπορεί να προκαλέσουν σοβαρή βλάβη στα αναπαραγωγικά όργανα των γυναικών και αυτά με τη σειρά τους να προκαλέσουν υπογονιμότητα, δυσμενείς κύσεις ή και έκτοπη κύηση. Ο έρπης και η σύφιλη μπορεί να αυξήσουν το κίνδυνο απόκτησης του ιού HIV/AIDS κατά τρεις φορές περισσότερο (WHO, 2016).

Η μετάδοση από μητέρα σε παιδί των ΣΜΝ μπορεί να οδηγήσει σε θνησιμότητα του νεογνού, χαμηλό βάρος γέννησης, σηψαιμία, πνευμονία, νεογνική επιπεφυκίτιδα και συγγενείς παραμορφώσεις. Κάποιοι τύποι του ιού HPV προκαλούν καρκίνο του τραχήλου. Η γονόρροια και τα χλαμύδια είναι οι πιο συχνές αιτίες της πυελικής φλεγμονώδους νόσου και της στειρότητας στις γυναίκες.

Στόχος της δημόσιας υγείας είναι η υποστήριξη συστημάτων που αφορούν την επιδημιολογική επιτήρηση, την πρόληψη, τον διαγνωστικό έλεγχο αλλά και την θεραπεία και την φροντίδα των ασθενών. Η διάγνωση και η θεραπεία ασθενών με ΣΜΛ έχει πολύ μεγάλη σημασία για την ατομική υγεία αλλά συμβάλει στην πρόληψη

της διασποράς των λοιμώξεων. Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι ιδιαίτερα σημαντικός όσο αφορά την πρόληψη αλλά και την στήριξη του ασθενή σε όλη τη διάρκεια της θεραπείας του (CDC,2014).

Από τα ΣΜΝ μπορεί να προσβληθούν άνδρες και γυναίκες απ' όλες τις ηλικίες που είναι σεξουαλικά ενεργοί, ανεξαρτήτου φύλου, εθνικότητας και οικονομικού επιπέδου. Υπάρχουν όμως πληθυσμοί που κινδυνεύουν περισσότερο όπως έφηβοι, ενήλικες, γυναίκες νεαρής ηλικίας, μειονότητες και άποροι. Επίσης τα έφηβα κορίτσια λόγω του μικρότερου αριθμού προστατευτικών αντισωματικών που έχουν απέναντι στα ΣΜΝ και του βιολογικά ανώριμου τραχήλου είναι πιο ευπαθείς ομάδες (Grimes, 2011).

1.2. Ταξινόμηση

Τα ΣΜΝ μεταδίδονται κατά κύριο λόγο με την σεξουαλική επαφή συμπεριλαμβανομένων του κολπικού, πρωκτικού και στοματικού σεξ. Ορισμένα μπορούν επίσης να εξαπλωθούν μέσω μη σεξουαλικών μέσων, όπως μέσω αίματος ή προϊόντων αίματος. Επίσης κάποια άλλα όπως γλαμύδια, γονόρροια, ηπατίτιδα Β, HIV και σύφιλη μπορούν να μεταδοθούν από τη μητέρα στο παιδί και κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, του τοκετού και του θηλασμού.

Τα ΣΜΝ οφείλονται σε :

- ✚ Βακτήρια: γλαμύδια, γονόρροια, σύφιλη,
- ✚ Ιούς: HPV κονδυλώματα, HSV έρπης των γεννητικών οργάνων, HBV ηπατίτιδα Β, HCV, ηπατίτιδα C, HIV/AIDS,
- ✚ Παράσιτα: ψείρες του εφηβαίου, σε μύκητες: Candida Albicans
- ✚ Πρωτόζωα: τριχομονάδες (ΚΕΕΛΠΝΟ, 2014).

Πίνακας. Σεξουαλικά μεταδιδόμενοι παθογόνοι μικροοργανισμοί και οι αντίστοιχες λοιμώξεις που προκαλούν.

Παθογόνος μικροοργανισμός	Λοίμωξη - σύνδρομο
ΒΑΚΤΗΡΙΑ	
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Γονόρροια (γονοκοκκικές λοιμώξεις του ουρογεννητικού συστήματος), φαρυγγίτιδα, επιπεφυκίτιδα, περιηπατίτιδα, βαρθολινίτιδα, διάσπαρτη γονοκοκκική λοίμωξη, πρόωρη ρήξη του αμνιακού σάκου, πρόωρος τοκετός, σύνδρομο λοίμωξης του αμνιακού υγρού.
<i>Chlamydia trachomatis</i>	Χλαμυδιακές λοιμώξεις του ουρο-γεννητικού συστήματος, φαρυγγίτιδα, επιπεφυκίτιδα, περιηπατίτιδα, χοριασμιονίτιδα, πρόωρος τοκετός, μέση ωτίτιδα, ρινίτιδα και πνευμονία στα νεογνά, σύνδρομο Reiter, Αφροδίσιο Λεμφοκοκκίωμα (LGV) ορότυποι L1, L2, L3.
<i>Mycoplasma hominis</i>	Επιλόχειος πυρετός, σαλπινγίτιδα.
<i>Ureoplasma urealinitum</i>	Μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα.
<i>Mycoplasma genitalium</i>	Μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα σε συνδυασμό με άλλα παθογόνα.
<i>Treponema pallidum</i>	Σύφιλη.
<i>Gardnerella vaginalis</i>	Κολπίτιδα (σε συνδυασμό με άλλα παθογόνα ή κολπικά ανασερόβια μικρόβια).
<i>Mobiluncus curtisii</i>	Κολπίτιδα.
<i>Mobiluncus mulieris</i>	Κολπίτιδα.
<i>Haemophilus ducreyi</i>	Μαλακό έλκος.
<i>Calymatobacterium granulomatis</i>	Βουβωνικό κοκκίωμα (Donovanosis).
<i>Shigella spp</i>	Σιγκέλλωση σε άντρες που κάνουν σεξ με άντρες (MSM – men having sex with men).
<i>Campylobacter spp</i>	Εντερίτιδα και πρωκτοκολίτιδα σε MSM.
<i>Helicobacter cinaedi</i>	Πρωκτοκολίτιδα, δερματίτιδα, βακτηριαμία στο AIDS.
<i>Helicobacter fennelliae</i>	Πρωκτοκολίτιδα, δερματίτιδα, βακτηριαμία στο AIDS.
<i>Salmonella spp</i>	Εντερίτιδα, πρωκτοκολίτιδα, πρωκτίτιδα στο AIDS.
ΙΟΙ	
Human Immunodeficiency Virus (HIV) τύποι 1,2 και υπότυπος 0	HIV λοίμωξη, AIDS.
Herpes Simplex Virus (HSV) 1,2	Πρωτολοίμωξη και υποτροπιάζων έρπης των γεννητικών οργάνων, μηνιγγίτιδα, νεογνικός έρπης.
Human Papilloma Virus (HPV)	Οξυτενή κονδυλώματα, θηλώματα του λάρυγγα, ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία και καρκίνος του τραχήλου (μήτρας), κόλπου, αιδοίου, πρωκτού, πέους.
Hepatitis A Virus (HAV)	Οξεία ηπατίτιδα Α.
Hepatitis B Virus (HBV)	Οξεία και χρόνια ηπατίτιδα Β, ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα, οξείας πολυαρτηρίτιδα, χρόνια μεμβρανώδης σπειραματονεφρίτιδα, μικτή κρυσφαριναιμία, ρευματική πολυμυαλγία.
Hepatitis C Virus (HCV)	Οξεία και χρόνια ηπατίτιδα C, ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα, μικτή κρυσφαριναιμία, χρόνια σπειραματονεφρίτιδα.
Cytomegalovirus (CMV)	Λοιμώδης μονοπυρήνωση, συγγενής CMV λοίμωξη με μεγάλη περιγεννητική θνητότητα και σοβαρές βλάβες του νεογνού π.χ. πνευματική καθυστέρηση, κώφωση, ποικίλες βαριές εκδηλώσεις σε ανοσοκατασταλμένους ασθενείς.
Molluscum Contagiosum Virus (MCV)	Μολυσματική τέρμινθος των γεννητικών οργάνων.
Human T-cell Lymphotropic Virus (HTLV) τύποι I και II	Λευχαιμία T-κυττάρων, λέμφωμα, τροπική σπαστική πάρεση.
Human Herpes Virus (HHV) τύπος 8	Σάρκωμα Kaposi, λέμφωμα, πολλαπλούν μυέλωμα, νόσος του Castleman.
ΠΡΩΤΟΖΩΑ	
<i>Trichomonas vaginalis</i>	Κολπική τριχομονάδωση, μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα.
<i>Entamoeba histolytica</i>	Αμοιβάδωση σε MSM.
<i>Giardia lamblia</i>	Λαμβλίαση σε MSM.
ΜΥΚΗΤΕΣ	
<i>Candida albicans</i>	Αιδοιοκολπίτιδα, βαλανίτιδα.
ΠΑΡΑΣΙΤΑ	
<i>Phthirus pubis</i>	Φθειρίαση του εφηβίου.
<i>Sarcoptes scabiei</i>	Ψώρα.

Προσαρμογή από «Holmes et al: Sexually Transmitted Diseases. Third edition McGraw-Hill».

Απόδοση : Μαρία Χατζηβασιλείου – Παννά, Φίλιππος Κουκουριτάκης.

Πίνακας 1. Κατάταξη ΣΜΝ (ΚΕΕΛΠΝΟ,2017).

1.3 Ιστορική Αναδρομή

Η ιστορία των αφροδίσιων νοσημάτων βασισμένη σε περιγραφές ντοκουμέντα και πραγματείες, συνθέτουν μια ιδιαίτερη ιστορική ενότητα, συνυφασμένη άμεσα με την ανθρώπινη φύση και την ανθρώπινη ύπαρξη, παρά το γεγονός ότι αναφέρεται σε δύο μόνο νοσήματα, τη σύφιλη και τη γονόρροια. Οι πρώτες αναφορές έρχονται από τα βάθη των αιώνων και συμπληρώνονται προοδευτικά στους χρόνους της Ελληνιστικής Περιόδου, στους Μεσαιωνικούς Χρόνους, επηρεασμένες πολύ από τη φανατική θρησκοληψία και στην Αναγέννηση με πολύ λογικότερη αντιμετώπιση. Από τον 19^ο αιώνα υπάρχει πλούσιο ιατρικό υλικό (Στρατηγός, 2004).

Οι επιστήμονες αυτοί πιστεύουν πως η σύφιλη και η βλεννόρροια, συμβαδίζουν με την ιστορία του ανθρώπινου γένους και υπάρχουν από τότε που για πρώτη φορά ο άνθρωπος άρχισε να καταγράφει την ιστορία του. Υποστηρίζουν επίσης ότι τα αφροδίσια νοσήματα γεννήθηκαν από βακτηρίδια και μάλιστα από βακτηρίδια που προϋπήρχαν του ανθρώπου στον πλανήτη μας. Θα μπορούσε κανείς να πάει πολύ πίσω στην ιστορία του ανθρώπου και να διαπιστώσει ότι η σύφιλη, ενδεχομένως να έπαιξε ως ένα βαθμό το πιο σπουδαίο ρόλο στη διαμόρφωση της ιστορίας, αφού πολλά σημαντικά πολιτικά πρόσωπα έπεσαν θύματα της σύφιλης. Ο Ρωμαίος γιατρός Κέλσιος επισήμανε και αυτός την ύπαρξη της σύφιλης στην αρχαία Ρώμη και έκανε αναφορά στην ασθένεια. Αρκετοί Ρωμαίοι αυτοκράτορες νόσησαν από σύφιλη. Αποσπάσματα από την Παλαιά Διαθήκη αφήνουν να εννοηθεί ότι πολλές από τις πανώλες που σαρώνουν τον καιρό εκείνο πιθανόν να ήταν σύφιλη. Και ο πατέρας της ιατρικής ο Έλληνας Ιπποκράτης γύρω στα 460 π.Χ. επισήμανε και περιέγραψε τα συφιλιδικά έλκη που εμφανίζονται στα γεννητικά όργανα.

Οι υποστηρικτές της μετακολομβιανής θεωρίας πιστεύουν ότι τη σύφιλη την βρήκαν στην Αϊτή και μάλιστα σε ενδημική κατάσταση οι άντρες του Κολόμβου και την έφεραν πίσω στην Ευρώπη από όπου διαδόθηκε στα πέρατα της γης το 1493 (Δετοράκης, 2007).

Σύμφωνα με τη θεωρία της προσαρμογής όλες οι σπειροχετώσεις (τρεπονωματώσεις) έχουν ένα κοινό πρόγονο, μια σαπροφυτική μορφή τρεπονήματος που επιβίωσε

αρχικά στη λάσπη. Με την πάροδο του χρόνου πέρασε στα ζώα και μετά στον άνθρωπο. Σιγά σιγά αναπτύχθηκε μια ποικιλία τρεπονηματώσεων, δηλαδή κλινικών συνδρόμων, ανάλογα με τη φυσική τάση περιβαλλοντολογικής προσαρμογής βασισμένη στη βιολογική προσπάθεια επιβίωσης του τρεπονήματος. Το όνομα της νόσου «Σύφιλης» οφείλεται στον ποιητή, αστρονόμο και γιατρό της Βερόνα Girolamo Fracastoro. Το 1951 έγραψε ένα ποίημα που ήταν αφιερωμένο σ' ένα χοιροβοσκό, τον Σύφιλο, ο οποίος σύμφωνα με τον ποιητή τιμωρήθηκε από τον θεό Απόλλωνα προς τον οποίο ασέβησε μολύνοντας τον (Στρατηγός, 2004). Η σύφιλη στα τέλη του 15^{ου} αιώνα υπάρχει σε μορφή πανδημίας. Αξίζει να πούμε ότι στην Ελλάδα αναφέρεται για πρώτη φορά το 1945. Η βλεννόρροια έχει μολύνει και αυτή από τα πανάρχαια χρόνια (Δετοράκης, 2007).

Πριν από 5000 χρόνια οι Κινέζοι γνώριζαν την βλεννόρροια. Βρέθηκαν σαφής περιγραφές για την πυώδη ρύση της ουρήθρας αναφερόμενη με τον όρο Tetcho που σημαίνει «αφροδίσια λώβη» μεταδιδόμενη με σεξουαλική μόλυνση. Ο γιατρός της εποχής Hoang-Ty συστήνει για την θεραπεία εκχυλίσματα από φύλλα ινδοκαλάμου και σκόνη από όστρακα χελώνας. Οι Εβραίοι μαστίζονταν από την βλεννόρροια η οποία αναφέρεται στη Βίβλο, ως ακάθαρτος ρύση της ουρήθρας του άνδρα που προέρχεται από γυναικεία μόλυνση η οποία εβραϊκά ονομάζεται «ζάμω». Υποστηρίχτηκε ότι η περιτομή στους Ισραηλίτες έγινε για να διατηρείται καθαρή η βαλανοποσθιτική αύλακα για να αποφύγουν τις σεξουαλικές μεταδιδόμενες ασθένειες. Επίσης ο Μωυσής είχε εντοπίσει το φαινόμενο της βλεννόρροιας και της ορχεοεπιιδυμίτιδας κατά την έξοδο στη χερσόνησο Σινά και δίνει κάποια υγιεινά παραγγέλματα για την πρόληψη της νόσου. (Στρατηγός, 2004).

Περιγραφές για την βλεννόρροια βρέθηκαν σε Αιγυπτιακό πάπυρο που χρονολογείται στα 3.500 π.Χ. Στην Παλαιά Διαθήκη περιγράφεται μια αρρώστια που φαίνεται να έχει πολλά κοινά στοιχεία με τη βλεννόρροια. Ο Ιπποκράτης κάνει αναφορά στη βλεννόρροια και προσδιορίζει τον τρόπο μετάδοσης του μικροβίου σαν μέσο ευχαρίστησης της θεάς Αφροδίτης. Το όνομα της βλεννόρροιας οφείλεται στον Έλληνα γιατρό Γαληνό, που το 200 μ.χ. πίστευε-λανθασμένα βέβαια- ότι το χαρακτηριστικό έκκριμα της ασθένειας, δεν είναι τίποτα άλλο, παρά ακούσια απώλεια του σπέρματος και γι' αυτό ονόμασε την ασθένεια βλεννόρροια δηλαδή βλέννα-ρέει. Παλαιότερα πίστευαν ότι η βλεννόρροια και η σύφιλη ήταν μία και μόνο

ασθένεια ώσπου το 1879 ο Γερμανός βακτηριολόγος Αλμπέρτο Ναϊσσεο ανακάλυψε ότι τη βλεννόρροια την προκαλούν μικροοργανισμοί διαφορετικοί από εκείνους της σύφιλης , που αργότερα πήραν προς τιμήν του το όνομα ναϊσσέρια η γονόκοκκος.

Η θεραπεία της σύφιλης από επιστημονική ιατρική άποψη προχώρησε με πολύ αργό ρυθμό. Το 1905 έγιναν τρεις συνεχόμενες ανακαλύψεις που εγκαινίασαν καινούριες μεθόδους ελέγχου της σύφιλης. Συγκεκριμένα ο Shandinn και ο Hoffman το 1907 ανακάλυψαν το τεστ αίματος για τη σύφιλη και από τότε έγινε δυνατή η διάγνωση της σε κάθε στάδιο ακόμη και όταν δεν υπήρχε εξωτερικό σύμπτωμα (Δετοράκης, 2007).

Για την θεραπεία της σύφιλης αρχικά χρησιμοποιήθηκε υδράργυρος. Μετά χρησιμοποιήθηκε υδράργυρος σε συνδυασμό με ιώδιο και τέλος το βισμούθιο. Το 1907 ο Γερμανός επιστήμονας Dr Paul Ehrlich πατέρας της σύγχρονης χημειοθεραπείας χρησιμοποίησε ένα νέο ιδιοσκεύασμα για τη θεραπεία της σύφιλης που περιείχε αρσενικό, το Sarvarsan και νόμισε ότι έλυσε οριστικά το πρόβλημα της θεραπείας της νόσου. Γι' αυτό το λόγο το 1910 πήρε το βραβείο Νόμπελ. Ωστόσο αυτή η θεραπεία απέτυχε (Στρατηγός, 2004).

Η μοναδική και η πιο μεγάλη ανακάλυψη για την αποτελεσματική θεραπεία των αφροδίσιων νοσημάτων ήταν η ανακάλυψη της πενικιλίνης από τον Alexander Fleming το 1928. Σε πολύ λίγο χρονικό διάστημα η πενικιλίνη αντικατέστησε όλα τα γνωστά φάρμακα θεραπείας της σύφιλης σε όλες τις μορφές της. Ακόμη και σήμερα η πενικιλίνη παραμένει το πρώτο φάρμακο για τη θεραπεία των αφροδίσιων νοσημάτων. Τέλος το 1980, γίνεται η ανακάλυψη του ιού AIDS, ενώ πλήρης θεραπεία γι' αυτόν τον ιό δεν υπάρχει ακόμα και σήμερα (Δετοράκης, 2007).

1.4. Παράγοντες Αύξησης και Εξάπλωσης

Τα ΣΜΝ αυξάνονται παγκοσμίως. Είναι οι πιο συχνές εκδηλώσεις σε περισσότερο από το 50% των ατόμων του συνολικού πληθυσμού σε κάποια στιγμή της ζωής τους. Τα νοσήματα αυτά συνδέονται άμεσα με την συμπεριφορά των ατόμων που έχουν ενεργή σεξουαλική ζωή χωρίς προστασία. Οι συμπεριφοριστικοί, βιολογικοί και

κοινωνικοί παράγοντες είναι αυτοί που συμβάλλουν στην σύναψη των ΣΜΝ (Raudenbush, 2002).

Βιολογικοί παράγοντες:

Η ηλικία και το φύλλο είναι οι πρώτοι παράγοντες που επηρεάζουν την εξάπλωση των ασθενειών. Ο μεγάλος χρόνος καθυστέρησης της εμφάνισης σοβαρών επιπλοκών από την περίοδο αρχικής μόλυνσης των ατόμων, μέχρι την εμφάνιση των πρώτων συμπτωμάτων καθώς και η μειωμένη εμφάνιση συμπτωμάτων γενικά, αποτελούν παράγοντα αυξημένης επίδρασης των νοσημάτων. Τα ΣΜΝ έχουν την τάση να προσβάλλουν περισσότερο και με μεγαλύτερη ευκολία τις γυναίκες και τα παιδιά στην εφηβική ηλικία, παρά τους άντρες. Άλλη μία παράμετρος είναι η κοιλιακή έγχυση (εσωτερική πλύση), η χρήση ορμονικών αντισυλληπτικών ανοσίας από προηγούμενες μολύνσεις και μη ειδική ανοσία από την φυσιολογική κοιλιακή χλωρίδα. Στις γυναίκες οι πρώιμες εκδηλώσεις των λοιμώξεων είναι ελάχιστες, γεγονός που καθυστερεί τη διάγνωση και τη θεραπεία (Eng and Butler, 1997).

Κοινωνικοί παράγοντες:

Η επικράτηση των ΣΜΝ αυξάνεται με την έλλειψη εκπαίδευσης, την κοινωνική ανισότητα καθώς και τη φτώχεια. Η χρήση ουσιών, κυρίως ναρκωτικών και οινόπνευματος, αποτελούν επίσης παράγοντα εξάπλωσης, καθώς τα άτομα αυτά δεν είναι σε θέση να λάβουν τα απαραίτητα μέτρα για την προστασία τους, αφού οι κοινωνικές και γνωστικές τους δεξιότητες είναι σε καταστολή (Browning, 2004).

Ακόμα η σεξουαλική βία των γυναικών διπλασιάζει την πιθανότητα στις γυναίκες να εμφανίσουν κάποιο γυναικολογικό πρόβλημα, συμπεριλαμβανομένων των ΣΜΝ, καθώς επίσης και η σεξουαλική κακοποίηση των παιδιών έχει μεγάλες κοινωνικές συνέπειες. Οι άστεγοι είναι άλλη μια κοινωνική ομάδα που διατρέχει κίνδυνο για πολλά προβλήματα υγείας. Επίσης οι έφηβοι υπό κράτηση είναι οι βασικοί πομποί των ΣΜΝ, καθώς η χρήση ναρκωτικών, αλκοόλ και η έλλειψη υγειονομικής περίθαλψης είναι μεγάλο πρόβλημα που τους θέτει σε κίνδυνο για οποιοδήποτε νόσημα. Τέλος οι εργαζόμενοι μετανάστες αποτελούν κίνδυνο, αφού αυτοί και οι οικογένειες τους έχουν μειωμένη υγειονομική περίθαλψη λόγω συχνής μετεγκατάστασης, γλωσσικών και πολιτισμικών φραγμών και περιορισμένων οικονομικών πόρων (Eng and Butler, 1997).

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε, βρέθηκε ότι περίπου το 1/4 των εφήβων δεν καλύπτονται από υγειονομική περίθαλψη όταν βρίσκονται σε ηλικίες υψηλού κινδύνου για προστασία στα ΣΜΝ. Το ποσοστό των εφήβων που ρωτηθήκαν και ανέφεραν ότι τους δόθηκαν πληροφορίες για τις ασθένειες αυτές από τους γονείς ή από άλλα μέλη της οικογένειας, ανέρχεται στο 11%. Το 70% των δωδεκάχρονων παιδιών έχουν έρθει σε σεξουαλική επαφή και το 27% απ' αυτά είχαν συννευρεθεί μαζί με τέσσερα ή περισσότερα άτομα. Δεν υπάρχει ευαισθητοποίηση για το θέμα, καθώς τα 2/3 των γυναικών σε ηλικίες 18-60 ετών γνώριζαν πολύ λίγα έως τίποτα για τις σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες, εκτός του AIDS (Eng and Butler, 1997).

1.5. Επιδημιολογία και Επιδημιολογική Επιτήρηση

1.5.1. Παγκόσμια Επιδημιολογία

Τα ΣΜΝ βρίσκονται στις 10 πρώτες αιτίες δυσάρεστων νόσων σε νεαρά αγόρια στις αναπτυσσόμενες χώρες και στη δεύτερη θέση στις νεαρές ενήλικες γυναίκες αντίστοιχα. Οι έφηβοι και οι ενήλικες (ηλικίες 14-24 ετών) αποτελούν το 25% του σεξουαλικά ενεργού πληθυσμού, καθώς αποτελούν και το 50% όλων των νεοαποκτηθέντων ΣΜΝ. Αυτές οι ασθένειες φέρουν μεγάλες επιπτώσεις στην υγεία και την οικονομία. Ο έλεγχος τους είναι δύσκολος, καθώς πολλές απ' αυτές είναι ασυμπτωματικές. Παρόλα αυτά ο έλεγχος πρέπει να πραγματοποιείται καθημερινά παγκοσμίως. Είναι σημαντικό για τον έλεγχο εξάπλωσης των λοιμώξεων να γίνεται έγκαιρη διάγνωση και στη συνέχεια θεραπεία αυτών (Global, 2013).

Εκτιμάται ότι τα αναφερόμενα κρούσματα των ασθενειών αποτελούν τον 50%-80% των αναφερόμενων λοιμώξεων στις Ηνωμένες Πολιτείες, και έτσι φαίνεται ο μειωμένος έλεγχος και η χαμηλή αναφορά ασθενειών. Περίπου το 60% των μολύνσεων από HIV παγκοσμίως συμβαίνουν σε νέους, καθώς δεν είναι επαρκώς πληροφορημένοι για την μετάδοση των ασθενειών ή υπάρχει άγνοια για την σωστή προφύλαξη. Τα άτομα που έχουν μολυνθεί από σεξουαλικά μεταδιδόμενες λοιμώξεις είναι 5-10 φορές πιο πιθανό να μεταδώσουν ή να αποκτήσουν τον ιό HIV μέσω σεξουαλικής επαφής απ' τα άτομα που δεν έχουν μολυνθεί (Holmes, 2008).

Το προφυλακτικό μέχρι σήμερα είναι η πιο αποτελεσματική μέθοδος που υπάρχει για τους άνδρες για προστασία από σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες. Η εκπαίδευση του πληθυσμού, ο εντοπισμός συμπτωματικών και ασυμπτωματικών ατόμων και η αποτελεσματική διάγνωση και θεραπεία των ασθενειών, είναι το κλειδί για την πρόληψη των ΣΜΝ (Da Ros and Da Silva, 2008).

Υπάρχει ετερογένεια σχετικά με τα δεδομένα για την επίπτωση και την επικράτηση των νοσημάτων. Στις νεαρές γυναίκες με χλαμύδια που παρακολουθούνται από κλινικές, παρατηρείται ο εξής επιπολασμός : το 1997 είναι στο 12% και το 2005 στο 15,4%. Στους νεαρούς άνδρες ανέρχεται το 1997 στο 15,7% και το 2005 στο 20,5%, Ωστόσο η συχνότητα της γονόρροιας μειώνεται αφού το 1997 ήταν 123 ανά 100000, αλλά μέχρι το 2005 έχει μειωθεί σε 115,6 ανά 100000 άτομα. Στη σύφιλη τα δεδομένα για άνδρες και γυναίκες έχουν στατιστικές διαφορές, αφού η μόλυνση ήταν στις 3,8 ανά 100000 άνδρες το 2002 και 5,1 ανά 100000 άνδρες το 2005. Στις γυναίκες απ ' την άλλη για το 2002 υπήρξαν 1,1 ανά 100000 και 0,9 περιπτώσεις ανά 100000 για το 2005 (World Health Organization, 2001).

Πολλές σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες είναι ασυμπτωματικές, με αποτέλεσμα ο έλεγχος τους να είναι δύσκολος. Σκοπός της αναφοράς των ΣΜΝ είναι να διασφαλιστεί ότι θα διαγνωστούν γρήγορα και θα αντιμετωπιστούν κατάλληλα, ώστε να μειωθεί η εξάπλωση τους. Το 50%-80% των περιπτώσεων είναι το αντιπροσωπευτικό ποσοστό των αναφερόμενων ασθενειών. Επίσης είναι γνωστό ότι το 60% των περιπτώσεων που νοσούν από κάποιο νόσημα, θα φιλοξενεί ταυτόχρονα και κάποιο άλλο. Περίπου το 60% των HIV μολύνσεων παγκοσμίως, αντικατοπτρίζεται στους νέους, λόγω ελλειμματικής πληροφόρησης ή επειδή αγνοούν την προφύλαξη για ασφαλή σεξουαλική επαφή, λόγω άλλων παραγόντων.

Τα χλαμύδια είναι μία απ' τις πιο διαδεδομένες σεξουαλικά μεταδιδόμενη ασθένεια. Τα 5 τελευταία χρόνια παρατηρείται αυξημένος ρυθμός μόλυνσης(43,5%) και πιο συχνά στις γυναίκες παρά στους άντρες (3/1). Η μόλυνση από χλαμύδια μπορεί να διευκολύνει την μόλυνση από ιό HIV. Το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης νοσημάτων (CDC), συνιστά έλεγχο για όλες τις σεξουαλικά ενεργές γυναίκες κάτω των 26 ετών. Για τους σεξουαλικά ενεργούς άντρες τα αποδεικτικά στοιχεία είναι ασαφή, παρόλα

αυτά ο έλεγχος τους πρέπει να συμπεριλαμβάνεται σε κλινικά περιβάλλοντα με υψηλό επιπολασμό χλαμυδίων (Da Ros and Da Silva, 2008)

Δεύτερη συχνότερη σεξουαλικά μεταδιδόμενη ασθένεια είναι η γονόρροια στις Ηνωμένες Πολιτείες και περίπου 600000 νέες λοιμώξεις συμβαίνουν κάθε χρόνο. Τα ποσοστά στις γυναίκες είναι λίγο υψηλότερα απ' ό τι στους άντρες. Γυναίκες κάτω των 25 ετών έχουν υψηλότερο κίνδυνο να μολυνθούν από γονόρροια. Η μετάδοση της μόλυνσης του ιού HIV διευκολύνεται από γονοκοκκικές λοιμώξεις, σύμφωνα με επιδημιολογικές μελέτες. Ωστόσο η επικράτηση μειώθηκε στο 74% απ' το 1975-1997. Από τότε δεν υπάρχει αύξηση παρά μόνο μια μικρή το 2005 (World Health Organization, 2005).

Στη σύφιλη η αναλογία των αντρών και γυναικών είναι 5/7. Σε πρόιμη σύφιλη σε έγκυες γυναίκες οδηγεί σε περιγεννητικό θάνατο σε 40% των περιπτώσεων, ενώ σε περίπτωση μόλυνσης 4 χρόνια πριν την εγκυμοσύνη οδηγεί σε μόλυνση του εμβρύου στο 70%. Το ποσοστό σύφιλης μειώθηκε στο 89,7% μεταξύ 1990-2000, ενώ αυξήθηκε μεταξύ 2001-2005, κυρίως απ' τους άνδρες. Στις γυναίκες αυξήθηκε από 0,8 ανά 100000 περιπτώσεις το 2000 σε 0,9 ανά 100000 περιπτώσεις το 2004. Οι άνδρες που έρχονται σε επαφή με άνδρες έχουν υψηλό ποσοστό μόλυνσης HIV και αποτελούν ομάδες υψηλού κινδύνου, καθώς αυξήθηκαν απ' το 2000-2005.

Οι μολύνσεις από τον ιό των ανθρώπινων θηλωμάτων HPV αποτελούν περίπου το 20%-25% του πληθυσμού που μολύνθηκε με ΣΜΝ. Το ποσοστό μόλυνσης ενεργά σεξουαλικά ενηλίκων ανέρχεται στο 75% κατά τη διάρκεια της ζωής τους, από οποιαδήποτε μορφή HPV. Ο επιπολασμός ανά ηλικιακή ομάδα ήταν ο εξής : από 14-19 ετών στο 35%, από 20-29 ετών στο 29%, από 30-39 ετών στο 14%, από 40-44 ετών στο 12% και τέλος από 50-65 ετών στο 6%.

Στον ερπη γεννητικών οργάνων υπάρχουν δύο τύποι κοινού έρπητα: ο HSV-1 και ο HSV-2. Το 85%-90% προκαλούνται από HSV-2 ενώ ο HSV-1 είναι η πιο κοινή αιτία του πρώτου έρπητα. Το 80% των γυναικών με HSV-2 δεν έχουν κλινικές εκδηλώσεις (Da Ros και Da Silva, 2008).

1.5.2. Επιδημιολογικά Δεδομένα HIV Λοίμωξης στην Ελλάδα

Στην Ελλάδα το πρόγραμμα υποχρεωτικής δήλωσης περιστατικών HIV/AIDS και των θανάτων απ' αυτά, βοηθούν άμεσα στην επιδημιολογική επιτήρηση αυτών των λοιμώξεων. Μέχρι την 31^η Οκτώβρη 2017 έχουν καταγραφεί 16.527 περιστατικά HIV λοίμωξης (82,7% σε άνδρες). Τα 4.083 απ' αυτά τα άτομα έχουν εμφανίσει AIDS, ενώ οι 9.500 ακολουθούν αντιρετροϊκή θεραπεία. Οι θάνατοι κυμαίνονται στους 2.746. Οι λοιμώξεις HIV, την περίοδο των δέκα πρώτων μηνών του έτους 2017 ανέρχονται στα 492 (4,5 ανά 100.000) απ' των οποίων τα 403 (81,91%) αφορούν άνδρες, τα 87 (17,68%) γυναίκες και τα 2 (0,41%) διεμφυλικά άτομα. Απ' αυτά φαίνεται ότι οι περιπτώσεις HIV ανά 100.000 πληθυσμούς μειώθηκαν συγκριτικά με προηγούμενα έτη (ΚΕΕΛΠΝΟ, 2017).

Όσον αφορά τους χρήστες ενδοφλέβιων εξαρτησιογόνων ουσιών, απ' το 2011 έως το 2013 παρατηρείται άνοδος του HIV. Απ' το 2014 ωστόσο παρατηρείται μείωση και τα περιστατικά που δηλώθηκαν αφορούσαν επαφή χωρίς προφύλαξη, κυρίως μεταξύ ανδρών. Τους πρώτους 10 μήνες του 2017 οι διαγνώσεις HIV έφταναν τα ποσοστά του 45,93% σε άνδρες που είχαν σεξουαλική επαφή με άνδρες ενώ για τα νέα περιστατικά με ποσοστά 22,56% και 13,41% δηλώθηκε ως πιθανός τρόπος μόλυνσης η απροφύλακτη ετεροφυλική σεξουαλική επαφή και η χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών ενδοφλεβίως. Έπειτα από την 31^η Οκτωβρίου δεν δηλώθηκε άλλο περιστατικό κάθετης μετάδοσης του ιού.

Συμπεραίνουμε ότι τα 4 τελευταία χρόνια παρατηρείται πτώση των περιστατικών, τόσο στους χρήστες, όσο και στον συνολικό πληθυσμό. Οι μεταδόσεις του ιού, οφείλονται περισσότερο στην σεξουαλική επαφή χωρίς προφύλαξη, κυρίως μεταξύ ανδρών (ΚΕΕΛΠΝΟ, 2017).

1.5.3. Επιδημιολογική Επιτήρηση ΣΜΝ

Με τον όρο επιδημιολογική επιτήρηση εννοούμε την συστηματική συλλογή επιδημιολογικών στοιχείων σε ένα γεωγραφικό τόπο για τις λοιμώξεις ΣΜΝ που έχουν προσβάλει τον πληθυσμό. Στόχος είναι η ανάλυση και ερμηνεία αυτών των

επιδημιολογικών στοιχείων με σκοπό την λήψη μέτρων για την προστασία της ατομικής και δημόσιας υγείας (Παγκόσμια οργάνωση Υγείας, 2016).

Η ακριβής και αποτελεσματική επιδημιολογική επιτήρηση των ΣΜΝ σε μια χώρα είναι αναγκαία για να γνωρίζει την επιδημιολογία των νοσημάτων στον πληθυσμό της, την έγκαιρη ανίχνευση επιδημιολογικών εξάρσεων, τον εντοπισμό των μεμονωμένων κρουσμάτων ώστε να μπορούν να παρεμβαίνουν και στους σεξουαλικούς συντρόφους του ασθενούς. Επίσης γίνεται αξιολόγηση παρεμβάσεων και στρατηγικών δράσεων με σκοπό την προστασία και προαγωγή της δημόσιας υγείας. Τέλος γίνεται παρακολούθηση εάν οι στόχοι που έχουν τεθεί επιτεύχθηκαν (Hellenic Center for Disease Control and Prevention, 2014).

Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας είναι υπεύθυνη για την παγκόσμια επιτήρηση των ΣΜΝ και θεσπίζει παγκόσμια στρατηγική στον τομέα της υγείας για τις σεξουαλικά μεταδιδόμενες λοιμώξεις 2016-2021. Με την εφαρμογή της έχει σαν στόχο να μειωθούν τα ΣΜΝ και οι θάνατοι που προκύπτουν απ' αυτά, βελτιώνοντας τη σεξουαλική υγεία ανδρών και γυναικών. Δίνει κατευθυντήριες γραμμές με στόχο την πρόληψη μέσω της κλιμάκωσης συνδυασμένων συμπεριφορών, βιοϊατρικών και διαρθρωτικών προσεγγίσεων που βασίζονται σε στοιχεία. Διευκολύνει την πρόσβαση των πολιτών στην πληροφόρηση για τις ΣΜΛ. Καθώς και στην πρόσβαση για διάγνωση και θεραπεία από αυτές. Η στρατηγική προωθεί μία προσέγγιση που βασίζεται στον άνθρωπο, βασισμένη στις αρχές των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, της ισότητας των δύο φύλων και της ισότητας στην υγεία (Παγκόσμια οργάνωση Υγείας, 2016).

Η επιδημιολογική επιτήρηση των ΣΜΝ πραγματοποιείται μέσω τριών συστημάτων:

- ✚ Σύστημα υποχρεωτικής δήλωσης νοσημάτων
- ✚ Σύστημα παρατηρητών νοσηρότητας πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας
- ✚ Σύστημα εργαστηριακής επιτήρησης

Η αναγκαιότητα ύπαρξης πολλών συστημάτων, οφείλεται στο γεγονός ότι κανένα σύστημα από μόνο του δεν μπορεί να πετύχει όλους τους στόχους της επιδημιολογικής επιτήρησης. Επίσης με τον τρόπο αυτό υποβοηθάτε η διασταύρωση των συμπερασμάτων που έχουν βγει από το κάθε σύστημα. Παράλληλα το κάθε σύστημα στοχεύει σε διαφορετικό σημείο την επιδημιολογική πυραμίδα των

λοιμωδών νοσημάτων: κλινική διάγνωση εργαστηριακή επιβεβαίωση, νοσηλεία και κλινική δήλωση(ΚΕΕΛΠΝΟ, 2014).

Η δήλωση είναι υποχρεωτική για την σύφιλη, τη γονόρροια, τη συγγενή σύφιλη, το αφροδίσιο λεμφοκοκκίωμα από το 1950 και για τις χλαμυδιακές λοιμώξεις από το 2011 στα πλαίσια εναρμόνισης με τις ανάγκες επιτήρησης σε ευρωπαϊκό επίπεδο. Το νέο σύστημα επιτήρησης για τα υποχρεωτικώς δηλούμενα ΣΜΝ αναπτύχθηκε το 2009 και συλλέγει με ενεργητική επιτήρηση, με αναλυτικά και συγκεντρωτικά δελτία δήλωσης, τα δεδομένα για την γονόρροια, τη σύφιλη, τις χλαμυδιακές λοιμώξεις και το AIDS. Τελικός στόχος είναι όλα τα κρούσματα να δηλώνονται με ατομικά δελτία δήλωσης. Τα δεδομένα συλλέγονται από κλινικούς ιατρούς, εργαστήρια, νοσοκομεία τόσο του ιδιωτικού, όσο και του δημόσιου τομέα. Η δήλωση είναι υποχρεωτική για τα ανώτερα νοσήματα και ανώνυμη. Χρησιμοποιούνται οι ορισμοί της Ευρωπαϊκής Ένωσης EU-2008. Η επιβεβαίωση από τα εργαστήρια είναι απαραίτητη.

Σημαντική υποδήλωση υπάρχει κυρίως στον ιδιωτικό τομέα και ο στόχος αυτός ακόμα δεν έχει επιτευχθεί. Στα ατομικά δελτία δηλώνονται οι εξής παράμετροι: ηλικία, φύλο, ημερομηνία έναρξης συμπτωμάτων, ημερομηνία δήλωσης, κέντρο που πραγματοποιείται η δήλωση, είδος κλινικής, χώρα γέννησης, πιθανή χώρα που μολύνθηκε, λόγος εξέτασης, εκδιδόμενο άτομο, εάν είναι χρήστης ενδοφλέβιων ναρκωτικών ουσιών, κλινικά συμπτώματα, στάδιο ασθένειας και το είδος εργαστηριακής δοκιμασίας. Στα συγκεντρωτικά δελτία δηλώνονται οι εξής παράμετροι: ηλικία, φύλο και η κατηγορία μετάδοσης (ΚΕΕΛΠΝΟ, 2013).

1.6. Συμπτώματα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων

Ένα πολύ σημαντικό χαρακτηριστικό των ΣΜΝ είναι ότι πολλά από αυτά παρουσιάζουν παρόμοια συμπτώματα κάτι που τα κάνει δύσκολο να διαγνωστούν. Εξίσου σημαντικό είναι το γεγονός ότι σ' ένα άτομο μπορεί να συνυπάρχουν 2-3 νοσήματα ταυτόχρονα (CDC, 2016).

Το πιο σημαντικό όμως χαρακτηριστικό των νοσημάτων αυτών που είναι και το χαρακτηριστικό το οποίο τα καθιστά τόσο ύπουλα, είναι ότι συχνά τα συμπτώματα

μπορεί να είναι ασήμαντα ή και ανύπαρκτα. Αυτό σημαίνει ότι κάποιος μπορεί να έχει προσβληθεί από ένα νόσημα και να μην το έχει αντιληφθεί, βάζοντας σε κίνδυνο όχι μόνο τον εαυτό του αλλά και τον σύντροφο του. Σημαίνει επίσης ότι ένα άτομο δεν μπορεί να ξεχωρίσει αν κάποιος άλλος έχει τέτοιο νόσημα από την εμφάνιση του. Σε περίπτωση που ένα άτομο υποψιάζεται ότι έχει προσβληθεί από ένα σεξουαλικά μεταδιδόμενο νοσήματα θα πρέπει να συμβουλευτεί γιατρό για να υποβληθεί στις απαιτούμενες εξετάσεις (CDC, 2014). Συνήθως η εξέταση περιλαμβάνει και τη λήψη δείγματος, η ανάλυση του οποίου, θα βοηθήσει στην διάγνωση του νοσήματος από το οποίο πιθανό να πάσχει το άτομο και ακολούθως στην παροχή κατάλληλης θεραπείας. Η ύπαρξη των παρακάτω συμπτωμάτων δεν σημαίνει υποχρεωτικά την προσβολή του ατόμου από σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα, αλλά την καθιστά ύποπτη ώστε να απευθυνθούν στον γιατρό τους.

Στους άνδρες :

- Εκκρίσεις από το πέος που έχουν χρώμα όπως το πύον ή ακόμη διαυγή υγρά που εξέρχονται από την ουρήθρα
 - Πόνος ή κάψιμο κατά την ούρηση
 - Συχνουρία
 - Εξελκώσεις στο πέος ή σε άλλα σημεία την γεννητικής η πρωκτικής περιοχής
- Στις γυναίκες:

- Εκκρίσεις από τον κόλπο. Αλλαγή στην ποσότητα, το χρώμα και την οσμή των κολπικών υγρών.
- Πόνος ή κάψιμο κατά την διούρηση και συχνουρία
- Έλκη στην περιοχή των γεννητικών οργάνων. Ο έρπης όπως και η σύφιλη μπορούν να προκαλέσουν έλκη στην γεννητική και πρωκτική περιοχή
- Πόνος κατά την σεξουαλική επαφή (δυσπαρευνία). Οι σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες είναι συχνή αιτία δυσπαρευνίας. Αυτή η δυσπαρευνία συνοδεύεται και από ανώμαλες εκκρίσεις από τον κόλπο από απώλεια αίματος από δυσουρία ή ακόμη και από έλκη των γεννητικών οργάνων.
- Ανώμαλες αιμορραγίες από τον κόλπο. Η εμφάνιση αίματος μεταξύ των περιόδων, ιδιαίτερα όταν αυτή ακολουθεί την σεξουαλική επαφή. Η γονόρροια και τα χλαμύδια είναι από τις συχνότερες αιτίες που προκαλούν ανώμαλες αιμορραγίες από τον κόλπο (Κλήμης, 2015).

1.7. Επιπλοκές

Επιπλοκές από τα μη διαγνωσμένα ΣΜΝ εμφανίζονται συχνά και είναι σοβαρότερες στον γυναικείο πληθυσμό. Για παράδειγμα η φλεγμονώδης πυελική νόσος (PID), που συχνά είναι απόρροια αδιάγνωστου ΣΜΝ διαγιγνώσκεται σε περισσότερες από 1 εκατομμύριο γυναίκες κάθε χρόνο. Η ανάπτυξη συμφύσεων από την PID μπορεί να οδηγήσει σε υπογονιμότητα, έκτοπη κύηση ή χρόνια πυελικό άλγος.

Η μολυσμένη γυναίκα που μεταδίδει ένα ΣΜΝ στο έμβρυο της κατά τη διάρκεια της κύησης ή της γέννησης, μπορεί να βιώσει αυτόματη έκτρωση, πρόωρο τοκετό, θνησιγένεια, βρέφος με χαμηλό βάρος γέννησης, ενώ το βρέφος μπορεί να παρουσιάσει χρόνια αναπνευστικά προβλήματα, τύφλωση και διανοητική καθυστέρηση (World Health Organization, 2015).

Ορισμένα ΣΜΝ αν δεν αντιμετωπιστούν όπως η σύφιλη μπορεί να εξαπλωθεί στο νευρικό σύστημα, κυρίως στον εγκέφαλο και τον νωτιαίο μυελό, προκαλώντας νευρική σύφιλη. Η νευρική σύφιλη εκδηλώνεται ακόμη και 10 ή 20 χρόνια μετά την μόλυνση από το βακτήριο *ωχρά σπειροχάιτη* (*treponema pallidum*) που προκαλεί τη σύφιλη. Η λοίμωξη από ορισμένα στελέχη του ιού HPV συνδέεται με την εμφάνιση καρκίνου στον τράχηλο της μήτρας και το στοματοφάρυγγα. Σε αρκετές περιπτώσεις η λοίμωξη από τον HPV υποχωρεί αυτόματα, ωστόσο για τα άτομα με αδύναμο ανοσοποιητικό σύστημα οι επιπλοκές είναι πιο πιθανές. Τέλος η φλεγμονώδης νόσος της πυέλου που μπορεί να προκύψει από τα χλαμύδια, συνδέεται με τον καρκίνο του τραχήλου και άλλες μορφές γυναικολογικών καρκίνων (Grimes, 2011).

1.8. Θεραπεία

Προς το παρόν υπάρχει θεραπεία για ορισμένα ΣΜΝ. Τρεις βακτηριακές λοιμώξεις (χλαμύδια, σύφιλη και γονόρροια) θεραπεύονται αποτελεσματικά με αντιβιοτικά. Για τον έρπη και τον ιό HIV υπάρχουν αντιϊκά φάρμακα που μπορούν να τροποποιήσουν την πορεία της νόσου αλλά δεν μπορούν να την θεραπεύσουν. Για την ηπατίτιδα Β, οι ρυθμιστές του ανοσοποιητικού συστήματος (ιντερφερόνη) και τα αντιϊκά φάρμακα

μπορούν να βοηθήσουν στην καταπολέμηση του ιού και στην βραδεία καταστροφή του ήπατος (Bloem, 2017).

Η αντίσταση των ΣΜΝ, ιδιαίτερα της γονόρροιας, στα αντιβιοτικά αυξήθηκε πολύ γρήγορα τα τελευταία χρόνια με αποτέλεσμα να υπάρχουν μειωμένες επιλογές θεραπείας, καθιστώντας την πρόληψη και την άμεση θεραπεία κρίσιμη. Για δύο ΣΜΝ την ηπατίτιδα Β και τον ιό HPV υπάρχουν ασφαλή και πολύ αποτελεσματικά εμβόλια που βοηθούν στην πρόληψη των νόσων.

Εάν επιτευχθεί εμβολιασμός σε ποσοστό 70% των γυναικών θα μπορούσε να αποτραπεί ο θάνατος 4 εκατομμυρίων γυναικών την επόμενη δεκαετία στις χώρες με χαμηλό και μεσαίο εισόδημα, στις οποίες συμβαίνουν οι περισσότερες περιπτώσεις καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Η περιτομή των ανδρών μειώνει το κίνδυνο εμφάνισης του ιού HIV στους άνδρες και παρέχει κάποια προστασία και σε άλλα ΣΜΝ όπως ο έρπης και ο ιός HPV (Korenromp, 2017).

Το φάρμακο tanofonir όταν χρησιμοποιείται ως κολπικό μικροβιοκτόνο βοηθάει στην ικανότητα πρόληψης της αποκατάστασης του HIV. Επίσης έχει δείξει και κάποια αποτελεσματικότητα απέναντι του HSV-2 (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 2016).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ΑΝΑΛΥΣΗ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

2.1. Γεννητικό Σύστημα Άνδρα

Τα γεννητικά όργανα του άνδρα χωρίζονται στα έσω και έξω γεννητικά όργανα. Τα έσω γεννητικά όργανα είναι οι όρχεις, η επιδυμίδα, ο σπερματικός πόρος, η σπερματοδόχος κύστη και ο προστάτης. Τα έξω γεννητικά όργανα είναι το πέος και το όσχεο(Παρασκευάς, 1996).

Τα γεννητικά κύτταρα του άνδρα, δηλαδή τα σπερματοζωάρια παράγονται στους όρχεις. Από εκεί μεταφέρονται στην επιδυμίδα με την βοήθεια μικρών σωληναρίων όπου ωριμάζουν. Τα ώριμα σπερματοζωάρια μεταφέρονται από τον σπερματικό πόρο, στην ανδρική ουρήθρα όπου και αποβάλλονται. Καθώς διέρχονται από τον εκσπερματιστικό πόρο, τα σπερματοζωάρια αναμειγνύονται με εκκρίσεις από τους επικουρικούς γεννητικούς αδένες (Fritsch and Kunnel, 2009).

2.1.1. Έσω Γεννητικά Όργανα

Όρχεις:

Οι όρχεις έχουν μια συμπαγή ελαστική σύσταση, με διαστάσεις 4-5 εκατοστά σε μήκος και 3 εκατοστά σε πλάτος και έχουν σχήμα αυγού. Αποτελούνται από δύο επιφάνειες (έσω και έξω), δυο χείλη(πρόσθιο και οπίσθιο) και δυο πόλους (άνω και κάτω). Οι όρχεις είναι αδένες και έχουν δύο βασικές λειτουργίες: αναπαράγουν το σπέρμα και εκκρίνουν τις ανδρικές ορμόνες. Η παραγωγή του σπέρματος πραγματοποιείται στα σπερματικά σωληνάκια, ενώ η παραγωγή της κύριας ανδρικής ορμόνης, τεστοστερόνης, γίνεται στον ιστό που βρίσκεται ανάμεσα στα σπερματικά σωληνάκια. Στην σεξουαλική διέγερση οι όρχεις μεγαλώνουν κατά 50% (Στρατηγός, 2004).

Επιδιδυμίδα:

Η επιδιδυμίδα μοιάζει σαν μία ουρά που κάθεται στον άνω πόλο και στο οπίσθιο χείλος κάθε όρχεως. Αποτελείται από την κεφαλή, το σώμα και την ουρά. Χρησιμοποιείται για την αποθήκευση σπερματοζωαρίων (Fritsch and Kunnel, 2009).

Σπερματικός πόρος:

Ο σπερματικός πόρος είναι η συνέχεια της ουράς της επιδιδυμίδας και χρησιμοποιείται για τη μεταφορά των σπερματοζωαρίων (Παρασκευάς, 1996). Έχει 35-40 εκ. μήκος και 3-3,5 χιλιοστά πλάτος. Επίσης έχει σκληρό μυϊκό τοίχωμα (Fritsch and Kunnel, 2009). Αφού περάσει μέσα από το βουβωνικό πόρο, μπαίνει στην κοιλιακή κοιλότητα και φτάνει στον προστάτη. Κατόπιν συναντά τη σπερματοδόχο κύστη, σχηματίζει τον σπερματοδόχο πόρο, ο οποίος μπαίνει στον προστάτη και εκβάλλει τελικά στην ουρήθρα (Παρασκευάς, 1996).

Σπερματοδόχος κύστη:

Κάθε σπερματοδόχος κύστη βρίσκεται πίσω από την ουροδόχο κύστη. Η σπερματοδόχος κύστη είναι ένα σακοειδές εκκόλπωμα η οποία είναι η αποθήκη σπέρματος. Κατά την εκσπερμάτωση "εκσφενδονίζει" τα σπερματοζωάρια προς τον σπερματικό πόρο. Το αλκαλικό έκκριμα της μαζί με το προστατευτικό έκκριμα αποτελούν το υγρό στοιχείο του σπέρματος. Στις σπερματοδόχους κύστες παράγεται πάνω από το 50% του όγκου των σπερματοζωαρίων (Fritsch and Kunnel, 2009).

Προστάτης:

Ο προστάτης έχει σχήμα κάστανου και βρίσκεται κάτω από την ουροδόχο κύστη και πάνω από το πυελικό έδαφος (Fritsch and Kunnel, 2009). Είναι ένας ινομώδης αδένας. Η κυριότερη λειτουργία του αδένος είναι η παραγωγή προστατευτικού υγρού. Αυτό το υγρό είναι λεπτόρρευστο, γαλακτώδες και αποτελεί το 13-32% του όγκου μιας εκσπερμάτωσης. Επίσης είναι πλούσιο σε ηλεκτρολύτες και ένζυμα που βοηθούν στην θρεπτική υποστήριξη και στην αύξηση της κινητικότητας των σπερματοζωαρίων (Στρατηγός, 2004).

Βολβουρηθραίοι αδένες:

Είναι δύο μικροί αδένες σε μέγεθος μπιζελιού που βρίσκονται πίσω από το βολβό της ουρήθρας. Το έκκριμα τους αυξάνει την κινητικότητα των σπερματοζωαρίων και μεταβάλλει το όξινο περιβάλλον της ουρήθρας και τα ούρα σε αλκαλικό (Παρασκευάς, 1996).

Ουρήθρα:

Η ανδρική ουρήθρα είναι ουρογεννητικός σωλήνας περίπου 20εκ. και μέσα σε αυτόν αποχετεύονται τα ούρα και το σπέρμα. Αρχίζει από την ουροδόχο κύστη και φτάνει στην άκρη της βαλάνου (Παρασκευάς, 1996).

2.1.2. Έξω Γεννητικά Όργανα

Πέος:

Το πέος είναι το έξω γεννητικό όργανο του άνδρα. Αποτελείται από τη βάση που είναι προσαρτημένη στο ηβικό οστό, το σώμα και τη βάλανο. Στην άκρη της βαλάνου υπάρχει το έξω στόμιο της ουρήθρας. Το σώμα ονομάζεται πόσθη και η βάλανος ακροποσθία (Παρασκευάς, 1996). Κάτω από το δέρμα υπάρχουν τα σηραγγώδη σώματα και το σπογγώδες σώμα που περιέχει την ουρήθρα. Η βάση του πέους καθώς και το νευρικό τμήμα του κορμού καλύπτονται από μύες. Η ακρολοφία που συνορεύει με τη βάλανο ονομάζεται στεφάνι και η παρακείμενη αύλακα ονομάζεται στεφανιαία αύλακα. Σμηγματογόνοι αδένες υπάρχουν στην ανώτερη επιφάνεια της βαλάνου καθώς και κάτω από την επιφάνεια του χαλινού και εκκρίνουν ένα λευκό κρεμώδες υλικό από το οποίο δημιουργείται το σμήγμα της ακροποσθίας και των αδένων σε μη περιτομημένους άνδρες (Στρατηγός, 2004).

Οσχέο:

Οι όρχεις, η επιδιδυμίδα και τα περιβλήματα του είναι μέσα στο οσχέο. Το οσχέο έχει λεπτό δέρμα σκουρόχρωμο, καλυπτόμενο με τρίχες και περιέχει σμηγματογόνους αδένες. Ο υποδόριος ιστός του δεν έχει καθόλου λίπος και αποτελείται από συνδετικό ιστό και λεία μυϊκά κύτταρα. Το οσχέο διατηρείται σε δύο τμήματα από το

διάφραγμα του οσχέου. Η εξωτερική επιφάνεια του διαφράγματος έχει μια λεπτή γραμμή στο δέρμα που λέγεται ραφή του οσχέου (Fritsch and Kunnel, 2009).

2.2. Γεννητικό Σύστημα Γυναίκας

Το γεννητικό σύστημα της γυναίκας αποτελείται από τα έσω γεννητικά όργανα, που ονομάζονται και εξαρτήματα και είναι οι ωοθήκες, οι σάλπιγγες, οι ωαγωγοί, η μήτρα, ο κόλπος ή κολεός καθώς και από τα έξω γεννητικά όργανα που λέγεται εφηβαίο ή αιδοίο και είναι τα μεγάλα χείλη, τα μικρά χείλη, ο πρόδρομος του κόλπου, οι βαρθολίνειοι αδένες του προδρόμου και η κλειτορίδα. Τα αναπαραγωγικά κύτταρα της γυναίκας, τα ωάρια, ωριμάζουν στην ωοθήκη. Τα ώριμα ωάρια απελευθερώνονται σε κάθε κύκλο μέσα στη σάλπιγγα και μεταφέρονται στη μήτρα. Εάν γονιμοποιηθούν το νεαρό έμβρυο εμφυτεύεται στο κατάλληλα προετοιμασμένο ενδομήτριο (Fritsch and Kunnel, 2009).

2.2.1. Έσω Γεννητικά Όργανα

Ωοθήκες:

Οι ωοθήκες βρίσκονται στη δεξιά και αριστερή πλάγια πυελική κοιλότητα και η κάθε μία έχει 3-6 εκ. μήκος και 3,5-4,5εκ. πλάτος. Έχουν σχήμα ελλειψοειδές και αποπλατυσμένο (Στρατηγός, 2004). Η ωοθήκη καλύπτεται από μία ισχυρή κάψα συνδετικού ιστού που ονομάζεται λευκός χιτώνας. Το εσωτερικό της αποτελείται από τη φλοιώδη ουσία και κεντρικά από τη μυελώδη ουσία. Η μυελώδης ουσία της ωοθήκης περιέχει πολλά αιμοφόρα αγγεία και νεύρα καθώς και ενδοκρινή κύτταρα. Η φλοιώδης ουσία περιέχει τα ωοθυλάκια στα διάφορα στάδια ανάπτυξης κατά τη διάρκεια του εμμηνορρυσιακού κύκλου και τα ωχρά σωματίδια (Fritsch and Kunnel, 2009).

Οι ωοθήκες έχουν διπλό σκοπό:

1) την παραγωγή ωαρίων και 2) την έκκριση γυναικείων ορμονών (οιστρογόνα και προγεστερόνη) καθώς και την πεπτιδική ορμόνη ανασταλτίνη (Στρατηγός, 2004).

Ωαγωγοί-Σάλπιγγες:

Κάθε σάλπιγγα με το ένα της άκρο συνδέεται με την αντίστοιχη ωοθήκη ενώ με το άλλο της άκρο συνδέεται με το αντίστοιχο τμήμα της μήτρας. Είναι ινομυώδης σωλήνας μήκους 8-20 εκατοστά. Χρησιμεύουν για τη μεταφορά των σπερματοζωαρίων την παραλαβή του ωαρίου, την βοήθεια στη γονιμοποιητική ικανότητα για τη θρέψη του γονιμοποιημένου ωαρίου και τέλος για τη μεταφορά του γονιμοποιημένου ωαρίου στη μήτρα (Παρασκευάς, 1996).

Μήτρα:

Η μήτρα έχει σχήμα αναποδογυρισμένου αχλαδιού και παχιά μυϊκά τοιχώματα. Βρίσκεται μέσα στην ελάσσονα πύελο πίσω από την ουροδόχο κύστη. Χωρίζεται σε δύο κύρια μέρη: 1) το σώμα της μήτρας που αποτελεί τα άνω δύο τρίτα του οργάνου. Ο πυθμένας είναι το άνω τμήμα του σώματος και ενώνεται με τις σάλπιγγες. Ο ισθμός είναι μια μικρή ζώνη που ενώνει το σώμα της μήτρας με τον τράχηλο. 2) από τον τράχηλο που αποτελεί το κυλινδρικό κάτω τρίτο τμήμα του οργάνου. Έχει μήκος 7,5 εκατοστά, πλάτος 5 εκατοστά στη βάση και περίπου 2,5 εκατοστά πάχος. Η μήτρα επίσης χρησιμεύει για την μετατροπή του γονιμοποιημένου ωαρίου σε έμβρυο, για τη διατροφή και ανάπτυξη του, για τον τοκετό με τις συσπάσεις του μυϊκού της χιτώνα και τέλος για την έμμηνο ρύση (Παρασκευάς, 1996).

Κόλπος η κολεός:

Ο κόλπος βρίσκεται στη μέση του περινέου περίπου μεταξύ του τραχήλου της μήτρας και του αιδοίου. Είναι ένας ινομυώδης σωλήνας μήκους 8-10 εκατοστά. Το κοιλιακό τοίχωμα δεν έχει αδένες (Παρασκευάς, 1996). Κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής διεργασίας παρατηρείται αυξημένη παραγωγή υγρού στον κόλπο που βγαίνει από τα κοιλικά τοιχώματα. Ο κόλπος δρα ως ένα όργανο της σεξουαλικής δραστηριότητας αφού υποδέχεται το πέος. Επίσης χρησιμεύει ως κανάλι αποχέτευσης των τραχηλικών εκκρίσεων και του εμμηνορρυσιακού κύκλου. Τέλος κατά τον τοκετό περνάει το έμβρυο. (Fritsch and Kunnel, 2009).

Ουρήθρα:

Η ουρήθρα της γυναίκας έχει μήκος 3-4 εκατοστά. Ξεκινά από τον αυχένα της ουροδόχου κύστης και καταλήγει στο στάδιο του πρόσθιου προδρόμου του κόλπου (Στρατηγός, 2004).

2.2.2. Έξω Γεννητικά Όργανα

Τα έξω γεννητικά όργανα της γυναίκας βρίσκονται κάτω και έξω από το πυελικό έδαφος και χωρίζονται στα εξής μέρη:

1)το εφηβαίο που είναι ένα λιπώδες σώμα πάνω από την ηβική σύμφυση. Μετά την εφηβεία καλύπτεται με τρίχες. (Fritsch and Kunnel, 2009).

2)τα μεγάλα χείλη όπου είναι δύο επιμήκεις λιπώδεις πτυχές του δέρματος που εκτείνονται από το εφηβαίο μέχρι το περίνεο περικλείεται η αιδοϊκή σχισμή. Τα χείλη περιέχουν σμηγματογόνους ιδρωτοποιούς και εξωκρινείς αδένες. Η εξωτερική τους επιφάνεια είναι τριχωτή ενώ η εσωτερική χωρίζεται από το αντίστοιχο μικρό χείλος με την μεσοχείλια αύλακα (Παρασκευάς, 1996).

3)τα στενότερα και μικρά χείλη που περιέχουν χαλαρό συνδετικό ιστό, αιμοφόρα αγγεία και μεγάλους χώρους αίματος που διογκώνονται κατά τη σεξουαλική διέγερση. Οι δύο πάνω πτυχές σχηματίζουν την πόσθη της κλειτορίδας, ενώ οι δύο κάτω πτυχές σχηματίζουν το χαλινό της κλειτορίδας. Τα μικρά χείλη δεν έχουν τρίχωμα, βλεννογόνους αδένες και λιπώδη ιστό. Αντίθετα έχουν σμηγματογόνους αδένες που παράγουν σμήγμα (Στρατηγός, 2004).

4)κλειτορίδα: η κλειτορίδα είναι πολύ ευαίσθητο όργανο αφού έχει νευρικές απολήξεις. Αποτελείται από τα σκέλη της κλειτορίδας, το σώμα της κλειτορίδας και τη βάλανο της κλειτορίδας που περικλείονται από ένα ινώδη ιστό. Είναι προσαρτημένη από το εφηβαίο με έναν κρεμαστήρα σύνδεσμο. Το ελεύθερο μέρος του αδένου είναι το μόνο τμήμα που είναι εξωτερικά ορατό (Fritsch and Kunnel, 2009).

5)Ο προθάλαμος ή πρόδρομος του κόλπου που βρίσκεται στα πλάγια από τα μικρά χείλη, μπροστά από την κλειτορίδα. Στον πυθμένα του προς τα μπροστά εκβάλλει η ουρήθρα και προς τα πίσω ο κόλπος (Παρασκευάς, 1996). Ο ροδαλός βλενωδής

ιστός που καλύπτει τον προθάλαμο του κόλπου έχει ένα λεπτό στρώμα κερατίνης που καλύπτει ένα πολύστυλο πλακώδες επιθήλιο (Στρατηγός, 2004).

6) Βολβοί του πρόδρομου: αποτελούνται από άφθονα φλεβώδη πλέγματα και έχουν σχήμα αμυγδάλου. Βρίσκονται κάτω από τα μεγάλα χείλη, ανάμεσα στο έξω στόμιο της ουρήθρας και στο στόμιο του κόλπου. Κατά τη συνουσία διογκώνονται, βοηθώντας στη συγκράτηση του πέους μέσα στον κόλπο (Παρασκευάς, 1996).

7) Μείζονες αδένες του πρόδρομου ή βαρθολινειοί αδένες: είναι δυο μικροί αδένες σε μέγεθος φασολιού. Ο καθένας έχει δικό του εκφορητικό πόρο, ο οποίος εκβάλλει στον πρόδρομο του κόλπου. Με το έκκριμα τους λιπαίνουν τον πρόδρομο του κόλπου για να διευκολυνθεί η είσοδος του πέους στον κόλπο. Κατά τη φάση της διέγερσης εκκρίνουν μερικές βλεννώδης σταγόνες αλλά είναι ανεπαρκής για την λίπανση του κόλπου. Η καθαυτή λίπανση του κόλπου γίνεται με εξαγγείωση πλάσματος από τα φλεβώδη πλέγματα του τοιχώματος του κόλπου (Παρασκευάς, 1996).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ΒΑΚΤΗΡΙΑΚΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ

3.1. Σύφιλη

Η σύφιλη είναι μία χρόνια σεξουαλικά μεταδιδόμενη νόσος (σπειροχαίτωση) που οφείλεται στην «ωχρά σπειροχαίτη» η οποία σχεδόν αμέσως μετά την μόλυνση διασπείρεται σε πολλά όργανα και συστήματα και γίνεται συστηματική νόσος (Στρατηγός, 2004).

Μεταδίδεται κυρίως με τη σεξουαλική επαφή (κολπική, πρωκτική, στοματική). Μπορεί όμως να μεταδοθεί και με τη μετάγγιση αίματος. Ακόμη μπορεί μολυσμένη μητέρα να μεταδώσει στο έμβρυο τη λοίμωξη κατά την ενδομήτρια ζωή. Τέλος σαν επαγγελματική νόσος, σπάνια μπορεί να μεταδοθεί σε γιατρούς, δερματολόγους, οδοντιάτρους και νοσηλευτές, όταν έρθουν σε επαφή τα χέρια τους με τις βλάβες που προκαλεί η σύφιλη (Χατζής, 1994).

Το αίτιο της σύφιλης είναι η ωχρά σπειροχαίτη (ονομάζεται ωχρό γιατί δεν χρωματίζεται από τις συνήθεις χρωστικές που χρησιμοποιούνται για τα βακτήρια). Έχει μορφή σπειροειδούς νηματίου και σχήμα εκποματιστήρα (ανοιχτήρι) μήκους 6-

15mm, πλάτους 0,2-0,3mm και αποτελείται από 8-24 όμοιες σπείρες. Κινείται ζωηρά περιστροφικά γύρω από τον άξονα της, προς τα εμπρός και προς τα πίσω και κάνει κάμψεις και εκτάσεις των δύο μισών του σώματος. Πολλαπλασιάζεται αργά με εγκάρσια διαίρεση, είναι πολύ ευαίσθητος στην θερμότητα, την ξηρασία και νεκρώνεται με τα αντιβιοτικά. Αντίθετα μπορεί να επιβιώσει για μέρες σε υγρό περιβάλλον (Κουσκούκης, 1987).

Η σύφιλη ανάλογα με τον τρόπο μετάδοσης διακρίνεται σε επίκτητη και συγγενή.

Η επίκτητη σύφιλη διακρίνεται σε πρωτόγονο, δευτερογόνο, λανθάνουσα και τριτογόνο. Επίσης η σύφιλη διακρίνεται σε πρώιμη όταν η σύφιλη έχει συμβεί μέσα σε 2 χρόνια και όψιμη όταν η μόλυνση έγινε σε διάστημα μεγαλύτερο των 2 ετών (Χατζής, 1994).

Πρωτογόνος σύφιλη: στο αρχικό στάδιο μέσα σε 3 έως 4 εβδομάδες μετά τη μολυσματική επαφή κάνει την εμφάνιση του το συφιλιδικό σκληρό έλκος στα γεννητικά όργανα και η επιχώρια λεμφαδενίτιδα. Το συφιλιδικό έλκος συνήθως είναι μια μονήρης διάβρωση και σπανιότερα πολλαπλή, με ξηρή όπως της μυϊκής σάρκας που βγάζει ένα ορώδες έκκριμα που περιέχει μεγάλο αριθμό τρεπονημάτων (Κουσκούκης, 1987).

Δευτερογόνος σύφιλη: τα συμπτώματα της μπορεί να εμφανιστούν από δύο εβδομάδες έως έξι μήνες μετά την επαφή του συφιλιδικού έλκους. Συχνά ξεκινάει με ήπιο πυρετό, αδιαθεσία, πονόλαιμο, βρόγχο φωνής, πονοκέφαλο, ανορεξία, πόνο στις αρθρώσεις και βλατιδώδες εξάνθημα στον κορμό, τις παλάμες των χεριών και στα πέλατα των ποδιών. Μπορεί να εμφανιστούν κονδυλώματα στην περιγεννητική περιοχή. Επίσης μπορεί να εμφανιστούν βλεννώδη εξανθήματα στο στόμα, διόγκωση λεμφαδένων, κνησμός και αλωπεκία (απώλεια τριχών στο κεφάλι, τη γενειάδα, τα φρύδια) Τα συμπτώματα θεραπεύονται μέσα σε 2 με 10 εβδομάδες αλλά επανέρχονται η σύφιλη δεν θεραπευτεί (Osborn et al., 2013). Μετά την αποδρομή της ροδάνθης και των εξανθημάτων μπορεί να παραμείνει μια λευκομελανοδερμία στον τράχηλο, το οποίο μπορεί να διαρκέσει πολύ καιρό και μετά την θεραπεία. Οι βλάβες τόσο της πρωτογόνου όσο και της δευτερογόνου σύφιλης είναι πάρα πολύ μολυσματικές (Δετοράκης, 2007).

Λανθάνουσα σύφιλη: το λανθάνον στάδιο της σύφιλης είναι ένα ασυμπτωματικό στάδιο και ξεκινά δύο ή περισσότερα χρόνια μετά την αρχική μόλυνση και μπορεί να διαρκέσει μέχρι 50 χρόνια. Στην λανθάνουσα περίοδο το μολυσμένο άτομο δεν

μεταδίδει την νόσο εκτός από την έγκυο γυναίκα που πάντα θέτει σε κίνδυνο το έμβρυο της (Δετοράκης, 2007).

Τριτόγονος σύφιλη: στο τελευταίο στάδιο της σύφιλης μπορεί να εμφανιστούν κομμιώματα (οστέινα η μαλακού ιστού νεκρωτικές μάζες) οι οποίες καταστρέφουν τον εγκέφαλο, τα νεύρα, την καρδιά, τα αιμοφόρα αγγεία, το ήπαρ, τα οστά και τις αρθρώσεις. Αν δεν θεραπευτεί ο ασθενής θα πεθάνει από νευρολογικές και καρδιαγγειακές επιπλοκές (Osborn et al., 2013).

Συγγενής σύφιλη: η σύφιλη στην έγκυο μπορεί να σημαίνει μόλυνση του κυήματος με αποτέλεσμα την αποβολή του, τον ενδομήτριο θάνατο ή τη νόσηση του νεογνού με συγγενή σύφιλη. Στην έγκυο μολυσμένη γυναίκα η σπειροχαίτη περνάει τον πλακούντα μετά τον τέταρτο μήνα, οπότε αν γίνει έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία το έμβρυο δεν προσβάλλεται. (Δετοράκης, 2007). Η συγγενής σύφιλη μπορεί να εκδηλωθεί στο παιδί μέσα στα δύο πρώτα χρόνια της ζωής του(πρώιμη σύφιλη) ή και αργότερα(όψιμη σύφιλη). Οι πρόωρες εκδηλώσεις περιλαμβάνουν στοματικές βλενωδής βλάβες, κηλιδοβαλτιδώδες εξάνθημα, καταρροή ή συφιλιδική ρινίτιδα (εφίπιοειδής μύτη λόγω καταστροφής του ρινικού διαφράγματος και καθίζησης της μύτης). Οι αψότερες εκδηλώσεις περιλαμβάνουν καθυστερημένη ανάπτυξη, νευρολογικά προβλήματα, οδοντικά προβλήματα που αφορούν την μόνιμη οδοντοστοιχία.

3.1.1. Διάγνωση Σύφιλης

Για τη διάγνωση της σύφιλης χρησιμοποιείται η άμεση μικροσκοπική εξέταση του ωχρού τρεπονήματος από τις υπάρχουσες βλάβες και αναρρόφηση υγρού από τους διογκωμένους επιχώριους αδένες και οι αιματολογικές εξετάσεις για την ανίχνευση αντισωμάτων στον οργανισμό. Η μικροσκοπική εξέταση σε σκοτεινό πεδίο έχει το πλεονέκτημα της γρήγορης διάγνωσης της λοίμωξης αφού βασίζεται στην μορφολογία και στην κινητικότητα της ωχράς σπειροχαίτης. Οι αιματολογικές μη τρεπονηματικές δοκιμασίες Veneral disease research libratory (VDRL) και η Rapid plasma regain (RPR) ανιχνεύουν IgM και IgG αντισώματα τα οποία παράγονται ενάντια σε λιποειδή. Τα λιποειδή είναι προϊόντα καταστροφής των ιστών από την ωχρά σπειροχαίτη.

Στις τρεπονηματικές δοκιμασίες περιλαμβάνονται ο έλεγχος των φοριζόντων τρεπονηματικών αντισωμάτων Fluorescent treponemal antibody (FTA), η παθητική αιμοσυγκόλληση ευαισθητοποιημένων ερυθροκυττάρων έναντι του ωχρού τρεπονήματος Microhemagglutination (MHA) και η δοκιμασία ακινητοποιησίας του τρεπονήματος από τα αντισώματα του ασθενούς Treponema pallidum immobilization (TPI) (Χριστάκης και Λεγάκης, 2002).

3.1.2. Θεραπεία

Για την θεραπεία της πρωτόγονου και δευτερόγονου σύφιλης χορηγούμε βενζαθινική πενικιλίνη G, ενδομυϊκά σε μία και μόνο δόση. Σε ασθενείς που είναι αλλεργικοί στην πενικιλίνη χορηγείται δοξυκυκλίνη ή τεραμυκίνη από το στόμα. Στις εγκύους γυναίκες η θεραπεία της σύφιλης μπορεί να συνοδευτεί από μία σοβαρή αντίδραση που ονομάζεται Jarisch-Herxheimer, η οποία έχει ως συμπτώματα τον πυρετό, μυοσκελετικό πόνο, ταχυκαρδία και μερικές φορές υπόταση. Αυτή δεν αποτελεί αντίδραση στην πενικιλίνη ακριβώς αλλά αποδίδεται στην αιφνίδια και μαζική καταστροφή των σπειροχαιτών από την πενικιλίνη και της συνακόλουθης απελευθέρωσης τοξινών στο αίμα. Η αντίδραση Jarisch-Herxheimer αρχίζει εντός 24 ωρών από την έναρξη της θεραπείας και τελειώνει μέσα στο επόμενο 24ωρο. Σε περίπτωση που τα συμπτώματα γίνουν απειλητικά για τη ζωή, τότε και μόνο διακόπτεται η θεραπεία (Lemone et al., 2006).

3.2. Γονόρροια

Ο γονόκοκκος είναι ένας Gram αρνητικός διπλόκοκκος που μπορεί να διασπάσει κύτταρα κυλινδρικού επιθηλίου και προσβάλλει περισσότερο τους βλεννογόνους της ουρήθρας και του τραχήλου της μήτρας και λιγότερο συχνά τον ορθό, τον φάρυγγα και τον επιπεφυκότα (Χριστάκης & Λεγάκης, 2002). Ο μικροοργανισμός είναι παθογόνος μόνο για τον άνθρωπο. Εκτός των κυττάρων ο γονόκοκκος είναι ευαίσθητος στην θερμότητα, στην ξηρασία και στην υπεριώδη ακτινοβολία (Αντωνίου και Κατσάμπας, 2014).

Ο γονόκοκκος είναι ακίνητος, νεφροειδούς σχήματος, διαμέτρου 0,8μm διατασσόμενος κατά ζεύγη. Τα κυτταρικό τοίχωμα του γονόκοκκου αποτελείται από τρεις στιβάδες: α)την κυτταροπλασματική μεμβράνη, β)μια λεπτή στιβάδα πεπτιδογλυκάνης και γ)την εξωτερική Gram αρνητική μεμβράνη.

Τρόποι μετάδοσης: Μεταδίδεται σχεδόν αποκλειστικά με την σεξουαλική επαφή καθώς και από την μολυσμένη μητέρα στο κύημα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μέσω του αμνιακού υγρού, είτε συχνότερα κατά τη διάρκεια του τοκετού από τον μολυσμένο κόλπο της πάσχουσας μητέρας (Στρατηγός 2004). Η βλεννόρροια διακρίνεται σε οξεία και χρόνια. Η οξεία βλεννόρροια διαρκεί 3-6 εβδομάδες, εάν δεν θεραπευτεί γίνεται χρόνια με ηπιότερα συμπτώματα οπότε μπορεί να αρχίσουν οι επιπλοκές (Χατζής, 1994).

3.2.1. Οξεία Γονόρροια στον Άνδρα

Ο ασθενής έχει αίσθημα κνησμού που μεταπίπτει σε αίσθημα καύσου και πόνου. Κατά την ούρηση και τη στύση οι πόνοι επιδεινώνονται. Αργότερα εμφανίζεται οίδημα στο στόμιο της ουρήθρας, της βάλανου και της πόσθης. Έπειτα εμφανίζεται ρύση που στην αρχή είναι λίγη και διαυγής ενώ αργότερα γίνεται κίτρινη ή ερυθροπράσινη πυώδης και παχύρρευστη. Πολλές φορές υπάρχουν ερεθισμένοι βουβωνικοί αδένες. Η δυσουρία είναι σύνηθες φαινόμενο. Τα συμπτώματα είναι ήπια στην αρχή, μετά από 3 μέρες γίνονται πιο έντονα και παραμένουν για 2-3 εβδομάδες. Μετά υποχωρούν (Κουσκούκης, 1987).

Σπάνια εμφανίζονται επιπλοκές στους άνδρες και είναι η γονοκοκκική επιδυμίτιδα, η ορχεοεπιδυμίτιδα όπου εάν συνυπάρχει και στους δύο όρχεις προκαλείται στείρωση, η προστατίτιδα, η σπερματοδοχοκυστίτιδα, φλεγμονή και αποστήματα παραουρηθρικών αδένων, περιουθρική φλεγμονή και αποστήματα αδένων (Χατζής, 1994).

3.2.2. Οξεία Γονόρροια στις Γυναίκες

Στις γυναίκες η γονόρροια στην αρχή έχει ήπια συμπτώματα. Μέσα σε λίγες μέρες υπάρχει δύσοσμη και πυώδης έκκριση που συνοδεύεται από πόνο, αίσθημα καύσου και πόνου στα γεννητικά όργανα. Χωρίς θεραπεία βαθμιαία τα συμπτώματα υποχωρούν (Κουσκούκης, 1987). Επίσης υπάρχει δυσουρία και ανωμαλίες περιόδου. Περίπου το 10% των γυναικών που δεν έχουν λάβει θεραπεία, θα παρουσιάσουν επιπλοκές όπως η γονοκοκκική κολπίτιδα, σαλπινγίτιδα και ωοθηκίτιδα. Αν υπάρχει απόφραξη και στις δύο σάλπιγγες τότε προκαλείται στειρότητα. Επίσης υπάρχει φλεγμονή σε όλους τους επιχώριους αδένες (βαρθολίνειους-περιουρηθρικούς).

Ο γονόκοκκος μέσω της κυκλοφορίας του αίματος μπορεί να προκαλέσει προβλήματα στην καρδιά (ενδοκαρδίτιδα, περικαρδίτιδα), τενοντοθηκίτιδα, σύνδρομο Reiter (είδος αρθρίτιδας και σηψαιμία). Επίσης μπορεί να προκαλέσει πυρετό και εξάνθημα. Ο γονόκοκκος μπορεί να εμφανιστεί και στον πρωκτό (πρωκτίτιδα), κυρίως στις γυναίκες και στους ομοφυλόφιλους. Μπορεί να μολυνθεί η στοματοφαρυγγική κοιλότητα (φαρυγγίτιδα) κατά την στοματογεννητική επαφή. Επίσης να εμφανιστεί αιδιοκολπίτιδα στα κορίτσια από στενή επαφή με τους μολυσμένους γονείς (Χατζής, 1987).

Μια σοβαρή επιπλοκή της γονόρροιας σε συνδυασμό με λοίμωξη από χλαμύδια είναι η φλεγμονώδης νόσος της πυέλου, μία πολυμικροβιακή λοίμωξη της μήτρας των σαλπίγγων και των ωοθηκών. Επίσης τα νεογέννητα διατρέχουν κίνδυνο για γονοκοκκική οφθαλμική λοίμωξη (επιπεφυκίτιδα), κατά τον τοκετό από τον μολυσμένο κόλπο της μητέρας (Osborn et al., 2013).

3.2.3. Διάγνωση Γονόρροιας

Οι εργαστηριακές εξετάσεις για την διάγνωση της βλεννόρροιας περιλαμβάνουν:

- Άμεση μικροσκοπική εξέταση (με χρώση κατά Gram)
- Καλλιέργεια ούρων ή εκκρίματος της προσβληθείσας περιοχής

- Αναζήτηση νουκλεϊνικού οξέος (ανίχνευση του DNA του βακτηρίου)
- Αναζήτηση αντιγόνων (Por, Opa κτλ)
- Αναζήτηση αντισωμάτων (οροαντιδράσεις αν στον ορό του αίματος υπάρχουν αντισώματα κατά του γονόκοκκου) (Στρατηγός, 2004).

3.2.4. Θεραπεία Γονόρροιας

Η θεραπεία της γονόρροιας γίνεται με πενικιλίνη (6-8 εκατομμύρια μονάδες ημερησίως για 5-6 μέρες). Οι γονόκοκκοι είναι ανθεκτικοί στις πενικιλίνες λόγω της παραγωγής ενός ενζύμου β-λακταμάσης, το οποίο διασπά το β-λακταμικό δακτύλιο της πενικιλίνης. Οι ανθεκτικοί γονόκοκκοι στις πενικιλίνες ανιχνεύονται με αντιβιογράμμα (Χατζής 1994). Σε περίπτωση αλλεργικής ευαισθησίας στην πενικιλίνη χορηγούνται ενδομυϊκά στρεπτομυκίνη, αμπικιλλίνη ή τετρακυκλίνη 2gr ημερησίως για 4-5 μέρες (Κουσκούκης, 1987). Μία άλλη επιλογή θεραπείας είναι οι κεφαλοσπορίνες (Αντωνίου και Κατσάμπας 2014).

Στην ουρηθρίτιδα-τραχηλίτιδα δίνουμε κεφτριαξόνη (125mg εφάπαξ από το στόμα), οφλοξασίνη (400mg εφάπαξ από το στόμα). Στην επιπεφυκίτιδα δίνουμε κεφτριαξόνη 1gr εφάπαξ ενδομυϊκά και συστήνουμε οφθαλμικές πλύσεις. Όταν υπάρχει διασπορά της γονοκοκκικής λοίμωξης δίνουμε κεφτριαξόνη (1gr ημερησίως για 7-10 μέρες). Επίσης θα πρέπει να λάβουν θεραπείας και οι σεξουαλικοί σύντροφοι (Knoor et al., 2008).

3.3. Χλαμύδια

Τα χλαμύδια είναι μία σεξουαλικά μεταδιδόμενη λοίμωξη που προκαλείται από το *Chlamydia trachomatis*, ένα αρκετά μεταδοτικό βακτήριο το οποίο αναπαράγεται μόνο μέσα στο κύτταρο του ξενιστή. Πρόσφατες μελέτες απέδειξαν την ύπαρξη 20 ορότυπων του *C trachomatis*: οι A, B, Ba, C είναι υπεύθυνοι για το τράχωμα, οι D έως K είναι υπεύθυνη για τις λοιμώξεις του ουρογεννητικού και οι L1, L2, L3 που προκαλούν το αφροδίσιο λευκοκοκκίωμα (Lemone et al., 2006).

Η χλαμυδιακή λοίμωξη είναι το συχνότερο σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα και αφορά κυρίως νέους κάτω των 25 ετών και ομοφυλόφιλους. Ο κύκλος ζωής των χλαμυδίων περιλαμβάνει δύο φάσεις:

- 1)τη μολυσματική, όπου τα μικρόβια υπάρχουν σαν στοιχειώδες σωματίο και εισέρχεται στα κύτταρα μέσω ενδοκυττάρωσης,
- 2)τη φάση του πολλαπλασιασμού, η οποία γίνεται μέσω διαίρεσης μέσα στο κύτταρο και αναδιοργάνωσης του σε δικτυωτό σωματίο (Αντωνίου και Κατσάμπας, 2014).

Η μετάδοση των χλαμυδίων γίνεται μέσω της σεξουαλικής επαφής (κολπικής στοματικής, πρωκτικής) και προσβάλλει κυρίως την ουρογεννητική περιοχή. Επίσης η μολυσμένη μητέρα τα μεταδίδει στο νεογνό κατά τον τοκετό (Αντωνίου και Κατσάμπας, 2014). Η περίοδος επώασης είναι 1-3 εβδομάδες. Ωστόσο η χλαμυδιακή λοίμωξη μπορεί να υπάρχει χωρίς να προκαλεί έκδηλα συμπτώματα για μήνες ή και χρόνια τόσο στις γυναίκες και στους άνδρες, όμως οι ασθενείς είναι μολυσματικοί (Lemone et al., 2006).

Στις περιπτώσεις που εμφανίζουν συμπτώματα στους άνδρες είναι: δυσουρία, διανγείς εκκρίσεις από την ουρήθρα (ουρηθρίτιδα). Μπορεί επίσης από το χλαμύδιο του τραχώματος να μολυνθεί επιδιδυμίδα (επιδιδυμίτιδα), προκαλώντας πόνο στο όσχεο, οίδημα και πυρετό. Οι φλεγμονές του πρωκτού στους ομοφυλόφιλους άνδρες από χλαμύδια προκαλούν αιμορραγία πρωκτού, βλενώδεις εκκρίσεις από τον ορθό και μερικές φορές διάρροια (Osborn et al., 2013).

Στις γυναίκες κύρια εκδήλωση χλαμυδιακής λοίμωξης είναι η τραχηλίτιδα η οποία μπορεί να είναι ασυμπτωματική. Μπορεί όμως να παρουσιάσει οιδηματώδη ερυθρότητα του τραχήλου με ρύση από τον κόλπο βλεννοπυώδους κιτρινοπράσινου υγρού. Επίσης μπορεί να παρουσιάσει μικροαιμορραγίες μετά από σεξουαλική επαφή καθώς και πυελικό άλγος.

Η πιο σημαντική επιπλοκή από το χλαμύδιο του τραχώματος είναι η πυελική φλεγμονώδης νόσος (PID) που είναι αποτέλεσμα ανιούσας λοίμωξης από την ουρήθρα και τον ενδοτράχηλο στο άνω γεννητικό σύστημα. Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν πυρετό, εμετούς, πόνο, μικροαιμορραγία από τον κόλπο, δυσπαρευνία και ευαισθησία της μήτρας και των εξαρτημάτων κατά την κλινική εξέταση. Αν η λοίμωξη δεν θεραπευτεί έγκαιρα μπορεί να προκαλέσει αποστήματα στις σάλπιγγες και τις ωοθήκες, έκτοπη κύηση, χρόνια πυελικό άλγος και στειρότητα λόγω των

συμφύσεων που δημιουργούνται από την χρόνια φλεγμονή. Το 5-10% των γυναικών με PID αναπτύσσουν περιηπατίτιδα (Αντωνίου και Κατσάμπας, 2014).

Τέλος μπορεί να παρουσιαστεί το σύνδρομο Reiter που είναι μια αντιδραστική αρθρίτιδα, αποτέλεσμα μιας μη θεραπευόμενης λοίμωξης από χλαμύδια κυρίως στους άνδρες. Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν ουρηθρίτιδα, επιπεφυκίτιδα, αρθρίτιδα και βλεννοδερματικές βλάβες (Osborn et al., 2013).

Αν το νεογνό μολυνθεί κατά τον τοκετό από την μητέρα μπορεί να παρουσιάσει επιπεφυκίτιδα και πνευμονία. Η χλαμυδική επιπεφυκίτιδα μπορεί να εκδηλωθεί με ερυθρότητα του επιπεφυκότα και πυώδες έκκριμα ή οίδημα των βλεφάρων. Η πνευμονία εκδηλώνεται 1-3 μήνες μετά την λοίμωξη και προκαλεί βήχα, ταχύπνοια και δύσπνοια, χωρίς πυρετό (Αντωνίου και Κατσάμπας, 2014).

3.3.1. Διάγνωση Χλαμυδίων

Η διάγνωση της χλαμυδιακής λοίμωξης γίνεται με δείγμα ούρων ή επίχρισμα από τον κόλπο, τον ενδοτράχηλο, την ουρήθρα ή τον πρωκτό. Το δείγμα καλλιεργείται ή υποβάλλεται σε εξέταση για αντισώματα ενάντια στα χλαμύδια. Χρησιμοποιείται η ανοσοενζυμική μέθοδος (ELISA), η αλυσιδωτή αντίδραση πολυμεράσης (PCR) και η δοκιμασία ενίσχυσης νουκλεϊκού οξέος (NAAT), που χρησιμοποιείται σε δείγματα κολπικού ή ουρηθρικού επιχρίσματος έχει υψηλή ευαισθησία και έχει γίνει η διαγνωστική μέθοδος εκλογής (Lemone et al., 2006). Για την θεραπεία των χλαμυδίων χορηγείται αζιθρομυκίνη 1gr εφάπαξ από το στόμα ή δοξυκυκλίνη 100gr 2 φορές ημερησίως για 7 ημέρες. Στις έγκυες γυναίκες δίνουμε ερυθρομυκίνη 500gr 4 φορές την ημέρα και στα νεογνά 50mg/kg 4 φορές ημερησίως για 14 ημέρες (Αντωνίου και Κατσάμπας, 2014).

3.4. Αφροδίσιο Λευκοκοκκίωμα

Η νόσος εμφανίζεται κυρίως στην Αφρική, την Νοτιοανατολική Ασία, Καραϊβική, Ινδία, Λατινική Αμερική και σπάνια στις αναπτυγμένες χώρες όπως η Ευρώπη και οι ΗΠΑ. Οφείλεται σε ενδοκυτταρικά βακτήρια χλαμυδίων και ειδικότερα στους ορότυπους L1, L2 και L3 (Αντωνίου και Κατσάμπας, 2014). Τα χλαμύδια

εισέρχονται από μικροδιαβρώσεις των έξω γεννητικών οργάνων, προσβάλλοντας στην αρχή μέσω των λεμφαγγείων τους επιχώριους λεμφαδένες οι οποίοι αποστηματοποιούνται (Στρατηγός, 2004).

3.4.1. Η Πορεία της Νόσου Ακολουθεί Τρία Ανεξάρτητα Στάδια

Στο πρώτο στάδιο μετά από μια περίοδο επώασης 30-40 μετά την μόλυνση, εμφανίζεται μια μικρή ανώδυνη βλατιδοφουσαλίδα η οποία σε λίγες μέρες εξελίσσεται σε μικρή ερπημορφή έλκωση που γρήγορα επουλώνεται χωρίς να αφήσει ουλή. Στους άνδρες εντοπίζεται στην βαλανοποσθική αύλακα, στην βάλανο και την ακροποσθία, ενώ στις γυναίκες εμφανίζεται στο οπίσθιο τοίχωμα του κόλπου και τον τράχηλο της μήτρας. Οίδημα μπορεί να συνυπάρχει και στα δύο φύλα. (Στρατηγός, 2004)

Στο δεύτερο στάδιο εμφανίζεται συνήθως μετά από 2 εβδομάδες ή και μετά από μήνες. Χαρακτηρίζεται από επώδυνη βουβωνική και μερικές φορές μηριαία λεμφαδενοπάθεια. Στο 30% των περιπτώσεων οι λεμφαδένες αποστηματοποιούνται και παροχετεύονται μέσω του δέρματος. Η παροχέτευση του πύον μπορεί να διαρκέσει εβδομάδες και αφήνει ουλές, οι οποίες βοηθούν στην διάγνωση. Στις υπόλοιπες περιπτώσεις σχηματίζονται σκληρές μη διαπυούμενες μάζες, οι οποίες υποχωρούν αργά (Αντωνίου και Κατσαμπας, 2014).

Το τρίτο στάδιο περιλαμβάνει γεννητικά πρωκτικά έλκη, πυώδεις εκκρίσεις και αιμορραγίες από τον ορθό και με τον καιρό θα δημιουργηθούν στενώματα ορθού και συρίγγια βάλανου, οσχέου και περινέου λόγω επούλωσης και ουλοποίησης των ιστών. Αυτό το στάδιο αφορά κυρίως τις γυναίκες και οι πρωκτικές εκδηλώσεις αφορούν κυρίως τους ομοφυλόφιλους άνδρες ή τις γυναίκες με πρωκτικές επαφές (Χατζής, 1994).

3.4.2. Διάγνωση

Η διάγνωση βασίζεται στην κλινική εικόνα σε συνδυασμό με εργαστηριακά ευρήματα. Χρησιμοποιείται κυρίως η δοκιμασία καθίζηση του συμπληρώματος που βασίζεται στην ισχυρή ανοσολογική ανταπόκριση του οργανισμού λόγω την συστηματικής φύσης της νόσου. Τίτλος αντισωμάτων μεγαλύτερος από 1:64 σε

συνδυασμό με την κλινική εικόνα είναι διαγνωστικός για την νόσο. Η δοκιμασία θετικοποιείται 2 εβδομάδες μετά την έναρξη των συμπτωμάτων.

3.4.3. Θεραπεία

Για την θεραπεία χορηγείται δοξυκυκλίνη σε δόση 100mg δύο φορές ημερησίως για 3 εβδομάδες. Εναλλακτικό φάρμακο θεωρείται η ερυθρομυκίνη σε δόση 500mg 4 φορές ημερησίως για 3 εβδομάδες και η αζιθρομυκίνη 1gr μια φορά την εβδομάδα για 3 εβδομάδες. Επίσης μπορεί να χρειαστεί διάνοιξη και παροχέτευση των προσβεβλημένων λεμφαδένων με σκοπό την πρόληψη δημιουργίας ελκών και συριγγίων καθώς και χειρουργική επέμβαση για να αντιμετωπιστούν τα συρίγγια και τα ινώδη στενώματα (Αντωνίου και Κατσάμπας, 2014).

3.5. Μαλακό Έλκος

Η νόσος είναι περισσότερο συχνή σε χώρες της Αφρικής, Ασίας, Λατινικής Αμερικής, Καραϊβικής και γενικά σε περιοχές με χαμηλό κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο. Στις ΗΠΑ και τον Δυτικό κόσμο είναι σπάνια. Το μαλακό έλκος είναι μια ελκωτική ΣΜΛ που δημιουργείται από τον gram αρνητικό βάκιλο *Haemophilus ducreyi* (Osborn et al., 2013). Ονομάζεται και στρεπτοβάκιλλος γιατί έχει την τάση να αναπτύσσει αλυσίδες κατά την καλλιέργεια (Χατζής, 1994). Ο βάκιλος αυτός έχει σχήμα ραβδοειδές και εντοπίζεται συνήθως στα μεσοκυττάρια διαστήματα. Αναπτύσσεται στους 33-34 και ατμόσφαιρα με 5% CO₂ και υψηλή υγρασία. Για την ανάπτυξη του χρειάζεται υλικά πλούσια σε θρεπτικά συστατικά και αίμα (Αντωνίου και Κατσάμπας, 2014).

Ο αιμόφιλος *Ducreyi* μεταδίδεται μέσω της σεξουαλικής επαφής και από ενοφθαλμισμό (το άτομο αυτομολύνεται με λερωμένα χέρια), Δεν μεταδίδεται από τη μητέρα στο νεογνό κατά την κύηση, τον τοκετό ή μετά από αυτόν (Osborn et al., 2013). Ο χρόνος επώασης είναι 2-10 ημέρες. Εισερχόμενος ο οργανισμός στο δέρμα τον γεννητικών οργάνων σχηματίζει μια ερυθρηματώδη βλατίδα η οποία μετατρέπεται σε φλύκταινα τις επόμενες 2-3 μέρες. Οι βλατίδες και οι φλύκταινες είναι συνήθως

ανώδυνες. Έπειτα από μερικές μέρες εξελκώνονται και εμφανίζονται τα χαρακτηριστικά έλκη της νόσου. Συνήθως είναι 1-4 στον αριθμό.

Τα έλκη εντοπίζονται κάτω από την ακροποσθία του πέους, στο χαλινό, στην στεφανιαία αύλακα, στη βάλανο, στο σώμα του πέους και λιγότερο συχνά στο όσχεο, στους μηρούς ή σπανίως εντός της ουρήθρας με συμπτώματα ουρηθρίτιδας. Στις γυναίκες τα έλκη εμφανίζονται στα χείλη, στην κλειτορίδα, στον πρόδρομο του κόλπου και στον πρωκτό (Χατζής, 1994). Οι άνδρες που μολύνονται είναι πιθανό να αναπτύξουν διογκωμένους βουβωνικούς λεμφαδένες σε 7-10 ημέρες αφού σχηματιστεί το μαλακό έλκος. Οι διογκωμένοι λεμφαδένες διαρρηγνύονται και παροχετεύονται. Το έκκριμα είναι πολύ μολυσματικό και ο ενοφθαλμισμός είναι πιθανός (Osborn et al., 2013). Οι επιπλοκές που μπορεί να εμφανιστούν είναι η συριγγοποίηση των λεμφαδένων, η βαλανίτιδα, φίμωση και μικτές λοιμώξεις με έρπητα, σύφιλη, αφροδίσιο λεμφοκοκκίωμα, και AIDS. (Χατζής, 1994).

3.5.1. Διάγνωση

Η διάγνωση του γίνεται με την μέθοδο του αποκλεισμού, καθώς η καλλιέργεια του αιμόφιλου ducreyi απαιτεί ειδικά θρεπτικά υλικά, τα οποία δεν είναι άμεσα διαθέσιμα και είναι ακριβά. Θα πρέπει να αποκλειστούν ο έρπης των γεννητικών οργάνων και η σύφιλη. Επίσης θα πρέπει να βασιστούν και στην κλινική εικόνα της νόσου (Knoor et al., 2008).

3.5.2. Θεραπεία

Η θεραπεία γίνεται με αζιθρομυκίνη 1 gr εφάπαξ ή καφτριαζόνη 250 mg εφάπαξ ή σιπροφλοξασίνη 500 mg 2 φορές ημερησίως για τρεις μέρες ή ερυθρομυκίνη 500mg 3 φορές ημερησίως για 7 ημέρες. Η λεμφαδενική διόγκωση μερικές φορές χρειάζεται αντιμετώπιση είτε με τομή και παροχέτευση, είτε με αναρρόφηση με βελόνα. Η πρώτη μέθοδος είναι καλύτερη γιατί ο χρόνος ίασης είναι μικρότερος (Αντωνίου και Κατσάμπας, 2014).

3.6. Βουβωνικό Κοκκίωμα

Είναι μια χρόνια, αργά εξελισσόμενη νόσος, μετρίως μεταδοτική και αφορά τη βουβωνική και περιγεννητική περιοχή. Οφείλεται στον μικροοργανισμό *Calymmatobacterium granulomatis*, το οποίο είναι gram αρνητικό βακτήριο. Εμφανίζεται σε χώρες με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο (Ν. Αμερική, Ν. Αφρική, Ινδία, Καραϊβική) και σπάνια στην Ευρώπη και Βόρεια Αμερική (Στρατηγός, 2004). Μεταδίδεται κυρίως με την σεξουαλική επαφή και μερικές φορές από μολυσμένα κόπρανα. Κάποιες φορές η μητέρα μεταδίδει την νόσο στο νεογνό κατά τον τοκετό.

Ο μέσος χρόνος επώασης είναι από 17 ημέρες έως 50 ημέρες. Στη θέση ενοφθαλισμού αναπτύσσονται ακίνδυνα μονήρη ή πολλαπλά υποδερμικά οζίδια ή βλατίδες. Οι βλάβες αυτές μεγαλώνουν και εξελκώνονται (Αντωνίου και Κατσάμπας, 2014). Οι βλάβες κατά 90% εντοπίζονται στα γεννητικά όργανα, στο σώμα του πέους, την ακροποσθία, τη βάλανο, τα χείλη του αιδοίου, στον κόλπο, στον τράχηλο της μήτρας και 10% στην βουβωνική χώρα (Στρατηγός, 2004).

3.6.1. Διάγνωση

Η διάγνωση βασίζεται στην κλινική εικόνα και σε εργαστηριακές εξετάσεις. Η καλύτερη μέθοδος είναι να ληφθούν δείγματα από την περιοχή των ελκώσεων και να γίνει χρώση με τις μεθόδους Wright ή Ciesma. Τα βακτήρια αυτά φαίνονται σαν «παραμάνες» και διακρίνονται μεταξύ των ιστοκυττάρων του κοκκιωματώδους ιστού (Στρατηγός, 2004). Το τεστ Παπανικολάου μπορεί να αναγνωρίσει τα βακτήρια *Calymmatobacterium granulomatis* σε ασθενείς με βλάβες του τραχήλου. Βιοψία και ιστολογική εξέταση μπορεί να χρειαστεί στις σκληρυντικές ή νεκρωτικές βλάβες.

3.6.2. Θεραπεία

Για την θεραπεία της νόσου δίνουμε δοξυκυκλίνη 100mg 2 φορές την ημέρα για 3 εβδομάδες. Εναλλακτικά μπορούν να χρησιμοποιηθούν:

- Αζιθρομυκίνη: 1gr εβδομαδιαίως για 3 εβδομάδες,
- Σιπροφλοξασίνη: 750mg δύο φορές την ημέρα για 3 εβδομάδες,

- Τριμεθοπρίμη-Σουλφαμεθοξαζόλη: 160-800mg δύο φορές την ημέρα για 3 εβδομάδες,
- Ερυθρομυκίνη: 500mg 4 φορές την ημέρα για 3 εβδομάδες.

Υπάρχει περίπτωση μετά από αποτελεσματική αγωγή η νόσος να υποτροπιάσει σε διάστημα μέχρι και 8 μήνες, γι' αυτό η συχνή παρακολούθηση είναι απαραίτητη (Αντωνίου και Κατσάμπας, 2014).

3.7. Μη Γονοκοκκικές Ουρηθρίτιδες - Τραχηλίτιδες από Μυκοπλάσματα

Τα μυκοπλάσματα είναι μικροί ανεξάρτητοι μικροοργανισμοί. Χαρακτηριστικό τους γνώρισμα είναι ότι δεν έχουν κυτταρικό τοίχωμα, αλλά κυτταρική μεμβράνη. Γι' αυτό το λόγο τα μυκοπλάσματα: α) δεν είναι ευαίσθητα στα αντιβιοτικά τα οποία έχουν στόχο την αναστολή της βιοσύνθεσης του κυτταρικού τοιχώματος και β) εμφανίζουν πολυμορφία εξαιτίας της μεταβλητότητας του σχήματος τους.

Υπεύθυνα για τις λοιμώξεις του ουρογεννητικού συστήματος είναι τρία είδη: το ουρεόπλασμα *uealyticum* (ουρεαλυτικό ουρεόπλασμα), το μυκόπλασμα *hommis* και το μυκόπλασμα *genitalium*. Αυτά βρίσκονται στου βλεννογόνους των γεννητικών οργάνων των σεξουαλικά ενεργών ατόμων χωρίς να προκαλούν συμπτώματα. Ο χρόνος επώασης είναι 10-20 ημέρες. Υπάρχει μέτρια δυσουρία, το έκκριμα είναι λίγο, συνήθως υδαρές και σπάνια βλεννοπυώδες ή πυώδες (Στρατηγός, 2004). Το μυκόπλασμα *hommis* και το ουρεόπλασμα *urealyticum* μπορούν να απομονωθούν σε καλλιέργεια ουρηθρικού εκκρίματος ή ενδοτραχηλικού επιχρίσματος. Το μυκόπλασμα *genitalium* απομονώνεται με PCR.

3.7.1. Θεραπεία

Η θεραπεία των μυκοπλασμάτων είναι ίδια με της γλαμυδιακής λοίμωξης. Αρκετές φορές στελέχη από μυκόπλασμα *getitalium* και ουρεόπλασμα *urealyticum* είναι ανθεκτικά στην αζιθρομυκίνη και στην δοξυκυκλίνη. Τότε εφαρμόζουμε

αντιβιογράμμα. Επίσης σε λοίμωξη από ανθεκτικό μυκόπλασμα genitalium χορηγείται μοξιφλοξασίνη 300mg ημερησίως, για 7 ημέρες από το στόμα (Αντωνίου και Κατσάμπας, 2014).

3.8. Βακτηριακή Κολπίτιδα

Η βακτηριακή κολπίτιδα συνδέεται με την σεξουαλική δραστηριότητα χωρίς να είναι απαραίτητα σεξουαλικά μεταδιδόμενη (Osborn et al., 2013). Οφείλεται σε διαταραχές της φυσιολογικής χλωρίδας του κόλπου με αποτέλεσμα την ανάπτυξη αναερόβιων μικροοργανισμών (Αντωνίου και Κατσάμπας, 2014). Παράγοντες που μπορεί να οδηγήσουν σε βακτηριακή κολπίτιδα είναι: α) η ύπαρξη νέου συντρόφου, β) η ύπαρξη πολλαπλών συντρόφων, γ) το ντους, δ) τα εσώρουχα που είναι λωρίδες και παρασύρουν βακτήρια του εντέρου στον κόλπο.

Τα βακτήρια που έχουν εντοπιστεί σε γυναίκες είναι ο *Heomophilus vaginalis*, το *Bacteroids*, είδη *Mobiluncus* και η *Cardnerella vaginalis* (Osborn et al., 2013).

Η *Cardnerella vaginalis* αλλά και άλλα αναερόβια βακτήρια ενοχοποιούνται για PID. Η ύπαρξη βακτηριακής κολπίτιδας κατά την εγκυμοσύνη αυξάνει τον κίνδυνο για χοριοαμνιονίτιδα (φλεγμονή των εμβρικών υμένων μέσα στη μήτρα), πρόωρο τοκετό, λιποβαρή νεογνά και ενδομητρίτιδα (φλεγμονή του ενδομητρίου) μετά τον τοκετό (Osborn et al., 2013) Επίσης η βακτηριακή κολπίτιδα συχνά συνυπάρχει και με άλλα STD, όπως η γονόρροια, η τριχομονάδωση και το AIDS (Στρατηγός, 2004).

3.8.1. Διάγνωση

Για την διάγνωση της βακτηριακής κολπίτιδας πρέπει να υπάρχουν τα παρακάτω:

- Λεπτόρρευστα, ομοιογενή κολπικά υγρά,
- Θετικό Whiff τεστ, δηλαδή έκλυση μυρωδιάς ψαριού με την προσθήκη 10% KOH (υδροξειδίου του κόλπου) σε κολπικό υγρό,
- Ph του κολπικού υγρού >4,5,

- Ανεύρεση των κυττάρων clue (επιθηλιακά κύτταρα επενδυμένα με βακτήρια), με την μέθοδο της άμεσης μικροσκόπησης του κολπικού υγρού (Αντωνίου και Κατσάμπας, 2014).

3.8.2. Θεραπεία

Η θεραπεία γίνεται με χορήγηση metronidazole 500mg X 2 φορές ημερησίως για 7 ημέρες από το στόμα. Metronidazole gel 0,75% ενδοκολπικά το βράδυ για 5 ημέρες. Clindamycin cream 2% ενδοκολπικά το βράδυ για 7 ημέρες (Αντωνίου και Κατσάμπας, 2014). Η βακτηριακή κολπίτιδα επανεμφανίζεται συχνά ακόμα και μετά την κατάλληλη θεραπεία. Οι άνδρες σεξουαλικοί σύντροφοι δεν χρειάζεται να πάρουν θεραπεία (Osborn et al., 2013).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΑΠΟ ΠΡΩΤΟΖΩΑ

4.1 *Trichomonas vaginalis* – Τριχομοναδική Ουρηθρίτιδα-Κολπίτιδα

Το παθογόνο πρωτόζωο *Trichomonas vaginalis* είναι υπεύθυνο για την τριχομοναδική ουρηθρίτιδα-κολπίτιδα. Είναι ένας μονοκύτταρος οργανισμός ο οποίος έχει ιωματοειδή κυτταρική μεμβράνη με 4 μαστίγια, με τα οποία κινείται (Στρατηγός, 2004).

Ο χρόνος επώασης κυμαίνεται από 4-20 ημέρες μετά την μόλυνση. Κύριος τρόπος μετάδοσης είναι η σεξουαλική επαφή. Μπορεί όμως να μεταδοθεί με εσώρουχα, με υγρά-μολυσμένα είδη υγιεινής ή με εξεταστικό μητροσκόπιο (Στρατηγός, 2004). Οι γυναίκες μπορεί να μην έχουν συμπτώματα. Αν όμως εμφανιστούν εκδηλώνονται κατά τη διάρκεια της περιόδου ή λίγο μετά λόγω της αύξησης της οξύτητας των κολπικών υγρών. Οι περισσότεροι άνδρες είναι ασυμπτωματικοί (Lemone et al., 2006).

Στην περίπτωση που εμφανιστούν συμπτώματα στους άνδρες, εκδηλώνονται με την μορφή ουρηθρίτιδας. Έχουν καύσο στην ουρήθρα, ιδιαίτερα κατά την ούρηση και έκκριμα από την ουρήθρα. Μπορεί επίσης να παρουσιαστεί βαλανοποσθίτιδα, επιδιδυμίτιδα και προστατίτιδα (Αντωνίου και Κατσάμπας, 2014).

Στις γυναίκες η τριχομονάδοση εμφανίζεται με λεπτόρρευστη, αφρώδη, πρασινοκίτρινη, δύσοσμη (οσμή ψαριού) κολπική έκκριση που συνοδεύεται από αίσθημα καύσου, κνησμού, συχνουρία και δυσουρία. Σε ποσοστό 25-50% οι γυναίκες παραπονιούνται για δυσπαρευνία και σε ποσοστό 5-12% για πυελικό άλγος. (Στρατηγός, 2004). Η τριχομονάδοση κατά την κύηση μπορεί να προκαλέσει πρόωρη ρήξη των υμένων και πρόωρο τοκετό, καθώς και χαμηλό σωματικό βάρος του νεογνού. Επίσης αυξάνει τον κίνδυνο μόλυνσης από τον ιό HIV, αν εκτεθεί σε αυτόν (Lemone et al., 2006).

4.2 Διάγνωση

Η διάγνωση τουλάχιστον για τις γυναίκες πιθανολογείται από την κλινική συμπτωματολογία, την αύξηση του κοιλιακού Ph>4,5, καθώς επίσης και με την κολποσκόπηση κατά την οποία παρατηρείται ένας υπεραίμικος, εξέρυθρος τράχηλος ενώ στον επιθήλιο εμφανίζονται πολλές μικροσκοπικές αιμορραγίες (Στρατηγός, 2004). Επίσης μέσω την μικροσκοπικής εξέτασης ενός δείγματος κοιλικών εκκρίσεων σε φυσιολογικό ορό, αναγνωρίζονται οι τριχομονάδες (Lemone et al., 2006)..

4.3 Θεραπεία

Η θεραπεία γίνεται με μετρονιδαζόλη 2γρ από το στόμα εφάπαξ ή 500μγρ 2 φορές την ημέρα για 7 ημέρες. Εναλλακτικά μπορεί να δοθεί τινιδαζόλη 2γρ εφάπαξ. Πάντα πρέπει να θεραπεύεται και ο ερωτικός σύντροφος. Επειδή το ποσοστό επαναμόλυνσης είναι υψηλό συστήνεται επανεξέταση μετά από 3 μήνες. (Αντωνίου και Κατσάμπας, 2014).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΑΠΟ ΜΥΚΗΤΕΣ

5.1. *Candida Albicans* - Αιδιοκολπίτιδα - Βαλανίτιδα από candida:

Η αιδιοκολπίτιδα λόγω candida οφείλεται σε ποσοστό 80-90% των περιπτώσεων αλλά και σπανιότερα από άλλα στελέχη candida, όπως η glabrata. Το 75% των γυναικών θα παρουσιάσουν τουλάχιστον ένα επεισόδιο αιδιοκολπίτιδας στην διάρκεια της ζωής τους από candida, ενώ το 40-45% των γυναικών θα παρουσιάσουν 2 ή περισσότερα επεισόδια (Αντωνίου και Κατσάμπας, 2014).

Η candida albicans είναι ένας ζυμομύκητας που αποτελεί φυσιολογικό ένικο των βλεννογόνων της στοματικής κοιλότητας του κόλπου και του γαστρεντερικού σωλήνα και η λοίμωξη προέρχεται κυρίως από αυτήν την ενδογενή δεξαμενή. Μεταδίδεται με την σεξουαλική επαφή (Στρατηγός, 2004). Όταν η φυσιολογική κολπική χλωρίδα διαταραχθεί από αυξημένα επίπεδα οιστρογόνων, αντιβιοτικά, ανοσοκατασταλτικά, αντισυλληπτικά, σακχαρώδη διαβήτη, μόλυνση από τα κόπρανα ή άλλους παράγοντες ο μικροοργανισμός πολλαπλασιάζεται οδηγώντας σε μυκητιασική λοίμωξη (Lemone et al., 2006).

Η αιδιοκολπίτιδα λόγω candida εμφανίζει αυξημένα κολπικά υγρά, αίσθημα καύσου, κνησμό και μερικές φορές δυσουρία. Κατά την κλινική εξέταση διαπιστώνουμε λευκωπές πλάκες στα τοιχώματα του κόλπου και του αιδοίου με ερυθματώδη βάση, με χαρακτηριστικά δορυφορικά φουκταινίδια. Μπορεί επίσης να συνυπάρχει οίδημα των μικρών και των μεγάλων χειλέων του αιδοίου. Το κολπικό έκκριμα θυμίζει «κομμένο γάλα» (Αντωνίου και Κατσάμπας, 2014).

Η καντιντίαση στους άνδρες εντοπίζεται στην βαλανοποσθική περιοχή και εκδηλώνεται με διάχυτο ερύθημα της βαλάνου, κηλιδοβλατιδώδες βλάβες, απολέπιση η μεμονωμένα φλυκταινίδια, καθώς συνυπάρχει και κνησμός (Στρατηγός, 2004).

5.2 Διάγνωση

Η διάγνωση γίνεται με :

1)Άμεση μικροσκόπηση του κολπικού υγρού , είτε με χρήση φυσιολογικού ορού, είτε με χρώση κατά Gram, όπου αναδεικνύονται οι υφές και οι ψευδοϋφές.

2)Με καλλιέργεια όπου απομονώνεται ο ζυμομύκητας. Η καλλιέργεια γίνεται με Sabouraud άγαρ με την προσθήκη αντιβιοτικών και χρειάζονται 2-5 μέρες για την ανάπτυξη του ζυμομύκητα.

5.3 Θεραπεία

Η θεραπεία γίνεται με ενδοκολπικά υπόθετα ή ενδοκολπικές κρέμες (π.χ. Butoconazole 2% κρέμα 5gr ενδοκολπικά για 3 ημέρες, Miconazole 4% κρέμα 5gr ενδοκολπικά για 3 ημέρες, Miconazole 1200mg κολπικό υπόθετο για ένα βράδυ, nystatin 100.000 unit κολπική ταμπλέτα μία για 14 ημέρες). Οι ενδοκολπικές αζόλες είναι πιο αποτελεσματικές από την νυσταντίνη και προσφέρουν ανακούφιση από τα συμπτώματα και αρνητικά αποτελέσματα στην καλλιέργεια στο 80-90% των γυναικών. Οι ενδοκολπικές κρέμες και υπόθετα μπορεί να εξασθενήσουν τα προφυλακτικά από latex και τα ενδοκολπικά διαφράγματα.

Τέλος μπορεί να δοθεί frucanazole 150mg εφάπαξ από το στόμα. Στις περιπτώσεις που υπάρχει συνύπαρξη άλλων νοσημάτων ή υποτροπιάζουσα καντιντίαση η θεραπευτική αγωγή είναι ίδια αλλά διαρκεί περισσότερο, ώστε να επιτευχθεί μυκητολογική ύφεση (Αντωνίου και Κατσάμπας, 2014).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 ΠΑΡΑΣΙΤΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

6.1. Ψώρα

Η ψώρα είναι μια εξαιρετικά μεταδοτική δερματοπάθεια, με 300 εκατομμύρια νέα κρούσματα ετησίως, ανεξάρτητου ηλικίας και κοινωνικό-οικονομικής κατάστασης. Οφείλεται στο εξωπαράσιτο ακάρι ή σαρκοκόπτη (*sarcoptes scabiei var hominis* που προέρχεται απ' την ελληνική λέξη *sarx*=σάρκα, *korptein*=κόβω και την λατινική λέξη *scabere*=ξύνομαι) (Αντωνίου και Κατσάμπας, 2014). Ο όρος ακάρι οφείλεται στον Αριστοτέλη (Στρατηγός, 2004).

Η μετάδοση της ψώρας γίνεται με παρατεταμένη σωματική επαφή. Χρειάζονται 15-20 λεπτά στενής επαφής δέρμα με δέρμα. Στους ενήλικες γίνεται συνήθως με σεξουαλική επαφή, γι' αυτό και η ψώρα ανήκει στα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (Στρατηγός, 2004).

Η μετάδοση με τα εσώρουχα, τα ενδύματα και τα κλινοσκεπάσματα είναι σπάνια. Το ακάρι ζει 24-48 ώρες μακριά από το δέρμα του ανθρώπου. Είναι αρθρόποδο και έχει σχήμα ωοειδές με μικρό κεφάλι και ένα τριχοειδές θωρακοκοιλιακό τμήμα από το οποίο εκβάλλουν τέσσερα ζεύγη ποδιών. Το θηλυκό ακάρι έχει διπλάσιο μέγεθος από το αρσενικό. Ο μέσος αριθμός σε ένα υγιή άνθρωπο είναι 10-12 ακάρια κατά την διάγνωση. Μετά από 3 μήνες ο αριθμός μειώνεται ίσως λόγω μηχανικής απομακρύνσεως με το ξύσιμο ή λόγω ανοσολογικής απάντησης του ξενιστή (Αντωνίου και Κατσάμπας, 2014).

Τα πρώτα συμπτώματα εμφανίζονται 4-6 εβδομάδες μετά την μόλυνση και προκαλούνται από την ανοσολογική αντίδραση του ξενιστή στα ακάρια και τα προϊόντα τους (Αντωνίου και Κατσάμπας, 2014). Τα συμπτώματα που εμφανίζουν οι ασθενείς είναι ο έντονος κνησμός κυρίως την νύχτα και οι βλάβες (εξανθήματα) που προκαλούνται από το ακάριο. Οι βλάβες διακρίνονται :

Α) Στις πρωτογενείς βλάβες οι οποίες είναι οι σήραγγες ή αύλακες και οι φυσαλίδες. Οι σήραγγες ή αύλακες είναι λευκωπές ή ρυπαρές ανάλογα με το βαθμό

καθαριότητας του ατόμου. Έχουν σχήμα σιγμοειδή ή ζικ-ζακ και μήκος 5-15 χιλιοστά. Το τυφλό άκρο των σήραγγων εμφανίζεται σαν μία γκριζωπή κηλίδα η οποία περιέχει το ακάρι. Οι φυσαλίδες εμφανίζονται στο τελικό άκρο της σήραγγας ή και έξω από αυτή. Οι σήραγγες αύλακες εντοπίζονται στις μεσοδακτύλιες πτυχές, στις παλάμες, στους καρπούς και στους αγκώνες. Ειδικά στον άνδρα εντοπίζονται επιπλέον στο πέος ενώ στις γυναίκες στο μαστό και στα παιδιά στις παλάμες, στα πέλματα και στην ποδοκνημική άρθρωση.

B) Στις δευτερογενείς βλάβες όπου υπάρχει ένας μεγάλος αριθμός κνιδωτικών βλατίδων που εντοπίζονται στο επιγάστριο, στους μηρούς και στους γλουτούς. Από το ξύσιμο οι βλατίδες διαβρώνονται και εμφανίζονται δρυφάδες καθώς και εκζεματοποίηση των βλαβών.

Μερικά άτομα μπορεί να εμφανίσουν φλεγμονώδη οζίδια (κοκκίωματα ψώρας), ερυθροκαστανόχροα με διάμετρο πάνω από 12 χιλιοστά. Το εξάνθημα αυτό εμφανίζεται συνήθως στην μασχάλη, στο όσχεο, στο επιγάστριο, στο στήθος, στις βουβωνικές χώρες ή στο πέος (Χατζής, 1994).

6.1.1. Διάγνωση

Η διάγνωση γίνεται με την κλινική εικόνα (εντόπιση εξανθημάτων, παρουσία νυχτερινού κνησμού). Μπορεί να γίνει με βιοψία από την βλατιδοφυσαλιδώδη βλάβη. Ακόμη με εμποτισμό της σήραγγας με μελάνι (βάφεται το δέρμα και μετά απομακρύνεται η βαφή με οινόπνευμα). Με αυτό τον τρόπο φαίνεται το σχήμα της σήραγγας (C, S, Z). Η δερματοσκόπηση είναι μια χρήσιμη, νέα μέθοδος για την ανεύρεση των ακάρεων της ψώρας. Τέλος χρησιμοποιούνται ειδικές PCP για την ανίχνευση του DNA του ακάρεως.

6.1.2. Θεραπεία

Για την θεραπεία της ψώρας χρησιμοποιούνται τοπικά αντιπαρασιτικά σκευάσματα, όπως παρεμεθρίνη 5%, θειούχος βαζελίνη 2%-10%, βενζοϊκό βενζίδιο 10-25%,

μαλαθείο 0,5% και άλλα. Από το στόμα λαμβάνεται η ιβερμεκτίνη η οποία επιλέγεται σε ειδικές περιπτώσεις (Αντωνίου και Κατσάμπας, 2014).

6.2. Φθειρίαση του Εφηβαίου

Από την ψείρα προσβάλλονται όλες οι φυλές και όλες οι κοινωνικές τάξεις. Η ψείρα του εφηβαίου (*Phthirus-rubis*) είναι άπτερο παράσιτο που απομυζά αίμα για να επιζήσει. Έχει μέγεθος 1-3 χιλιοστά, το σώμα της είναι κοντό και πλατύ και έχει 3 ζεύγη ποδιών, κατάλληλα διαμορφωμένα για να πιάνονται στις τρίχες (Αντωνίου και Κατσάμπας, 2014). Οι κόνιδες βρίσκονται στη βάση των τριχών του εφηβαίου και εκκολάπτονται σε 5-10 ημέρες (Knoor et al., 2008).

Μεταδίδεται κυρίως με την σεξουαλική επαφή, αλλά και έμμεσα με τα ρούχα, τις πετσέτες, τα κλινοσκεπάσματα και τις τρίχες που πέφτουν. Η μητέρα μεταδίδει τις ψείρες στο νεογνό με το θηλασμό, από τις τρίχες του μαστού και η εγκατάσταση των ψειρών γίνεται στις βλεφαρίδες του βρέφους. Οι ψείρες εντοπίζονται κυρίως στο εφήβαιο και την περιπρωκτική χώρα. Μπορεί όμως να επεκταθούν στις τρίχες του επιγάστριου των μωρών, των μασχαλών, καθώς επίσης να αποικίσουν στα φρύδια, στις βλεφαρίδες και σπάνια στο τριχωτό της κεφαλής (Χατζής, 1994).

Το αρχικό σύμπτωμα είναι ο έντονος κνησμός του εφηβαίου. Επίσης εμφανίζονται κνιδωτικές βλατίδες, δρυφάδες, διαβρώσεις και αιματογενείς εφελκίδες. Μερικές φορές στο υπογάστριο, στα πλάγια της καρδιάς, στον θώρακα και τους μηρούς, εμφανίζονται γκριζοκίτρινες κηλίδες που οφείλονται στη δράση του σάλιου των ψειρών, που έχει ως αποτέλεσμα την μεταβολή των αιμοχρωστικών στην θέση των τσιμπημάτων (Στρατηγός, 2004). Η διάγνωση γίνεται με την κλινική εικόνα, δηλαδή με την ανίχνευση των ψειρών και της κόνιδας.

Η θεραπεία γίνεται με αντιφθειρικά φάρμακα: μαλάθειο 0,5%, carbaryl 0,5-1%, φαινοθρίνη 0,2%, λοσιόν παρμεθρίνης 1%, λοσιόν Indane, καθώς και συστηματική χορήγηση ιβερμεκτίνης. Η θεραπεία επαναλαμβάνεται μετά από 3-7 ημέρες (Αντωνίου και Κατσάμπας, 2014).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 ΙΟΓΕΝΕΙΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ

7.1. Έρπης των Γεννητικών Οργάνων

Οι ερπητικές λοιμώξεις οφείλονται στους δύο διαφορετικούς τύπους του ιού HSV-1 και HSV-2. Ο HSV-1 προκαλεί τον επιχείλιο έρπητα, αλλά μπορεί να μεταδοθεί στη γεννητική περιοχή μέσω της στοματικής συνουσίας ή από αυτοενοφθαλμισμό λόγω κακών πρακτικών υγιεινής των χεριών. Ο HSV-2 είναι ο ιός που προκαλεί τον έρπητα γεννητικών οργάνων, μεταδίδεται μέσω της σεξουαλικής επαφής ή κατά τον τοκετό από μολυσμένη μητέρα (Lemone et al., 2006).

Η συχνότητα του γεννητικού έρπητα έχει αυξηθεί πολύ τα τελευταία χρόνια. Υπάρχουν χώρες όπου το 60-70% του πληθυσμού έχει αντισώματα για HSV-2, χωρίς όμως να παρουσιάσει τα συμπτώματα της νόσου (Στρατηγός, 2004).

Η ερπητική λοίμωξη των γεννητικών οργάνων παρουσιάζεται με διάφορες μορφές: α) συμπτωματική πρωτοπαθή λοίμωξη, όπου ο ασθενής εμφανίζει τα συμπτώματα αμέσως μετά την πρώτη επαφή με τον ιό, β) πρώτο επεισόδιο μη πρωτοπαθούς λοίμωξης όπου οι ασθενείς μπορεί να παραμείνουν ασυμπτωματικοί μετά την μόλυνση τους από τον ιό και να εμφανίσουν τα συμπτώματα σε μεταγενέστερο χρόνο. Και στις δύο περιπτώσεις μπορούν να εμφανίσουν υποτροπιάζουσες λοιμώξεις (Knoop et al., 2008).

Τα πρώτα συμπτώματα της ερπητικής λοίμωξης όταν εκδηλωθούν είναι ο πυρετός, ο πονοκέφαλος, η αδιαθεσία και η μυαλγία. Η κυτταρική καταστροφή τοπικά λόγω του πολλαπλασιασμού του ιού προκαλεί πόνο, κνησμό, δυσουρία, κολπικές και ουρηθρικές εκκρίσεις, ευαισθησία και διόγκωση των λεμφαδένων και φυσαλιδώδες εξάνθημα. Οι φυσαλίδες αυτές σπάνε, μετατρέπονται σε φλυκταίνες και καταλήγουν σε επώδυνες ελκωτικές βλάβες οι οποίες σε 2-3 εβδομάδες επουλώνονται χωρίς να αφήσουν ουλές.

Οι βλάβες του έρπητα των γεννητικών οργάνων στους άνδρες εμφανίζονται στο πέος και το οσχέο, προκαλώντας βαλανοποσθίτιδα και ουρηθρίτιδα. Στις γυναίκες

εμφανίζονται στο αιδοίο προκαλώντας αιδοιοκολπίτιδα, στον τράχηλο της μήτρας προκαλώντας τραχηλίτιδα, στους γλουτούς και τους μηρούς. Στους ανθρώπους με πρωκτικές επαφές έχουν τις ίδιες εκδηλώσεις στον πρωκτό (Osborn et al., 2013). Οι υποτροπές του γεννητικού έρπητα εμφανίζονται στο 70-80% των ασθενών στον πρώτο χρόνο από την πρωτομόλυνση και έχουν σαφώς ηπιότερες εκδηλώσεις σε βαρύτητα και διάρκεια (Στρατηγός, 2004). Θανατηφόρες λοιμώξεις από HSV μπορεί να προκύψουν σε ασθενείς με AIDS. Επιπλέον οι λοιμώξεις αυτές μπορεί να καταστήσουν τα άτομα ευάλωτα στο AIDS αν οι βλάβες έρθουν σε επαφή από τον ιό HIV (Osborn et al., 2013).

Οι νεογνικές λοιμώξεις συχνά προκύπτουν κατά τον τοκετό όπου το νεογνό εκτίθεται σε βλάβες του τραχήλου. Ο κίνδυνος μετάδοσης είναι πιο υψηλός όταν η μητέρα μολυνθεί από HSV-2 προς το τέλος της κύησης γιατί δεν έχει προλάβει να δημιουργήσει αντισώματα. Ο νεογνικός έρπητας είναι μία από τις πιο απειλητικές λοιμώξεις για τη ζωή του βρέφους και μπορεί να εκδηλωθεί με μία από τις εξής μορφές:

- 1) Η νόσος εντοπίζεται μόνο στο δέρμα, στα μάτια και στο στόμα και αφορά το 45% των περιπτώσεων.
- 2) Να υπάρχει διάσπαρτη λοίμωξη όπου προσβάλλει πολλά όργανα (ήπαρ, πνεύμονες, επινεφρίδια και εγκέφαλο). Αφορά το 22% των περιπτώσεων και έχει 50% θνησιμότητα.
- 3) Η νόσος προσβάλλει το κεντρικό νευρικό σύστημα. Αφορά το 35% των περιπτώσεων. Από αυτά το 15% πεθαίνει και το 16% μπορεί να παρουσιάσει διάφορες νευρολογικές διαταραχές (Στρατηγός, 2004).

7.1.1. Διάγνωση

Η διάγνωση μπορεί να γίνει:

- ✚ Απευθείας με το ηλεκτρονικό μικροσκόπιο,
- ✚ Με κυτταροκαλλιέργεια από τις βλάβες,
- ✚ Με άμεσο ανοσοφθορισμό για ανίχνευση αντιγόνων του ιού από ενεργές κλινικά βλάβες
- ✚ Με ανίχνευση αντισωμάτων έναντι του ιού με την μέθοδο Western blot, από τον ορό του πάσχοντος

- ✚ Με κυτταρολογική εξέταση από επίχρισμα του πάσχοντος βλεννογόνου,
- ✚ Με ανίχνευση DNA του ιού με την μέθοδο PCR (Αντωνίου και Κατσάμπας, 2014)

7.1.2. Θεραπεία

Η θεραπεία του έρπητα των γεννητικών οργάνων περιλαμβάνει την θεραπεία της πρωτομόλυνσης, τη θεραπεία των υποτροπών, την πρόληψη των υποτροπών και τέλος την πρόληψη της μετάδοσης. Σε κάθε περίπτωση τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται είναι διάφορα αντιϊκά σκευάσματα (Στρατηγός, 2004).

Στην ερπητική πρωτολοίμωξη δίνουμε:

- Ακυκλοβίρη: 200-400mg x 5 το 24ωρο για 5 ημέρες
 - Βαλακυκλοβίρη: 500mg x 2 το 24ωρο για 5 ημέρες
 - Φαμσικλοβίρη: 250mg x 2 το 24ωρο για 5 ημέρες
- Συμπτωματική θεραπεία: τοπικά αντιβιοτικά αντιφλεγμονώδη.

Υποτροπιάζων απλός έρπης:

- Ακυκλοβίρη: 400mg x 2 ημερησίως για 6 μήνες
- Βαλακυκλοβίρη: 500mg x 1 ημερησίως για 6 μήνες
- Φαμσικλοβίρη 250mg x 2 ημερησίως για 6 μήνες (Αντωνίου και Κατσάμπας, 2014).

7.2 Μολυσματική Τέρμινθος

Η μολυσματική τέρμινθος είναι μία καλοήθης, αυτοπεριοριζόμενη, ιογενής νόσος του δέρματος και των βλεννογόνων (Αντωνίου και Κατσάμπας, 2014). Οφείλεται σε ειδικό στέλχος της ομάδας των ιών της ευλογιάς (Pox virus group) (Στρατηγός, 2004). Είναι ένας DNA δερματοτρόπος ιός χωρίς λιποπρωτεϊνικό περίβλημα και έχει μεγάλη αντοχή στο ξηρό περιβάλλον. Ο ιός ανιχνεύεται στην επιδερμίδα με την μορφή μικρών σωματιδίων. (Αντωνίου και Κατσάμπας, 2014).

Η μολυσματική τέρμινθος μεταδίδεται με αυτοενοφθαλμισμό μετά από λύση της συνέχειας του δέρματος. Όταν το εξάνθημα υπάρχει στα γεννητικά όργανα

μεταδίδεται με την σεξουαλική επαφή (Αντωνίου και Κατσάμπας, 2014). Είναι αρκετά συχνή νόσος σε παιδιά και η μετάδοση της συμβαίνει από κολυμβητικές πισίνες. Επίσης εμφανίζεται σε μεγάλη έκταση σε ασθενείς με AIDS, λόγω ανοσοκαταστολής (Στρατηγός, 2004). Στα παιδιά οι βλάβες εντοπίζονται κυρίως στο πρόσωπο, στον κορμό και τα άκρα, ενώ στους ενήλικες στα γεννητικά όργανα, στην περιπρωκτική περιοχή και το υπογάστριο (Αντωνίου και Κατσάμπας, 2014).

7.2.1 Διάγνωση

Η διάγνωση είναι εύκολη με την κλινική εικόνα, ιδιαίτερα με την πίεση του οζιδίου. Για την επιβεβαίωση της διάγνωσης μπορεί να γίνει ιστολογική εξέταση, μικροσκοπική εξέταση (με ειδικές χρωστικές Wright's, Giesma, Papanikolaou, Gram) και με ηλεκτρονικό μικροσκόπιο. Επίσης αντιγόνα της μολυσματικής τερμίνθου μπορεί να ανιχνευτούν με την χρήση τεχνικών ανοσοφθορισμού (Στρατηγός, 2004).

7.2.2 Θεραπεία

Τις περισσότερες φορές οι βλάβες έχουν την τάση αυτοϊασης μέσα σε 2-6 μήνες. Αν χρειαστεί θεραπεία χρησιμοποιούμε τοπικές κρέμες (καυθαριδίνη 0,7%, τριχλωρικό οξύ, τρετινοΐνη, ποδοφυλλοτοξίνη, μικουϊμοδη). Χρειάζεται μεγάλη προσοχή στην χρήση, λόγω πιθανότητας εμφάνισης ερεθιστικής δερματίτιδας. Η αφαίρεση των βλαβών μπορεί να γίνει με απόξεση ή σύνθλιψη με χειρουργική λαβίδα, μετά από τοπική αναισθησία. Μπορεί επίσης να γίνει με κρυοθεραπεία με υγρό άζωτο, με διαθερμοπηξία ή με ή χωρίς αναισθησία (Αντωνίου και Κατσάμπας, 2014).

7.3 Λοιμώξεις από Ιούς των Ανθρώπινων Θηλωμάτων HPV

Η λοίμωξη από τον ιό του HPV (Human Papilloma Virus) είναι το συχνότερο σεξουαλικώς μεταδιδόμενο νόσημα. Εκτιμάται ότι το 50-77% των ατόμων αναπαραγωγικής ηλικίας θα μολυνθεί κάποια στιγμή της ζωής του από τους ιούς HPV. Τα μεγαλύτερα ποσοστά παρατηρούνται σε γυναίκες ηλικίας 15-25 ετών (Αντωνίου και Κατσάμπας, 2014). Οι ιοί των ανθρώπινων θηλωμάτων αποτελούνται

από κυκλική έλικα DNA που περιβάλλεται από εικοσαεδρή πρωτεϊνική κάψα (Στρατηγός, 2004). Περίπου 120 τύποι του HPV έχουν εντοπιστεί, αλλά μόνο οι 40 από αυτούς προσβάλλουν το στόμα, τον λάρυγγα και τα γεννητικά όργανα (Osborn et al., 2013). Η μόλυνση του επιθήλιου από τον ιό, έχει ως αποτέλεσμα την εκδήλωση κλινικής, υποκλινικής και λανθάνουσας νόσου. Στην κλινική νόσο οι αλλοιώσεις είναι ορατές με γυμνό μάτι. Στην υποκλινική νόσο οι αλλοιώσεις δεν είναι ορατές με κλινική εξέταση, αλλά εντοπίζονται με τεχνική βοήθεια (κολποσκόπηση-μικροσκόπηση, τεστ Παπανικολάου).

Η εξέλιξη της νόσου δεν είναι πάντοτε η ίδια. Εξαρτάται : α) από τον τύπο του ιού (καλοήθης ή κακοήθης), β) από την κατάσταση του ανοσοποιητικού συστήματος του ξενιστή και την αντίδραση απέναντι στον ιό και γ) από συνεργούς παράγοντες (κάπνισμα, συνυπάρχουσες λοιμώξεις, ανοσοκατασταλτικά φάρμακα) (Στρατηγός, 2004). Ο ιός μεταδίδεται μέσω της επαφής, ειδικά κατά την διάρκεια πρωκτικής, κολπικής ή στοματικής ή με αυτοεναφθολισμό. Ο χρόνος επώασης ποικίλει από 2-8 μήνες. Σε σπάνιες περιπτώσεις ο HPV μεταδίδεται στο νεογνό κατά την διάρκεια του τοκετού προκαλώντας νεογνική υποτροπιάζουσα αναπνευστική θηλωμάτωση (Osborn et al., 2013).

Τα κονδυλώματα μπορεί να εμφανιστούν στο πέος, το όσχεο, στην βουβωνική περιοχή, στο αιδοίο, στον κόλπο, στον τράχηλο και το στόμα (Osborn et al., 2013). Κακοήθης εξαλλαγή μπορεί να συμβεί σπάνια. Παράγοντες που συμβάλλουν στην εξαλλαγή είναι η χρονιότητα των βλαβών και η συνύπαρξη άλλων καταστάσεων που δημιουργούν χρόνια ερεθισμό (τραυματισμοί, πυώδεις λοιμώξεις, φίμωση, ανοσοκαταστολή).

Οι γονότυποι υψηλού κινδύνου 16 και 18 βρίσκονται κυρίως στην ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία και το διεισδυτικό καρκίνωμα του τραχήλου της μήτρας. Ειδικά ο τύπος 16 ευθύνεται για τα επίπεδα κονδυλώματα του τραχήλου της μήτρας, τα οποία θεωρούνται πρόδρομες μορφές καρκίνου της μήτρας (Χατζής, 1994) Η τραχηλική δυσπλασία και ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας μπορεί να είναι ασυμπτωματικά. Σε προχωρημένα στάδια θα αναπτυχθούν εκκρίσεις από τον τράχηλο και ο καρκίνος θα μετασταθεί στους λεμφαδένες και άλλες περιοχές του σώματος (Osborn et al., 2013).

Σε πολλούς ασθενείς η φλεγμονή από τους ιούς HPV διαρκεί πολλά χρόνια, μετά μεταπίπτει σε ύφεση ή συχνά υποτροπιάζει ακόμη και μετά από επανελεμμένες προσπάθειες θεραπείας (Στρατηγός, 2004).

7.3.1 Διάγνωση

Η διάγνωση των κονδυλωμάτων γίνεται με την κλινική εικόνα. Στις γυναίκες ο λεπτομερής έλεγχος για την ανεύρεση κολπικών και τραχηλικών αλλοιώσεων γίνεται με τεστ Παπανικολάου. Αν βγει θετικό γίνεται κολποσκόπηση. Στα άτομα με ουρηθρικά κονδυλώματα γίνεται ουρηθροσκόπηση και στα περιπρωκτικά κονδυλώματα γίνεται πρωκτοσκόπηση μέχρι την οδοντωτή γραμμή.

7.3.2 Θεραπεία

Καμία θεραπεία δεν εκριζώνει τη λοίμωξη. Στόχος κάθε θεραπευτικής αγωγής είναι η αφαίρεση των κονδυλωμάτων και η μείωση της μολυσματικότητας των ασθενών. Οι μέθοδοι αντιμετώπισης των εξωτερικών κονδυλωμάτων γίνεται με: Α)εφαρμοζόμενες από τον ασθενή κρέμες: ποδοφυλλοτοξίνη (κρέμα 0,15% και διάλυμα 0,5%), ιμικουιμόδη (κρέμα 5%), σινεκαταχίνες (αλοιφή 15% και 10%), Β)εφαρμοζόμενες από τον γιατρό: κρυοθεραπεία, τριχλωροοξεικό οξύ, χειρουργική αφαίρεση, διαθερμοπηξία, laser.

Επίσης για την πρόληψη μετάδοσης της νόσου υπάρχουν δύο εμβόλια. Το ένα είναι τετραδύναμο Gardasil, όπου προστατεύει από τους ιούς 16 και 18 (υψηλού κινδύνου), καθώς και από τους τύπους 6 και 11 (χαμηλού κινδύνου). Το άλλο είναι διδύναμο Cervarix και προστατεύει μόνο από τους τύπους 16 και 18. Τα εμβόλια χορηγούνται σε 3 ενδομυϊκές δόσεις και είναι προτιμότερο να χορηγούνται πριν την έναρξη της σεξουαλικής δράσης (Αντωνίου και Κατσάμπας, 2014).

7.4 AIDS

Η λοίμωξη από τον ιό της ανθρώπινης ανοσολογικής ανεπάρκειας (Human Immunodeficiency Virus) HIV, και AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome), αποτελούν μια από τις μεγαλύτερες απειλές για τη δημόσια υγεία παγκοσμίως. Ο ιός πρωτοεμφανίστηκε σε νεαρούς άνδρες στην Αμερική και εξαπλώθηκε ταχύτατα σε όλο τον κόσμο με την μορφή επιδημίας (Αντωνίου και Κατσάμπας, 2014).

Υπάρχουν 2 είδη ρετροϊών (HIV-1, HIV-2). Ο HIV-1 είναι υπεύθυνος για το 90-95% των περιστατικών, είναι πιο παθογόνος, εξελίσσεται γρηγορότερα σε ασθενείς και έχει υψηλότερο δυναμικό μετάδοσης προγεννητικά (Grimes, 2011). Ο ιός HIV είναι ιός RNA και ανήκει στους ρετροϊούς. Έχει την δυνατότητα να παράγει DNA από το RNA με την βοήθεια ενός ενζύμου της ανάστροφης μεταγραφάσης (Αντωνίου και Κατσάμπας, 2014).

Ο ρετροϊός του AIDS έχει λιποειδικό περιβλημα με υποδοχείς μέσω των οποίων προσκολλάται στους ειδικούς υποδοχείς των CD4 των βοηθητικών T-λεμφοκυττάρων τα οποία προσβάλλει, με αποτέλεσμα την μείωση του αριθμού και των λειτουργικών ικανοτήτων τους (Χατζής, 1994). Σημαντικές συγκεντρώσεις του ιού βρίσκονται στο αίμα, στο σπέρμα, στις κολπικές εκκρίσεις και στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό των προσβεβλημένων ατόμων (Lemone et al., 2006). Η μετάδοση του ιού γίνεται κυρίως με την σεξουαλική επαφή. Επίσης μέσω αίματος, με μεταγγίσεις αίματος, με μολυσμένες σύριγγες κοινής χρήσης σε χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών, καθώς από τις άμυνες του δέρματος και κάθετα από την μητέρα στο παιδί κατά την διάρκεια της κύησης, του τοκετού ή του θηλασμού (Αντωνίου και Κατσάμπας, 2014).

7.4.1 Στάδια της Νόσου

Το πρώτο στάδιο της νόσου εκδηλώνεται σε διάστημα ημερών ή εβδομάδων μετά την επαφή του οργανισμού με τον ιό, με συμπτώματα παρόμοια με αυτά της λοιμώδους μονοπυρήνωσης ή της γρίπης. Τυπικές εκδηλώσεις είναι πυρετός, πονόλαιμος,

κυνάγχη, καταβολή δυνάμεων, πονοκέφαλος, κηλιδώδη εξανθήματα, γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια, αρθραλγίες, μυαλγίες και διόγκωση σπλήνας (Αντωνίου και Κατσάμπας, 2014).

Παρατηρούνται αρκετές παθολογικές μεταβολές στο κεντρικό νευρικό σύστημα. Ενδέχεται να εμφανιστούν ναυτία, έμετοι και κολικοειδή κοιλιακά άλγη. Τα συμπτώματα διαρκούν 1-3 εβδομάδες (Lemone et al., 2006). Μετά την οξεία φάση η νόσος εξελίσσεται αργά και καταστρέφει το ανοσολογικό σύστημα (Αντωνίου και Κατσάμπας, 2014). Το στάδιο μπορεί να είναι και ασυμπτωματικό με κλινική εικόνα την γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια. Όποιος προσβάλλεται από τον ιό δεν σημαίνει ότι υποχρεωτικά θα αναπτύξει το σύνδρομο AIDS. Οι περισσότεροι γίνονται φορείς της νόσου. Ένα ποσοστό 5-10% από αυτούς είναι πιθανόν μέσα στα επόμενα 8-10 χρόνια να αναπτύξουν πλήρες σύνδρομο (Χριστάκης και Λεγάκης, 2002).

Πριν εμφανιστεί η νόσος εκδηλώνονται συμπτώματα που υποδηλώνουν την ανοσοανεπάρκεια. Εμφανίζεται γενικευμένη κακουχία, πυρετός, κόπωση, νυχτερινές εφιδρώσεις, ακούσια απώλεια βάρους, ξηροδερμία, δερματικά εξανθήματα, διάρροια, στοματικές βλάβες όπως η λευκοπλακία, η καντιντίαση, η ουλίτιδα και οι εξελκώσεις του στοματικού βλεννογόνου (Lemone et al., 2006).

Το τελευταίο στάδιο της νόσου χαρακτηρίζεται από αυξημένη ανοσολογική ανεπάρκεια, η οποία εκδηλώνεται με την εμφάνιση ευκαιριακών λοιμώξεων. Ο αριθμός των CD4 T- λεμφοκυττάρων είναι $<200\text{mm}^3$ και η τιμή του RNA στο αίμα είναι υψηλή (Classenn et al., 2010). Οι συχνότερες ευκαιριακές λοιμώξεις είναι η πνευμονία από *Pneumocystis Carinii*, φυματίωση, η τοξοπλάσμωση του κεντρικού νευρικού συστήματος, η χρόνια λοίμωξη από απλό έρπητα, η αμφιβληστροειδίτιδα από CMV, οι λοιμώξεις από μυκοβακτηρίδια τυπικά ή άτυπα. Οι συχνότερες νεοπλασίες είναι το σάρκωμα Kaposi και τα Non-Hodgkin B-λεμφώματα (Αντωνίου και Κατσάμπας, 2014). Σε όλα τα στάδια υπάρχει μεγάλη ιαιμία (ϊικό φορτίο) και επομένως πολύ υψηλή μολυσματικότητα (Classenn et al., 2010).

7.4.2 Διάγνωση

Η διάγνωση γίνεται με τη δοκιμασία ταχείας ανίχνευσης αντισωμάτων HIV (HIV rapid antibody test) που αποτελείται από δοκιμαστικές ταινίες που είναι εμποτισμένες με αντιγόνο HIV. Εάν υπάρχουν αντισώματα κατά του HIV στο αίμα του ασθενούς η ταινία αλλάζει χρώμα, υποδεικνύοντας το θετικό αποτέλεσμα της δοκιμασίας (Lemone et al., 20016). 1-3 μήνες μετά την μόλυνση γίνεται με την ανοσοζυματική μέθοδο ELISA όπου ανιχνεύονται τα αντισώματα κατά του ιού. Το θετικό αποτέλεσμα επιβεβαιώνεται με την μέθοδο Western Blot. Με την εξέταση PCR γίνεται ανίχνευση του DNA του HIV στα κύτταρα του αίματος και τις εκκρίσεις του σώματος (κολπικές-σπέρμα) (Grimes, 2011). Επίσης με την μέτρηση του απόλυτου αριθμού των CD4 κυττάρων, παρακολουθείται η εξέλιξη της νόσου και η καθοδήγηση της θεραπείας (Lemone et al., 2006).

7.4.3 Θεραπεία

Η θεραπεία γίνεται με αντιρετροϊκή αγωγή. Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται διακρίνονται σε έξι κατηγορίες:

- Νουκλεοσιδικοί αναστολείς
- Μη νουκλεοσιδικοί αναστολείς της ανάστροφης μεταγραφάσης
- Αναστολείς πρωτεάσων
- Τρία είδη αναστολέων εισόδου

Η θεραπεία μπορεί να γίνει με συνδυασμό 3-4 αντιρετροϊκών φαρμάκων που υπάρχουν σε ένα δίκτυο (Lemone et al., 2006). Απαιτείται πλήρη συμμόρφωση στην θεραπευτική αγωγή γιατί αναπτύσσεται εύκολη αντοχή. Η θεραπεία είναι ακριβής και έχει πολλές παρενέργειες. Επιπλέον ο ασθενείς θα πρέπει να υποβληθεί σε θεραπείες για τις λοιμώξεις και τους καρκίνους που θα αναπτύξει λόγω της ανοσολογικής ανεπάρκειας (Grimes, 2011). Η αντιρετροϊκή αγωγή δεν θεραπεύει την λοίμωξη HIV,

αλλά καθυστερεί την εξέλιξη της νόσου, ελαττώνει τα σοβαρά συμπτώματα και βελτιώνει το προσδόκιμο ζωής (Lemone et al., 2006).

7.5 Κυτταρομεγαλοϊός

Ο ανθρώπινος κυτταρομεγαλοϊός (HCMV) είναι ένας β ερπητοϊός και οφείλει το όνομα του στην ικανότητα που έχει να μεγεθύνει τα κύτταρα που μολύνει. Ο HCMV έχει γονιδίωμα διπλής έλικας DNA (Στρατηγός, 2004). Ο ιός μεταδίδεται με στενή επαφή με μολυσμένα υγρά (δάκρυα, σίελος, ούρα, κόπρανα), με την σεξουαλική επαφή (σπέρμα, κολπικές εκκρίσεις), με την μετάγγιση μολυσμένου αίματος, με την μεταμόσχευση μολυσμένων οργάνων και από την μητέρα στο παιδί κατά την ενδομήτρια ζωή, τον τοκετό ή μέσω του θηλασμού (Χριστάκης και Λεγάκης, 2002).

Όπως όλοι οι ερπετοϊοί, ο ιός του CMV με όποια οδό και σε όποια ηλικία και αν αποκτηθεί, ποτέ δεν εκριζώνεται, αλλά ενσωματώνεται στο κύτταρο ξενιστή σε λανθάνουσα μορφή. Μπορεί όμως να δημιουργηθεί ανοσοκαταστολή, άλλη λοίμωξη κατά την κύηση αλλά και χωρίς προφανή λόγο (Γιαμαρέλου, 2005). Η λοίμωξη από CMV σε υγιή άτομα μπορεί να είναι ασυμπτωματική, μπορεί όμως να προκαλέσει το σύνδρομο λοιμώδους μονοπυρήνωσης με επίμονο υψηλό πυρετό, λεμφαδενοπάθεια, σχετική λευκοκυττάρωση, σπληνομεγαλία και μικρού βαθμού ανωμαλίες λειτουργικότητας του ήπατος.

Σε σπάνιες περιπτώσεις μπορεί να εμφανιστούν επιπλοκές όπως: 1)διάμεση πνευμονία, 2)ήπια ηπατίτιδα ή κοκκιματώδη ηπατίτιδα η οποία εκδηλώνεται με πυρετό, εμετό και έντονη ατυπία λεμφοκυττάρων, 3)σύνδρομο Guillain-Barre όπου παρουσιάζεται πολυνευρίτιδα με χαρακτηριστική αισθητική και κινητική αδυναμία των άκρων, 4) μηνιγγοεγκεφαλίτιδα με κύρια συμπτώματα πονοκέφαλο, λήθαργο, φωτοφοβία, 5)προσβολή του μυοκαρδίου, 6)θρομβοκυττοπενία και αιμολυτική αναιμία, 7)κηλιδοβλατιδώδη και ιλαροειδή εξανθήματα (Στρατηγός, 2004). Στα υγιή άτομα αυτές οι επιπλοκές αποχωρούν γρήγορα. Μεγάλη βαρύτητα έχουν σε ανοσοκατεσταλμένους και σε ασθενείς με AIDS (Γιαμαρέλλου, 2005).

7.5.1. Συγγενής και Νεογνική Λοίμωξη

Από μητέρες που έχουν μολυνθεί πρωτογενώς κατά την κύηση το 30-40% των νεογνών θα προσβληθούν από την νόσο. Από αυτά, το 10% θα παρουσιάσει συμπτωματική νόσο με ίκτερο, ηπατοσπληνομεγαλία, εξανθήματα, μικροκεφαλία, κνητικές διαταραχές, χοριοαμφιβληστροειδίτιδα. Το νεογνό είναι ληθαργικό, με αναπνευστική δυσχέρεια, σπασμούς και μπορεί να πεθάνει σε λίγες μέρες ή εβδομάδες. Αν επιβιώσει ο ίκτερος και η ηπατοσπληνομεγαλία υποχωρούν αλλά υπάρχει μικροκεφαλία, διανοητική καθυστέρηση, διαταραχές ακοής και άλλα νευρολογικά προβλήματα. Το υπόλοιπο 90% θα γεννηθούν ασυμπτωματικά, από τα οποία όμως το 10% θα εμφανίσει μονόπλευρη ή ετερόπλευρη κώφωση και νοητική καθυστέρηση στην πρώτη διετία της ζωής τους. Η μόλυνση του νεογνού κατά τον τοκετό συνήθως είναι ασυμπτωματική. Στους ασθενείς με AIDS όταν ο αριθμός των CD4 κυττάρων είναι $<100\text{mm}^3$, ο CMV προκαλεί σοβαρές επιπλοκές, συχνά θανατηφόρες (αμφιβληστροειδίτιδα που οδηγεί σε τύφλωση, πολυριζουευρίτιδα, άλλες νευροπάθειες, έλκη οισοφάγου, κολίτιδα με εξαντλητικές διάρροιες, παγκρεατίτιδα, χολοκυστίτιδα, σκληρυντική χολαγγειίτιδα, ηπατίτιδα, εγκεφαλίτιδα) (Γιαμαρέλλου, 2005).

7.5.2. Διάγνωση

Η διάγνωση γίνεται με ιστοπαθολογικές, κυτταρολογικές εξετάσεις, με άμεσο ανοσοφθορισμό, με ηλεκτρονική μικροσκοπία, υβριδισμό, για την ανίχνευση του και στα βιολογικά υγρά (ούρα, σάλιο, κολπικές εκκρίσεις, σπέρμα) και του προσβεβλημένους ιστούς στην οξεία φάση της λοίμωξης (Χριστάκης και Λεγάκης, 2002). Στου προσβεβλημένους ιστούς παρατηρείται χαρακτηριστική εικόνα με ενδοπυρηνικά έγκλειστα που δίνουν την εικόνα κουκουβάγιας. Παρόμοια κύτταρα ανευρίσκονται και σε ίζημα ούρων. Είναι ταχείες εξετάσεις, αλλά έχουν τεχνικά προβλήματα και μέτρια ευαισθησία (Γιαμαρέλλου, 2005).

Στους ανοσοκατεσταλμένους ασθενείς γίνεται με την ποσοτική μέθοδο PCR, όπου δείχνει την ταχεία αύξηση του ιού στο αίμα. Η μέθοδος CPR βοηθάει και στην εκτίμηση της αποτελεσματικότητας της αντιϊκής θεραπείας. Οι ορολογικές μέθοδοι

EIA, IFA είναι χρήσιμες για τον έλεγχο των δοτών και ληπτών οργάνων και στην εκτίμηση της ανοσολογικής κατάστασης της εγκύου (Χριστάκης και Λεγάκης, 2002). Επίσης με την μέθοδο ELISA γίνεται η ανίχνευση IgG αντισωμάτων στο αίμα, αλλά δεν καθορίζουν την μορφή της λοίμωξης (πρωτογενής ή λανθάνουσα σε αναζοπύρωση).

Αν η μητέρα έχει πρωτογενή λοίμωξη μπορεί με αμνιοπαρακέντηση να γίνει ανίχνευση του ιού με την μέθοδο PCR στο αμνιακό υγρό, στον πλακούντα και στο αίμα του εμβρύου. Στο νεογνό η διάγνωση συγγενούς CMV λοίμωξης μπορεί να γίνει με αναζήτηση ιού με την μέθοδο PCR στα ούρα, στις αναπνευστικές εκκρίσεις ή άλλα βιολογικά υγρά και στους ιστούς του νεογνού τις τρεις πρώτες εβδομάδες μετά την γέννηση (Χριστάκης και Λεγάκης, 2002)

Σε θετικό αποτέλεσμα γίνεται πρώιμος έλεγχος ακουστικής λειτουργίας και αξονική τομογραφία εγκεφάλου. Σε ανοσοεπαρκή άτομα με σύνδρομο λοιμώδους μονοπυρήνωσης δεν χρειάζεται θεραπεία. Σε ανοσοκαταστολή χορηγείται χημειοθεραπεία με γανκυκλοβίρη, φωσκαρνέτη, σιδοφοβίρη ενδεχομένως σε συνδυασμούς (Γιαμαρέλλου, 2005).

7.6 Ηπατίτιδα Β

Η ηπατίτιδα Β είναι ύπουλη νόσος. Οι χρόνιοι φορείς δεν αισθάνονται τίποτα για ολόκληρες δεκαετίες και ξαφνικά παρουσιάζουν επιπλοκές, όπως η κύρωση του ήπατος, πυλαία υπέρταση και ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα μετά την ηλικία των 40-50 ετών, με ποσοστό θανάτου 15-25%. Το 75% των φορέων είναι στην Άπω Ανατολή, το 12% στην Ασία και την Αφρική, ενώ 1% είναι στην Δυτική Ευρώπη. Στην Ελλάδα το ποσοστό των χρόνιων φορέων είναι 5% (Δετορακης, 2007). Η συχνότητα αυτή αναμένεται να μειωθεί τις επόμενες δεκαετίες με την εφαρμογή του υποχρεωτικού εμβολίου από την βρεφική ηλικία (Στρατηγός, 2004).

Η οξεία και χρόνια ηπατίτιδα οφείλεται στον ιό HBV, ένα DNA ιό που ανήκει στην οικογένεια των *Hepadnaviridae*. Ο ιός βρίσκεται σε όλες τις εκκρίσεις του μολυσμένου ατόμου, όπως το σάλιο, το σπέρμα, τις κολπικές εκκρίσεις, τα ούρα και

το αίμα. Η μετάδοση γίνεται μέσω του στόματος, με την σεξουαλική επαφή και με την στενή επαφή με μολυσμένο άτομο (κοινή χρήση ξυραφιού, οδοντόβουρτσας, κοινή χρήση μολυσμένης σύριγγας/βελόνας, τρύπημα αυτιών, τατουάζ). Επίσης μεταδίδεται από την μητέρα στο παιδί, κυρίως κατά τον τοκετό. Ομάδες υψηλού κινδύνου είναι οι τοξικομανείς, οι ομοφυλόφιλοι, οι ετεροφυλόφιλοι με πολλούς σεξουαλικούς συντρόφους, άτομα που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση, άτομα που δουλεύουν σε επαγγέλματα υγείας, καθώς και οι φυλακισμένοι και το προσωπικό των φυλακών (Δετοράκης, 2007).

Το 70-80% της οξείας λοίμωξης είναι ασυμπτωματική ή κρυπτομόλυνση. Η οξεία λοίμωξη έχει χρόνο επώασης 45-180 ημέρες μετά την αρχική λοίμωξη. Αν εμφανιστούν συμπτώματα αρχίζουν με ανορεξία, συμπτώματα γρίπης, κόπωση, αόριστες κοιλιακές ενοχλήσεις, ναυτία, εμετούς, και σπάνια παρουσιάζει αρθραλγίες. Μπορεί να συνυπάρχει ήπιος πυρετός <39 και δερματικά εξανθήματα. Ο ίκτερος εμφανίζεται συνήθως 5-10 ημέρες μετά την λοίμωξη και είναι κλινικά εμφανής μόνο στο 30% των περιπτώσεων (Δετοράκης, 2007).

Το ήπαρ είναι ψηλαφητό στο 70% των περιπτώσεων και ο σπλήνας στο 20%. Στην οξεία ηπατίτιδα τα επίπεδα των αμινοτρανσφερασών ξεπερνούν το 10πλάσιο των φυσιολογικών τιμών. Η αλκαλική φωσφατάση και η γGT συνήθως ξεπερνούν το 3πλάσιο των φυσιολογικών τιμών, καθώς διακυμάνσεις εμφανίζει το επίπεδο της χολερυθρίνης (Στρατηγός, 2004). Τα κόπρανα είναι ανοιχτόχρωμα και τα ούρα σκουρόχρωμα (Κλήμης, 2015).

Μετά την οξεία λοίμωξη το 90% αποκαθίσταται πλήρως με ισόβια ανοσία. Ένα μικρό ποσοστό 0,1-0,5% των λοιμώξεων καταλήγει σε κεραυνοβόλο ηπατίτιδα με θνητότητα 70-80% (Δετοράκης, 2007). Η εξέλιξη της ηπατίτιδας Β σε χρόνια λοίμωξη εξαρτάται 1) από την ηλικία νόσησης: στα νεογνά τα ποσοστά μετάπτωσης σε χρόνια είναι 90%, σε παιδιά <5 ετών είναι 25% και σε ενήλικες 3-5%, 2) από την κλινική εικόνα: η οξεία ικτερική ηπατίτιδα Β στους ενήλικες εξελίσσεται σε χρόνια νόσο σε ποσοστό <1% και 3) από την παρουσία ανοσοκαταστολής. Στα ανοσοκατεσταλμένα άτομα η οξεία ηπατίτιδα μπορεί εύκολα να εξελιχθεί σε χρόνια. Επίσης η εξέλιξη της νόσου σε χρονιότητα είναι πιο συχνή στους άνδρες απ' ότι στις

γυναίκες και στους μαύρους και Ασιάτες απ' ότι στους λευκούς. Η χρόνια νόσος είναι ασυμπτωματική.

7.6.1 Διάγνωση

Η διάγνωση γίνεται με βιοχημικές εξετάσεις που δείχνουν τα επίπεδα των τρανσαμινασών στο αίμα. Επίσης με τις ανοσοενζυμικές δοκιμασίες Elisa, όπου ανιχνεύονται στο αίμα τα ειδικά αντιγόνα του ιού καθώς και τα αντισώματα έναντι σε συγκεκριμένες πρωτεΐνες του ιού (ορολογικοί δείκτες).

Η παρουσία HBsAg και HBeAg και υψηλού δείκτης αντι-HBs IgM υποδηλώνουν οξεία λοίμωξη. Η πρώιμη αρνητικοποίηση του HBeAg και η έμφαση αντι-HBe αντισώματος αποτελεί δείκτη αυτοπεριοριζόμενης οξείας HBV λοίμωξης. Η εξαφάνιση της HBsAg στο αίμα, υποδηλώνει ανάρρωση και ανοσία. Η παραμονή HBsAg για >6 μήνες και η HBcAg για >10 εβδομάδες υποδηλώνει χρόνια λοίμωξη. Η παραμονή της HBeAg για >4 εβδομάδες υποδηλώνει χρόνια λοίμωξη σε ενεργό φάση.

Η ανεύρεση χαμηλών τίτλων IgC αντι-HBc μαζί με αντι-HBs υποδηλώνουν παρελθούσα λοίμωξη και ανάπτυξη ανοσίας. Η ανεύρεση υψηλών τίτλων IgC αντι-HBc ενδέχεται να υποδηλώνει παραμονή της HBV λοίμωξης. Τότε απαιτείται η PCR εξέταση, όπου ανιχνεύεται η ποσότητα του HBV-DNA στο αίμα (Δετοράκης, 2007). Η εξέταση PCR βοηθάει επίσης στην εκτίμηση ανταπόκρισης του ιού στην αντιϊκή θεραπεία και παρακολούθηση των ασθενών με χρόνια λοίμωξη.

7.6.2 Θεραπεία

Η θεραπεία γίνεται με αντιϊκά φάρμακα, μόνο στην περίπτωση της χρόνιας ηπατίτιδας:

- Η ιντερφερόνη Α: 5 εκατομμύρια μονάδες υποδόρια καθημερινά ή 5-10 εκατομμύρια μονάδες τρεις φορές την εβδομάδα για 4-6 μήνες.
- Λαμβιβονατίνη: 100mg καθημερινά υποδόρια για 1 έτος ή περισσότερο αν δεν έχει επιτευχθεί ορομετατροπή.

Και στην οξεία ηπατίτιδα αλλά και στην χρόνια ηπατίτιδα Β πρέπει να παρακολουθείται το συκώτι για την έγκαιρη διάγνωση κύρωσης και ηπατοκυτταρικού καρκίνου με παρακολούθηση της α-φετοπρωτεΐνης με συνδυασμό υπερηχογράφημα ήπατος κάθε 6 μήνες (Στρατηγός, 2004).

7.7 Ηπατίτιδα C

Η ηπατίτιδα C αποτελεί μία από τις συχνότερες χρόνιες ιογενείς λοιμώξεις παγκοσμίως. Ο HCV είναι ένας RNA ιός που ανήκει στην οικογένεια των φλαβι-ιών (Flaviviridae). Υπάρχουν 6 διαφορετικοί γονότυποι (1a/1b, 2, 3, 4, 5, 6). Οι πιο συχνοί είναι ο 1a/1b και ακολουθούν οι γονότυποι 2, 3 (Στρατηγός, 2004).

Ο ιός μεταδίδεται μέσω του αίματος (μεταγγίσεις, νυγμός από βελόνα, μηχανές ξυρίσματος), με την σεξουαλική επαφή και από την μητέρα στο παιδί (πριν και μετά τον τοκετό). Στους χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών το ποσοστό μετάδοσης φτάνει το 70-80%. Στους επαγγελματίες υγείας είναι 2%. Η μετάδοση με την σεξουαλική επαφή ετερόφυλων συντρόφων είναι 5%, στις ιερόδουλες 7% και στους ομοφυλόφιλους 8%. Η ενδοοικογενειακή μετάδοση της νόσου είναι 4% και η κάθετη από μητέρα στο παιδί 4,4% (Δετοράκης, 2007).

Η μόλυνση από τον ιό HCV σε ποσοστό <15% εμφανίζεται ως οξεία συμπτωματική νόσος. Το μεγαλύτερο ποσοστό 65-85% αναπτύσσουν χρόνια λοίμωξη. Πρόσφατες μελέτες έχουν δείξει ποσοστά αυτοίασης που φτάνουν το 45% (Στρατηγός, 2004). Η χρόνια λοίμωξη από HCV χαρακτηρίζεται από απουσία συμπτωμάτων και μικρή αύξηση των ηπατικών ενζύμων (τραυσαμινάσεις). Σε ποσοστό 20% μετά από 20-30 χρόνια από την αρχική λοίμωξη με εξελισσόμενη ηπατοκυτταρική φλεγμονή αναπτύσσεται κίρρωση του ήπατος (οφείλεται κυρίως στον γονότυπο 1b). Από τους ασθενείς με HCV κίρρωση 1-5% θα αναπτύξει υπατοκυτταρικό καρκίνο (Χριστάκης και Λεγάκης, 2002).

Παράγοντες που βοηθούν στην ταχύτερη εξέλιξη σε κίρρωση είναι :

- Υπερβολική κατανάλωση αλκόολ (>40gr/μέρα)
- Ανδρικό φύλλο

- Μεγάλη ηλικία κατά την έκθεση στον ιό (>40 ετών)
- Συνλοίμωξη με τους ιούς HIV ή HBV
- Συνυπάρχουσα ανοσοκαταστολή.

Στο 15% που εμφανίζει οξεία λοίμωξη εμφανίζουν συμπτώματα οξείας ηπατίτιδας: ίκτερο, καταβολή δυνάμεων, ήπιο πυρετό, ναυτία, έμετο, ανορεξία και πόνο υποχόνδριου (σημείο πάνω δεξιά στην κοιλία). Τα συμπτώματα εμφανίζονται 7-8 εβδομάδες μετά την έκθεση στον ιό και διαρκούν λίγες εβδομάδες (Στρατηγός, 2004). Τα αντί-HCV αντισώματα εμφανίζονται μετά από 6 εβδομάδες μέχρι και 6 μήνες από την αρχική λοίμωξη, αλλά δεν προστατεύουν τον οργανισμό, απλώς συνυπάρχουν με την λοίμωξη (Δετοράκης, 2007).

7.7.1 Διάγνωση

Η μικροβιολογική διάγνωση της ηπατίτιδας C βασίζεται στην ανίχνευση των IgM αντι-HCV αντισωμάτων με την ανοσοενζυματική μέθοδο EIA δεύτερης και τρίτης γενιάς. Τα θετικά αποτελέσματα επιβεβαιώνονται με δοκιμασίες αποτυπώματος RIBA. Επίσης με την μέθοδο PCR όπου ανιχνεύεται η ποσότητα DNA του ιού στο αίμα, η οποία βοηθάει : α) στην πρόωμη διάγνωση σε ασθενείς με χρόνια ηπατίτιδα, β) στην παρακολούθηση της περιγεννητικής μετάδοσης του ιού και γ) στην εκτίμηση της αποτελεσματικότητας της θεραπείας (Χριστάκης και Λεγάκης, 2002).

7.7.2 Θεραπεία

Αντιϊκή θεραπεία λαμβάνουν τα άτομα με χρόνια ηπατίτιδα που έχουν αυξημένες τιμές ανινοτρασφερασών και φλεγμονή ήπατος. Χορηγείται ιντερφερόνη (Peg-) σε δόση 3 εκατομμύρια μονάδες μία φορά την εβδομάδα υποδορίως σε συνδυασμό με ριμπαβιρίνη σε δόση 800-1200 mg/ημέρα από το στόμα για 6-12 μήνες, ανάλογα με τον γονότυπο που προκαλεί την λοίμωξη (Στρατηγός, 2004).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΑ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

8.1.Νοσηλευτική Παρέμβαση Σύφιλης

Για την νοσηλευτική φροντίδα ασθενών με σύφιλη ο νοσηλευτής πρέπει να λάβει υπόψιν του την ηλικία, τον τρόπο ζωής, την πρόσβαση στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας και το μορφωτικό επίπεδο των ασθενών. Ο νοσηλευτής καταρχήν παίρνει το ιστορικό υγείας των ασθενών το οποίο περιέχει πληροφορίες σχετικά με προηγούμενα ή τρέχοντα παράπονα για επώδυνη βλάβη στα γεννητικά όργανα, εξανθήματα στα χέρια ή στα πόδια, πονόλαιμο ή συμπτώματα γρίπης. Ο νοσηλευτής πρέπει επίσης να ενημερώνεται για την σεξουαλική δραστηριότητα του ασθενούς καθώς και τον αριθμό των σεξουαλικών συντρόφων.

Κατόπιν κάνει φυσική εξέταση, ελέγχοντας τα γεννητικά όργανα για ύπαρξη συφιλιδικού έλκους ή επίπεδες βλατίδες με ευρεία βάση. Ελέγχει τις παλάμες και τα πέλματα για εξανθήματα και το στόμα για βλενώδεις πλάκες. Ψηλαφίζει για λεμφαδενοπάθεια (Lemone et al., 2006). Επιπλέον ο νοσηλευτής μπορεί να περιποιηθεί τις δερματικές βλάβες (π.χ. πλύσιμο με φυσιολογικό ορό) και να χορηγήσει στους ασθενείς αναλγητικά και ηρεμιστικά φάρμακα κατόπιν συνταγογράφησης από το γιατρό για να τους ανακουφίσει από τυχόν επώδυνες καταστάσεις (π.χ. κνησμό, πυρετό, πόνο, άγχος). Επίσης μπορεί να προτείνει ψυχρά επιθέματα για την ανακούφιση από τον κνησμό. Ο νοσηλευτής πρέπει να τηρεί τις προφυλάξεις και τα μέτρα ασφάλειας (π.χ. γάντια, μάσκα, αντισηπτικά) για να προφυλάξει τον εαυτό του από την νόσο (Osborn et al., 2013).

Ύστερα κατευθύνει τους ασθενείς στους ειδικούς επιστήμονες για εργαστηριακές εξετάσεις των βλαβών και του αίματος, για την επιβεβαίωση της λοίμωξης τυχόν συνύπαρξης άλλου ΣΜΝ, ειδικά HIV. Οι γιατροί θα αποφασίσουν για την φαρμακευτική αγωγή, η οποία απαιτείται για την θεραπεία της νόσου ανάλογα με την εξατομικευμένη ανάγκη του κάθε ασθενούς. Στόχος της θεραπείας και φροντίδας του

νοσηλευτή είναι να αδρανοποιηθεί η σπειροχαίτη και να εκπαιδευτούν οι ασθενείς για το πώς θα εμποδίσουν την επαναμόλυνση ή την περαιτέρω μετάδοση.

Γι' αυτό ο νοσηλευτής ενημερώνει τους ασθενείς για την νόσο και τις καταστροφικές συνέπειες για τον οργανισμό εάν δεν θεραπευτεί και του τονίζει την σπουδαιότητα της σωστής λήψης των συνταγογραφούμενων φαρμάκων, για να εξασφαλιστεί η εκκρίωση του λοιμογόνου μικροοργανισμού. Ο νοσηλευτής ενθαρρύνει την παραπομπή όλων των σεξουαλικών συντρόφων για εξέταση και κάθε αναγκαία θεραπεία. Επίσης τονίζει την ανάγκη αποχής από το σεξ μέχρι την θεραπεία των ίδιων αλλά και των σεξουαλικών συντρόφων και την σπουδαιότητα χρήσης προφυλακτικού για την αποφυγή μετάδοσης ή επαναλοίμωξης στο μέλλον (Osborn et al., 2013).

Ο νοσηλευτής πρέπει να τονίζει στους ασθενείς την ανάγκη για επανεξέταση σε μεσοδιαστήματα 3-6 μηνών μετά την θεραπεία για πρωτόγονο σύφιλη και διαστήματα 6 και 12 μηνών για την όψιμη λανθάνουσα σύφιλη. Αυτή η επανεξέταση έχει πολύ μεγάλη σημασία για να διασφαλιστεί η εκκρίωση της νόσου. Ενημερώνει και τονίζει στους ασθενείς ότι η επιτυχής θεραπεία δεν προλαμβάνει επαναλοίμωξεις. Ο νοσηλευτής ενημερώνει την έγκυο ότι η λήψη των φαρμάκων και η μηνιαία παρακολούθηση θα βοηθήσει στην ευεξία του κυοφορούμενου εμβρύου.

Ο νοσηλευτής παρέχει εμπιστευτικότητα και ένα περιβάλλον όπου οι ασθενείς θα αισθάνονται σεβασμό και ασφάλεια για να μπορούν να συζητήσουν ερωτήματα και ανησυχίες για την νόσο και την επίδραση της στην γενική κατάσταση της υγείας τους και της ποιότητας ζωής τους. Τέλος ο νοσηλευτής ενθαρρύνει τους ασθενείς να δηλώσουν την νόσο στους αρμόδιους φορείς για την δημόσια υγεία (Osborn et al., 2013).

8.2. Νοσηλευτική Παρέμβαση Γονόρροιας

Για την νοσηλευτική φροντίδα ασθενών με γονόρροια, ο νοσηλευτής πρέπει να λαμβάνει υπόψη του την πιθανή συνύπαρξη και άλλων σεξουαλικών μεταδιδόμενων νοσημάτων όπως η σύφιλη και το AIDS. Πρέπει να παίρνει το ιστορικό υγείας των ασθενών το οποίο περιλαμβάνει: α) τα συμπτώματα που έχει ο ασθενής (δύσκολη ή επώδυνη ούρηση, συχνοουρία, εκκρίσεις από το πέος ή τον κόλπο, μεταβολές την

έμμηνο ρύση ή επώδυνη για τις γυναίκες, πονόλαιμο, πυρετό, διογκωμένοι ή ευαίσθητοι αδένες), β) τη σεξουαλική δραστηριότητα του ασθενούς καθώς και τον αριθμό των σεξουαλικών συντρόφων και γ) προηγούμενη μόλυνση από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και την αντιμετώπιση τους (Weinstock, 2004).

Κατόπιν κάνει φυσική εξέταση στους ασθενείς για να διαπιστώσει την παρουσία εκκρίσεων από το πέος, τον κόλπο ή τον πρωκτό. Πάντα πρέπει να λαμβάνει τα απαραίτητα μέτρα προστασίας (π.χ. γάντια, μάσκα κτλ). Μπορεί να δώσει τα απαραίτητα φάρμακα (αναλγητικά, ηρεμιστικά), κατόπιν ιατρικής συνταγής για να ανακουφίσει τους ασθενείς από επώδυνες καταστάσεις όπως ο πόνος, ο κνησμός και ο φόβος.

Για την δυσουρία ο νοσηλευτής μπορεί να προτείνει την κατανάλωση περισσότερων υγρών ώστε να μειώνει την οξύτητα των ούρων. Για το αίσθημα καύσου μπορεί να προτείνει ενδόλουτρα με χλιαρό νερό που ανακουφίζει από τις ενοχλήσεις και ψυχρά επιθέματα για ανακούφιση από τον κνησμό. Κατόπιν κατευθύνει τους ασθενείς στους ειδικούς επιστήμονες για εργαστηριακό έλεγχο για την επιβεβαίωση της λοίμωξης και τυχόν ύπαρξης κάποιας άλλης σεξουαλικά μεταδιδόμενης λοίμωξης. Ο γιατρός θα αποφασίσει για το κατάλληλο θεραπευτικό σχήμα που πρέπει να ακολουθήσει ο κάθε ασθενής ανάλογα με τις ανάγκες του (Weinstock, 2004).

Ο νοσηλευτής ενημερώνει τους ασθενείς για την νόσο και τις δυσάρεστες επιπλοκές της εάν δεν ιαθεί και τους τονίζει την σπουδαιότητα της σωστής λήψης των συνταγογραφούμενων φαρμάκων. Επίσης τους τονίζει την σπουδαιότητα της περιοδικής παρακολούθησης μετά την θεραπεία. Ο νοσηλευτής εξηγεί στους ασθενείς την ανάγκη παραπομπής των σεξουαλικών συντρόφων για αξιολόγηση και θεραπεία, την ανάγκη για αποχή από το σεξ μέχρι οι ίδιοι και οι σύντροφοι τους να έχουν ιαθεί και τέλος την ανάγκη για σωστή χρήση προφυλακτικού για αποφυγή μετάδοσης ή επαναλοίμωξης στο μέλλον (Trigg, 2008).

Επίσης οι νοσηλευτές πρέπει να εξηγούν στις γυναίκες ότι κατά την διάρκεια της θεραπείας πρέπει οπωσδήποτε να χρησιμοποιούν προφυλακτικά ακόμα και αν χρησιμοποιούν άλλες μεθόδους αντισύλληψης, διότι τα αντισυλληπτικά χαπάκια αυξάνουν την αλκαλικότητα του κολπικού PH, διευκολύνοντας τον πολλαπλασιασμό

των γονοκοκκικών βακτηρίων και οι ενδομητριακές συσκευές διαταράσσουν τον ενδομητριακό φραγμό υπέρ των επίμονων γονοκοκκικών λοιμώξεων (Trigg, 2008).

Τέλος ο νοσηλευτής παρέχει εμπιστευτικότητα και ένα διακριτικό περιβάλλον για να συζητήσει με τους ασθενείς. Βοηθάει τους ασθενείς να κατανοήσουν ότι η γονόρροια είναι μια συνέπεια σεξουαλικής συμπεριφοράς η οποία μπορεί να αποφευχθεί στο μέλλον. Επίσης προτείνει στους ασθενείς να δηλώσουν την ασθένεια στους αρμόδιους φορείς δημόσιας υγείας (Weinstock, 2004).

8.3. Νοσηλευτική Παρέμβαση σε Ασθενείς με Χλαμύδια

Για νοσηλευτική φροντίδα ασθενών με χλαμύδια, ο νοσηλευτής πρέπει να λαμβάνει υπόψιν του την ηλικία των ασθενών, την σεξουαλική προτίμηση, καθώς και την πιθανή συνύπαρξη και άλλων ΣΜΝ όπως η σύφιλη και το AIDS. Ο νοσηλευτής πρέπει να παίρνει το ιστορικό υγείας των ασθενών, το οποίο περιλαμβάνει: α)τα συμπτώματα που πιθανώς έχουν (π.χ. δυσουρία, βλενωδείς εκκρίσεις, πυρετό, ερυθρότητα του τραχήλου), β)να ενημερώνεται για την σεξουαλική δραστηριότητα των ασθενών και τον αριθμό των σεξουαλικών συντρόφων, γ)πιθανή προηγούμενη έκθεση σε σεξουαλικά μεταδιδόμενη λοίμωξη και αντιμετώπιση της (Lemone et al., 2006).

Κατόπιν ο νοσηλευτής κάνει φυσική εξέταση για να δει την κλινική εικόνα των ασθενών και τους παραπέμπει στους ειδικούς επιστήμονες για τον απαραίτητο εργαστηριακό έλεγχο για επιβεβαίωση της λοίμωξης ή τον συνυπαρχόντων λοιμώξεων. Ο γιατρός θα αποφασίσει για την κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή ανάλογα με τις ανάγκες του κάθε ασθενή.

Η νοσηλευτική παρέμβαση σε ασθενείς με χλαμύδια έχει σαν στόχο την εκρίζωση της λοίμωξης, την πρόληψη μελλοντικών λοιμώξεων και την αντιμετώπιση των χρόνιων επιπλοκών. Ο νοσηλευτής ενημερώνει τους ασθενείς για την νόσο και τις δυσάρεστες επιπλοκές εάν δεν ιαθεί και τους εξηγεί για την ανάγκη συμμόρφωσης με το θεραπευτικό σχήμα. Προτείνει την παραπομπή των σεξουαλικών συντρόφων για εξέταση και θεραπεία. Επισημαίνει πόσο σημαντική είναι η χρήση προφυλακτικού

για την μη μετάδοση της νόσου, την αποφυγή επαναμόλυνσης και την προστασία από άλλες ΣΜΛ. Για να ανακουφίσει τους ασθενείς από τα συμπτώματα της νόσου (πυρετό, πόνο), μπορεί να τους δώσει αντιπυρετικά, αναλγητικά κατόπιν ιατρικής εντολής (Lemone et al., 2006).

Εάν η λοίμωξη εξελιχθεί σε πυελική φλεγμονώδη νόσο χρειάζεται νοσηλεία σε νοσοκομείο με ενδοφλέβια αντιβιοτική αγωγή. Ο νοσηλευτής παρακολουθεί την γενική κατάσταση των ασθενών (ναυτία, εμετό, πυρετό, διάρροια) και τυχόν αλλεργική αντίδραση στην φαρμακευτική αγωγή και τα αναφέρει στον γιατρό. Οι ασθενείς μετά την έξοδο τους χρειάζονται πρόσθετη πληροφόρηση για αυτοφροντίδα και προαγωγή της υγείας τους. Οι νοσηλευτές πρέπει να δίνουν έμφαση στην αναγκαιότητα της παρακολούθησης και επανεκτίμησης από τον θεράποντα γιατρό δύο μέρες μετά το εξιτήριο (Osborn et al., 2013).

Τέλος ο νοσηλευτής ενημερώνει όλα τα σεξουαλικά ενεργά άτομα (γυναίκες και άνδρες) πόσο σημαντικός είναι ο ετήσιος έλεγχος για χλαμύδια μιας και η ασθένεια είναι ασυμπτωματική αλλά και οι συνέπειες κυρίως για τις γυναίκες είναι επώδυνες (υπογονιμότητα, έκτοπη κύηση). Ενημερώνει τις μέλλουσες μητέρες και τις έγκυες γυναίκες για τις δυσάρεστες επιπλοκές στα νεογνά. Η ασθένεια πρέπει να δηλωθεί στους αρμόδιους φορείς για τη δημόσια υγεία (Lemone et al., 2006).

8.4 Νοσηλευτική Παρέμβαση σε μη Γονοκοκκικές Ουρηθρίτιδες-Τραχηλίτιδες από Μυκοπλάσματα, σε Βακτηριακή Κολπίτιδα, σε Τριχομονάδες *Vaginalis* και *Candida Albicans*

Η νοσηλευτική φροντίδα γι' αυτές τις λοιμώξεις εστιάζεται στην ενημέρωση των ασθενών ότι πρέπει να ακολουθήσουν πιστά το προτεινόμενο θεραπευτικό σχήμα, ώστε να ανακουφιστούν από τις ενοχλήσεις που προκαλούνται από την εκάστοτε νόσο (καύσο, κνησμό, πόνο) (Lemone et al., 2006).

Ιδιαίτερη προσοχή δίνεται στις γυναίκες για την πιθανότητα εγκυμοσύνης και σε άτομα με χρόνια και ανοσοκατεσταλμένα νοσήματα. Συστήνεται επανέλεγχος, κλινικός και εργαστηριακός, 20-30 ημέρες μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας. Επίσης συστήνεται μετά από ένα τρίμηνο έλεγχος των ασθενών για λοιμώξεις από

AIDS, ηπατίτιδα B-C και σύφιλης, γιατί πολλές φορές οι μη γονοκοκκικές ουρηθρίτιδες διευκολύνουν την μετάδοση αυτών των νόσων (Στρατηγός, 2004).

Τόσο οι ασθενείς, όσο και οι ερωτικοί τους σύντροφοι πρέπει να εκπαιδευτούν για χρήση ασφαλέστερων σεξουαλικών πρακτικών (χρήση προφυλακτικού), για την πρόληψη μελλοντικής επαναμόλυνσης. Η προσεκτική λήψη ιστορικού από τον νοσηλευτή μπορεί να αποκαλύψει σεξουαλικές πρακτικές υψηλού κινδύνου, ιδιαίτερα σε ασθενείς με επαναλαμβανόμενες λοιμώξεις.

Επίσης ο νοσηλευτής μπορεί να διδάξει πρακτικές υγιεινής των γεννητικών οργάνων που μπορεί να ελαττώσουν τις υποτροπές και θα ανακουφίσουν από τα συμπτώματα. Καταρχήν χρειάζεται μεγάλη καθαριότητα στα γεννητικά όργανα. Ο νοσηλευτής προτείνει:

- 1) Να ξεπλένεται το αιδοίο με δροσερό νερό μετά την ούρηση ή την επαφή και να στεγνώνεται καλά η περιοχή με καθαρές πετσέτες γιατί η υγρασία βοηθάει στην ανάπτυξη βακτηρίων και μυκήτων.
- 2)Μη χρησιμοποιείτε αφρόλουτρο ή αρωματισμένο σαπούνι στην γεννητική περιοχή, ούτε αρωματισμένο χαρτί υγείας.
- 3)Να ξεπλένετε διπλά τα εσώρουχα χωρίς να χρησιμοποιείτε μαλακτικό.
- 4)Να χρησιμοποιείτε 100% βαμβακερές σερβιέτες και ταμπόν.
- 5)Να μην φοράτε καλσόν ή στενά παντελόνια.
- 6)να φοράτε βαμβακερά εσώρουχα τα οποία απορροφούν την υγρασία και επιτρέπουν την καλύτερη κυκλοφορία του αέρα από άλλα υλικά (Στρατηγός, 2004).

Για ανακούφιση από τα συμπτώματα καύσου ο νοσηλευτής προτείνει εφαρμογή πάγου ή μια παγοκύστη τυλιγμένη σε πετσέτα στο αιδοίο. Σε περίπτωση κνησμού προτείνει ψυχρά επιθέματα. Επίσης προτείνει ενδόλουτρα τα οποία καθαρίζουν την περινεϊκή περιοχή και η θερμότητα καταπραΰνει τις φλεγμονές, το ερεθισμένο δέρμα και τους βλεννογόνους.

Ακόμα ο νοσηλευτής ενημερώνει τους ασθενείς για τις αιτίες των λοιμώξεων, τις πιθανές επιπλοκές τους και την εμπλοκή τους με άλλες λοιμώξεις, κυρίως με το AIDS. Τους εξηγεί τον τρόπο μετάδοσης των λοιμώξεων. Πολλές λοιμώξεις μεταδίδονται πιο εύκολα κατά την διάρκεια συγκεκριμένων περιόδων του έμμηνου

κύκλου. Μερικές μπορεί να μεταδοθούν από πετσέτες ή άλλα αντικείμενα, ή από συγκεκριμένους τύπους σεξουαλικής δραστηριότητας (Lemone et al., 2006).

Τους ενημερώνει ότι χρειάζεται αποχή από την σεξουαλική επαφή μέχρι να ολοκληρωθεί η θεραπεία και των δύο συντρόφων για την αποφυγή επαναμόλυνσης (Lemone et al., 2006). Ο νοσηλευτής μπορεί να δώσει διατροφικές οδηγίες. Πρέπει να αποφεύγεται η κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών ή αφρωδών ποτών, διότι αλκαλοποιούν το Ph και ευνοούν την αναζωπύρωση της λοίμωξης. Είναι εξίσου σημαντικό να αποφεύγονται τα πικάντικα φαγητά (Στρατηγός, 2004).

Επίσης ο νοσηλευτής μπορεί να συμβουλεύει τις γυναίκες να παίρνουν προβιοτικά ή να καταναλώνουν καθημερινά 225gr γιαούρτι. Οι τροφές που περιέχουν βακτηριακές καλλιέργειες όπως το γιαούρτι και το αποβουτυρωμένο γάλα μπορούν να βοηθήσουν στην αποκατάσταση του φυσιολογικού βακτηριακού περιβάλλοντος του κόλπου, αυξάνοντας την αντίσταση στις βακτηριακές, μυκητιασικές φλεγμονές (Lemone et al., 2006).

Τέλος οι ασθενείς πρέπει να υποστηρίζονται ψυχολογικά από τον νοσηλευτή. Πολλές φορές άτομα που νόσησαν από ένα σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα εκδηλώνουν αφοροδισιοφοβία και σωματοποιούν το άγχος τους, περιγράφοντας συμπτώματα τα οποία είτε φαντάζονται, είτε τα προκαλούν μόνοι τους. Αυτή η κατάσταση είναι δύσκολο να διαφοροδιαγνωστεί από μια αληθινή χρόνια ή υποτροπιάζουσα μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα, τόσο κλινικά, όσο και εργαστηριακά και οδηγεί σε συνεχείς, μακροχρόνιες, άσκοπες και επίζημιες θεραπείες (Στρατηγός, 2004).

8.5. Νοσηλευτική Παρέμβαση στην Ψώρα

Καταρχήν ο νοσηλευτής πρέπει να κάνει κλινική εξέταση στους ασθενείς, να πάρει το επιδημιολογικό τους ιστορικό και να κάνει αναζήτηση του παράσιτου στις βλάβες. Αν η νόσος επιβεβαιωθεί, τους δίνει οδηγίες για την σωστή χρήση των συνταγογραφούμενων φαρμάκων (Χατζής, 1994).

Ο νοσηλευτής πρέπει να εκτιμήσει το μέγεθος των βλαβών. Αν υπάρχουν επιμολύνσεις ή εκζεματοποίηση πρέπει να προηγηθεί αποκατάσταση των

επιμολύνσεων με αντισηπτικά, αντιβιοτικά και μαλακτικά σκευάσματα. Κατόπιν ο νοσηλευτής συμβουλεύει τους ασθενείς για τη σωστή χρήση των ακαριοκτόνων. Μετά από λουτρό καθαριότητας σε στεγνό δέρμα θα γίνει επάλειψη του φαρμάκου σε όλη την έκταση του δέρματος από τον λαιμό μέχρι τα πόδια, ακόμη και κάτω από τα νύχια, για 3-5 ημέρες πριν το νυκτερινό ύπνο.

Στα παιδιά, στους ηλικιωμένους και στους ανοσοκατεσταλμένους, επαλείφουμε το πρόσωπο και το τριχωτό της κεφαλής, τον αυχένα και τα αυτιά. Το φάρμακο απομακρύνεται με λουτρό καθαριότητας μετά από 8-12 ώρες. Επίσης ο νοσηλευτής εξηγεί στους ασθενείς ότι επειδή τα μέχρι σήμερα αντιψωρικά φάρμακα δεν είναι ωοκτόνα (εκτός από τις παρεθρίνες) η θεραπεία θα πρέπει να επαναληφθεί μετά από 8-10 ημέρες. Τους επισημαίνει ότι κατά την διάρκεια της θεραπείας δεν επιτρέπεται η χρήση άλλων φαρμάκων.

Ο νοσηλευτής ενημερώνει τους ασθενείς ότι πρέπει να υποβληθούν σε θεραπεία όλα τα άτομα της οικογένειας ή τα άτομα που ήρθαν σε παρατεταμένη σωματική επαφή μαζί τους και οι σεξουαλικοί σύντροφοι, όχι μόνο κατά το χρονικό διάστημα που είχαν ψωριακές εκδηλώσεις αλλά και 30-45 ημέρες πριν την εμφάνιση τους για να αποφευχθεί η εξάπλωση της ψώρας. Οι ασθενείς δεν είναι μεταδοτικοί μετά από 24 ώρες από την χρήση αποτελεσματικού αντιψωριακού φαρμάκου. Επίσης συνιστά έλεγχο για συνύπαρξη άλλων σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων, κυρίως για AIDS (Στρατηγός, 2004).

Τους εξηγεί την ανάγκη αποχής από την σεξουαλική δραστηριότητα, μέχρι οι ίδιοι αλλά και οι σύντροφοι τους να ιαθούν, για την αποφυγή επαναλοίμωξης. Τους ενημερώνει για την χρήση προφυλακτικού για την αποφυγή οποιασδήποτε ΣΜΛ (Lemone et al., 2006).

Τέλος ο νοσηλευτής συμβουλεύει τους ασθενείς ότι παράλληλα με την θεραπεία τους πρέπει να γίνει γενική απολύμανση (πλύσιμο, σιδέρωμα, ψέκασμα με εντομοκτόνα) τα εσώρουχα, τα είδη ρουχισμού και τα κλινοσκεπάσματα, αφού το ακάρι ζει 24-48 ώρες έξω από το ανθρώπινο δέρμα (Χατζής, 1994).

8.6. Νοσηλευτική Παρέμβαση στη Φθειρίαση του Εφηβαίου

Ο νοσηλευτής καταρχήν πρέπει να κάνει κλινική εξέταση των ασθενών για να βεβαιωθεί για την ύπαρξη ψειρών και κόνιδας. Αν η διάγνωση επιβεβαιωθεί, του δίνει συμβουλές για την σωστή χρήση των συνταγογραφούμενων αντιφθειρικών φαρμάκων. Τους συνιστά πρώτα να κάνουν μπάνιο με σαπούνι και νερό. Στη συνέχεια εφαρμόζουν την τοπική θεραπεία με τα φθειροκτόνα σκευάσματα. Αυτά πρέπει να απλώνονται στις προσβεβλημένες περιοχές, να αφήνονται να στεγνώσουν και να μην ξεπλένονται επί 8 ή 24 ώρες, ανάλογα με το σκεύασμα (Αντωνίου και Κατσάμπας, 2014).

Στους δασύτριχους ασθενείς συνιστάται η εφαρμογή παρασιτοκτόνου σε όλες τις περιοχές του σώματος με τρίχες για να αποφευχθεί μια υποτροπή. Μετά από 7-10 μέρες επαναλαμβάνεται η θεραπεία για να εξοντωθούν όλες οι κόνιδες που στο μεταξύ θα έχουν εκκολαφθεί. Η απομάκρυνση των τριχών δεν είναι απαραίτητη γιατί μπορεί να δημιουργήσει ερεθισμό (Στρατηγός, 2004).

Εάν έχουν προσβληθεί οι βλεφαρίδες ο νοσηλευτής συνιστά χρήση βαζελίνης ή μη ερεθιστική οφθαλμική αλοιφή για 10 ημέρες. Επισημαίνει ότι θα πρέπει να πλυθούν όλα τα ρούχα και τα κλινოსκεπάσματα που έχουν χρησιμοποιηθεί κατά το τελευταίο 24ώρο. Επίσης ο νοσηλευτής ενημερώνει τους ασθενείς ότι θα πρέπει να αποφεύγουν τη σεξουαλική επαφή πριν την ολοκλήρωση της θεραπείας τους, η οποία επιβάλλεται ταυτόχρονα και στους δύο συντρόφους (Knoop et al., 2008).

Τέλος επειδή βρίσκονται κυρίως σε άτομα με αυξημένη εναλλαγή σεξουαλικών συντρόφων και σε ομοφυλόφιλους, θα πρέπει να εξετάζονται και για άλλες σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες, κυρίως για ψώρα και HIV. Επισημαίνεται η ανάγκη χρήσης προφυλακτικού για αποφυγή επαναμόλυνσης και προστασίας τους από άλλες ΣΜΛ (Αντωνίου και Κατσάμπας, 2014).

8.7. Νοσηλευτική Παρέμβαση στον Έρπη των Γεννητικών Οργάνων

Για τον σχεδιασμό και την εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας για ασθενείς με έρπητα των γεννητικών οργάνων, ο νοσηλευτής χρειάζεται να λάβει υπόψη του τόσο τις

βραχυπρόθεσμες όσο και τις μακροπρόθεσμες συνέπειες της νόσου. Άμεση προτεραιότητα δίνει στην ανακούφιση των συμπτωμάτων και στην πρόληψη της μετάδοσης της νόσου. Ακόμα βοηθάει τους ασθενείς να αντιμετωπίσουν τη διάγνωση μιας χρόνιας νόσου που τους αλλάζει τη ζωή (Στρατηγός, 2004).

Ο νοσηλευτής πρέπει να παίρνει ιστορικό υγείας των ασθενών το οποίο περιλαμβάνει: α)τα συμπτώματα που πιθανώς υπάρχουν, όπως πόνος, καύσος, κνησμός, δυσουρία, εκκρίσεις, βλάβες στα γεννητικά όργανα, β)πρόσφατη σεξουαλική δραστηριότητα με νέο σύντροφο, γ)προηγούμενα επεισόδια, δ)χρήση ασφαλών σεξουαλικών πρακτικών (χρήση προφυλακτικού) (Lemone et al., 2006)

Κατόπιν κάνει φυσική εξέταση για να διαπιστώσει αν υπάρχουν βλατιδώδεις βλάβες στο πέος, στο αιδοίο ή τον κόλπο και γύρω από τον πρωκτό. Ο νοσηλευτής παίρνει πάντα τα απαραίτητα μέτρα προστασίας για τον εαυτό του (γάντια, μάσκα). Για να τους ανακουφίσει από τις επώδυνες βλάβες μπορεί να τους δώσει ακυκλοβίρη κατόπιν ιατρικής εντολής, η οποία ελαττώνει τον πόνο και βοηθάει στην διαδικασία επούλωσης. Επίσης τους διδάσκει να διατηρούν τις ερπητικές βλάβες καθαρές και στεγνές. Με αυτό τον τρόπο ελαττώνεται η πιθανότητα δευτεροπαθών λοιμώξεων και βοηθάει στην επούλωση τους (Στρατηγός, 2004).

Προτείνει επίσης να πλένονται με διάλυμα ζεστού νερού, σαπουνιού και οξυζενέ δύο με τρεις φορές την ημέρα. Μπορούν επίσης να χρησιμοποιούν το διάλυμα Burrow (περιέχει θεικό άργιλο, οξικό οξύ, ανθρακικό ασβέστιο και νερό). Για την δυσουρία τους προτείνει να ρίχνουν νερό πάνω στα γεννητικά όργανα κατά την ούρηση και να καταναλώνουν περισσότερα υγρά που βοηθά στην ελάττωση της οξύτητας των ούρων. Ακόμα προτείνει ενδόλουτρα με χλιαρό νερό για 15 έως 30 λεπτά μερικές φορές την ημέρα για να τους καταπραΰνει τον πόνο, τον καύσο και να διευκολύνει την επούλωση των πληγών (Στρατηγός, 2004).

Σε περίπτωση που οι βλάβες επιμολυνθούν ο νοσηλευτής προτείνει τοπική εφαρμογή ακυκλοβίρης. Επίσης οι βλάβες μπορεί να προστατευτούν με βαζελίνη ή γέλη αλόης. Συνιστά στους ασθενείς να μην κάνουν κοινή χρήση πετσετών ή άλλων προσωπικών αντικειμένων και να φορούν βαμβακερά εσώρουχα που δεν παγιδεύουν την υγρασία ακόμα και σε περιόδους ύφεσης (Lemone et al., 2006)

Ο νοσηλευτής ενημερώνει τους ασθενείς ότι η νόσος είναι χρόνια. Επίσης τους ενημερώνει για την πορεία της νόσου, πώς να αναγνωρίζουν τα πρόδρομα συμπτώματα της υποτροπής και τους παράγοντες που επηρεάζουν τις υποτροπές (Lemone et al., 2006). Ενημερώνει τους ασθενείς ότι η νόσος μεταδίδεται ακόμη και όταν δεν υπάρχουν έκδηλα συμπτώματα, ακόμα και μεταξύ των υποτροπών και επισημαίνει την ανάγκη αποχής από τη σεξουαλική επαφή από την στιγμή που εμφανίζονται τα συμπτώματα, μέχρι και δέκα μέρες μετά την επούλωση των βλαβών, καθώς και την συστηματική χρήση προφυλακτικού για την μείωση του κινδύνου μετάδοσης. Ενημερώνει τις μέλλουσες και τις έγκυες γυναίκες για το νεογνικό έρπη και τις δυσάρεστες επιπλοκές του (Στρατηγός, 2004).

Μερικές φορές μπορεί να χορηγήσει κατασταλτική θεραπεία με ιατρική εντολή: α)για ιατρικούς λόγους, όπως είναι η μεγάλη συχνότητα υποτροπών (πάνω από 6-8 τον χρόνο), καθώς και η μεγάλη βαρύτητα ή διάρκεια των υποτροπών και β)για ψυχοκοινωνικούς λόγους σε ασθενείς που ενοχλούνται από τις υποτροπές ή σε ασθενείς που έχουν αισθήματα ενοχής, ντροπής, θυμού ή απορρίπτονται από τον σύντροφο και όταν υπάρχει σημαντικός επηρεασμός της σεξουαλικής ζωής. (Στρατηγός, 2004).

Ο νοσηλευτής δημιουργεί ένα υποστηρικτικό, διακριτικό περιβάλλον για τους ασθενείς, ώστε να συζητήσουν για τα συναισθήματα τους και τους προβληματισμούς τους σχετικά με τη νόσο. Τους παρέχει πληροφορίες για ομάδες υποστήριξης και άλλους φορείς βοήθειας ασθενών με έρπητα. Οι πληροφορίες ότι και άλλοι άνθρωποι αντιμετωπίζουν την νόσο μπορεί να αντισταθμίσουν τα αισθήματα ντροπής και απελπισίας. Επειδή μπορεί να συνυπάρχει κι άλλη ΣΜΛ οι ασθενείς πρέπει να υποβάλλονται σε απαραίτητες εργαστηριακές εξετάσεις (Lemone et al., 2006)

8.8. Νοσηλευτική Παρέμβαση στην Μολυσματική Τέρμινο

Η νοσηλευτική παρέμβαση καταρχήν συνίσταται στην ενημέρωση του πληθυσμού για την νόσο. Για την πορεία της, τις επιπτώσεις της και τα μέτρα πρόληψης, ώστε να αποφευχθεί η μόλυνση (χρήση προφυλακτικού). Αν υπάρχει υποψία λοίμωξης ο νοσηλευτής παίρνει το ιστορικό υγείας του ασθενούς (συμπτώματα, σεξουαλική

δραστηριότητα, προηγούμενη ΣΜΝ) και κάνει φυσική εξέταση για να καταγράψει τις υπάρχουσες βλάβες (Στρατηγός, 2004). Κατόπιν παραπέμπει τους ασθενείς για εργαστηριακό έλεγχο στους ειδικούς επιστήμονες, για επιβεβαίωση της νόσου και τυχόν ύπαρξης κάποιας άλλης, κυρίως AIDS. Αν ο γιατρός συστήσει θεραπεία, δίνει οδηγίες για την σωστή χρήση τους, μέχρι να εξαφανιστούν οι βλάβες. Παρακολουθεί την πορεία της θεραπείας και αν εμφανιστεί κάποια δερματίτιδα ή άλλη αλλεργική αντίδραση το αναφέρει στον γιατρό.

Αν ο γιατρός προτείνει χειρουργική ή άλλη επέμβαση, ο νοσηλευτής ενθαρρύνει τους ασθενείς να αποβάλλουν τους φόβους τους και τους εξηγεί την μέθοδο και τον χρόνο ανάρρωσης. Μετά την επέμβαση είναι απαραίτητη η χρήση αλκοολούχου ιωδίου 2% για 5-6 ημέρες, γιατί εξουδετερώνει τα υπολείμματα των ιών και κατά συνέπεια τις υποτροπές. Τέλος συστήνει την παραπομπή των σεξουαλικών συντρόφων για εξέταση και θεραπεία. Επισημαίνει την ανάγκη αποχής από την σεξουαλική δραστηριότητα, μέχρι και οι δύο σύντροφοι να ιαθούν. Καθώς επίσης και την χρήση προφυλακτικού για αποφυγή επαναλοίμωξης ή λοίμωξης από άλλη ΣΜΛ (Στρατηγός, 2004).

8.9. Νοσηλευτική Παρέμβαση σε Ασθενείς με HPV

Για την εφαρμογή νοσηλευτικής παρέμβασης ασθενών με HPV ο νοσηλευτής πρέπει να πάρει το ιστορικό υγείας των ασθενών, το οποίο περιλαμβάνει : α)τα συμπτώματα που πιθανώς έχουν εμφανιστεί, β)την σεξουαλική δραστηριότητα και τον αριθμό των σεξουαλικών συντρόφων, καθώς και την ηλικία των ασθενών, γ)την πιθανή προηγούμενη έκθεση σε άλλη ΣΜΛ και αντιμετώπιση της (Lemone et al., 2006).

Κατόπιν ο νοσηλευτής κάνει φυσική εξέταση για να καταγράψει όλες τις υπάρχουσες δερματικές αλλοιώσεις (γεννητικές, πρωκτικές, στοματικές). Σε περίπτωση υποψίας της νόσου συστήνει τις απαραίτητες εργαστηριακές εξετάσεις (τεστ Παπανικολάου, κολποσκόπηση, βιοψία) για να εξακριβωθεί η νόσος, ώστε να γίνει η σχεδίαση της θεραπευτικής αγωγής ανάλογα με τα αποτελέσματα. Επίσης πρέπει να εξετάζονται για τυχόν άλλες συνυπάρχουσες ΣΜΛ (Στρατηγός, 2004).

Ο νοσηλευτής ενημερώνει τους ασθενείς ότι η νόσος είναι ανίατη. Τους εξηγεί τα συμπτώματα και τον αυξημένο κίνδυνο του τραχήλου της μήτρας. Τους επισημαίνει την αναγκαιότητα ενός ετήσιου τεστ Παπανικολάου. Επίσης παρέχει πληροφορίες σε όλες τις γυναίκες, ιδιαίτερα στις νεαρές, καθώς και στις μητέρες των μικρών κοριτσιών για την ύπαρξη του εμβολίου κατά του HPV και την αναγκαιότητα να το κάνουν για την πρόληψη της νόσου. Τονίζει την σπουδαιότητα σχολαστικής καθαριότητας των χεριών. Η υγιεινή των χεριών είναι βασική για την πρόληψη της εξάπλωσης του HPV (Lemone et al., 2006).

Ακόμα δίνει οδηγίες στους ασθενείς για να εφαρμόσουν σωστά την τοπική θεραπεία: απλώστε ένα λεπτό στρώμα κρέμας πάνω στις αλλοιώσεις και στην περιοχή που τις περιβάλλει. Κατόπιν κάντε σχολαστική καθαριότητα με νερό και σαπούνι της πάσχουσας περιοχής εντός 1 έως 4 ωρών μετά την πρώτη εφαρμογή. Ο καθαρισμός μετά την δεύτερη εφαρμογή γίνεται μετά από 6-8 ώρες. Συνεχίστε την θεραπεία μέχρι να εξαφανιστούν τα κονδυλώματα. Ο νοσηλευτής μπορεί να καλύψει τον ιστό που περιβάλλει τα κονδυλώματα με παραφίνη ή διάλυμα από σόδα και νερό για να τον προστατέψει από το καυστικό θεραπευτικό διάλυμα. Επίσης παρακολουθεί τους ασθενείς αν έχουν ανεπιθύμητες παρενέργειες, όπως ναυτία, διάρροια, τοπικό ερεθισμό, λήθαργο, μούδιασμα και τα αναφέρει στον γιατρό.

Ενημερώνει τους ασθενείς για την αναγκαιότητα να παραπεμφθούν οι σεξουαλικοί σύντροφοι για εξέταση και να ακολουθήσουν αν χρειάζεται την απαραίτητη θεραπεία. Ο νοσηλευτής συζητάει με τους ασθενείς για την ανάγκη αποχής από την σεξουαλική δραστηριότητα μέχρι να επουλωθούν οι βλάβες, καθώς και για την χρήση προφυλακτικού, ώστε να αποφύγουν μελλοντικές λοιμώξεις. Όταν σε εξαιρετικές περιπτώσεις απαιτείται χειρουργική επέμβαση, ο νοσηλευτής ενθαρρύνει τους ασθενείς να εκφράσουν συγκεκριμένους φόβους και συναισθήματα για την επέμβαση. Επίσης τους εξηγεί την διαδικασία, τον χρόνο ανάρρωσης, καθώς και πως αντιμετωπίζονται. Τέλος τους ενημερώνει ότι η τακτική παρακολούθηση είναι απαραίτητη (Lemone et al., 2006).

8.10. Νοσηλευτική Παρέμβαση σε Ασθενείς με AIDS

Δεδομένου ότι η μόλυνση με τον ιό HIV οδηγεί σε μια ανίατη και θανατηφόρο νόσο, η πρόληψη παίζει σημαντικό ρόλο. Οι νοσηλευτές διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην εκπαίδευση των ατόμων και της κοινωνίας για την πρόληψη της διασποράς της νόσου. Ο νοσηλευτής ενημερώνει όλα τα σεξουαλικά ενεργά άτομα για την νόσο, τις δυσάρεστες επιπτώσεις της και τον τρόπο μετάδοσης τους (Lemone et al., 2006).

Τους ενημερώνει για την αναγκαιότητα να εφαρμόζουν ασφαλείς σεξουαλικές πρακτικές, όπως ελάττωση του αριθμού των σεξουαλικών συντρόφων, σύναψη μιας μακροχρόνιας αμοιβαίας μονογαμικής σχέσης με έναν σύντροφο που δεν έχει προσβληθεί από λοίμωξη HIV και σωστή χρήση προφυλακτικού από latex. Στις ομάδες υψηλού κινδύνου όπως οι ναρκομανείς, ο νοσηλευτής τους συστήνει να μην κάνουν κοινή χρήση βελονών στα ενέσιμα ναρκωτικά, καθώς δίνουν και συμβουλές για ένταξη τους σε προγράμματα απεξάρτησης. Τους αποκλείει από εθελοντές αιμοδότες (Lemone et al., 2006).

Στους ασθενείς με AIDS ο νοσηλευτής παίρνει το ιστορικό υγείας τους: παράγοντες κινδύνου (μεταγγίσεις, σεξουαλική επαφή χωρίς χρήση προφυλακτικών μέσων, τραυματισμός από βελόνα), λοιμώξεις (σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, ηπατίτιδα, φυματίωση), φάρμακα, χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών, ταξίδι στο εξωτερικό. Κατόπιν κάνει φυσική εξέταση: ύψος, σωματικό βάρος, θρέψη, δέρμα και βλεννογόνοι, όραση, λεμφαδένες, αναπνευστικοί ήχοι, μυϊκή δύναμη, συντονισμός νεύρων, βάδιση, εν τω βάθει τενόντια αντανακλαστικά, ουρογεννητικό σύστημα, διουρητική κατάσταση.

Κατόπιν ο νοσηλευτής κατευθύνει τους ασθενείς στους ειδικούς επιστήμονες για να υποβληθούν σε εργαστηριακό έλεγχο, ώστε να διαπιστώσουν το στάδιο της ανοσολογικής ανεπάρκειας που έχει ο ασθενής και τυχόν ευκαιριακές λοιμώξεις που μπορεί να συνυπάρχουν. Οι γιατροί θα αποφασίσουν για την κατάλληλη φαρμακευτική και αντιρετροϊκή θεραπεία (Lemone et al., 2006).

Ο νοσηλευτής πρέπει να βοηθάει τους ασθενείς με AIDS να θεραπευτούν όσο πιο αποτελεσματικά γίνεται, λαμβάνοντας την αντιρετροϊκή θεραπεία με σωστό τρόπο κάθε μέρα. Έτσι θα μειωθεί το ιϊκό φορτίο με αποτέλεσμα τη μείωση της μετάδοσης της νόσου σε άλλα άτομα και να κρατηθούν τα ίδια υγιή για περισσότερα χρόνια.

Η νοσηλευτική φροντίδα των ασθενών με AIDS εξαρτάται από την πορεία της νόσου. Στα αρχικά στάδια δίνεται μεγαλύτερη σημασία στα μέτρα προφύλαξης και στην παροχή εκπαίδευσης και ψυχολογικής υποστήριξης των ασθενών. Όταν η νόσος εξελιχθεί, οι ανάγκες για άμεση φροντίδα αυξάνονται (Lemone et al., 2006).

Αν οι ασθενείς νοσηλευτούν στο νοσοκομείο απομονώνονται για να εμποδιστεί η εξάπλωση της λοίμωξης. Ο νοσηλευτής έχει ευθύνη να παρακολουθεί τα ζωτικά σημεία του ασθενούς (θερμοκρασία, σφίξεις, πίεση, οξυγόνο, αλλεργικές αντιδράσεις στα φάρμακα, πονοκέφαλο, ναυτία, κόπωση, καθυστέρηση στην επούλωση δερματικών βλαβών, γαστρεντερικές διαταραχές) και να ενημερώνει τον γιατρό (Lemone et al., 2006).

Ο νοσηλευτής πρέπει να δίνει ιδιαίτερη προσοχή στην διατήρηση της συνέχειας του δέρματος, καθώς το δέρμα αποτελεί την πρώτη γραμμή άμυνας ενάντια στις λοιμώξεις, στους ανοσοκατεσταλμένους ασθενείς. Το δέρμα πρέπει να είναι καθαρό και στεγνό. Συστήνει στον ασθενή να αποφεύγει να ξύνεται. Επίσης ο νοσηλευτής έχει ευθύνη να γίνονται όλες οι εργαστηριακές εξετάσεις για να παρακολουθούνται οι λειτουργίες των εσωτερικών οργάνων (ήπαρ, πνεύμονες, καρδιά) των ασθενών (Lemone et al., 2006).

Ο νοσηλευτής μετά το εξιτήριο δίνει στους ασθενείς οδηγίες αυτοφροντίδας, τρόπου ζωής (διακοπή καπνίσματος, διακοπή χρήσης αλκοόλ και παράνομων εξαρτησιογόνων ουσιών, μέτρα πρόληψης για την μετάδοση της νόσου, θετική σκέψη) και διατροφής και ενυδάτωσης για την προαγωγή της υγείας τους. Δίνεται δίαιτα υψηλής περιεκτικότητας σε πρωτεΐνες και θερμίδες. Μπορούν να χορηγηθούν συμπληρωματικά βιταμίνες, καθώς και διεγερτικά της όρεξης, ώστε να αυξήσουν την όρεξη του ασθενούς και να προάγουν την αύξηση του σημαντικού βάρους. Η τακτική ιατρική παρακολούθηση είναι απαραίτητη. Επίσης συστήνει στους ασθενείς αποχή από το σεξ για την αποφυγή μετάδοσης της νόσου (Lemone et al., 2006).

Ο νοσηλευτής πρέπει να δημιουργεί ένα κλίμα οικειότητας και μη κριτική στάση για επικοινωνία και συζήτηση με τους ασθενείς με AIDS. Με αυτόν τον τρόπο ενθαρρύνει τους ασθενείς να εκφραστούν. Επίσης μπορεί να εντοπίσει ένα πρόσωπο από το περιβάλλον των ασθενών, στο οποίο μπορούν να λαμβάνουν τα απαραίτητα μέτρα προστασίας (Osborn et al., 2013)

Τέλος παραπέμπει τους ασθενείς και τα σημαντικά πρόσωπα γι' αυτούς σε ομάδες υποστήριξης ατόμων με λοίμωξη HIV (Lemone et al., 2006). Ο νοσηλευτής είναι απαραίτητο να λαμβάνει όλα τα μέτρα προστασίας για τον εαυτό του και το υπόλοιπο προσωπικό (γάντια, μάσκα, ειδική ποδιά, επανατοποθέτηση του πλαστικού καλύμματος σε χρησιμοποιημένη βελόνα, τα χρησιμοποιημένα εργαλεία μιας χρήσης τοποθετούνται σε ειδικά πλαστικά δοχεία, σχολαστική καθαριότητα).

Αν συμβεί επαφή με μολυσμένο αίμα ή σωματικά υγρά του ασθενούς, πρέπει να αρχίσει συνδυαστική αντιρετροϊκή θεραπεία, 1-2 ώρες μετά το συμβάν για τουλάχιστον 28 μέρες. Ακολουθεί εξέταση για ανίχνευση του ιού 3-6 μήνες μετά. Τα κρούσματα πρέπει να δηλώνονται στην αρμόδια υγειονομική υπηρεσία (Classen et al., 2010).

8.11. Νοσηλευτική Παρέμβαση σε Ασθενείς με CMV

Ο νοσηλευτής παίρνει το ιστορικό υγείας των ασθενών που περιλαμβάνει τον αριθμό των σεξουαλικών συντρόφων, την ηλικία έναρξης των σεξουαλικών επαφών, καθώς και την σεξουαλική προτίμηση (ομοφυλοφιλία). Επειδή η νόσος έχει σοβαρές επιπλοκές στους ασθενείς με AIDS όλοι οι ασθενείς εξετάζονται εργαστηριακά για την ύπαρξη της νόσου (Στρατηγός, 2004).

Σε περίπτωση ύπαρξης AIDS (με CD4 <100mm³) ο νοσηλευτής χορηγεί αντιϊκά φάρμακα, κατόπιν ιατρικής εντολής και παρακολουθεί την αποτελεσματικότητά τους με εργαστηριακές εξετάσεις. Σε περίπτωση που εμφανιστούν εμετοί, διάρροιες, αλλεργικές αντιδράσεις, ενημερώνει τον γιατρό. Σε συγγενή λοίμωξη η νοσηλευτική παρέμβαση στηρίζεται στην πρόληψη. Ο νοσηλευτής εξηγεί στους μέλλοντες γονείς

τις δυσάρεστες πιθανές συνέπειες που μπορεί να έχει ο CMV στο έμβρυο και το νεογνό, κυρίως όταν η μητέρα έχει πρωτογενή λοίμωξη (Γιαμαρέλλου, 2005).

Αν η μητέρα νοσεί μπορεί να χορηγηθεί κατόπιν ιατρικής οδηγίας ειδική IgG αγωγή (αντισώματα κατά του ιού) που πρόσφατες μελέτες έχουν δείξει αποτελεσματικότητα στην πρόληψη της μετάδοσης στο έμβρυο ή και στην θεραπεία ενδομητρίως. Στα νεογνά με συμπτωματική λοίμωξη μπορεί να γίνει θεραπεία με γανκυκλοβίρη για διάστημα >1 έτους, κατόπιν ιατρικής οδηγίας. Η θεραπεία αυτή έχει μυελοτοξικότητα. Σε περίπτωση κώφωσης ο νοσηλευτής συνιστά κοχλυσικά εμφυτεύματα νωρίς κατά την βρεφική ηλικία (Στρατηγός, 2004).

Στους μεταμοσχευμένους εφαρμόζεται θεραπεία κατόπιν ιατρικής εντολής με καλά αποτελέσματα. Κατά την οξεία φάση της λοίμωξης ο νοσηλευτής συνιστά αποχή από την σεξουαλική δραστηριότητα για αποφυγή μετάδοσης της λοίμωξης και σε όλα τα σεξουαλικά δραστήρια άτομα χρήση προφυλακτικού για την αποφυγή λοίμωξης (Γιαμαρέλλου, 2005).

8.12. Νοσηλευτική Παρέμβαση σε Ηπατίτιδες Β και C

Η νοσηλευτική παρέμβαση όπως και σε όλα τα ΣΜΝ έχει στόχο αρχικά στην πρόληψη της μετάδοσης της νόσου και μετά την διάγνωση και θεραπεία των ασθενών.

Για την πρόληψη της ηπατίτιδας Β ο νοσηλευτής ενημερώνει τους γονείς για την αναγκαιότητα του εμβολιασμού (σε τρεις δόσεις) των βρεφών-παιδιών, ώστε να προστατευτούν από την λοίμωξη. Η εφαρμογή γενικευμένου εμβολιασμού θα συμβάλει στην οριστική εκρίζωση της HBV λοίμωξης. Επίσης εμβόλιο συστήνεται και σε όλες τις ομάδες υψηλού κινδύνου: χειρουργοί, νοσηλευτές, οδοντίατροι, αιμοκαθερούμενοι, πολυμεταγγιζόμενοι, τρόφιμοι ιδρυμάτων και φυλακών, τοξικομανείς, άτομα με πολλαπλές σεξουαλικές σχέσεις, άτομα που συγκατοικούν με χρόνιους φορείς της ηπατίτιδας C, ταξιδιώτες (Δετοράκης, 2007).

Στα νεογνά που γεννιούνται από HB5Ag (+) μητέρες ή σε άτομα που έχουν εκτεθεί στον ιό, συνίσταται εφάπαξ χορήγηση εντός 12 ωρών ανοσοσφαιρίνης, πλούσια σε

αντισώματα σε δόση 5ml όπου προσφέρει παθητική ανοσία. Συγχρόνως γίνεται η χορήγηση εμβολίου για ενεργητική ανοσοποίηση.

Επειδή ο ιός της ηπατίτιδας είναι πολύ ανθεκτικός στη χημική απολύμανση, ο νοσηλευτής πρέπει να κάνει σωστή αποστείρωση των χειρουργικών εργαλείων και συρίγγων σε αυτόκαυστο στους 121 για 15' ή σε ξερά θερμότητα στους 160 για 2 ώρες. Επίσης χρησιμοποιείται φορμόλη για 12 ώρες ή οινόπνευμα για 18 ώρες ή ο βρασμός των αντικειμένων για 30'. Επίσης ο νοσηλευτής εξαιρεί από την αιμοδοσία χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών ή άτομα που έκαναν μετάγγιση αίματος ή τατουάζ τους τελευταίους 6 μήνες. Συστήνει στους τοξικομανείς να μην κάνουν κοινή χρήση βελονών και τους συμβουλεύει να ενταχθούν σε προγράμματα απεξάρτησης (Δετοράκης, 2007).

Ο νοσηλευτής ενημερώνει τους ανθρώπους ότι οι ηπατίτιδες είναι ανίατες ασθένειες και τους εξηγεί τον τρόπο μετάδοσης τους. Εκπαιδεύει τους εφήβους για ασφαλείς σεξουαλικές σχέσεις με την σωστή χρήση προφυλακτικού για την αποφυγή μόλυνσης. Σε περίπτωση υποψίας μόλυνσης ο νοσηλευτής αφού πάρει το ιστορικό των ασθενών παραπέμπει για εργαστηριακό έλεγχο και ανάλογα με τα αποτελέσματα εφαρμόζεται αντιϊκή αγωγή, για την μείωση των επιπλοκών και της θνησιμότητας από την χρόνια λοίμωξη (Δετοράκης, 2007).

Ο νοσηλευτής ενημερώνει τους ασθενείς για την ανάγκη απόλυτης καθαριότητας, χρήση ιδιωτικού μπάνιου και αποκλειστική χρήση ειδών καθαριότητας και περιποίησης (πετσέτες, ξυραφάκια, οδοντόβουρτσες κτλ.). Συστήνει στους συγκατοίκους αποφυγή έκθεσης με αίμα και σωματικά υγρά από τους ασθενείς. Σε περίπτωση νοσηλείας των ασθενών, ευθύνη του νοσηλευτή είναι να εμποδίσει την εξάπλωση της λοίμωξης σε άλλα άτομα ή στο προσωπικό του νοσοκομείου. Γι' αυτό χρησιμοποιεί ατομικό ουροδοχείο, αντικείμενα μιας χρήσεως (σύριγγες, βελόνες, θερμομέτρα), τα οποία πετιούνται σε ειδικά πλαστικά δοχεία (Δετοράκης, 2007).

Επίσης ο νοσηλευτής πάντα φοράει γάντια μιας χρήσεως όταν παίρνει αίμα, ούρα, κόπρανα και στα δείγματα που στέλνει στο εργαστήριο κολλάει την κατάλληλη ετικέτα για να δίνεται η πρέπουσα προσοχή από τους εργαστηριακούς ιατρούς.

Ο νοσηλευτής για την φροντίδα των ασθενών συστήνει ανάπαυση στο κρεβάτι και λήψη υγρών. Ο ασθενείς πρέπει να ενθαρρύνεται να παίρνει 3000-4000 ml υγρά καθημερινά. Επειδή υπάρχει ανορεξία και απώλεια βάρους μετά της ανάρρωση ο νοσηλευτής συστήνει διαιτολόγιο υψηλών θερμίδων, υψηλών υδατανθράκων και πρωτεϊνών με συμπλήρωμα βιταμινών. Αν υπάρχει κνησμός συστήνεται πλύσιμο με νερό που περιέχει άμυλο και διττανθρακικό νάτριο ή ένα αντικνησμικό φάρμακο μετά από εντολή γιατρού (Δετοράκης, 2007).

Τέλος ο νοσηλευτής πρέπει να παρακολουθείται για οποιαδήποτε αλλαγή γίνει στο χρώμα των κοπράνων ή των ούρων, πνευματική σύγχυση, ανησυχία, υπερεθιστικότητα, ασυνήθη υπνηλία, υπερβολική ανορεξία ή κόμα και να γίνεται άμεση αναφορά στον γιατρό (Δετοράκης, 2007).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9 ΠΡΟΛΗΨΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ

9.1. Κατευθυντήριες Γραμμές για την Πρόληψη Των Σεξουαλικών Μεταδιδόμενων Νοσημάτων

Οι σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες (ΣΜΛ) αποτελούν μια επιδημία τεράστιας έκτασης, με εκτιμώμενα 18,9 εκατομμύρια άτομα που αποκτούν νέο ΣΜΛ κάθε χρόνο (Weinstock, 2004). Τα αναφερόμενα ποσοστά ασθένειας υποτιμούν το πραγματικό βάρος της λοίμωξης, επειδή η πλειονότητα των ΣΜΛ είναι ασυμπτωματικές και ως εκ τούτου, παραμένουν μη ανιχνευμένες, καθώς επίσης και λόγω υπό-αναφοράς. Οι ΣΜΛ έχουν σημαντικές επιπτώσεις στη δημόσια υγεία για τη σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία των ατόμων καθώς και για το μακροπρόθεσμο κόστος υγείας και υγειονομικής περίθαλψης της κοινότητας.

Η ακριβής ταυτοποίηση και η αποτελεσματική κλινική διαχείριση των ΣΜΛ αποτελεί μια κρίσιμη στρατηγική, για τη βελτίωση της αναπαραγωγικής και σεξουαλικής υγείας, και την ενίσχυση των προσπαθειών πρόληψης του ιού της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας (HIV). Αυτό ισχύει ιδιαίτερα για τις γυναίκες, τους εφήβους και τα βρέφη, καθώς οι λοιμώξεις που δεν έχουν υποστεί αγωγή προκαλούν συχνά σοβαρές, μακροχρόνιες επιπλοκές, όπως η στειρότητα των σαλπίγγων, τα δυσμενή αποτελέσματα της εγκυμοσύνης, ο καρκίνος και η διευκόλυνση της λοίμωξης από τον HIV. Για περισσότερα από 20 χρόνια, οι εθνικές κατευθυντήριες οδηγίες για τη διαχείριση των ΣΜΛ των Κέντρων Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (CDC, 2010) βοήθησαν τους κλινικούς ιατρούς να παρέχουν βέλτιστη φροντίδα. Οι κατευθυντήριες γραμμές για τη θεραπεία των ΣΜΛ κατά του ΚΝΣ είναι η πιο ευρέως διαδεδομένη και έγκυρη πηγή πληροφοριών για τις θεραπευτικές αγωγές ΣΜΛ και τις στρατηγικές πρόληψης για τους κλινικούς ιατρούς που αξιολογούν τα άτομα με ΣΜΛ ή τα άτομα που διατρέχουν κίνδυνο.

Οι κατευθυντήριες γραμμές του 2010 για τη θεραπεία των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων αναπτύχθηκαν σε συνεννόηση με τους επαγγελματίες του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα με γνώση της διαχείρισης των ΣΜΝ (CDC, 2010).

Υπάρχει μια ποικιλία παρεμβάσεων πρόληψης για τη μείωση του κινδύνου απόκτησης ΣΜΝ. Η αποτελεσματική πρόληψη μπορεί να περιλαμβάνει συνδυασμό προσεγγίσεων, συμπεριλαμβανομένης της παροχής συμβουλών για τη μείωση του κινδύνου, κατάλληλη χρήση διαθέσιμων μεθόδων πρόληψης (προφυλακτικά αντρικά λατέξ, διαφράγματα, τοπικά μικροβιοκτόνα, περιτομή αρρένων), αξιολόγηση και θεραπεία μολυσμένων ατόμων και των σεξουαλικών τους συντρόφων και εμβολιασμός ατόμων σε κίνδυνο για λοιμώξεις που μπορούν να προληφθούν από το εμβόλιο.

Ο εμβολιασμός είναι μια από τις πιο αποτελεσματικές μεθόδους για την πρόληψη της μετάδοσης ορισμένων ΣΜΝ συμπεριλαμβανομένου του ιού του ανθρώπινου θηλώματος (HPV). Ο εμβολιασμός με τετραδύναμο ή δισθενές εμβόλιο HPV συνιστάται για γυναίκες ηλικίας 11-12 ετών για την πρόληψη του προγονικού καρκίνου του τραχήλου της μήτρας (CDC,2007). Το τετραδύναμο εμβόλιο συνιστάται επίσης για την πρόληψη των κονδυλωμάτων των γεννητικών οργάνων (CDC, 2010) και πρόσφατα χορηγήθηκε άδεια για την πρόληψη του καρκίνου του πρωκτού σε άνδρες και γυναίκες. Επιπλέον, συνιστάται εμβολιασμός με HBV για όλους τους ενήλικες που αξιολογούνται για ΣΜΝ ή για όσους κινδυνεύουν για σεξουαλική λοίμωξη (Mast EE, 2006). Ενώ ο συνηθισμένος εμβολιασμός έχει συσχετιστεί με μειώσεις της συχνότητας εμφάνισης του HBV, η σεξουαλική μετάδοση εξακολουθεί να αντιπροσωπεύει την πλειοψηφία των νέων λοιμώξεων, ειδικά μεταξύ των ανδρών που έχουν σεξουαλική επαφή με τους άνδρες (MSM).

Άλλες στρατηγικές πρόληψης που εξετάζονται στις κατευθυντήριες γραμμές για τη θεραπεία ΣΜΝ περιλαμβάνουν την περιτομή των αρσενικών, που αποδεικνύεται ότι μειώνει τον κίνδυνο απόκτησης HIV και ορισμένων ΣΜΝ, (συμπεριλαμβανομένων των κονδυλωμάτων των γεννητικών οργάνων και του έρπητα των γεννητικών οργάνων), την ταχεία διαχείριση των εταίρων και την επανεξέταση για την ανίχνευση επαναλαμβανόμενης λοίμωξης. Έχουν αναφερθεί αυξημένοι ρυθμοί μερικών ΣΜΝ (πρώιμη σύφιλη, γονόρροια, χλαμύδια) και μεγαλύτερος επιπολασμός μη ασφαλών σεξουαλικών συμπεριφορών μεταξύ των ομοφυλόφιλων ανδρών στις Ηνωμένες Πολιτείες (Ciesielski, 2003). Έχει αναφερθεί επίσης και έλκος λεμφογροουλώματος που εμφανίζεται ως πρωκτοκολίτιδα μετά από έκθεση από τον ορθό σε αυτόν τον

πληθυσμό (Van der Bij, 2006, Sethi, 2009). Ο εμβολιασμός κατά της ηπατίτιδας Α και Β συνιστάται για τους ομοφυλόφιλους εάν δεν μπορεί να τεκμηριωθεί η προηγούμενη μόλυνση ή εμβολιασμός. Η σεξουαλική μετάδοση του ιού της ηπατίτιδας C μπορεί να συμβεί, ειδικά μεταξύ των μολυσμένων με HIV-ομοφυλόφιλων ανδρών (Urbanus and Danta, 2007). Η συνήθης δοκιμή της ηπατίτιδας C σε μολυσμένο με HIV-ομοφυλόφιλο άνδρα θα πρέπει να θεωρείται ότι ανιχνεύει οξεία μόλυνση σε άνδρες με σεξουαλικές συμπεριφορές υψηλού κινδύνου ή ταυτόχρονα ελκωτικά ΣΜΛ. Οι πάροχοι θα πρέπει να αξιολογούν τους παράγοντες κινδύνου για την απόκτηση ΣΜΝ και θα πρέπει να διενεργούν τακτικό εργαστηριακό έλεγχο, τουλάχιστον ετησίως, για όλους τους σεξουαλικά ενεργούς άνδρες.

Τα δεδομένα σχετικά με την επικράτηση των ΣΜΝ και τον κίνδυνο λοίμωξης μεταξύ γυναικών που έχουν σεξουαλική επαφή με γυναίκες (WSW) είναι περιορισμένα. Το WSW δεν πρέπει να θεωρείται ότι διατρέχει χαμηλό κίνδυνο μόλυνσης που βασίζεται μόνο στον σεξουαλικό προσανατολισμό. Θα πρέπει να ακολουθούνται οι συστάσεις για τη διάγνωση των σεξουαλικά ενεργών γυναικών, ανεξαρτήτως του σεξουαλικού προσανατολισμού του ασθενούς (Singh, 2011). Η βακτηριακή κολπίτιδα φαίνεται να είναι συνηθισμένη μεταξύ του WSW (Fethers, 2008) και τα βακτήρια των γεννητικών οργάνων που σχετίζονται με το στέλεχος μπορούν να μοιραστούν με τις γυναίκες εταίρους (Marrazzo, 2010). Απαιτούνται περαιτέρω έρευνες για τον προσδιορισμό των κινδύνων σεξουαλικής συμπεριφοράς, μετάδοσης και μεταφοράς για τους ΣΜΝ μεταξύ του WSW.

Η μόλυνση από *C. trachomatis* είναι η πιο συνηθισμένη βακτηριακή STD στις Ηνωμένες Πολιτείες, με εκτιμώμενες 3 εκατομμύρια περιπτώσεις που συμβαίνουν ετησίως (CDC, 2009). Οι αναφερόμενες συχνότητες των λοιμώξεων από χλαμύδια αυξήθηκαν κατά την τελευταία δεκαετία, αντανακλώντας την επέκταση της στα χλαμύδια διαλογής με εξαιρετικά ευαίσθητες δοκιμές ενίσχυσης των νουκλεϊνικών οξέων (NAATs) καθώς και βελτιώσεις στα πληροφοριακά συστήματα που χρησιμοποιούνται για την αναφορά. Ωστόσο, πολλές γυναίκες που κινδυνεύουν από τη λοίμωξη αυτή εξακολουθούν να μην εξετάζονται κατάλληλα, αντανακλώντας εν μέρει την έλλειψη ευαισθητοποίησης ορισμένων παρόχων και των περιορισμένων πόρων. Η διάγνωση συνδέεται τυπικά με τον έλεγχο, καθώς η συμπτωματική μόλυνση είναι σχετικά ασυνήθιστη. Ο ετήσιος έλεγχος όλων των σεξουαλικά ενεργών

γυναικών ηλικίας ≤ 25 ετών συνιστάται (CDC, 2010), όπως και ο έλεγχος των ηλικιωμένων γυναικών με παράγοντες κινδύνου (π.χ. εκείνοι που έχουν νέο σεξουαλικό σύντροφο ή πολλαπλούς σεξουαλικούς εταίρους). Δεν υπάρχουν επαρκή αποδεικτικά στοιχεία που να συνιστούν συστηματική εξέταση για το *C. trachomatis* σε σεξουαλικά δραστήριους νέους άνδρες. Ωστόσο, θα πρέπει να εξεταστεί το ενδεχόμενο προσυμπτωματικού ελέγχου σε περιοχές υψηλού επιπολασμού, όπως οι κλινικές εφήβων, οι σωφρονιστικές εγκαταστάσεις και οι κλινικές ΣΜΝ. Τα αποτελεσματικά θεραπευτικά σχήματα για τα χλαμύδια περιλαμβάνουν την αζιθρομυκίνη ή τη δοξυκυκλίνη. Η θεραπεία πρέπει να παρέχεται έγκαιρα καθώς η καθυστέρηση στη θεραπεία με χλαμύδια έχει συσχετιστεί με επιπλοκές σε ορισμένα άτομα (Geisler, 2008). Λόγω του υψηλού επιπολασμού της επαναλαμβανόμενης λοίμωξης, οι γυναίκες και οι άνδρες πρέπει να επανεξεταστούν για μόλυνση με χλαμύδια 3 μήνες μετά τη θεραπεία (Fung, 2007, Hosenfeld, 2009).

Η διάγνωση και η θεραπεία των γονοκοκκικών και χλαμυδιακών λοιμώξεων σε εγκύους είναι η καλύτερη μέθοδος για την πρόληψη της νεογνικής γονοκοκκικής και χλαμυδιακής νόσου. Ωστόσο, όλα τα βρέφη θα πρέπει να λαμβάνουν οφθαλμική προφύλαξη για την πρόληψη πιθανών νεογνών γονοκοκκικής οφθαλμίας, επειδή δεν λαμβάνουν όλες οι γυναίκες προγεννητική φροντίδα και κάποιος μπορεί να έχουν λοίμωξη χωρίς θεραπεία. Η αποτελεσματικότητα της οφθαλμικής προφύλαξης στην πρόληψη της χλαμυδιακής οφθαλμίας είναι λιγότερο βέβαιη. Η οφθαλμική αλοιφή ερυθρομυκίνης 0,5% είναι η μόνη συνιστώμενη θεραπεία με αντιβιοτικά για νεογνά. Ωστόσο, εάν δεν είναι διαθέσιμη η αλοιφή ερυθρομυκίνης, τα βρέφη που διατρέχουν κίνδυνο έκθεσης στο *N. gonorrhoeae* (δηλαδή μητέρα με γονοκοκκική λοίμωξη χωρίς θεραπεία ή χωρίς προγεννητική φροντίδα) θα πρέπει να υποβάλλονται σε θεραπεία σύμφωνα με τις οδηγίες του CDC (CDC, 2010).

Ο εντοπισμός ενός σεξουαλικά μεταδιδόμενου παθογόνου παράγοντα σε ένα παιδί πέρα από τη νεογνική περίοδο υποδηλώνει σεξουαλική κακοποίηση. Ωστόσο, η σημασία ποικίλλει ανάλογα με τον παθογόνο παράγοντα. Η εξέταση ΣΜΝ σε αυτή τη ρύθμιση πρέπει να είναι ανεξάρτητη από τα συμπτώματα (Giradet, 2000). Τα NAATs μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως εναλλακτική λύση για την καλλιέργεια με κολπικά δείγματα ή ούρα από κορίτσια. Ωστόσο, η καλλιέργεια παραμένει η προτιμώμενη

μέθοδος για δείγματα ουρήθρας ή ούρα από αγόρια και για εξωγενή δείγματα (φάρυγγα και ορθό) από όλα τα παιδιά.

Η σύφιλη παραμένει ένα σημαντικό πρόβλημα δεδομένων των πρόσφατων αυξήσεων της πρωτογενούς και της δευτερογενούς σύφιλης (CDC, 2010), ειδικά στους ομοφυλόφιλους άνδρες και λόγω των βιολογικών αλληλεπιδράσεων που διευκολύνουν την απόκτηση και μετάδοση του HIV. Τα παρασκευάσματα μακράς δράσης της πενικιλίνης παραμένουν η θεραπεία επιλογής για όλα τα στάδια της σύφιλης. Η χρήση εναλλακτικών θεραπευτικών αγωγών (π.χ. κεφτριαξόνη, δοξυκυκλίνη) για τη σύφιλη περιορίστηκε από την έλλειψη στοιχείων για τη διαχείριση της πρώιμης σύφιλης σε άτομα με αλλεργία σε πενικιλίνη. Η αξιθρομυκίνη υπήρξε ένα προτεινόμενο εναλλακτικό σχήμα λόγω της χορήγησης από του στόματος δόσης και αποδείχθηκε αποτελεσματικότητα (Hook, 2010). Ωστόσο, έχουν τεκμηριωθεί οι χρωμοσωμικές μεταλλάξεις του *Treponema pallidum* που σχετίζονται με την αντοχή στην αξιθρομυκίνη και την αποτυχία της θεραπείας (Lukehart, 2004). Επομένως, η αξιθρομυκίνη πρέπει πάντα να χρησιμοποιείται με προσοχή και μόνο όταν η θεραπεία με πενικιλίνη ή με δοξυκυκλίνη δεν είναι εφικτή.

Τα περισσότερα άτομα που έχουν προσβληθεί από HIV ανταποκρίνονται κατάλληλα σε πενικιλίνη βενζαθίνης για πρωτογενή και δευτερογενή σύφιλη. Η εξέταση του εγκεφαλονωτιαίου υγρού πρέπει να πραγματοποιείται σε όλα τα άτομα με ορολογικές ενδείξεις σύφιλης που παρουσιάζουν νευρολογικά συμπτώματα. Ωστόσο, η εξέταση του εγκεφαλονωτιαίου μυελού δεν συνιστάται για τα άτομα που έχουν μολυνθεί από το HIV και τα οποία έχουν ασυμπτωματική αργά λανθάνουσα σύφιλη. Δεν υπάρχουν στοιχεία κλινικού οφέλους αυτής της διαδικασίας. Η χρήση αντιρετροϊκής θεραπείας σε άτομα με HIV λοίμωξη και σύφιλη μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο νευρολογικών επιπλοκών, να μειώσει τον κίνδυνο ορολογικής ανεπάρκειας μετά τη θεραπεία με σύφιλη και να ενισχύσει τις κλινικές αντιδράσεις σε άτομα με νευροσύφυλλο (Marra and Ghanem, 2008).

Η επίμονη ογκογονική λοίμωξη από τον ιό HPV είναι ο ισχυρότερος παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη του προγονικού τραχήλου της μήτρας και για τους καρκίνους του τραχήλου της μήτρας και άλλους αγωνιστικούς καρκίνους. Τα πρόσφατα δεδομένα περιγράφουν επίσης τη συσχέτιση του HPV με τους καρκίνους

του στοματοφάρυγγα, περιλαμβανομένων εκείνων στις αμυγδαλές, τη βάση της γλώσσας και του στοματοφάρυγγα (Kreimer, 2005). Οι διαγνωστικές εξετάσεις HPV που ανιχνεύουν ιικό νουκλεϊνικό οξύ είναι διαθέσιμες για κλινική χρήση σε γυναίκες που υποβάλλονται σε διαγνωστική εξέταση καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Αυτά τα τεστ δεν θα πρέπει να χρησιμοποιούνται για γυναίκες ηλικίας <20 ετών, για δοκιμασίες πρόγνωσης ή για διαλογή ΣΜΝ, εκτός από τη χρήση που υποδεικνύεται στην εξέταση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Μια νέα θεραπευτική μέθοδος που εφαρμόζεται από τον ασθενή είναι διαθέσιμη για τους εξωτερικούς κονδυλωμάτων των γεννητικών οργάνων, την αλοιφή Veregen 15% (150 mg σινακατεχίνες). Δεν υπάρχουν διαθέσιμα κλινικά δεδομένα σχετικά με την αποτελεσματικότητα ή την ασφάλεια των sinecatechins σε σύγκριση με άλλους διαθέσιμους τρόπους αντιμετώπισης της ανοσοποιητικής δυσπεψίας.

Το *Trichomonas vaginalis* είναι η πιο διαδεδομένη σκληρυνόμενη ΣΜΝ στις Ηνωμένες Πολιτείες (CDC, 2009). Η διαγνωστική αξιολόγηση του *T. vaginalis* θα πρέπει να πραγματοποιείται σε γυναίκες που αναζητούν αξιολόγηση της κολπικής έκκρισης. Η εξέταση της λοίμωξης αυτής μπορεί να εξεταστεί σε άτομα με υψηλό κίνδυνο λοίμωξης, συμπεριλαμβανομένων των γυναικών που αναφέρουν νέους ή πολλαπλούς συντρόφους, ιστορικό ΣΜΝ, ανταλλαγή σεξουαλικών δόσεων ή χρήση ενέσιμων ναρκωτικών, αν και απαιτείται περαιτέρω έρευνα για την αντιμετώπιση της βέλτιστης τη συχνότητα και το όφελος από το κόστος αυτής της παρέμβασης. Τα NAAT μπορούν να παρέχουν βέλτιστη ευαισθησία και αποδεκτή ειδικότητα για διάγνωση *T. vaginalis* σε διάφορα δείγματα από αρσενικά και θηλυκά. Η μετρονιδαζόλη ή η τινιδαζόλη είναι τα συνιστώμενα σχήματα για τη θεραπεία της τριχομονάσης. Οι τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες μελέτες υποδεικνύουν ότι η τινιδαζόλη είναι ισοδύναμη ή ανώτερη από την μετρονιδαζόλη στην επίτευξη παρασιτολογικής θεραπείας και επίλυσης συμπτωμάτων (Forna, 2003). Μερικά στελέχη του *T. Vaginalis* μπορεί να έχουν μειώσει την ευαισθησία σε νιτροϊμιδαζόλια. Ωστόσο, οι περισσότερες λοιμώξεις θα ανταποκρίνονται σε υψηλότερες δόσεις μετρονιδαζόλης ή τινιδαζόλης. Επιπλέον, λόγω των υψηλών ποσοστών επαναλαμβανόμενης μόλυνσης και πιθανής επιμένουσας μόλυνσης μπορεί να εξεταστεί το ενδεχόμενο επανεξέτασης του *T. vaginalis* 3 μήνες μετά την αρχική μόλυνση (Kissinger, 2008),

Οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης μπορούν να βοηθήσουν στην πρόληψη των ΣΜΝ μέσω της εκπαίδευσης και της παροχής συμβουλών στα άτομα που βρίσκονται σε κίνδυνο, τον εντοπισμό ασυμπτωματικών λοιμώξεων, την κατάλληλη διάγνωση και θεραπεία των μολυσμένων ατόμων και των σεξουαλικών τους εταίρων και τον εμβολιασμό πριν από την έκθεσή τους σε άτομα που κινδυνεύουν από μόλυνση που μπορεί να προληφθεί από εμβόλιο. Η δημοσίευση εθνικών οδηγιών για τη διαχείριση των ΣΜΝ παρέχει την απαραίτητη κλινική καθοδήγηση για την παροχή βέλτιστης περίθαλψης τόσο στον δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα. Οι συστάσεις για τη θεραπεία θα συνεχίσουν να εξελίσσονται αντικατοπτρίζοντας την πρόοδο της βασικής και της κλινικής έρευνας, την αναδύομενη αντιμικροβιακή αντοχή και τις μεταβαλλόμενες συμπεριφορές σεξουαλικής και υγειονομικής περίθαλψης. Η χρήση νέων, αποτελεσματικότερων θεραπευτικών αγωγών, πιο ευαίσθητων δοκιμασιών για τον έλεγχο της ασυμπτωματικής μόλυνσης, οι βελτιώσεις στην παροχή συμβουλών σε ασθενείς και τους σεξουαλικούς τους συντρόφους και τα νέα εμβόλια για τα ΣΜΝ είναι ζωτικής σημασίας για την επίτευξη των ευρύτερων στόχων δημόσιας υγείας για τη βελτίωση της σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας.

9.2. Εφηβική και Σχολική Υγεία

Πολλοί έφηβοι ασκούν επικίνδυνες σεξουαλικές συμπεριφορές (έγκαιρη σεξουαλική έναρξη, πολλαπλού ερωτικούς συντρόφους, μη χρήση προφυλακτικού, σεξουαλική βία, χρήση αλκοόλ ή ναρκωτικών ουσιών), που μπορούν να οδηγήσουν σε σοβαρές επιπτώσεις στην υγεία τους. Η νεολαία πρέπει να διδάσκεται από νωρίς, σχετικά με την πρόληψη του HIV και των ΣΜΝ με πληροφορίες που μπορούν να κατανοήσουν και να χρησιμοποιήσουν.

Τα σχολεία διαδραματίζουν κρίσιμο ρόλο στην προώθηση της υγείας και στην διευκόλυνση της καθιέρωσης δια βίου υγιεινής συμπεριφοράς. Τα προγράμματα υγείας των σχολείων μπορούν να μειώσουν την επικράτηση των σεξουαλικών συμπεριφορών κινδύνου για την υγεία τους και την θετική επίδραση στην σχολική τους απόδοση. Επίσης μπορούν να βοηθήσουν τους εφήβους να έχουν πρόσβαση σε παρόχους υγειονομικής περίθαλψης, φιλικούς προς την νεολαία.

Πολλά σχολεία των ΗΠΑ διαθέτουν ήδη υποδομές υγειονομικής περίθαλψης, όπως σχολικά κέντρα υγείας ή νοσηλευτές σχολείου που μπορούν να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στην παροχή πληροφοριών, στην παραπομπή στις υγειονομικές υπηρεσίες εάν χρειαστούν (Center for Disease Control and Prevention, 2018).

Κοινοτικές επιρροές σε εφήβους και νεαρούς ενήλικες:

Οι περιβαλλοντικοί παράγοντες συμβάλλουν στην υγεία των εφήβων. Οι συμπεριφορές των εφήβων επηρεάζονται από το οικογενειακό, σχολικό, κοινοτικό και κοινωνικό επίπεδο. Για να έχουν το θετικότερο αντίκτυπο στη υγεία των εφήβων, τα σχολεία, οι κοινοτικές οργανώσεις και τα μέλη της κοινότητας πρέπει να συνεργαστούν. Η παροχή ασφλών και περιποιητικών περιβαλλόντων για την νεολαία, μπορεί να βοηθήσει να διασφαλιστεί ότι θα είναι υγιή και παραγωγικά μέλη της κοινωνίας (Center for Disease Control and Prevention, 2018).

Οι έφηβοι των ΗΠΑ έχουν επίσης υψηλά ποσοστά σεξουαλικά μεταδιδόμενων λοιμώξεων (ΣΜΝ). Σχεδόν τα μισά από τα 20 εκατομμύρια ΣΜΝ που αναφέρονται στις ΗΠΑ κάθε χρόνο εμφανίζονται σε εφήβους και νεαρούς ενήλικες. Μία μελέτη σε σεξουαλικά ενεργά έφηβα κορίτσια (ηλικίας 14-19 ετών) διαπίστωσε ότι σχεδόν τέσσερις στους δέκα είχαν τουλάχιστον ένα από τα πέντε κοινά ΣΜΝ. (Schirm, 2006). Οι ΣΜΝ είναι οι συνεχιζόμενες απειλές για την υγεία και την ευημερία των εφήβων και, εάν αφεθούν χωρίς θεραπεία, μπορούν να οδηγήσουν σε στειρότητα, επιπλοκές της εγκυμοσύνης, βλάβες οργάνων και ακόμη και θάνατο (Walker, 1992). Αυτοί οι παράγοντες υπογραμμίζουν την ανάγκη προσδιορισμού ποικιλίας αποτελεσματικών στοιχείων - τα οποία έχουν βρει επιπτώσεις στη βελτίωση της αναπαραγωγικής υγείας των εφήβων μέσω αυστηρών αξιολογήσεων.

Βασικοί καθοριστικοί παράγοντες της εφηβικής εγκυμοσύνης ή των ΣΜΝ είναι ο χρόνος και η συχνότητα της σεξουαλικής δραστηριότητας, ο αριθμός των σεξουαλικών συντρόφων και η συνεπής χρήση προφυλακτικών και άλλων αποτελεσματικών μεθόδων αντισύλληψης. Παρόλο που πολλοί έφηβοι από τις ΗΠΑ αναφέρουν ότι το τελευταίο φύλο χρησιμοποιεί αντισύλληψη (86% των θηλυκών ηλικίας 15 έως 19 ετών και 93% των 15 έως 19 ετών ηλικιωμένων ανδρών το 2006-2010), λιγότερο από το ήμισυ των γυναικών εφήβων χρησιμοποιεί ορμονικές

μεθόδους και ακόμα λιγότερες χρησιμοποιούν τις πιο αποτελεσματικές μεθόδους μακράς δράσης, όπως οι ενδομήτριες συσκευές ή τα εμφυτεύματα (Schirm, 2006). Η χαμηλότερη χρήση αυτών των εξαιρετικά αποτελεσματικών μεθόδων συμβάλλει στην αύξηση των ποσοστών γεννητικότητας των εφήβων στις ΗΠΑ σε σύγκριση με άλλες βιομηχανικές χώρες. Επομένως, τα προγράμματα που βοηθούν τους εφήβους να καθυστερούν το χρόνο του πρώτου φύλου ή να αυξάνουν τη χρήση προφυλακτικών ή άλλες αντισυλληπτικές χρήσεις μπορούν να βοηθήσουν στη μείωση των υψηλών ποσοστών εφήβων εγκυμοσύνης και ΣΜΝ (Maxfield, 2003).

9.3. Μελέτες για προοπτικές για καινούρια εμβόλια ενάντια στις σεξουαλικά μεταδιδόμενες μολύνσεις

Πρόσφατες μελέτες αναλύουν την ανάγκη, το στάδιο ανάπτυξης και τα σημαντικά επόμενα βήματα για την προοδευτική δημιουργία εμβολίων κατά των ΣΜΝ, όπως ο herpes simplex virus (έρπης), Neisseria gonorrhoeae (γονόρροια), Chlamydia trachomatis (χλαμύδια), and Treponema pallidum (σύφιλη). Παγκόσμιες εκτιμήσεις εισηγούνται ότι παραπάνω από ένα εκατομμύριο μεταδόσεων ΣΜΛ συμβαίνουν κάθε μέρα και ότι πολλές καινούριες προκλήσεις του ελέγχου μετάδοσης των ΣΜΛ τονίζουν την κρίσιμη ανάγκη για ανάπτυξη καινούριων εμβολίων γι' αυτές τις μολύνσεις.

Συγκεκριμένα τα υποψηφία εμβόλια για τον έρπη είναι πολύ πιο μπροστά με αρκετούς υποψηφίους στη φάση I και II των κλινικών δοκιμών. Για αρκετά χρόνια το εμβόλιο για τα χλαμύδια των γεννητικών οργάνων ήταν σταθερά στο προκλινικό στάδιο. Παρόλα αυτά η πρώτη φάση I των κλινικών δοκιμών σε ανθρώπους ξεκίνησε το 2016 και αναμένεται να ακολουθήσουν πολλές ακόμα. Η ανάπτυξη εμβολίων για την γονόρροια και την σύφιλη βρίσκονται σε πρότερα στάδια , αλλά η ανανεωμένη δέσμευση σε αυτά τα παθογόνα θα μπορούσε να οδηγήσει σε νέους υποψηφίους κατά τα επόμενα χρόνια.

Έρπης:

Διενεργούνται δύο στρατηγικές για την ανάπτυξη εμβολίου HSV-2. Η κλασική προσέγγιση χρησιμοποιεί ένα προφυλακτικό εμβόλιο που στοχεύει ανθρώπους που δεν έχουν μολυνθεί για την πρόληψη της απόκτησης του HSV. Εναλλακτικά, ένα

θεραπευτικό εμβόλιο έχει σχεδιαστεί για άτομα που έχουν ήδη μόλυνση HSV-2 για να μειώσουν την έκχυση και τις υποτροπές. Το εάν οι δύο αυτές προσεγγίσεις απαιτούν διαφορετικούς τύπους ανοσολογικών αποκρίσεων είναι άγνωστο. Τόσο οι αποκρίσεις εξουδετερωτικών αντισωμάτων όσο και η κυτταρομεσολαβούμενη ανοσία μπορεί να είναι σημαντικές για ένα προφυλακτικό εμβόλιο, ενώ η διέγερση των πρόσφατα περιγραφέντων T-λεμφοκυττάρων μόνιμης μνήμης είναι πιθανόν απαραίτητη για τον θεραπευτικό εμβολιασμό. Αυτό το εμβόλιο απέτρεψε τον έρπητα των γεννητικών οργάνων λόγω του HSV-1, με αποτελεσματικότητα εμβολίου 58%. Η αύξηση των τίτλων αντισωμάτων σε gD2 συσχετίστηκε με αυξημένη αποτελεσματικότητα εμβολίου κατά του HSV-1, παρέχοντας τον πρώτο ανοσολογικό συσχετισμό προστασίας. Αν και αυτά τα δευτερογενή ευρήματα υποσκάπτουν, η επένδυση στην προφυλακτική ανάπτυξη του HSV εμβολίου μειώθηκε μετά τα αποτελέσματα αυτών των μελετών (Johnston και Gottlieb, 2017).

Χλαμύδια:

Οι κύριες προσεγγίσεις εμβολίων περιλαμβάνουν εμβόλια υπομονάδας με βάση την κύρια πρωτεΐνη εξωτερικής μεμβράνης (MOMP), ολόκληρα αδρανοποιημένα εμβόλια και ζωντανά εξασθενημένα εμβόλια. Ένας υποψήφιος ανασυνδυασμένος εμβολιασμός υπομονάδας MOMP, προήγαγε ισχυρούς τίτλους εξουδετερωτικών αντισωμάτων και αποκρίσεις Th1 και έδειξε προστασία έναντι της κολπικής χλαμυδιακής μόλυνσης σε μίνι χοίρους και κατά της ασθένειας ανώτερου γεννητικού συστήματος στους ποντικούς. Αυτός ο υποψήφιος εισήλθε σε κλινικές μελέτες κλινικής φάσης I το 2016. Μία σημαντική πρόοδος στο πεδίο ήταν η ικανότητα δημιουργίας εμβολιαζόμενης σποράς του βλεννογόνου των γεννητικών οργάνων με κύτταρα T μνήμης μόνιμης μνήμης CD4 +, το οποίο ήταν το κλειδί για μακρόχρονη προστασία κατά της χλαμυδιακής μόλυνσης σε ποντίκια. Ένα απαλλαγμένο από πλασμίδιο χλαμυδιακό στέλεχος που αξιολογείται ως εμβόλιο κατά της μόλυνσης του οφθαλμικού *C. trachomatis* (τραχώμα) μπορεί επίσης να ενημερώσει την ανάπτυξη εμβολίου για γεννητική λοίμωξη (Johnston και Gottlieb, 2017).

Γονόρροια:

Πολλές βιολογικές προκλήσεις υπάρχουν στην ανάπτυξη του γονοκοκκικού εμβολίου. Δεν υπάρχει φυσικός αποκρηθείσα ανοσία στη λοίμωξη. Το *N. gonorrhoeae* έχει μια εξαιρετικά αντιγονικά μεταβλητή επιφάνεια και είναι καλά

προσαρμοσμένο για να αποφύγει τις αποκρίσεις του ξενιστή και τα ισχυρά ζωικά μοντέλα για τη μελέτη της μόλυνσης είναι περιορισμένα. Πολλοί δυνητικοί στόχοι εμβολιασμού γονόρροιας έχουν ταυτοποιηθεί με βάση τη σχετική αντιγονική διατήρηση και σταθερότητα μεταξύ των στελεχών, αλλά αυτές δεν έχουν ακόμη αποδώσει βιώσιμους υποψήφιους εμβολιασμούς. Ωστόσο, είναι πλέον διαθέσιμα πιο εξελιγμένα μοντέλα ποντικών για την αξιολόγηση των ανοσολογικών αποκρίσεων και της νόσου με τρόπο που μιμείται περισσότερο την ανθρώπινη λοίμωξη. Μια πολλά υποσχόμενη εξέλιξη για την ανακάλυψη εμβολίου γονοκοκκικών κυττάρων σχετίζεται με υπάρχοντα εμβόλια έναντι ενός άλλου είδους *Neisseria*. Τα *N. gonorrhoeae* και *N. meningitidis* μοιράζονται 80-90% ομολογία των πρωτογενών αλληλουχιών και συνεπώς κάποιο επίπεδο διασταυρούμενης προστασίας είναι εύλογο (Johnston και Gottlieb, 2017).

Σύφιλη:

Λίγοι ερευνητές ασχολούνται με την ανάπτυξη εμβολίου σύφιλης, κυρίως λόγω της έλλειψης συνεκτικής χρηματοδότησης και δυσκολιών κατά τη χρήση του υφιστάμενου μοντέλου μόλυνσης από κουνέλια. Στις αρχές της δεκαετίας του 1970, τα κουνέλια που έλαβαν πολλαπλές ενέσεις ακτινοβολημένου *T. Pallidum* επί πολλές εβδομάδες έγιναν ανοσοποιημένα σε ασθένεια σε μετέπειτα πρόκληση. Αν και το θεραπευτικό σχήμα ανοσοποίησης που χρησιμοποιήθηκε δεν ήταν εφικτό για τον άνθρωπο, αυτό παρείχε απόδειξη της έννοιας ότι είναι δυνατή η προστασία από τη σύφιλη. Οι τρέχουσες προσπάθειες επικεντρώνονται στην αντίστροφη εμβολιολογία και στοχευμένες λειτουργικές μελέτες για τον εντοπισμό αντιγόνων σημαντικών για τις αλληλεπιδράσεις και την παθογένεση των παθογόνων-ξενιστών. Η πρόκληση τώρα είναι να δημιουργηθεί ο σωστός συνδυασμός αυτών των δυνητικών στόχων εμβολίου, με κατάλληλα πρόσθετα, για την ανάπτυξη ενός βιώσιμου υποψήφιου εμβολίου σύφιλης (Johnston και Gottlieb, 2017).

Ιός των ανθρώπινων θηλωμάτων:

Σε αντίθεση με τα παραπάνω έχει ήδη βρεθεί εμβόλιο για κάποιους τύπος του ιού των ανθρώπινων θηλωμάτων που προκαλούν καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Συγκεκριμένα, Το εμβόλιο HPV 2-valent (Cervarix), το οποίο κάλυψε τους τύπους 16 και 18, και το εμβόλιο HPV 4-valent (Gardasil), το οποίο κάλυψε τους τύπους 6, 11, 16 και 18, σταμάτησε στις Ηνωμένες Πολιτείες τον Οκτώβριο του 2016. Το HPV 9-

valent (Gardasil 9) είναι το μόνο εμβόλιο HPV που διατίθεται στις Ηνωμένες Πολιτείες (Gearhart, 2018).

Σε διαφέρουσα επιστημονική εργασία αναφέρονται διάφοροι τύποι φαρμάκων, ουσιών και προϊόντων για την αντιμετώπιση του ιού των ανθρώπινων θηλωμάτων. Σε αυτούς περιλαμβάνονται τα παρακάτω.

Ανοσοδιαμορφωτές, οι οποίοι είναι τροποποιητές ανοσολογικής απόκρισης και έχουν ανοσορρυθμιστικές επιδράσεις. Χρησιμοποιούνται για την θεραπεία των εξωτερικών ανογενετικών κονδυλωμάτων. Συγκεκριμένα ανήκουν στην κατηγορία των ιντερφερονών και μπορούν να χορηγηθούν τοπικά, συστηματικά και ενδοκολπικά. Διεγείρουν την παραγωγή κυτοκινών και επιδεικνύουν ισχυρή αντι-ικική δράση. Σε αυτά ανήκουν:

1. Imiquimod (Aldara, Zyclara). Το Imiquimod χορηγείται ως ατομική δόση. Μετά συνιστάται στους ασθενείς να πλύνουν την πληγείσα περιοχή με ήπιο σαπούνι και νερό κατά την αφύπνιση και να απομακρύνουν το παραμένον φάρμακο.
2. Interferon alfa-n3 (Alferon N). Αυτός ο παράγοντας ενδείκνυται για ενδοεπιχειρησιακή θεραπεία ανθεκτικού ή επαναλαμβανόμενου εξωτερικού κονδυλώματος acuminatum και είναι ιδιαίτερα χρήσιμος για ασθενείς που δεν έχουν ανταποκριθεί ικανοποιητικά σε άλλες μορφές θεραπείας (π.χ. ποδοφυλλίνη, χειρουργική εκτομή, θεραπεία με λέιζερ ή κρυοθεραπεία).
3. Interferon alfa-2b (Intron A). Αυτός ο παράγοντας ενδείκνυται για ενδοεπιχειρησιακή θεραπεία ανθεκτικού ή επαναλαμβανόμενου εξωτερικού κονδυλώματος acuminatum και είναι ιδιαίτερα χρήσιμος για ασθενείς που δεν έχουν ανταποκριθεί ικανοποιητικά σε άλλες μορφές θεραπείας (π.χ. ποδοφυλλίνη, χειρουργική εκτομή, θεραπεία με λέιζερ ή κρυοθεραπεία) (Gearhart, 2018).

Κερατολυτικοί παράγοντες. Τα αντιιωτικά φάρμακα αναστέλλουν τη διάσπαση των κυττάρων στη μίτωση, με αποτέλεσμα το θάνατο των πολλαπλασιαστικών κυττάρων. Προκαλούν το κερατινοποιημένο επιθήλιο να διογκωθεί, να μαλακώσει και στη συνέχεια να απολεπιστεί. Πολλοί από αυτούς είναι χημειοθεραπευτικοί παράγοντες.

Τα φάρμακα που απαριθμούνται παρακάτω χρησιμοποιούνται ειδικά για τη θεραπεία των ανογεννητικά κονδυλώματα ή κονδυλώματα των ακρυματών:

1. Podofilox (Condylox). Το podofilox είναι ένα τοπικό αντιμυτωτικό και είναι ο δραστικός παράγοντας ρητίνης ποδοφυλλίνης και διατίθεται ως διάλυμα 0,5%. Η θεραπεία οδηγεί σε νέκρωση του ορατού ιστού των βλεννογόνων. Ο ακριβής μηχανισμός δράσης είναι άγνωστος. Η θεραπεία πρέπει να περιορίζεται σε όχι περισσότερο από 10 cm² ιστού κονδυλωμάτων και δεν πρέπει να δίνεται περισσότερο από 0,5 ml / ημέρα διαλύματος. Αυτή είναι μια θεραπεία που εφαρμόζεται από τον ασθενή
2. Podophyllum resin (Podocon-25) Η ποδοφυλλίνη προέρχεται από το μήλο του Μαΐου (*Podophyllum peltatum* Linné) και περιέχει τον ενεργό παράγοντα ποντοφυλλοτοξίνη, μια κυτταροτοξική ουσία που αναστέλλει τη μίτωση στη μεταφάση. Η ισχύς της podophyllin ποικίλλει σημαντικά μεταξύ των παρτίδων. Ο ακριβής μηχανισμός δράσης είναι άγνωστος.
3. Trichloroacetic acid 85% (Tri-Chlor). Το τριχλωροοξικό οξύ (TCA) είναι ένας πολύ διαβρωτικός παράγοντας αποξήρανσης που καυτηριάζει το δέρμα, την κερατίνη και άλλους ιστούς και χρησιμοποιείται για να κάψει αλλοιώσεις. Αν και είναι καυστικό, προκαλεί λιγότερους τοπικούς ερεθισμούς και συστηματική τοξικότητα από άλλους παράγοντες της ίδιας κατηγορίας. Ωστόσο, η ανταπόκριση είναι συχνά ελλιπής και η υποτροπή είναι κοινή.
4. Salicylic Acid. Με τη διάλυση της ενδοκυτταρικής ουσίας τσιμέντου, το σαλικυλικό οξύ παράγει απολέπιση του καυτού στρώματος του δέρματος χωρίς να επηρεάζει τη δομή της βιώσιμης επιδερμίδας. Χρησιμοποιείται για την αφαίρεση των μη γεννητικών δερματικών κονδυλωμάτων, ιδιαίτερα των κοινών ή πελματιαίων κονδυλωμάτων. Πριν από την εφαρμογή, πλύνετε την πληγείσα περιοχή. Η κονδυλωσία μπορεί να εμποτιστεί με ζεστό νερό για 5 λεπτά. Στεγνώστε προσεκτικά την περιοχή (Gearhart, 2018).

Αντινεοπλαστικά, Αντιμεταβολίτες. Οι αντιμεταβολίτες παρεμποδίζουν τη σύνθεση νουκλεϊνικών οξέων και αναστέλλουν την ανάπτυξη και τον πολλαπλασιασμό των κυττάρων. Αυτά είναι τοπικά παρασκευάσματα που περιέχουν την φθοριωμένη 5-φθοροουρακίλη πυριμιδίνης (5-FU). Αν και αυτοί οι χημειοθεραπευτικοί παράγοντες

δεν έχουν εγκριθεί επίσημα για χρήση έναντι κονδυλωμάτων, μερικές μελέτες έχουν αποδείξει ένα όφελος έναντι των ανογεννητικών κονδυλωμάτων ή των κονδυλωμάτων των ακρυματών.

1. Fluorouracil topical (Efudex, Carac, Fluoroplex). Το τοπικό 5-FU παρεμβαίνει στη σύνθεση του DNA παρεμποδίζοντας τη μεθυλίωση του δεοξουριδυλικού οξέος και αναστέλλει τη θυμιδυλική συνθετάση, η οποία στη συνέχεια μειώνει τον πολλαπλασιασμό των κυττάρων. Η κύρια ένδειξη είναι η τοπική θεραπεία ακτινικών κερατοειδών. Αν και δεν έχει εγκριθεί από την Αμερικανική Υπηρεσία Τροφίμων και Φαρμάκων (FDA) για τη θεραπεία των κονδυλωμάτων, έχει χρησιμοποιηθεί σε ενήλικες, ιδιαίτερα για κονδυλώματα ανθεκτικά σε άλλες μορφές θεραπείας. Χρησιμοποιείται για τη διαχείριση επιφανειακών καρκινωμάτων βασικών κυττάρων (Gearhart, 2018).

Τοπικά δερματικά προϊόντα. Sinecatechins (Veregen). Η αλοιφή Sinecatechins είναι ένα βοτανικό φάρμακο για τοπική χρήση που αποτελείται από εκχύλισμα από φύλλα πράσινου τσαγιού. Περιέχει 15% sinecatechins και διατίθεται σε σωλήνες 15 και 30 g. Ο τρόπος δράσης του είναι άγνωστος, αλλά προκαλεί αντιοξειδωτική δραστηριότητα *in vitro*. Η αλοιφή Sinecatechins ενδείκνυται για τοπική θεραπεία εξωτερικών γεννητικών και περιπρωκτικών κονδυλωμάτων (*condylomata acuminata*) σε ασθενείς με ανοσοκαταστολή

Εμβόλια, αδρανοποιημένα, ιογενή. Υπάρχουν τρία εμβόλια για την πρόληψη των δυσπλασιών και νεοπλασιών που σχετίζονται με τον HPV, συμπεριλαμβανομένου του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, του αιδίου, του κόλπου και του πρωκτού. Των κονδυλωμάτων γεννητικών οργάνων (*condylomata acuminata*) και προκαρκινικές γεννητικές αλλοιώσεις, εμβόλιο κατά του ιού του ανθρώπινου θηλώματος (Gardasil 9). Ανασυνδυασμένο εμβόλιο που στοχεύει σε 9 τύπους HPV (6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 και 58). Ενδείκνυται για τα θηλυκά ηλικίας 9 έως 26 ετών για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, του αιδοίου, του κόλπου και του πρωκτού. Ενδείκνυται επίσης για την πρόληψη των κονδυλωμάτων των γεννητικών οργάνων και των δυσπλαστικών αλλοιώσεων (π.χ. τραχηλικού, αιδοίου, κολπικού, πρωκτού) (Gearhart, 2018).

Επίσης ενδείκνυται για άντρες ηλικίας 9-26 ετών για την πρόληψη κονδυλωμάτων γεννητικών οργάνων (condyloma acuminata) που προκαλούνται από τους τύπους 6 και 11 του HPV, πρωκτικός καρκίνος που προκαλείται από τους τύπους HPV 16, 18, 31, 33, 45, 52 και 58 και της πρωκτικής ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας που προκαλείται από τους τύπους 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 και 58 του HPV.

Ανθρώπινο εμβόλιο ιού θηλώματος, τετραπλό (Gardasil). Οκτώβριος 2016: Το τετραδύναμο εμβόλιο HPV σταμάτησε στις Ηνωμένες Πολιτείες. Το ανασυνδυασμένο εμβόλιο HPV ήταν το πρώτο εμβόλιο που υποδεικνύεται ότι εμποδίζει τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, τα κονδυλώματα των γεννητικών οργάνων και προκαρκινικές γεννητικές αλλοιώσεις εξαιτίας HPV τύπων 6, 11, 16 και 18. Η αποτελεσματικότητά της προκαλείται από χημικές ανοσοαποκρίσεις μετά από σειρές ανοσοποίησης. Το τετραδύναμο εμβόλιο είναι εγκεκριμένο για θηλυκά ηλικίας 9-26 ετών και βρίσκεται υπό αναθεώρηση προτεραιότητας, για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας σε γυναίκες ηλικίας 27-45 ετών. Ενδείκνυται για τα αγόρια και τους άνδρες ηλικίας 11-26 ετών για την πρόληψη της ακλουμίνης condylomata που προκαλείται από τους τύπους 6 και 11 του HPV. Ενδείκνυται επίσης σε άτομα ηλικίας 9-26 ετών για την πρόληψη του καρκίνου του πρωκτού και των συναφών προκαρκινικών βλαβών.

Ανθρώπινο εμβόλιο ιού θηλώματος, δισθενές (Cervarix). Οκτώβριος 2016: Το δισκίο εμβόλιο HPV σταμάτησε στις Ηνωμένες Πολιτείες. Το δισθενές εμβόλιο HPV είναι ένα ανασυνδυασμένο εμβόλιο που παρασκευάζεται από την πρωτεΐνη L1 των τύπων 16 και 18 του HPV. Ενδείκνυται σε κορίτσια και γυναίκες ηλικίας 10-25 ετών για την πρόληψη ασθενειών που προκαλούνται από τύπους 16 και 18 των ογκογονικών HPV (Gearhart, 2018).

9.4. Μελέτες για την Πρόληψη με βάση το Προφυλακτικό στα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα

Τα προφυλακτικά αποτελούν κρίσιμη συνιστώσα μιας συνολικής και βιώσιμης προσέγγισης για την πρόληψη του HIV και άλλων σεξουαλικά μεταδιδόμενων λοιμώξεων και είναι αποτελεσματικά για την πρόληψη της ακούσιας εγκυμοσύνης. Το 2013, περίπου 2,1 εκατομμύρια άνθρωποι προσβλήθηκαν με τον ιό HIV και περίπου 500 εκατομμύρια άνθρωποι απέκτησαν γλαμύδια, γονόρροια, σύφιλη (UNAIDS, 2014). Επιπλέον, κάθε χρόνο περισσότερες από 200 εκατομμύρια γυναίκες έχουν ανεκπλήρωτες ανάγκες για αντισύλληψη (WHO, 2015), οδηγώντας σε περίπου 80 εκατομμύρια ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες (UNFPA/Guttmacher Institute, 2012). Αυτές οι τρεις προτεραιότητες για τη δημόσια υγεία απαιτούν αποφασιστική ανταπόκριση χρησιμοποιώντας όλα τα διαθέσιμα εργαλεία, με τα προφυλακτικά να διαδραματίζουν κεντρικό ρόλο. Τα ανδρικά και θηλυκά προφυλακτικά είναι οι μόνες συσκευές που μειώνουν τη μετάδοση του HIV και άλλων σεξουαλικά μεταδιδόμενων λοιμώξεων και εμποδίζουν την ακούσια εγκυμοσύνη.

Οι εργαστηριακές μελέτες δείχνουν ότι τα προφυλακτικά παρέχουν ένα αδιαπέραστο εμπόδιο στα σωματίδια μεγέθους των παθογόνων σπερματοζωαρίων και ΣΜΝ, συμπεριλαμβανομένου του HIV (Smith, 2013). Τα προφυλακτικά, όταν χρησιμοποιούνται με συνέπεια και σωστά, είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικά στην πρόληψη της σεξουαλικής μετάδοσης του HIV. Η έρευνα μεταξύ των οροθετικών ζευγαριών (όπου ένας σύντροφος ζει με HIV και ο άλλος όχι) δείχνει ότι η συνεπής χρήση προφυλακτικών μειώνει σημαντικά τον κίνδυνο μετάδοσης του HIV τόσο από άνδρες σε γυναίκες, όσο και από γυναίκες σε άνδρες (Smith, 2015). Η σωστή χρήση προφυλακτικών μειώνει επίσης τον κίνδυνο απόκτησης άλλων ΣΜΝ και συναφών καταστάσεων, συμπεριλαμβανομένων των κονδυλωμάτων των γεννητικών οργάνων και του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας (Sedgh, 2014). Με ποσοστό αποτυχίας περίπου 2% όταν χρησιμοποιούνται με συνέπεια και σωστά, τα προφυλακτικά είναι πολύ αποτελεσματικά στην πρόληψη της ακούσιας εγκυμοσύνης (Trussell, 2013).

Τα προφυλακτικά έχουν συμβάλει στη μείωση της μετάδοσης του ιού HIV και έχουν περιορίσει την ευρύτερη διάδοση του ιού HIV σε περιοχές όπου η επιδημία είναι συγκεντρωμένη σε συγκεκριμένους πληθυσμούς (Boily, 2013). Η διάδοση των προφυλακτικών έχει αποδειχθεί ότι μειώνει τα ποσοστά HIV και άλλων ΣΜΝ (Johnson, 2012). Στην Ινδία και την Ταϊλάνδη αυξήθηκε η διανομή προφυλακτικών και σε συνδυασμό με άλλες παρεμβάσεις πρόληψης συνδέονταν με μειώσεις της

μετάδοσης τόσο HIV όσο και άλλων ΣΜΝ. Η Ζιμπάμπουε και η Νότια Αφρική είναι δύο χώρες υψηλής επικράτησης όπου διαπιστώθηκε αυξημένη χρήση προφυλακτικού για τη μείωση της συχνότητας εμφάνισης του HIV (Stover, 2014).

Μια πρόσφατη ανάλυση παγκόσμιου μοντέλου εκτιμά ότι τα προφυλακτικά έχουν αποτρέψει περίπου 50 εκατομμύρια νέες μολύνσεις από τον ιό HIV και από την εμφάνιση της επιδημίας του ιού HIV (Kennedy, 2014). Τα προφυλακτικά παραμένουν βασική συνιστώσα των προγραμμάτων πρόληψης του HIV με μεγάλη επίδραση (Dusabe, 2015). Τα προφυλακτικά έχουν μελετηθεί καλά σε εργαστηριακές εξετάσεις και έχει διαπιστωθεί ότι είναι αδιαπέραστα από τον ιό HIV, πράγμα που σημαίνει ότι ο ιός HIV δεν μπορεί να περάσει από αυτά (Crosby, 2013). Μπορεί να αποτύχουν στην πρόληψη της έκθεσης στον ιό HIV ή των άλλων ΣΜΝ εάν σπάσουν, γλιστρήσουν ή διαρρέυσουν κατά τη διάρκεια του σεξ. Αυτοί οι τύποι μηχανικής βλάβης του προφυλακτικού είναι σχετικά σπάνιοι, με μελέτες που εκτιμούν ότι τα εξωτερικά προφυλακτικά αποτυγχάνουν μεταξύ 0,4% και 6,5% του χρόνου και ότι τα εσωτερικά προφυλακτικά αποτυγχάνουν μεταξύ 0,1% και 5,6% του χρόνου (Johnson, 2018).

Σε μελέτες σχετικά με τη θραύση, την ολίσθηση και τη διαρροή των προφυλακτικών, δεν ήταν δυνατό να γνωρίζουμε πόσοι συμμετέχοντες χρησιμοποιούν σωστά τα προφυλακτικά. Ωστόσο, η έρευνα δείχνει ότι τα ποσοστά της αποτυχίας του προφυλακτικού μειώνονται με συχνότερη χρήση προφυλακτικών και περισσότερες εμπειρίες προηγούμενης αποτυχίας (Sanders, 2012). Όλα αυτά τα στοιχεία δείχνουν το συμπέρασμα ότι με την πάροδο του χρόνου οι άνθρωποι μαθαίνουν να χρησιμοποιούν σωστά τα προφυλακτικά και αυτό μειώνει τα ποσοστά αποτυχίας. Ωστόσο, η αποτυχία δεν μειώνεται ποτέ στο μηδέν, ακόμη και για έμπειρους χρήστες προφυλακτικών που χρησιμοποιούν προφυλακτικά με συνέπεια και σωστά (Sanders, 2012).

Όταν η αποτελεσματικότητα του προφυλακτικού δοκιμάζεται σε οροθετικά ζευγάρια (όπου ένας συνεργάτης είναι HIV θετικός και ο άλλος HIV αρνητικός), η αποτελεσματικότητα του προφυλακτικού μπορεί να κυμανθεί σημαντικά. Αυτό συμβαίνει επειδή τα προφυλακτικά δεν χρησιμοποιούνται πάντα σταθερά και σωστά στην πραγματική ζωή. Οι παρατηρητικές μελέτες σχετικά με την

αποτελεσματικότητα του προφυλακτικού έχουν εξετάσει τα ποσοστά μετάδοσης του ιού HIV μεταξύ των ζευγαριών που ανέφεραν πάντα χρήση προφυλακτικών συγκριτικά με τα ζευγάρια που δήλωσαν ότι ποτέ δεν χρησιμοποιούν προφυλακτικά (Smith, 2015). Οι μεταγενέστερες αναλύσεις (μετα-αναλύσεις) πολλών μελετών σε ετεροφυλόφιλα ζευγάρια έχουν εκτιμήσει ότι η αποτελεσματικότητα της σταθερής χρήσης προφυλακτικών κυμαίνεται μεταξύ 69% και 94% (Global Industry Analysts, 2014). Παρόμοια αποτελέσματα (αποτελεσματικότητα 70% έως 91%) έχουν παρατηρηθεί σε μελέτες ομοφυλοφίλων, αμφιφυλόφιλων και άλλων ανδρών που έχουν σεξουαλική επαφή με άνδρες (Kennedy, 2014). Αυτό το ευρύ φάσμα εκτιμήσεων μπορεί να σχετίζεται με τον αριθμό των μελετών που περιλαμβάνονται και με τους διάφορους τρόπους με τους οποίους οι ερευνητές πραγματοποίησαν τις αναλύσεις. Για παράδειγμα, στην πιο πρόσφατη μετα-ανάλυση που βρήκαν 91% αποτελεσματικότητα μεταξύ των ανδρών που έχουν σεξουαλική επαφή με άνδρες, συμπεριλήφθηκαν τέσσερις μελέτες και οι ερευνητές εξέτασαν πόσο αποτελεσματικά είναι τα προφυλακτικά ανά αριθμό συνεργατών αντί για ανά φύλο πράξης (Liu, 2014). Οι συγγραφείς προτείνουν ότι αυτός ο τύπος ανάλυσης δημιουργεί μια ακριβέστερη εκτίμηση της αποτελεσματικότητας του προφυλακτικού. Δεν υπάρχουν παρόμοια δεδομένα για την αποτελεσματικότητα των εσωτερικών προφυλακτικών στη μείωση του κινδύνου μετάδοσης του HIV μέσω του κολπικού ή πρωκτικού φύλου (Marks G, 2015). Ωστόσο, επειδή είναι κατασκευασμένα και από υλικό που δεν αφήνει τον HIV να περάσει και έχουν χαμηλά ποσοστά αποτυχίας, είναι πιθανό να έχουν παρόμοια αποτελεσματικότητα.

Παρόλο που τα προφυλακτικά αποτελούν μέρος των περισσότερων εθνικών προγραμμάτων HIV, ΣΜΝ και αναπαραγωγικής υγείας, τα προφυλακτικά δεν έχουν διανεμηθεί και δεν προωθούνται επαρκώς προληπτικά. Η εθνική κατανομή και πώληση προφυλακτικών μπορεί να ενισχυθεί εφαρμόζοντας μια συνολική προσέγγιση της αγοράς που συνδυάζει τη διανομή του δημόσιου τομέα, το μάρκετινγκ και τις πωλήσεις του ιδιωτικού τομέα. Πρέπει να αρθούν τα διοικητικά εμπόδια που εμποδίζουν τα προγράμματα και τους οργανισμούς να παρέχουν επαρκείς ποσότητες προφυλακτικών για διανομή. Σε τοποθεσίες επικράτησης υψηλού κινδύνου για τον ιό HIV, η προαγωγή και η διανομή προφυλακτικών πρέπει να ενσωματωθεί συστηματικά στην κοινοτική εμβέλεια και στην παροχή υπηρεσιών και στην ευρύτερη παροχή υπηρεσιών υγείας (WHO, 2015).

9.5. Μελέτες για συμπεριφορές Σεξουαλικού Κινδύνου: πρόληψη εγκυμοσύνης HIV, ΣΜΝ και έφηβοι

Πολλοί νέοι εμπλέκονται σε σεξουαλικές συμπεριφορές κινδύνου και εμπειρίες που μπορούν να οδηγήσουν σε ακούσια αποτελέσματα υγείας. Για παράδειγμα, μεταξύ των μαθητών γυμνασίων των ΗΠΑ που ερωτήθηκαν το 2017 είχαν τα εξής αποτελέσματα:

- ✓ Το 40% δεν είχαν ποτέ σεξουαλική επαφή.
- ✓ Το 10% είχε τέσσερις ή περισσότερους σεξουαλικούς συντρόφους.
- ✓ Το 7% είχε αναγκαστεί να έχει σεξουαλική επαφή, ενώ δεν το ήθελε.
- ✓ Το 30% είχε σεξουαλική επαφή τους προηγούμενους 3 μήνες και, από αυτούς, το 46% δεν χρησιμοποίησε προφυλακτικό την τελευταία φορά που έκαναν σεξ.
- ✓ Το 14% δεν χρησιμοποίησε καμία μέθοδο για την πρόληψη της εγκυμοσύνης.
- ✓ Το 19% είχε πει αλκοόλ ή χρησιμοποίησε ναρκωτικά πριν από την τελευταία σεξουαλική επαφή.
- ✓ Σχεδόν το 10% όλων των φοιτητών δεν έχουν εξεταστεί ποτέ για τον ιό της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας (HIV).

Τα στοιχεία από το CDC (CDC, 2018) δείχνουν ότι οι μαθητές ομοφυλόφιλων και αμφιφυλόφιλων διατρέχουν σημαντικό κίνδυνο για σοβαρές επιπτώσεις στην υγεία σε σύγκριση με τους συμμαθητές τους. Οι συμπεριφορές σεξουαλικού κινδύνου θέτουν τη νεολαία σε κίνδυνο για λοίμωξη από τον ιό HIV, άλλες σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες και ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη:

Οι νέοι (ηλικίας 13-24 ετών) αντιπροσωπεύουν το 21% όλων των νέων διαγνώσεων HIV στις Ηνωμένες Πολιτείες το 2016. Μεταξύ των νέων (ηλικίας 13-24 ετών) που διαγνώστηκαν με HIV το 2016, το 81% ήταν άνδρες ομοφυλόφιλοι και αμφιφυλόφιλοι. Τα μισά από τα 20 εκατομμύρια νέα ΣΜΝ που αναφέρονται κάθε χρόνο είναι μεταξύ των νέων ηλικίας 15 έως 24ετών. Σχεδόν 210.000 μωρά γεννήθηκαν από κορίτσια ηλικίας 15-19 ετών το 2016. Για να μειωθούν οι συμπεριφορές σεξουαλικού κινδύνου και τα σχετικά προβλήματα υγείας μεταξύ των

νέων, τα σχολεία και άλλες οργανώσεις που υπηρετούν τη νεολαία μπορούν να βοηθήσουν τους νέους να υιοθετήσουν δια βίου στάσεις και συμπεριφορές που προωθούν την ευεξία, συμπεριλαμβανομένων των συμπεριφορών που μειώνουν τον κίνδυνο για τον ιό HIV, άλλες ΣΜΝ και την ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη. Η Εθνική Στρατηγική για το HIV / AIDS απαιτεί να εκπαιδεύονται όλοι οι Αμερικανοί για τον ιό HIV. Αυτό περιλαμβάνει τη γνώση για το πώς μεταδίδεται και αποτρέπεται ο ιός HIV και γνωρίζοντας ποιες συμπεριφορές θέτουν τα άτομα σε μεγαλύτερο κίνδυνο λοίμωξης. Η ευαισθητοποίηση και η εκπαίδευση στο HIV πρέπει να ενσωματωθούν παγκοσμίως σε όλα τα εκπαιδευτικά περιβάλλοντα (Martin et al., 2018).

9.6. Μελέτες για υπηρεσίες σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων για εφήβους και νέους σε χώρες με χαμηλό και μεσαίο εισόδημα

Η πρόσβαση στις υπηρεσίες σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας (SRH), είναι ζωτικής σημασίας για τους σεξουαλικά δραστήριους εφήβους. Ωστόσο οι ανάγκες φροντίδας τους συχνά δεν ικανοποιούνται. Γι αυτό το λόγο πραγματοποιήθηκε μια συστηματική ανασκόπηση μεθόδων για την αξιολόγηση των απόψεων των εφήβων και των παρόχων υγείας (γιατροί, νοσηλευτές, εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας), σχετικά με τα εμπόδια στην αναζήτηση κατάλληλης ιατρικής περίθαλψης, για υπηρεσίες σεξουαλικά μεταδιδόμενων λοιμώξεων για εφήβους. Αναζητήθηκε επιστημονική βιβλιογραφία για μελέτες που δημοσιεύτηκαν μεταξύ του 2001 και 2014 με πληθυσμό μελέτης νέων (ηλικίας 10-24 ετών) ή και παρόχους υπηρεσιών υγείας για ένταξη από 15 χώρες και τέσσερις περιοχές του κόσμου με χαμηλό και μεσαίο επίδομα (Υποσαχάρια Αφρική, Νότια Ασία, Νοτιοανατολική Ασία και Ειρηνικός). Οι θεματικές αναλύσεις κατέγραψαν βασικά θέματα σε όλες τις μελέτες (Newton et al., 2016).

Δέκα μελέτες συζήτησαν την γνώση και την ευαισθητοποίηση ως εμπόδια στην αναζήτηση φροντίδας. Κάποιοι νέοι είχαν ακούσει για τα ΣΜΝ, αλλά η πλειοψηφία τους δεν μπόρεσε να αναφέρει τα συμπτώματα λόγω άγνοιας ή είχε παρανοήσεις σχετικά με αυτά. Επιπλέον η νεολαία ήταν συχνά περισσότερο ενημερωμένη σχετικά με την αντισύλληψη ή τον HIV, παρά για τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα γενικά. Η έλλειψη γνώσης συχνά συνδέεται με την μη αναζήτηση φροντίδας ή την καθυστέρηση της θεραπείας. Σε μερικές μελέτες, οι νέοι ανέφεραν ότι φοβόντουσαν

να αναζητήσουν υπηρεσίες επειδή φοβόντουσαν και δεν γνώριζαν τι θα συνέβαινε κατά την επίσκεψη σε κλινική.

Οι γονείς και οι πάροχοι υγείας παρουσίασαν επίσης εμπόδια στην γνώση, επειδή δεν ήταν πρόθυμοι ή αδυνατούσαν να παρέχουν πληροφορίες σχετικά με τις υπηρεσίες σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας. Οι νέοι ανέφεραν ότι ήθελαν να πάρουν πληροφορίες από τους γονείς και τους παρόχους αλλά δεν τους τις παρείχαν. Σε εννέα μελέτες τόσο οι αστικές, όσο και οι αγροτικές νεολαίες και οι πάροχοι ανέφεραν συγκεκριμένα εμπόδια σχετικά με την διαθεσιμότητα προϊόντων και υπηρεσιών.

Η έλλειψη προσωπικού (συμπεριλαμβανομένου του αριθμού και του χρόνου του προσωπικού), συγκαταλέγονταν στα πιο συχνά εντοπισμένα εμπόδια. Τα αποθέματα (εξάντληση προμηθειών) ή τα περιορισμένα κεφάλαια σημειώθηκαν επίσης ως εμπόδια. Η διαθεσιμότητα ήταν ένα θέμα σε όλες τις περιοχές, αλλά συζητήθηκε περισσότερο στις μελέτες της Ανατολικής Αφρικής. Δεκαεπτά μελέτες συζήτησαν την προσβασιμότητα των υπηρεσιών μεταξύ των οποίων 12 αναγνώρισαν την προσβασιμότητα ως εμπόδιο. Μεταξύ των φραγμών προσβασιμότητας που αναφέρθηκαν πιο συχνά ή ήταν εκείνοι που σχετίζονταν με το κόστος των υπηρεσιών. Οι τοποθεσίες των υπηρεσιών ή θέματα που σχετίζονται με την μεταφορά, αναφέρονται επίσης κάποιες φορές (Newton et al., 2016).

Αρκετές μελέτες αναγνώρισαν συγκεκριμένους φραγμούς για το σύστημα που εμπόδισαν την προσβάσιμη φροντίδα. Τα συστήματα κλινικής συχνά περιόρισαν την πρόσβαση των νέων στην παροχή υπηρεσιών ή δεν δημιουργήθηκαν για να παρέχουν αποτελεσματική φροντίδα για την νεολαία. Δεκατέσσερις μελέτες σημείωσαν την σημασία του χαρακτηριστικού παρόχου για την νεολαία που αναζητά υπηρεσίες σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας. Οι περισσότεροι περιγραφόμενοι πάροχοι είναι «κρίσιμοι» ή «φτωχοί». Οι αρνητικές συμπεριφορές περιλαμβάνουν: αγενή ή εχθρική θεραπεία, κατηγορητήριο, διδασκαλία ή επίπληξη στην νεολαία. Τα εμπόδια που σχετίζονται με την συμπεριφορά του παρόχου συζητήθηκαν τόσο από αγόρια, όσο και από τα κορίτσια, τόσο σε αγροτικό, όσο και σε αστικό περιβάλλον.

Η αναφερθείσα συμπεριφορά του παρόχου προς την νεολαία ωστόσο διέφερε ανάλογα με τον τύπο του παρόχου υπηρεσιών. Οι ΜΚΟ ή οι ειδικές εγκαταστάσεις

παροχής υπηρεσιών για νέους συχνά έχουν πιο φιλικούς παροχείς. Συνολικά 16 μελέτες συζήτησαν την εμπιστευτικότητα ως εμπόδιο για την φροντίδα. Οι ανησυχίες της νεολαίας σχετικά με την εμπιστευτικότητα αφορούσαν τόσο τις δυνατότητες και την ικανότητα του παρόχου να εξασφαλίσει την εμπιστευτικότητα. Το επικρατούμενο εμπόδιο που συζητήθηκε σε κάθε μελέτη για την πρόσβαση στις υπηρεσίες ΣΜΝ ήταν το στίγμα και η ντροπή. Οι νέοι συχνά ανησυχούν πολύ για την αναγνώριση τους από τις κοινότητες τους, τους γονείς, τους συγγενείς τους, τους φίλους τους, που θα μπορούσε να οδηγήσει σε κουτσομπολιά και κρίση που συνδέονται με το στίγμα.

Ο πολιτισμός, οι κοινωνικοί κανόνες και τα ταμπού που σχετίζονται με την σεξουαλικότητα, περιγράφονται ως εμπόδια από τους νέους και τους παρόχους. Ο συνηθισμένος κανόνας ότι η νεολαία δεν πρέπει να είναι σεξουαλικά ενεργή ή να χρησιμοποιεί υπηρεσίες SRH συχνά δυσκολεύει την νεολαία να έχει πρόσβαση στην περίθαλψη και για τους παρόχους να την παραδώσει. Τα ταμπού σχετικά με την εφηβική σεξουαλικότητα ήταν επίσης στενά συνδεδεμένα με τις πιέσεις των θρησκευτικών ηγετών ή των γονέων στην κοινότητα. Οι γονείς σημειώθηκαν ότι είναι κατά της σεξουαλικής δραστηριότητας των νέων, όπως αποδεικνύεται από την άρνηση τους να συζητήσουν το σεξ ή να παρέχουν σεξουαλική διαπαιδαγώγηση.

Από τα παραπάνω βγαίνει το συμπέρασμα ότι έφηβοι σε χώρες με υψηλό και μεσαίο εισόδημα αντιμετωπίζουν σημαντικά εμπόδια στην απόκτηση υπηρεσιών ΣΜΝ και SRH. Η βελτίωση της πρόληψης μπορεί να απαιτεί προσπάθειες αντιμετώπισης των συμπτωμάτων και των στάσεων των παρόχων, συμπεριλαμβανομένων των ζητημάτων εμπιστευτικότητας. Επιπλέον, η αντιμετώπιση των φραγμών στις υπηρεσίες ΣΜΝ ενδέχεται να απαιτεί την αντιμετώπιση πολιτιστικών κανόνων που σχετίζονται με την εφηβική σεξουαλικότητα (Newton et al., 2016).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10 ΚΛΙΝΙΚΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ

➤ Πρόκειται για ασθενή 24 ετών, ο οποίος προσήλθε ίδια βουλήσει στη Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων (ΜΕΛ) του Νοσοκομείου «Α. Συγγρός» προκειμένου να υποβληθεί σε HIV test, το οποίο και ανευρέθη θετικό το 2016. Ο ασθενής κατά τα άλλα είχε ελεύθερο ατομικό ιστορικό εκτός από ένα επεισόδιο οξυτενών κονδυλωμάτων πρωκτού προ τριών ετών, για το οποίο είχε υποβληθεί σε κρυοθεραπεία. Κατά τη διάγνωση της HIV λοίμωξης τα CD4 λεμφοκύτταρα του ασθενούς ήταν 140/ml (8,75%) και το ιικό φορτίο του 1.110.000 copies/ml. Ο συνοδός ορολογικός έλεγχος για άλλα ΣΜΝ (ηπατίτιδες Α, Β και C και σύφιλη) ήταν αρνητικός. Ο ασθενής ξεκίνησε άμεσα αντιρετροϊκή αγωγή και ένα έτος μετά τα CD4 λεμφοκύτταρα ήταν 608 (20,28%), ενώ το ιικό του φορτίο ήταν μη ανιχνεύσιμο (<50 copies/ml).

Το Σεπτέμβριο του 2017 ο ασθενής προσήλθε στη ΜΕΛ αιτιώμενος κακουχία, ναυτία, εμέτους, διαρροϊκές κενώσεις, επιγαστραλγία και χαμηλό εμπύρετο. Από τη φυσική εξέταση, επισκοπικά παρουσίαζε ικτερική χροιά δέρματος και επιπεφυκότων και από την ψηλάφηση ανευρέθη ήπια ηπατοσπληνομεγαλία. Από τον εργαστηριακό έλεγχο προέκυψε μεγάλη αύξηση των ηπατικών ενζύμων. Ο συνοδός ορολογικός έλεγχος ήταν αρνητικός για τις ηπατίτιδες Β και C, αλλά θετικός για ηπατίτιδα Α (με θετικά τα ολικά και IgM αντισώματα). Ακολούθησε υπερηχογράφημα ήπατος, το οποίο και ανέδειξε οριακή ηπατομεγαλία, χωρίς άλλα ευρήματα, καθώς και αξονική άνω-κάτω κοιλίας η οποία επιβεβαίωσε τα ανωτέρω ευρήματα. Ακολούθως, συνέστη στον ασθενή συντηρητική υποστηρικτική αγωγή για αντιμετώπιση των συμπτωμάτων. Επίσης έγινε προσωρινή διακοπή αντιρετροϊκής θεραπείας για αποφυγή περαιτέρω επιβάρυνσης του ήπατος, ειδική δίαιτα και αποχή από το αλκοόλ και στενή παρακολούθηση της πορείας του.

Εν τούτοις, ο ασθενής συνέχισε να παρουσιάζει βραδεία επιδείνωση της κλινικής του εικόνας το επόμενο διάστημα. Πιο συγκεκριμένα, εμφάνιζε πιο έντονα τα αρχικά του συμπτώματα και παρουσίαζε επιδείνωση των εργαστηριακών του ευρημάτων, με ακόμα μεγαλύτερη αύξηση των ηπατικών ενζύμων. Τελικώς εισήχθη για νοσηλεία για περαιτέρω αντιμετώπιση και διερεύνηση, η οποία είχε ως εξής:

Εφαρμογή νοσηλευτικής διεργασίας 1:

Ανάγκες- Προβλήματα	Αντικειμενικοί σκοποί	Νοσηλευτικός Προγραμματισμός	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση- Αποτελέσματα
Ναυτία-Έμετοι.	Απαλλαγή από το αίσθημα της ναυτίας και των εμετικών επεισοδίων.	Παρακολούθηση ασθενούς για εμετικά επεισόδια. Επικοινωνία με τον ασθενή για αίσθηση ναυτίας.	Χορήγηση αντιεμετικού φαρμάκου με βάση της ιατρικής οδηγίας. Αποφυγή λήψης τροφής μέχρι να σταματήσει η ναυτία.	Οι εμετοί σταμάτησαν και οι ναυτίες μειώθηκαν αισθητά.
Διαρροϊκές κενώσεις.	Διακοπή διαρροϊκών κενώσεων.	Παρακολούθηση και αξιολόγηση κενώσεων ασθενούς. Έναρξη ειδικής αντιδιαρροϊκής διαίτας.	Χορήγηση ειδικού φαρμάκου για την διακοπή των διαρροϊκών κενώσεων με βάση την ιατρική οδηγία. Έναρξη ειδικής αντιδιαρροϊκής διαίτας.	Οι διαρροϊκές κενώσεις μειώθηκαν και η κενώσεις επέστρεψαν στα φυσιολογικά τους επίπεδα.
Επιγαστραλγία.	Απαλλαγή από τον πόνο.	Επικοινωνία με τον ασθενή για στάδιο πόνο με βάση την κλίμακα από το 0-10. Παρακολούθηση της επιγαστραλγίας.	Χορήγηση αναλγητικού φαρμάκου. Επανέλεγχος πόνου με βάση την κλίμακα.	Ο πόνος σταμάτησε και στην κλίμακα έφτανε μέχρι το 1.
Χαμυλό εμπύρετο.	Πτώση θερμοκρασίας στα φυσιολογικά επίπεδα.	Λήψη ζωτικών σημείων ανά 3 ώρες. Έλεγχος της θερμοκρασίας του ασθενούς.	Χορήγηση αντιπυρετικού φαρμάκου με βάση την αγωγή του ασθενούς. Τοποθέτηση κρύων επιθεμάτων στο μέτωπο για ανακούφιση του ασθενή.	Η θερμοκρασία του σώματος επανήλθε στα φυσιολογικά.
Κακουχία	Ξεκούραση ασθενούς και αντιμετώπιση γενικών συμπτωμάτων.	Διατήρηση ήρεμου περιβάλλοντος και παρότρυνση του ασθενούς για ξεκούραση και ύπνο.	Διατήρηση ήσυχου περιβάλλοντος για και καλής επικοινωνίας με τον ασθενή. Ξεκούραση και επάρκεια ύπνου του ασθενούς. Έναρξη φαρμακευτικής αγωγής και αντιμετώπιση γενικών συμπτωμάτων.	Ο ασθενής ένωσε ξεκούραστος και σε καλύτερη σωματική αλλά και ψυχική κατάσταση. Τα γενικά συμπτώματα αντιμετωπίστηκαν.

Ωστόσο ο νέος απεικονιστικός έλεγχος ανέδειξε αύξηση της ηπατομεγαλίας. Ο λοιπός παρακλινικός έλεγχος δεν ανέδειξε παθολογικά ευρήματα και δεν βοήθησε περισσότερο. Τις επόμενες ημέρες ενώ ο ίκτερος υποχώρησε ελαφρά, εμφανίστηκε γενικευμένο κηλιδοβλατιδώδες εξάνθημα στον κορμό και τα άκρα, με εντόπιση και σε παλάμες-πέλματα, με το χαρακτηριστικό περιτραχήλιο Bielt από λέπι, καθώς και συνοδό γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια. Ακολούθησε νέος ορολογικός έλεγχος, ο οποίος και επιβεβαίωσε τη δευτερογενή σύφιλη. Ακολούθησε θεραπεία με πενικιλίνη G 2,4 εκ. μονάδες υποδόρια (IM) εφάπαξ. Άμεσα ο ασθενής παρουσίασε ύφεση των συμπτωμάτων του και ταχεία ίαση. Εξήλθε κλινικοεργαστηριακά βελτιωμένος με οδηγίες επανέναρξης της αντιρετροϊκής του αγωγής.

Ο νοσηλευτής ενημέρωσε τον ασθενή για την σημαντικότητα της πρόληψης με την σωστή και απαραίτητη χρήση του προφυλακτικού. Ενημέρωσε για τις επιπλοκές που μπορεί να έχουν τα ΣΜΝ στον οργανισμό του, καθώς και επίσης για τις επιπτώσεις που έχουν τόσο στον ίδιο, όσο και στους ερωτικούς του συντρόφους. Παρότρυνε τον ασθενή για ετήσιο έλεγχο για ΣΜΝ ασθένειες και γι αυτόν και για τους ερωτικούς συντρόφους του.

➤ Ασθενής 22 ετών έρχεται στο νοσοκομείο στα εξωτερικά ιατρεία αναφέροντας συμπτώματα καύσου κατά την ούρηση, πυρετού, συχνή παρουσία βλεννοπυώδους κιτρινοπράσινου υγρού στο εσώρουχο, πόνο στην γεννητική περιοχή, καθώς και εμετικά επεισόδια. Πραγματοποιήθηκε φυσική εξέταση του ασθενούς, λήψη ιστορικού και οι απαραίτητες εργαστηριακές εξετάσεις, με λήψη δείγματος ούρων. Με τα αποτελέσματα των εξετάσεων καθώς και με την φυσική εξέταση γίνεται διάγνωση γλαυδίων, με κύρια επιπλοκή αυτών φλεγμονώδη νόσο της πυέλου.

Πραγματοποιείται εισαγωγή του ασθενούς στην κλινική για την αντιμετώπιση των επιπλοκών καθώς και της μόλυνσης με την κατάλληλη νοσηλεία. Ο νοσηλευτής ενημερώνει τον ασθενή και το συγγενικό περιβάλλον για την νόσο και τις επιπλοκές που έχει δημιουργήσει αυτή στον οργανισμό και ξεκινάει την νοσηλευτική διεργασία για αντιμετώπιση τους, με βάση την ιατρική οδηγία.

Ιστορικό ασθενούς:

Όνοματεπώνυμο: Χ, Όνομα πατρός: Χ, Ηλικία: 22 ετών, Φύλο: θήλυ, Ημερομηνία εισαγωγής: 24/9/18, Διάγνωση εισαγωγής: σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα: χλαμύδια και φλεγμονώσης νόσος της πυέλου, Πηγή ιστορικού: ο ίδιος ο ασθενής, Ερωτικοί σύντροφοι: περισσότεροι από 3 τον τελευταίο χρόνο, Προηγούμενη μόλυνση από κάποιο σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα: 3 φορές από μύκητα candida albicans, Αλλεργία: καμία.

Ζωτικά σημεία ασθενούς: ΑΠ: 140/75, Σφύξεις: 74, Θερμοκρασία: 38,4, Οξυγόνο: 97%.

Εφαρμογή Νοσηλευτικής διεργασίας 2:

Ανάγκες- Προβλήματα	Αντικειμενικοί σκοποί	Νοσηλευτικός Προγραμματισμός	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση- Αποτελέσματα
Πυρετός.	Πτώση της θερμοκρασίας στα φυσιολογικά επίπεδα.	Παρακολούθηση της θερμοκρασίας και μέτρηση αυτής ανά 3 ώρες. Λήψη ζωτικών σημείων ανά 3 ώρες. Έλεγχος ασθενή για εμφάνιση ρίγους ή σπασμών. Συχνή επικοινωνία με τον ασθενή για παρακολούθηση επιπέδου συνείδησης.	Συχνή λήψη και καταγραφή ζωτικών σημείων. Χορήγηση αντιπυρετικού φαρμάκου με βάση την ιατρική οδηγία. Αλλαγή ρουχισμού και κλινοσκεπασμάτων σε περίπτωση εφίδρωσης. Εφαρμογή ψυχρών επιθεμάτων στον ασθενή για ανακούφιση του από τον πυρετό.	Πτώση της θερμοκρασίας του σώματος στα φυσιολογικά επίπεδα(36,6).
Αίσθημα καύσου κατά την ούρηση.	Απαλλαγή από το αίσθημα καύσου κατά την ούρηση,	Παρακολούθηση της αίσθησης καύσου κατά την ούρηση με επικοινωνία του ασθενούς. Παρότρυνση για συχνή τοπική καθαριότητα με χλιαρά μπάνια, καθώς και την λήψη περισσότερου όγκου υγρών για	Χορήγηση αναλγητικών με βάση ιατρικής οδηγίας, καθώς και τον αντιβιοτικών σύμφωνα με τα αποτελέσματα της καλλιέργειας ούρων και του αντιβιογράμματος , σύμφωνα με την αγωγή που	Μείωση της αίσθησης του καύσου κατά την ούρηση.

		αραίωση των ούρων.	έγραψε ο γιατρός. Αύξηση λήψης όγκου υγρών. Πραγματοποίηση τοπικής καθαριότητας με χλιαρά μπάνια 2-3 φορές την ημέρα.	
Εμετικά επεισόδια.	Διακοπή εμετικών επεισοδίων.	Παρακολούθηση ασθενούς για επιθυμία για εμετό. Επικοινωνία με τον γιατρό για οδηγία για κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή για απαλλαγή από εμετικά επεισόδια.	Χορήγηση αντιεμετικού φαρμάκου με οδηγία του γιατρού. Αποφυγή λήψης τροφής μέχρι την αντιμετώπιση του εμέτου.	Απαλλαγή από εμετικά επεισόδια.
Έκκριση βλεννοπυώδων υγρών.	Μείωση των εκκρίσεων.	Παρακολούθηση έκκρισης υγρών για αποτελέσματα.	Χορήγηση αντιβιοτικών με βάση την φαρμακευτική αγωγή του γιατρού για μείωση συμπτωμάτων της νόσου.	Μείωση των βλεννοπυώδων εκκρίσεων.
Ανησυχία και φόβος ασθενούς.	Αντιμετώπιση ανησυχίας και φοβίας ασθενούς.	Διατήρηση ήρεμου, φιλικού και ευχάριστου περιβάλλοντος. Ψυχολογική υποστήριξη ασθενούς και διδασκαλία.	Διατήρηση καλής επικοινωνίας και υποστήριξης τους ασθενούς. Διατήρηση ήρεμου και φιλικού περιβάλλοντος. Διδασκαλία και αποφυγή μελλοντικής σεξουαλικής επαφής με σύντροφο μέχρι την ολοκληρωμένη θεραπεία. Διδασκαλία για πρόληψη και χρήση προφυλακτικού.	Ψυχική ανάκαμψη και ηρεμία ασθενούς. Κατανόηση της σημαντικότητας πρόληψης για σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.

Μετά την πραγματοποίηση της νοσηλευτικής διεργασίας και την αντιμετώπιση της επιπλικής (φλεγμονώδης νόσο της πυέλου), ο ασθενής παρέμεινε στο νοσοκομείο, μέχρι την ολοκλήρωση της κατάλληλης αντιβιοτικής αγωγής, για θεραπεία της νόσου

των γλαφυδίων. Ο νοσηλευτής ενημέρωσε τον ασθενή για την σημαντικότητα του επανέλεγχου για επαναμόλυνση κάθε χρόνο και τον πρώτο καιρό κάθε μήνα. Τον συμβούλεψε για αποφυγή σεξουαλικής επαφής μέχρι να απαλλαγεί τελείως από την ασθένεια και παρότρυνε για θεραπεία των ερωτικών συντρόφων. Τόνισε την σημαντικότητα χρήσης προφυλακτικού.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες (ΣΜΝ) αποτελούν κοινή πηγή νοσηρότητας για εφήβους και νεαρούς ενήλικες (Crosby and Danner, 2008). Οι εκτιμήσεις δείχνουν ότι περίπου το 48% των σχεδόν 19 εκατομμυρίων περιστατικών σεξουαλικά μεταδιδόμενων ασθενειών (ΣΜΝ) που εμφανίζονται ετησίως στις Ηνωμένες Πολιτείες αποκτώνται από άτομα ηλικίας 15-24 ετών. Οι ΣΜΝ μπορεί να είναι συμπτωματικές ή ασυμπτωματικές. Το υψηλό ποσοστό των περιστατικών ΣΜΝ είναι ασυμπτωματικό. Για παράδειγμα, το 85% των γυναικών με μόλυνση από γλαφυδία είναι ασυμπτωματικές (Tilson et al., 2004). Δεδομένου ότι υπάρχει μια επιδημία ΣΜΝ μεταξύ των εφήβων, οι νοσηλευτές μπορούν να διαδραματίσουν έναν ζωτικό ρόλο με την εκπαίδευση των εφήβων, την παροχή πληροφοριών σχετικά με την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη και την ενθάρρυνση των εφήβων να ασκούν ασφαλέστερο σεξ.

Δεδομένου ότι οι έφηβοι συχνά γίνονται σεξουαλικά ενεργά σε νεαρή ηλικία, είναι ζωτικής σημασίας οι νοσηλευτές να τους παρέχουν τις πληροφορίες που χρειάζονται για να προστατευθούν. Οι νοσηλευτές έχουν βασικό ρόλο στην εκπαίδευση, τη διαχείριση και την υποστήριξη των ασθενών σε μια σειρά κλινικών και μη κλινικών περιπτώσεων (Ritchie, 2006). Η επικοινωνία αποτελεί βασικό παράγοντα για τον τρόπο με τον οποίο μπορούν να αποκτηθούν οι πληροφορίες σε αυτήν την ηλικιακή ομάδα. Μία από τις σημαντικότερες τεχνικές για αυτή την ηλικιακή ομάδα είναι να ακούσει πρώτα και να παραμείνει μη νομολογιακό. Πρέπει να καταβληθεί κάθε δυνατή προσπάθεια για να δοθεί στον έφηβο αίσθημα σεμνότητας και ιδιωτικότητας (Harrington and Terry, 2009). Οι ΣΜΝ μπορεί να προκαλέσουν συμπτώματα ή να μην προκαλέσουν συμπτώματα και είναι εύκολο να περάσουν. Οι έφηβοι πρέπει να

γνωρίζουν τα σωστά εργαλεία για να προστατευθούν από τις ΣΜΝ και είναι ζωτικής σημασίας να μάθουν να εξασκούν ασφαλή σεξουαλική επαφή για να μειώσουν τον κίνδυνο τους. Η δοκιμή είναι επίσης σημαντική, ώστε να μπορεί να παρέχεται η απαραίτητη έγκαιρη θεραπεία.

Οι σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες προκαλούνται από σεξουαλικά μεταδιδόμενες λοιμώξεις. Μεταφέρονται από το ένα άτομο στο άλλο μέσω σεξουαλικής επαφής ή προσωπικής επαφής. Ορισμένες κοινές ΣΜΝ περιλαμβάνουν χλαμύδια, γονόρροια, HIV, έρπητα των γεννητικών οργάνων, HPV, ηπατίτιδα και σύφιλη (MayoClinic, 2007). Οι ΣΜΝ συμβάλλουν στη φλεγμονώδη νόσο της πυέλου, τη στειρότητα, την έκτοπη εγκυμοσύνη, την πρόωρη γέννηση και τον ανοσοποιητικό καρκίνο και μπορεί να συμβάλλουν στη διάδοση της επιδημίας του ιού HIV (Tilson et al., 2004). Ορισμένα συμπτώματα μπορούν να αντιμετωπιστούν εύκολα και να εξαλειφθούν και μερικά απαιτούν μεγαλύτερη συμμετοχή και μακροχρόνια θεραπεία (MayoClinic, 2007.). Οποιοσδήποτε τρόπος, είναι απαραίτητο να αξιολογηθεί και - εάν διαγνωστεί με ΣΜΝ - να αντιμετωπιστεί. Είναι επίσης σημαντικό να ενημερώσετε τους εταίρους ώστε να μπορούν να αξιολογούνται και να αντιμετωπίζονται. Οι έφηβοι συχνά δεν ενημερώνουν τους συνεργάτες τους επειδή κάποια ΣΜΝ είναι ασυμπτωματικά (MayoClinic, 2007).

Τα ΣΜΝ έχουν μακροπρόθεσμη επίδραση στην αναπαραγωγική υγεία και γι 'αυτό είναι απαραίτητη η έγκαιρη διαλογή και θεραπεία. Όταν πρόκειται για έλεγχο για ΣΜΝ, οι έφηβοι αντιμετωπίζουν εμπόδια που τους εμποδίζουν να αναζητήσουν θεραπεία. Πολλοί φραγμοί στη φροντίδα της ΣΜΝ περιλαμβάνουν τη μη γνώση αυτών, το κόστος, τις ενοχλητικές υπηρεσίες, τη ντροπή και τα ουρηθρικά επιχρίσματα ως μέθοδο συλλογής δειγμάτων (Tilson et al., 2004). Οι έφηβοι αρχίζουν να γίνονται σεξουαλικά ενεργοί σε τόσο μικρή ηλικία που οι περισσότεροι δεν μπορούν να οδηγηθούν σε κλινικές ή πόσο μάλλον να πληρώσουν για το κόστος της θεραπείας. Είναι ο ρόλος του νοσηλευτή να γεφυρώσει αυτά τα εμπόδια έτσι ώστε οι έφηβοι να έχουν τη σωστή φροντίδα που χρειάζονται.

Οι ΣΜΝ αποτελούν σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας μεταξύ των εφήβων. Οι νέοι άνθρωποι ενδέχεται να αντιμετωπίσουν περισσότερα εμπόδια στις υπηρεσίες ΣΜΝ λόγω περιορισμένων πόρων, έλλειψης πληροφοριών και αυξημένης

ευαισθησίας στις αντιλήψεις των ίδιων των άλλων (Tilson et al., 2004). Δεδομένου ότι υπάρχει μια επιδημία ΣΜΝ μεταξύ των εφήβων, οι νοσηλευτές πρέπει να βρουν έναν τρόπο να προσεγγίσουν τους εφήβους και να τους παρέχουν τα κατάλληλα εργαλεία για να προστατεύσουν τον εαυτό τους. Με τη συμμετοχή των νοσηλευτών ενεργά με έφηβους, μπορεί να μειωθεί περαιτέρω η μετάδοση της ΣΜΝ και η νοσηρότητα.

Οι νοσηλευτές μπορούν να λάβουν μέτρα για να διασφαλίσουν ότι οι έφηβοι θα παραμείνουν ασφαλείς κατά τη διάρκεια της περιόδου μεταξύ παιδικής ηλικίας και ενηλικίωσης, πράγμα που συνεπάγεται βιολογικές, κοινωνικές και ψυχολογικές αλλαγές που συνοδεύονται από αυξημένο ενδιαφέρον για σεξ (Ritchie, 2006). Η σεξουαλική υγεία πρέπει να συνεχιστεί και να βελτιωθεί στα σχολεία, καθώς αποτελεί ένα φόρουμ στο οποίο οι νέοι μπορούν να εκπαιδευτούν για την υγεία κατά τη διάρκεια των εκπαιδευτικών τους χρόνων (Ritchie, 2006). Αυτό θα έχει επίσης αξία για τους γονείς που δεν αισθάνονται άνετα να μιλούν στα παιδιά τους για το σεξ ή για εκείνους τους γονείς που δεν γνωρίζουν πάρα πολύ για τις διάφορες ΣΜΝ. Πρέπει να τονιστεί η σημασία της γνώσης, ώστε οι έφηβοι να μπορούν να πάρουν τη σωστή απόφαση για να προστατευθούν όταν επιλέγουν να γίνουν σεξουαλικά ενεργητικοί.

Μερικά μαθήματα σεξουαλικής υγείας εμποδίζονται από τον ανταγωνισμό για το πρόγραμμα σπουδών (Ritchie, 2006). Οι νοσηλευτές πρέπει να υποστηρίξουν ότι η σεξουαλική υγεία θα πρέπει να δοθεί προτεραιότητα στο σχολικό πρόγραμμα σπουδών. Το σχολείο είναι όπου οι έφηβοι πρόκειται να μάθουν τα περισσότερα και οι νοσηλευτές πρέπει να επωφεληθούν από αυτό. Τα σχολεία ενδέχεται να έχουν ποικίλο επίπεδο σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης λόγω θρησκευτικών και πολιτισμικών πεποιθήσεων (Ritchie, 2006).

Τα μαθήματα με βάση το σχολείο είναι η κύρια πηγή πληροφοριών για τα σεξουαλικά θέματα για τους νέους. Ξοδεύουν τον μεγαλύτερο μέρος του χρόνου τους στο σχολείο, έτσι νοσηλευτές πρέπει να επωφεληθούν από αυτό το γεγονός. Οι σχολικές νοσηλεύτριες είναι ιδανικά τοποθετημένες για να παρέχουν σεξουαλική και μαθησιακή εκπαίδευση στα σχολεία, η οποία θα πρέπει να ενθαρρύνεται σε συνεργασία με τους εκπαιδευτικούς (Ritchie, 2006). Οι νοσηλευτές πρέπει να

χρησιμοποιούν προσεκτικό και συνετό τρόπο επικοινωνίας όταν εργάζονται με εφήβους. Είναι σημαντικό οι νοσηλευτές να μην είναι κρίσιμοι για να κερδίσουν την εμπιστοσύνη και να έχουν μια καλύτερη αλληλεπίδραση μάθησης με τους έφηβους. Η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση πρέπει να είναι θετική και πρέπει να παρέχει πληροφορίες για τις κλινικές στις οποίες μπορούν να πάνε οι έφηβοι.

Οι νέοι συχνά επικαλούνται κρίσιμες αντιλήψεις ως λόγο για να μην είναι ανοιχτοί για τη σεξουαλική τους υγεία (Hayter, 2005). Όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, οι νοσηλευτές πρέπει πρώτα να ακούσουν και να παραμείνουν μη νομολογιακοί. Αυτό θα ενθαρρύνει τους εφήβους να εκφραστούν. Η εμπιστευτικότητα είναι επίσης ανησυχητική. Κάποιοι έφηβοι τόνισαν ότι δεν μπορούν να κάνουν ερωτήσεις επειδή είναι γύρω τους (Hayter, 2005). Πρέπει να υπάρχουν επαρκείς πληροφορίες σχετικά με τη σεξουαλική υγεία και να είναι εύκολα προσβάσιμες στα σχολεία. Οι νοσηλευτές πρέπει να διαφημίζουν κλινικές υγείας, ώστε οι έφηβοι να έχουν πρόσβαση σε αυτές για να λάβουν περισσότερες πληροφορίες.

Οι έφηβοι που είχαν πρόσβαση σε υπηρεσίες και σε χώρους δημόσιας υγείας περιγράφουν απογοητεύσεις με μακρά παραμονή για φροντίδα. Ορισμένοι ανησυχούν για να αναζητήσουν υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης εξαιτίας της μεγάλης αναμονής και της πρόσβασης σε υπηρεσίες (Tilson et al., 2004). Προκειμένου να προωθηθούν περισσότερες κυβερνητικές πρωτοβουλίες, οι επιλογές όπως η παροχή υποστήριξης σταδιοδρομίας σε νοσηλευτές πρόθυμες να συνεργαστούν με αυτούς τους πληθυσμιακούς τομείς (Ritchie, 2006).

Ένα άλλο σημαντικό εμπόδιο για τους έφηβους που αναζητούν ρυθμίσεις δημόσιας υγείας είναι το κόστος των υπηρεσιών. Ο φόβος ενός λογαριασμού για υπηρεσίες ΣΜΝ που αποστέλλονται στους γονείς τους μπορεί να χρησιμεύσει ως πρόσθετο αποτρεπτικό παράγοντα στην αναζήτηση υπηρεσιών. Οι δωρεάν ή χαμηλού κόστους υπηρεσίες θα διευκολύνουν την αναζήτηση φροντίδας (Tilson et al., 2004). Συμπερασματικά, διαπιστώθηκε ότι οι παρεμβάσεις για την πρόληψη της διάδοσης του ιού HIV και άλλων ΣΜΛ στους νέους μπορούν να βελτιώσουν τη γνώση και τις στάσεις της σεξουαλικής υγείας και της πρόληψης των ΣΜΝ, αλλά η επίδρασή τους στην πραγματική σεξουαλική συμπεριφορά παραμένει περιορισμένη.

Για να ελέγχεται η διάδοση των ΣΜΛ μεταξύ των νέων στην Ευρώπη, οι παρεμβάσεις πρόληψης πρέπει να απευθύνονται σε συγκεκριμένους πληθυσμούς και συγκεκριμένες υποομάδες, συμπεριλαμβανομένων των ομάδων υψηλού κινδύνου, της δύσκολης πρόσβασης και της εξωσχολικής ηλικίας (μετανάστες, εγκατάλειψη σχολείου). Αντί να βελτιώσουν μόνο τη γνώση για τη σεξουαλική υγεία, θα πρέπει να επιδιώξουν να αλλάξουν συμπεριφορά, καθώς η χρήση της θεωρίας σε αυτό το πλαίσιο φαίνεται να αγνοείται. Άλλες ελπιδοφόρες προσεγγίσεις είναι η συσσώρευση της οικογένειας ως παραγόντων αλλαγής συμπεριφοράς, η διεύρυνση του προγράμματος σπουδών της σεξουαλικής εκπαίδευσης σε σχολεία πέρα από την εκπαίδευση των ΣΜΝ για ψυχολογικούς λόγους, της λήψης κινδύνου, η εφαρμογή παρεμβάσεων στις ομάδες του ίδιου φύλου, η ανάπτυξη υπηρεσιών σεξουαλικής υγείας φιλικών προς τους νέους (π.χ. στα φαρμακεία) και παρέχοντας δωρεάν προφυλακτικά. Η πιο επικίνδυνη συμπεριφορά έναντι των κινδύνων είναι η χρήση προφυλακτικού, οπότε η εστίαση στη χρήση προφυλακτικού και στην μέτρηση της αποτελεσματικότητας του προγράμματος με δοκιμές για σεξουαλικά μεταδιδόμενες λοιμώξεις θα βελτιώσει τις παρεμβάσεις κατά της εξάπλωσης του HIV και των ΣΜΝ στους νέους στην Ευρώπη.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ammuller G. , Holistein AF , Rossen-Runge EC , Klosterhalfen H. , Altenahr E. , Franke HD et al. (2009). Γεννητικό σύστημα άρρενος. Στο: Helga Fritsch and Wolfgang Kuhnel. Εγχειρίδιο Περιγραφικής ανατομικής (3^{ος} τόμος). Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα, 248-265.

Antiretroviral therapy is associated with reduced serologic failure rates for syphilis among HIV-infected patients. (2008). Clin Infect Dis, 47(2), 258-265.

Baltzer J. , Mickan H. , Benirschke K. , Kaufmann P. , Frangenheim H. , Kaser O. et al. (2009). Γεννητικό σύστημα θήλεος. Στο: Helga Fritsch and Wolfgang Kuhnel. Εγχειρίδιο Περιγραφικής ανατομικής (3^{ος} τόμος). Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα, 268-291.

Basen-Engquist K, Coyle K, Parcel G, Kirby DB, Banspach S, Carvajal S. (2001). Schoolwide effects of a multicomponent HIV, STD, and pregnancy prevention program for high school students. Health Educ Behav, 28(2), 166–185.

Birnbaumer D.M. , Flowers L.K. (2008). Σεξουαλικά Μεταδιδόμενες Παθήσεις και Ορθοπρωκτικές Καταστάσεις. Knoop K.J. , Stack L.B. and Storrow A.B. Επείγουσα Νοσηλευτική. Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα, 241-267.

Black CM, Driebe EM, Howard LA, et al. (2009). Multicenter study of nucleic acid amplification tests for detection of Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae in children being evaluated for sexual abuse, Pediatr Infect Dis J , , vol. 28, 608-613.

Blake SM, Simkin L, Ledsky R, Perkins C, Clabrese JM. (2001). Effects of a parent-child communications intervention on young adolescents' risk for early onset of sexual intercourse. Fam Plann Perspect., 33(2), 52–61.

Bloem P, Ogbuanu I. (2017). Vaccination to prevent HPV infections: From promise to practice. PLoS Med, 14(6), 102-325.

Boily M-C et al. (2013). Positive impact of a large-scale HIV prevention programme among female sex workers and clients in South India. AIDS, , 27:1449–1460.

Borawski EA, Trapl ES, Adams-Tufts K, Hayman LL, Goodwin MA, Lovegreen LD. (2009). Taking Be Proud! Be Responsible! to the suburbs: a replication study. Perspect Sex Reprod Health, 41(1), 12–22.

Bosserman EA, Helms DJ, Mosure DJ, Secor WE, Workowski KA.

Boyer CB, Shafer M, Shaffer RA, et al. (2005). Evaluation of a cognitive-behavioral, group, randomized controlled intervention trial to prevent sexually transmitted infections and unintended pregnancies in young women. *Prev Med*, 40(4), 420–431.

Bradshaw CS, Chen MY, Fairley CK. 2008. Persistence of *Mycoplasma genitalium* following azithromycin therapy, *PLoS One* , vol. 3, 3618.

Brown KE, Hurst KM, Arden MA. (2011). Improving adolescent contraceptive use: evaluation of a theory-driven classroom-based intervention. *Psychol Health Med*, 16(2), 141–155.

Browning CR, Leventhal T, Brooks-Gunn J. (2004). Neighborhood context and racial differences in early adolescent sexual activity. *Demography*, 41(2), 697–720.

Caudle P., Osborn K. (2013). Φροντίδα Ασθενούς με Σεξουαλικά Μεταδιδόμενες Λοιμώξεις. Osborn K. , Wraa C. , Watson A. and Holleran M. Παθολογική-Χειρουργική νοσηλευτική (2^{ος} τόμος). Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα, 2031-2048.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2010). FDA licensure of bivalent human papillomavirus vaccine (HPV2, Cervarix) for use in females and updated HPV vaccination recommendations from the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), *MMWR Recomm Rep* ,59, 626-629.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2011). Guidelines for the laboratory diagnosis of gonorrhea, chlamydia and syphilis. Available at: <http://www.cdc.gov/od/oc/media/press/2011/s110611a.htm>

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2007). Quadrivalent human papillomavirus vaccine: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), *MMWR Recomm Rep* ,56, 1-24.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2010). Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2010 , *MMWR Recomm Rep* ,59, 1-116.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2010). Sexually transmitted disease surveillance, Atlanta, GAUS Department of Health and Human Services.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2010). FDA licensure of quadrivalent human papillomavirus vaccine (HPV4, Gardasil) for use in males

and guidance from the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), *MMWR Recomm Rep*, 59, 630-632.

Centers for Disease Control and Prevention, Τμήμα εφηβικής και σχολικής υγείας, 2018.

Ciesielski CA. Sexually transmitted diseases in men who have sex with men: an epidemiologic review. (2003). *Curr Infect Dis Rep*, 5, 145-152.

Clark MA, Trenholm C, Devaney B, Wheeler J, Quay L. Impacts of the Heritage Keepers Life Skills Education Component. Princeton (NJ): Mathematica Policy Research. 2007.

Coyle KK, Glassman JR, Franks HM, Campe SM, Denner J, Lepore GM. (2013). Interventions to reduce sexual risk behaviors among youth in alternative schools: a randomized controlled trial. *J Adolesc Health*, 53(1), 68–78.

Coyle KK, Kirby DB, Robin LE, Banspach SW, Baumler E, Glassman JR. 2006. A randomized trial of an HIV, other STDs, and pregnancy prevention intervention for alternative school students. *AIDS Educ Prev*, 18(3), 187–203.

Crosby, R.A., & Danner, F. (2008). Adolescents' sexually transmitted disease protective attitudes predict sexually transmitted disease acquisition in early adulthood. *The Journal of School Health*, 78(6), 310-3.

Crosby RA. 2013. State of condom use in HIV prevention science and practice. *Current HIV/AIDS Report*, 10(1), 59–64.

Crowell AL, Sanders-Lewis KA, Secor WE. (2003). In vitro metronidazole and tinidazole activities against metronidazole-resistant strains of *Trichomonas vaginalis*, *Antimicrob Agents Chemother*, 47, 1407-1409.

Da Ros C. and Da Silva Schmitt C. , (2008) , Global epidemiology of sexually transmitted diseases. *Asian Journal of Andrology* (issue 1). Blackwell publishing, Brazil , 110-114.

Danta M, Brown D, Bhagani S, et al. (2007). Recent epidemic of acute hepatitis C virus in HIV-positive men who sex with men linked to high-risk sexual behaviors, *AIDS*, 21, 983-991.

Dusabe J, et al. (2015). “There are bugs in condoms”: Tanzanian close-to-community providers' ability to offer effective adolescent reproductive health services. *J Fam Plann Reprod Health Care*, 41, 2-6.

Eng Thomas R., Butler William T. (1997) . Factors that contribute the hidden epidemic. *The Hidden Epidemic: Confronting Sexually Transmitted Diseases*. Institute of Medicine, Washington, 69-117.

Fethers KA, Fairley CK, Hocking JS, Gurrin LC, Bradshaw CS. (2008). Sexual risk factors and bacterial vaginosis: a systematic review and meta-analysis, *Clin Infect Dis*,47, 1426-1435.

Forna F, Gulmezoglu AM. Interventions for treating trichomoniasis in women, *Cochrane Database Syst Rev* , 2003.

Fung M, Scott KC, Kent CK, et al. (2007). Chlamydial and gonococcal reinfection among men: a systematic review of data to evaluate the need for retesting, *Sex Transm Infect*, 83 , 304-309.

Gallo M., Kilbourne-Brook M. και Coffey P. (2012). Ανασκόπηση της αποτελεσματικότητας και της αποδοχής του θηλυκού προφυλακτικού για διπλή προστασία. *Sex Health*, 9(4), 18-26.

Geisler WM, Wang C, Morrison SG, et al. (2008). The natural history of untreated *Chlamydia trachomatis* infection in the interval between screening and returning for treatment, *Sex Transm Dis* , 35, 119-123.

Ghanem KG, Moore RD, Rompalo AM, Erbelding EJ , Zenilman JM, Gebo KA. (2008). Neurosyphilis in a clinical cohort of HIV-1-infected patients, *AIDS*, 22, 1145-1151.

Ghanem KG, Moore RD, Rompalo AM, Erbelding EJ, Zenilman JM, Gebo KA. (2013). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study.

Gottlieb, S. L., & Johnston, C. (2017). Future prospects for new vaccines against sexually transmitted infections. *Current Opinion in Infectious Diseases*, 30(1), 77–86.

Greene VL, Monahan DJ, Ditmar M, Roloson T. (2011). Effectiveness of an abstinence-only intervention sited in neighborhood community centers. *J Child Poverty*, 17(1), 111–124.

Grimes D. (2011). *Λοιμώδη Νοσήματα*. Nies M.A. , Mcewen M. Κοινοτική Νοσηλευτική-Νοσηλευτική Δημόσιας Υγείας : Προάγοντας την Υγεία των Πληθυσμών (5^η έκδοση). Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος, Αθήνα, 619-649.

- Haggerty KP, Skinner ML, MacKenzie EP, Catalano RF. (2007). A randomized trial of Parents Who Care: effects on key outcomes at 24-month follow-up. *Prev Sci*, 8(4), 249–260.
- Harrington, N., & Terry, C.L. (2009). *LPN to RN transitions achieving success in your new role* (3rd ed.). Philadelphia, PA: Lippincott-Raven Publishers.
- Hayter, Mark, (2005). Reaching marginalized young people through sexual health nursing outreach clinics: evaluating service use and the views of service users. *Public Health Nursing*.
- Ho GY, Burk RD, Klein S, et al. (1995). Persistent genital human papillomavirus infection as a risk factor for persistent cervical dysplasia, *J Natl Cancer Inst* , 87, 1365-1371.
- Holmes K. *Sexually transmitted diseases*. 4th ed. New York: McGraw Hill; 2008.
- Hook EW3rd, Behets F, Van Damme K, et al. (2010). A phase III equivalence trial of azithromycin versus benzathine penicillin for treatment of early syphilis, *J Infect Dis* , 201, 1729-1735.
- Hook EW3rd, Martin DH, Stephens J, Smith BS, Smith K. (2002). A randomized, comparative pilot study of azithromycin versus benzathine penicillin G for treatment of early syphilis, *Sex Transm Dis* , 29, 486-490.
- Hosenfeld CB, Workowski KA, Berman S, et al. (2009). Repeat infection with chlamydia and gonorrhea among females: a systematic review of the literature, *Sex Transm Dis* , 36, (478-89).
- Igor T., Peeling R., Mabey D., Ballard R., Kiarie J και Askew I. (2017). «Ο δρόμος προς τα εμπρός» : Γρήγορες, ακριβείς δοκιμές για τη διάγνωση των σεξουαλικά μεταδιδόμενων λοιμώξεων. *Sexually Transmitted Infections*, 93(4), 322-333.
- In line with standard assumptions, 120 condoms are required for 1 couple year of protection. Projected condom sales for 2015 cited based on: Global Industry Analysts. 2014. *Global Condoms Market*, May 2014.
- Jemmott JB, Jemmott LS, Fong GT. (2010). Efficacy of a theory-based abstinence-only intervention over 24 months: a randomized controlled trial with young adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 164(2), 152–159.

Jernberg E, Moghaddam A, Moi H. (2008). Azithromycin and moxifloxacin for microbiological cure of *Mycoplasma genitalium* infection: an open study, *Int J STD AIDS*, 19, 676-679.

Johnson LF et al. (2012). The effect of changes in condom usage and antiretroviral treatment coverage on human immunodeficiency virus incidence in South Africa: a model-based analysis, *Journal of the Royal Society Interface*, 9(72), 1544-1554.

Johnson WD, O'Leary A, Flores SA. (2018). Per-partner condom effectiveness against HIV for men who have sex with men. *AIDS*. 32(11), 1499–1505.

Kaldmae P, Priimagi L, Raudsepp A, Grintchak M, Valjaots E. (2000). Promotion of safer sexual behaviour and HIV/STD prevention among adolescent students and army recruits. *AIDS Care*, 12, 783–788.

Kaufman CE, Whitesell NR, Keane EM, et al. (2014). Effectiveness of Circle of Life, an HIV-preventive intervention for American Indian middle school youths: a group randomized trial in a Northern Plains tribe. *Am J Public Health*, 104(6), 106–112.

Kennedy C et al. Is use of antiretroviral treatment (ART) associated with decreased condom use? A meta-analysis of studies from low- and middle-income countries (LMICs). (2014). In International AIDS Conference. Melbourne, WEAC0104 - Oral Abstract Session.

Kissinger P, Mena L, Levison J, et al. (2010). A randomized treatment trial: single versus 7 day dose of metroidazole for the treatment of *Trichomonas vaginalis* among HIV-infected women, *J Acquir Immune Defic Syndr*, 55, 565-571.

Kissinger P, Secor WE, Leichter JS, et al. (2008). Early repeated infections with *Trichomonas vaginalis* among HIV-positive and HIV-negative women, *Clin Infect Dis*, 46, 994-999.

Kocken P, Voorham T, Brandsma J, Swart W. (2001). Effects of peer-led AIDS education aimed at Turkish and Moroccan male immigrants in The Netherlands. A randomised controlled evaluation study. *Eur J Public Health*, 11, 153–159.

Korenromp EL, Wi T, Resch S, Stover J, Broutet N. (2017). Costing of National STI Program Implementation for the Global STI Control Strategy for the Health Sector, 12(1), 773-789.

Kreimer AR, Clifford GM, Boyle P, Franceschi S. (2005). Human papillomavirus types in head and neck squamous cell carcinomas worldwide: a systematic review, *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 14, 467-475.

Lemone P. , Burke K. , Bauldoff G. (2006). Νοσηλευτική Φροντίδα Ασθενών με Σεξουαλικά Μεταδιδόμενες Λοιμώξεις. Παθολογική-Χειρουργική νοσηλευτική: κριτική σκέψη κατά τη φροντίδα του ασθενούς (2^{ος} τόμος). Ιατρικές εκδόσεις Λαγός Δημήτριος, Αθήνα, 2026-2046.

Liu H et al. Effectiveness of ART and condom use for prevention of sexual HIV transmission in sero-discordant couples: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. (2014). 9(11), 111-175.

Low N, Connell P, McKevitt C, Baggili T, Tenant-Flowers M, More C, et al. (2003). 'You can't tell by looking': pilot study of a community-based intervention to detect asymptomatic sexually transmitted infections. *Int J STD AIDS*, 14, 830–834.

Lukehart SA, Godornes C, Molini BJ, et al. (2004). Macrolide resistance in *Treponema pallidum* in the United States and Ireland, *N Engl J Med*, 351, 154-158.

Magnusson J, Kendall S, Oakley L. (2004). Townsend J. Promoting contraceptive services to teenagers. *Community Pract*, 77, 381–384.

Marks G et al. (2015). Time above 1500 copies: a viral load measure for assessing transmission risk of HIV-positive patients in care, 94, 947–954.

Marra CM, Maxwell CL, Smith SL, et al. (2004). Cerebrospinal fluid abnormalities in patients with syphilis: association with clinical and laboratory features, *J Infect Dis* , 189, 369-376.

Marra CM, Maxwell CL, Tantalo LC, Sahi SK , Lukehart SA. (2008). Normalization of serum rapid plasma reagin titer predicts normalization of cerebrospinal fluid and clinical abnormalities after treatment of neurosyphilis, *Clin Infect Dis*, 47, 336-354.

Marrazzo JM, Thomas KK, Agnew K, Ringwood K. (2010). Prevalence and risks for bacterial vaginosis in women who have sex with women, *Sex Transm Dis* ,37. 335-339.

- Martijn C, de Vries NK, Voorham T, Brandsma J, Meis M, Hospers HJ. (2004). The effects of AIDS prevention programs by lay health advisors for migrants in The Netherlands. *Patient Educ Couns*, 53, 157–165.
- Mashiah J, Brenner S. (2008). Possible mechanisms in the induction of vitiligo-like hypopigmentation by topical imiquimod, *Clin Exp Dermatol*, 33, 74-76.
- Martin JA, Hamilton BE, Osterman MJK, Driscoll AK, Drake P. (2018). Births: Final data for 2016. *National Vital Statistics Report Rep 2016*, National Center for Health Statistics, 67, 102-107.
- Mast EE, Weinbaum CM, Fiore AE, et al. (2006). A comprehensive immunization strategy to eliminate transmission of hepatitis B virus infection in the United States: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) Part II: immunization of adults, *MMWR Recomm Rep*, 5, 1-33.
- Maxfield M, Schirm A, Rodriguez-Planas N. (2003). *The Quantum Opportunity Program Demonstration: Implementation and Short-Term Impacts*. Washington: Mathematica Policy Research.
- Mena LA, Mroczkowski TF, Malanda N, Martin DH. (2009). A randomized comparison of azithromycin and doxycycline for the treatment of *Mycoplasma genitalium*-positive urethritis in men, *Clin Infect Dis*, 48, 1649-1654.
- Mertens T., Kiotz G. (2010). Ιογενείς Λοιμώξεις. Classen M., Diehl V., Kochsiek K. *Εσωτερική Παθολογία & Διαφορική Διαγνωστική-Βασικές αρχές εσωτερικής παθολογίας (3^{ος} τόμος)*. Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα, 2117-2194.
- Newton-Levinson A., Leichter J.S., Venkatramain C. (2016). Υπηρεσίες σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων για εφήβους και νέους σε χώρες με χαμηλό και μεσαίο εισόδημα: αντιληπτά και έμπειρα εμπόδια στην πρόσβαση στην φροντίδα. *Journal of adolescent health*, 59(1), 7-16.
- Peterman TA, Tian LH, Metcalf CA, et al. (2006). High incidence of new sexually transmitted infections in the year following a sexually transmitted infection: a case for rescreening, *Ann Intern Med*, 145, 564-572.
- Raudenbush SW, Bryk A. *Hierarchical linear models: applications and data analysis methods*. Newbury Park: Sage Publications, 2002.
- Rebull Fatsini J, Reverte Simo M, Pinas Forcadell I, Orti Llaveria A, Gonzalez Gavilan L. (2003). Contreras Barbeta E. Pre/post assessment of an HIV infection prevention intervention targeted at teenagers in Southern Tarragona, Spain. *Rev Esp Salud Publica*, 77, 373–82.

Riedner G, Rusizoka M, Todd J, et al. (2005). Single-dose azithromycin versus penicillin G benzathine for the treatment of early syphilis, *N Engl J Med*, 353, 236-244.

Ritchie G.A., (2006). Strategies to promote sexual health. *Nursing Standard*. 20, 48, 35-40.

Schachter J, Moncada J, Liska S, Shayevich C, Klausner JD. (2008). Nucleic acid amplification tests in the diagnosis of chlamydial and gonococcal infections of the oropharynx and rectum in men who have sex with men, *Sex Transm Dis* vol. 35, 637-642.

Schirm A, Rodriguez-Planas N. (2004). *The Quantum Opportunity Program Demonstration: Initial Post-Intervention Impacts*. Washington: Mathematica Policy Research.

Schirm A, Stuart E, McKie A. (2006). *The Quantum Opportunity Program Demonstration: Final Impacts*. Washington: Mathematica Policy Research.

Schmiege SJ, Broaddus MR, Levin M, Bryan AD. (2009). Randomized trial of group interventions to reduce HIV/STD risk and change theoretical mediators among detained adolescents. *J Consult Clin Psychol*, 77(1), 38–50.

Schochet P, Brughardt J, Glazerman S. (2001). *National Job Corps Study: The Impacts of Job Corps on Participants' Employment and Related Outcomes*. Princeton (NJ): Mathematica Policy Research.

Schochet P, Burghardt J, Glazerman S. (2000). *National Job Corps Study: The Short-Term Impacts of Job Corps on Participants and Related Outcomes*. Washington: US Department of Labor, Employment and Training Administration.

Sedgh G et al. (2014). Intended and Unintended Pregnancies Worldwide in 2012 and Recent Trends. *Studies in Family Planning*, 45(3), 301–314.

Sethi G, Allason-Jones E, Richens J, et al. (2009). Lymphogranuloma venereum presenting as genital ulceration and inguinal syndrome in men who have sex with men in London, United Kingdom, *Sex Transm Infect* ,85, 165-170.

Shepherd J, Harden A. (2003). The value of systematic reviews of the effectiveness of sexual health interventions. In: Stephenson JM, Imrie J, Bonell C, editors. *Effective sexual health interventions: Issues in experimental evaluation*, Oxford (UK): Oxford University Press, 201-216.

Shrier LA, Ancheta R, Goodman E, Chiou V, Lyden MR, Emans SJ. (2001). Randomized controlled trial of a safer sex intervention for high-risk adolescent girls. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 155(1), 73–79.

Singh D, Fine DN, Marrazzo JM. (2011). Chlamydia trachomatis infection among women reporting sexual activity with women screened in family planning clinics in the Pacific Northwest, 1997 to 2005, *Am J Public Health*, 101, 1784–1790.

Sobel JD, Nyirjesy P, Brown W. (2001). Tinidazole therapy for metronidazole-resistant vaginal trichomoniasis, *Clin Infect Dis* , 33, 1341-1346.

Smith DK et al. (2015). Condom effectiveness for HIV prevention by consistency of use among men who have sex with men in the United States. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 68(3), 337-344.

Stanton B, Cole M, Galbraith J, et al. (2004). Randomized trial of a parent intervention: parents can make a difference in long-term adolescent risk behaviors, perceptions, and knowledge. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 158(10), 947–955.

Stanton B, Harris C, Cottrell L, et al. (2006). Trial of an urban adolescent sexual risk-reduction intervention for rural youth: a promising but imperfect fit. *J Adolesc Health*, 38(1), 55-60.

STD symptoms: 7 STDs and common symptoms (n.d.). Retrieved July 23, 2008, from <http://mayoclinic.com/health/std-symptoms/ID00053>.

Stover J. 2014. Presentation. UNAIDS Global Condom Meeting, Geneva, November 2014.

Sznitman S, Venable PA, Carey MP, et al. (2011). Using culturally sensitive media messages to reduce HIV-associated sexual behavior in high-risk African American adolescents: results from a randomized trial. *J Adolesc Health*, 49(3), 244–251.

Tilson, E.C., Sanchez, V., Ford, C.L., Smurzynski, M., Leone, P.A., Fox, K.K., Irwin, K., and Miller, W.C., (2004). Barriers to asymptomatic screening and other STD services for adolescents and young adults: focus group discussions. *BMC Public Health* 4, 21.

Tolou-Shams M, Houck C, Conrad SM, Tarantino N, Stein LA, Brown LK. (2011). HIV prevention for juvenile drug court offenders: a randomized

controlled trial focusing on affect management. *J Correct Health Care*, 17(3), 226–232.

Trenholm C, Devaney B, Fortson K, Clark M, Quay L, Wheeler J. (2011). Impacts of abstinence education on teen sexual activity, risk of pregnancy, and risk of sexually transmitted diseases. *J Policy Anal Manag*, 27(2), 255–276.

Trenholm C, Devaney B, Fortson K, Quay L, Wheeler J, Clark M. (2007). Impact of Four Title V, Section 510 Abstinence Education Programs. Princeton (NJ): Mathematica Policy Research.

Trussell J. Contraceptive efficacy, in: Hatcher RA et al. (2013). *Contraceptive Technology: Twentieth Revised Edition*, New York: Ardent Media, 779–863.

UNAIDS. 2014. *World AIDS Day Report 2014*.

UNFPA/Guttmacher Institute. 2012. *Adding It Up: Costs and Benefits of Contraceptive Services*.

Urbanus AT, van de Laar TJ, Stole IG, et al. (2009). Hepatitis C virus infections among HIV-infected men who have sex with men, *AIDS*, 23, 1-7.

Utility of antimicrobial susceptibility testing in *Trichomonas vaginalis* infected women with clinical treatment failure, *Sex Transm Dis*, 2011, 38, 1-5.

Weinstock H, Berman S, Cates W. (2004). Sexually transmitted diseases among American youth: incidence and prevalence estimates, *Perspect Sex Reprod Health*, 36, 6-10.

Wight D, Raab GM, Henderson M, Abraham C, Buston K, Hart G, et al. (2002). Limits of teacher delivered sex education: interim behavioural outcomes from randomised trial, 324, 1430.

WHO. 2015. *Technical update on Pre-exposure Prophylaxis (PrEP)*, February 2015.

World Health Organization. *Global prevalence and incidence of selected curable sexually transmitted infections: overview and estimates*. Geneva, 2001. Available at: http://www.who.int/hiv/pub/sti/who_hiv_aids_2001.02.pdf

World Health Organization. *Global strategy for the prevention and control of sexually transmitted infections: 2006-2015: Breaking the chain of transmission*.

Geneva (Switzerland): WHO; 2007. Available from:
<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241563475/en/index.html>

World Health Organization. Prevalence and incidence of selected sexually transmitted infections, Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, syphilis, and Trichomonas vaginalis: methods and results used by WHO to generate 2005 estimates. Geneva, 2011. Available at:
<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241502450/en/>

Δετοράκης Ι. (2007). Βασικές Αρχές της Υγιεινής. Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα

Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων, 2014.

Κλήμης Ν. (2015). Αντισύλληψη και σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Εκδόσεις Ψυχάλου, Αθήνα.

Κοσμίδης Ι., Αντωνιάδου Α. (2005). Ιογενείς λοιμώξεις. Ελένη Γιαμαρέλλου. Λοιμώξεις και Αντιμικροβιακή χημιοθεραπεία (Α' τόμος). Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα, 1191-1195.

Κουσκούκης Κ. , Δερματολογία και Αφροδισιολογία. Εκδόσεις Πασχαλίδης, 1987.

Λάζος Μ. Λουκάς και Παρασκευάς Κ. Γεώργιος. (1996). Στοιχεία Ανατομικής του ανθρώπου. UNIVERSITY STUDIO PRESS, Αθήνα .

Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, 2016.

Παρεμβάσεις ΚΕΕΛΠΝΟ στην κοινότητα/Αγωγή Υγείας-Πρόληψη Νοσημάτων, 2018.

Στρατηγός Ι. (2004). Αφροδισιολογία. Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα.

Χριστάκης Γ.Β. και Λεγάκης Ν.Ι. (2002). Σεξουαλικά μεταδιδόμενες νόσοι. Κλινική μικροβιολογία & λοιμώξεις. Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα, 127-155.

