

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

(Σ.Ε.Υ.Π.)

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

« ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΣ ΜΕΤΑΒΙΒΟΜΕΝΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ,
ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΕΡΥΝΑ ΓΙΑ ΤΑ Σ.Μ.Ν. ΚΑΙ ΤΙΣ
ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΑΤΟΜΩΝ
ΗΛΙΚΙΑΣ 15 – 35 ΕΤΩΝ»

ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ:

Dr. ΓΡΑΜΜΑΤΙΚΟΠΟΥΛΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:

ΑΒΒΑΝΙΔΗ ΜΑΛΑΜΑΤΕΝΙΑ-ΣΟΦΙΑ

ΠΑΡΑΒΕΙΣΟΠΟΥΛΟΥ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 2007

Στην πτυχιακή εργασία που ακολουθεί θα ασχοληθούμε Τα Σ.Μ.Ν, ονομάζονται έτσι, γιατί είναι νοσήματα που μεταδίδονται αποκλειστικά ή συχνά με την σεξουαλική επαφή. Για κάποιους λόγους που παραθέτουμε στη συνέχεια, οι ασθένειες αυτές παρουσιάζουν γενικώς αύξηση. Όλες σχεδόν θεραπεύονται εύκολα, αν το άτομο που έχει προσβληθεί καθώς και οι σεξουαλικοί του σύντροφοι επιδιώξουν ιατρική βοήθεια, αμέσως μόλις καταλάβουν ή υποψιαστούν ότι έχουν μολυνθεί. Τους ασθενείς προστατεύει το ιατρικό απόρρητο, ωστόσο παρ' ότι στην Ελλάδα η δήλωση είναι υποχρεωτική, δεν γίνεται πάντα, διότι οι ίδιοι οι ασθενείς αρνούνται. Οπότε η επιδημιολογία δεν είναι αντικειμενική.

Παράγοντες που συντελούν στην αύξηση εμφάνισης των Σ. Μ. Ν. είναι: α) η ελευθερία των σεξουαλικών σχέσεων, β) η αύξηση της περιπτώσιακής σεξουαλικής δραστηριότητας, γ) η πρωιμότερη ωρίμανση των γυναικών σε συνδυασμό με την χαλάρωση των ηθών, δ) οι ασυμπτωματικές μορφές των νοσημάτων, ε) η αύξηση της ομοφυλοφιλίας και στ) η αύξηση των ανθεκτικών στελεχών των μικροβίων.

Εκτός από την παρουσίαση των Σ. Μ. Ν, παραθέτουμε και στατιστική έρευνα με θέμα « σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και σεξουαλικές συνήθειες ατόμων ηλικίας 15 έως 35 ετών». Σκοπός μας είναι να παρουσιάσουμε μια γενική εικόνα για τα Σ. Μ. Ν, και σε συνδυασμό με την έρευνα, να δείξουμε πόσο σημαντικό ρόλο διαδραματίζει η σεξουαλική μας συμπεριφορά, στην εξάπλωση τους.

Στο σημείο αυτό, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε θερμά τον DR. Γεώργιο Γραμματικόπουλο, για την στήριξη και τις γνώσεις που μας προσέφερε, στο διάστημα της εκπόνησης της πτυχιακής μας εργασίας.

Ταξινόμηση των σεξουαλικά μεταδιδόμενων
νοσημάτων.

... γίνεται με βάση τον αιτιολογικό παράγοντα που προκαλεί την λοίμωξη.

Έτσι, προκύπτουν οι εξής κατηγορίες:

❖ Βακτηριακές λοιμώξεις

- i. Γονοκοκκική ουρηθρίτιδα
- ii. Μη γονοκοκκικές ουρηθρίτιδες
 - α. Ουρηθρίτιδα από σχιζομύκητες
 - β. Χλαμυδιακές λοιμώξεις
 - γ. Γεννητική μυκοπλάσμωση
- iii. Αφροδίσιο λεμφοκοκκίωμα
- iv. Μαλακό έλκος
- v. Βουβωνικό κοκκίωμα
- vi. Σύφιλη

❖ Ιογενείς λοιμώξεις

- i. Γεννητικός έρπης
- ii. Οξυτενή κονδυλώματα
- iii. Μολυσματική τέρμινθος
- iv. Ηπατίτιδα Β
- v. Κντυαρομεγαλοϊωση
- vi. Σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας (AIDS).

❖ Πρωτοζωϊκές λοιμώξεις

- i. Τριχομονάδωση
- ii. Αμοιβάδωση
- iii. Λαμβλίαση

❖ Μυκητιασικές λοιμώξεις

- i. Μονιλίαση των γυναικών
- ii. Μονιλίαση των αντρών

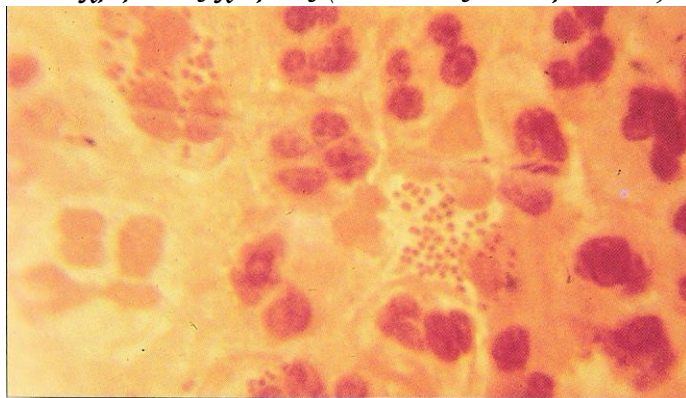
❖ Παρασιτικές λοιμώξεις

- i. Ψώρα
- ii. Φθειρίαση του εφηβαίου

ΒΑΚΤΗΡΙΑΚΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ

Γονοκοκκική ουρηθρίτιδα (βλεννόρροια)

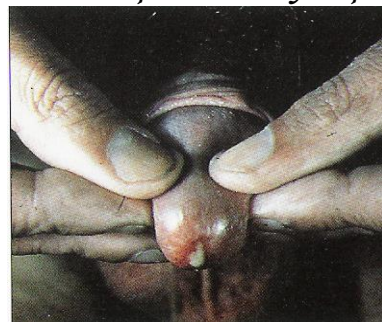
Η Γονοκοκκική ουρηθρίτιδα οφείλεται στον γονόκοκκο ή ναϊσέρια της γονόρροιας (*neisseria gonorrhoeae*). Ο πιο συνηθής τρόπος μετάδοσης είναι με την σεξουαλική επαφή, ωστόσο, πολύ σπάνια μεταδίδεται και από κοινόχρηστους χώρους (τουαλέτες, λουτρά κλπ.).



Για τις γυναίκες η συνηθέστερη πύλη εισόδου του μικροβίου είναι το εσωτερικό τμήμα του αυχένα της μήτρας και η ουρήθρα, ενώ στους άντρες είναι ο βλεννογόνος της ουρήθρας. Επιπροσθέτως, εστίες μόλυνσης μπορεί να

Παρασκευάσμα με Gram αρνητικά μικρόβια *Neisseria gonorrhoeae*. αποτελέσουν το ορθό, ο φάρυγγας, το αιδοίο, ο κόλπος και οι επιπεφυκότες. Η μόλυνση γίνεται απαραίτητα με την συνουσία με ασθενή. Αυτό που καθορίζει την μόλυνση είναι, πιθανώς, η διάρκεια της συνουσίας, το μέγεθος της διέγερσης και η ποσότητα των παθολογικών εκκρίσεων. Στις ομάδες υψηλού κινδύνου συγκαταλέγονται οι γυναίκες και οι διαβητικοί.

Κλινική εικόνα: Οι άνδρες παρουσιάζουν αίσθημα καύσου κατά μήκος της ουρήθρας, κατά την διάρκεια της ούρησης ή της στύσης. Σύντομα ένα κρεμάλες έκκριμα εμφανίζεται στην εκβολή του πέους. Σε κάποιες περιπτώσεις ο ασθενής εμφανίζει νυχτερινές επώδυνες στύσεις και σε πολλές περιπτώσεις διογκώνονται και οι βουβωνικοί λεμφαδένες. Εάν η βλεννόρροια δεν θεραπευτεί έγκαιρα μπορεί να μολύνει τον αγωγό που μεταφέρει το σπέρμα από τους άρχεις και να προκαλέσει επίσης στειρότητα (**γονοκοκκική επιδιδυμίτιδα**). Άλλες επιπλοκές που μπορεί να εμφανιστούν από την μη έγκαιρη θεραπεία είναι οι εξής :**γονοκοκκική προστατίτιδα, γονοκοκκική σπρεματοδοχοκυτίτιδα, λοιμώξεις των αδένων και των πόρων της περιοχής.**



Χαρακτηριστική έκκριση σε πάσχοντα από γονοκοκκική ουρηθρίτιδα

εν παρουσιάζεται κανένα σύμπτωμα. Έτσι, η γυναικεία γυναικεία μεταδοθεί στον ερωτικό σύντροφο. Με την πάροδο του χρόνου, τα συμπτώματα τα οποία εμφανίζονται είναι τσούξιμο και πόνος στην είσοδο της ουρήθρας και δύσοσμη και πυώδης κολπική έκκριση. Εάν



Γονοκοκκική επιπεφυκίτιδα σε νεογνό.

δεν θεραπευτεί έγκαιρα, μπορεί να μολύνει τις σάλπιγγες και να προκαλέσει πυελικά λοίμωξη με τελικό αποτέλεσμα την στειρότητα (γονοκοκκική σαλπιγγίτιδα και ωοθηκίτιδα). Άλλες επιπλοκές είναι οι: γονοκοκκική ουρηθρίτιδα και κολπίτιδα, γονοκοκκική ουρηθρίτιδα, γονοκοκκική βαρθολινίτιδα, γονοκοκκική ενδομητρίτιδα και γονοκοκκική περιτονίτιδα.

Τέλος, ανάλογα με τον τρόπο της ερωτικής επαφής μπορεί να εμφανιστούν οι εξής εντοπίσεις: γονοκοκκική λοίμωξη του ορθού γονοκοκκική φαρυγγίτιδα, γονοκοκκική επιπεφυκίτιδα και οφθαλμία, γονοκοκκική

σηφαιμία.

Θεραπεία: Η θεραπεία της βλεννόρροιας είναι πολύ εύκολη γιατί ο γονόκοκκος είναι πολύ ευαίσθητος σε πολλά αντιβιοτικά. Η θεραπεία πρέπει να γίνεται και στους δυο ερωτικούς συντρόφους, άσχετα από την ύπαρξη ή όχι συμπτωμάτων στην γυναίκα. Κατά τη διάρκεια της θεραπείας απαγορεύεται η σεξουαλική επαφή και η κατανόηση αλκοόλ. Σε απλές περιπτώσεις λοίμωξης χορηγούμε πενικιλίνη, σπεκτινομυκίνη, καναμυκίνη και αμπικιλίνη. Ένώ σε περιπτώσεις μόλυνσης με συνύπαρξη χλαμυδίων (25% άνδρες, 50% γυναίκες) η θεραπεία γίνεται με τετρακυκλίνες.

Μη γονοκοκκικές ουρηθρίτιδες

α. Ουρηθρίτιδα από σχιζομύκητες ή σαπροφυτική ουρηθρίτιδα

Τα πιο συχνά μικρόβια που προκαλούν την ουρηθρίτιδα από σχιζομύκητες είναι:

- i. Ο παθογόνος και ο μη παθογόνος σταφυλόκοκκος
- ii. Ο πρωτέας
- iii. Το κολοβακτηρίδιο (Ess. Coli)
- iv. Το πυοκυανικό βακτηρίδιο
- v. Ο σαπροφυτικός διπλόκοκκος
- vi. Διάφορα αναερόβια μικρόβια

Κλινική εικόνα : Στους άντρες ο χρόνος επώασης είναι 1-3 εβδομάδες, συνήθως. Σπάνια εμφανίζουν συμπτώματα όμοια με της γονόρροιας. Τα συμπτώματα είναι ελαφρά ή μέτρια έκκριση βλεννώδους υγρού, η ουρήθρα δεν εμφανίζει αίσθημα πόνου η καύσου και σε κάποιες περιπτώσεις υπάρχει η αίσθηση ελαφρού γαργαλητού. Σε χρόνια μορφή, το μόνο που δηλώνει την

νωση ορώδους ή οροπυώδους σταγόνας απ' την
κές στον άντρα είναι οι εξής: **προστατίτιδα,**

επιδιδυμίτιδα, κυστίτιδα και σπερματοδοχοκυστιτιδα.

Στις γυναίκες τα συμπτώματα είναι όμοια σχεδόν με της γονοκοκκικής ουρηθρίτιδας με την μόνη διαφορά ότι το έκκριμα είναι πιο λευκωπο και λιγότερο πυκνόρρευστο. Οι επιπλοκές είναι: **τραχηλίτιδα, κυστίτιδα, σαλπινγιίτιδα και ωθηκίτιδα.**

Θεραπεία : Πάντα κάνουμε καλλιέργεια του εκκρίματος για να προσδιορίσουμε ποιος σχιζομύκητας ευθύνεται για την μόλυνση. Με το αντιβιογράμμα προσδιορίζουμε το κατάλληλο αντιβιοτικό (για 10 ημέρες τουλάχιστον). Σε παρουσία χλαμυδίων χορηγούμε τετρακυκλίνη για 3 εβδομάδες. Συνιστάται η αποφυγή οινοπνευματωδών, αεριούχων ποτών καθώς και της σεξουαλικής επαφής και σε αυτήν την περίπτωση.

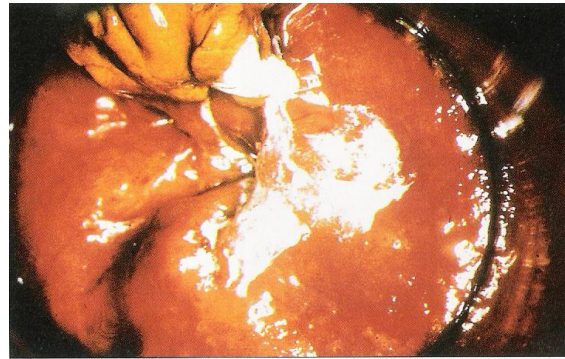
Χλαμυδιακές λοιμώξεις

Η *Chlamydia Trachomatis* προκαλεί μη γονοκοκκική και μεταγονοκοκκική ουρηθρίτιδα και εμφανίζεται πολύ συχνά. Η λοίμωξη επιβεβαιώνεται κάνοντας ιστοκαλλιέργειες δειγμάτων που απομονώνουν το μικροοργανισμό.

Ανάλογα με τη κλινική της εικόνα η λοίμωξη από χλαμύδια εμφανίζει τις ακόλουθες κλινικές μορφές:

Σε άνδρες:

- i. Χλαμυδιακή ουρηθρίτιδα
- ii. Χλαμυδιακή προστατίτιδα
- iii. Χλαμυδιακή επιδιδυμιτιδα
- iv. Ουρηθρική στένωση
- v. Χλαμυδιακή πρωκτίτιδα
- vi. Σύνδρομο του Reiter (διαλείπουσα αρθρίτιδα)

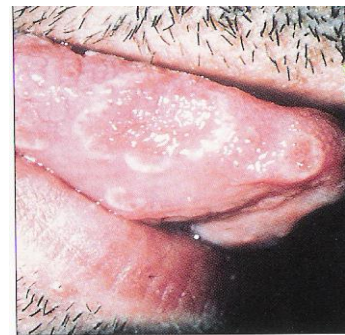


Πρωκτοσκόπηση ασθενούς που παρουσιάζει πρωκτίτιδα.

Στις γυναίκες:

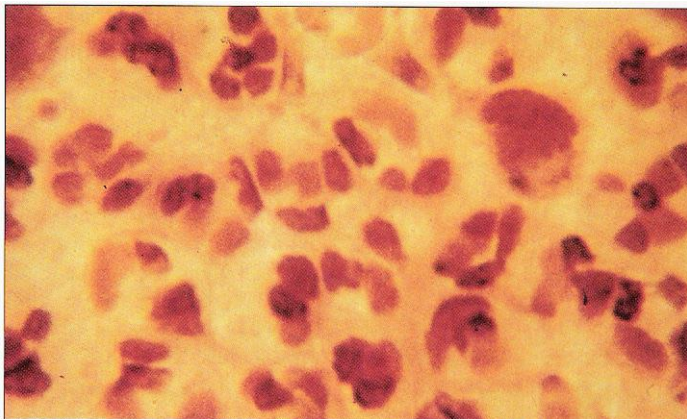
- i. Χλαμυδιακή ουρηθρίτιδα
- ii. Χλαμυδιακή τραχηλίτιδα
- iii. Χλαμυδιακή σαλπινγιίτιδα και ενδομητρίτιδα
- iv. Περιηπατίτιδα

Θεραπεία: οι λοιμώξεις των βλεννογόνων αντιμετωπίζονται με δοξυκυκλίνη και υδροχλωρική τετρακυκλίνη. Στους ασθενείς που δεν μπορούν να πάρουν τετρακυκλίνη η αντιμετώπιση γίνεται με τετρακυκλίνη.



Έλκη της γλώσσας από το σύνδρομο Reiter.

Σε ένα μεγάλο ποσοστό σεξουαλικά έμπειρων ανδρών και γυναικών απομονώνονται, πολύ συχνά τελευταία δυο μυκοπλάσματα. Το *mycoplasma hominis* που βρίσκεται σε ποσοστό 31% στον κόλπο των γυναικών και 13% στην ουρήθρα των ανδρών και το *ureaplasma urealyticum* που βρίσκεται σε ποσοστό 78% στον κόλπο και 56% στην ανδρική ουρήθρα. Το



Παρασκευάσμα με μικόπλάσμα *Ureaplasma urealyticum*.

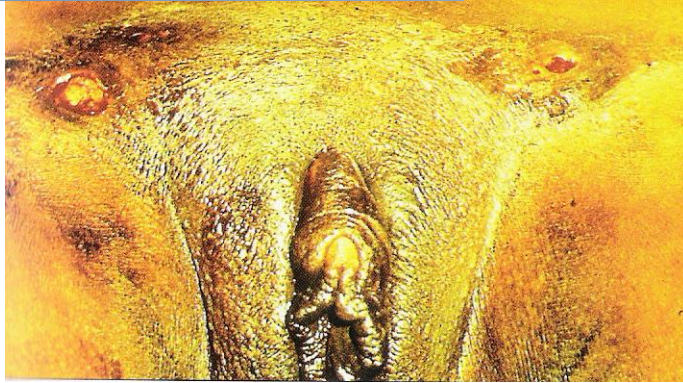
ureaplasma urealyticum είναι η αιτία πολλών μη χλαμυδιακών και μη ειδικών ουρηθρίτιδων στον άνδρα, με συμπτώματα όμοια με αυτά των μη ειδικών ουρηθρίτιδων. Σημαντική επίσης, είναι η ενοχή του στη δημιουργία χρόνιας προστατίτιδας και στειρώσης.

Στις γυναίκες, το *mycoplasma hominis* είναι συχνή αιτία εμφάνισης μη ειδικής κολπίτιδας, είτε σαν πρωτοπαθές παθογόνο μικρόβιο, είτε σε συμβίωση με την *gardnerella vaginalis* και άλλους μικροοργανισμούς. Είναι επίσης αίτιο εμφάνισης πολλών φλεγμονών της πύελου ή επιλόχειου πυρετού. Τέλος, το *ureaplasma urealyticum* φαίνεται να έχει σχέση με την γέννηση νεογνών μειωμένου σωματικού βάρους.

Θεραπεία: λόγω του ότι τα περισσότερα στελέχη των μυκοπλάσμάτων είναι ευαίσθητα στις τετρακυκλίνες, η θεραπεία των μη γονοκοκκικών ουρηθρίτιδων με τετρακυκλίνη εξαλείφει συγχρόνως την *Chlamydia trachomatis*, το *mycoplasma hominis* και το *ureaplasma urealyticum*. Πολύ καλά αποτελέσματα έχουμε και με την ερυθρομυκίνη στην οποία όμως δεν είναι ευαίσθητο το *mycoplasma hominis*.

Αφροδίσιο ή βουβωνικό λεμφοκοκκίωμα (νόσος των Nicolas-Favre).

Το νόσημα αυτό οφείλεται σε ειδικά λεμφότροπα στελέχη της *clamydia trachomatis*. Εμφανίζεται σποραδικά στη Ευρώπη, την Βόρειο Αμερική και στην Αυστραλία, είναι όμως πολύ συχνό στην Ν.Αμερική, την Αφρική, την ΝΑ. Ασία και την Καραϊβική. Στην Ελλάδα εμφανίζονται σποραδικά κρούσματα σε μεγάλα λιμάνια όπως ο Πειραιάς, η Θεσσαλονίκη κλπ. Η νόσος εμφανίζεται συχνότερα στους άνδρες και ιδιαίτερα στους ομοφυλόφιλους, παρά στις γυναίκες.



Γυναίκα από την Καραϊβική που παρουσιάζει απέκκριση από τους βουβωνικούς λεμφαδένες.

τό χρόνο επώασης που κυμαίνεται απο3 μέρες έως 2 μήνες αναπτύσσεται μια πληγή στο πέος του άνδρα η στο αιδοίο της γυναίκας. Οι βλάβες εντοπίζονται στο εξωτερικό των γεννητικών οργάνων ή του πρωκτού και σπάνια μέσα στην ουρήθρα. Όταν η βλάβη είναι σε αρχικό στάδιο μπορεί να περάσει απαρατήρητη. Στην πορεία οι αδένες της βουβωνικής χώρας διογκώνονται, σκληραίνουν και καλύπτονται από έντονο κοκκινωπό δέρμα. Η πληγή επουλώνεται σιγά σιγά και οι αδένες τις βουβωνικής χώρας είτε επαυέρχονται σε φυσιολογικό μέγεθος, είτε διαρρηγνύονται εκκρίνοντας κρεμώδες πύον μέσα από σχισμές του δέρματος.

Θεραπεία :Χορηγείται από το στόμα δοξυκυκλίνη (Vibramycin) ή υδροχλωρική τετρακυκλίνη ή ερυθρομυκίνη. Στις χρόνιες μορφές εφαρμόζεται θεραπεία με ακτίνες roentgen ή χειρουργική εξαίρεση των σκληρυντικών βλαβών ή χειρουργική διόρθωση στις στενώσεις και τα συρίγγια.

Μαλακό έλκος

Το μαλακό έλκος είναι νόσος εντοπισμένη, μολυσματική των γεννητικών οργάνων και οφείλεται στον στρεπτοβάκιλλο του Ducey (Hemophilus Duceyi).

Είναι πολύ διαδεδομένη σε θερμές και υγρές χώρες ιδιαίτερα στην Αφρική , Ν. Αμερική και Άπω Ανατολή. Στην Ελλάδα και τις άλλες πολιτισμένες χώρες είναι σήμερα σπάνιο και παρατηρείται μόνο σε ναυτικούς.

Κλινική εικόνα :Μετά από χρόνο επώασης 15 ημερών εμφανίζεται στο σημείο ενδοφθαλμισμού μια μικρή φλεγμονώδης βλατίδα με ερεθισμένη περιφέρεια, που μετά από λίγες ημέρες μετατρέπτε σε έλκωση λόγω της ιδιότητας του στρεπτοβάκιλλου να αυτοενοφθαλμιζεται, όσο περνάει ο καιρός οι ελκώσεις πολλαπλασιάζονται.

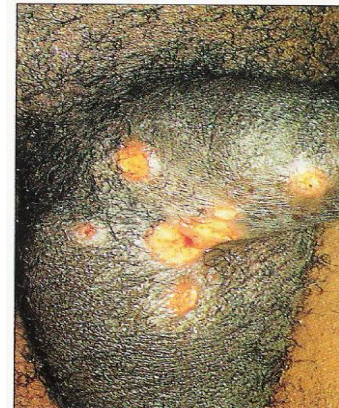


Ανδρας 5 ημέρες μετά την μόλυνση.

Τα μαλακά έλκη είναι επώδυνα βαθιά και καταστρεπτικά. Συνοδεύονται από σύστοιχη βουβωνική αδενίτιδα, αποτελούμενη από μαλακούς φλεγμονώδεις και επώδυνους αδένες. Αν ο άρρωστος δεν ακολουθήσει κάποια θεραπεία σιγά σιγά οι

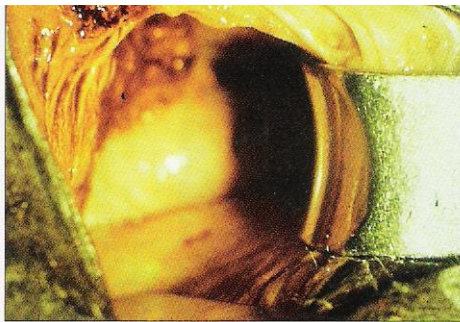
τελικά εξελκώνονται και σχηματίζουν

Θεραπεία: Οποιοδήποτε σχεδόν αντιβιοτικό χορηγούμενο από το στόμα ή τοπικά δίνει πολύ καλά αποτελέσματα. Γενικά, το μαλακό έλκος έχει καλή πρόγνωση. Παρόλα αυτά αν δεν θεραπευτεί μπορεί να προκαλέσει γάγγραινα ή μόνιμη παραμόρφωση των γεννητικών οργάνων.



Άνδρας με μαλακό έλκος

Αφροδίσιο ή βουβωνικό κοκκίωμα



Κοκκιοματώδης μάζα χαρακτηριστική της νόσου.

Πρόκειται για μια χρόνια, κοκκιοματώδη, ελκωτική νόσο των γεννητικών οργάνων και της περιγεννητικής χώρας, που οφείλεται στην κλεμπιέλλα του Donovan (Clebsiella Donovanii Granulomatis). Εμφανίζεται κυρίως σε τροπικές και υποτροπικές περιοχές (Ν. Αμερική, Α. Ινδίες, Κεντρική και Α. Αφρική κ.λ.) στις εύκρατες χώρες

εμφανίζονται σποραδικά κρούσματα τα οποία προέρχονται από επισκέπτες αυτών

των χωρών. Η νόσος δεν είναι πολύ μεταδοτική.

Κλινική εικόνα : Ο χρόνος επώασης ποικίλλει από λίγες μέρες έως δυο μήνες. Αρχικά εμφανίζονται ανώδυνες, κόκκινες, κηλίδες που εξελκώνονται. Μετά από μήνες οι μικρές εξελκώσεις εμφανίζουν μια μεγάλη ελκωση που αιμορραγεί πολύ εύκολα ή βγάζει δύσοσμο λευκοκίτρινο υγρό. Βλάβες εντοπίζονται στην έξω γεννητική χώρα, το περίνεο, το εφηβαίο και τον πρωκτό. Μακροπρόθεσμα οι βλάβες προχωρούν σχηματίζοντας συρίγγια ή καταστρέφοντας το πέος, τον κόλπο, το ορθό, την ουροδόχο κύστη κ.λ.π.



Ανώδυνο έλκος του αιδείου.

Θεραπεία : Η θεραπεία γίνεται με αντιβιοτικά. Το καλύτερο αντιβιοτικό για την συγκεκριμένη θεραπεία είναι υδροχλωρική τετρακυκλίνη. Επίσης, χορηγούνται χλωραμφενικόλη, η γενταμυκίνη και η στρεπτομυκίνη.

Η σύφιλη είναι χρόνια συστηματική, μολυσματική νόσος, η οποία οφείλεται στο τρεπόνημα το ωχρό (*Treponema pallidum*) ή ωχρά σπειροχαίτη.

Μεταδίδεται με τη σεξουαλική επαφή, αλλά και με απλή σωματική επαφή ή ακόμη και με μολυσμένα σκεύη. Μεταδίδεται, επίσης, από την μολυσμένη μητέρα στο έμβρυο κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, αλλά δεν είναι κληρονομική νόσος. Πολλοί υποστηρίζουν ότι η σύφιλη είναι τόσο παλιά, όσο και η ανθρωπότητα. Γεγονός, είναι πάντως ότι η σύφιλη μεταφέρθηκε στην Ευρώπη το 1493 από τα πληρώματα του Χριστόφορου Κολόμβου, που μολύνθηκαν κατά την διάρκεια της παραμονής τους στην Αμερική. Τα πληρώματα αποτελούνταν από ναύτες και στρατιώτες από όλες σχεδόν τις χώρες της Ευρώπης (κυρίως Ισπανούς και Ιταλούς), οι οποίοι διασκορπίστηκαν στις ιδιαίτερες πατρίδες τους μεταφέροντας την νόσο. Οι πόλεμοι που ακολούθησαν μετά συνετέλεσαν στη ραγδαία, πλέον, εξάπλωση της σύφιλης.

Ολοκληρωμένη κλινική μελέτη της σύφιλης έγινε μόλις το 1894 από τον Fournier, ενώ το 1905 ανακαλύφθηκε το τρεπόνημα το ωχρό σαν αίτιο της νόσου από τους Shaudinn και Hoffmann.

Στο παρελθόν η σύφιλη υπήρξε πολύ διαδεδομένη. Υπολογίζεται ότι μόνο στη Γερμανία υπήρχαν λίγο πριν το Β' Παγκόσμιο Πόλεμο μισό εκατομμύριο σφιλιδικοί. Μετά την ανακάλυψη, όμως, της πενικιλίνης η συχνότητα εμφάνισης της νόσου μειώθηκε σημαντικά, με αποκορύφωμα τα έτη 1956-1957.

Αιτιολογία: Η ώχρα σπειροχαίτη, που είναι το αίτιο της σύφιλης, έχει σχήμα σπειροειδές σαν τριμπουσόν, μήκος 6 – 20 μικρά και αποτελείται από 6 – 24 ομοιόμορφες σπείρες. Είναι πολύ κινητική και κινείται περιστροφικά γύρω από τον άξονα της προς τα εμπρός και πίσω.

Πολλαπλασιάζεται με εγκάρσια διαίρεση και είναι πάρα πολύ ευαίσθητη στην ξηρασία, στο φως (ειδικά στην υπεριώδη ακτινοβολία), στα αντισηπτικά και στα περισσότερα αντιβιοτικά, ιδίως στην πενικιλίνη. Καταστρέφεται σε θερμοκρασία 50 ° C μετά από μια ώρα και σε 60 ° C μετά από 20 λεπτά, ενώ είναι πολύ ανθεκτική στο κρύο και την υγρασία.

Χαρακτηριστικό του μικροβίου είναι ότι δεν καλλιεργείται σε κανένα θρεπτικό υπόστρωμα. Έχει μεγάλη διεισδυτική ικανότητα αλλά δεν μπορεί να διαπεράσει τι υγιές επιθήλιο. Έτσι, εισέρχεται στον οργανισμό μόνου όταν υπάρχει λύση της συνέχειας του δέρματος. Η διείσδυση του μικροβίου μέσω των λεμφαγγείων είναι ταχύτατη.

Επιδημιολογία: Λόγω της μεγάλης διεισδυτικότητας της, η ώχρα σπειροχαίτη βρίσκεται σε όλα τα υγρά του σώματος των πασχόντων, όπως το αίμα, τα ούρα, το σάλιο, ο ιδρώτας, η λέμφος, το γάλα, το σπερματικό υγρό τα κολπικά υγρά κ.λ.π. Επιπρόσθετα, μπορεί να υπάρχει και σε οποιαδήποτε βλάβη της είκτητης ή συγγενούς σύφιλης, κυρίως όμως, στο υγρό του σφιλιδικού έλκους, το χυμό των αδένων της σφιλιδικής αδενίτιδας, τον ορό των

Ταξινόμηση:

Α. Ανάλογα με τον τρόπο μόλυνσης, τον χρόνο μόλυνσης και την κλινική εικόνα, η σύφιλης ταξινομείται ως εξής:

1. Επίκτητη ονομάζεται η σύφιλη που αποκτάται κατά την διάρκεια της ζωής ενός ατόμου, με οποιοδήποτε τρόπο. Η επίκτητη σύφιλης χωρίζεται σε τρία στάδια: Α) το πρώτο στάδιο ή πρωτόγονος σύφιλης, το οποίο αρχίζει από την μόλυνση και διαρκεί περίπου 2 μήνες. Β) το δεύτερο στάδιο ή δευτερογόνος σύφιλης, το οποίο αρχίζει με την εμφάνιση της συφιλιδικής ροδάνθης και διαρκεί περίπου 2 χρόνια. Γ) το τρίτο στάδιο ή τριτογόνος ή όψιμη σύφιλης, το οποίο αρχίζει δύο περίπου χρόνια μετά η μόλυνση και διαρκεί μέχρι το τέλος της ζωής του ασθενούς.

2. Συγγενής, ονομάζεται η σύφιλης που μεταδίδεται στο έμβryo από την ασθενή μητέρα μέσω του πλακούντα, με συνέπεια να γεννηθεί το παιδί μολυσμένο ήδη από το μικρόβιο.

3. Λανθάνουσα, ονομάζεται η σύφιλης που δεν έχει κλινικές εκδηλώσεις και κατά συνέπεια ο ασθενής δεν γνωρίζει ότι πάσχει από αυτήν. Η νόσος ανακαλύπτεται τυχαία όταν ο ασθενής υποβληθεί σε εξετάσεις αίματος (π.χ. για αιμοδοσία), οπότε οι ορολογικές αντιδράσεις της σύφιλης αποδεικνύονται θετικές. Διακρίνεται σε πρώιμη και όψιμη ή λανθάνουσα.

Β. Ανάλογα με την θετικότητα των οροαντιδράσεων, η σύφιλης διακρίνεται σε:

1. Προορολογική, η οποία χαρακτηρίζεται από αρνητικές οροαντιδράσεις και διαρκεί 35- 40 ημέρες από την μόλυνση.

2. Ορολογική η οποία χαρακτηρίζεται από θετικές οροαντιδράσεις (αρχικά η FT₄ – Abs και αργότερα οι αντιδράσεις κροκυδώσεως και συνδέσεως του συμπληρώματος).

1. Πρώτο στάδιο (Πρωτογόνος σύφιλη)

Η πρωτογόνος σύφιλις αρχίζει από την μόλυνση και διαρκεί μέχρι την εμφάνιση της συφιλιδικής ροδάνθης, δηλαδή περίπου 2 μήνες. Μέσα στην διάρκεια των 2 αυτών μηνών περιλαμβάνεται και ο χρόνος επώασης που είναι περίπου 21 ημέρες.

Κλινική εικόνα: Η κλινική εικόνα του πρώτου σταδίου της σύφιλης χαρακτηρίζεται από 2 κλινικά συμπτώματα: το συφιλιδικό έλκος και τη σύστοιχη λεμφαδενίτιδα.

1. Συφιλιδικό έλκος. Μετά το χρόνο επώασης των 21 ημερών και στο σημείο ακριβώς που έγινε ο ενοφθαλμισμός του μικροβίου εμφανίζεται το συφιλιδικό έλκος. Εντοπίζεται κυρίως στα γεννητικά όργανα και ειδικότερα στην βάλανο, στην πόσθη, την βαλανοποσθική αύλακα, τον χαλινό και το όσχεο στον άνδρα, ενώ στην γυναίκα εντοπίζεται στα χείλη του αιδοίου, στην είσοδο του κόλπου και στον τράχηλο της μήτρας. Οι εξωγεννητικές εντοπίσεις του συφιλιδικού έλκους είναι σπανιότερες και είναι ο πρωκτός, η περιπρωκτική χώρα, το στόμα, η θηλή του μαστού, το πρόσωπο, τα δάχτυλα κ.λ.π. Στο σημείο που έγινε η μόλυνση εμφανίζεται, στην αρχή μια μικρή κόκκινη κηλίδα που γρήγορα σκληραίνει, διαβρώνεται και σε μια έως δυο εβδομάδες αποκτά τα χαρακτηριστικά του τυπικού συφιλιδικού έλκους. Το τυπικό συφιλιδικό έλκος εμφανίζεται σαν μια διάβρωση στρογγυλή ή ωοειδής, μεγέθους μμού έως ενός εκατοστού καλά περιγεγραμμένη και με επιφάνεια κόκκινη, καθαρή από την οποία βγαίνει ορώδες υγρό. Η διάβρωση επικάθεται πάνω σε μια σκληρή βάση και είναι ανώδυνη. Το συφιλιδικό έλκος αρχίζει να υποχωρεί και τελικά εξαφανίζεται αυτόματα σε 1- 1,5 μήνα. Στη θέση του παραμένει μια υπέρχρωμη κηλίδα ή μια μικρή ουλή, ενώ η σκληρή βάση παραμένει για αρκετό καιρό μετά την εξαφάνιση του έλκους. Σε πολλές περιπτώσεις το συφιλιδικό έλκος δεν είναι τυπικό. Άτυπες μορφές του αποτελούν τα πολλαπλά συφιλιδικά έλκη, το γιγάντιο έλκος, που μπορεί να έχει διάμετρο μέχρι και 5 cm, το νάνο έλκος με πολύ μικρή διάμετρο, το διφθεροειδές, που καλύπτεται από μια ψευδομεμβράνη και το επαπιόν έλκος, δηλαδή η εμφάνιση νέας έλκωσης πάνω στη βάση του ιαθέντος συφιλιδικού έλκους. Το επαπιόν έλκος υποδηλώνει ίαση της σύφιλης που προϋπήρξε και επαναμόλυνση.

2. Σύστοιχη λεμφαδενίτιδα Το συφιλιδικό έλκος συνοδεύεται πάντοτε από την σύστοιχη ή δορυφόρο λεμφαδενίτιδα. Η διόγκωση των λεμφαδένων εμφανίζεται συγχρόνως με την εμφάνιση του έλκους ενοφθαλμισμού, ή 1 -4 ημέρες αργότερα και συνοδεύεται από φλεγμονή των λεμφαδένων, οι οποίοι σχηματίζουν κάτω από το δέρμα ένα κομπολόι από ογκίδια μεγέθους φακής έως φασολιού. Τα ογκίδια αυτά είναι σκληρά, ευκίνητα, δεν πονούν και αφορίζονται σαφώς, ενώ ένα από αυτά είναι μεγαλύτερο από τα άλλα και ονομάζεται έξαρχος αδένας. Η λεμφαδενίτιδα, η οποία ακολουθεί πιστά το συφιλιδικό έλκος,

λήγουν τα λεμφαγγεία της περιοχής στην οποία
κος. Έτσι, όταν το έλκος αναπτύσσεται στα
γεννητικά όργανα διογκώνονται οι βουβωνικοί λεμφαδένες, όταν αναπτύσσεται
στο στόμα διογκώνονται οι υπογνάθιοι, όταν αναπτύσσεται στο στόμα
διογκώνονται οι υπογνάθιοι, όταν αναπτύσσεται στο μαστό διογκώνονται οι
μασχαλιαίοι κ.ο.κ Η λεμφαδενίτιδα παραμένει για αρκετό διάστημα μετά την
επούλωση του έλκους.

Διάγνωση: στην πρωτογόνο σύφιλη όλες οι οροαντιδράσεις για την νόσο
είναι αρνητικές. Η διάγνωση γίνεται από την κλινική εικόνα και την ανεύρεση
της ώχρας σπειροχαΐτης στον ορό του συφιλιδικού έλκους και στον ορό των
λεμφαδένων, από τους οποίους το παίρνουμε με παρακέντηση.

2. Δεύτερο στάδιο (Δευτερογόνος σύφιλη)

Δυο μήνες μετά την μόλυνση και από την στιγμή που η ώχρα σπειροχαΐτη
περάσει το φραγμό των λεμφαδένων και εισέλθει στην κυκλοφορία του
αίματος, η σύφιλη μπαίνει πλέον, στο δεύτερο στάδιο, το οποίο διαρκεί 2
χρόνια. Το δεύτερο στάδιο χαρακτηρίζεται από το γεγονός ότι όλες οι
οροαντιδράσεις είναι θετικές. Το τρεπόνημα πολλαπλασιάζεται αθρόα,
προκαλώντας την λεγόμενη τρεπονηματική σηψαιμία. Το γεγονός αυτό κάνει
την δευτερογόνο σύφιλη την πιο επικίνδυνη περίοδο της νόσου, από πλευράς
μεταδοτικότητας. Ο ασθενής εμφανίζει γενικά φαινόμενα, όπως χαμηλό πυρετό,
κεφαλόπονο, πόνους στις αρθρώσεις και τα οστά, νευραλγίες και καταβολή των
δυνάμεων. Τα σπλάχνα ευρισκόμενα και αυτά στο έλεος του τρεπονήματος,
εμφανίζουν βλάβες, οι οποίες όμως, δεν είναι μόνιμες. Ανάλογα με το όργανο που
προσβάλλεται, είναι δυνατόν να εμφανιστεί ηπατίτιδα, νεφρίτιδα, μηνιγγίτιδα,
αναιμία, λευκοκυττάρωση. Πολλές φορές εμφανίζεται πολυαδενίτιδα, λόγω
προσβολής όλων των λεμφαδένων του σώματος, οι οποίοι είναι ελαφρά
διογκωμένοι, ευκίνητοι και ανώδυνοι. Η πολυαδενίτιδα διαρκεί πολλούς μήνες
μετά την θεραπεία. Η αθρόα μικροβιαΐα έχει σαν αποτέλεσμα να προκληθούν
μικροβιακές εμβολές στα τριχοειδή αγγεία του δέρματος, οι οποίες είναι αίτια της
εμφάνισης των χαρακτηριστικών δερματικών εξανθημάτων της δευτερογόνου
σύφιλης. Τα εξανθήματα της δευτερογόνου σύφιλης είναι διάσπαρτα, ανώδυνα,
δεν εμφανίζουν κνησμό και υποχωρούν αυτόματα χωρίς να αφήσουν ουλές ή
μόνιμες βλάβες. Έτσι, όσο διαρκεί το δεύτερο στάδιο της σύφιλης, εμφανίζονται
στο δέρμα και τους βλεννογόνους τα εξής χαρακτηριστικά εξανθήματα:

❖ **Ροδάκνη:** εμφανίζεται δυο μήνες μετά την μόλυνση ή 40 ημέρες μετά την
εμφάνιση του συφιλιδικού έλκους και δηλώνει την αρχή της δευτερογόνου
σύφιλης. Είναι το πιο συχνό σε εμφάνιση εξάνθημα του δεύτερου σταδίου.
Χαρακτηρίζεται από πολυάριθμες μικρές, στρογγυλές ή ωοειδείς κηλίδες που
έχουν χρώμα ρόδινο, όρια ασαφή και διάμετρο 3- 15 mm. Οι κηλίδες αυτές, είναι
μεμονωμένες, ελαφρά διηθημένες και αν τις πιέσουμε εξαφανίζονται. Το εξάνθημα
δεν εμφανίζει απολέπιση, ούτε κνησμό. Η ροδάκνη εντοπίζεται, συνήθως, στα
πλάγια του θώρακα και στην κοιλία και μπορεί να επεκταθεί σταδιακά σε όλο

ό το πρόσωπο. Χωρίς θεραπεία διαρκεί δύο έως
χθμιαία χωρίς να αφήσει ουλές ή μελάγχρωση,

πλην ορισμένων εξαιρέσεων. Αν γίνει θεραπεία εξαφανίζεται το πολύ σε μια
εβδομάδα.

❖ Μελαγχρωματικά εξανθήματα: Μετά την υποχώρηση της η ροδόχυθη
μπορεί να αφήσει μελαγχρωματικές κηλίδες. Οι κηλίδες αυτές σχηματίζουν ένα
διάχυτο μελαγχρωματικό δίκτυο που περικλείει μέσα του μελαγχρωματικές
κηλίδες. Η συφιλιδική αυτή λευκομαλανοδερμία εμφανίζεται κατά το τέλος του
πρώτου έτους από την μόλυνση και προσβάλλει τις γυναίκες συχνότερα από ότι
τους άνδρες. Δεν συνοδεύεται από κνησμό ή απολέπιση. Εντοπίζεται εκλεκτικά
στο λαιμό και ονομάζεται περιδέραιο της Αφροδίτης. Η συφιλιδική
λευκομελανοδερμία μπορεί να παραμείνει επί μήνες ή χρόνια μετά την θεραπεία.

❖ Βλατιδώδη εξανθήματα: Οι βλατίδες της δευτερογόνου σύφιλης είναι
δερμοεπιδερμικές, πολυάριθμες και πολύμορφες, στρογγυλές, σκληρές και
ανώδυνες και δεν συνοδεύονται από κνησμό. Είναι δάσπαρτες στον κορμό, τα
άκρα και το πρόσωπο και συρρέουν κατά πλάκες. Εμφανίζονται 3 με 4 μήνες από
την μόλυνση (μετά την εξαφάνιση της ροδόχυθης) και διαρκούν 3 με 4 μήνες
χωρίς θεραπεία, οπότε εξαφανίζονται χωρίς να αφήσουν ουλή. Η επιφάνεια των
βλατιδών είναι, συνήθως, ομαλή και πεπλατυσμένη, ενώ η περιφέρεια της
περιβάλλεται από ελαφρά απολέπιση, η οποία ονομάζεται περιτραχήλιο του
Biett. Το περιτραχήλιο του Biett, όταν εντοπίζεται στα παλάμες και τα πέλματα
είναι χαρακτηριστικό γνώρισμα της δευτερογόνου σύφιλης. Όταν οι βλατίδες
εντοπίζονται στο μέτωπο και μάλιστα στις παρυφές του τριχωτού της κεφαλής,
σχηματίζουν άλλο χαρακτηριστικό γνώρισμα της νόσου, τον στέφανο της
Αφροδίτης. Η εμφάνιση τέλος, του βλατιδώδους εξανθήματος στο πρόσωπο
συνοδεύεται από έμμορφη διάταξη των βλατιδών, οι οποίες σχηματίζουν κύκλους
ή τόξα κύκλων και αποτελούν το λεγόμενο κομφό εξάνθημα.

❖ Αλωπεκία: Η συφιλιδική αλωπεκία εμφανίζεται 3- 6 μήνες από την
μόλυνση και προσβάλλει, συνήθως, το τριχωτό της κεφαλής και κυρίως τις
πλάγιες κροταφικές και την ινιακή χώρα, όπου σχηματίζει μικρές στρογγυλές
πλάκες διαμέτρου 1-2 cm, χωρίς τρίχες. Σε ορισμένες περιπτώσεις εξελίσσεται σε
διάχυτη. Η αλωπεκία αυτή είναι προσωρινή γιατί οι τρίχες ξαναφυτρώνουν
αμέσως με την αρχή της θεραπείας ή φυτρώνουν και μόνες τους χωρίς θεραπεία,
μετά από 2-3 μήνες. Εκτός από το τριχωτό της κεφαλής, αλωπεκία παρατηρείται
και στα φρύδια στα οποία προσβάλλει την ουρά. Το φαινόμενο αυτό είναι
χαρακτηριστικό στοιχείο της δευτερογόνου σύφιλης και ονομάζεται σημείο του
Λεοφωρείου.

❖ Συφιλιδικές πλάκες: Αποτελούν την σπουδαιότερη εκδήλωση της
δευτερογόνου σύφιλης, όχι μόνον σαν απθωγωνικό στοιχείο, αλλά και για το
γεγονός ότι έχουν την μεγαλύτερη μολυσματικότητα από όλα τα εξανθήματα του
δεύτερου σταδίου. Εμφανίζονται αποκλειστικά στους βλεννογόνους και
χαρακτηρίζονται από ερυθρηματώδεις κηλίδες, στρογγυλές ή ωοειδείς, διαμέτρου
3-10 mm, που δεν συνοδεύονται από πόνο ή κνησμό. Η επιδερμίδα γίνεται
γρήγορα λευκωπή και καλύπτεται από μια ψευδομεμβράνη. Μετά από λίγο η

έφτει, αφήνοντας από κάτω μια διάβρωση που Από τις διαβρώσεις αυτές αναβλύζει άφθονο ορώδες υγρό, που είναι γεμάτο από σπειροχαίτες, γεγονός που εξηγεί την μεγάλη μολυσματικότητα των συφιλιδικών πλακών. Οι συφιλιδικές πλάκες εντοπίζονται στην στοματική κοιλότητα (κυρίως στην γλώσσα) με την μορφή ραγάδων, στα παρίσθια, στον λάρυγγα(όπου μπορούν να προκαλέσουν αφωνία) και στον βλεννογόνο των γεννητικών οργάνων ανδρών και γυναικών. Υποχωρούν αυτόματα χωρίς θεραπεία, μετά από 10-15 ημέρες. Ιδιαίτερη μορφή συφιλιδικών πλακών αποτελούν τα λεγόμενα πλατέα κονδυλώματα . Αυτά αποτελούνται από επαρμένες, συρρέουσες βλατίδες με ευρεία βάση, στρογγυλές ή ωοειδείς, με διάμετρο 5- 10 mm και χρώμα βαθύ κόκκινο. Η επιφάνεια τους είναι διαβρωμένη καλύπτεται από ψευδομεμβράνη. Τα πλατέα κονδυλώματα πρέπει να διαχωρίζονται από τα οξυτενή, τα οποία οφείλονται σε ογκογόνο ιό.

❖ Ελκωτικά εξανθήματα: Τα ελκωτικά εξανθήματα χαρακτηρίζονται από βαθιές ελκώσεις με διαφορετικό σχήμα που καλύπτονται από εφελκίδες. Εμφανίζονται πολλούς μήνες μετά την μόλυνση και είναι ολιγάριθμα.

❖ Όνυχια: Κατά την διάρκεια του δεύτερου σταδίου της σύφιλης προσβάλλονται και οι όνυχες, που γίνονται εύθραυστοι, μαλακοί, λεπτοί και ανώμαλοι, ενώ η επιφάνεια τους απολεπίζεται.

3. Τρίτο στάδιο (Τριτογόνος σύφιλη)

Το τρίτο στάδιο της σύφιλης αρχίζει δυο με τρία χρόνια μετά την μόλυνση. Όταν εξαφανιστούν οι δερματικές εκδηλώσεις του δεύτερου σταδίου, η νόσος μπαίνει σε μια περίοδο χωρίς κλινικές εκδηλώσεις, που ονομάζεται περίοδος τρίτης επώασης. Αν μείνει χωρίς θεραπεία η τριτογόνος σύφιλης διαρκεί όσο και η ζωή του ασθενούς. Τα εξανθήματα της τριτογόνου σύφιλης έχουν τα εξής κοινά χαρακτηριστικά: Είναι λίγα αριθμητικά, μονήρη, ανώδυνα, ασύμμετρα, σχηματίζουν κύκλους ή ημικύκλια και έχουν την τάση να αναπτύσσονται προς το βάθος. Αν αφεθούν χωρίς θεραπεία, υποχωρούν πολύ αργά, αφήνοντας ουλές και μελαγχρώσεις. Οι βλάβες της τριτογόνου σύφιλης δεν θεωρούνται μολυσματικές, γιατί δεν περιέχουν την ώχρα σπειροχαίτη. Διακρίνονται στις βλάβες που εκδηλώνονται στο δέρμα και στις βλάβες που εκδηλώνονται στο δέρμα και στις βλάβες που εκδηλώνονται στα σπλάχνα.

Α. Εκδηλώσεις της τριτογόνου σύφιλης στο δέρμα.

Οι δερματικές εκδηλώσεις του τρίτου σταδίου είναι οι εξής:

- ❖ Τα κομμώματα
- ❖ Τα φυματώδη και τα φυματοελκωτικά εξανθήματα
- ❖ Το κυκλικό ερύθημα του Fournier

Τα κομμωμάτια αποτελούν την κυριώτερη εκδήλωση του τρίτου σταδίου της σύφιλης. Εντοπίζονται στο δέρμα, αλλά και σε όλα τα όργανα και τους ιστούς του σώματος, τους οποίους προοδευτικά καταστρέφουν, αφού ακολουθούν την τυπική εξέλιξη των κοινών κομμωμάτων, δηλαδή την διήθηση, την μαλάκυνση, την εξέλκωση και τέλος την ουλοποίηση. Στο δέρμα εντοπίζονται εκλεκτικά στις κνήμες, τα κάτω άκρα, το κεφάλι και καταλαμβάνουν το βάθος του δέρματος ή τον υποδόριο ιστό. Είναι, συνήθως, εντοπισμένα, μονήρη ή πολλαπλά και το μέγεθος τους ποικίλλει από μπιζελίου μέχρι αυγού κότας. Όταν τα κομμωμάτια είναι πολλαπλά, συνενώνονται και σχηματίζουν ολόκληρες πλάκες, οι οποίες αφήνουν εκτεταμένες βλάβες μετά την ουλοποίηση τους.

Εξέλιξη των κομμωμάτων: Αρχικά, στην περιοχή της βλάβης δημιουργείται ένα σκληρό ογκίδιο καλά περιγεγραμμένο, ευκίνητο, που σιγά σιγά μεγαλώνει, μαλακώνει και το δέρμα που το σκεπάζει γίνεται λεπτό και κόκκινο. Με την πάροδο του χρόνου η μαλάκυνση προχωρεί, το δέρμα που την καλύπτει ανόγει και βγαίνει από μέσα ένα παχύρρευστο υγρό. Μετά την έξοδο του υγρού παραμένει μια έλκωση με απότομα χείλη και πυθμένα λείο και κοκκινωπό. Η έλκωση σιγά σιγά επουλώνεται, αφήνοντας ουλή που περιβάλλεται από μελάγχρωση. Η εξέλιξη του κομμωμάτος διαρκεί από λίγους μήνες μέχρι δυο χρόνια. Εννόητο είναι ότι η παραπάνω διαδικασία εξέλιξης του συφιλιδικού κομμωμάτος σημαίνει καταστροφή του δέρματος ή του οργάνου στο οποίο εντοπίζεται.

❖ Φυματώδη και φυματοελκωτικά εξανθήματα

Είναι μονήρη και διάσπαρτα ογκίδια του δέρματος, ανώδυνα, σκληρά, μεγέθους 2 mm έως 1 cm και χρώματος βαθυκόκκινου. Εντοπίζονται συνήθως στο μέτωπο, στη μύτη, στο τριχωτό της κεφαλής, αλλά και σε οποιοδήποτε σημείο του δέρματος. Αν αφεθούν χωρίς θεραπεία υποχωρούν αυτόματα μετά από αρκετό χρόνο, αφήνοντας ουλώδη ατροφία του δέρματος. Σε άλλες περιπτώσεις (ελκωτικά εξανθήματα) δημιουργείται έλκωση με απότομα χείλη, που καλύπτεται από μια παχιά και σκληρή εφελκίδα σκούρου χρώματος. Η έλκωση επουλώνεται αυτόματα μετά από πολύ χρόνο.

❖ Κυκλικό ερύθημα του Fournier

Είναι πολύ σπάνιο εξάνθημα. Αποτελείται από ερυθρές κηλίδες που σχηματίζουν κύκλους ή ημικύκλια στην πλάτη, τους γλουτούς και τα άκρα. Διαρκεί πολύ καιρό και μετά την υποχώρηση του δεν αφήνει ουλές.

φιλης στα σπλάχνα

Σαν γενικευμένη νόσος, η τριτογόνος σύφιλις μπορεί να προσβάλλει οποιοδήποτε σπλάχνο ή αγγείο ή μοίρα του νευρικού συστήματος του ανθρώπου. Οι βλάβες που προκαλούνται κατά την διάρκεια του τρίτου σταδίου της σύφιλης δεν αποκαθίστανται με αντισυφιλιδική θεραπεία, όπως στην πρωτογόνου ή δευτερογόνου σύφιλη, διότι αφενός μεν διηθούν τους ιστούς και τους καταστρέφουν, αφετέρου δε έχουν χρόνια εξέλιξη, με συνέπεια να προκαλούνται μόνιμες αλλοιώσεις, που μπορούν να επιφέρουν ακόμη και τον θάνατο. Η σπλαχνική σύφιλις μπορεί να υποδυθεί τη συμπτωματολογία των περισσότερων νόσων, ανάλογα με την εντόπιση της. Οι συνηθέστερες εντοπίσεις της σπλαχνικής σύφιλης είναι:

❖ Στο καρδιαγγειακό σύστημα

Η καρδιαγγειακή σύφιλις εμφανίζεται στο 10% περίπου, των μη θεραπευθέντων συφιλιδικών ασθενών, μετά από 10 – 30 χρόνια. Μπορεί να εμφανιστεί σαν ανιούσα αορτίτιδα, στένωση των στεφανιαίων στομιών, ανεπάρκεια της αορτής, ανεύρυσμα της αορτής ή ανεπάρκεια της αριστερής κοιλίας.

❖ Στο καρδιαγγειακό σύστημα.

Η τριτογόνος σύφιλις προσβάλλει το νευρικό σύστημα του 10%, περίπου, των μη θεραπευμένων ασθενών μετά από 13 χρόνια, ή και περισσότερο, από την μόλυνση. Είναι η πιο σοβαρή εντόπιση της σύφιλης γιατί αφορά το κεντρικό νευρικό σύστημα και τον νωτιαίο μυελό, όπου προκαλεί σοβαρές βλάβες. Πάρολο που σε ορισμένες περιπτώσεις η νευροσύφιλης μπορεί να είναι ασυμπτωματική, συνήθως προκαλεί τις εξής βλάβες:

- ❖ Συφιλιδική μηνιγγίτιδα
- ❖ Αποφρακτική ευδαρθρίτιδα με παραλύσεις ή ημιπληγία
- ❖ Νωτιαία φθίση ή κινητική αταξία με ατροφία του οπτικού νεύρου
- ❖ Πρόιούσα γενική παράλυση
- ❖ Κομμώματα του εγκεφάλου ή του νωτιαίου μυελού
- ❖ Μηνιγγοαγγειακή σύφιλη

Η διάγνωση της νευροσύφιλης επιβεβαιώνεται με την οσφουνοωτιαία παρακέντηση και εξέταση του εγκεφαλονωτιαίου υγρού, το οποίο είναι πάντα παθολογικό.

Στο αναπνευστικό σύστημα δημιουργούνται κομμιώματα στη μύτη, στο λάρυγγα και στους πνεύμονες, με συνέπεια την καταστροφή μέρους των οργάνων αυτών και εμφάνιση συμπτωμάτων, όπως βραχνιάδα στη φωνή, καταστροφή του ρινικού διαφράγματος, καταστροφή βρόγχων.

❖ Στο ουρογεννητικό σύστημα

Στην ουρογεννητική σύφιλη προσβάλλονται οι νεφροί, τα επινεφρίδια, οι όρχεις, η μήτρα, οι σάλπιγγες κ.λ.π

❖ Στο κινητικό σύστημα

Στο σύστημα αυτό προσβάλλονται τα οστά, οι αρθρώσεις και οι μύες, με συνέπεια την εμφάνιση πόνων από τα οστά και τις αρθρώσεις, ή όγκων στις αρθρώσεις.

❖ Στους αδένες έσω έκκρισης

Β Συγγενής σύφιλη

Κλινική εικόνα: Το 60% της συγγενούς σύφιλης είναι ασυμπτωματικές και η διάγνωση μπαίνει μόνο από τις θετικές οροαντιδράσεις. Οι εκδηλώσεις της συγγενούς σύφιλης μπορούν να εμφανιστούν αμέσως μετά την γέννηση, οπότε έχουμε την πρώιμη σύφιλη, ή αργότερα, μετά από βδομάδες, μήνες ή χρόνια, οπότε έχουμε την όψιμη σύφιλη. Η συγγενής σύφιλη διαφέρει από την επίκτητη στα εξής σημεία: α) είναι ακέφαλη, δηλαδή η νόσος δεν αρχίζει με την εμφάνιση του συφιλιδικού έλκους, β) υπερτερούν στην συγγενή οι φουσαλιδώδεις, πομφολυγώδεις και βλατιδώδεις εκδηλώσεις από το δέρμα, γ) η συγγενής χαρακτηρίζεται από τα στίγματα, τα οποία είναι δυσμορφίες και βλάβες που υποδηλώνουν την συγγενή σύφιλη και παραμένουν μόνιμα, εφ' όρου ζωής.

Τα στίγματα της συγγενούς σύφιλης είναι :

- ❖ Οι οδόντες του Hutchinson
- ❖ Πάρεγχυματώδης κερατίτιδα των ματιών
- ❖ Μέση πυώδης ωτίτιδα
- ❖ Αραίωση των δοντιών και μικροδοντισμός
- ❖ Ακτινοειδείς ουλές του Parrot
- ❖ Εφιπιοειδής μύτη ή μύτη σε σχήμα χύτρας
- ❖ Δυσμορφίες από βλάβες στα οστά

οώτων στιγμάτων, δηλαδή των οδόντων του
υς κερατίτιδας και της μέσης ωτίτιδας αποτελεί
την λεγόμενη **τριάδα του Hutchinson**, που θεωρείται παθολογικό στοιχείο της
συγγενούς σύφιλης.

Εργαστηριακές εξετάσεις για την σύφιλη:

Οι εργαστηριακές εξετάσεις για την σύφιλη χρησιμεύουν όχι μόνο για την
διάγνωση της νόσου (σε συνδυασμό με τις υπάρχουσες κλινικές εκδηλώσεις),
αλλά και για την παρακολούθηση της πορείας της, την αποτελεσματικότητα της
θεραπείας, καθώς και την διαπίστωση υποτροπών. Οι κατηγορίες των
εργαστηριακών εξετάσεων της σύφιλης είναι :

- Η αναζήτηση του ωχρού τρεπονήματος
- Οι ορολογικές αντιδράσεις (ειδικές και μη ειδικές)

Πρόγνωση: Αν η σύφιλη αφεθεί χωρίς θεραπεία έχει σοβαρή πρόγνωση, τόσο
για την ζωή του ασθενούς, όσο και για την ποιότητα της ζωής του. Εάν η
αντιμετώπιση της νόσου γίνει στο πρώτο στάδιο τότε η θεραπεία είναι πλήρης.
Εάν γίνει στο δεύτερο στάδιο, οι κλινικές εκδηλώσεις αποκαθίστανται στο 95%
των περιπτώσεων και οι μη ειδικές οροαντιδράσεις αρνητικοποιούνται στο 85-
95% των περιπτώσεων. Τέλος, αν η αντιμετώπιση της νόσου γίνει στο τρίτο
στάδιο και ειδικότερα επί σπλαχνικής σύφιλης, η πρόγνωση εξαρτάται από τις
ήδη εγκατεστημένες βλάβες που δεν είναι ανατάξιμες.

Θεραπεία: κατά καιρούς έχουν χρησιμοποιηθεί διάφορα φάρμακα για την
θεραπεία της σύφιλης, χωρίς μεγάλη επιτυχία. Μερικά από αυτά είναι το
αρσενικό, το βισμούθιο, ο υδράργυρος, το ιωδιούχο κάλιο, κ.α. Μετά την
ανακάλυψη της, όμως το 1943, η πενικιλίνη έγινε το φάρμακο εκλογής και
συγχρόως, το φάρμακο που έσωσε εκατομμύρια ζωές στον πλανήτη μας. Η
πενικιλίνη είναι εύκολη στην χρήση, στερείται ανεπιθύμητων ενεργειών και είναι
αποτελεσματική γιατί είναι τρεπονημακτόνο και τρεπονηματοστατικό φάρμακο.
Η αποτελεσματικότητα της είναι μεγαλύτερη όταν η θεραπεία γίνεται κατά το
στάδιο του πολλαπλασιασμού του μικροβίου. Χορηγείται σε μορφή κρυσταλλικής
υδατοδιαλυτής ή ελαιώδους προκαϊνικής ή βαζανθενικής πενικιλίνης G. Η
δοσολογία χορήγησης είναι 2 έως 3 ενέσεις των 2.400.000 I.U βεξανθενικής
πενικιλίνης, σε διάστημα 10, περίπου, ημερών. Επί νευροσύφιλης η θεραπεία
συνεχίζεται για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. Σε περίπτωση που ο ασθενής είναι
αλλεργικός στην πενικιλίνη, εφαρμόζεται θεραπεία με άλλα αντιβιοτικά όπως η
ερυθρομυκίνη, οι τετρακυκλίνες, οι κεφαλοσπορίνες, κ. α. Μετά την θεραπεία
είναι απαραίτητο να γίνεται έλεγχος του τίτλου αντισωμάτων των ειδικών
οροαντιδράσεων, μετά από 3, 6, 12 και 24 μήνες. Όταν ο ασθενής βρίσκεται στο
τρίτο στάδιο ή έχει νευροσύφιλη, ο ορολογικός έλεγχος συνεχίζεται επί 3
τουλάχιστον χρόνια μετά την θεραπεία.

ΙΟΤΕΝΕΙΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ

Γεννητικός έρπης

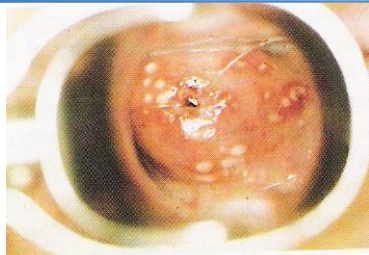
Ο Έρπης είναι πολύ παλιά ασθένεια και προκαλείται από ιό. Οι ιοί του έρπητος εισβάλλουν στα κύτταρα του σώματος και τα «προγραμματίζουν» ώστε να παράγουν πολλαπλά αντίγραφα του ιού, τα οποία και εξαπλώνονται σε άλλα όργανα. Ο έρπης προκαλείται από δύο συγγενικούς ιούς, τον herpes virus I, ο οποίος συνήθως προκαλεί επιχείλιο έρπη και τον herpes virus II ο οποίος συνήθως προκαλεί γεννητικό έρπη. Έχει όμως αποδειχθεί ότι το 1/3 περίπου των περιπτώσεων έρπητα των γεννητικών οργάνων οφείλεται στον τύπου I ενώ ο τύπου II προκαλεί 8-10 φορές συχνότερες υποτροπές από τον ιό τύπου I. Ο γεννητικός έρπης παρότι είναι γνωστός από τον 18ο αιώνα δεν παρουσίαζε μεγάλη συχνότητα εμφάνισης. Τελευταία όμως λόγω της σεξουαλικής απελευθέρωσης, των παραλλαγών στην ερωτική πράξη, καθώς επίσης και της μεγάλης αύξησης ασυμπτωματικών ατόμων που έχουν τον ιό και των μεταδίδουν σε ερωτικούς, εμφανίζει μεγάλη έξαρση. Καθοριστικός παράγοντας για την εξάπλωση της νόσου είναι και το γεγονός ότι ως τώρα δεν υπάρχει αποτελεσματική θεραπεία.



Γεννητικός έρπης στην βάλανο.

Κλινική εικόνα : Στον πρωτοπαθή έρπητα ο χρόνος επώασης είναι 3-5 ημέρες. Αρχικά υπάρχουν φαινόμενα όπως κεφαλαλγία, κακουχία, ερεθισμός, κάψιμο και ελαφρύς πόνος στο σημείο που θα εμφανιστεί. Σύντομα εμφανίζονται πολλές μικρές φουσαλίδες που σπάζουν και αφήνουν μικρές διαβρώσεις ή ελκώσεις εξέρυθρες και επώδυνες. Οι γυναίκες παρουσιάζουν ερπητική αιδιοκολπίτιδα και δυσουρία. Μετά τις 20 πρώτες ημέρες που διαρκεί συνήθως ο πρωτοπαθής έρπης, υποχωρεί αυτόματα και παραμένει σε λαυθάουσα κατάσταση ώσπου να υποτροπιάσει ξανά. Σημεία εντοπισμού είναι στους άνδρες η βάλανος, η ακροποσθία και το σώμα του πέους ενώ στις γυναίκες τα χείλη του αιδοίου, ο χαλινός των χειλέων, ο κόλπος και ο τράχηλος της μήτρας. Επίσης λόγω της εντόπισης του, ιδιαίτερη μορφή στις γυναίκες αποτελεί ο έρπης της οσφυϊκής χώρας (ιεροσφυϊκή χώρα, γλουτοί, οπίσθιες επιφάνειες μοιρών) που συνοδεύετε συχνά από έρπητα γεννητικών οργάνων.

Καταστάσεις που επηρεάζουν την εμφάνιση του **υποτροπιάζοντα έρπητα** είναι η έμμηνος ρύση, ο πυρετός, η κόπωση, η απότομη έκθεση στην ηλιακή



Αλλοιώσεις στον τράχηλο της
μήτρας.

κινησιακό stress, έντονη σεξουαλική πράξη κ.λ. (ιός τύπου ΙΙ) ή πολύ λιγότερες (ιός τύπου Ι). Η εικόνα τους είναι ίδια με τον πρωτοπαθή έρπητα με ηπιότερες όμως εκδηλώσεις και διάρκεια συμπτωμάτων. Έτσι διαρκούν το μισό περίπου χρόνο από ότι στο πρωτοπαθή. Αξίζει να αναφερθεί η εμφάνιση **νεογνικού έρπητα**. Η οποία είναι μια βαριά νόσος που προσβάλλει τα νεογνά στην διάρκεια του τοκετού την ώρα που το μωρό περνάει από τον κόλπο της μητέρας. Κυρίως προσβάλλεται το νευρικό σύστημα του νεογνού αλλά και όλα σχεδόν τα όργανα του. Από τα μολυσμένα βρέφη το 60% πεθαίνει, το 18- 20% επιζεί με βαρύτερες βλάβες στο νευρικό σύστημα και τα μάτια. Παρότι ένας στους εφτά χιλιάδες τοκετούς εμφανίζει έρπητα σε νεογνά, υπάρχουν γυναίκες που ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου για να γεννήσουν παιδιά με νεογνικό έρπητα. Αυτές είναι, γυναίκες που έχουν **α)** Κλινικά ύποπτο έρπητα των γεννητικών οργάνων **β)** ιστορικό προηγούμενων επεισοδίων γεννητικού έρπητα **γ)** σεξουαλικούς συντρόφους με ιστορικό έρπητα **δ)** ιστορικό έρπητα οσφυοϊερής χώρας. Σ' αυτές τις γυναίκες πρέπει να γίνεται συχνά εργαστηριακός έλεγχος. Αν προκύψει ύπαρξη έρπητα μια εβδομάδα πριν τον τοκετό επιβάλλεται καισαρική τομή.



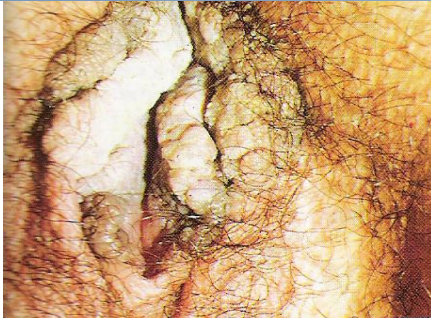
Ελκωτικές αλλοιώσεις εντοπισμένες
στο πέος.

χορηγούνται ασπιρίνη και Acyclovir (Zovirax).

Θεραπεία : Δεν υπάρχει κάποια ειδική θεραπεία. Ωστόσο προληπτικά συνιστάται η αποφυγή σεξουαλικής επαφής σε φάση κλινικών εκδηλώσεων. Τοπικά αντιερπητικές αλοιφές ή αλκοολικό διάλυμα Ρονιδόνη Ιοδίνη ή οινόπνευμα 5%σε απεσταγμένο νερό. Συστηματικά για την εξουδετέρωση των υποτροπών χορηγούνται Cimetidine, εμβόλια, η Griseofulvine, η Rifampicine κ.λ. Τέλος για των έλεγχο των υποτροπών

Οξυτενή κονδυλώματα.

Τα οξυτενή κονδυλώματα είναι καλοήθειες θηλωματώδεις εκβλαστήσεις με χρώμα όμοιο με του δέρματος ή ρόδινο, που μεταδίδονται σε ποσοστό περίπου 65% περίπου με τη σεξουαλική επαφή. Οφείλονται σε διηθητό DNA ιο (papilloma virus) που θεωρείται ταυτόσημος με τον ιο των κοινών μυρμηγκιών. Είναι αυτοενοφθαλμίσιμος και δεν καλλιεργείται με τεχνητές μεθόδους. Υπάρχουν διάφοροι παράγοντες που αποτελούν ευνοϊκό έδαφος για την εμφάνιση οξυτενών κονδυλωμάτων. Οι παράγοντες αυτοί είναι οι εξής: **α)** ο διαβήτη, **β)** η κύηση, **γ)** μονιλική αιδιοκολπίτις ή βαλανοποσθίτις, **δ)** ουρηθρίτις στον άνδρα (για τα ενδουρηθρικά κονδυλώματα), **ε)** η λήψη κορτιζόνης **στ)** η μεταμόσχευση νεφρού **ζ)** το λέμφωμα Hodgkin **η)** η πτώση της κυταρρικής ανοσίας.



Οξυτενή κονδυλώματα σε γυναίκα έγκυο.

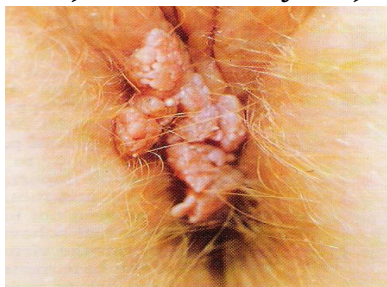
Λιλική εικόνα: Ο χρόνος επώασης των κονδυλωμάτων είναι 1-8 μήνες (μ.ο 3 μήνες).

Αρχικά εμφανίζεται μια βλατίδα που εξελίσσεται σε αυθοκραμβοειδή εκβλάστηση (χαρακτηριστική εικόνα κουνουπιδιού) και φτάνει σε μέγεθος από φακή έως αυγό όρνιθας. Οι εκβλαστήσεις αυτές είναι ανώδυνες, εμφανίζονται μεμονωμένα ή συνενώνονται, έχουν πλατιά βάση ή είναι μισχωτές και αιμορραγούν εύκολα. Ανάμεσα τους παράγεται ένα δύσοσμο, παχύρρευστο έκκριμα.

Τα κονδυλώματα παίρνουν μεγαλύτερη έκταση όταν εκπίπτει η κυτταρική ανοσία. Στον άνδρα εντοπίζονται στη βάλανο, την πόσθη, το πέος και τα εσωτερικά της ουρήθρας. Στη γυναίκα, εντοπίζονται στα χείλη του αιδοίου, την κλειτορίδα του κόλπου και τον τράχηλο της μήτρας. Επίσης και στα δυο φύλλα εντοπίζονται στον πρωκτό και στις μηρογεννητικές πτυχές. Τα οξυτενή κονδυλώματα μπορούν (σπάνια) να υποστούν καρκινωματοειδή εξαλλαγή. Φαινόμενο που ισχύει σε άτομα με χαμηλό πολιτιστικό επίπεδο και μεγάλη ρυπαρότητα. Η πρόωξη της σεξουαλικής ζωής στις γυναίκες συνήθως συνεπάγεται αυξημένη συχνότητα εμφάνισης κονδυλωμάτων και αυξημένη συχνότητα εμφάνισης καρκίνου τραχήλου της μήτρας, εφόσον ο ανώριμος τράχηλος των νεαρών κοριτσιών αποτελεί πρόσφορο έδαφος για την ανάπτυξη οξυτενών κονδυλωμάτων. Η πρόγνωση των κονδυλωμάτων είναι καλή αν θεραπευτούν γρήγορα. Σε ορισμένα άτομα επανεμφανίζονται επίμονα. Αυτό συμβαίνει λόγω υποτροπών, αυτοενοφθαλμισμού ή νέας μόλυνσης από τον ερωτικό σύντροφο.



Εντόπιση αλλοιώσεων κατά μήκος του πέους.



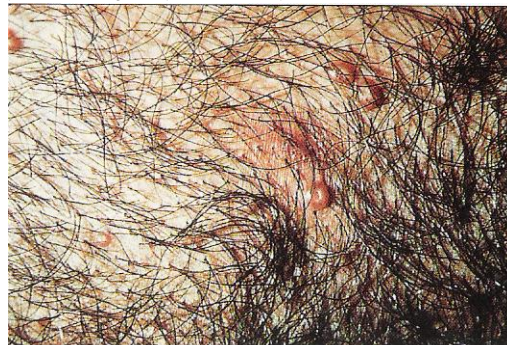
Οξυτενή κονδυλώματα στην πρωκτική περιοχή.

Θεραπεία: σκοπός της θεραπείας είναι η μεθοδική και επίμονη εξουδετέρωση πιθανών προδιαθεσικών παραγόντων. Έτσι, ελαχιστοποιούνται οι υποτροπές. Τοπικά, εφαρμόζεται διαθερμοπηξία ή συστηματική εφαρμογή αλοιφής ποδοφυλλίνης ή βάμματος ποδοφυλλίνης. Ακολουθεί καλό πλύσιμο της περιοχής μετά από 3 ώρες με σαπούνισμα. Επίσης, τοπικά εφαρμόζεται κρέμα ή λοσιόν με 5-Fluorouracil. Συστηματική θεραπεία δεν υπάρχει

ως τώρα για τα κονδυλώματα.

Πρόκειται για μια μεταδοτική αυτοενοφθαλμίσιμη νόσο που οφείλεται σε έναν ΡΟΧ DNA 10, αποκλειστικά δερματοτρόπο. Μεταδίδεται κυρίως με την σεξουαλική επαφή. Ωστόσο η μετάδοση του μπορεί να γίνει με πολλούς άλλους τρόπους. Έχει καλή πρόγνωση. Η νόσος αυτοπεριορίζεται μέσα σε 6-9 μήνες αλλά μπορεί να επιμένει και για 3-4 χρόνια.

Κλινική εικόνα: Έχει χρόνοεπάασης 2-8 εβδομάδων, μέσα στον οποίο εμφανίζονται μεμονωμένες βλατίδες με χρώμα ρόδινο ή λευκωπό, ημισφαιρικές με ένα χαρακτηριστικό εντόπωμα στο κέντρο τους που μοιάζει με ομφαλό. Το μέγεθος τους ποικίλλει από κεφαλής καρφίτσας έως ρεβιθιού. Πιέζοντας μια βλάβη από τα πλάγια βγαίνει μια μαλακή τυρώδης μάζα, αποτελούμενη από



Μολυσματική τέρμινθος.

κεράτινα και ωειδή κύτταρα που περιέχουν τα «σωμάτια της τερμίνθου». Αυτά τα ογκίδια εντοπίζονται συνήθως στο πέος, το αιδοίο, τις εσωτερικές επιφάνειες των μηρών και στην περιοχή του εφηβαίου από όπου εκτείνονται ως την κοιλιά. Μπορούν ωστόσο να εμφανιστούν σε όλα τα σημεία του σώματος. Άτομα που λαμβάνουν κορτικοειδή ή κυτταροστατικά φάρμακα καθώς και αλλεργικά άτομα μπορεί να εμφανίσουν μεγάλο αριθμό βλαβών.

Θεραπεία: Για να μην εμφανιστούν υποτροπές πρέπει κάθε βλάβη να καταστρέφεται ξεχωριστά. Αυτό επιτυγχάνεται μέσω διαθερμοπηξίας, με χρήση ειδικής λαβίδας ή με κοχλιάριο. Την καταστροφή των βλαβών ακολουθεί τοπική εφαρμογή αλκοολικού διαλύματος ιωδίου 2%. Επίσης, η εφαρμογή διαλύματος ποδοφυλλίνης 25% σε αιθανόλη 95 β είναι αποτελεσματική.

Ηπατίτιδα Β

Ανάλογα με τον ιό που την προκαλεί, η ηπατίτιδα εμφανίζει πέντε τύπους. Την ηπατίτιδα Α, Β, C, D και E. Ο τύπος Β είναι ο κατεξοχήν μεταδιδόμενος με σεξουαλική επαφή. Οι τύποι C, D και E μπορούν επίσης να μεταδοθούν με την σεξουαλική επαφή, ενώ ο τύπος Α μεταδίδεται δυσκολότερα ειδικά μετά από στοματογεννητική επαφή. Αποδεδειγμένα ο ιός υπάρχει στο σπέρμα, το αίμα, τα κοιλικά υγρά και το σάλιο. Έτσι, μεταδίδεται και από μολυσμένες σύριγγες, με μετάγγιση αίματος ή σεξουαλική επαφή. Σχετικά με την σεξουαλική επαφή, η μετάδοση εννοείται από διαφόρους τύπους

ην έμμηνο ρύση ή η πρακτική συνουσία. Ο ιός
επιδεικνύει χαρακτηριστικούς

φορείς ή φορείς με υποκλινικές εκδηλώσεις.

Κλινική εικόνα: Η νόσος αυτή έχει χρόνο επώασης 2-3 μήνες. Κύριο σύμπτωμα της νόσου αποτελεί ο ίκτερος, αλλά οι περισσότεροι ασθενείς έχουν ελαφριά μόνο συμπτώματα. Οι περισσότεροι παχοντες ανακαλύπτουν πως νοσούν κάνοντας τυχαία εξέταση για το αντιγόνο Η Βs Αg, Ένώ οι περισσότεροι φορείς αυτού του



Βλάβες από ηπατίτιδα Β στο σκώτι

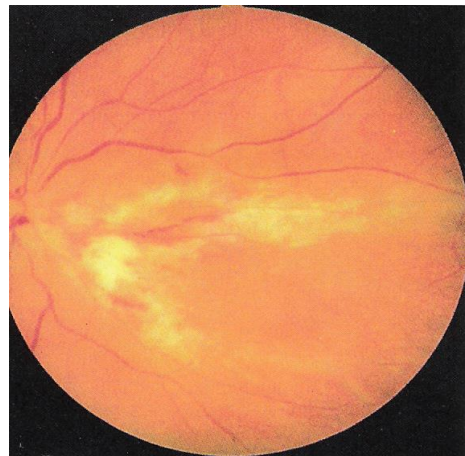
αντιγόνου παρουσιάζουν ανωμαλίες στις δοκιμασίες λειτουργίας του ήπατος . Η παρατεταμένη ύπαρξη του αντιγόνου συνδέεται με την μετέπειτα ανάπτυξη ηπατοκυτταρικού καρκινώματος. Πολλοί ασθενείς αναρρώνουν σε μερικές βδομάδες, ενώ άλλοι πεθαίνουν από οξεία ηπατίτιδα. Τέλος κάποιος μπορεί να εμφανίσουν αργότερα μερική κίρρωση του ήπατος ή ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα.

Θεραπεία: Το μόνο που υπάρχει είναι ένα εμβόλιο που ανοσοποιεί αποτελεσματικά κατά της ηπατίτιδας Β και συνίσταται σε ομάδες υψηλού κινδύνου (ιατροί, νοσηλευτές, κούρεις, ομοφυλόφιλοι κλπ.) . Δεν υπάρχει κάποια αποτελεσματική θεραπεία.

Κυτταρομεγαλοϊωση

Πρόκειται για τον κυτταρομεγαλοϊό, ο οποίος μπορεί να μεταδοθεί με πολλούς τρόπους, αλλά σε πολύ μεγάλο ποσοστό μεταδίδεται με την σεξουαλική επαφή.

Κλινική εικόνα: Τα συμπτώματα της μόλυνσης είναι κυνάγχη, διόγκωση λεμφαδένων, διόγκωση του σπλήνα, κλπ και μοιάζουν με τα συμπτώματα της λοιμώδους μονοπυρήνωσης. Συγγενείς ανωμαλίες όπως η κώφωση (βλάβη στο ακουστικό νεύρο), η διανοητική στέρωση κλπ μπορεί να οφείλονται στον κυτταρομεγαλοϊό. Κατά κανόνα, τα παιδιά αυτά είναι υγία κατά την γέννηση αλλά ποσοστό 10-20% εμφανίζει αργότερα νευρολογικές αναπηρίες.



Θεραπεία: Δεν υπάρχει κάποια αποτελεσματική θεραπεία. Αμφιβλητροειδίτιδα από μεγαλοκυτταρικό ιό.

ολογικής ανεπάρκειας (AIDS)

Το AIDS είναι επιδημική νόσος, που οφείλεται σε ένα ρετροϊό HIV (Human Immunodeficiency Virus), ή HTLV- III (Human T-cell Lymphotropic Virus- III), ο οποίος προκαλεί βλάβες στον αμυντικό μηχανισμό του οργανισμού. Το 1981 μια νέα θανατηφόρα ασθένεια αναγνωρίζεται και περιγράφεται σε προηγουμένως υγιείς ομοφυλοφίλους στις ΗΠΑ. Η αυξημένη επίπτωση δυο σπάνιων μέχρι τότε νόσων, της πνευμονίας από *pneumocystis carinii* (PCP) και του σαρκώματος του Καρσι (KS) σε νεαρούς ομοφυλοφίλους, οδήγησε σε αναδρομικές μελέτες που απέδειξαν την εμφάνιση της νόσου σε νεαρά ομοφυλόφιλα άτομα της Νέας Υόρκης από το 1978. η ασθένεια ονομάστηκε «gay syndrome».

Με την πάροδο του χρόνου άρχισαν να αναφέρονται όλο και νεότερα κρούσματα σε τοξικομανείς, αιμορροφιλικούς και άτομα που κατάγονται από την Καραϊβική και την Αφρική. Έτσι καθιερώθηκε η διεθνής ονομασία AIDS από τα αρχικά των αντίστοιχων λέξεων Human Immunodeficiency Syndrome.

Ο ιός HIV.

Είναι ρετροϊός μεγάλου μοριακού βάρους, που έχει την ικανότητα να πολλαπλασιάζεται με την μεταφορά γενετικών πληροφοριών από το RNA στο DNA με τη μεσολάβηση της ανάστροφης τρανσκριπτάσης. Έτσι μπορεί να ενσωματώνεται στο γενετικό υλικό του κυττάρου στόχου και να το καταστρέφει.

Ο HIV είναι μολυσματικός εάν παραμείνει σε ξερή επιφάνεια για τρεις ημέρες σε θερμοκρασία δωματίου 23- 27 c. Σε υγρό περιβάλλον μπορεί να επιζήσει σε θερμοκρασία δωματίου πάνω από 15 ημέρες, ενώ σε θερμοκρασία 36- 37 c για 11 ημέρες. Αδρανοποιείται σε υγρή θέρμανση στους 57 c επί 30 λεπτά.

Τα χημικά απολυμαντικά, όπως η αιθυλική αλκοόλη 70%, το υποχλωριώδες νάτριο 0,5% (είναι το 1:10 της κοινής χλωρίνης), η β-προπιονολακτόνη 0,25% κ.α, αδρανοποιούν τον ιό σε ένα λεπτό, ενώ τα κοινά απολυμαντικά όπως η αιθυλική αλκοόλη, η γλουταραλδεΐδη 1% κα, είναι κατάλληλα για την απολύμανση των ιατρικών οργάνων. Ο ιός είναι ανθεκτικός στην ακτινοβολία γ και στην υπεριώδη ακτινοβολία.

Ανίχνευση του HIV.

Ο ιός HIV ανιχνεύεται κυρίως στα λεμφοκύτταρα του περιφερικού αίματος, αλλά και στον μυελό των οστών, το σάλιο, τα δάκρυα, το σπέρμα, τον ιδρώτα, το σπερματικό και το κοιλιακό υγρό των φορέων ή των ασθενών με AIDS.

Η μέθοδο που εφαρμόζονται για την ανίχνευση του ιού διακρίνονται σε 2 κατηγορίες, αυτές που ανιχνεύουν τον ιό και τα ιικά αντιγόνα και αυτές που ανιχνεύουν αντισώματα έναντι του ιού.

- ✓ Καλλιέργεια σε πρωτογενή λεμφοκύτταρα ή ειδικές T λεμφοκυτταρικές σειρές .
- ✓ Ανίχνευση πυρηνικών οξέων (DNA ή RNA) με υβριδισμό.
- ✓ Ένοφθαλμισμός σε πειραματόζωα (χιμπατζήδες)

❖ Ορολογικές μέθοδοι ανιχνεύσεως αντισωμάτων

- ✓ Άνοσοενζυμική μέθοδος (ELISA).
- ✓ Επιβεβαιωτική δοκιμασία (ELISA).
- ✓ Μέθοδος RIPA (Radio- Immune Precipitation Assay)
- ✓ Μέθοδος Western Blot
- ✓ Ανίχνευση εξουδετερωτικών αντισωμάτων
- ✓ Έμμεσος ανοσοφθορισμός

Πάθοφυσιολογία.

Οίος ΗΤLV- III έχει την ικανότητα να προσεγγίζει και να καταστρέφει τα T4 λεμφοκύτταρα, τα οποία είναι λεμφοκύτταρα που παράγονται στον Θύμο αδένα και έχουν κεντρικό ρόλο στην όλη ρύθμιση του ανοσολογικού συστήματος, που λειτουργεί ως εξής :

Όταν κάποιο αντιγόνο εισχωρήσει στον ανθρώπινο οργανισμό, το ανοσολογικό σύστημα αντιδρά με δυο διαφορετικούς τύπους ανοσολογικής απάντησης. Ο πρώτος χαρακτηρίζεται από την σύνθεση και απελευθέρωση στο αίμα πρωτεϊνικών μορίων, των ανοσοσφαιρίνων (**χημική ανοσία**, που συντελείται από τα B λεμφοκύτταρα). Ο δεύτερος χαρακτηρίζεται από την παραγωγή ευαισθητοποιημένων κυττάρων (**κυτταρική ανοσία**, που συντελείται από τα T λεμφοκύτταρα).

Για να πραγματοποιηθεί ανοσολογική απόκριση συνεργάζονται τα ανοσοαρμόδια λεμφοκύτταρα και τα φαγοκύτταρα, τα οποία έχουν σκοπό να επεξεργάζονται και να τροποποιούν το αντιγόνο για να το παρουσιάσουν στα ανοσοαρμόδια λεμφοκύτταρα

Τα ανοσοαρμόδια λεμφοκύτταρα αναγνωρίζουν τα αντιγόνα και κάτω από την επίδραση τους πολλαπλασιάζονται έντονα. Ανάλογα με το είδος του αντιγόνου παράγουν αντισώματα ή και προκαλούν αντιδράσεις κυτταρικής ανοσίας.

Τα T – λεμφοκύτταρα είναι υπεύθυνα, όπως αναφέραμε, για τις αντιδράσεις κυτταρικής ανοσίας που περιλαμβάνει μηχανισμούς απόρριψης μεταμοσχευθέντων οργάνων, καταστροφή κακοήθων κυττάρων, κυτταροτοξικές αντιδράσεις, αντιδράσεις επιβραδυνόμενης υπερευαισθησίας και αμυντικές λειτουργίες προς λοιμογόνους παράγοντες (ιούς, μύκητες, βακτηρίδια, παράσιτα).

ΗΤLV –III στα T4 λεμφοκύτταρα έχει σαν κποσυντονίζεται η ανοσολογική απάντηση του οργανισμού.

Η μείωση ή εξαφάνιση των T4 λεμφοκυττάρων αντανακλά σε όλη την άνοση απάντηση. Η κυτταροτοξική λειτουργία παρεμποδίζεται και τα B λεμφοκύτταρα εκκρίνουν μεγάλες ποσότητες ανοσοσφαιρινών, οι οποίες όμως δεν είναι ειδικές και ως εκ τούτου δεν έχουν την δυνατότητα να πάρουν το κατάλληλο «σήμα» για να σταματήσουν. Έτσι, αφενός αποσυντονίζεται τελείως το σύστημα ανοσολογικής άμυνας του οργανισμού και αφετέρου καταστρέφεται η λεγόμενη «ανοσολογική επαγρύπνηση». Τότε όμως μένουν χωρίς έλεγχο τόσο οι δυνάμεις εκείνες που δίνουν γένεση στην ανάπτυξη νεοπλασίας στον ανθρώπινο οργανισμό, όσο και οι μικροοργανισμοί που ευδημούν στον ανθρώπινο οργανισμό, υπό την έννοια ευκαιριακών μικροοργανισμών (βακτηρίδια, μύκητες, πρωτόζωα, κ.λ.π.)

Μετάδοση

Η νόσος μεταδίδεται με την σεξουαλική επαφή ή με το αίμα. Στην πρώτη περίπτωση δεν είναι βέβαιο αν ο ιός μεταδίδεται με το σπερματικό υγρό ή αν ένα ασημαντό τραύμα και η επακολουθούσα αιματο-αιματική ανάμιξη είναι υπεύθυνα για την μετάδοση. Υπέρ της αιματο-αιματικής μετάδοσης συνηγορεί το γεγονός ότι η επαφή μεταξύ των ομοφυλοφίλων, που είναι τραυματική, μεταδίδει την νόσο ευκολότερα από την επαφή μεταξύ ετεροφυλόφιλων.

Επίσης, μεγάλη συμβολή στην μετάδοση της νόσου έχουν οι κοινές βελόνες που χρησιμοποιούνται από τους ναρκομανείς, καθώς και οι συχνές μεταγγίσεις αίματος.

Έτσι, σύμφωνα με τα παραπάνω, τρεις κυρίως κοινωνικές ομάδες έχουν χαρακτηριστεί σαν ομάδες υψηλού κινδύνου.

1. Οι ομοφυλόφιλοι, λόγω της τραυματικής επαφής και των πολλών (και συνήθως ύποπτων) σεξουαλικών συντρόφων.
2. Οι ναρκομανείς, όταν χρησιμοποιούν κοινές βελόνες και σύριγγες.
3. Οι πολυμεταγγιζόμενοι, δηλαδή αυτοί που είναι υποχρεωμένοι να υποβάλλονται σε συχνές αιματικές μεταγγίσεις, λόγω κάποιας ασθένειας.

Η ομάδα αυτή τείνει, πλέον, να εκλείπει λόγω των αυστηρών ελέγχων που γίνονται στο υπό μετάγγιση αίμα.

Κλινική εικόνα

Ο χρόνος επώασης του AIDS είναι 3-5 χρόνια. Στο διάστημα αυτό ο ασθενής είναι μολυσματικός και μεταδίδει την νόσο, παρά το γεγονός ότι δεν έχουν εμφανιστεί ακόμη κλινικές εκδηλώσεις, είναι δηλαδή «φορέας». Ανάλογα με την κλινική εικόνα το AIDS χωρίζεται στις εξής τέσσερις ενότητες:

1. Το βρεφικό AIDS
2. Το σύνδρομο λεμφαδενοπάθειας Συνίσταται από μια γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια, πιθανώς ανατάξιμη, χωρίς άλλα συμπτώματα. Τα άτομα που ανήκουν σε αυτή την ομάδα είναι φορείς του ιού και έχουν θετικές δοκιμασίες για HIV.
3. Το πρόδρομο AIDS ή ARC Τα άτομα που ανήκουν σε αυτό εμφανίζουν την λεμφαδενοπάθεια, προοδευτική απώλεια βάρους και γαστρεντερικές διαταραχές. Οι δοκιμασίες για HIV είναι θετικές. Το στάδιο αυτό διαρκεί περίπου ένα χρόνο.
4. Το πλήρες Σύνδρομο (ολοκληρωμένο AIDS) Οι ασθενείς που πάσχουν από πλήρες σύνδρομο AIDS, δεν έχουν ειδική συμπτωματολογία αλλά τα συμπτώματά τους προέρχονται από τα διάφορα συστήματα. Έτσι, είναι δυνατόν να εμφανίσουν δερματικά εξανθήματα, πνευμονία, γαστρεντερικές λοιμώξεις, λοιμώξεις του κεντρικού νευρικού συστήματος, σάρκωμα Kaposi, καθώς και διάσπαρτες λοιμώξεις από βακτηρίδια, μύκητες, ιστοπλάσματα, πρωτόζωα, σαλμονέλες, κ.λ.π

Εκδηλώσεις του AIDS από το δέρμα

Οι πιο συχνές εκδηλώσεις από το δέρμα που εμφανίζονται κατά την διάρκεια του ολοκληρωμένου AIDS, είναι:

- ❖ Έρπης που υποτροπιάζει συχνά
- ❖ Οξυτενή κονδυλώματα
- ❖ Μολυσματική τέρμινθος
- ❖ Μονιλίαση
- ❖ Σμηγματορροϊκή δερματίτιδα
- ❖ Άτυπα εξανθήματα
- ❖ Προβλήματα θρέφειας
- ❖ Λέμφωμα Hodgkin
- ❖ Το σάρκωμα του Kaposi ή AIDS Kaposi

Εκδηλώσεις του AIDS από το στόμα

λοιμώξη από τον ιό του AIDS χωρίζονται σε:

- ❖ Μυκητιάσεις
- ❖ Βακτηριακές λοιμώξεις
- ❖ Ιογενείς λοιμώξεις
- ❖ Νεοπλάσματα
- ❖ Διάφορες αταξινόμητες βλάβες
- ❖ Τριχωτή λευκοπλακία

Κλινικός ορισμός του AIDS

Σε περίπτωση που δεν είναι δυνατή η ακριβής διάγνωση των ευκαιριακών νοσημάτων, τότε για να χαρακτηριστεί ο ασθενής ως πάσχων από AIDS πρέπει να πληρούνται τα ακόλουθα διαγνωστικά κριτήρια:

Α. Για ενήλικες

Παρουσία τουλάχιστον δυο ή από τις παρακάτω κύριες και μιας δευτερεύουσας εκδήλωσης, όταν δεν συνυπάρχει γνωστή αιτία ανοσοκαταστολής.

Κύριες εκδηλώσεις

- ❖ Απώλεια σωματικού βάρους πάνω από 20%
- ❖ Χρόνια διάρροια που διαρκεί πάνω από ένα μήνα
- ❖ Πύρετός που επιμένει πάνω από ένα μήνα

Δευτερεύουσες εκδηλώσεις

- ❖ Βήχας που επιμένει πάνω από ένα μήνα
- ❖ Γενικευμένη κνιδωτική δερματίτιδα
- ❖ Έρπητας ζωστήρας που υποτροπιάζει
- ❖ Στοματοφαρυγγική καντιντίαση
- ❖ Χρόνιος έρπητας που προοδευτικά επεκτείνεται
- ❖ Γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια

Β. Για παιδιά

Για να χαρακτηριστεί μια περίπτωση ως AIDS στα παιδιά απαιτείται η παρουσία δυο κύριων και δυο δευτερευουσών από τις παρακάτω εκδηλώσεις, εφόσον δεν υπάρχει γνωστή αιτία ανοσοκαταστολής.

Κύριες εκδηλώσεις

- ❖ Πύρετός που επιμένει πάνω από ένα μήνα

Δευτερεύουσες εκδηλώσεις

- ❖ Γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια
- ❖ Στοματοφαρυγγική καντιντίαση
- ❖ Υποτροπιάζουσες κοινές λοιμώξεις (ωτίτιδα, φαρυγγίτιδα, κ.λ.π.)
- ❖ Βήχας που επιμένει
- ❖ Γενικευμένη δερματίτιδα
- ❖ Μητέρα θετική για αντισώματα προς HIV

Εξέλιξη – Πρόγνωση του AIDS

Η πρόγνωση είναι πολύ κακή, δεδομένου ότι η ανοσοκαταστολή του ασθενούς είναι μόνιμη, με συνέπεια να προσβάλλεται τελικά από μη θεραπεύσιμες, βαριές λοιμώξεις. Ιδιαίτερα κακή είναι η πρόγνωση, όταν οι ασθενείς εμφανίζουν σάρκωμα Kaposi οπότε το 80% από αυτούς καταλήγουν στο θάνατο, μέσα σε δυο χρόνια από την κλινική εκδήλωση της νόσου.

Θεραπεία του AIDS

1. Συμπτωματική θεραπεία.

Η συμπτωματική θεραπευτική αντιμετώπιση του AIDS είναι πολύπλοκη, γιατί οι ασθενείς εμφανίζουν πολυσύνθετα προβλήματα. Για το λόγο αυτό είναι απαραίτητη η συνεργασία πολλών ιατρικών ειδικοτήτων (όπως δερματολόγων, παθολόγων, χειρουργών, ανοσοβιολόγων, ψυχιάτρων, κ.λ.π.). Η αντιμετώπιση των ασθενών είναι ανάλογη με την κλινική ομάδα στην οποία ανήκει ο καθένας. Έτσι, διακρίνουμε την θεραπεία στις ομάδες:

Α. Των ασυμπτωματικών φορέων που περιλαμβάνει άτομα τα οποία είναι υγιή και εμφανίζουν μόνο οροθετικότητα. Σε αυτούς τους ασθενείς δεν εφαρμόζεται καμία θεραπευτική αγωγή, παρακολουθούνται όμως κάθε έξι μήνες για τον φόβο εμφάνισης κλινικών εκδηλώσεων της νόσου.

Β. Των ασθενών με γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια. Για να εφαρμοσθεί θεραπεία σε αυτή την ομάδα πρέπει να υπάρχει παρουσία λεμφαδένων από τριμήνου τουλάχιστον, σε δυο εστίες εκτός από την βουβωνική χώρα και ιστολογικά προκύπτει άτυπη αντιδραστική υπερπλασία, ώστε να εντοπιστούν και άλλα κακοήθη νοσήματα (π.χ Kaposi) με τα οποία πιθανόν να συνυπάρχουν.

Γ. Των ασθενών με A.R.C. στους οποίους αυτή τη στιγμή μπορεί να προσφερθεί ουσιαστική βοήθεια

Δ. Των ασθενών με πλήρες AIDS στους οποίους πρέπει να συνυπάρχουν, εκτός των άλλων, είτε ευκαιριακή λοίμωξη, είτε σάρκωμα, είτε λέμφωμα, κ.λ.π.

έα κλινική οντότητα που εκδηλώνεται σε νεαρά
ίσεται σε άνοια χωρίς άλλη κλινική εκδήλωση.

Η εγκεφαλίτιδα αυτή είναι από τις πιο σοβαρές κλινικές μορφές, για την οποία
ως τώρα δεν έχει αναφερθεί ίαση.

Τα φάρμακα εκλογής για την θεραπεία των ασθενών με πλήρες AIDS
είναι ανάλογα με το εκάστοτε πρόβλημα. Έτσι, στις ευκαιριακές λοιμώξεις
χορηγούνται μεγάλες δόσεις αντιβιοτικών ή χημειοθεραπευτικών φαρμάκων, τα
οποία πολλές φορές χορηγούνται εφ' όρου ζωής.

Στις δερματολογικές εκδηλώσεις εφαρμόζονται ανάλογα τοπικά
σκευάσματα ή διαθερμοπηξία όπου χρειάζεται (κουνδυλώματα, μολυσματική
τέρμινθος κ.λ.π.)

Το σάρκωμα Kaposi αντιμετωπίζεται με χορήγηση ιντερφερόνης -α ή
συνδυασμού ιντερφερόνης -α με μπλεομυκίνη ή ακτινομυκίνη-D.

Η πνευμονία από *P. Carinii* έχει σαν θεραπεία εκλογής τον συνδυασμό
τριμεθοπρίμης- σουλφοναμιδίου και την πενταμιδίνη.

2. Ειδική θεραπεία έναντι του ιού HIV

Ο ιός είναι γνωστό ότι προσβάλλει εκλεκτικά τα T4 λεμφοκύτταρα. Έτσι,
αν δεσμευτεί ο υποδοχέας του ιού στην επιφάνεια των T4 λεμφοκυττάρων
παρεμποδίζεται η είσοδος και ο πολλαπλασιασμός του στο κύτταρο.

Για το σκοπό αυτό δοκιμάστηκε η δέσμευση του υποδοχέα με μονοκλωνικά
αντισώματα. Εξάλλου δοκιμάστηκαν φάρμακα όπως η σουραμίνη και το
βολφραμικό αντιμόνιο που αναστέλλουν την δράση της αντίστροφης
τρανσκριπτάσης του ιού και επομένως την μετατροπή του RNA σε DNA.

Φάρμακο μεγάλης σημασίας είναι η ιντερφερόνη -α, η οποία δρα ανταγωνιστικά
στον πολλαπλασιασμό του ιού μέσα στο κύτταρο.

Τα τελευταία χρόνια μικρό μήνυμα ελπίδας για την παράταση ζωής των
ασθενών με AIDS έδωσε η χρησιμοποίηση της ζιδοθυμίνης ή AZT (Zidovudine).
Μετά από την συστηματική χορήγηση της AZT παρατηρείται αύξηση των T4
λεμφοκυττάρων, ενώ ο ιός εξαφανίζεται από το περιφερικό αίμα. Σήμερα
θεωρείται ως το πιο αποτελεσματικό φάρμακο για την αντιμετώπιση του AIDS.

3. Ανοσοτροποποιητική θεραπεία Η επαναδραστηριοποίηση του ανοσολογικού
συστήματος μπορεί να γίνει:

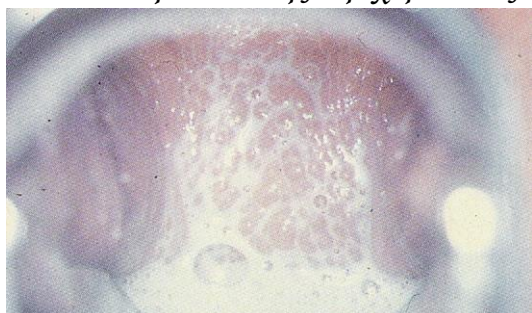
α. Με αντικατάσταση των κυτταρικών στοιχείων, η οποία επιτυγχάνεται με
μετάγγιση λεμφοκυττάρων από ιστοσυμβατούς αδελφούς ή μονογενή δίδυμο
αδελφό σε ασθενή με AIDS, καθώς και με μεταμοσχεύσεις μυελού ή
μετεμφύτευση θύμου αδένος.

β. Με ενίσχυση της ανοσίας, η οποία επιδιώκεται με δύο κυρίως παράγοντες, την
ιντερφερόνη και την ιντερλευκίνη- 2. Μικρής αποτελεσματικότητας είναι η
χορήγηση της γ- σφαιρίνης, της θυμοσίνης -5, των πουρινών κ.α

ΠΡΩΤΟΖΩΙΚΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ

Τριχομονάδωση

Ονομάζεται έτσι λόγω της μόλυνσης των γεννητικών οργάνων ανδρών και γυναικών από το μαστιγοφόρο παράσιτο *Trichomonas Vaginalis*. Το παράσιτο της τριχομονάδας προσβάλλει το πλακώδες επιθήλιο της ουρήθρας των ανδρών και του κόλπου και της ουρήθρας των γυναικών, καταστρέφοντας τα κύτταρα του με την άμεση επαφή. Η διάγνωση βασίζεται στην ανεύρεση της τριχομονάδας σε μικροσκοπικά παρασκευάσματα.

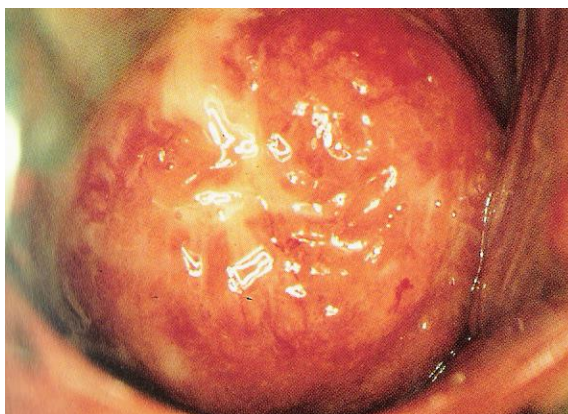


Φλεγμονώδες κολπικό έκκριμα που παρατηρείται στην τριχομονάδωση.

Η πλειονότητα των ανδρών καθώς και ποσοστό 10-50% των γυναικών είναι ασυμπτωματικοί. Ο χρόνος επώασης όταν η παθολογική κατάσταση μπορεί να προσδιοριστεί είναι 1 έως 3 εβδομάδες. Σε γυναίκες συμπτωματικές εμφανίζεται δύσοσμο πυκνόρρευστο έκκριμα από τον κόλπο, γκριζού χρώματος ή κιτρινωπού, με χαρακτηριστικές φουσαλίδες αέρα. Επίσης παρουσιάζουν δυσουρία, έντονο ερεθισμό και στικτές μικροαιμορραγίες στον κόλπο, που εκτείνονται και στον τράχηλο της μήτρας. Στους άνδρες έχουμε συμπτώματα ήπιας μη ειδικής ουρηθρίτιδας με έκκριμα πυώδες ή βλεννοπυώδες. Σε ορισμένες περιπτώσεις προκαλείται διαβρωτική βαλανίτιδα.

Κλινική εικόνα: Η πλειονότητα των ανδρών καθώς και ποσοστό 10-50% των γυναικών είναι ασυμπτωματικοί. Ο

χρόνος επώασης όταν η παθολογική κατάσταση μπορεί να προσδιοριστεί είναι 1 έως 3 εβδομάδες. Σε γυναίκες συμπτωματικές εμφανίζεται δύσοσμο πυκνόρρευστο έκκριμα από τον κόλπο, γκριζού χρώματος ή κιτρινωπού, με χαρακτηριστικές φουσαλίδες αέρα. Επίσης παρουσιάζουν δυσουρία, έντονο ερεθισμό και στικτές μικροαιμορραγίες στον κόλπο, που εκτείνονται και στον τράχηλο της μήτρας. Στους άνδρες έχουμε συμπτώματα ήπιας μη ειδικής ουρηθρίτιδας με έκκριμα πυώδες ή βλεννοπυώδες. Σε ορισμένες περιπτώσεις προκαλείται διαβρωτική βαλανίτιδα.



Τριχομονάδωση με άλλες συνυπάρχουσες ασθένειες.

Θεραπεία: Εάν γίνεται θεραπεία ταυτόχρονα και στους δυο συντρόφους τα ποσοστά ίασης είναι πολύ υψηλά. Υπάρχουν δυο φάρμακα εκλογής. Η τινιδαζόλη (εφάπαξ χορήγηση από το στόμα) και η μετρονιδαζόλη. Στο διάστημα της κύησης χορηγείται κλοτριμαζόλη, ενδοκολπικά.

Αμοιβάδωση

κό παράσιτο *Entamoeba Histolytica* (ιστολυτική Λαμοιβιάδα). Συγκαταλέγεται στα Σ. Μ. Ν γιατί μπορεί να μεταδοθεί με στοματοπρωκτική επαφή κυρίως μεταξύ ανδρών και γυναικών ομοφυλοφίλων. Κυρίως όμως μεταδίδεται με άλλους τρόπους, όπως με τροφές ή μέσω του νερού. Για να επιβεβαιωθεί η ύπαρξη του παρασίτου κάνουμε παρασιτολογική εξέταση κοπράνων.

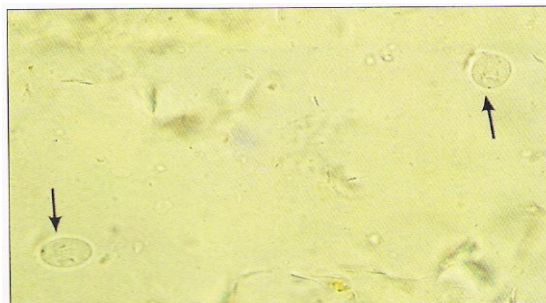
Κλινική εικόνα: Οι περισσότεροι ασθενείς είναι ασυμπτωματικοί ή εμφανίζουν συμπτώματα άλλων κοινών γαστρεντερικών νοσημάτων. Ο χρόνος επώασης είναι μία ή περισσότερες εβδομάδες. Λόγω της ασυμπτωματικής φύσης του νοσήματος, μετατράπηκε σε υπερεπιδημία, ειδικά μεταξύ των ομοφυλοφίλων της Αμερικής.

Θεραπεία: ιδιαίτερα αποτελεσματική είναι η χορήγηση τινιδαζόλης, μετρονιδαζόλης ή διωδοϋδροξυκίνης.

Λαμβλίαση

Πρόκειται για μόλυνση από το πρωτόζωο *Giardia Lamblia*, που μεταδίδεται κυρίως με το νερό ή την πρωκτοστοματική επαφή σε ομοφυλόφιλους. Η διάγνωση γίνεται και σε αυτή την περίπτωση με παρασιτολογική εξέταση κοπράνων.

Κλινική εικόνα: συχνά είναι ασυμπτωματική νόσος αλλά ίσως προκληθούν διαρροϊκές κενώσεις και κοιλιακά άλγη. Ο χρόνος επώασης κυμαίνεται από 1- 8 εβδομάδες.



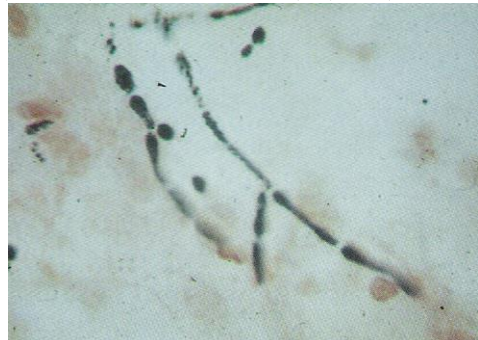
Πρωτόζωα *Giardia Lamblia*

Θεραπεία: χορηγούνται τινιδαζόλη ή μετρονιδαζόλη ή atebriane.

ΜΥΚΗΤΙΑΣΙΚΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ

Μονιλίαση των γυναικών

Η μονιλίαση ή καντιντίαση των γυναικών είναι λοίμωξη του γεννητικού συστήματος από την *Candida albicans*. Ένώ μέχρι πρότινος ο όρος αναφερόταν μόνο σε λοιμώξεις που οφείλονταν στην *Candida albicans*, σήμερα πιστεύεται ότι περιλαμβάνει έναν αριθμό λοιμώξεων από ζυμομύκητες, οι οποίοι σε πολλά άτομα είναι φυσιολογικά σαπρόφυτα του κόλπου, του στόματος και του εντέρου. Η *Candida*, μεταδίδεται πολύ εύκολα με τη σεξουαλική επαφή, αλλά η μετάδοση ή η ανάπτυξη της στον κόλπο της γυναίκας μπορεί να γίνει και με τους εξής τρόπους:



Ψευδομυκητίλλια και βλαστοσπόρια της *Candida albicans*.

α) Μετάδοση από τον πρωκτό. Λόγω της ανατομίας της περιγεννητικής περιοχής, στελέχη του μικροβίου που παρασιτούν στο έντερο μπορούν πολύ εύκολα μέσω του πρωκτού να περάσουν στον κόλπο, ειδικά σε γυναίκες με πλημμελή καθαριότητα.

β) Το μικρόβιο αναπτύσσεται μόνο του στον κόλπο μετά από λήψη αντιβιοτικών ευρέος φάσματος, όπως τετρακυκλίνες κ.α

γ) Μετά από ορμονικές επιδράσεις, όπως εγκυμοσύνη, λήψη αντισυλληπτικών κλπ.

δ) Μετά από την επίδραση συνθηκών εργασίας του περιβάλλοντος, όπως τα καλοκαιρινά θαλάσσια μπάνια, η χρήσης συνθετικών εσωρούχων που δημιουργούν εφίδρωση κλπ.



Χαρακτηριστική εικόνα γυναικίας προσβεβλημένης από μονιλίαση.

ε) Έντονος ερεθισμός της περιοχής μετά από φλεγμονές, έντονο σεξ κλπ.

Κλινική εικόνα: Ο χρόνος επώασης είναι άγνωστος, αφού οι ζυμομύκητες μπορεί να έχουν εγκατασταθεί στα γεννητικά όργανα πολύ πριν την εμφάνιση των συμπτωμάτων. Η ασθενής, αρχικά, αισθάνεται έναν ελαφρό και παροδικό κνησμό στα έξω γεννητικά όργανα. Με την πάροδο του χρόνου, ο κνησμός γίνεται μόνιμος και έντονος, ενώ τα μεγάλα και τα μικρά χείλη του αιδοίου,

παρουσιάζουν διάχυτη ερυθρότητα και οίδημα. Από τον κόλπο βγαίνει ένα παχύρρευστο, λευκοκίτρινο, πυώδες υγρό, που έχει χαρακτηριστική μυρωδιά ξνισμένου ζυμαριού.

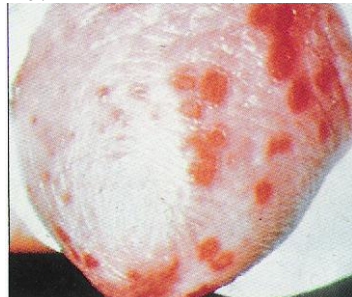
ν ερεθίζονται και η ασθενής έχει ένα έντονο τε η συνουσία να γίνεται πολύ οδυνηρή και το ρή του κόλπου γίνεται πολύ όξινο. Η φλεγμονή μπορεί να επεκταθεί προς τις αιδοιομηρικές περιοχές, το εφηβαίο και το περίνεο και να προκληθεί μονιλίαση αυτών των περιοχών. Η διάγνωση επιβεβαιώνεται με την μικροσκοπική εξέταση του κολλικού εκκρίματος και την ανεύρεση της *Candida albicans*.

Θεραπεία: Γίνεται με την χορήγηση κολλικών υπόθετων ή κρεμών τιοκοναζόλης, κλοτριμαζόλης, μυκοναζόλης ή νυστατίνης, για 7 ως 14 ημέρες ανάλογα με την βαρύτητα των περιπτώσεων. Θεραπεία θα πρέπει να κάνει και ο ερωτικός σύντροφος. Σε υποτροπιάζουσες λοιμώξεις, συνιστάται ταυτόχρονη χορήγηση από το στόμα δισκίων κετοκοναζόλης (fungoral) για 5 έως 10 ημέρες.

Μονιλίαση των ανδρών.

Οι πιο συχνές κλινικές εκδηλώσεις της μονιλίασης στους άνδρες είναι η βαλανίτιδα και η βαλανοποσθίτιδα. Περίπου οι μισοί από τους ερωτικούς συντρόφους των γυναικών με μονιλίαση, είναι φορείς του μικροβίου και ένα μεγάλο ποσοστό από αυτούς, εμφανίζουν συμπτώματα, τα οποία είναι έκδηλα στους περισσότερους άνδρες που έχουν υποστεί περιτομή.

Κλινική εικόνα: Τα συμπτώματα εμφανίζονται σχεδόν αμέσως μετά την επαφή. Χαρακτηρίζονται από μια διάχυτη ερυθρότητα της βαλάνου ή εμφάνιση μικρών ερυθρών πλακών ή διαβρώσεων ή εφελκίδων στην επιφάνεια της βαλάνου. Η ακροποσθία ερεθίζεται και εμφανίζεται δυσκολία στην προς τα πίσω έλξη της. Συγχρόνως μπορεί να εξαφανιστεί οροπυώδες έκκριμα κάτω από αυτήν.



Βαλανίτιδα.

Αν τα συμπτώματα είναι ήπια μπορεί να υποχωρήσουν μέσα σε λίγες ημέρες. Αλλιώς η λοίμωξη μπορεί να προχωρήσει προς την ουρήθρα και να προκαλέσει ουρηθρίτιδα από *Candida*, η οποία συνοδεύεται από κνησμό, κάψιμο και ελαφρά απέκκριση. Η διάγνωση βασίζεται στο ιστορικό, την κλινική εικόνα και την μικροσκοπική εξέταση ή καλλιέργεια του επιχρίσματος της βαλάνου σε ειδικό θρεπτικό υλικό.

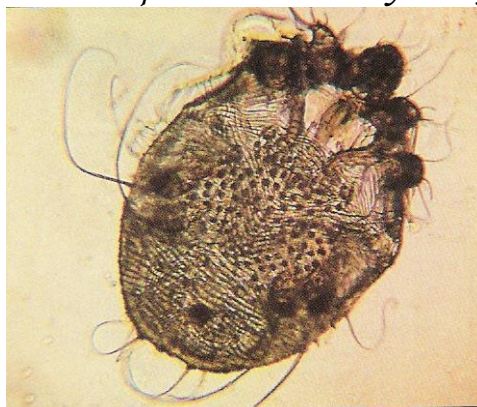
Θεραπεία: Συχνές πλύσεις με αντισηπτικό και τοπική εφαρμογή κρέμας τιοκαζόλης, κλοτριμαζόλης, νυστατίνης κ.α 2 φορές την ημέρα για 7 ημέρες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΤΙΚΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ

Ψώρα

Η ψώρα είναι κνησιμώδης μεταδοτική δερματοπάθεια στο άκαρι (*Sarcoptes scabiei* *Hominis*) της ψώρας, το οποίο είναι παράσιτο που ζει στην επιφάνεια του ανθρώπινου δέρματος. Το ενήλικο θηλυκό παράσιτο έχει σχήμα στρογγυλό με 8 μικρά πόδια και μήκος 400 μ. ανοίγει σήραγγα στην επιδερμίδα φτιάχνοντας μια φωλιά που αποτελεί την κατοικία του για τις υπόλοιπες 30 ημέρες της ζωής του. Μέσα σε ώρες από την εγκατάσταση του αρχίζει να γεννάει αυγά με ρυθμό 2-3 την ημέρα τα οποία εκκολάπτονται σε 7-10 ημέρες και αποτελούν την επόμενη γενιά των ακάρεων. Το άκαρι δεν ζει πάνω από 4 ημέρες μακριά από τον άνθρωπο σε αντίθεση με τα αυγά του που ζουν περισσότερο.



Η μετάδοση της νόσου γίνεται με *Sarcoptes scabiei* που προκαλεί την ψώρα. γονιμοποιημένα παράσιτα, τα οποία μεταδίδονται με την ερωτική επαφή ατόμων που κοιμούνται μαζί, με μολυσμένα ρούχα, μολυσμένα κλινοσκεπάσματα κ.λ. Οπότε η νόσος μπορεί να προσβάλει ολόκληρες οικογένειες, οικοτροφεία, στρατώνες κ.λ.π.



Φωλιές ακάρεων ψώρας.

Κλινική εικόνα : Ο χρόνος επώασης είναι 10 ημέρες έως 4 εβδομάδες, οπότε εμφανίζεται κνησμός που είναι και το κυριότερο σύμπτωμα της νόσου. Ο κνησμός είναι εντονότερος τις νυχτερινές ώρες ή μετά από ζεστό μπάνιο ή έντονη σωματική εργασία. Το εξάνθημα αποτελείται από γκριζόασπρες σήραγγες στο δέρμα των δακτύλων, των καρπών και των

αγκώνων, στην περίπτωση που η νόσος μεταδόθηκε με σεξουαλική επαφή έχουμε εμφάνιση των εξανθημάτων στην περιοχή της κοιλιάς, τους μαστούς και το πέος. Η νόσος δεν εμφανίζεται ποτέ στο πρόσωπο, το τριχωτό της κεφαλής, το λαιμό και την ράχη. Με το ξύσιμο αποσπάται η οροφή των σήραγγων οι οποίες μετατρέπονται σε αύλακες. Στην περιοχή των βλαβών λόγω του κνησμού εμφανίζονται διαβρώσεις, βλατίδες, πομφοί και φυσαλίδες, ενώ υπάρχει φόβος επιμόλυνσης των βλαβών με συνέπεια να εμφανιστούν φλύκταινες.



Φωλιές ακάρεων στα οπίσθια.

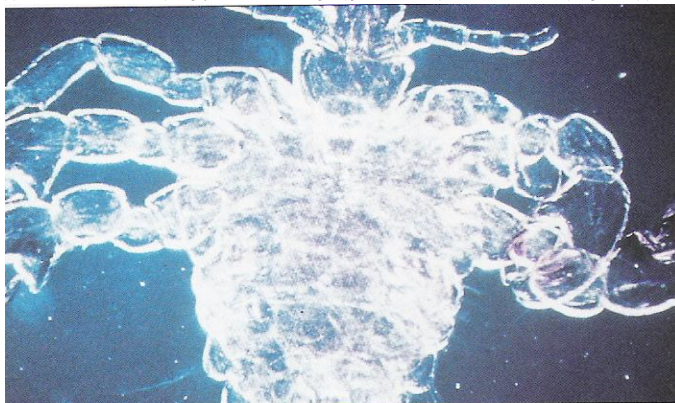
δερματίτιδας των βλαβών χορηγούνται αντιισταμινικά φάρμακα και εφαρμόζονται τοπικά κρέμες αντιβιοτικές ή κορτιζονούχες.

Θεραπεία : Για την καταστροφή του παρασίτου γίνονται επαλείψεις με βενζοϊκό βενζύλιο (Benzogal) ή θειούχα σκευάσματα υδρογονανθράκων (Mitigal) από το λαιμό και κάτω επί δύο συνεχόμενες νύχτες, επίσης εφαρμόζονται με καλά αποτελέσματα η κρέμα Lindane που αφήνεται στο δέρμα για 3 ώρες, η αλοιφή θείου 6% σε βαζελίνη που αφήνεται στο δέρμα για 24 ώρες, απαραίτητο είναι το βράσιμο των ρούχων και των κλινοσκεπασμάτων που χρησιμοποιήθηκαν. Για την αντιμετώπιση της

Φθειρίαση του εφηβαίου

Οφείλεται στον φθείρα του εφηβαίου (*Phthirus pubis*) που είναι ένα στρογγυλό άπτερο έντομο, με μήκος 0,3-1,2mm και πλάτος μεγαλύτερο από το μήκος του και νύχια πολύ δυνατά.

Ο κύκλος της ζωής του διαρκεί περίπου 25 ημέρες. Τα θηλυκά γενούν ωάρια που είναι σταθερά κολλημένα στις τρίχες του εφηβαίου με ένα περίβλημα από χυτίνη και τα οποία εκκολάπτονται μέσα σε 10 ημέρες. Ο φθείρας χάνει το ρύγχος του μέσα στα τριχοειδή του δέρματος και αποζυμά το αίμα κατά συχνά χρονικά διαστήματα. Ο φθείρας ζει στην περιοχή του εφηβαίου αλλά στους άντρες μπορεί, μέσω των τριχών να ανέβει στην κοιλιά, τις μασχάλες, το γένειο, τις βλεφαρίδες και τα φρύδια. Η ασθένεια αυτή μεταδίδεται κυρίως με σεξουαλική επαφή, αλλά και με τα ρούχα και τα κλινοσκεπάσματα και προσβάλλει κυρίως νέα άτομα.



Φθείρας του εφηβαίου.



Φθειρίαση του εφηβαίου.

Πάθουγωνική βλάβη της νόσου είναι οι «κυανές κηλίδες» που έχουν διάμετρο 3-5mm και εντοπίζονται στο υπογάστριο, τους μηρούς και τα πλάγια της κοιλιάς και του θώρακα, ενώ στο εσώρουχο του ο ασθενούς διακρίνονται σκουρόχρωμοι κόκκοι αίματος.

Θεραπεία : Χρησιμοποιούνται διάφορα αντιφθειρικά σαμπουάν ή λοσιόν που χρησιμοποιούνται και για την θεραπεία της φθειρίασης του τριχωτού της κεφαλής. Πολύ καλά αποτελέσματα έχει η θεραπεία με το Spray Rubex καθώς και με Lindane 1% σε λοσιόν ή κρέμα. Όταν η νόσος εντοπίζεται στις βλεφαρίδες, τις βγάζουμε με μία κοινή λαβίδα και εφαρμόζουμε τοπικά αλοιφή κίτρινου οξειδίου του υδραργύρου 1%.

Κλινική εικόνα : Ο ασθενείς παραπονιέται για έντονο κνησμό στην ηβική χώρα ο οποίος έχει σαν επακόλουθο την δημιουργία δρυφάδων, διαβρώσεων και αιματογενών εφελκίδων.

ΦΑΛΛΙΟ 6^ο

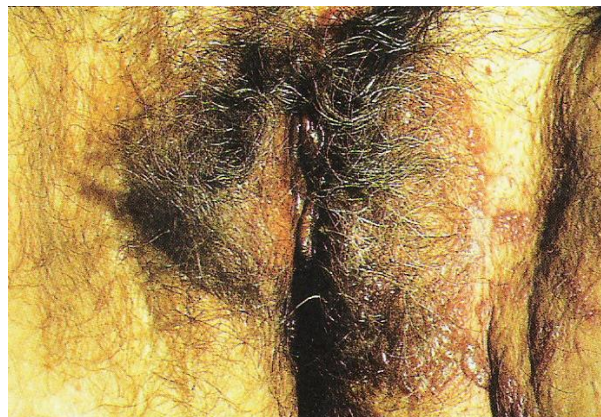
Χαρακτηριστικές εικόνες πασχόντων με Σ.Μ.Ν.



Στεφανοειδείς θηλές



Νόσος Behcet



Έρσης ζωστήρ



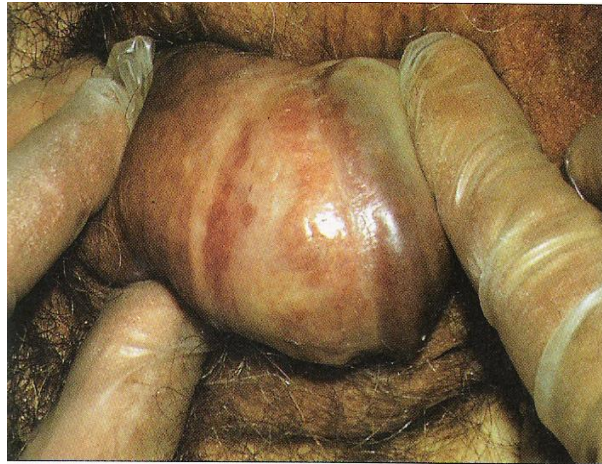
Κουδιλώματα με δευτερογενής σύφιλη



Σκληρωτική βαλανοποσθίτις



Βασικοκυτταρικό καρκίνωμα



Δερματίτιδα εξ επαφής



Έκζεμα



Οίδημα ακροποσθίας



Περιουρθρικό απόστημα



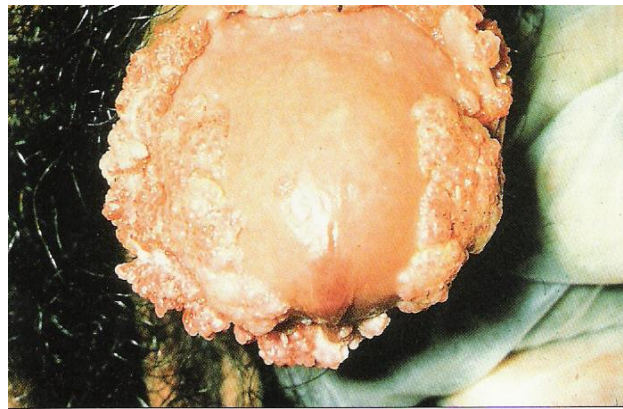
Σαρκώδες στίλοι ουρήθρας



Αφροδίσιο λεμφοκοκκίωμα



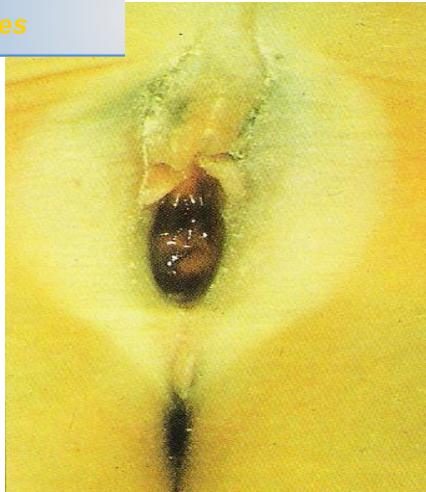
Παράφυμωση



HPV



Καρκίνωμα φολιδωτών κυττάρων



Σκληρωτικός και ατροφικός λειχήνας



Τραυματικό έλκος



Δευτεροπαθής επιδιδυμίτις



Αφροδίσιο λεμφοκοκκίωμα με χρόνια λεμφοίδημα



Οξυτενη κονδυλώματα

Ανάλυση στατιστικών αποτελεσμάτων

Πραγματοποιήθηκε στατιστική έρευνα με θέμα « *Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα και σεξουαλικές συνήθειες ατόμων ηλικίας 15 έως 35 ετών* ».

Η έρευνα έλαβε χώρα στη Θεσσαλονίκη, με δείγμα 200 ατόμων τόσο από την Αθήνα όσο και από την περιφέρεια, στο διάστημα Οκτωβρίου 2006 έως και Απριλίου 2007. Ερωτήθηκαν άνδρες και γυναίκες κάθε μορφωτικού επιπέδου.

Τα ερωτηματολόγια ήταν ανώνυμα και χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της κάλπης. Ακολουθώς γίνεται παρουσίαση του ερωτηματολογίου που χρησιμοποιήθηκε, των διαγραμμάτων και των στατιστικών αποτελεσμάτων με τα συμπεράσματά τους.

Το δείγμα ηλικίας 15 – 19 ετών αποτελούν 11 γυναίκες (5 από Αθήνα , 6 από περιφέρεια) και 6 άνδρες (3 από Αθήνα, 3 από περιφέρεια). Το μεγαλύτερο ποσοστό γυναικών ανήκε στην δευτεροβάθμια εκπαίδευση ενώ των ανδρών στην τριτοβάθμια.

Το δείγμα ηλικίας 20 – 24 ετών αποτελούν 54 γυναίκες (22 από Αθήνα και 32 από την περιφέρεια) και 45 άνδρες (15 από Αθήνα και 30 από την περιφέρεια). Το μεγαλύτερο ποσοστό γυναικών και ανδρών ανήκε στην τριτοβάθμια εκπαίδευση.

Το δείγμα ηλικίας 25 – 29 ετών αποτελούν 26 γυναίκες (8 από Αθήνα και 18 από την περιφέρεια) και 37 άνδρες (12 από Αθήνα και 25 από την περιφέρεια). Το μεγαλύτερο ποσοστό και των 2 φύλλων ανήκε επίσης στην τριτοβάθμια εκπαίδευση.

Τέλος, το δείγμα ηλικίας 30 – 35 ετών αποτελούν 9 γυναίκες (4 από Αθήνα και 5 από την περιφέρεια) και 12 άνδρες (3 από Αθήνα και 9 από την περιφέρεια). Το μεγαλύτερο ποσοστό γυναικών ανήκε στην τριτοβάθμια εκπαίδευση ενώ των ανδρών στην δευτεροβάθμια εκπαίδευση.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Φύλο: Άντρας Γυναίκα

Ηλικία:

Μόνιμος τόπος κατοικίας :

Επίπεδο μόρφωσης: Πρωτοβάθμια Δευτεροβάθμια Τριτοβάθμια

1. Σε ποια ηλικία είχατε την πρώτη σας ολοκληρωμένη σεξουαλική επαφή;
.....
2. Συνεχίζεται με τον πρώτο σας σύντροφο;
Ναι
Όχι
3. Πόσους συντρόφους αλλάξατε από τότε;
.....
4. Μετά από πόσο (περίπου) χρόνο γνωριμίας έχετε συνήθως ολοκληρωμένη σεξουαλική επαφή;
Αμέσως μετά την γνωριμία
Σε λίγες ημέρες
Μετά από ένα μήνα
Πολύ περισσότερο
5. Είχατε ποτέ δύο ή περισσότερους ερωτικούς συντρόφους ταυτόχρονα;
Ναι
Όχι
6. Αν κάνετε εύκολα sex, τι θεωρείται ότι σας ωθεί σε αυτό;
Οι επιδράσεις του κοινωνικού περιβάλλοντος
Ο φόβος να μην θεωρηθείτε οπισθοδρομική/ός
Οι έντονες ερωτικές επιθυμίες
Να αποδείξετε ότι είστε επιθυμητή/ός
7. Φοβάστε τις επιπτώσεις του sex στην υγεία σας;
Ναι
Όχι
8. Τι προφυλάξεις παίρνετε στο sex;
Πάντοτε χρήση προφυλακτικού
Ποτέ ή σπανίως χρήση προφυλακτικού
Διακοπτόμενη συνουσία
Συνουσία με άλλο τρόπο
Άλλο(π.χ: σπιράλ, χάπια, κλπ.):
9. Η προσωπικότητα των νέων της ηλικίας σας σας ικανοποιεί;
Ναι
Όχι
Περίπου
10. Επιδιώκετε σχέσεις με άτομα μεγαλύτερης ηλικίας;
Ναι
Όχι
Περιστασιακά
11. Αν ναι, γιατί επιδιώκετε σχέσεις με άτομα μεγαλύτερης ηλικίας;
Με ελκύουν περισσότερο.
Με εμπνέουν περισσότερο.

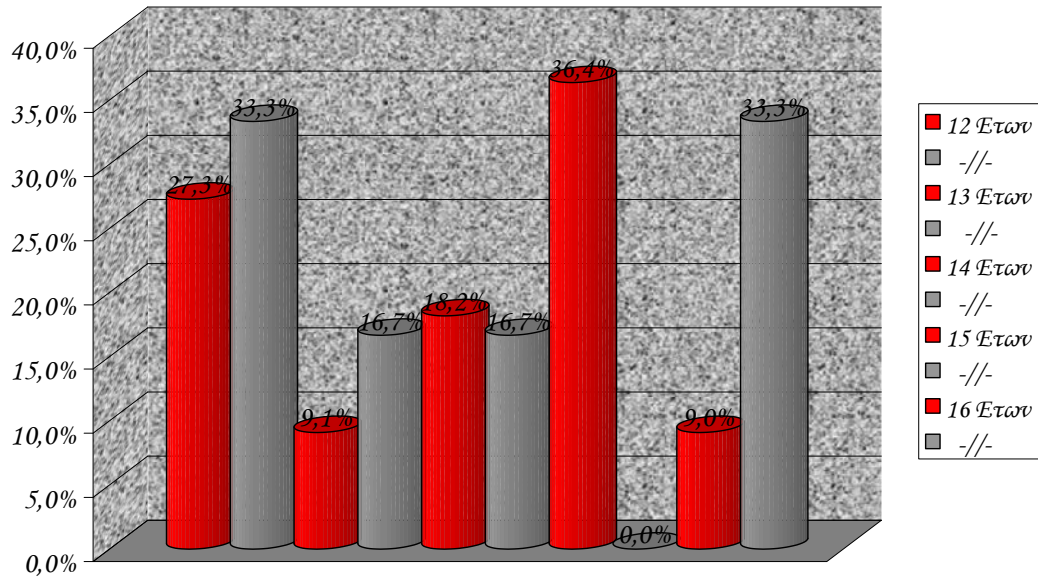
άνεση.

12. Έχετε νοιώσει ποτέ ελξη για άτομα του ίδιου φύλου;
Ναι
Όχι
13. Είχατε ποτέ στην ζωή σας κάποιο σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα;
Ναι
Όχι
Δεν γνωρίζω
14. Αν ναι, ποιο ήταν:
.....
15. Γνωρίζετε τους κινδύνους για τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα;
Ναι
Όχι
16. Έχετε ποτέ επισκεφτεί ιατρό για τέτοια νοσήματα;
Ναι
Όχι
17. Αν νοσούσατε θα ενημερώνατε τους εκάστοτε ερωτικούς συντρόφους σας;
Ναι
Όχι
18. Τι γνώμη έχετε για την διακοπή της κύησης (έκτρωση);
Αποδεκτή όταν χρειάζεται.
Απαράδεκτη.
19. Έχετε κάνει ποτέ έκτρωση;(αν είστε άντρας κάποια σύντροφος σας).
Ναι
Όχι
20. Αν όχι θα κάνατε ποτέ;(αν είστε άντρας θα θέλατε να κάνει κάποια σύντροφος σας;).
Ναι, αν είναι απαραίτητη
Όχι
21. Πιστεύετε ότι θα έπρεπε το μάθημα της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης να ενταχθεί στο σχολικό πρόγραμμα;
Ναι
Όχι
22. Πιστεύετε ότι η ενημέρωση από το κράτος (Μ.Μ.Ε) για τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα είναι επαρκής;
Ναι
Όχι

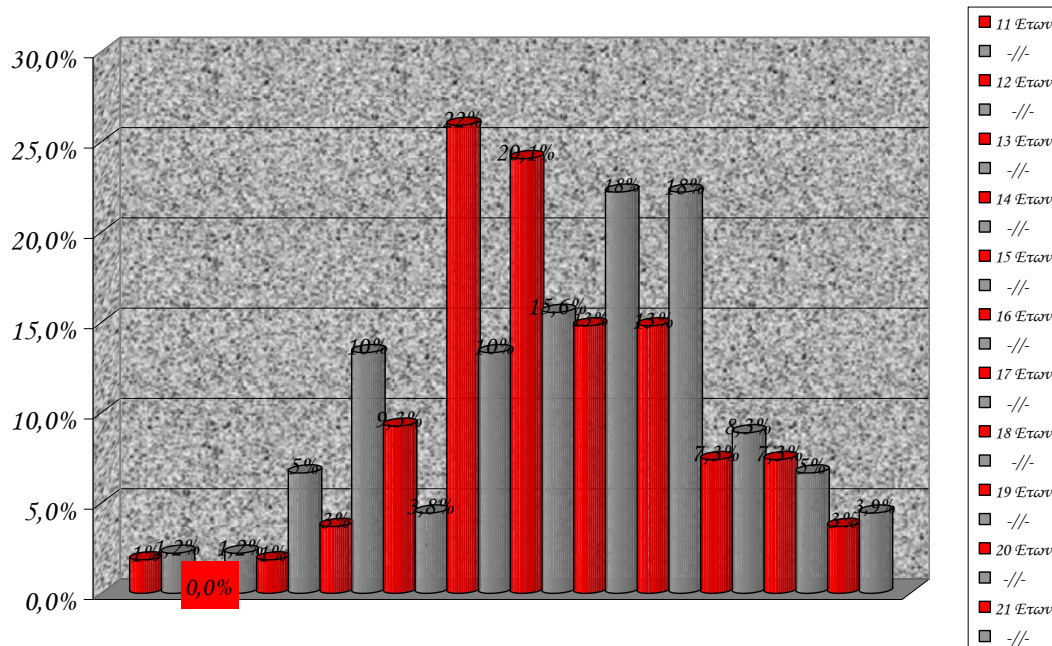
ΣΑΣ ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ!

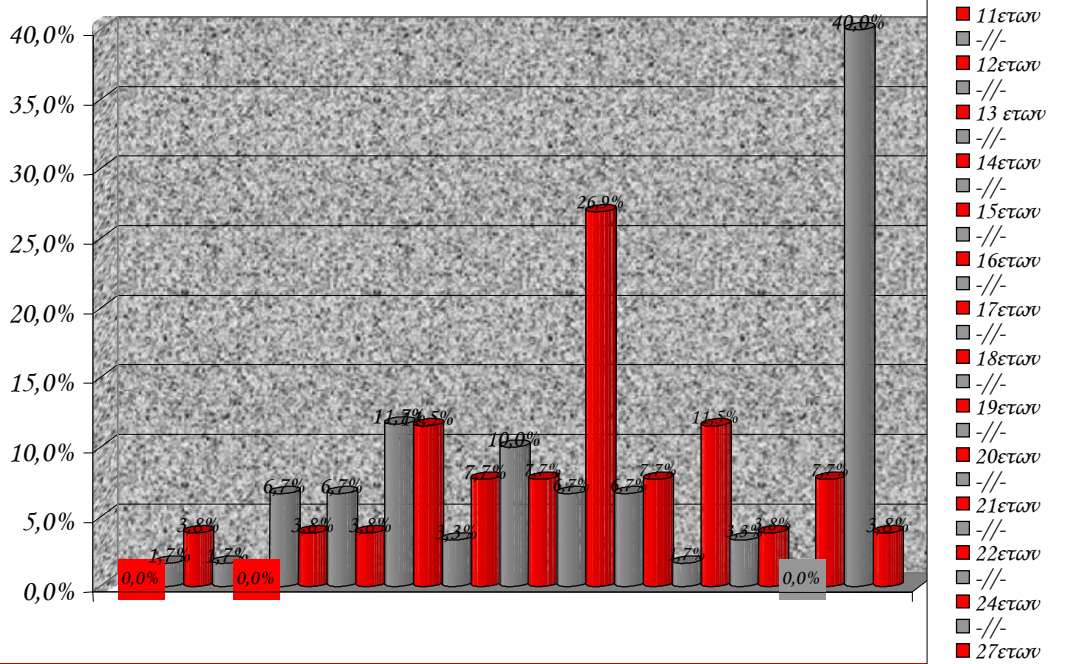
σας ολοκληρωμένη σεξουαλική επαφή;

Ηλικία 15 – 19 ετών

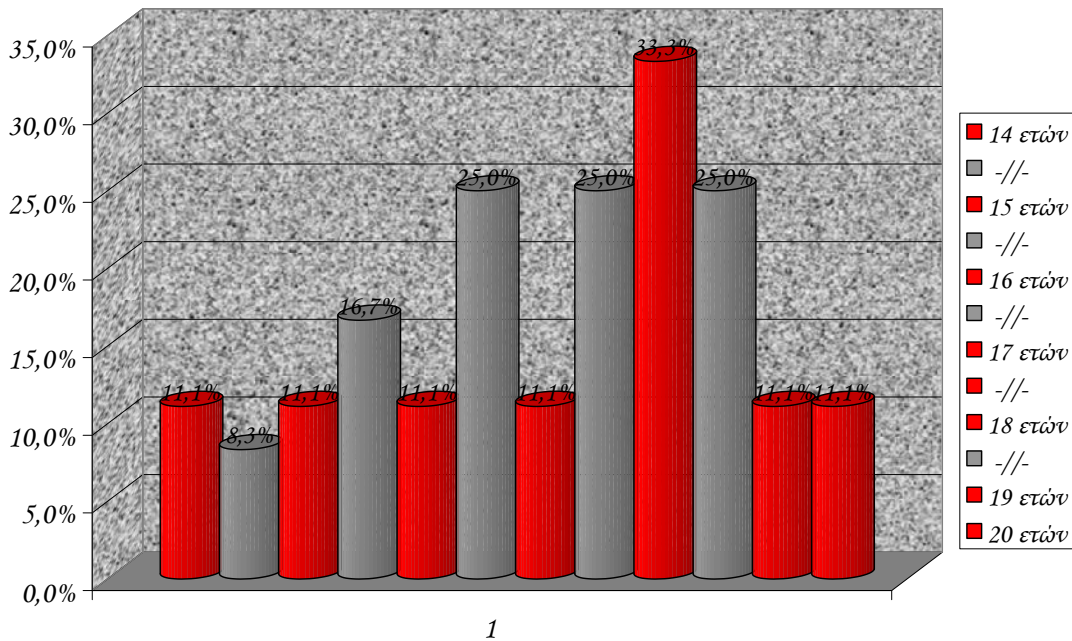


Ηλικία 20 – 24 ετών





Ηλικία 30 – 35 ετών



μεγαλύτερο ποσοστό γυναικών ολοκλήρωσε σε ηλικία 15 ετών (36,4 %) και ακολουθεί η ηλικία των 12 ετών (27,3 %). Ενώ οι άνδρες σε ηλικία 12 και 16 ετών με ίδιο ποσοστό (33,3 %).

Σε ηλικίες 20 – 24 ετών το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών ολοκλήρωσε σε ηλικία 16 ετών (22 %) και ακολούθως στα 17 (20,1 %). Το μεγαλύτερο ποσοστό των ανδρών ολοκλήρωσε στις ηλικίες 18 – 19 ετών (18%)

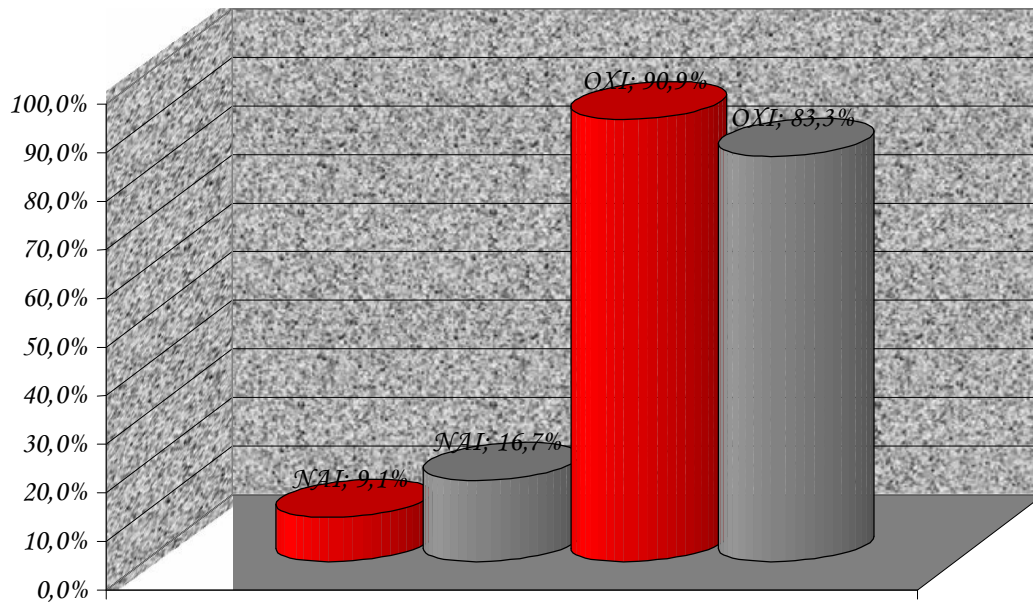
Σε ηλικίες 25 – 29 ετών οι περισσότερες γυναίκες ολοκληρώνουν στα 19 τους έτη (26,9 %) ενώ εντύπωση δημιουργεί το γεγονός ότι οι άνδρες ολοκληρώνουν στα 24 τους έτη με ποσοστό 40 % .

Σε ηλικίες 30 – 35 ετών το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών ολοκλήρωσε στα 18 (33,3 %) ενώ οι άνδρες συγκεντρώνουν ποσοστό 25 % στις ηλικίες 16, 17 και 18 ετών.

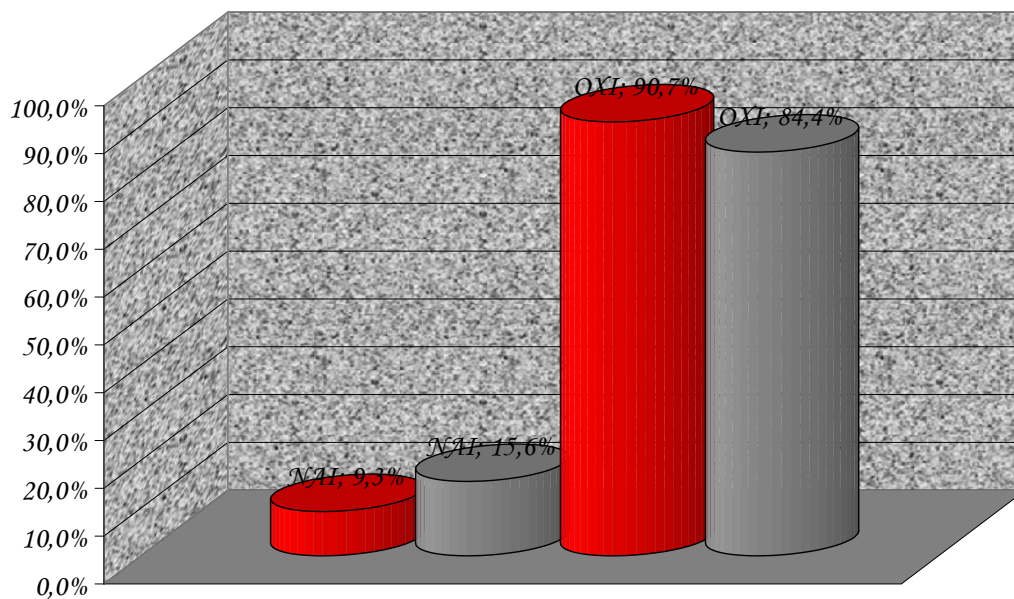
Συμπερασματικά φαίνεται ότι στα άτομα ηλικίας 15 – 24 χρονών η έναρξη σεξουαλικής ζωής είναι πρόωμη σε σχέση με άτομα μεγαλύτερης ηλικίας. Στη συνέχεια θα προσπαθήσουμε συνδυάζοντας αποτελέσματα άλλων ερωτήσεων να παραθέσουμε τους λόγους για τους οποίους παρατηρείται αυτό το φαινόμενο.

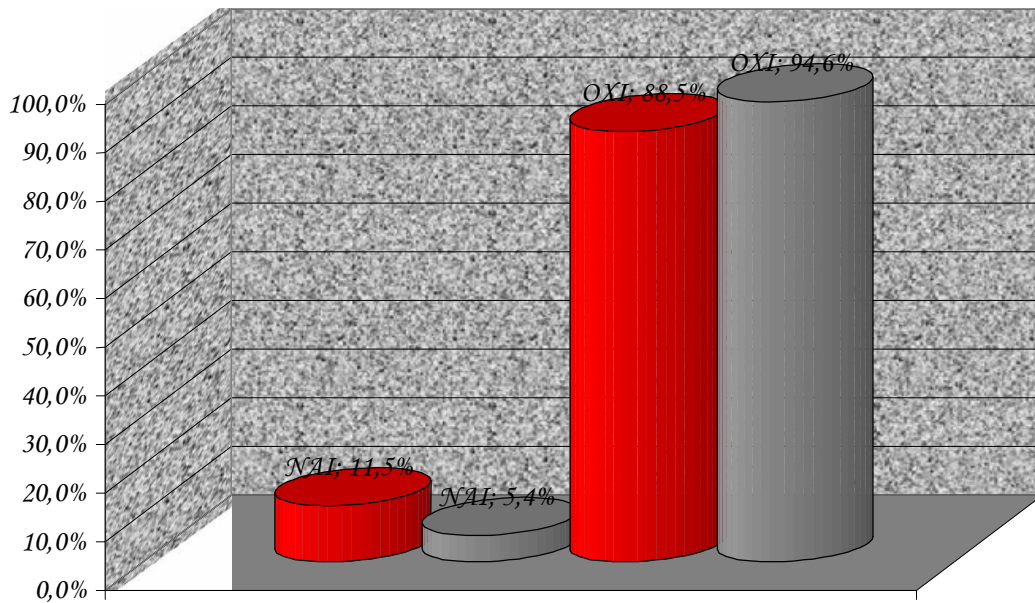
ντροφο;

Ηλικία 15 – 19 ετών

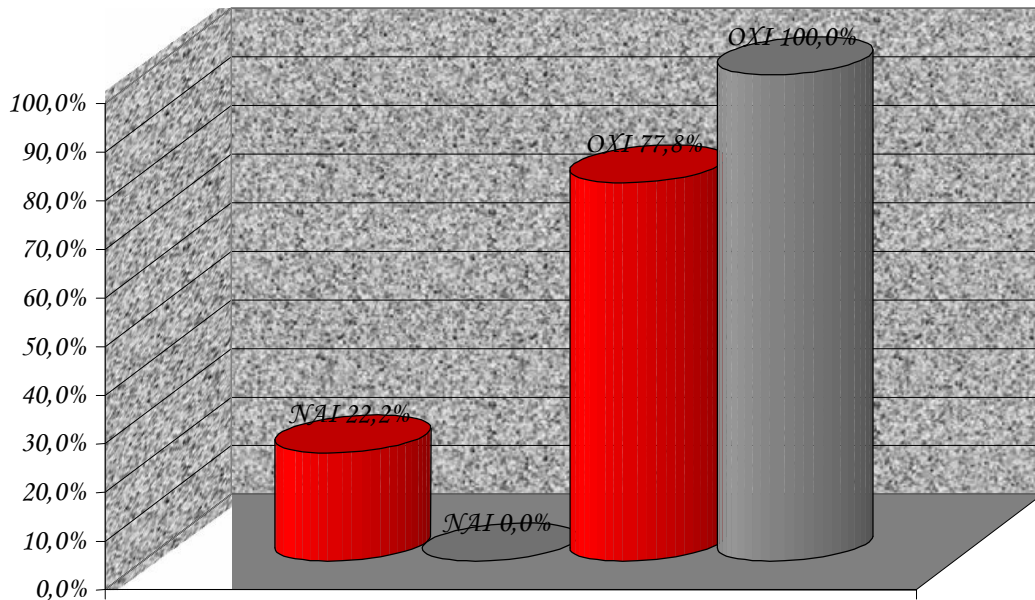


Ηλικία 20 – 24 ετών





Ηλικία 30 – 35 ετών



συνεχίζουν με τον ίδιο σύντροφο, οι γυναίκες σε ποσοστό 90,9% και οι άνδρες σε ποσοστό 83,3%.

Σε ηλικίες 20-24 ετών οι γυναίκες που έχουν αλλάξει σύντροφο έχουν ποσοστό 89,9% και οι άνδρες το ίδιο.

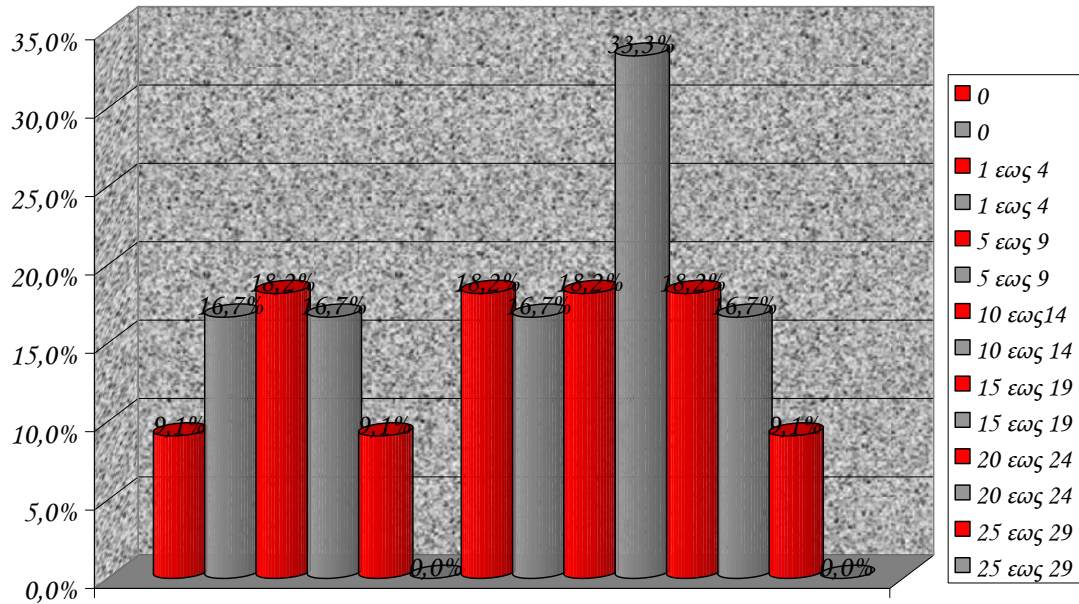
Σε ηλικίες 25-29 ετών σε ποσοστό γυναικών 88,5% και ανδρών 94,6% έχουν αλλάξει σύντροφο.

Σε ηλικίες 30-35 ετών οι γυναίκες σε ποσοστό 77,8% και οι άνδρες 100% έχουν αλλάξει σύντροφο.

Βλέπουμε λοιπόν πως οι νέοι ηλικίας 15-35 ετών που έχουν σεξουαλική ζωή, δύσκολα μένουν με τον ίδιο σύντροφο. Το γεγονός αυτό αποτελεί επιβαρυντικό παράγοντα για την υγεία τους, δεδομένου ότι οι εναλλαγή συντρόφων εντίνει τις πιθανότητες καπνισ από Σ.Μ.Ν.

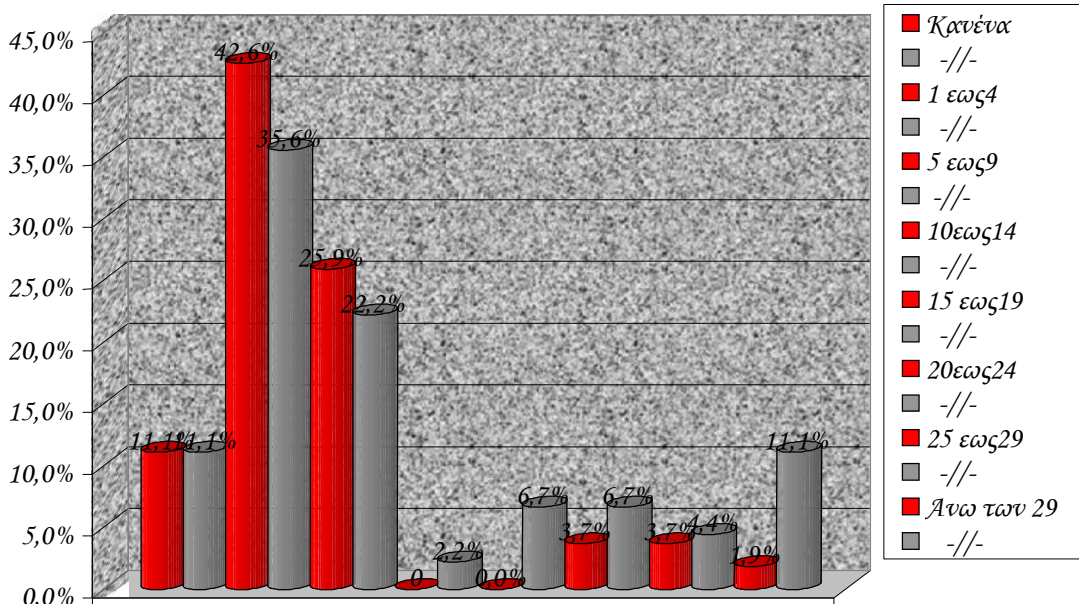
ό τότε;

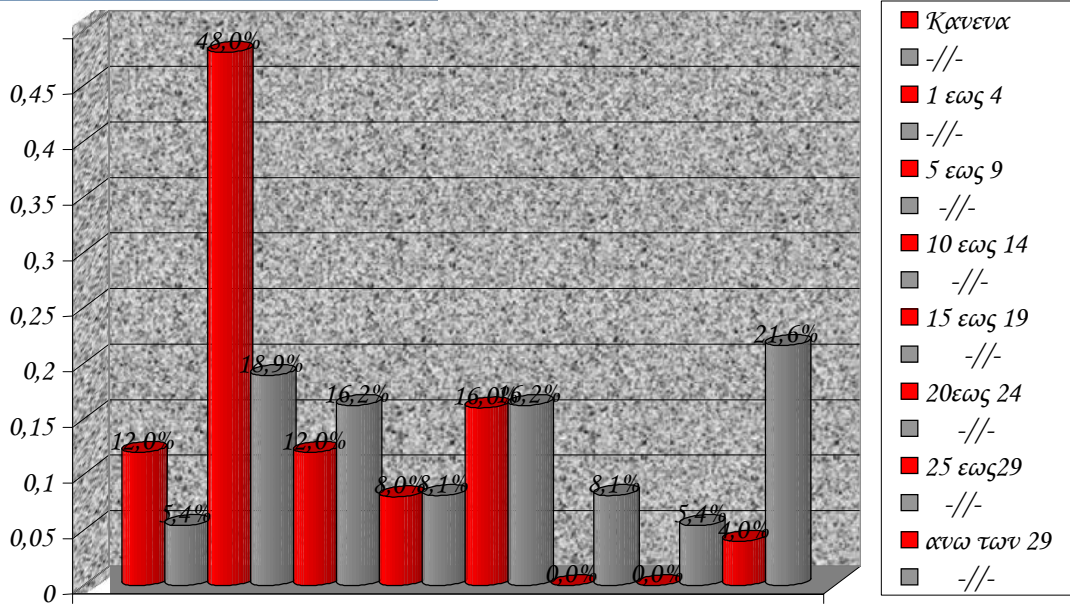
Ηλικία 15 – 19 ετών



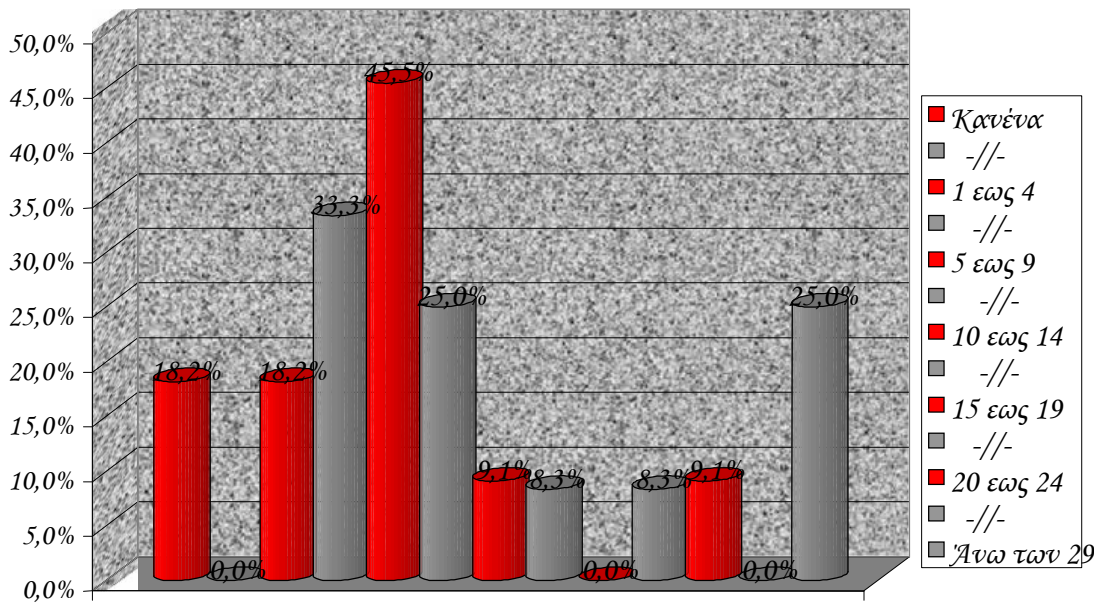
Πόσους συντρόφους αλλάξατε από τότε:

Ηλικία 20 – 24 ετών





Ηλικία 30 – 35 ετών



το εύρος εναλλαγής συντρόφων είναι αρκετά μεγάλο, σε σχέση με την ηλικία τους. Είναι ωστόσο αξιοσημείωτο το γεγονός ότι, οι γυναίκες αυτής της ομάδας έχουν αλλάξει περισσότερους συντρόφους απ' ό,τι οι άνδρες. Έτσι, οι γυναίκες εμφανίζουν τα μεγαλύτερα ποσοστά στους 10-24 διαφορετικούς συντρόφους, ενώ οι άνδρες σε 15-19 συντρόφους.

Στα άτομα ηλικίας 20- 24 ετών, η εικόνα είναι εντελώς διαφορετική. Οι γυναίκες έχουν αλλάξει, στο μεγαλύτερο ποσοστό 1-4 συντρόφους και ακολουθεί η κατηγορία 5-9 συντρόφων. Τέλος, οι κατηγορίες 10-14 συντρόφων, εμφανίζουν το ίδιο ποσοστό με την κατηγορία που είναι ακόμη με τον ίδιο ερωτικό σύντροφο. Οι άνδρες αυτών των ηλικιών, έχουν κυρίως αλλάξει 1- 4 συντρόφους, και ακολούθως καμία σύντροφο, σε ίδιο ποσοστό με αυτούς που έχουν αλλάξει πάνω από 25 συντρόφους.

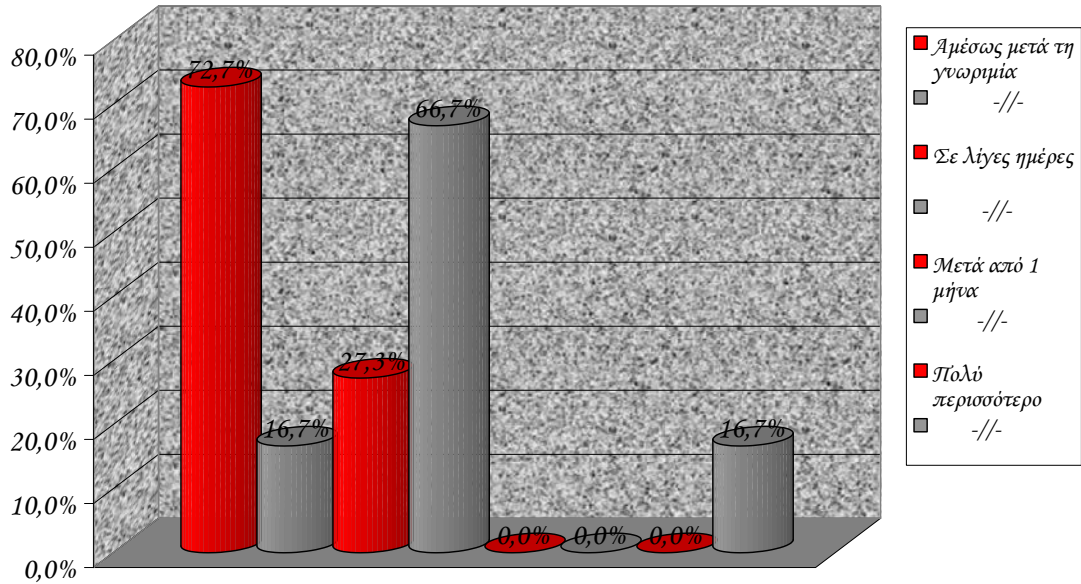
Στα άτομα ηλικίας 25-29 ετών, οι γυναίκες έχουν αλλάξει κυρίως 1-4 συντρόφους και ακολουθούν οι κατηγορίες 15-19 συντρόφων, 5-9 συντρόφων και με ίδιο ποσοστό η κατηγορία καμίας αλλαγής ερωτικού συντρόφου. Οι άνδρες, στο μεγαλύτερο ποσοστό έχουν αλλάξει περισσότερες από 29 συντρόφους και ακολουθούν οι κατηγορίες 1-4 συντρόφων και 5-9 συντρόφων, ενώ ένα πολύ μικρό ποσοστό παραμένει με την ίδια ερωτική σύντροφο.

Σε άτομα ηλικίας 30- 35 ετών, η εναλλαγή συντρόφων είναι περισσότερο περιορισμένη. Οι γυναίκες είχαν κυρίως 5-9 συντρόφους, ενώ 1-4 ή και κανένα άλλο σύντροφο, είχαν σε ίδιο ποσοστό. Οι άνδρες, συγκεντρώνουν το μεγαλύτερο ποσοστό στην κατηγορία 1-4 συντρόφων και ακολούθως στην κατηγορία 5-9 συντρόφων. Η κατηγορία περισσότερων από 29 συντρόφων κατέχει το ίδιο ακριβώς ποσοστό στους άνδρες αυτής της ηλικίας.

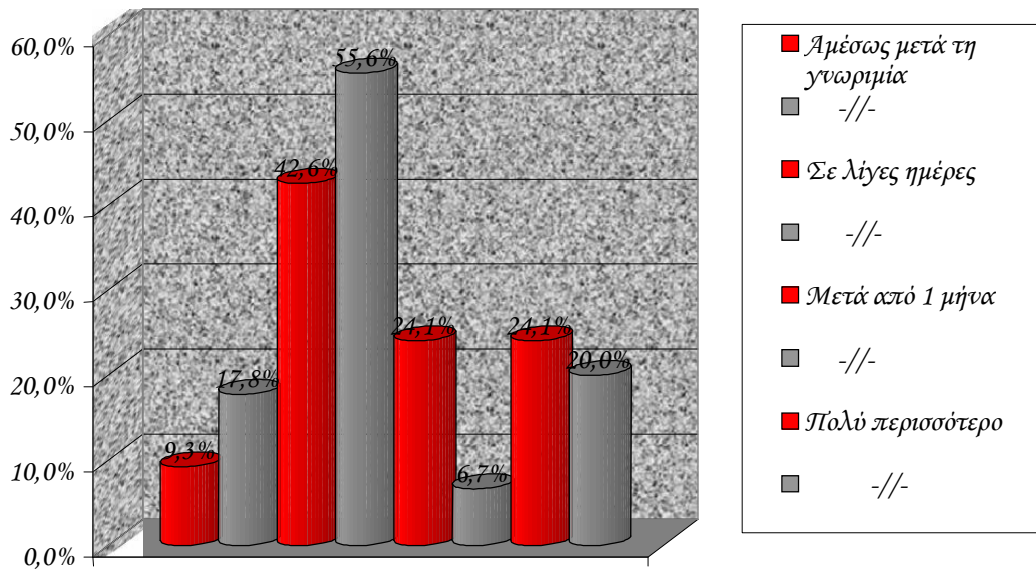
Από τα παραπάνω είναι φανερό πως τα άτομα μικρότερων ηλικιών είναι πιο θετικά στην εναλλαγή συντρόφων σε σχέση με τις μεγαλύτερες ηλικίες. Επίσης φαίνεται πως οι νεαρότερες γυναίκες αλλάζουν συντρόφους συχνότερα από τους άνδρες, γεγονός που αντιστρέφεται σε μεγαλύτερες ηλικίες. Η συχνή εναλλαγή συντρόφων, ειδικά από τόσο μικρές ηλικίες, είναι ιδιαίτερα ανησυχητική αν αναλογιστούμε τους κινδύνους που ελλοχεύουν σε αυτού του είδους σεξουαλικές συμπεριφορές (κονδυλώματα, καρκίνος του τραχήλου της μήτρας, AIDS κ.λπ.)

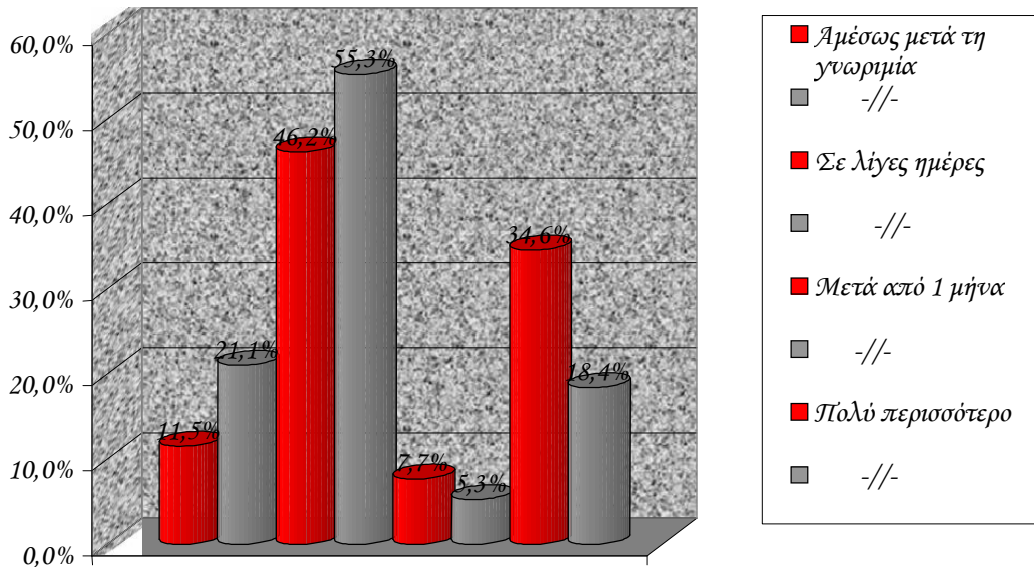
χρόνο γνωριμίας είχατε την πρώτη σας ολοκληρωμένη σεξουαλική επαφή;

Ηλικία 15 – 19 ετών

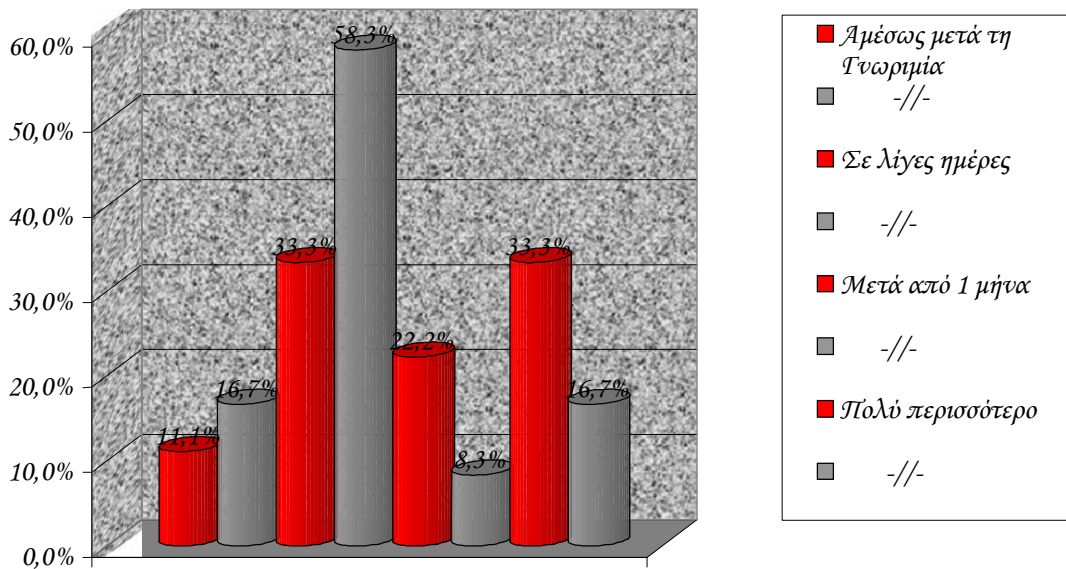


Ηλικία 20 – 24 ετών





Ηλικία 30 – 35 ετών



περισσότερες γυναίκες κάνουν σεξ αμέσως μετά την γνωριμία (72,7) ή λίγες ημέρες μετά. Οι άνδρες κάνουν σεξ ως επι το πλειστον λίγες ημέρες μετά τη γνωριμία(66,7), και σε ποσοστό 16,7 κάνουν σεξ συνηθως αμέσως μετά τη γνωριμία ή μετά από πολύ καιρο.

Σε ηλικίες 20-24 ετών, οι γυναίκες ολοκληρώνουν κυρίως μέσα σε λίγες ημέρες(42,6) και ακολουθούν όσες ολοκληρώνουν μετά από ένα μήνα ή πολύ περισσότερο(24,1). Οι άνδρες ολοκληρώνουν κυρίως λίγες ημέρες μετά την γνωριμία(55,6) ή σε πολύ μεγαλύτερο διαστημα από ένα μήνα.

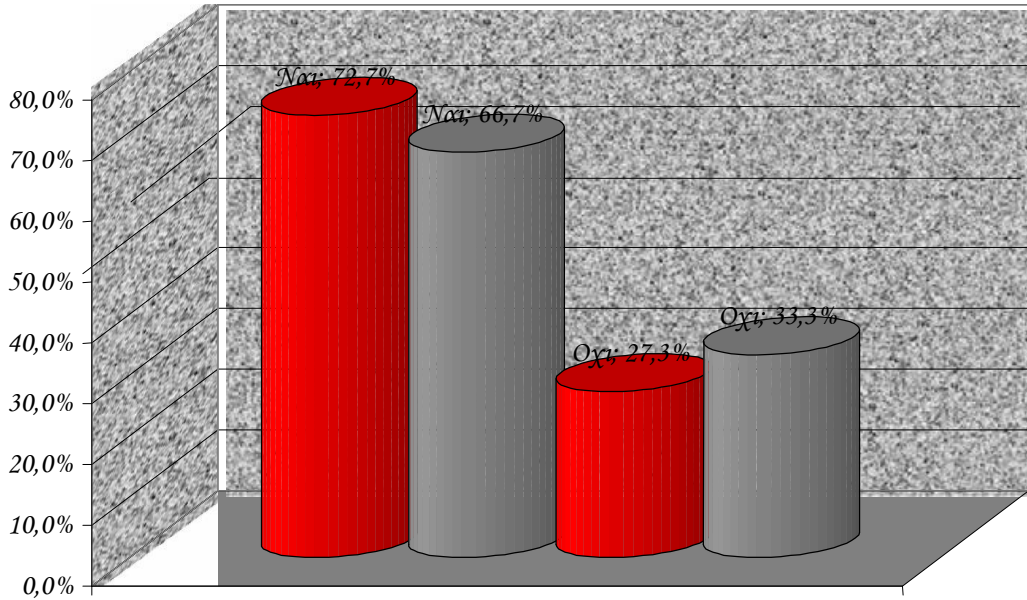
Σε ηλικίες 25-29 ετών, συνήθως ολοκληρώνουν οι γυναίκες(46,2) και οι άνδρες (55,3) μέσα σε λίγες ημέρες.

Σε ηλικίες 30-35 ετών, οι γυναίκες συνήθως έχουν ολοκληρωμ'ένες επαφές με ποσοστό 33,3% και στις 2 περιπτώσεις μετά από λίγες ημέρες η σε διαστημα πολύ μεγαλύτερο του ενός μήνα. Αν 'τιθετα οι άνδρες με ποσοστό 58,3 ολοκληρώνουν λίγες μέρες μετά τη γνωριμία.

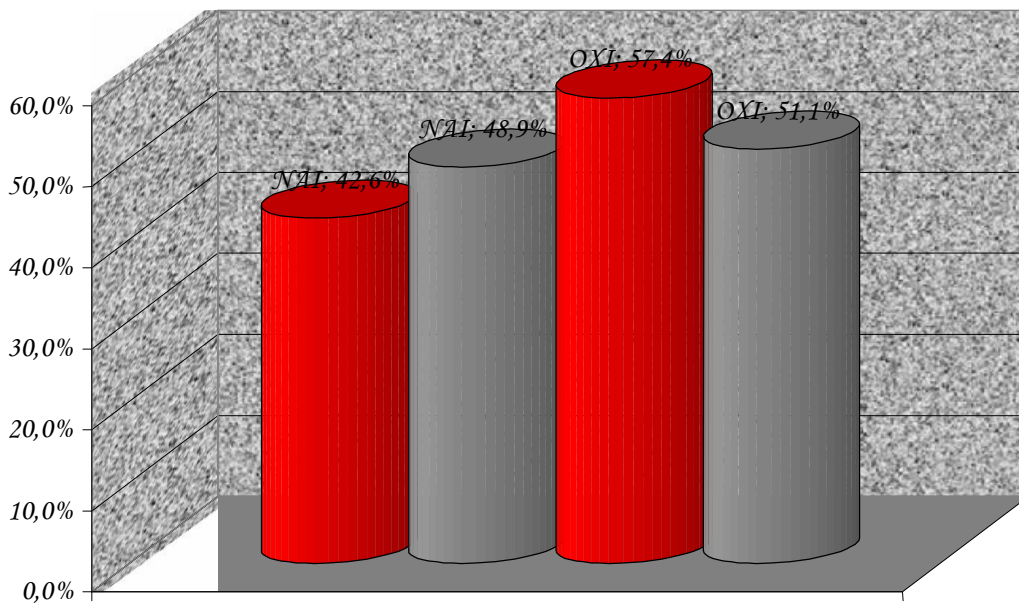
Είναι σαφές πως πλέον ανεξάρτητα με την ηλικία του ατ'μου, η σεξουαλική επαφή έρχεται πολύ γρήγορα, μέσα σε λίγες ώρες η μέρες. Επιπολαϊη ή μη η στάση αυτή κρύβει μεγάλο ποσοστο επικινδυνότητας για προσβοη από κάποιο Σ.Μ.Ν. καλό θα ήταν σε γενικές γραμμες πριν κάουμε σεξ να γνωρίζουμε αν ο/η συντροφορ πάσχει από κάποιο σ.μ.ν ή αν ανηκει στις ομάδες υψηλου

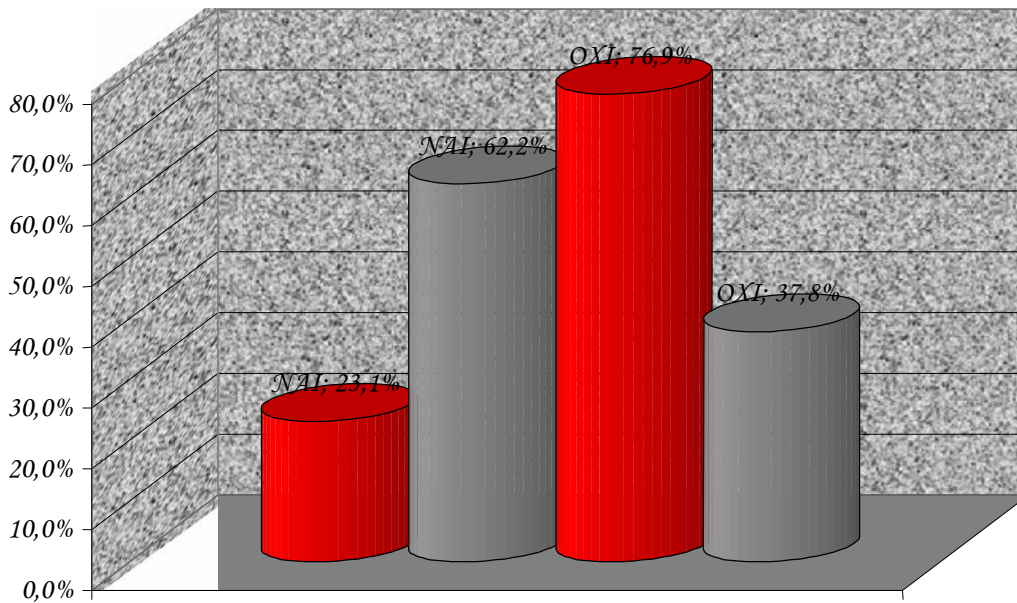
ερωτικούς συντρόφους ταυτόχρονα;

Ηλικία 15 – 19 ετών

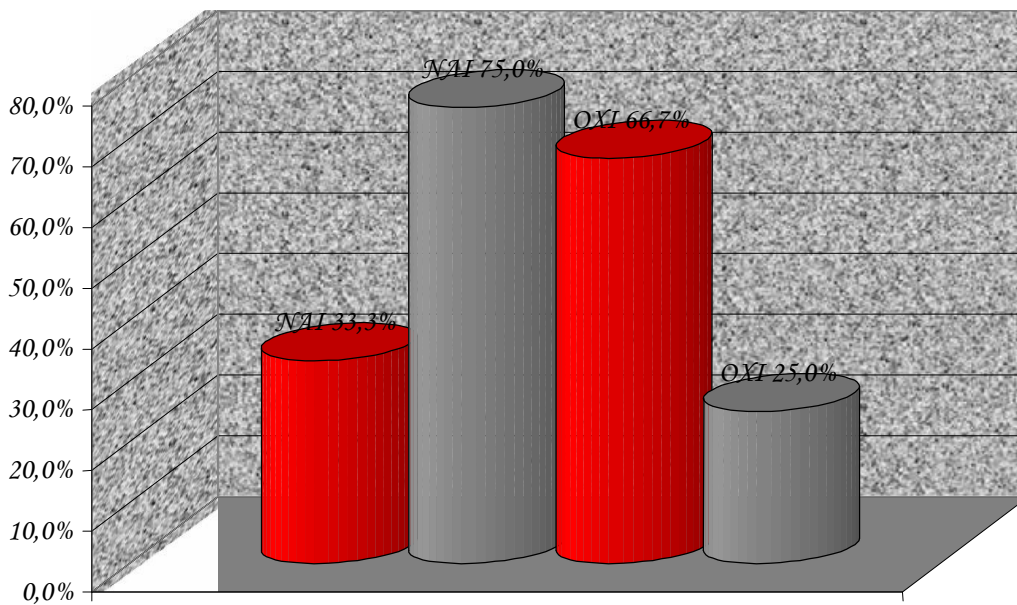


Ηλικία 20 – 24 ετών





Ηλικία 30 – 35 ετών



Σε ηλικίες 15-19 ετών, φάνηκε ξεκάθαρα πως τα άτομα που ερωτήθηκαν είναι πολύ θετικά στο θέμα του σεξουαλικού πειραματισμού με δυο ή περισσότερους ερωτικούς συντρόφους ταυτόχρονα. Οι γυναίκες απάντησαν ναι σε ποσοστό ----- και οι άνδρες επίσης ναι σε ποσοστό-----.

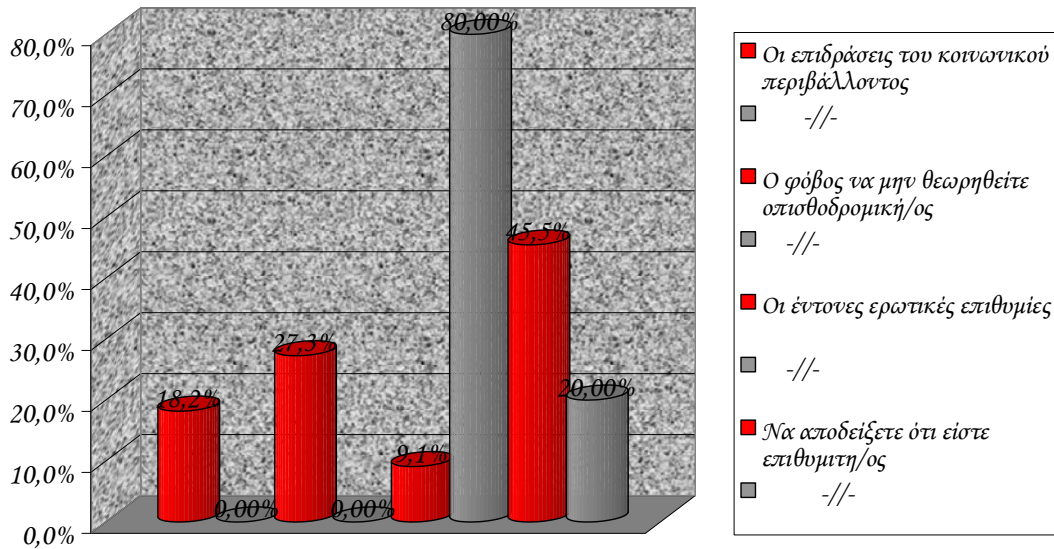
Σε ηλικίες 20-24 ετών οι γυναίκες με αρκετή διαφορά είναι αρνητικές(---) ενώ οι άνδρες φαίνεται να μοιράζονται αναμεσα στο ναι(----) και το όχι(-----), με το όχι να υπερτερεί με ελάχιστη διαφορά.

Σε ηλικίες 25-29 ετών, ελάχιστες γυναίκες δηλώνουν πως είχαν δυο ή περισσότερους ερωτικούς συντρόφους ταυτόχρονα(.....). Οι άνδρες ωστόσο σε ποσοστό----- δηλώνουν πως είχαν δυο ή περισσότερους ερωτικούς συντρόφους ταυτόχρονα.

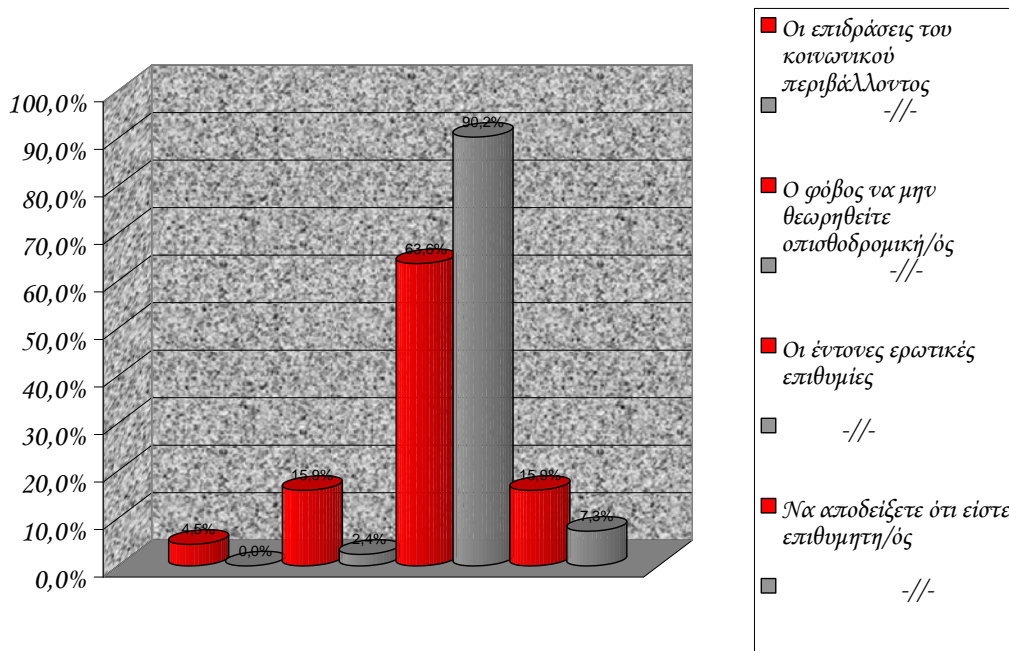
Σε ηλικίες 30-35 ετών, οι γυναίκες και πάλι δηλώνουν στην πλειοψηφεία τους πως όχι(-----), ενώ οι περισσότεροι άνδρες δηλώνουν πως είχαν δύο οι περισσότερες συντρόφους ταυτόχρονα.

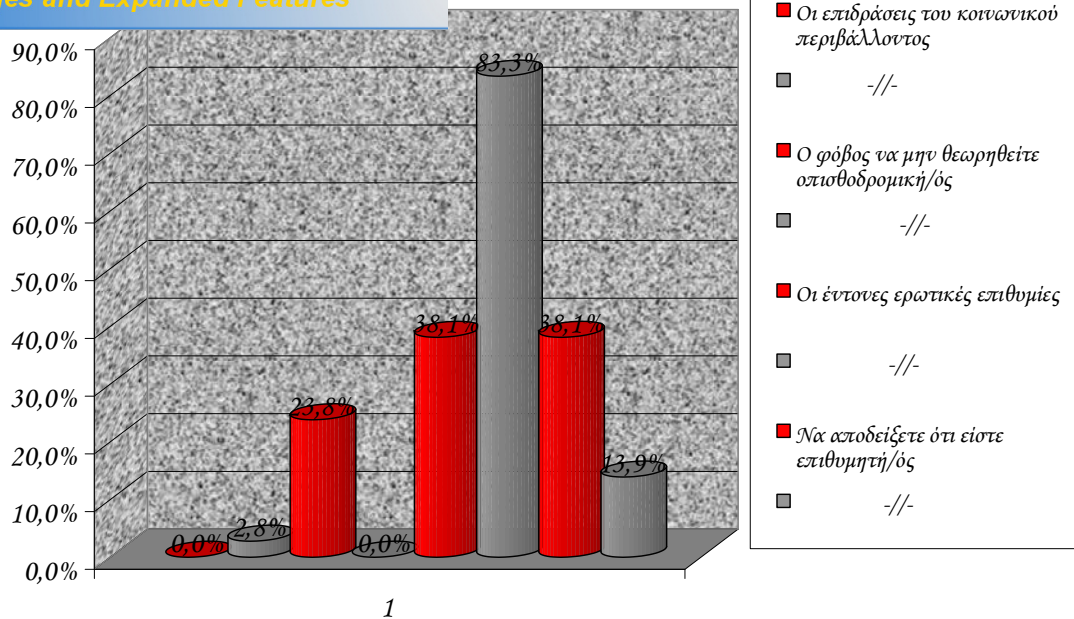
κι ότι σας ωθεί σε αυτό;

Ηλικία 15 – 19 ετών

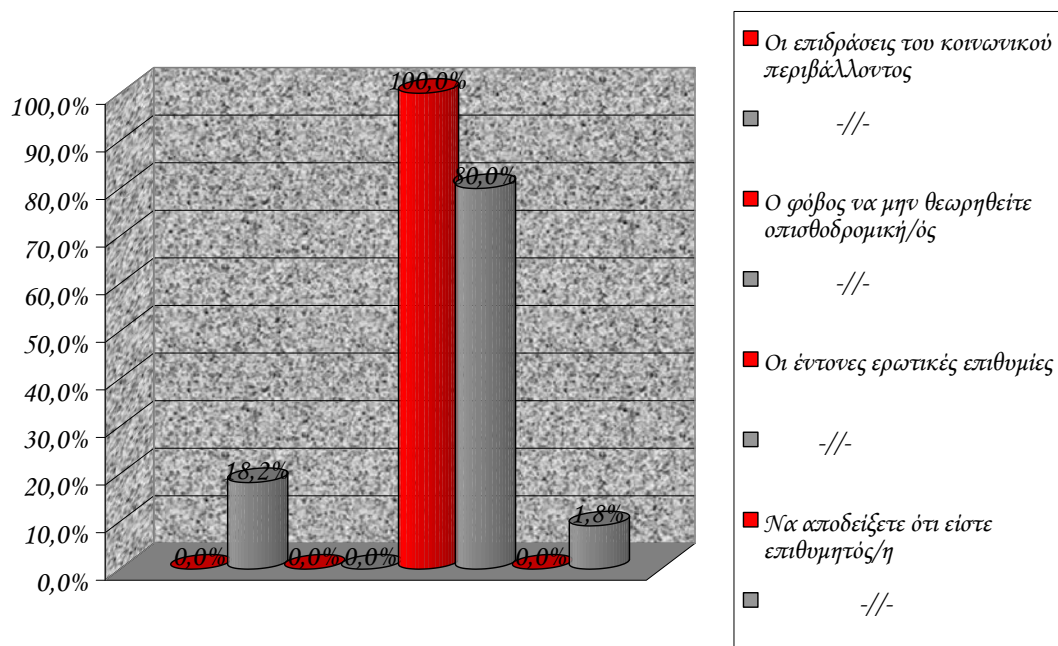


Ηλικία 20 – 24 ετών





Ηλικία 30 – 35 ετών



ην συγκεκριμένη ερώτηση προκύπτει ότι:

Γυναίκες ηλικίας 15-19 ετών, θεωρούν πως ο κύριος λόγος για τον οποίο κάνουν sex εύκολα είναι η ανάγκη να αποδείξουν ότι είναι επιθυμητές από το άλλο φύλλο (----). Γεγονός που εκφράζει την ανασφάλεια των συγκεκριμένων ατόμων ως προς την σεξουαλικότητα τους. Κατά σειρά ακολουθούν οι γυναίκες που κάνουν sex από φόβο μην θεωρηθούν οπισθοδρομικές(---), ενώ στην τελευταία θέση ανήκουν όσες κάνουν sex λόγω έντονων ερωτικών επιθυμιών(----). Οι άνδρες αυτής της ηλικίας, υποστηρίζουν πως ο λόγος που κάνουν εύκολα sex είναι οι έντονες ερωτικές επιθυμίες (----). Πολύ μικρή μερίδα κάνει sex θέλοντας να αποδείξουν πως είναι επιθυμητοί(----).

Σε ηλικίες 20-24 ετών οι γυναίκες κάνουν εύκολα sex έχοντας ως κίνητρο τις έντονες ερωτικές επιθυμίες(----) και ακολούθως για να αποδείξουν ότι είναι επιθυμητές ή από φόβο μην θεωρηθούν οπισθοδρομικές(---). Οι άνδρες και σε αυτές τις ηλικίες καθοδηγούνται από τις έντονες ερωτικές τους επιθυμίες (--)

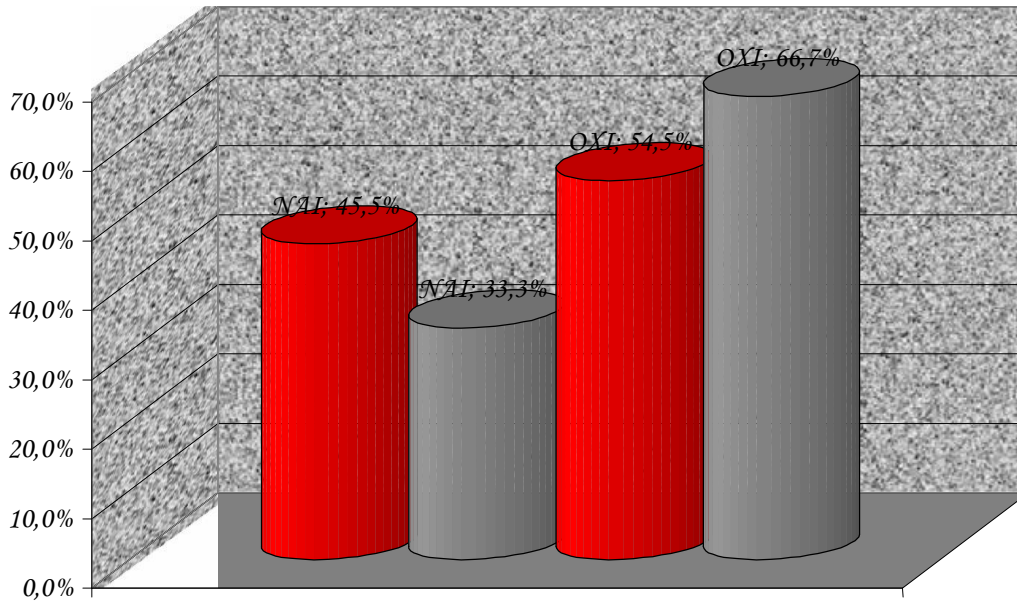
Σε ηλικίες 25-29 ετών, πρωταρχικό ρολο για τις γυναίκες έχουν οι έντονες ερωτικές τους επιθυμίες(---) και σε ίδιο ποσοστό η ανάγκη να αποδείξουν ότι είναι επιθυμητές. Ενώ αμέσως μετά ακολουθούν όσες φοβούνται μην θεωρηθούν οπισθοδρομικές(---). Σε ότι αφορά στους άνδρες, η εικόνα είναι σταθερή εμφανίζοντας τις ερωτικές επιθυμίες σαν τον βασικότερο λόγο για τον οποίο κάνουν εύκολα sex(---). Υπάρχουν ωστόσο, και όσοι κάνουν sex θέλοντας να αποδείξουν ότι είναι επιθυμητοί(--) ή επηρεάζονται από το κοινωνικό περιβάλλον(..).

Σε ηλικίες 30-35 ετών, οι ερωτικές επιθυμίες είναι ο βασικότερος λόγος για τις γυναίκες που κάνουν εύκολα sex(«----) ενώ ακολουθούν όσες επηρεάζονται από το κοινωνικό περιβάλλον(...). Ελάχιστες, κάνουν sex για να αποδείξουν πως είναι επιθυμητές(---). Όλοι οι άντρες αυτών των ηλικιών οδηγούνται στο «εύκολο» sex από τις έντονες ερωτικές τους επιθυμίες(100%).

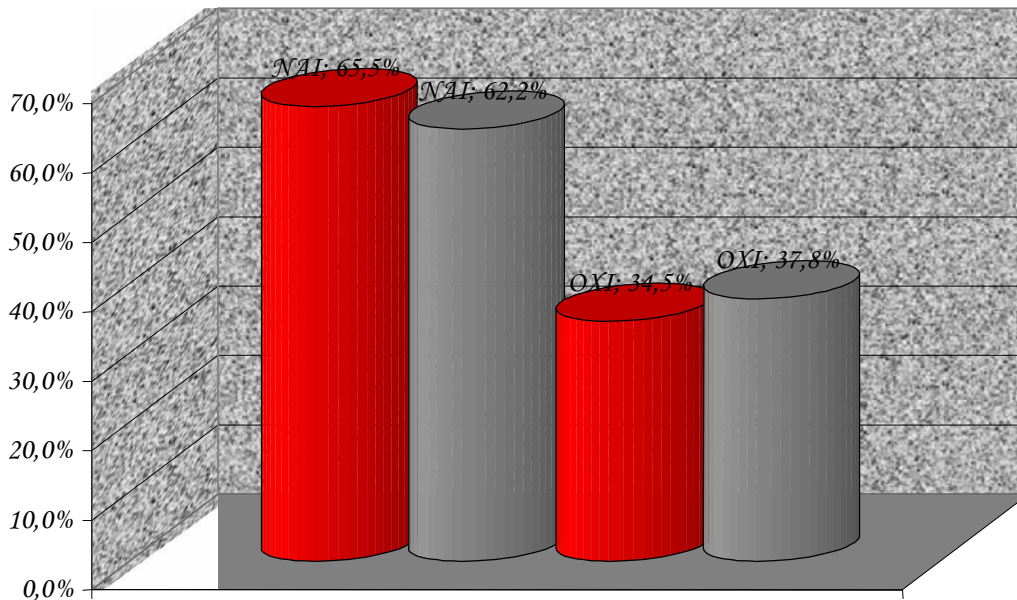
Από τα παραπάνω βλέπουμε συμπερασματικά πως οι γυναίκες κυρίως σε μικρές ηλικίες έχουν εντονη ανασφάλεια για τη εικόνα που προβάλλουν στο άλλο φύλλο και πιστεύουν πως το sex είναι κάποιας μορφής επιβεβαίωση. Όσο μεγαλώνουν φαίνεται πως βλέπουν το sex σαν απόλαυση εφόσον θεωρούν τις έντονες ερωτικές επιθυμίες το βασικότερο κίνητρο για αυτή την συμπεριφορά τους. Οι άνδρες φαίνεται πως ανεξαρτήτου ηλικίας κάνουν sex λόγω των έντονων ερωτικών τους επιθυμιών, χωρίς να εκφράζουν ανοιχτά τουλάχιστον κάποια ανασφάλεια όπως οι γυναίκες στον τομέα αυτό.

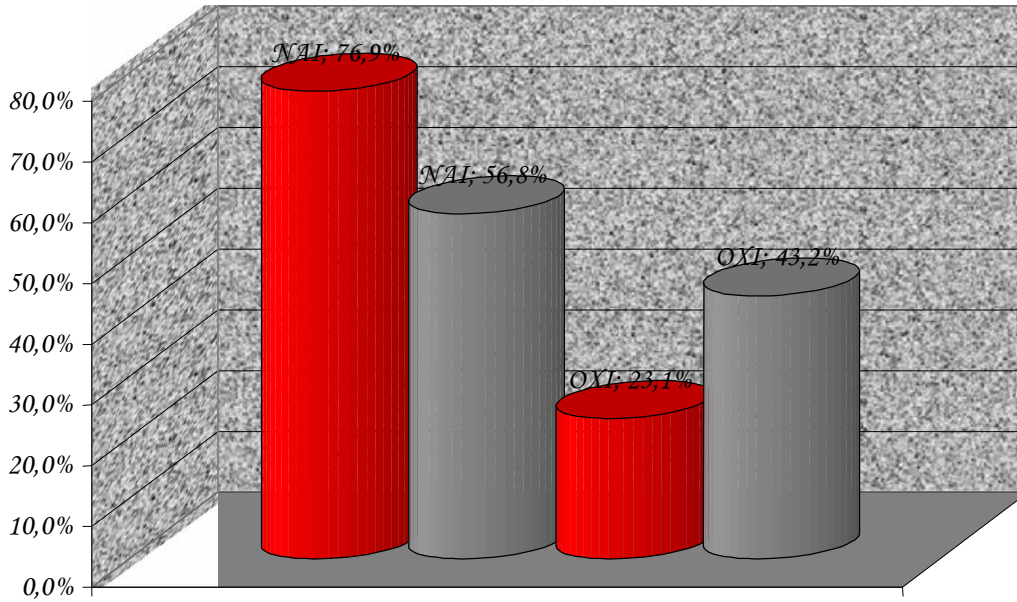
την υγεία σας;

Ηλικία 15 – 19 ετών

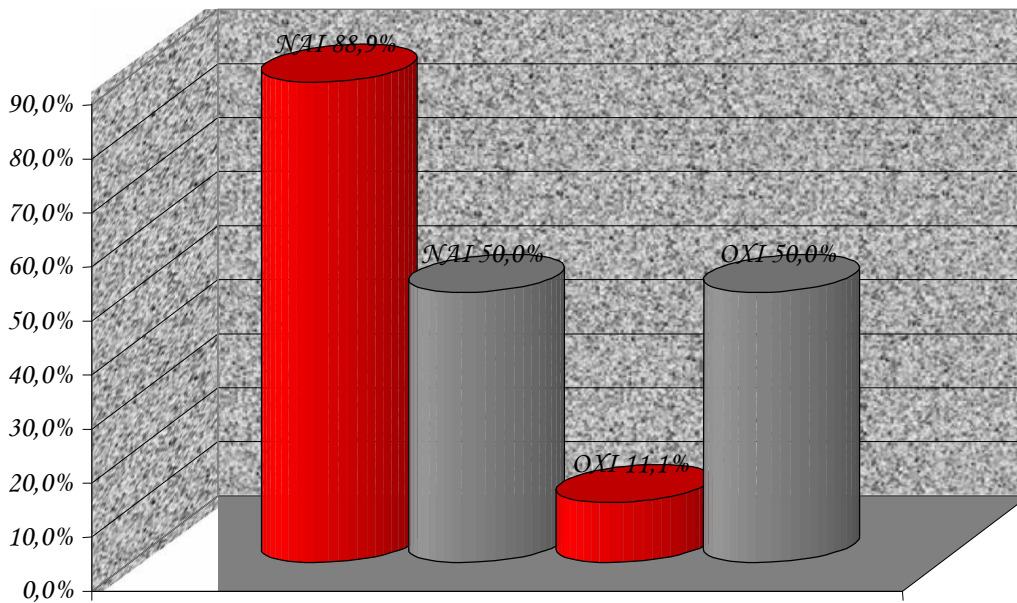


Ηλικία 20 – 24 ετών





Ηλικία 30 – 35 ετών



15,5 % των ερωτηθέντων γυναικών υποστηρίζει πως δεν φοβάται τις όποιες επιπτώσεις του σεξ στην υγεία του. Ενώ, το 54,5% υποστηρίζει το αντίθετο. Οι άνδρες σε ποσοστό 33,3% φοβούνται τις επιπτώσεις στην υγεία τους, σε αντίθεση με το υπόλοιπο 66,7% που δεν φοβάται.

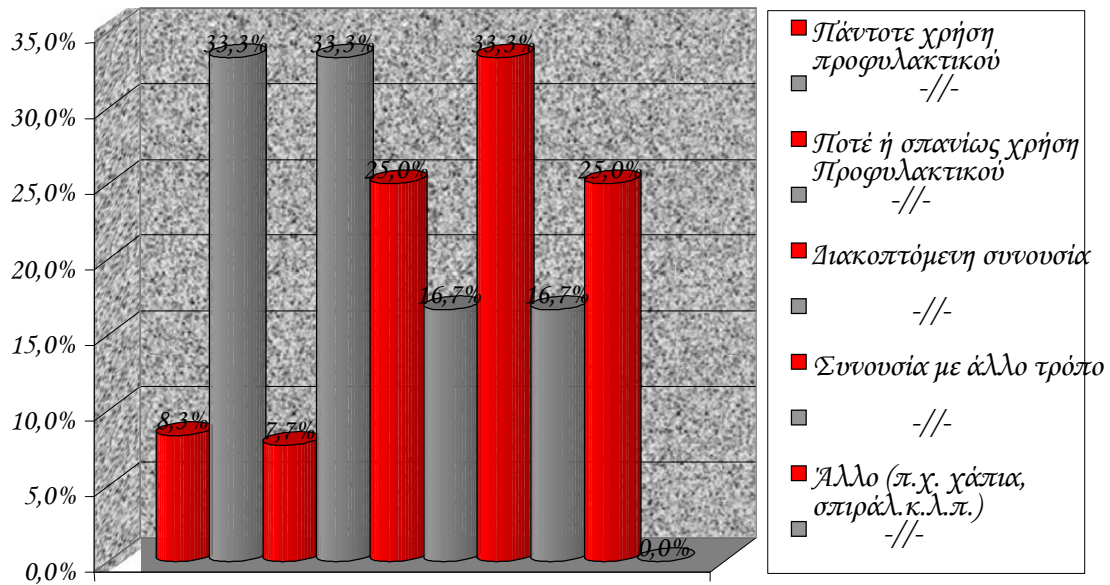
Σε ηλικίες 20-24 ετών, το 65,5% των γυναικών φοβάται και το 34,5% δεν φοβάται τις επιπτώσεις του σεξ στην υγεία. Ομοίως, το 62,2% των ανδρών φοβάται και το 37,8% δεν φοβάται τις επιπτώσεις αυτές.

Σε ηλικίες 25-29 ετών, το ποσοστό των γυναικών που φοβούνται αυξάνει σε 76,9% και των ανδρών φτάνει το 56,8%. Οι υποστηρικτές της αντίθετης άποψης είναι το 23,1% των γυναικών και το 43,2% των ανδρών.

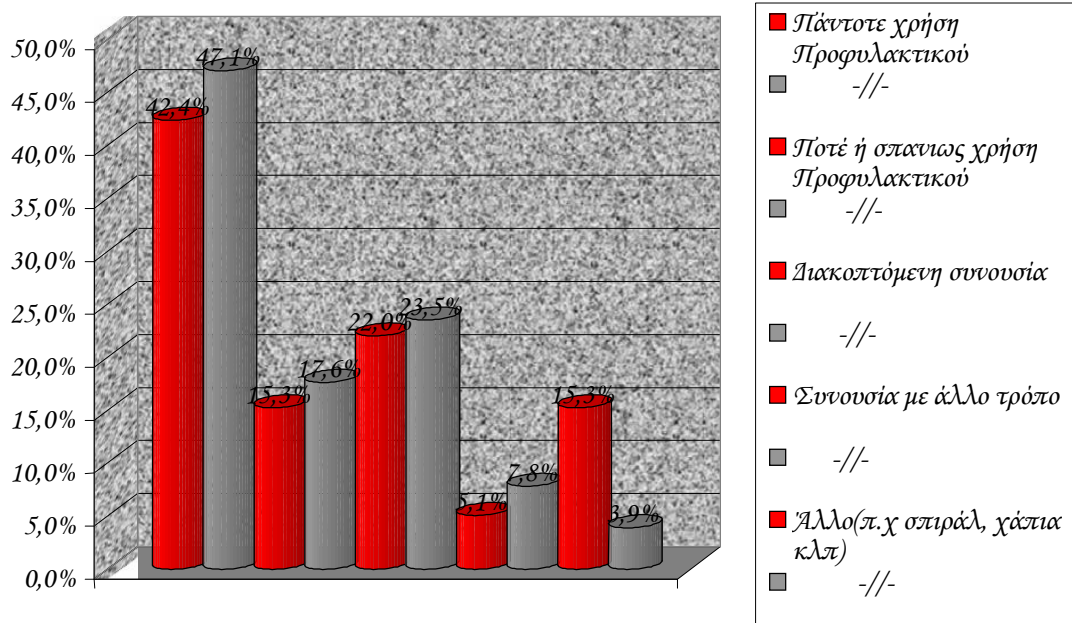
Σε ηλικίες 30-35 ετών, το 88,9% των γυναικών φοβάται ενώ το 11,1% δεν φοβάται τις επιπτώσεις του σεξ. Οι άνδρες ωστόσο, διχάζονται συγκεντρώνοντας 50% σε καθεμία απάντηση.

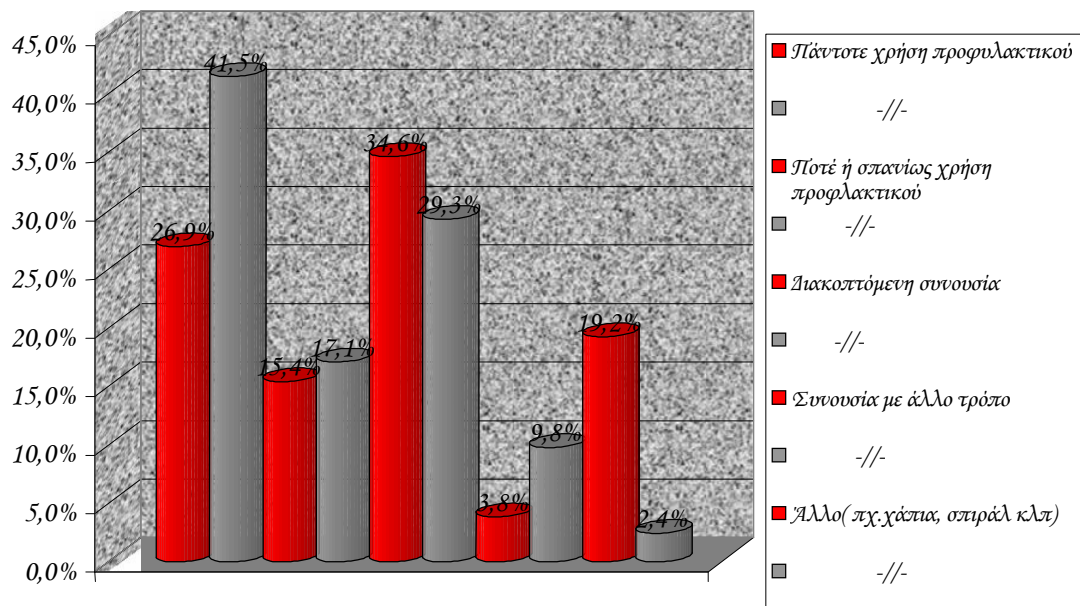
Συμπερασματικά, οι γυναίκες ενώ σε νεαρότερες ηλικίες φαίνεται να παίρνουν το θέμα των επιπτώσεων του σεξ σχεδόν αψήφιστα, μεγαλώνοντας, φοβούνται, ανησυχούν ή προβληματίζονται στην πιθανότητα να πάθουν κάτι. στους άνδρες υπάρχουν σαφείς διακυμάνσεις, φαίνεται ωστόσο, πως σε κάθε ηλικία τα ποσοστά οσων φοβούνται ή όχι είναι σχεδόν ίδια.

Ηλικία 15 – 19 ετών

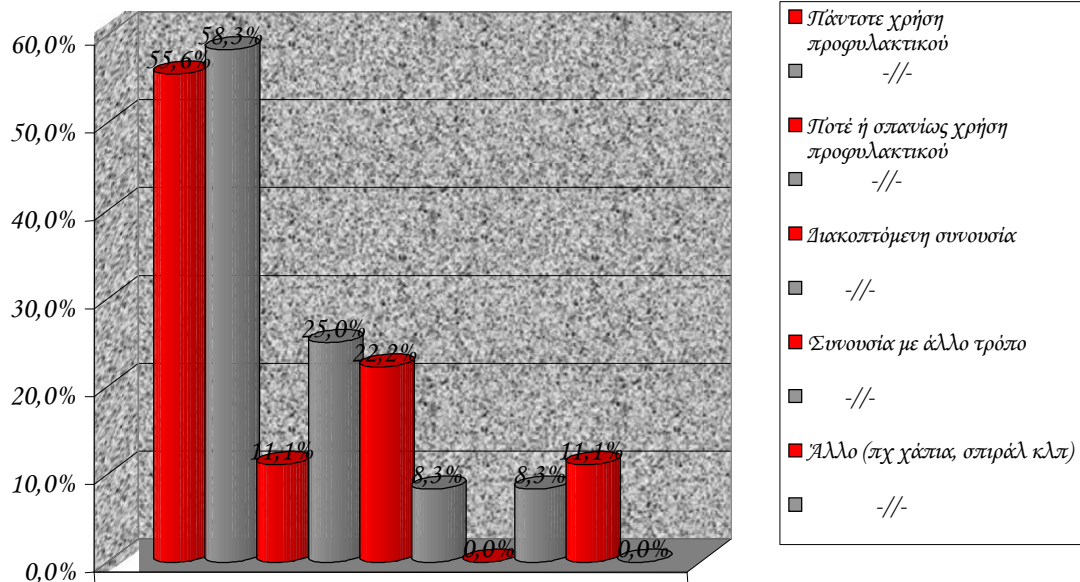


Ηλικία 20 – 24 ετών





Ηλικία 30 – 35 ετών



ο δημοφιλέστερος τρόπος προφύλαξης για τις γυναίκες είναι η συνουσία με άλλο τρόπο(33,3%). Ακολουθούν η διακοπτόμενη συνουσία(25%) και η χρήση σπιράλ χαπιών κ.λ.π(25%). Ένα μικρό ποσοστό χρησιμοποιεί πάντοτε προφυλακτικό(8,3%), και ακόμη λιγότερες χρησιμοποιούν ποτέ η σπανίως προφυλακτικό(7,7%). Οι άνδρες σε ποσοστό 33,3% χρησιμοποιούν πάντοτε προφυλακτικό. Ίδιο ποσοστό ερωτηθέντων(33,3%) δεν χρησιμοποιεί σχεδόν ποτέ προφυλακτικό. Οι άνδρες που προφυλάσσονται δια της διακοπτόμενης συνουσίας και όσοι χρησιμοποιούν κάποιον άλλο τρόπο συγκεντρώνουν ποσοστό 16,7 %.

Σε ηλικίες 20-24 ετών, οι γυναίκες χρησιμοποιούν πάντοτε προφυλακτικό(42,3%) ή διακοπτόμενη συνουσία(22%). Η λιγότερο δημοφιλής απάντηση σε αυτή την κατηγορία είναι η συνουσία με άλλο τρόπο που συγκεντρώνει μόλις το5,1%. Και οι άνδρες αυτής της κατηγορίας χρησιμοποιούν πάντα προφυλακτικό(47,1%) ή διακοπτόμενη συνουσία(23,5%). Ακολούθως, ποτέ ή σπάνια χρήση προφυλακτικού(17,6%) και κάποια άλλη μέθοδος προφύλαξης(3,9%).

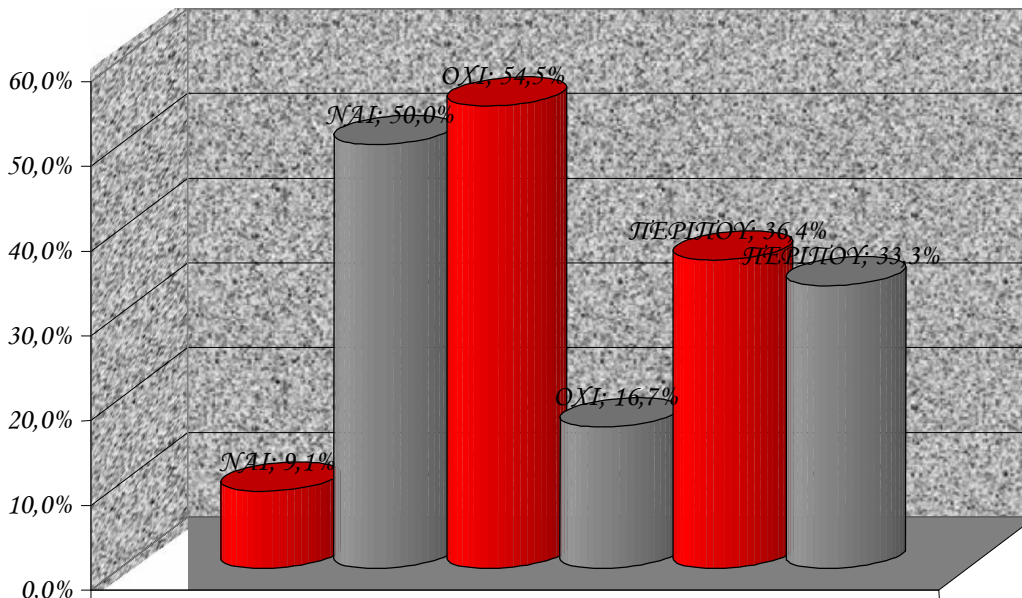
Σε ηλικίες 25- 29 ετών, οι γυναίκες έχουν την διακοπτόμενη συνουσία σαν βασικό τρόπο προστασίας(34.6%). Σε ποσοστό 26,9% χρησιμοποιούν πάντοτε προφυλακτικό και το μικρότερο ποσοστό(3,8%), συγκεντρώνουν όσες κάνουν συνουσία με άλλο τρόπο. Οι άνδρες κατά κύριο λόγο, χρησιμοποιούν πάντοτε προφυλακτικό(41,5%) ή διακοπτόμενη συνουσία(29,3%).

Σε ηλικίες 30-3 ετών, το 55,6% των γυναικών χρησιμοποιεί πάντοτε προφυλακτικό και το 22,2% διακοπτόμενη συνουσία. Το 11.1% χρησιμοποιεί κάποια άλλη μέθοδο προφύλαξης(σπιράλ,χάπια κλπ.) ή ποτέ/σπανίως χρήση προφυλακτικού. Το 58,3% των ανδρών χρησιμοποιεί πάντοτε προφυλακτικό, το 25% ποτέ ή σπανίως προφυλακτικό και το 8,3% κάνουν διακοπτόμενη συνουσία ή συνουσία με άλλο τρόπο.

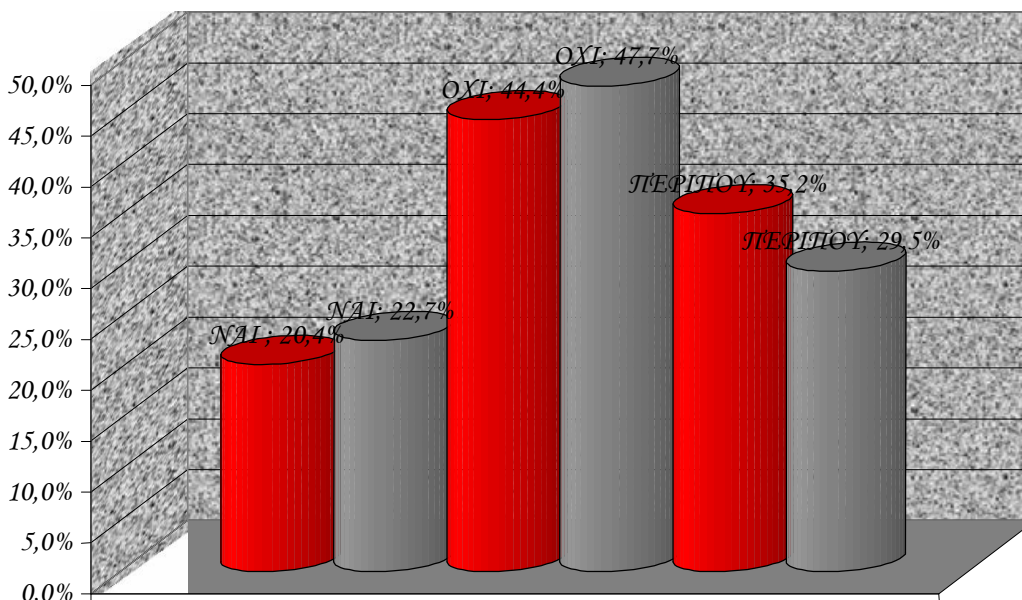
Από τα παραπάνω φαίνεται πως τα άτομα αυτά έχουν συνυφασμένη την έννοια της προφύλαξης , μόνο με την αποφυγή μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης και όχι με την προστασία από Σ.Μ.Ν. Γεγονός που προκαλεί εντύπωση, εφόσον, σε προηγούμενη ερώτηση οι περισσότεροι άνθρωποι που ερωτήθηκαν είχαν πει πως φοβούνται τις επιπτώσεις του σεχ στην υγεία τους. Αυτό δείχνει πως η αντίληψη περι προστασίας είναι ελλιπής και πως θα πρέπει να διερευνηθεί περαιτέρω το κατά πόσο η ενημέρωση των ατόμων γίνεται σωστά και υπεύθυνα.

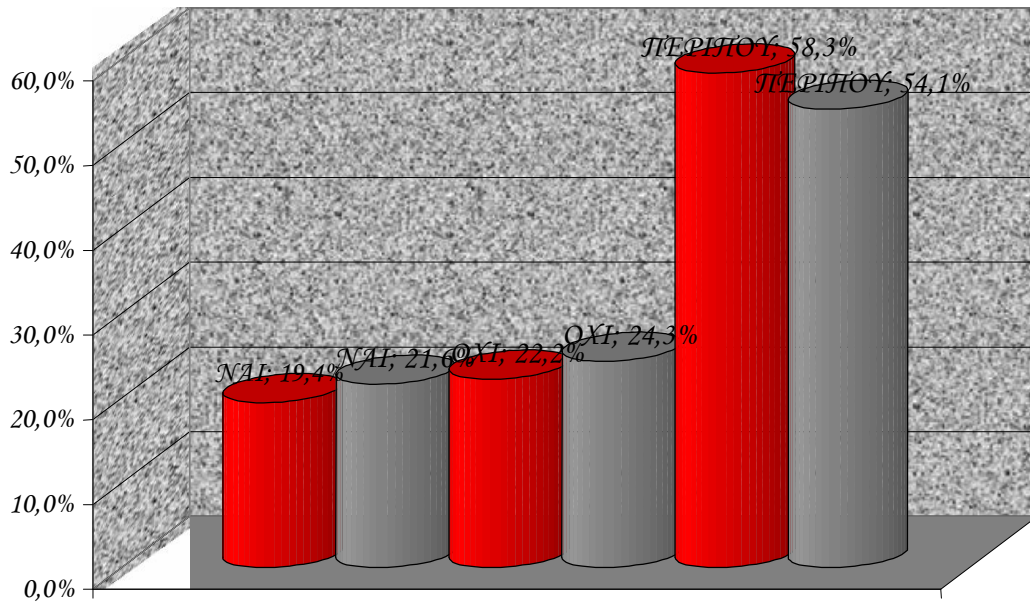
ηλικίας σας, σας ικανοποιεί ;

Ηλικία 15 – 19 ετών

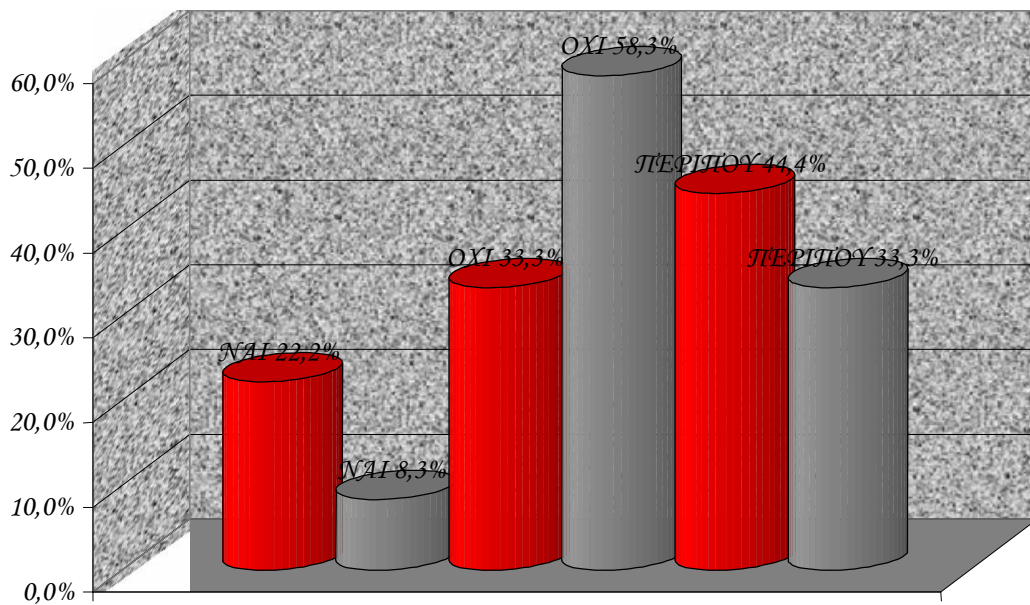


Ηλικία 20 – 24 ετών





Ηλικία 30 – 35 ετών



54,5%% των γυναικών δηλώνει πως δεν είναι ικανοποιημένο από την προσωπικότητα των ατόμων της ηλικίας τους και το 36,4% είναι περίπου ικανοποιημένο. Ενώ μόνο το 9,1% δηλώνει ικανοποιημένο. Οι άνδρες, είναι ανικανοποίητοι σε ποσοστό 16,7%, περίπου ικανοποιημένοι σε ποσοστό 33,6% και ικανοποιημένοι σε ποσοστό 50%.

Σε ηλικίες 20-24 ετών, ικανοποιημένο δηλώνει το 20,4% των γυναικών, ανικανοποίητο το 44,4% και περίπου ικανοποιημένο το 35,2%. Ομοίως, το 22,7% των ανδρών είναι ικανοποιημένο, το 44,7% δεν είναι, ενώ περίπου ικανοποιημένο είναι το 29,5%.

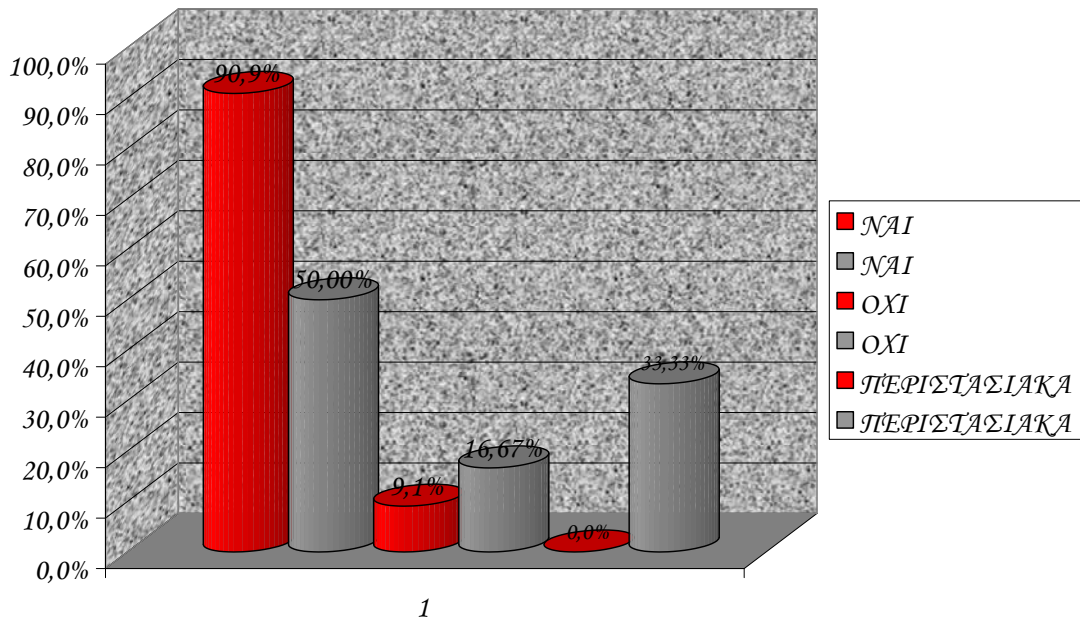
Σε ηλικίες 25-29 ετών, ικανοποιημένο είναι το 19,4% των γυναικών, ανικανοποίητο το 22,2% και περίπου ικανοποιημένο το 58,3%. Το 21,6% των ανδρών είναι ικανοποιημένο, το 24,3% ανικανοποίητο και το 54,1% περίπου ικανοποιημένο.

Τέλος, σε ηλικίες 30-35 ετών, οι γυναίκες που είναι ικανοποιημένες αγγίζουν το 22,1%, οι ανικανοποίητες το 33,3% και όσες είναι περίπου ικανοποιημένες το 44,4%. Το 8,3% των ανδρών είναι ικανοποιημένο, το 58,3% ανικανοποίητο και περίπου ικανοποιημένο το 33,3%.

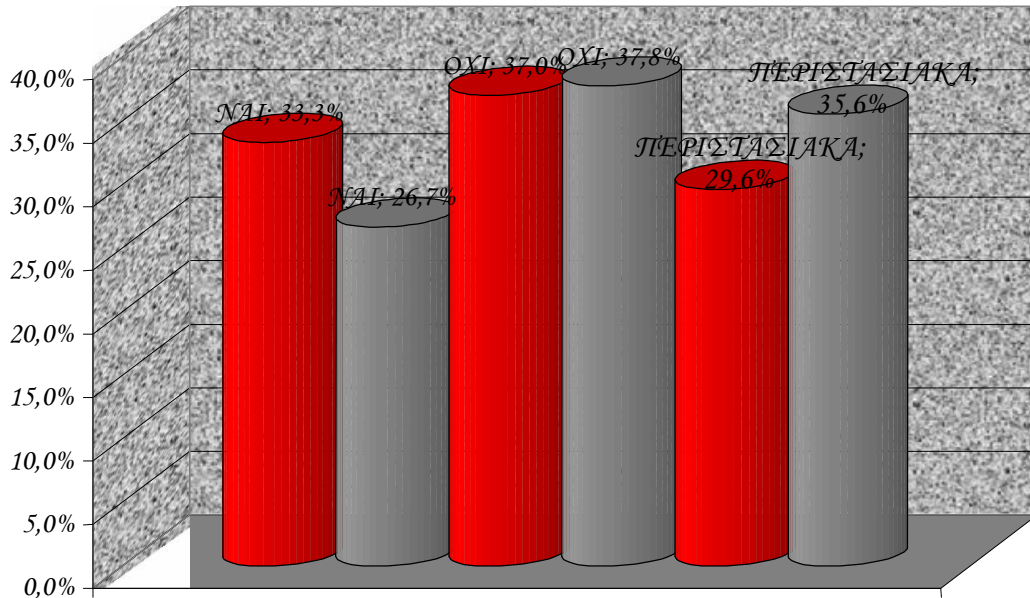
Έτσι, συμπεραίνουμε πως και τα δυο φύλλα έχουν προβλήματα μεταξύ τους και για το λόγο αυτό τα περισσότερα άτομα δεν είναι ικανοποιημένα από άτομα ίδιας ηλικίας ή είναι περίπου ικανοποιημένα.

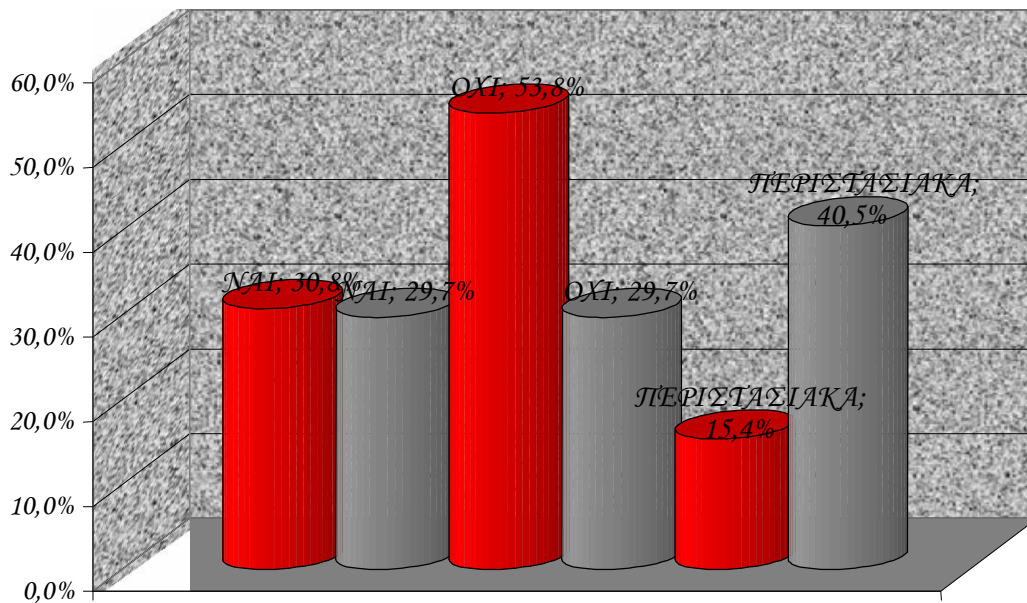
κλύτερης ηλικίας :

Ηλικία 15 – 19 ετών

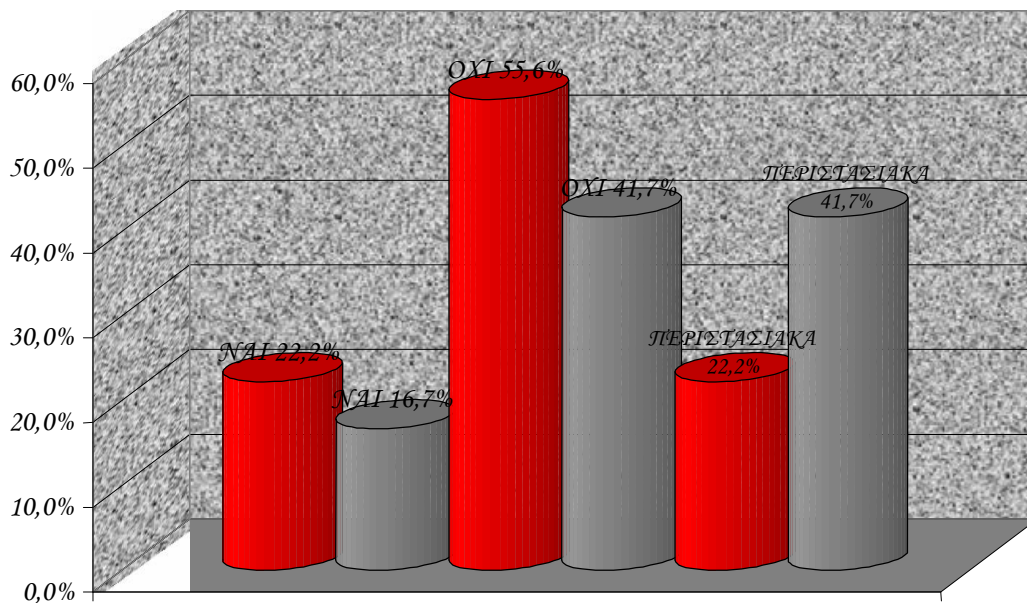


Ηλικία 20 – 24 ετών





Ηλικία 30 – 35 ετών



γυναίκες σε ποσοστό 99,9% επιδιώκουν σχέσεις με άνδρες μεγαλύτερης ηλικίας, ενώ μόνο το 0,1% δεν επιδιώκει τέτοιου είδους σχέσεις. Το 50% των ανδρών επιδιώκουν σχέσεις με μεγαλύτερες γυναίκες, το 33,3% κάνει τέτοιες σχέσεις περιστασιακά και το 16,6% κάνει τέτοιες σχέσεις περιστασιακά.

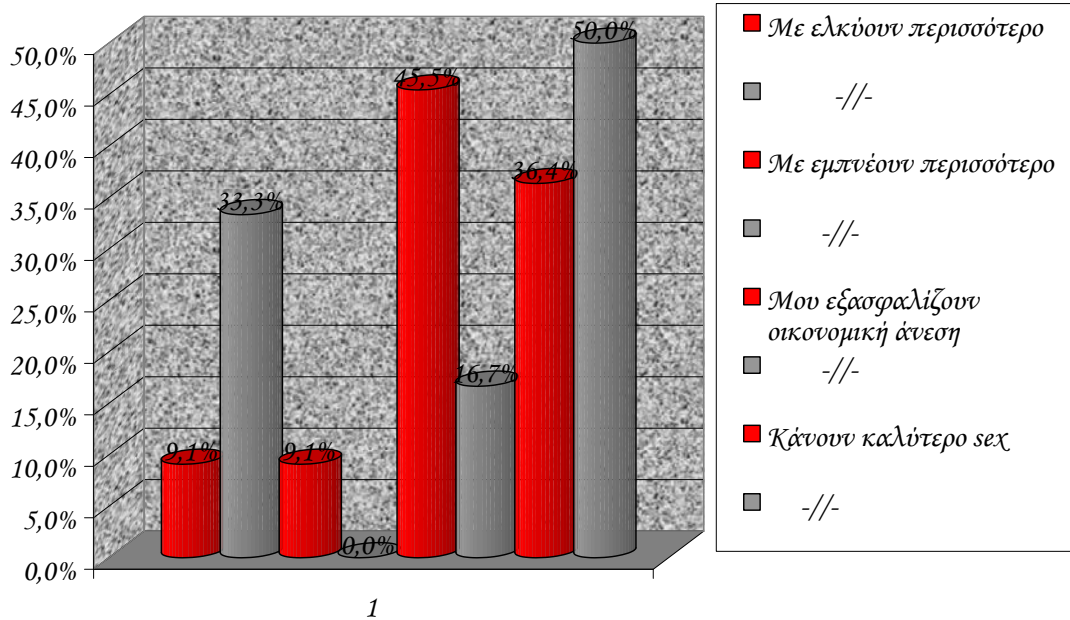
Σε ηλικίες 20-24 ετών, οι περισσότερες γυναίκες δεν επιδιώκουν σχέσεις με μεγαλύτερους(37%), ακολουθούν όσες κάνουν(33,3%) και τέλος, όσες περιστασιακά επιδιώκουν σχέσεις με μεγαλύτερους(29,6%). Οι άνδρες σε ποσοστό 37,8% δεν επιδιώκουν σχέσεις με μεγαλύτερες, περιστασιακά το 35,6%, ενώ όσοι επιδιώκουν σχέσεις με μεγαλύτερες αγγίζουν το 26,7%.

Σε ηλικίες 25-29 ετών, το 53,8% των γυναικών είναι αρνητικό σε σχέσεις με μεγαλύτερους, το 30,8% είναι θετικό και το 15,4% κάνει σχέσεις περιστασιακά. Το 40,5% των ανδρών κάνει περιστασιακά σχέσεις με μεγαλύτερες γυναίκες, ενώ όσοι κάνουν οι δεν κάνουν σχέσεις με μεγαλύτερες συγκεντρώνουν το ίδιο ποσοστό(29,7%).

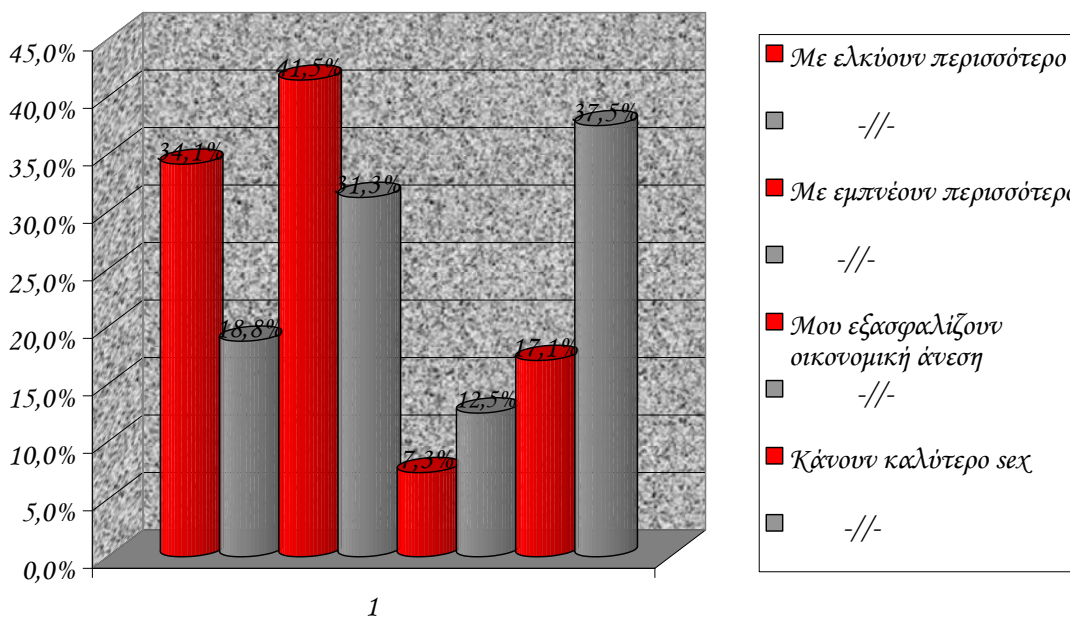
Σε ηλικίες 30-35 ετών το 55,5% των γυναικών δεν επιδιώκουν σχέσεις με μεγαλύτερους, ενώ ίδιο ποσοστό (22,2%) κατέχουν όσες επιδιώκουν τέτοιες σχέσεις συνεχώς ή περιστασιακά. Οι άνδρες, σε πολύ μικρό ποσοστό επιδιώκουν σχέσεις με μεγαλύτερες(16,7%), και το ίδιο ποσοστό ακριβώς (41,7%) κατέχουν όσοι δεν επιδιώκουν τέτοιες σχέσεις ή τις επιδιώκουν περιστασιακά.

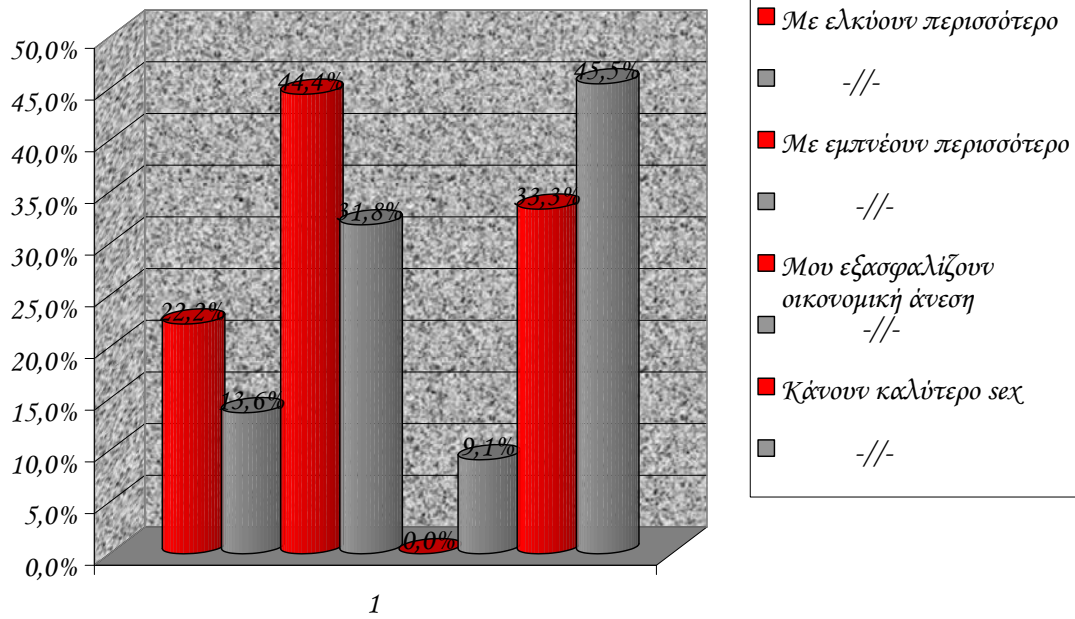
ιε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας ;

Ηλικία 15 – 19 ετών

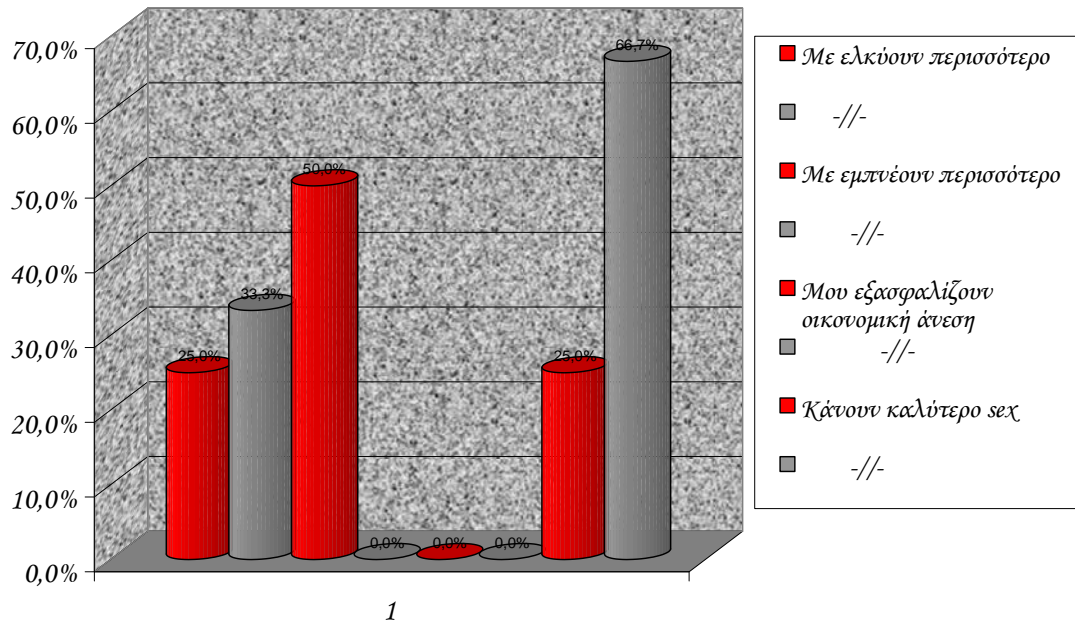


Ηλικία 20 – 24 ετών





Ηλικία 30 – 35 ετών



ες γυναίκες επιδιώκουν σχέσεις με μεγαλύτερης ηλικίας άνδρες, το κάνουν πρωτίστως γιατί τους εξασφαλίζουν οικονομική άνεση(45,5%) και ακολούθως γιατί κάνουν καλύτερο σεξ (36,4%). Οι άνδρες, κάνουν σχέσεις με μεγαλύτερες γυναίκες κυρίως γιατί θεωρούν πως κάνουν καλύτερο σεξ(50%) και γιατί νιώθουν πως τους ελκύουν περισσότερο(33,3%).

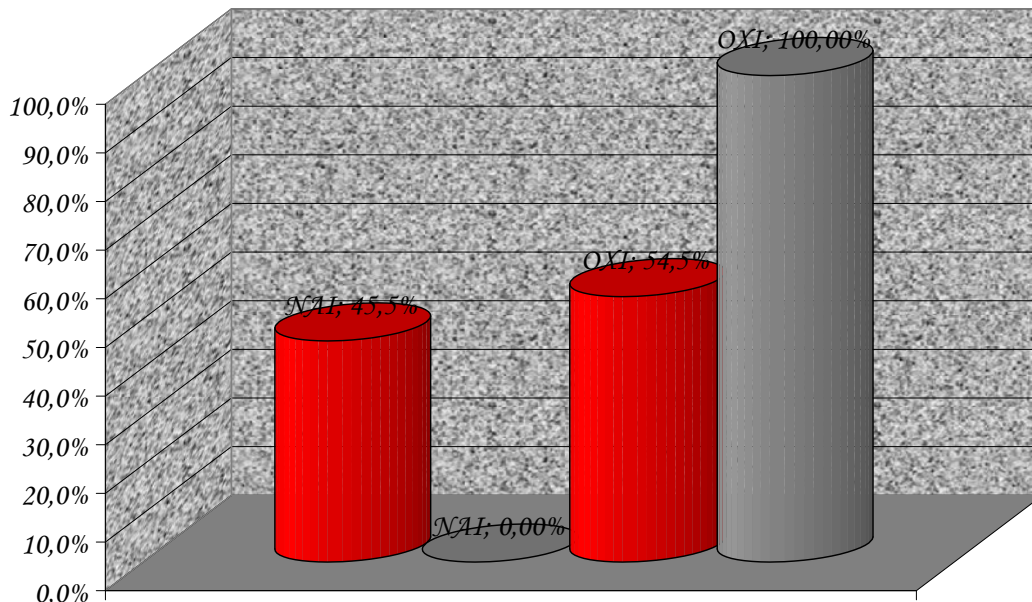
Σε ηλικίες 20-4 ετών, οι γυναίκες εμπνέονται περισσότερο από μεγαλύτερους άνδρες με ποσοστό 41,5% ή ελκύονται από αυτούς με ποσοστό 34,1%. Οι άνδρες και σε αυτή την ηλικία κάνουν σχέση με μεγαλύτερες γυναίκες λόγω του καλύτερου σεξ(37,5%).

Σε ηλικίες 25- 29 ετών, οι γυναίκες το κίνητρο των γυναικών είναι ότι εμπνέονται περισσότερο από έναν μεγαλύτερο άνδρα, με ποσοστό 44,4% και ακολουθούν όσες έχουν για κίνητρο το καλύτερο σεξ, με ποσοστό 33,3%. Οι άνδρες σταθερά, κάνουν τέτοιες σχέσεις κυρίως για το καλύτερο σεξ(45,5%).

Τέλος σε ηλικίες 30-35 ετών, και πάλι βασικότερος λόγος για τις γυναίκες είναι το ότι εμπνέονται περισσότερο, με ποσοστό 50% και οι άνδρες για μια ακόμη φορά λόγω του καλύτερου σεξ με ποσοστό 66,7%

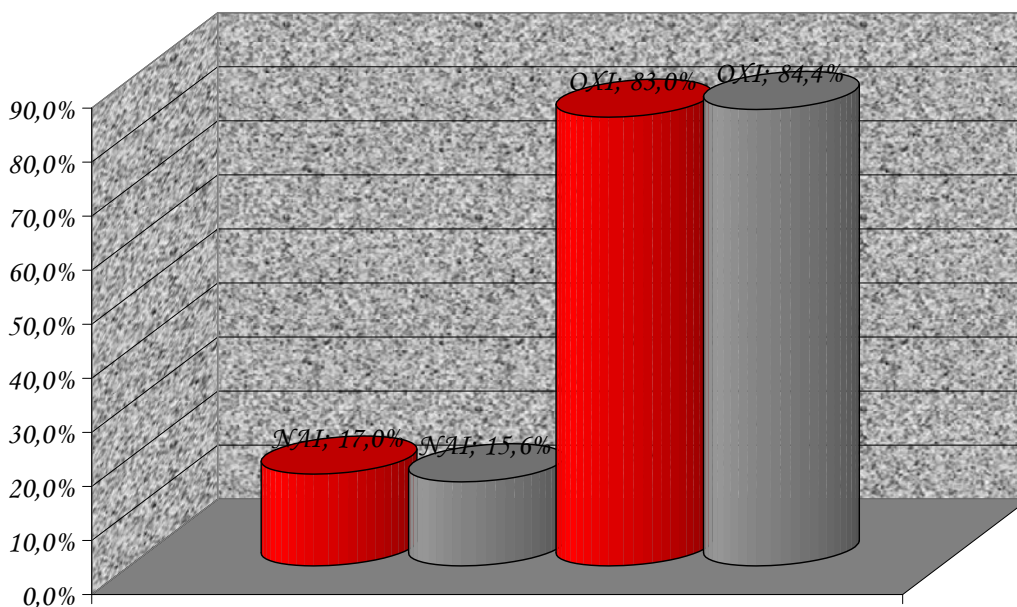
μα; του ίδιου φύλου;

Ηλικία 15 – 19 ετών

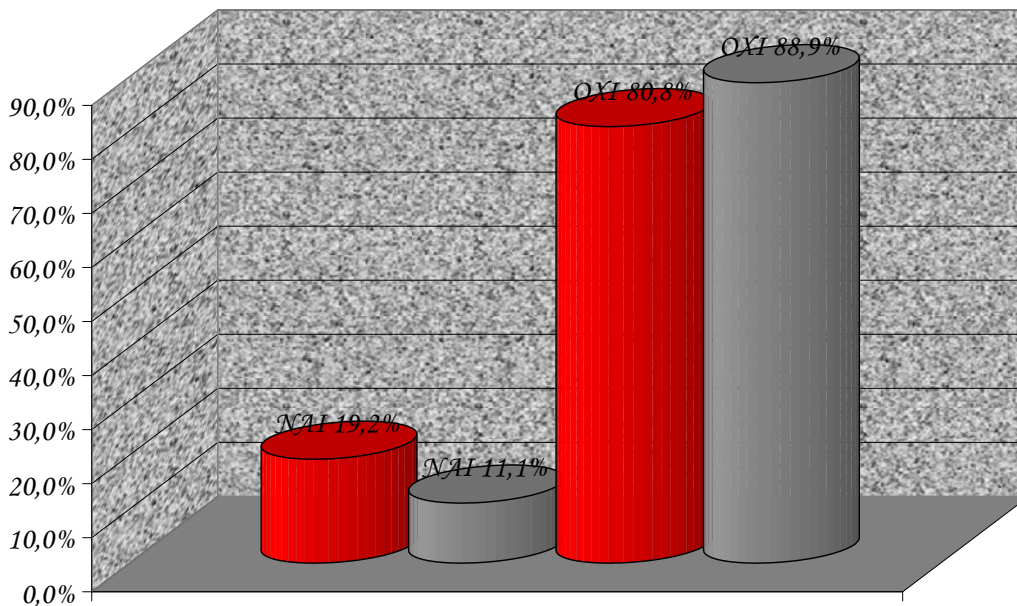


1

Ηλικία 20 – 24 ετών

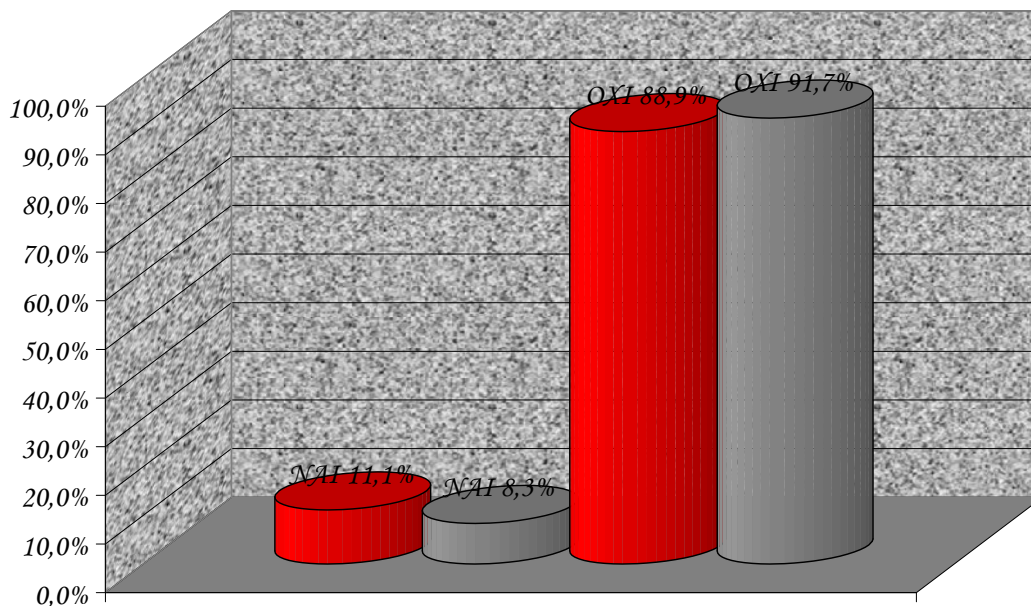


1



1

Ηλικία 30 – 35 ετών



1

το 45,5% των γυναικών υποστηρίζει πως έχει νιώσει έλξη για άτομο του ίδιου φύλου, ενώ το 54,5% υποστηρίζει το αντίθετο. Το 100% των ανδρών είπαν πως δεν έχουν νιώσει ποτέ τέτοιου είδους έλξη.

Σε ηλικίες 20-24 ετών, το 83% των γυναικών υποστηρίζει πως δεν έχει νιώσει έλξη για το ίδιο φύλο, ενώ μόνο το 17% υποστηρίζει το αντίθετο. Το 84,4% των ανδρών δεν ενίωσε έλξη για το ίδιο φύλο και το 15,6% έχει νιώσει κάποια έλξη.

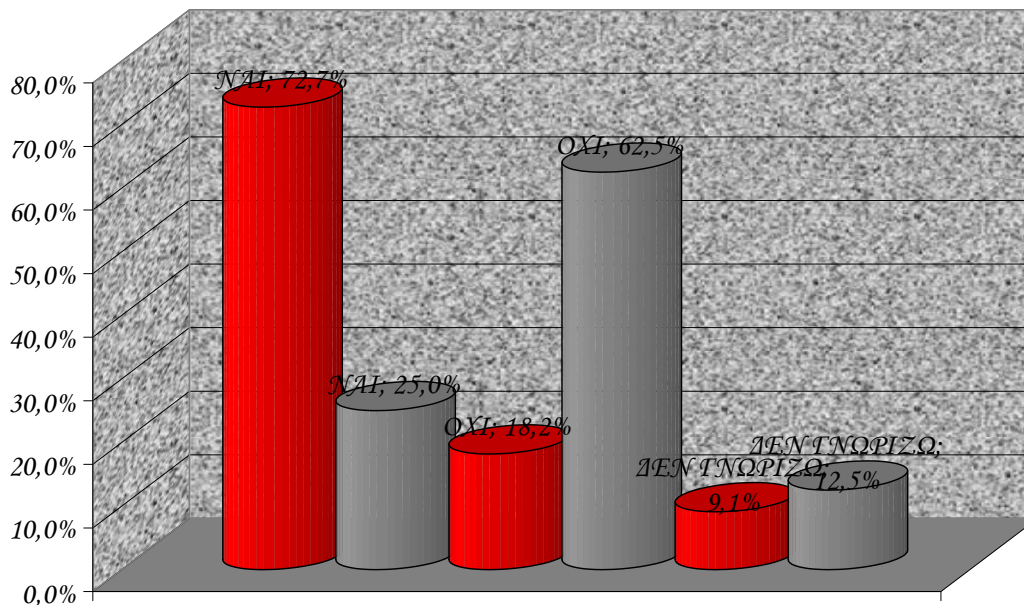
Σε ηλικίες 25-29 ετών, το 80,8% των γυναικών δεν έχει νιώσει έλξη για γυναίκες και μόνο το 19,2% έχει νιώσει κάποια τέτοια έλξη. Ομοίως, το 88,9% των ανδρών δεν έχει νιώσει ποτέ έλξη για το ίδιο φύλο και το 11,1% το έχει νιώσει.

Σε ηλικίες 30-35 ετών, το 11,1% έχει νιώσει έλξη για άτομα του ίδιου φύλου, ενώ το 88,9% όχι. Σε ότι αφορά στους άνδρες, το 91,7% δεν έχει νιώσει έλξη για άτομα του ίδιου φύλου και μόνο το 8,3% το αντίθετο.

Γενικότερα, φαίνεται πως λίγα είναι τα άτομα που έχουν νιώσει ή παραδέχονται πως έχουν νιώσει έλξη για το ίδιο φύλο. Το θέμα αυτό αποτελεί ακόμη ταμπού στην κοινωνία μας, και για το λόγο αυτό υπάρχει μια επιφύλαξη ως προς την ειλικρίνεια των ερωτηθέντων στη συγκεκριμένη ερώτηση.

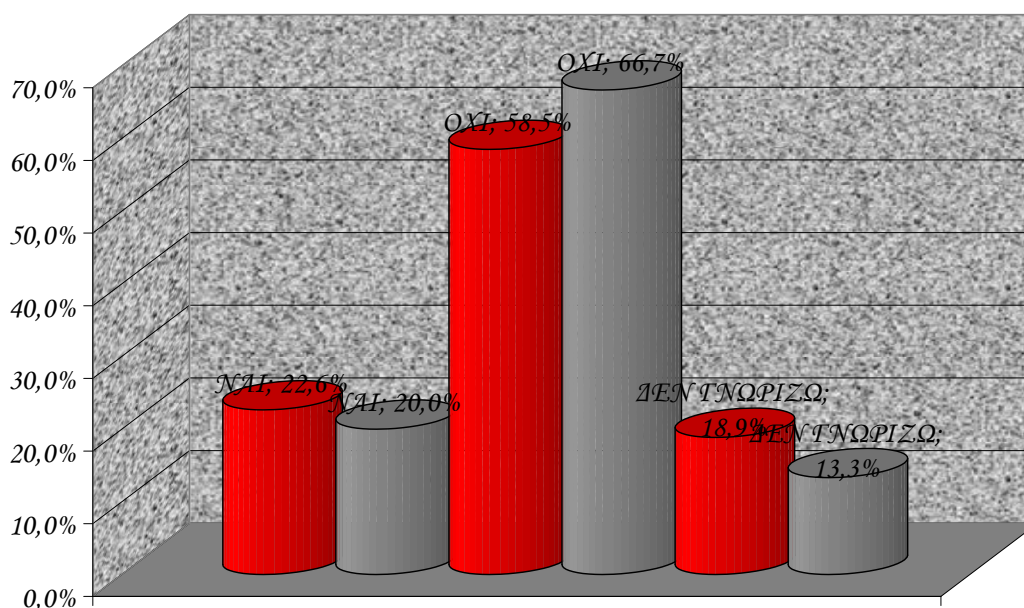
Είχατε ποτέ στη ζωή σας κάποιο σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα ;

Ηλικία 15 – 19 ετών

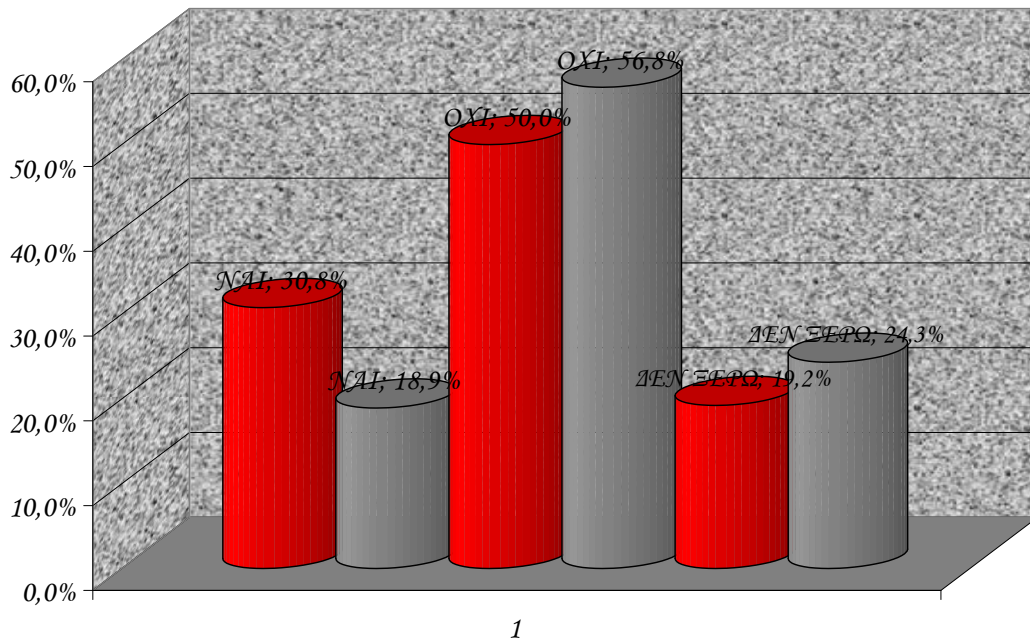


1

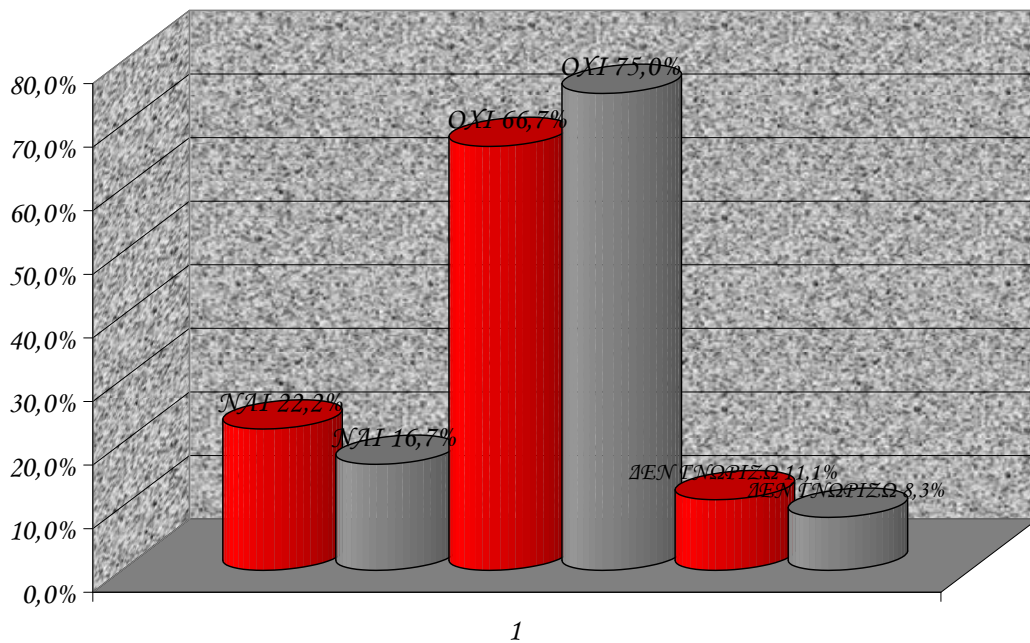
Ηλικία 20 – 24 ετών



1



Ηλικία 30 – 35 ετών



Σε ηλικίες 15-19 ετών, 72,7% των γυναικών έχει νοσήσει από κάποιο Σ.Μ.Ν., το 18,2% δεν έχει νοσήσει και το 9,1% δεν γνωρίζει αν έχει νοσήσει ποτέ. Το 25% των ανδρών έχει νοσήσει, το 62,5% όχι και το 12,5% δεν γνωρίζει.

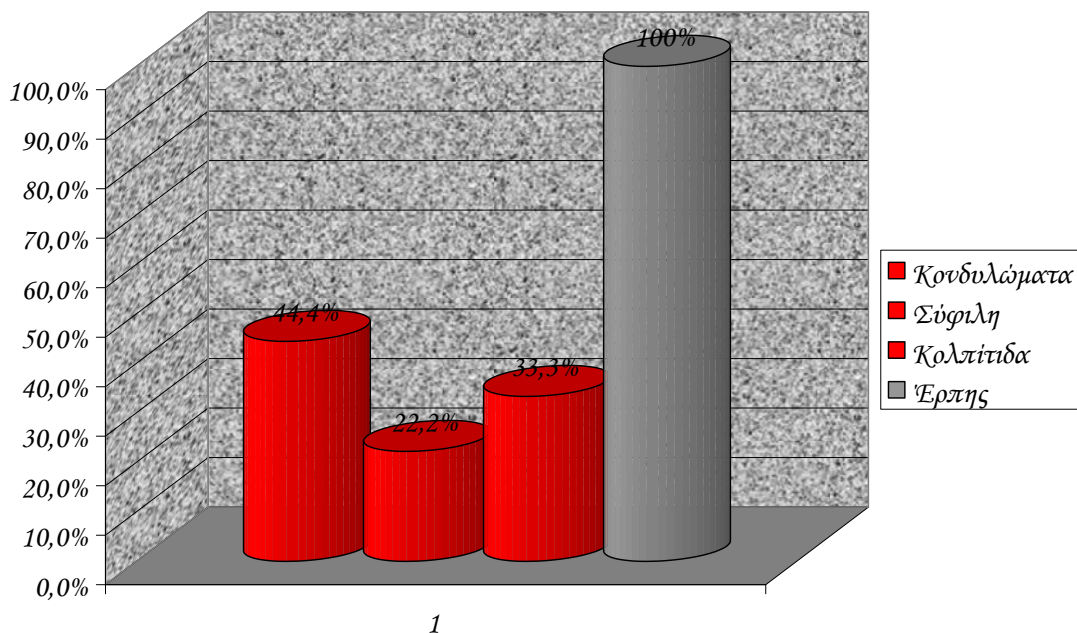
Σε ηλικίες 20-24 ετών, το 22,6% των γυναικών έχουν νοσήσει, το 58,5% όχι και το 18,9% δεν γνωρίζει αν έχει νοσήσει. Το 20% των ανδρών έχουν νοσήσει, το 66,7% όχι και το 13,3% δεν γνωρίζει.

Σε ηλικίες 25-29 ετών, το 30,8% των γυναικών έχουν νοσήσει, το 50% όχι και το 19,2% δεν γνωρίζει. Στους άνδρες, το 18,9% έχει νοσήσει, το 56,8% δεν έχουν νοσήσει, ενώ το 24,3% δεν γνωρίζει.

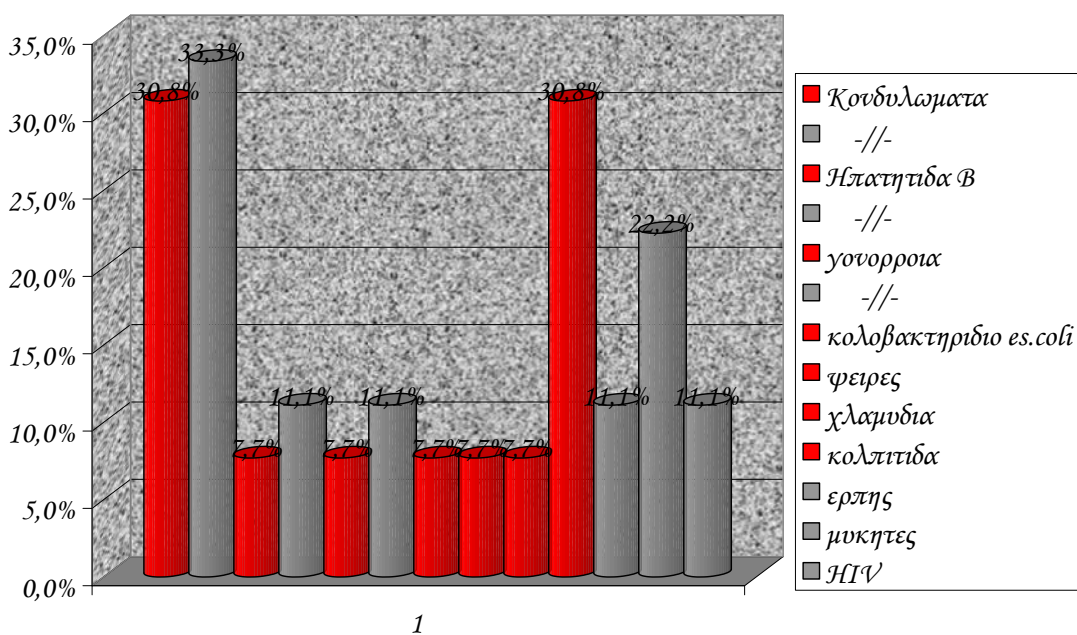
Σε ηλικίες 30- 35 ετών, έχει νοσήσει το 22,2% των γυναικών, το 66,7% όχι και τέλος το 11,1% δεν γνωρίζει. Το 16,7% των ανδρών έχει νοσήσει, το 75% όχι και το 8,3% δεν γνωρίζει.

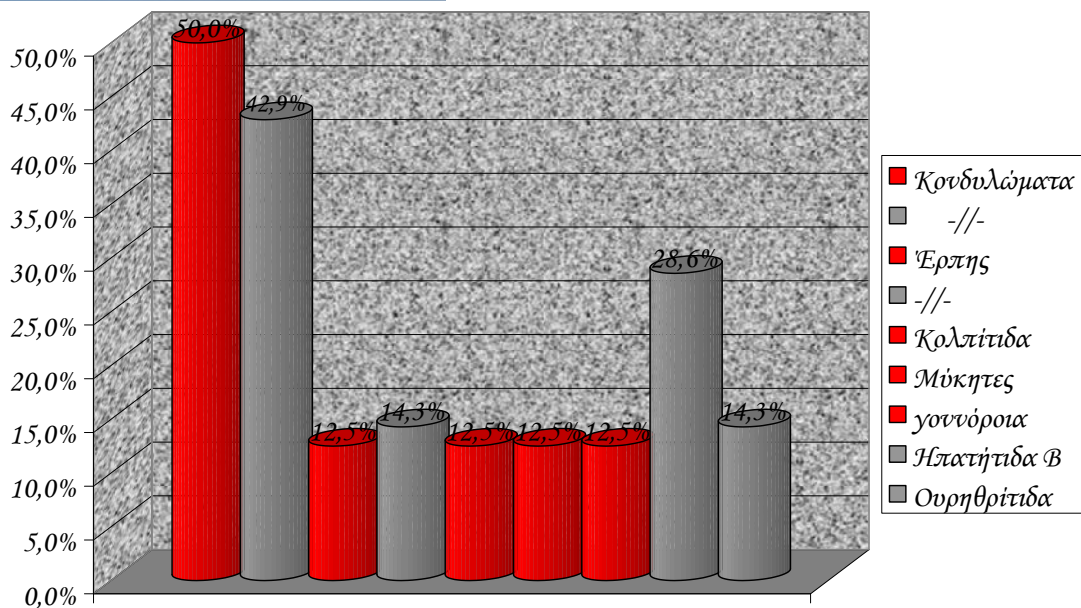
Τα ποσοστά όσων έχουν νοσήσει, ανεξαρτήτου φύλου ή ηλικίας είναι αρκετά υψηλά και αυτό είναι πολύ ανησυχητικό. Ακόμη πιο ανησυχητικό ωστόσο, είναι το ότι υπάρχουν αρκετά άτομα που δεν γνωρίζουν αν έχουν νοσήσει. Γεγονός που αποδεικνύει πως δεν υπάρχει επαρκής γνώση ή ανησυχία για ένα τόσο καίριο θέμα όπως η μόλυνση από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.

Ηλικία 15 – 19 ετών



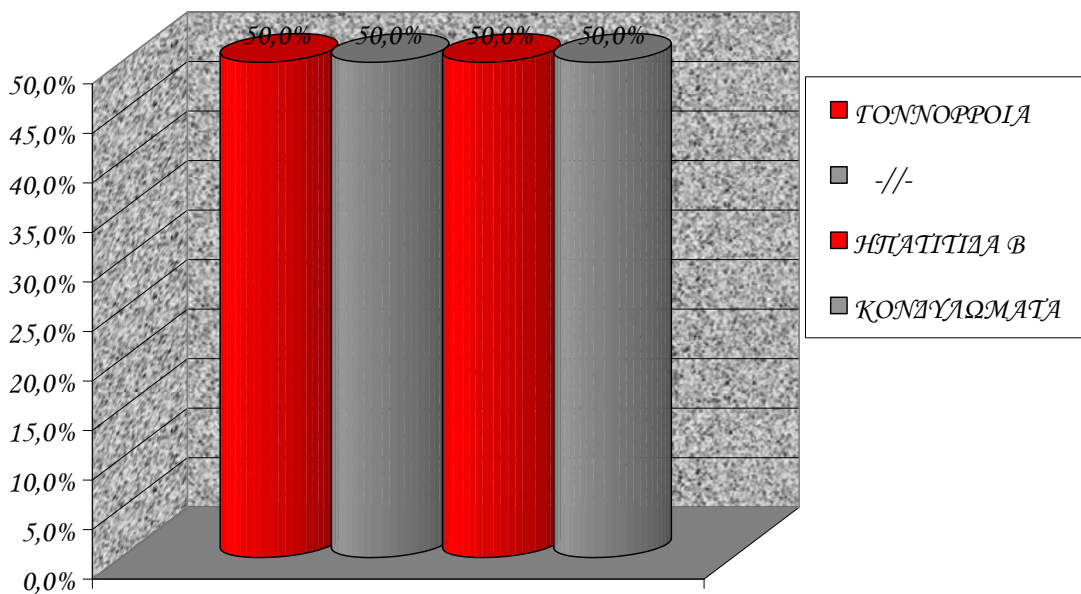
Ηλικία 20 – 24 ετών





1

Ηλικία 30 – 35 ετών



1

...ν νόσησει και απάντησαν στη συγκεκριμένη

ερώτηση έχουμε τα εξής συμπεράσματα:

Σε ηλικίες 15-19 ετών, οι γυναίκες νόσησαν με κονδυλώματα(44,4%) , με κολπίτιδα(33,3%) και με σύφιλη(22,2%). Όσοι άνδρες νόσησαν είχαν έρπη των γεννητικών οργάνων.

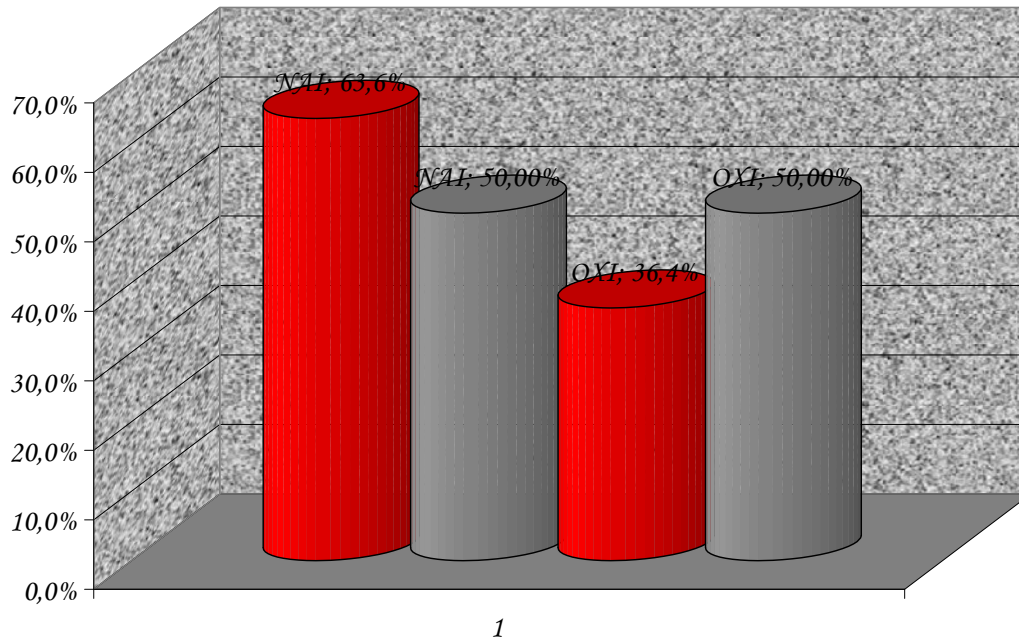
Σε ηλικίες 20-24 ετών, οι γυναίκες που νόσησαν, έπασχαν από κονδυλώματα(30,8%), κολπίτιδα(30,8%) και από χλαμύδια, γονόρροια, φείρες, ηπατίτιδα Β και κωλοβακτηρίδιο *ess.coli* με ποσοστό 7,7% στο κάθε ένα. Οι άνδρες είχαν κονδυλώματα(33,3%), μύκητες(22,2%) και έρπη, βλενόρροια, ηπατίτιδα Β, και ΗΙV σε ποσοστό 11,1%.

Σε ηλικίες 25-29 ετών, οι γυναίκες νόσησαν από κονδυλώματα(50%), και μύκητες, κολπίτιδα, έρπη και γονόρροια σε ποσοστό 12.5%. Οι άνδρες που νόσησαν έπασχαν κυρίως από κονδυλώματα(42,9%) και ακολούθως από ηπατίτιδα Β(28,6%), έρπη(14,3%) και ουρηθρίτιδα(14,3%).

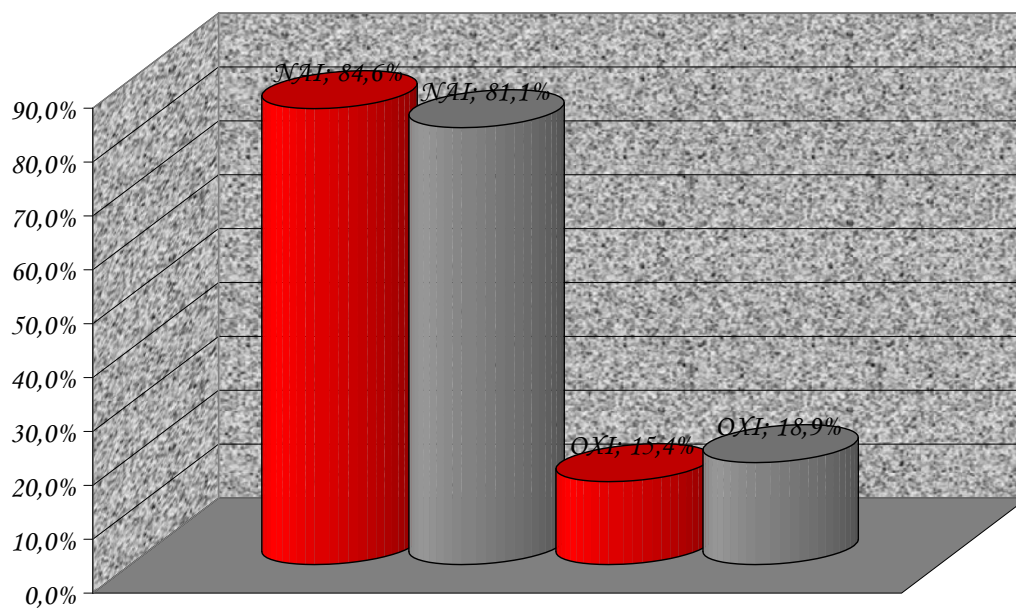
Σε ηλικίες 30-35 ετών, οι γυναίκες που νόσησαν, έπασχαν από γονόρροια(50%) και ηπατίτιδα Β(50%). Και οι άνδρες έπασχαν από κονδυλώματα(50%) και από γονόρροια(50%).

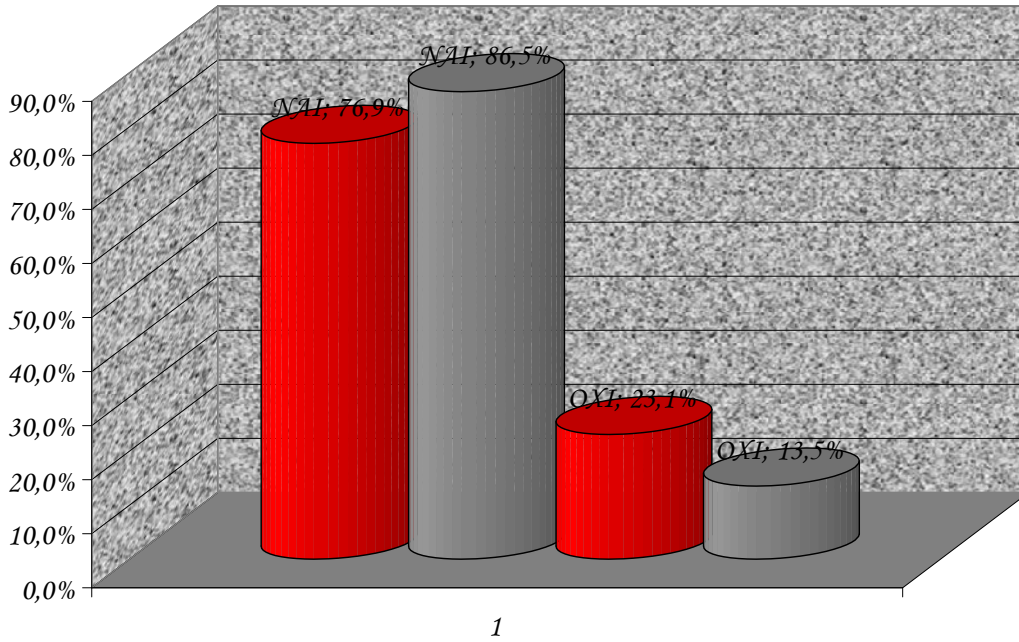
σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα ;

Ηλικία 15 – 19 ετών

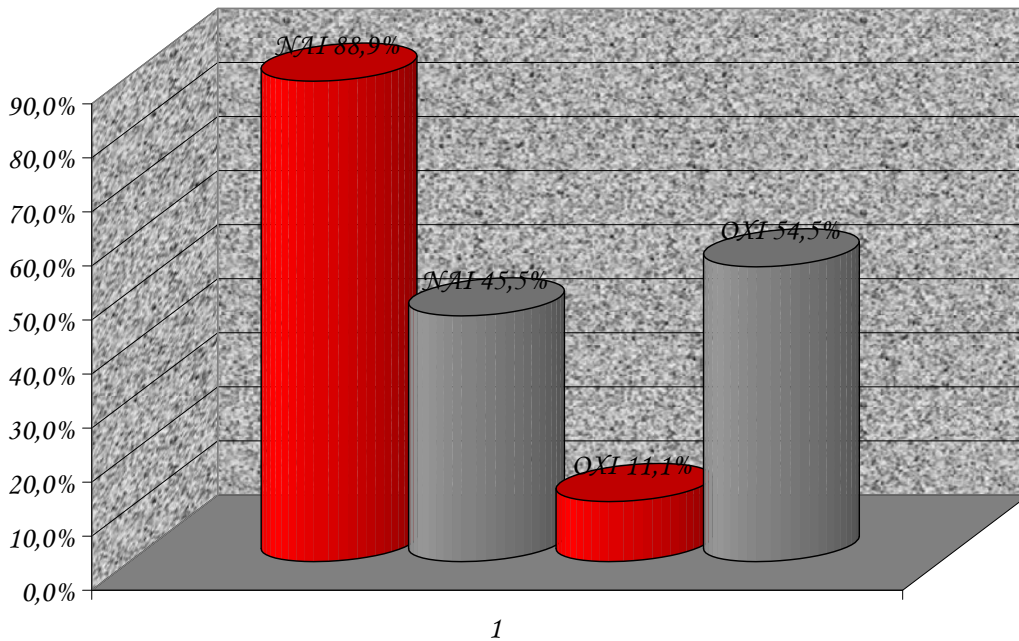


Ηλικία 20 – 24 ετών





Ηλικία 30 – 35 ετών



Σε ηλικίες 15-19 ετών, το 63,6% των γυναικών υποστηρίζουν πως γνωρίζουν τους κινδύνους που σχετίζονται με τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, ενώ το 36,4% όχι. Οι άνδρες διχάζονται σε αυτό το θέμα καθώς το 50% θεωρεί πως έχει επίγνωση των κινδύνων, ενώ το υπόλοιπο 50%, όχι.

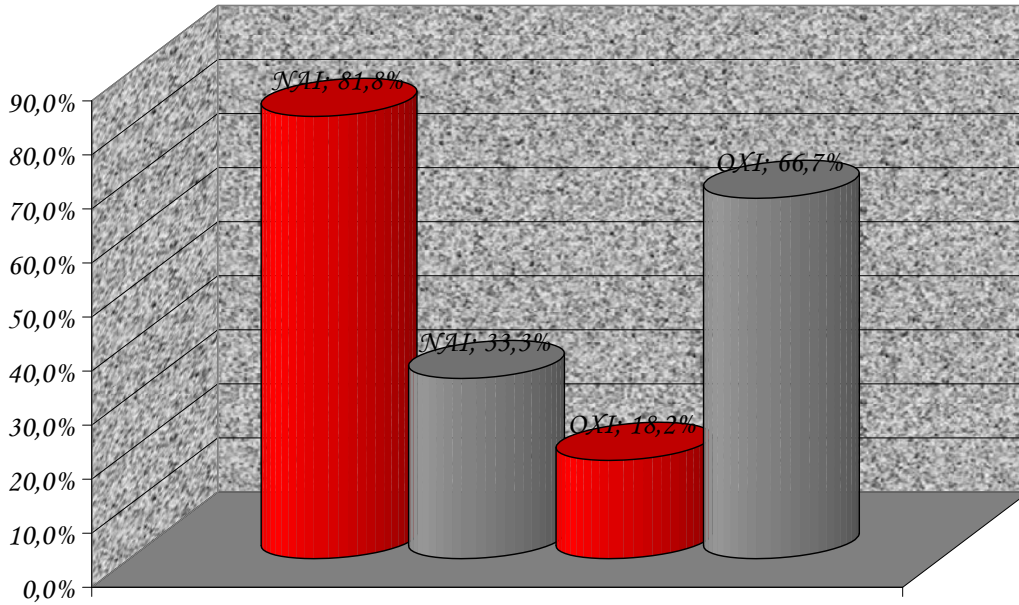
Σε ηλικίες 20-24 ετών, οι γυναίκες σε ποσοστό 83,3 % γνωρίζουν τους κινδύνους, ενώ το 16,7% δεν γνωρίζουν. Το 86,7% των ανδρών έχουν γνώση και το 13,3% δεν έχουν γνώση.

Σε ηλικίες 25-29 ετών, οι γυναίκες γνωρίζουν τους κινδύνους των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων σε ποσοστό 76,9% και σε ποσοστό 23,1% όχι. Οι άνδρες σε ποσοστό 86,5% γνωρίζουν τους κινδύνους και το 13,5% όχι.

Σε ηλικίες 30-35 ετών, οι γυναίκες σε ποσοστό 88,9% έχουν γνώση των κινδύνων και το υπόλοιπο 11,1% δεν έχει.

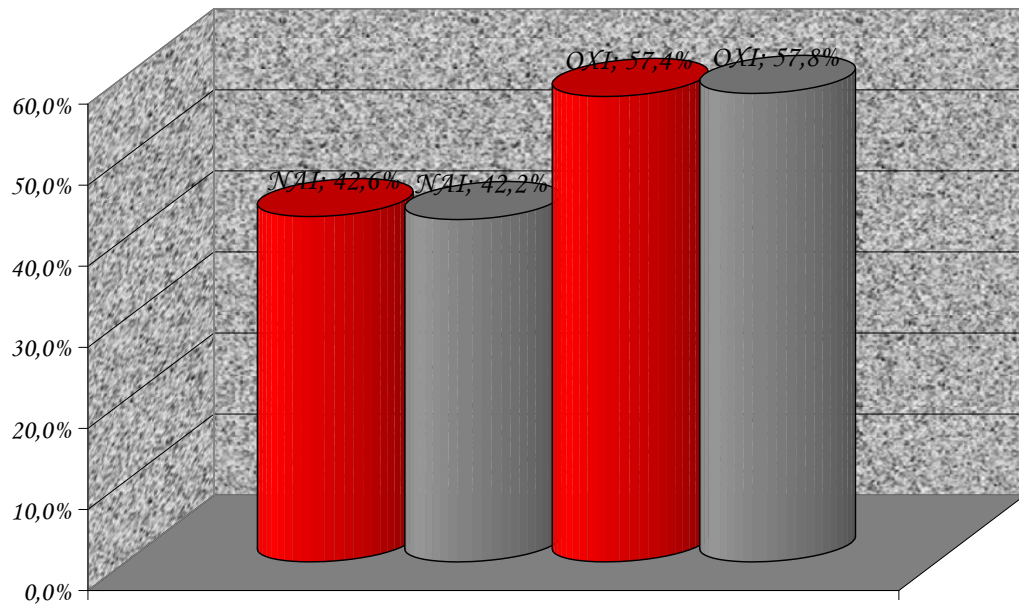
τέτοια νοσήματα ;

Ηλικία 15 – 19 ετών

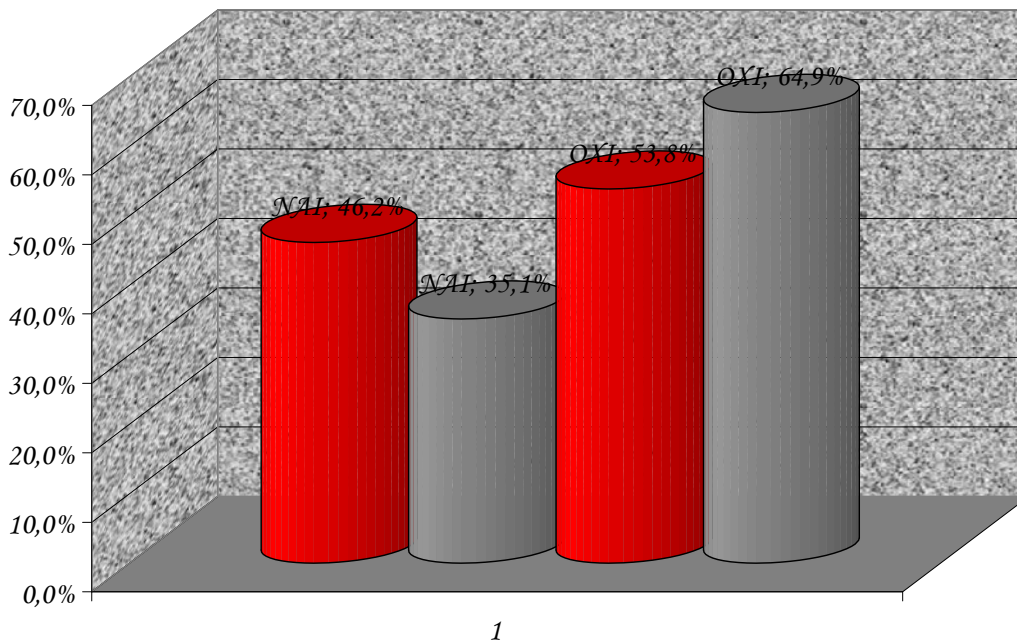


1

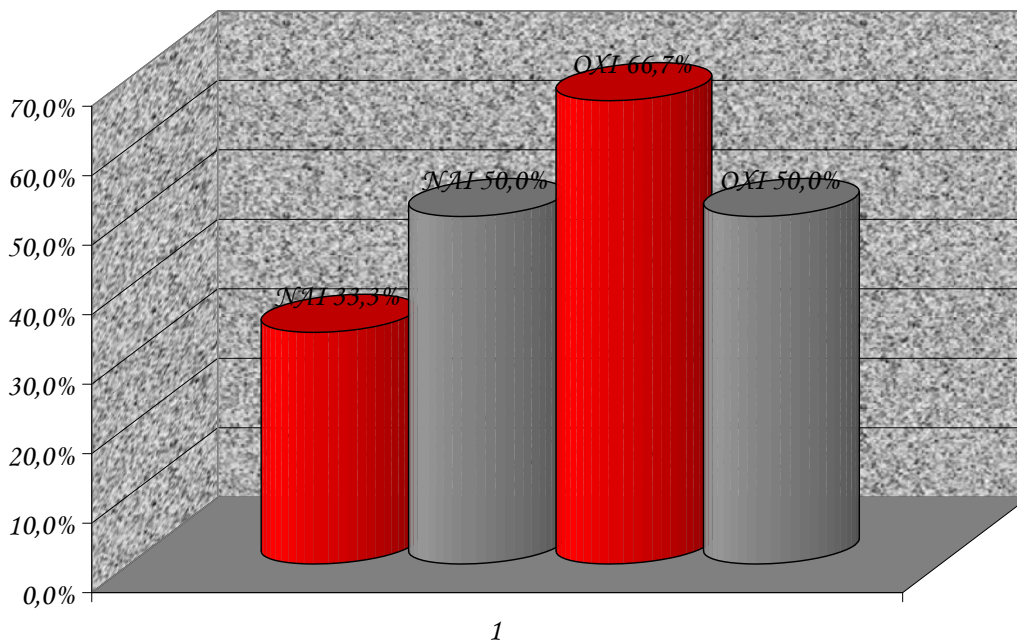
Ηλικία 20 – 24 ετών



1



Ηλικία 30 – 35 ετών



), το 81,8% των γυναικών που ερωτήθηκαν, έχουν επισκεφτεί κάποιον ιατρό για τα Σ.Μ.Ν, το υπόλοιπο 18,2% δεν έχει μπει ποτέ σε αυτή την διαδικασία. Οι άνδρες, δεν έχουν επισκεφτεί ιατρό σε ποσοστό 66,7%.

Σε ηλικίες 20-24 ετών, μόνο το 42,6% των γυναικών και το 42,2% των ανδρών έχουν επισκεφτεί κάποιον ιατρό.

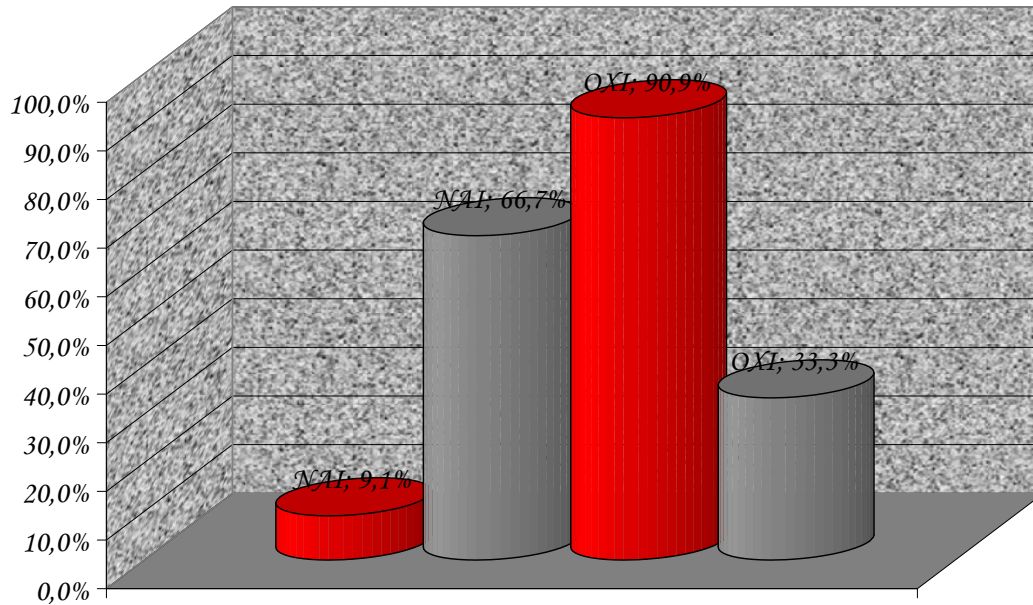
Σε ηλικίες 25-29 ετών, 46,2% των γυναικών και 35,1% των ανδρών επισκέφτηκαν ιατρό.

Τέλος, σε ηλικίες 30-35 ετών, 33,3% των γυναικών και 50% των ανδρών επισκέφτηκαν ιατρό για τέτοια θέματα.

Από τα παραπάνω φαίνεται πως λίγοι άνθρωποι αποφασίζουν να επισκεφτούν κάποιον ειδικό, είτε γιατί αδιαφορούν είτε γιατί φοβούνται είτε για άλλους λόγους. Ωστόσο η στάση αυτή είναι επιπόλαιη, ειδικότερα για τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, εφόσον κάθε άνθρωπος με ενεργή σεξουαλική ζωή καλό είναι να έχει επισκεφτεί έναν ειδικό έστω και για καθαρά ενημερωτικούς λόγους. Με τον τρόπο αυτό δυνητικά, θα μπορούσαμε να προστατεύσουμε τόσο τους εαυτούς μας, όσο και τους εκάστοτε συντρόφους μας.

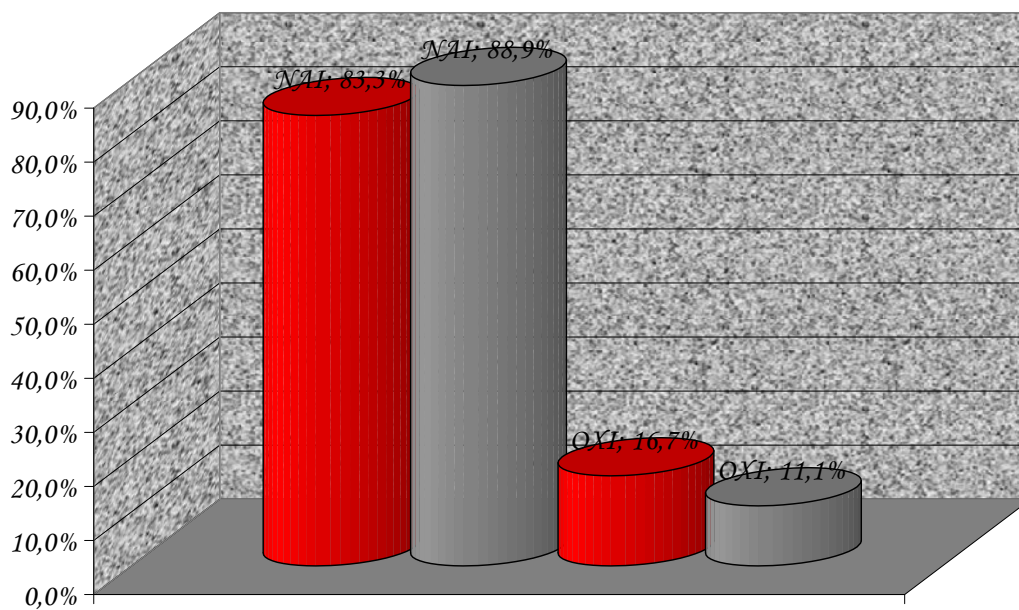
ως εκάστοτε ερωτικούς συντρόφους σας ;

Ηλικία 15 – 19 ετών

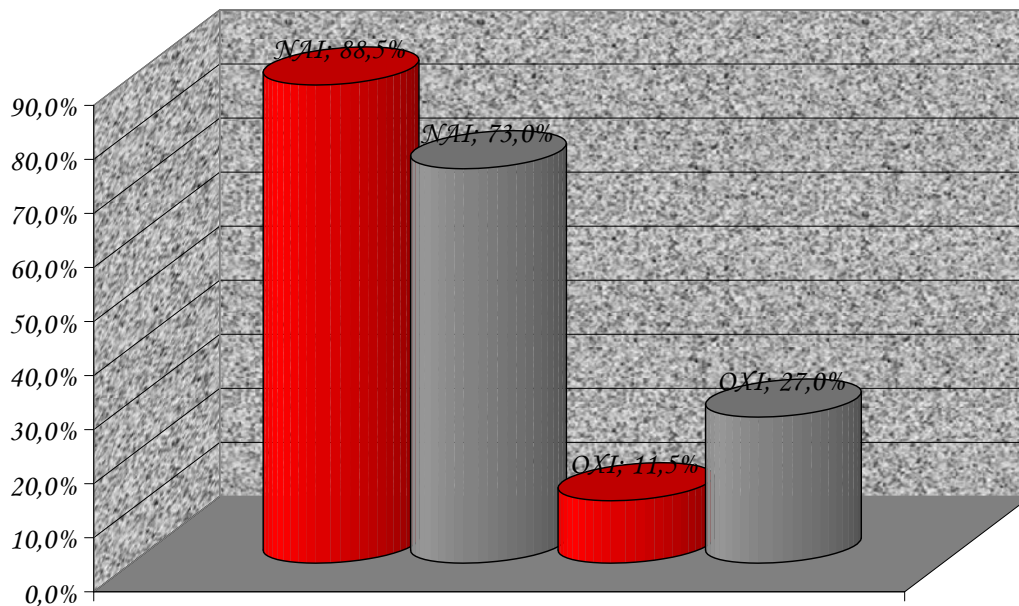


1

Ηλικία 20 – 24 ετών

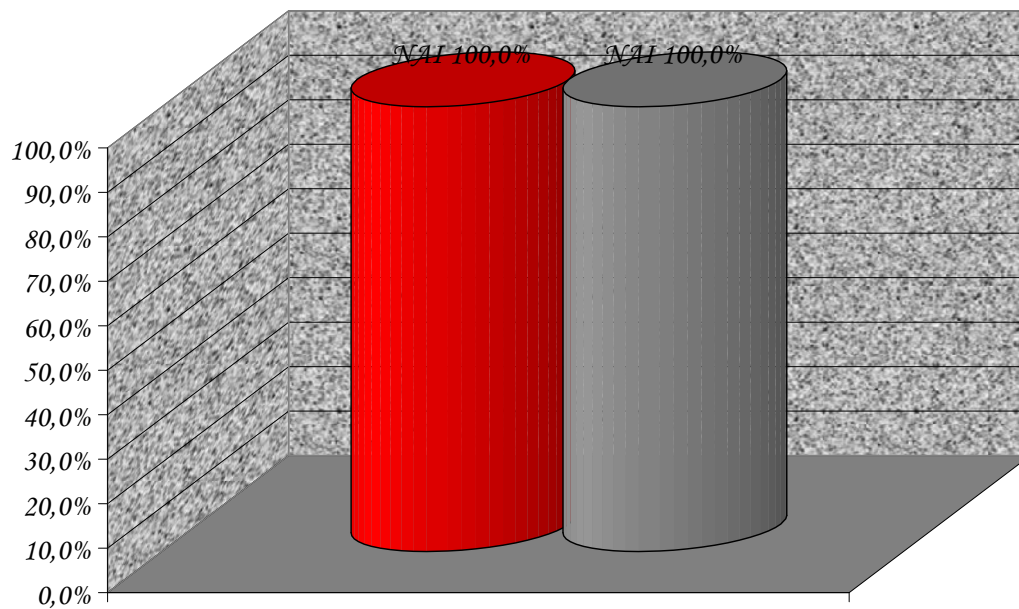


1



1

Ηλικία 30 – 25 ετών



1

το 90,9% των γυναικών δεν θα ενημέρωναν τους συντρόφους τους εάν νοσούσαν. Το 66,7% των ανδρών, αντιθέτως, θα ενημέρωνε τις συντρόφους του σε περίπτωση που νοσούσε.

Σε ηλικίες 20-24 ετών, το 83,3% των γυναικών και το 88,9% των ανδρών θα ενημέρωναν τους εκάστοτε ερωτικούς τους συντρόφους επίσης.

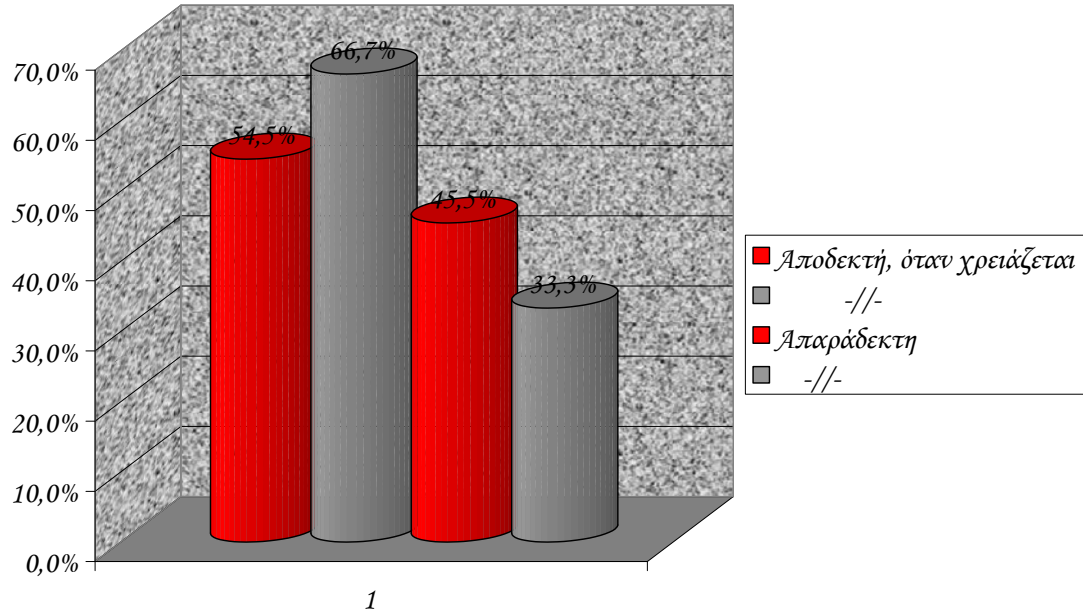
Σε ηλικίες 25-29 ετών, το 88,5% των γυναικών και το 73% των ανδρών θα ενημέρωναν τους συντρόφους τους εάν έπασχαν από κάποιο Σ.Μ.Ν.

Σε ηλικίες 30-35 ετών, το 100% και των δυο φύλων, θα ενημέρωναν τους συντρόφους τους σε περίπτωση που νοσούσαν.

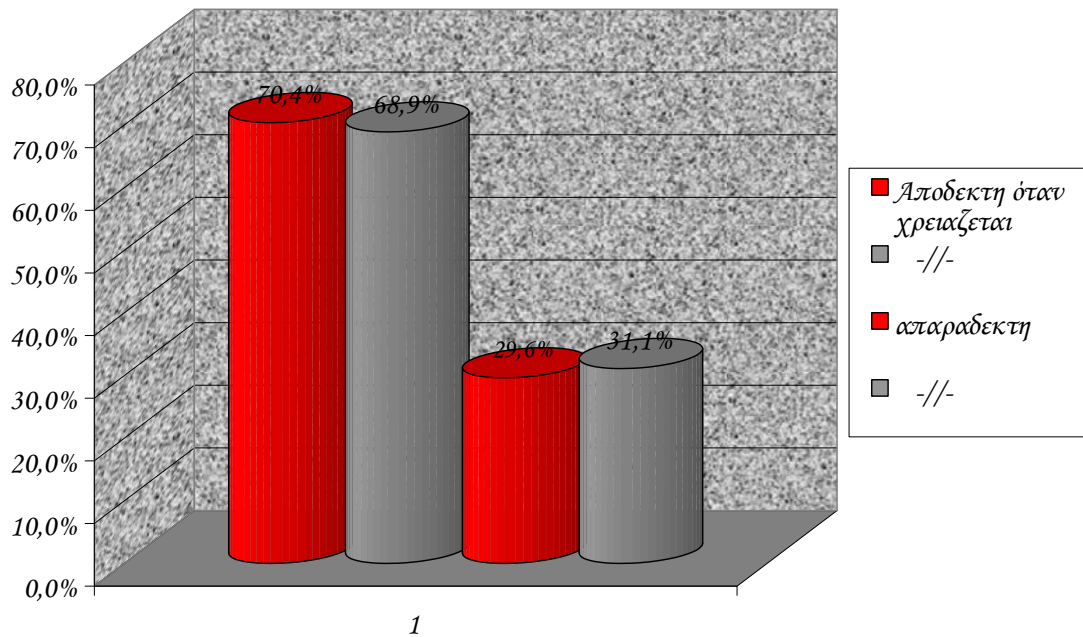
Σε γενικές γραμμές, αν εξαιρέσουμε τις γυναίκες ηλικίας 15-19 ετών, όλα τα υπόλοιπα άτομα δείχνουν να είναι αρκετά ευαισθητοποιημένα και υπεύθυνα προς τους συντρόφους τους σε περίπτωση που νοσήσουν κάποτε.

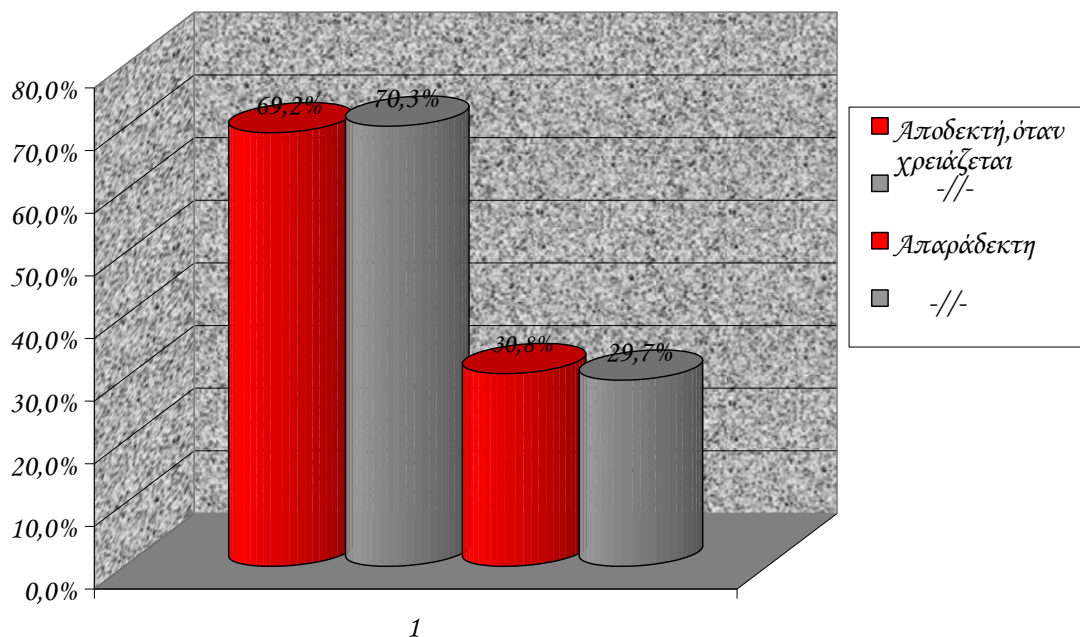
ης κύηση (έκτρωση);

Ηλικία 15 – 19 ετών

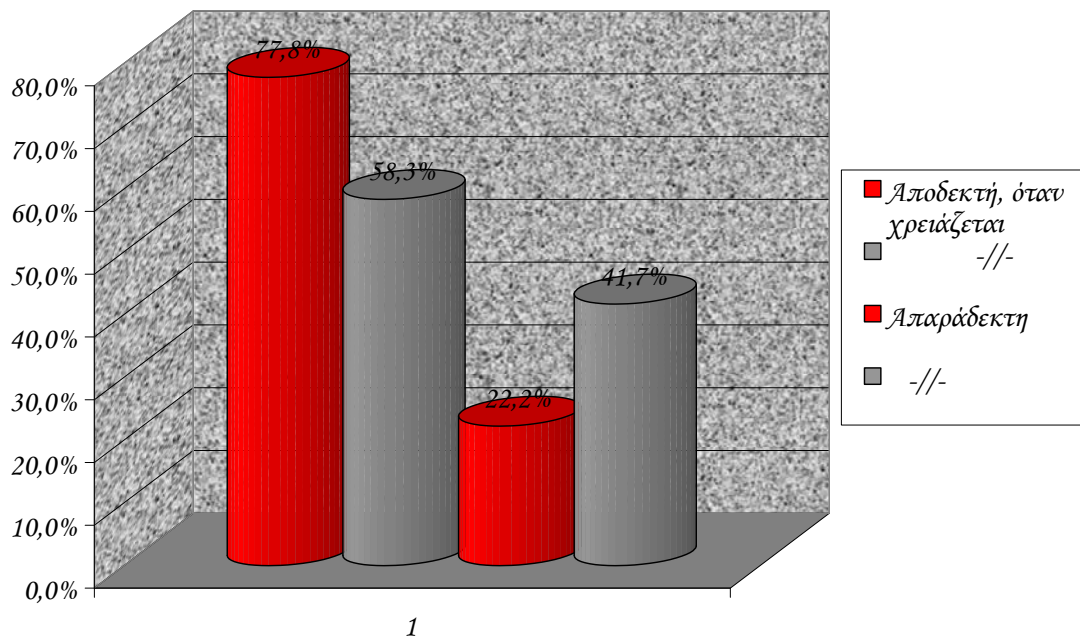


Ηλικία 20 – 24 ετών





Ηλικία 30 – 35 ετών



, οι γυναίκες σε ποσοστό 54,5% θεωρούν την διακοπή της κύησης αποδεκτή όταν χρειάζεται, ενώ το 45,5 %, απαράδεκτη. Αντίστοιχα, το 66,7% και το 33,3% των ανδρών.

Σε ηλικίες 20-24 ετών, το 70,4% των γυναικών αποδέχονται την διακοπή της κύησης υπο συνθήκες ενώ το 29,6% το θεωρεί απαράδεκτο. Αντιστοίχως, το 68,9% και το 31,1% των ανδρών.

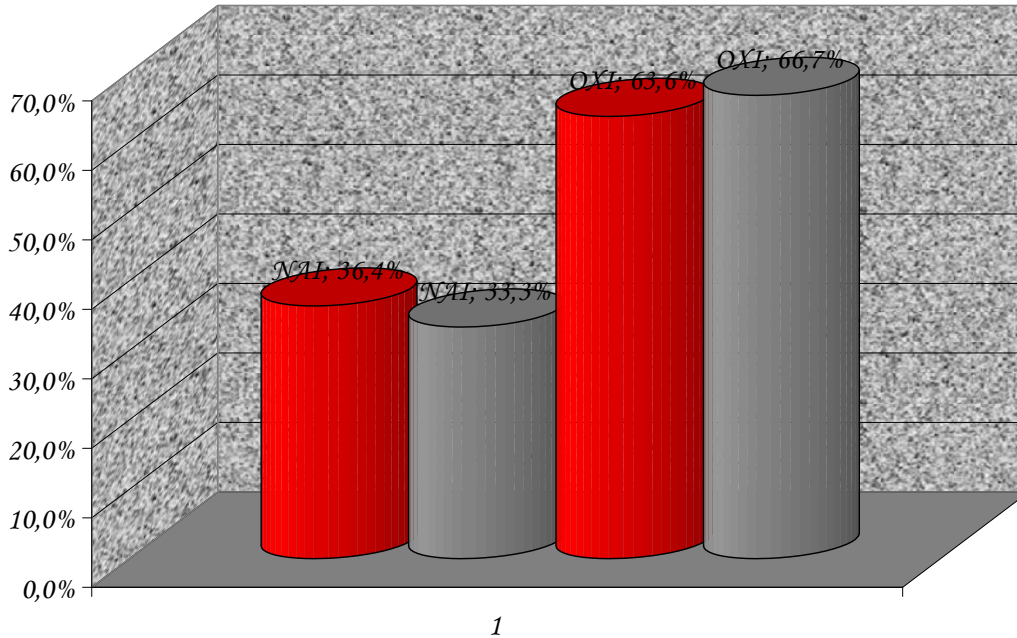
Σε ηλικίες 25-29 ετών, το 69,2% των γυναικών συμφωνούν με την διακοπή της κύησης, ενώ αντίθετο είναι το 30,8%. Αντίστοιχα, το 70,3% και το 29,7% των ανδρών.

Σε ηλικίες 30-35 ετών σύμφωνα με την διακοπή της κύησης είναι το 77,8% των γυναικών και το 58,3% των ανδρών, ενώ αντίθετο είναι το 22,2% των γυναικών και το 41,7% των ανδρών.

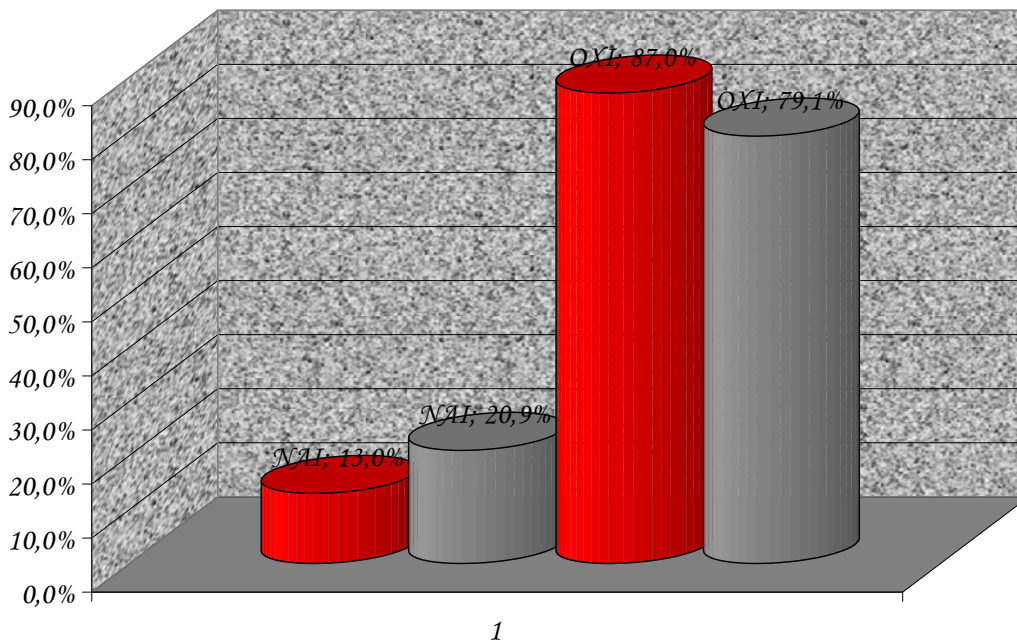
Το θέμα της διακοπής της κύησης είναι πολύ εαίσθητο και αίρει πολύ έντονες διαμάχες κατά καιρούς. Ωστόσο, αξίζει να αναφερθεί πως είναι λάθος να θεωρείται μέτρο αντισύλληψης, πάγια τακτική ή εύκολη λύση εφόσον έχει πολλές προεκτάσεις σε επίπεδο οργανικό και ψυχολογικό κυρίως.

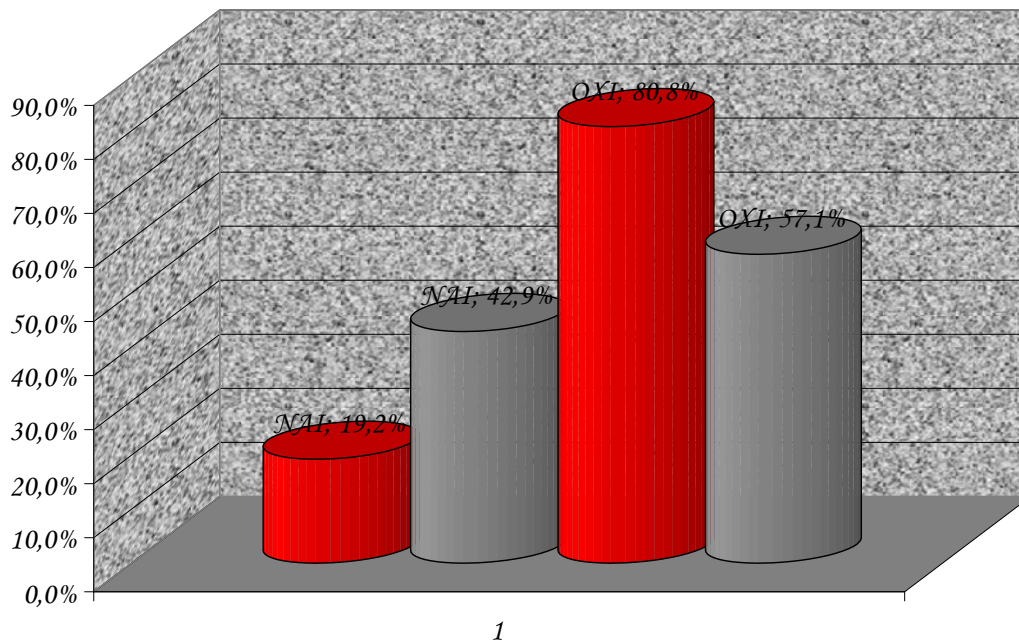
ίστη άντρας κάποιια σύντροφορ σασ).

Ηλικία 15 – 19 ετών

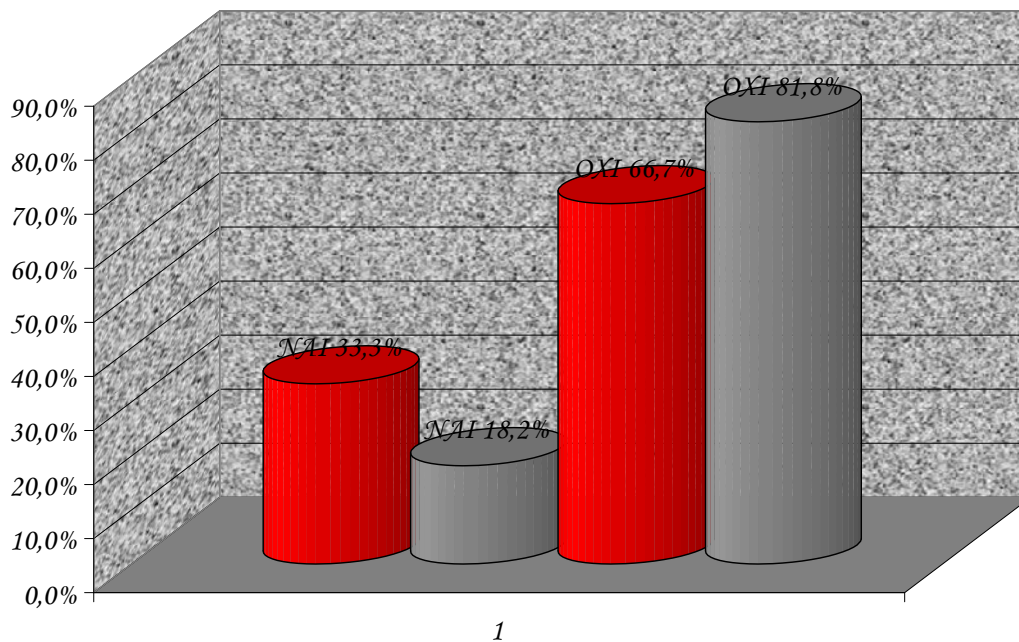


Ηλικία 20 – 24 ετών





Ηλικία 30 – 35 ετών



το 63,6% των γυναικών δεν έχει κάνει καμία έκτρωση, ενώ το 36,3% έχει κάνει τουλάχιστον μια. Οι άντρες που ρωτήθηκαν είπαν πως σε ποσοστό 66,7% δεν έχουν κάνει οι σύντροφοι τους έκτρωση, ενώ το 36,4% των συντρόφων τους έχουν κάνει τουλάχιστον μια έκτρωση.

Σε ηλικίες 20-24 ετών, 13% των γυναικών έχουν κάνει έκτρωση και το 87% δεν έχει κάνει ποτέ. Το 79,1% των συντρόφων ανδρών αυτής της ηλικίας δεν έχουν κάνει έκτρωση, και το 20,9% έχουν κάνει.

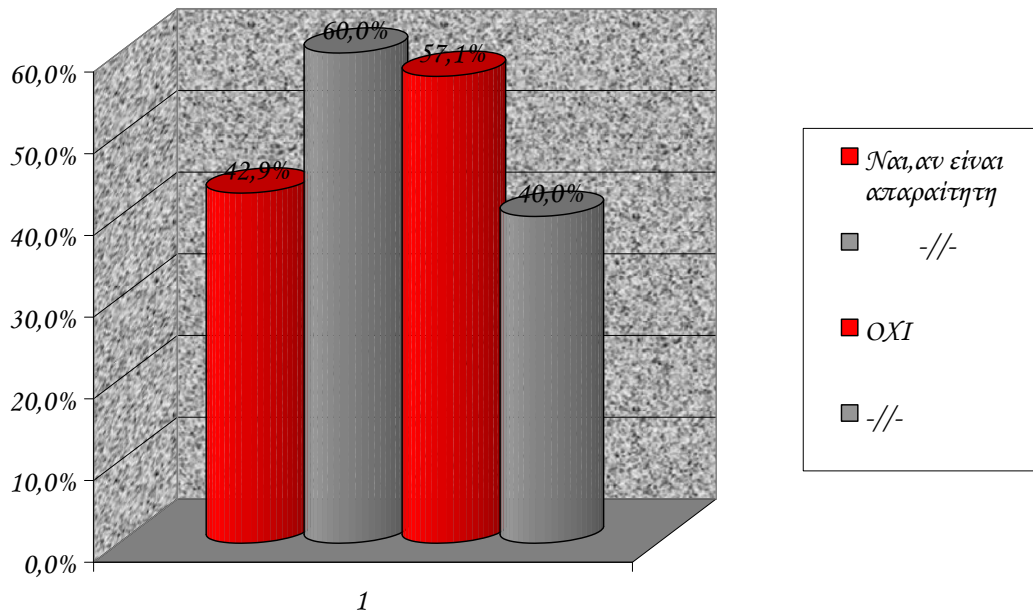
Σε ηλικίες 25-29 ετών, μόνο το 19,2% των γυναικών έχουν υποβληθεί σε έκτρωση, ενώ το 80,8% όχι. Το 42,9% των συντρόφων των ανδρών αυτής της ηλικίας έχουν κάνει έκτρωση, ενώ το 57,1% ποτέ.

Σε ηλικίες 30- 35 ετών, 33,3% των γυναικών έχει κάνει έκτρωση, 66,7% ωστόσο, δεν έχει κάνει ποτέ. Όσον αφορά στους άνδρες, 18,2% των συντρόφων τους έκαναν έστω και μία έκτρωση, ενώ το υπόλοιπο 81,8% δεν έκαναν ποτέ.

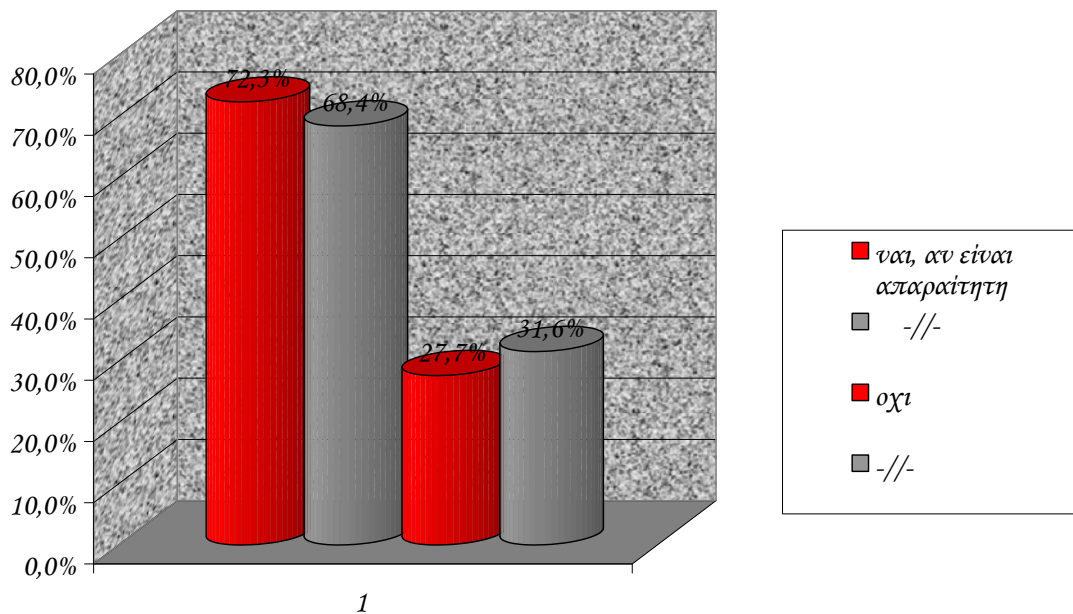
Είναι ξεκάθαρο πως εκτρώσεις γίνονται σε κάθε ηλικία, αλλά καλό είναι να αποφεύγονται ειδικά σε μικρή ηλικία. Από τα αποτελέσματα της έρευνας φαίνεται πως το μεγαλύτερο ποσοστό εκτρώσεων γίνεται σε ηλικία 15-19 ετών. Γεγονός που διαδραματίζει βασικό ρόλο στην διαμόρφωση του ψυχισμού αυτών των γυναικών, όπως επίσης λόγω επιπλοκών μπορεί να δημιουργηθούν σοβαρά προβλήματα και σε οργανικό επίπεδο.

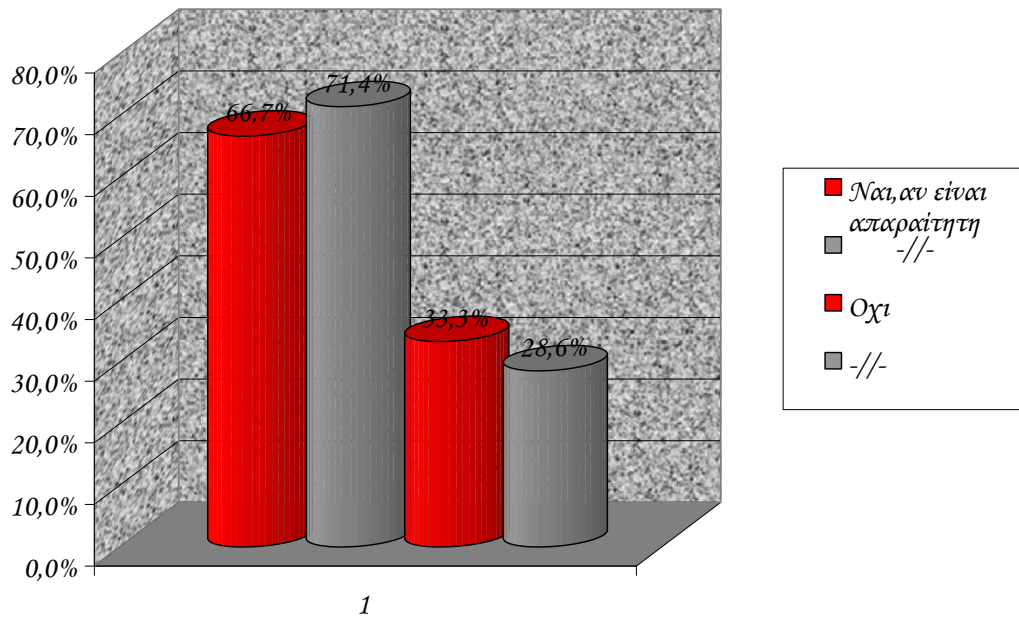
εάντρας θα θέλατε να κάνει κάποια σύντροφος σας;)

Ηλικία 15 – 19 ετών

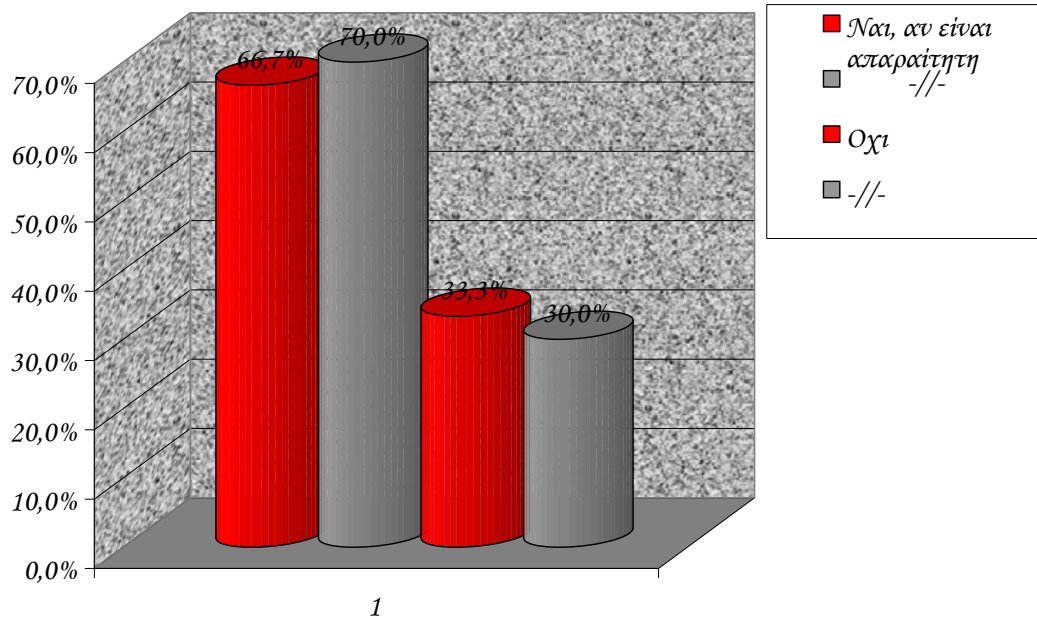


Ηλικία 20 – 24 ετών





Ηλικία 30 – 35 ετών



Σε ηλικίες 15-19 ετών, όσες γυναίκες δεν έχουν κάνει έκτρωση, υποστηρίζουν πως δεν θα έκαναν ποτέ με ποσοστό 57,1%, ενώ όσες θα έκαναν αγγίζουν το 42,9%. Όσοι άνδρες δεν έχουν αντιμετωπίσει κάτι τέτοιο με τις συντρόφους τους, υποστηρίζουν πως εάν ήταν απαραίτητο θα τις προέτρεπαν να κάνουν έκτρωση σε ποσοστό 60%, ενώ αντίθετα, το 40% θα τις απέτρεπε.

Σε ηλικίες 20-24 ετών, το 72,3% των γυναικών θα έκανε έκτρωση, το ίδιο θα υποστήριζε και το 68,4% των ανδρών.

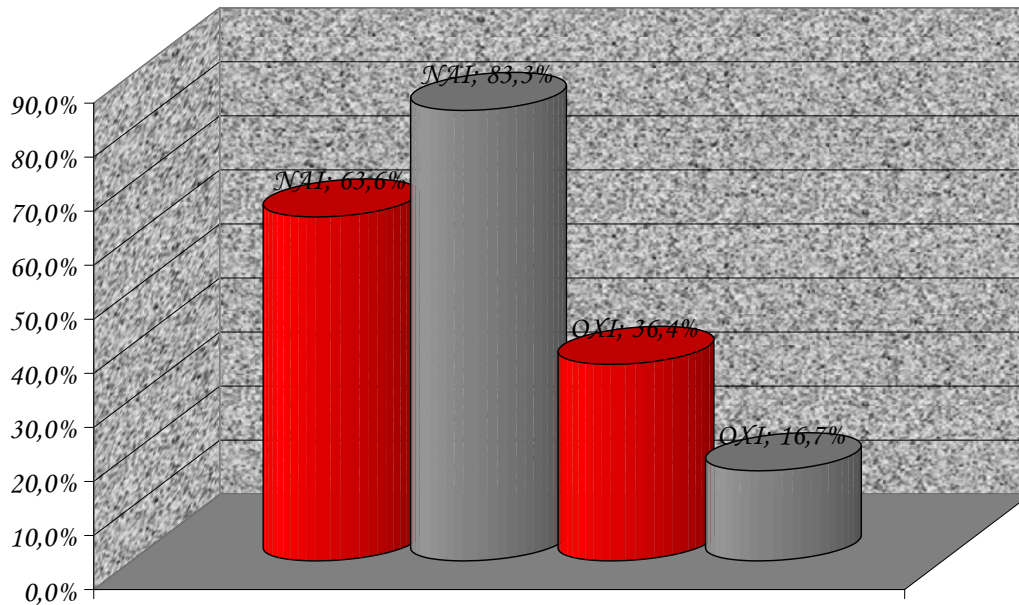
Σε ηλικίες 25-29 ετών, το 66,7% των γυναικών θα το έκανε και το 71,4% των ανδρών θα συμφωνούσε.

Τέλος, σε ηλικίες 30-35 ετών, οι γυναίκες σε ποσοστό 66,7% θα έκανε έκτρωση και την ίδια άποψη έχει το 70% των ανδρών.

Συμπερασματικά, βλέπουμε πως σε γενικές γραμμές και τα δυο φύλα είναι θετικά προς την διακοπή ενδεχόμενης κύησης, εκτός από τους άνδρες ηλικίας 15-19 ετών, κάτω βέβαια από συγκεκριμένες συνθήκες που θα καθιστούσαν κάτι τέτοιο απαραίτητο.

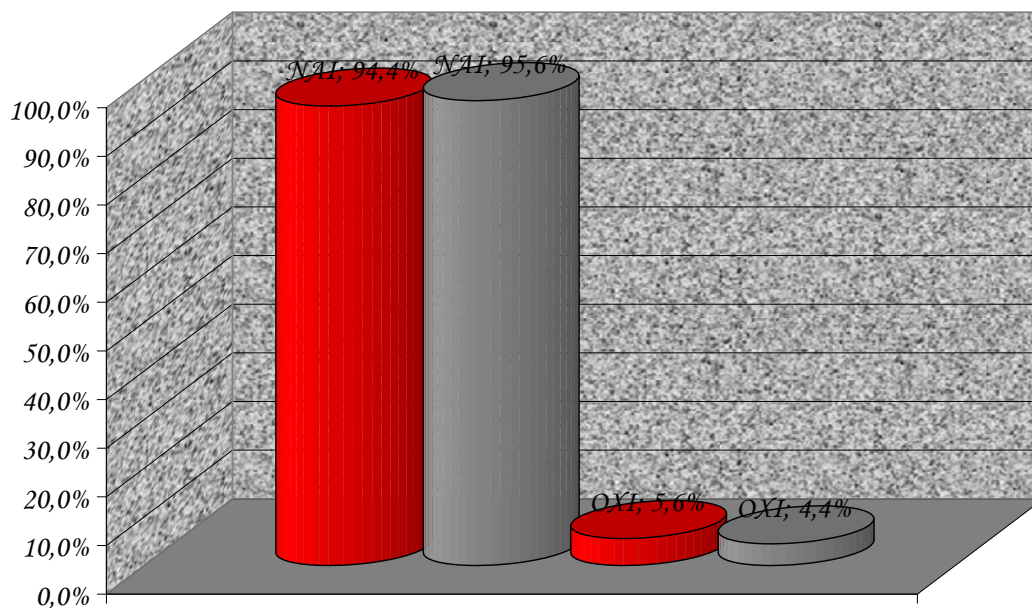
ήθημα της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης να ενταχθεί στο σχολικό πρόγραμμα ;

Ηλικία 15 – 19 ετών

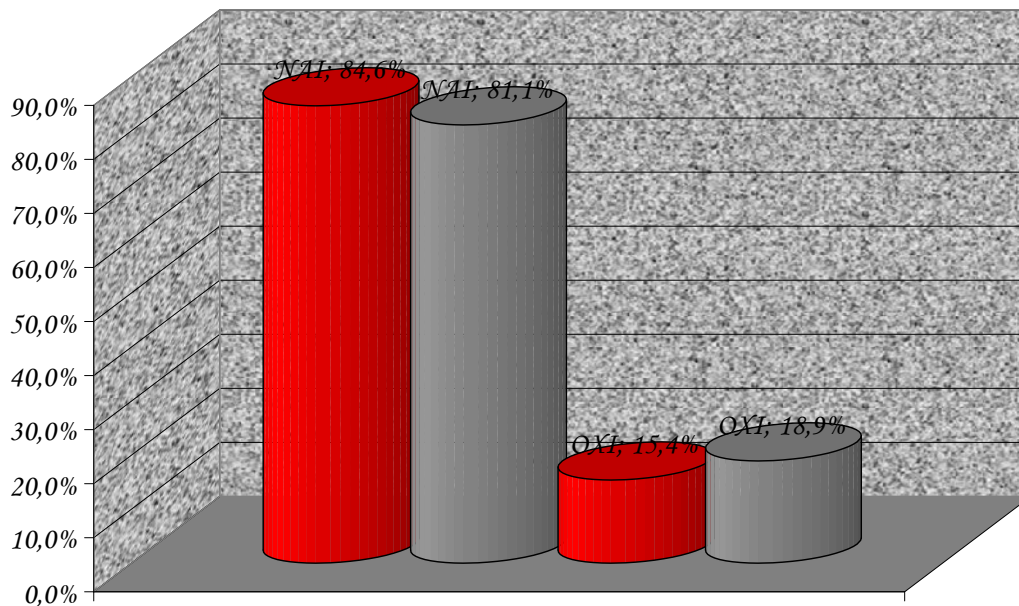


1

Ηλικία 20 – 24 ετών

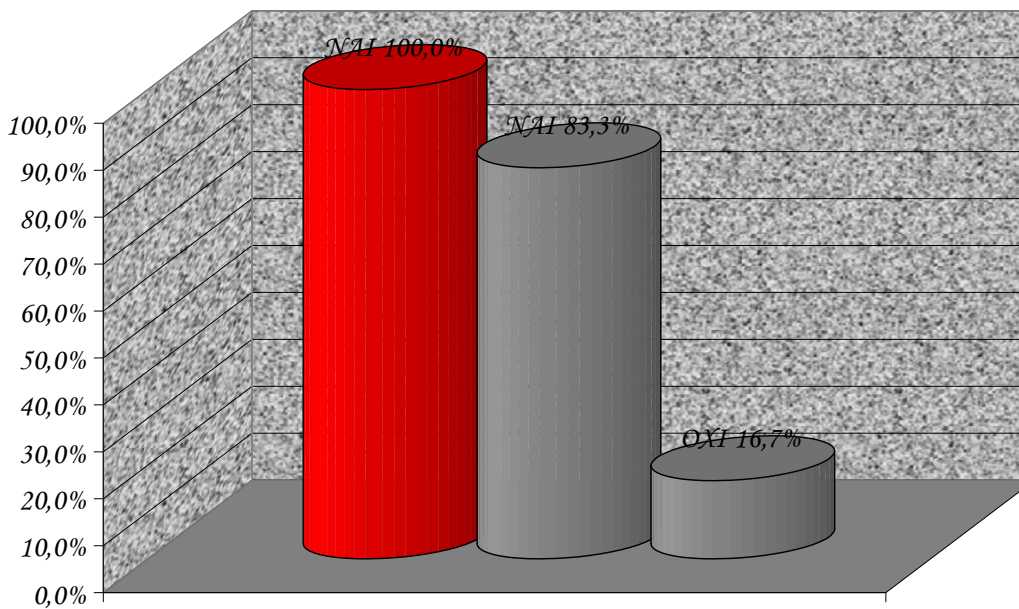


1



1

Ηλικία 30 – 35 ετών



1

οι γυναίκες με ποσοστό 63,6% και οι άνδρες με ποσοστό 83,3% είναι θετικοί προς την ένταξη του μαθήματος της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης στα πλαίσια του σχολικού προγράμματος.

Σε ηλικίες 20-24 ετών, γυναίκες και άνδρες με ποσοστό 94,4% και 95,6% αντίστοιχα, έχουν την ίδια άποψη.

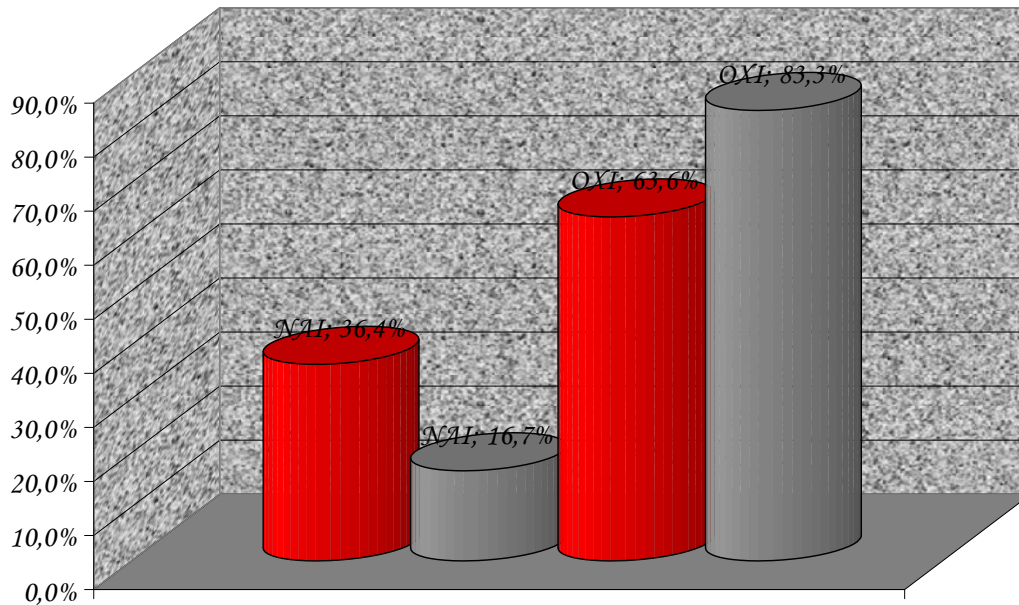
Ίδια εικόνα παρουσιάζεται και στις ηλικίες 25-29 ετών με ποσοστά 84,6% και 81,1% αντίστοιχα.

Τέλος, σε ηλικίες 30-35 ετών, γυναίκες με ποσοστό 81,1% και άνδρες με ποσοστό 100% θεωρούν πως θα έπρεπε να ενταχθεί η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση στο σχολικό πρόγραμμα.

Η στάση αυτή είναι πολύ θετική, εφόσον αν πραγματικά γίνει υποχρεωτικό το μάθημα της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης θα μπορούν όλοι πλέον από μικρή ηλικία να έχουν πιο υπεύθυνη σεξουαλική συμπεριφορά και κατά συνέπεια πιο αρμονική σεξουαλική ζωή.

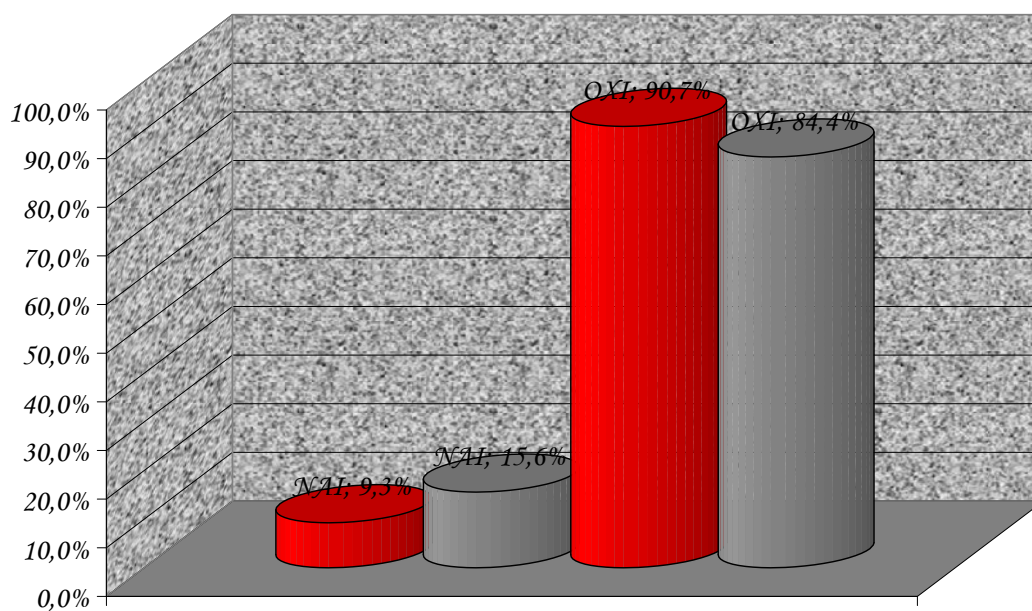
στο κράτος (Μ.Μ.Ε.) για τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα είναι επαρκής ;

Ηλικία 15 – 19 ετών

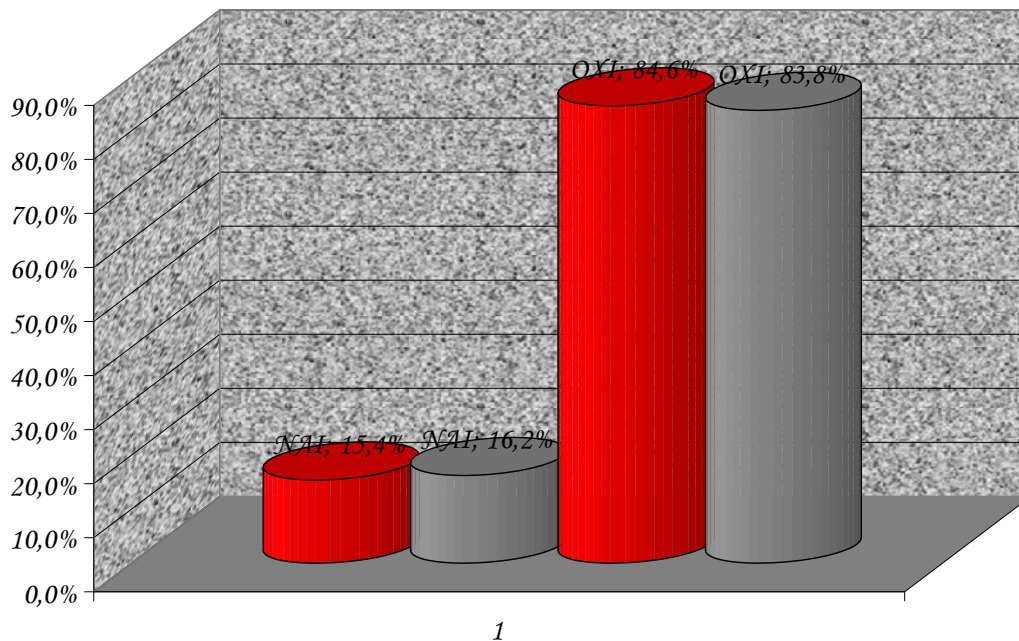


1

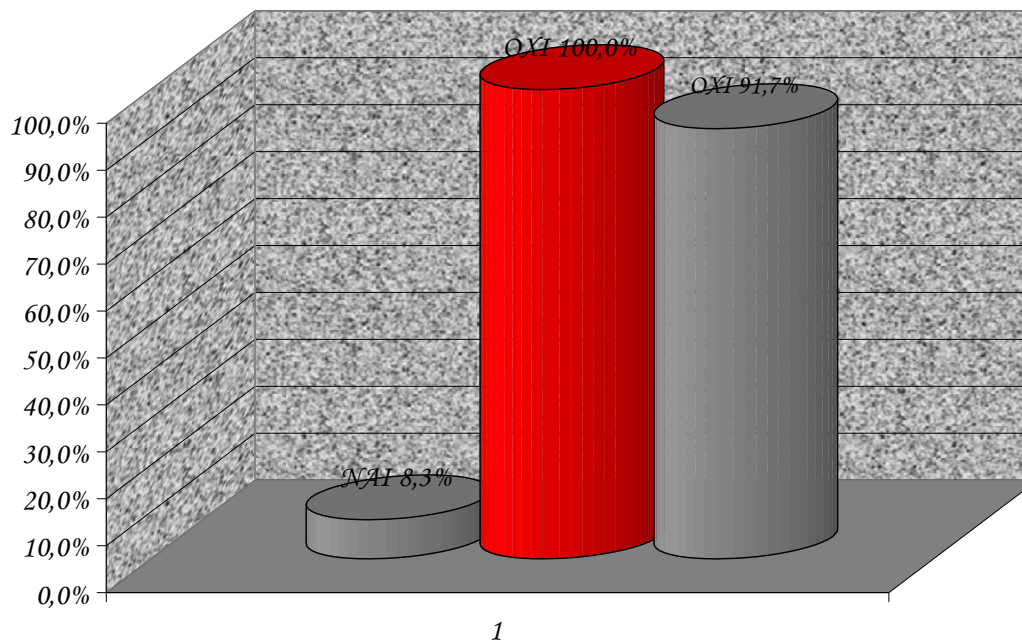
Ηλικία 20 – 24 ετών



1



Ηλικία 30 – 35 ετών



Σε ηλικίες 15-19 ετών, το 63,6% των γυναικών και το 83,3% των ανδρών, πιστεύουν πως η ενημέρωση από κρατικούς φορείς και Μ.Μ.Ε, για τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα είναι ανεπαρκής.

Σε ηλικίες 20-24 ετών, επικρατεί η ίδια άποψη, με ποσοστά 90,7% για τις γυναίκες και 84,4% για τους άνδρες.

Σε ηλικίες 25-29 ετών, ανεπαρκής θεωρείται επίσης η ενημέρωση από το 84,6% των γυναικών και το 83,8% των ανδρών.

Τέλος, σε ηλικίες 30-35 ετών, το 100% των γυναικών και το 91,7% των ανδρών συμφωνούν στο ότι η ενημέρωση για τα Σ.Μ.Ν δεν είναι επαρκής.

Είναι ολοφάνερο, πως υπάρχει δυσανεμία από τον κόσμο. Τα ποσοστά των ατόμων που θεωρούν ότι δεν ενημερώνονται επαρκώς, είναι υπερβολικά μεγάλα. Το γεγονός αυτό, θα έπρεπε να αφυπνίσει τόσο τους δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς υγείας, όσο και όλα τα μέσα μαζικής ενημέρωσης. Η πραγματική και σωστή γνώση του θέματος, μπορεί να λειτουργήσει σαν πρόληψη. Στην σημερινή εποχή, όπου η μάστιγα του AIDS ταλανίζει τον κόσμο, αλλά και πολλά άλλα Σ.Μ.Ν. δημιουργούν τεράστια οργανικά και ψυχολογικά προβλήματα, κάθε άνθρωπος έχει χρέος προς τον εαυτό του και το κοινωνικό σύνολο, να αποκτήσει την κατάλληλη παιδεία- γνώση.

Καλό θα ήταν τόσο η πολιτεία, όσο και ο τύπος να αναλάβουν δράση επιτέλους με ενημερωτικές εκστρατείες, φυλλαδία, σεμινάρια, ενημερωτικές εκπομπές, κ.α.

Μπορούμε να προφυλαχτούμε, αν γνωρίζουμε τι κινδύνους πραγματικά αντιμετωπίζουμε και είναι ηθικό χρέος, αν μη τι άλλο, τις πολιτείας να γίνει συνοδοιπόρος σε αυτό.

Η ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΠΛΕΥΡΑ ΤΩΝ Σ.Μ.Ν.

Η πλευρά των Σ.Μ.Ν. αποτελεί μόνο τη μια όψη του προβλήματος. Εξίσου σημαντική είναι και η αντίδραση του ατόμου που έχει μολυνθεί. Μερικοί από εκείνους που προσβάλλονται από τέτοιου είδους ασθένειες πιστεύουν ότι είναι μια συνέπεια που άξιζε στη σεξουαλική συμπεριφορά τους. Άλλοι πάλι, πιστεύουν πως στάθηκαν άτυχοι και μολύνθηκαν επειδή είχαν την κακοτυχία να έλθουν σε επαφή με ένα ιδιαίτερα ισχυρό μικρόβιο. Από την άλλη πλευρά μερικοί άνθρωποι πιστεύουν πως το ότι μολύνθηκαν είναι ζήτημα τιμής και σημαίνει πως είναι << πολύ άντρες >>. Χρειάζεται λοιπόν διερεύνηση όλων αυτών των μύθων, έτσι ώστε να βεβαιωθούμε ότι το μολυσμένο άτομο θα συμμορφωθεί με την θεραπεία και θα αλλάξει μερικές από τις << υψηλού κινδύνου >> μορφές, σεξουαλικής συμπεριφοράς του.

Πάρα πολλοί άνθρωποι που έχουν μολυνθεί από ένα Σ.Μ.Ν. είναι εξουθενωμένοι ψυχολογικά, τουλάχιστον για κάποιο χρονικό διάστημα. Αυτό το φαινόμενο έχει αυξηθεί από τότε που εμφανίστηκε η επιδημία του AIDS.

Αυτοί οι άνθρωποι χρειάζονται βοήθεια, τη δυνατότητα επικοινωνίας με ενημερωμένους υγειονομικούς υπαλλήλους ή άλλους ικανούς ανθρώπους, σχετικά με τις επιλογές που έχουν κάνει, καθώς και για το πώς μπορούν καλύτερα να συμμορφωθούν με την προτεινόμενη θεραπεία, αποφεύγοντας έτσι μια περαιτέρω μόλυνση.

Η παροχή συμβούλων εμπεριέχει τη βοήθεια που πρέπει να δίνεται στο άτομο, εκτός από την πληροφόρηση σχετικά με τη νόσο, έτσι ώστε οι ψυχολογικές επιπτώσεις να περιοριστούν και να νιώσει το άτομο καλύτερα με τον εαυτό του.

Στη διάρκεια της επικοινωνίας με ένα μη κριτικό, φιλικό και με ικανότητα συναισθηματικής και πνευματικής ταύτισης σύμβουλο, ίσως χρειαστεί να διερευνηθούν οι σεξουαλικές προτιμήσεις και οι μορφές συμπεριφοράς του πάσχοντος. Για παράδειγμα σε μια μελέτη που δημοσιεύτηκε από μια κλινική Σ.Μ.Ν. στο Λονδίνο αναφέρεται ότι το 20% των μολυσμένων λευκών γυναικών είχαν κολλήσει την ασθένεια ύστερα από πρωκτικό σεξ, γεγονός που οδήγησε σε έρευνες οι οποίες δε θα είχαν γίνει διαφορετική περίπτωση, καθώς και σε διαφοροποίηση της θεραπευτικής αγωγής. Ο σκοπός των συμβούλων είναι να βοηθήσουν το μολυσμένο άτομο να ενημερωθεί πληρέστερα για την φύση της μόλυνσης και των αντιδράσεων του, έτσι ώστε τα ερωτηματικά που τον βασανίζουν να απαιτηθούν, οι μύθοι να καταρρεύσουν και να αποφευχθεί μια περαιτέρω εξάπλωση της νόσου.

ΤΡΟΠΟΙ ΠΡΟΛΗΨΗΣ

❖ Ενημέρωση του πληθυσμού

Η ενημέρωση του πληθυσμού σχετικά με τη σημασία των Σ.Μ.Ν. τους τρόπους μετάδοσης, τα μέσα προφύλαξης και τις κοινωνικές διαστάσεις του προβλήματος είναι μέχρι στιγμής το κυριότερο και αποτελεσματικότερο μέτρο αντιμετώπισης των νοσημάτων αυτών. Η ενημέρωση αυτή αποσκοπεί στην μετατροπή των επικίνδυνων ατομικών συμπεριφορών, στην αποτροπή δημιουργίας πανικού και ανάρμοστης συμπεριφοράς προς τους ασθενείς.

Για την ενημέρωση του πληθυσμού επιστρατεύονται τα ακόλουθα μέσα:

- ✓ Ενημερωτικά φυλλάδια. Η ενημέρωση πρέπει να εξειδικεύεται στις διάφορες ομάδες του πληθυσμού. Έτσι εκτός από τα φυλλάδια που απευθύνονται στο γενικό πληθυσμό, εκδίδονται ειδικά για τους στρατιώτες τους ταξιδιώτες, τους ναυτικούς, τους καθηγητές μέσης εκπαίδευσης, τους τοξικομανείς, τους ομοφυλόφιλους, τους υγειονομικούς και για όσους φροντίζουν ασθενείς των νοσημάτων αυτών.
- ✓ Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης – posters. Η συμβολή τους στη μετάδοση μηνυμάτων είναι καθοριστική. Έξυπνα spots, video, στα οποία συμμετέχουν γνωστοί καλλιτέχνες και πληθώρα ζωντανών εκπομπών με διακεκριμένους επιστήμονες, προβάλλονται από την τηλεόραση και το ραδιόφωνο συμβάλλοντας ουσιαστικά στη διαμόρφωση σωστής ατομικής συμπεριφοράς.
- ✓ Οργάνωση σεμιναρίων – διαλέξεων. Κάθε προσπάθεια τροποποίησης της κοινωνικής και ατομικής συμπεριφοράς θα πρέπει να στηρίζεται στην εκπαίδευση στελεχών και οδηγών ομάδων, που θα αναλάβουν την προώθηση των βασικών στόχων της εκστρατείας. Γι' αυτό το σκοπό οργανώθηκαν συζητήσεις στρογγυλής τραπέζης, επιστημονικές διαλέξεις και διάφορα συνέδρια από επιστημονικές εταιρίες και επαγγελματικές οργανώσεις.

Οι στοιχειώδεις αρχές του *sex* με το μικρότερο κίνδυνο ή *safer sex* είναι οι ακόλουθες:

- ✓ Μείωση του αριθμού των ερωτικών συντρόφων.
- ✓ Όχι διείσδυση ιδιαίτερα παρά φύση, χωρίς προφυλακτικό. Είναι επιστημονικά αποδεδειγμένο ότι όταν το προφυλακτικό χρησιμοποιείται σωστά δεν αφήνει τους περισσότερους ιούς να περάσουν.
- ✓ Όχι σπέρμα στο στόμα.

❖ Πρόληψη και τοξικομανία

Οι τοξικομανείς οφείλουν να γνωρίζουν ότι η ανταλλαγή συριγγών είναι ο πιο επίφοβος τρόπος μετάδοσης του ιού του AIDS. Πρέπει λοιπόν να σεβαστούν απόλυτα τις παρακάτω αρχές:

- ✓ Να χρησιμοποιούν αποκλειστικά τις δικές τους σύριγγες και βελόνες.

❖ Χρήση του προφυλακτικού

Το προφυλακτικό είναι ένα μέσο που αποτρέπει τις ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες και προφυλάσσει γυναίκες και άνδρες από τα Σ.Μ.Ν. Μπορεί να χαρακτηριστεί σαν δεύτερο δέρμα, που δεν αφήνει τα μικρόβια να περάσουν. Είναι μια λεπτή θήκη από πλαστικό υλικό που τοποθετείται κατά μήκος του πέους πριν από τη σεξουαλική επαφή. Χρησιμοποιείται ευρύτατα σε όλο τον κόσμο και έχει σκοπό να εμποδίσει το σπέρμα να έρθει σε επαφή με τον κόλπο της γυναίκας. Η αποτελεσματικότητά του εξαρτάται από τη σωστή εφαρμογή του και ενισχύεται με ταυτόχρονη χρησιμοποίηση σπερματοκτόνου κρέμας. Στην αγορά κυκλοφορεί, εκτός από το ανδρικό προφυλακτικό και το γυναικείο.

Το πρώτο προφυλακτικό σχεδιάστηκε από τον Ιταλό ανατόμο Γκάμπριελ Φαλόπιους το 1564.

Πλεονεκτήματα προφυλακτικού είναι:

- ✓ Απλό στη χρήση
- ✓ Φθινό
- ✓ Ακίνδυνο
- ✓ Ασφαλές
- ✓ Ικανοποιητικό αντισυλληπτικό μέσο
- ✓ Προμηθεύεται εύκολα, χωρίς συνταγή από τα φαρμακεία, πολυκαταστήματα και περίπτερα.

- ✓ Το προφυλακτικό φθείρεται με την πάροδο του χρόνου, τη θερμότητα και το φως.
- ✓ Είναι προτιμότερα τα προφυλακτικά με βαζελινούχα ή ελαιώδη λιπαντικά από βαζάκι. Υπάρχουν υδροδιαλυτά σε σωληνάριο.
- ✓ Κατά την εφαρμογή του δεν πρέπει να εγκλωβιστεί μέσα αέρας γιατί αργότερα μπορεί να το σπάσει.
- ✓ Σχίζεται εύκολα με τα νύχια.

Το προφυλακτικό είναι αποτελεσματικότερο όταν:

- ✓ Είναι ακέραιο
- ✓ Χρησιμοποιείται σωστά

Με το προφυλακτικό:

- ✓ Η ζωή μας προστατεύεται από τα Σ.Μ.Ν.
- ✓ Η σεξουαλική μας ζωή γίνεται ασφαλής, ευχάριστη, χωρίς αναστολές και φόβους

Παρά τη σπουδαιότητα χρήσης του προφυλακτικού παρατηρείται από την πλευρά και των δύο φύλλων προκατάληψη και σύμπλεγμα (κόμπλεξ) που προκύπτουν από σεξουαλικούς φόβους και εσωτερικές συγκρούσεις.

Οι άνδρες δεν χρησιμοποιούν προφυλακτικό επειδή:

- ✓ Ισχυρίζονται ότι μειώνει την ικανοποίησή τους και καταστρέφει τον αυθορμητισμό της σεξουαλικής πράξης ή και επηρεάζει τη σεξουαλική τους ικανότητα.
- ✓ Διστάζουν να προτείνουν τη χρήση του για μη προσβάλλουν τη σύντροφό τους ή για μη θεωρηθούν οι ίδιοι <<ύποπτοι>> για πολλαπλές ερωτικές σχέσεις ή απιστίες.
- ✓ Πιστεύουν ότι δεν κινδυνεύουν από τις ετεροφυλόφιλες σεξουαλικές επαφές, ιδίως αν σε αυτές δεν περιβάλλονται γυναίκες εκδιδόμενες ή τοξικομανείς.
- ✓ Έχουν συνδέσει το προφυλακτικό με τις εκδιδόμενες γυναίκες και δεν μπορούν να φανταστούν τον εαυτό τους να το χρησιμοποιεί στις άλλες ερωτικές σχέσεις.
- ✓ Αν έχουν ευκαιριακές σχέσεις πιστεύουν ότι <<μια φορά δεν αρκεί για να κολλήσει κάποιο ιό>>.

κτικό δεν προσφέρει αρκετή προστασία γιατί

- ✓ Δεν ξέρουν να το χρησιμοποιήσουν σωστά ή ντρέπονται να το αγοράσουν .
- ✓ Το έχουν στο μυαλό τους μόνο ως μέσο αντισύλληψης και όχι προστασίας από ασθένειες που μεταδίδονται με τη σεξουαλική επαφή.

Οι γυναίκες δεν χρησιμοποιούν προφυλακτικό επειδή:

- ✓ Ως ένα βαθμό δέχονται και συμφωνούν ή απλώς υποχωρούν στους λόγους που προβάλλουν οι άνδρες.
- ✓ Έχουν την πεποίθηση ότι η ικανοποίηση του άνδρα είναι πιο σημαντική από τη δική τους.
- ✓ Νομίζουν ότι δεν έχουν το δικαίωμα να ζητήσουν αυτό που θέλουν από τον σύντροφό τους.
- ✓ Έχουν μάθει ότι το προφυλακτικό είναι << ανδρική υπόθεση >> και <<ανδρικό προνόμιο>> η απόφαση της χρήσης του.
- ✓ Φοβούνται ότι αν απαιτήσουν τη χρήση του, μπορεί να χαρακτηριστούν <<εύκολες>> ή <<έμπειρες>>, γεγονός που μπορεί να θεωρείται υποτιμητικό για αυτές.
- ✓ Φοβούνται τοι ο σύντροφός τους μπορεί να τις εγκαταλείψει.
- ✓ Μπορεί να αισθάνονται ότι δεν έχουν τον έλεγχο και ισοτιμία στη σχέση τους συνολικά.
- ✓ Είναι οικονομικά και κοινωνικά εξαρτημένες από τον σύντροφο τους. Αισθάνονται ότι δεν μπορούν να πάρουν πρωτοβουλίες ή να προτείνουν αλλαγές στη σχέση τους.

ΠΡΟΛΗΨΗ ΣΤΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΤΩΝ ΚΕΝΤΡΩΝ ΑΙΣΘΗΤΙΚΗΣ

- ❖ Όλοι οι εργαζόμενοι σε τομείς υγείας που λαμβάνουν μέρος σε επιθετικούς χειρισμούς, πρέπει να χρησιμοποιούν ειδικές προφυλάξεις για την πρόληψη της επαφής του δέρματος ή των βλεννογόνων, με αίμα ή υγρά των ασθενών. Γάντια και χειρουργικές μάσκες είναι απαραίτητα για όλες τις πράξεις. Μερικοί συνιστούν διπλά γάντια, για μείωση του ποσοστού επαφής με το αίμα.
- ❖ Προστατευτικά γυαλιά ή ασπίδες προσώπου, επιβάλλονται στις διαδικασίες που προβλέπεται εκτίναξη σταγονιδίων, υγρών ή απτικών τεμαχίων. Το προσωπικό πρέπει να εφοδιάζεται με ποδιές ή φόρμες από ανθεκτικό υλικό κατά την διάρκεια των επιθετικών χειρισμών.
- ❖ Εάν το γάντι σκιστεί ή τρυνηθεί από βελόνα ή οτιδήποτε άλλο συμβεί, θα πρέπει αμέσως να αλλαχθεί. Επίσης η βελόνα ή το όργανο πρέπει να απομακρυνθεί από το αποστειρωμένο πεδίο.

υγείας που πάσχουν από δερματίτιδα ή από
ιεία του σώματος, πρέπει να απέχουν από την

φροντίδα ασθενών και τη διαχείριση υλικού ή συσκευών που χρησιμοποιούνται
σε επιθετικούς χειρισμούς.

❖ Όργανα και άλλο επαναχρησιμοποιούμενο υλικό που είναι αναγκαίο σε
επιθετικούς χειρισμούς πρέπει να απολυμαίνετε και να αποστειρώνεται σύμφωνα
με την καθιερωμένη τακτική.

❖ Εξοπλισμός και μηχανήματα που είναι σε επαφή με υγιή βλεννογόνο, και
δεν εισχωρούν στο σώμα του ασθενούς, πρέπει να αποστειρώνονται εάν είναι
δυνατόν ή να υποβάλλονται σε υψηλού βαθμού απολύμανση πριν
χρησιμοποιηθούν σε κάθε πελάτη.

❖ Εξοπλισμός ή μηχανήματα που δεν είναι σε επαφή, απλώς αγγίζουν το
δέρμα του πελάτη, καθαρίζονται απλά με απορρυπαντικό σύμφωνα με τις
οδηγίες του κατασκευαστή.

❖ Η συμμόρφωση με τον οδηγό και τις συστάσεις της καθολικής
προφύλαξης, όσο αφορά την απολύμανση και την αποστείρωση των ιατρικών
μηχανημάτων θα πρέπει να ελέγχεται αυστηρά σε όλους τους τομείς της υγείας.
Επίσης όλοι οι εργαζόμενοι θα πρέπει να παρακολουθούν σεμινάρια που αφορούν
τον έλεγχο των λοιμώξεων και την ασφάλεια τους.

Συμπερασματικά:

- ✓ Προστατευτικά γάντια φορά όλο το προσωπικό και αλλάζονται όταν είναι
εμφανώς μολυσμένα
- ✓ Εάν υπάρχει περίπτωση επαφής βλεννογόνου με αίμα ή σωματικά υγρά να
φορούν μάσκες ή προστατευτικά γυαλιά.
- ✓ Προστατευτικά ρούχα, φόρμες ή ποδιές είναι απαραίτητες όταν υπάρχει
επαφή με δυνητικά μολυσμένο υλικό.
- ✓ Μετά το τέλος της εργασίας τα χέρια πλένονται ακόμα και αν
χρησιμοποιήθηκαν γάντια.
- ✓ Οι βελόνες να χρησιμοποιούνται προσεκτικά. Ιδιαίτερη προσοχή να δίνεται
ώστε να μην υπάρχει αυτοτραυματισμός, και δημιουργία σταγονιδίων.
- ✓ Μια βελόνα δεν πρέπει ποτέ να λυγίζετε, να κόβεται ή να
επανατοποθετείται στο κάλυμμα.

ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΙ ΓΙΑ ΤΑ Σ.Μ.Ν.

Η φροντίδα των ήδη πασχόντων από τα Σ.Μ.Ν. αποτελεί προτεραιότητα για την προαγωγή της υγείας στις σύγχρονες κοινωνίες. Αυτή η προτεραιότητα, στη χώρα μας, ικανοποιεί το κράτος μέσω του Κ.Ε.Ε.Λ. του ξενώνα, της κατ'οίκον νοσηλείας, του οδοντιατρείου, του Συμβουλευτικού Σταθμού κ.α. Στο οργανόγραμμα που ακολουθεί εμφανίζεται παραστατικά η διάρθρωση των υπηρεσιών αυτών. Η ιδιωτική πρωτοβουλία κάνει αισθητή την παρουσία της μέσω των εθελοντικών μη κυβερνητικών οργανώσεων, των οποίων η προσφορά είναι ανεκτίμητη. Από την αρχή της επιδημίας οι σύλλογοι διαδραμάτισαν καθοριστικό ρόλο, κατορθώνοντας να σφουγμομετρήσουν πρώτοι τις πραγματικές ανάγκες των ασθενών και να τις μεταφέρουν στις δημόσιες αρχές. Παρά τις οικονομικές δυσχέρειες που αντιμετωπίζουν, συνεχίζουν μέχρι σήμερα δυναμικά το έργο τους για τον εξανθρωπισμό της ζωής των ασθενών, προσπαθώντας να βρουν τις κατάλληλες λύσεις σε όλες τις περιπτώσεις.

ΚΕΝΤΡΟ ΕΛΕΓΧΟΥ ΕΙΔΙΚΩΝ ΛΟΙΜΩΣΕΩΝ (Κ.Ε.Ε.Λ.)

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΕΡΕΥΝΑΣ

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΝΟΜΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ ΜΕ ΜΗ ΚΥΒΕΡΝΗΤΙΚΕΣ ΟΡΓΑΝΩΣΕΙΣ

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ

ΤΗΛΕΦΩΝΙΚΗ ΤΡΑΜΜΗ ΚΑΙ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΟΣ ΣΤΑΘΜΟΣ ΓΙΑ ΤΟ AIDS

ΤΗΛΕΦΩΝΙΚΗ ΤΡΑΜΜΗ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

ΞΕΝΩΝΑΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΦΟΡΕΩΝ ΤΟΥ ΙΟΥ ΤΟΥ AIDS << ΕΛΠΙΔΑ >>

ΚΕΝΤΡΟ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΕΜΠΙΝΕΥΣΗΣ



Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

ΜΠΕΡΑΣΜΑ

ΑΚΟΥΣΕ

Τις απόψεις και τις ανησυχίες των νέων, για να καταλάβεις τι θεωρούν σημαντικό για την ζωή τους.

ΜΑΘΕ

Από τους άλλους για το σεβασμό, τη συμμετοχή, την υποστήριξη και τους τρόπους πρόληψης για τα Σ.Μ.Ν.

ΖΗΣΕ

Σε έναν κόσμο όπου τα δικαιώματα των παιδιών και των νέων προστατεύονται και όπου οι ασθενείς των Σ.Μ.Ν. απολαμβάνουν την φροντίδα, χωρίς προκατάληψη.

ΠΙΛΟΤΟΣ.

Είναι πλέον ξεκάθαρο πως αντί να υιοθετούμε θρηνητικές και τετριμμένες τακτικές, πρέπει να αναλάβουμε δράση ως νοήμονες άνθρωποι και ενεργά μέλη του κοινωνικού συνόλου. Θα πρέπει να στραφεί η προσοχή μας στην κατεύθυνση μείωσης των επιπτώσεων της σεξουαλικότητας των νέων ανθρώπων, έτσι όπως αυτή εκφράζεται σήμερα. Στις επιπτώσεις αυτές συμπαριλαμβάνεται η αύξηση εμφάνισης των Σ. Μ. Ν, , καθώς και η αύξηση των ανεπιθύμητων κυήσεων. Και οι δύο αυτές προβληματικές καταστάσεις θα μπορούσαν να περιοριστούν με την καλύτερη αγωγή και ενημέρωση πάνω σε ζητήματα ανθρώπινης σεξουαλικότητας. Σε ότι αφορά δε τα Σ. Μ. Ν, θα έπρεπε να βοηθήσουν στην εξάλειψη του στίγματος από την πλευρά της κοινωνίας, έτσι ώστε , όλοι όσοι έχουν κολλήσει Σ.Μ.Ν να αναζητήσουν ιατρική βοήθεια χωρίς φόβο ή ντροπή. Κάτι τέτοιο βέβαια απαιτεί από τους ηθικολόγους, να αντιμετωπίζουν τα Σ. Μ. Ν, όπως οποιαδήποτε λοιμώδη νόσο.

Από ιατρικής αποψης, τα Σ.Μ.Ν θα έπρεπε να αντιμετωπίζονται με τον ίδιο ακριβώς τρόπο όπως οποιαδήποτε άλλη ασθένεια.

Ο σκοπός αυτός μπορεί να επιτευχθεί, αν γίνει αναβάθμιση της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης και υπάρξει δωρεάν διάθεση προφυλακτικών μέσων και ενημερωτικού υλικού. Αν διαθέτονταν δωρεάν προφυλακτικά σε όλους τους έφηβους και υπήρχε η συνήθεια να τα χρησιμοποιούν κάθε φορά που ενέδιδαν σε μια τυχαία σεξουαλική επαφή τα κρούσματα των Σ.Μ.Ν θα μειώνονταν σημαντικά. Σήμερα στις αγγλοφωνες χώρες του κόσμου υπάρχει μεγαλύτερη πιθανότητα να κολλήσει κανείς μια από αυτές τις ασθένειες συνουσιαζόμενος με μια τυχαία γνωριμία ή με κάποιον/ κάποιια φίλο/φίλη, παρά ερχόμενος σε σεξουαλική επαφή με μια πόρνη. Μια έρευνα στις .Η.Π. Α , έδειξε ότι το ποσοστό των Σ.Μ.Ν. στις εκδιδόμενες γυναίκες είναι πολύ υψηλότερο σε σχέση με τις χώρες τις Ευρώπης όπου η πορνεία βρίσκεται υπό αυστηρότερο έλεγχο.

Αν δεν υπάρξει σχολαστικός ιατρικός έλεγχος δεν υπάρχει πιθανότητα μείωσης των Σ. Μ. Ν.

Είναι χρέος όλων μας να δράσουμε τόσο σαν μεμονωμένα άτομα, όσο και σαν σύνολο, μαζί με την βοήθεια της πολιτείας, ώστε να μπορέσουμε να επιτύχουμε τον έλεγχο της αύξησης των Σ. Μ. Ν και την τελική τους μείωση.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Δερματολογία IV – Αφροδισιολογία - Γ. Γραμματικόπουλος
2. Σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες - Derek Llewellyn Jones
3. Σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα - Patrick K. Taylor
4. CDC. *Recommended infection-control practices for dentistry* MMWR 1993
5. Ελληνικά αρχεία AIDS << Η ενημέρωση των ερωτικών συντρόφων οροθετικών για HIV >> - Κορνάρου Ε. Παπαθανασίου – Α. Φουμελιώτου τόμος 5, τεύχος 3, Ιούλιος – Σεπτέμβριος 1997
6. Κρατική μέριμνα κατά του AIDS – Θ. Στεφάνου
7. <<AIDS – ΜΑΣ ΑΦΟΡΑ >> Κ.Ε.Ε.Α.
8. *ABC of sexually transmitted diseases* – Michael W. Adler (Third edition)
9. <http://www.keel.org.gr>