



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΑΤΡΩΝ**
UNIVERSITY OF PATRAS

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΑΤΡΩΝ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ.
ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ**

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΑ ΣΠΟΥΔΑΣΤΩΝ:

ΣΠΑΤΑ ΚΑΤΕΡΙΝΑ

ΣΩΤΗΡΟΠΟΥΛΟΥ ΕΙΡΗΝΗ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:

Δρ. ΤΖΕΝΑΛΗΣ ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ

ΠΑΤΡΑ 2021

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ – ΠΡΟΛΟΓΟΣ	6
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	7
ABSTRACT	8
ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ	9
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	10
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΙΣΑΓΩΓΗ	11
1.1. Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα: Ορισμός	11
1.2. Ταξινόμηση ΣΜΝ	11
1.3. Επιδημιολογία	12
1.4. Παράγοντες αύξησης και εξάπλωσης.....	17
1.5. Ανάλυση γεννητικού συστήματος.....	20
1.5.1. Ανάλυση γεννητικού συστήματος γυναίκας	20
1.5.2. Ανάλυση γεννητικού συστήματος άνδρα	23
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΒΑΚΤΗΡΙΑΚΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ	26
2.1. Χλαμύδια.....	26
2.1.1. Κλινική Εικόνα – Συμπτωματολογία	27
2.1.2. Διάγνωση	28
2.1.3. Θεραπεία.....	29
2.1.4. Επιπλοκές.....	29
2.2. Σύφιλη	30
2.2.1. Κλινική Εικόνα – Συμπτωματολογία	31
2.2.2. Διάγνωση	32
2.2.3. Θεραπεία.....	33
2.3. Μαλακό Έλκος.....	34
2.3.1. Κλινική Εικόνα – Συμπτωματολογία	35
2.3.2. Διάγνωση	36
2.3.3. Θεραπεία.....	36
2.4. Γονόρροια.....	37
2.4.1. Κλινική Εικόνα - Συμπτωματολογία.....	38
2.4.2. Διάγνωση	39
2.4.3. Θεραπεία.....	39
2.5. Κοκκίωμα Βουβωνικό.....	40

2.5.1. Κλινική Εικόνα – Συμπτωματολογία	41
2.5.2. Διάγνωση	41
2.5.3. Θεραπεία.....	42
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΙΟΓΕΝΕΙΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ	43
3.1. Ιός Ανθρώπινης Ανοσοανεπάρκειας (HIV/AIDS)	43
3.1.1. Κλινική Εικόνα – Συμπτωματολογία	44
3.1.2. Διάγνωση	45
3.1.3. Θεραπεία.....	45
3.2. Ηπατίτιδα Β.....	46
3.2.1. Κλινική Εικόνα – Συμπτωματολογία	47
3.2.2. Διάγνωση	47
3.2.3. Θεραπεία.....	48
3.3. Ηπατίτιδα C.....	49
3.3.1. Κλινική Εικόνα – Συμπτωματολογία	49
3.3.2. Διάγνωση	49
3.3.3. Θεραπεία.....	50
3.4. Έρπητας Γεννητικών Οργάνων (HSV)	51
3.4.1. Κλινική Εικόνα – Συμπτωματολογία	51
3.4.2. Διάγνωση	52
3.4.3. Θεραπεία.....	53
3.5. Ιός Ανθρώπινων Θηλωμάτων - Κονδυλώματα (HPV).....	54
3.5.1. Κλινική Εικόνα – Συμπτωματολογία	55
3.5.2. Διάγνωση	55
3.5.3. Θεραπεία.....	56
3.6. Μολυσματική Τέρμινθος.....	56
3.6.1. Κλινική Εικόνα – Συμπτωματολογία	57
3.6.2. Διάγνωση	58
3.6.3. Θεραπεία.....	58
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΠΡΩΤΟΖΩΙΚΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ	59
4.1. Τριχομονάδα.....	59
4.1.1. Κλινική Εικόνα – Συμπτωματολογία	59
4.1.2. Διάγνωση	60
4.1.3. Θεραπεία.....	60

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΠΑΡΑΣΙΤΙΚΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ	62
5.1. Ψώρα	62
5.1.1. Κλινική Εικόνα – Συμπτωματολογία	62
5.1.2. Διάγνωση	63
5.1.3. Θεραπεία.....	64
5.2. Φθειρίαση Εφηβαίου	64
5.2.1. Κλινική Εικόνα – Συμπτωματολογία	65
5.2.2. Διάγνωση	66
5.2.3. Θεραπεία.....	66
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΜΥΚΗΤΗΣΙΑΚΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ	68
6.1. Καντιντίαση.....	68
6.1.1. Κλινική Εικόνα – Συμπτωματολογία	68
6.1.2. Διάγνωση	69
6.1.3. Θεραπεία.....	69
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ	71
7.1. Νοσηλευτική προσέγγιση σε ασθενείς με Χλαμύδια	71
7.2. Νοσηλευτική προσέγγιση σε ασθενείς με Σύφιλη.....	72
7.3. Νοσηλευτική προσέγγιση για το Μαλακό έλκος	73
7.4. Νοσηλευτική προσέγγιση σε ασθενείς με Γονόρροια	74
7.5. Νοσηλευτική προσέγγιση για το Βουβωνικό κοκκίωμα	75
7.6. Νοσηλευτική προσέγγιση σε ασθενείς με AIDS	76
7.7. Νοσηλευτική προσέγγιση σε ασθενείς με Ηπατίτιδες Β και C	77
7.8. Νοσηλευτική προσέγγιση του Έρπητα των γεννητικών οργάνων	78
7.9. Νοσηλευτική προσέγγιση των Κονδυλωμάτων	79
7.10. Νοσηλευτική προσέγγιση για τη Μολυσματική τέρμινθο	80
7.11. Νοσηλευτική προσέγγιση για την Τριχομονάδα	81
7.12. Νοσηλευτική προσέγγιση για τη Ψώρα.....	81
7.13. Νοσηλευτική προσέγγιση για τη Φθειρίαση του εφηβαίου	82
7.14. Νοσηλευτική προσέγγιση για την Καντιντίαση	83
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	85
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ - ΚΛΙΝΙΚΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ	86
Κλινικό Περιστατικό 1	86
Κλινικό Περιστατικό 2	88

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	90
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	91

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ – ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία έχει ως θέμα τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και τη σύγχρονη νοσηλευτική προσέγγιση σε αυτά. Μας κέντρισε ιδιαίτερα το ενδιαφέρον το συγκεκριμένο θέμα, διότι αποτελεί ένα μείζον ζήτημα στις μέρες μας και αφορά κυρίως νέους ανθρώπους. Μέσω της βιβλιογραφικής ανασκόπησης, αποκτήσαμε βαθύτερες γνώσεις για αυτά τα νοσήματα και καταλήξαμε στο συμπέρασμα πως μέσω της σωστής ενημέρωσης, της έγκαιρης διάγνωσης και πρόληψης, τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα μπορούν να μειωθούν σε σημαντικό βαθμό. Είναι αξιοσημείωτο να αναφερθεί, ότι ο νοσηλευτικός ρόλος είναι υψίστης σημασίας, καθώς ο κάθε νοσηλευτής συμβάλλει σε όλα τα στάδια μιας νόσου.

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε θερμά τον καθηγητή μας, κ. Τζεναλή Αναστάσιο, καθώς ήταν δίπλα μας κατά τη διάρκεια της εκπόνησης της πτυχιακής μας, συμβάλλοντας και βοηθώντας μας με τον καλύτερο δυνατό τρόπο. Τέλος, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τους γονείς μας και την οικογένειά μας που στάθηκαν κοντά μας σε όλη τη διάρκεια των σπουδών μας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα είναι ασθένειες οι οποίες μεταδίδονται μέσω της σεξουαλικής επαφής, δηλαδή μέσω της επαφής των γεννητικών οργάνων των ανδρών και των γυναικών, του στόματος ή και του ορθού. Αποτελούν ένα παγκόσμιο πρόβλημα δημόσιας υγείας, το οποίο συνεχώς επιδεινώνεται και συνιστά ένα μεγάλο αίτιο νοσηρότητας και θνησιμότητας.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η αναλυτική παρουσίαση των σεξουαλικών μεταδιδόμενων νοσημάτων και της σύγχρονης νοσηλευτικής προσέγγισης σε αυτό το παγκόσμιο πρόβλημα δημόσιας υγείας.

Υλικό και Μέθοδος: Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε για την συγγραφή της παρούσας πτυχιακής εργασίας είναι η βιβλιογραφική ανασκόπηση. Η συγγραφή πραγματοποιήθηκε από μελέτη βιβλίων, επιστημονικών άρθρων, περιοδικών και διαδικτυακή αναζήτηση. Διενεργήθηκε αναζήτηση άρθρων σε βάσεις δεδομένων ιατρικής βιβλιογραφίας (Pubmed, Google Scholar, Cochrane, Science Direct, Springer Link).

Αποτελέσματα: Τα ΣΜΝ είναι ένα πρόβλημα υγείας το οποίο υφίσταται εδώ και πάρα πολλά χρόνια, έχουν μελετηθεί εκτενώς και έχουν βρεθεί τα κατάλληλα θεραπευτικά σχήματα για την αντιμετώπισή τους και τη βελτίωση της ποιότητας της ζωής των ατόμων που νοσούν από αυτά. Παρόλα αυτά, μέχρι και σήμερα συνεχίζουν να καταγράφονται πολλά νέα περιστατικά και η συχνότητα εμφάνισής τους ολοένα και αυξάνεται.

Συμπεράσματα: Είναι λοιπόν ξεκάθαρο, πως με την έγκαιρη διάγνωση, πρόληψη και τη σωστή εκπαίδευση και ενημέρωση από το νοσηλευτικό προσωπικό, τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα θα μπορέσουν να μειωθούν αισθητά και τα ποσοστά εμφάνισης θα περιοριστούν με την πάροδο του χρόνου.

Λέξεις κλειδιά: Σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, ανατομία, γλαμύδια, γονόρροια, σύφιλη, μαλακό έλκος, κοκκίωμα βουβονικό, AIDS, ηπατίτιδα Β-С, έρπης γεννητικών οργάνων, κονδυλώματα, μολυσματική τέρμινθος, τριχομονάδα, ψώρα, φθειρίαση εφηβίου, καντιντίαση, παράγοντες εξάπλωσης, συμπτώματα, διάγνωση, θεραπεία, νοσηλευτικός ρόλος, σύγχρονα διεθνή δεδομένα

ABSTRACT

Introduction: Sexually transmitted diseases are diseases that are transmitted through sexual contact, that is through contact between the genitals of men and women, the mouth or the rectum. They are a global public health problem, which is constantly deteriorating and is a major cause of morbidity and mortality.

Purpose: The purpose of this thesis is to provide a detailed presentation of sexually transmitted diseases and the modern nursing approach to this global public health problem.

Material and Method: The method used to write this dissertation is the literature review. The writing was done by studying books, scientific articles, journals and internet search. Articles were searched in medical literature databases (Pubmed, Google Scholar, Cochrane, Science Direct, Springer Link).

Results: STDs are a health problem that has existed for many years, have been extensively studied and the appropriate treatment approach have been found to treat them and improve the quality of life of people who suffer from them. However, to this day, many new cases continue to be recorded and their incidence is increasing.

Conclusions: It is therefore clear that with early diagnosis, prevention and proper education and information from the nursing staff, sexually transmitted diseases can be significantly reduced and the incidence rates will be reduced over time.

Keywords: Sexually Transmitted Diseases, anatomy, chlamydia, gonorrhoea, syphilis, soft ulcer, inguinal granuloma, AIDS, hepatitis B-C, genital herpes, warts, infectious termite, trichomonas, scabies, phthirus pubis, candidiasis, spread factors, symptoms, diagnosis, treatment, nursing role, modern international data

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

ΣΜΝ: Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα
ΣΜΛ: Σεξουαλικά Μεταδιδόμενη Λοίμωξη
ΠΟΥ: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
CDC: Centers for Disease Control and Prevention (Αμερικάνικο Κέντρο Ελέγχου & Πρόληψης Νοσημάτων)
ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ: Κέντρο Ελέγχου & Πρόληψης Νοσημάτων
UNAIDS: The Joint United Nations Programme on HIV and AIDS (Κοινό Πρόγραμμα των Ηνωμένων Εθνών για τον ιό HIV και το AIDS)
AIDS: Σύνδρομο επίκτητης ανοσοανεπάρκειας
HIV: Human Immunodeficiency Virus (Ιός της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας)
HPV: Human papilloma virus (Ιός των ανθρωπίνων θηλωμάτων)
HSV: Herpes simplex virus (Ερπης των γεννητικών οργάνων)
DNA: Deoxyribonucleic acid (Δεοξυριβονουκλεϊκό οξύ)
RNA: Ribonucleic acid (Ριβονουκλεϊκό οξύ)
PCR: Μοριακή Μέθοδος Ανάλυσης
HBV: Ιός ηπατίτιδας Β
HCV: Ιός ηπατίτιδας C

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1. Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα: Ορισμός

Είναι πασίδηλο πως τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα αποτελούν ένα παγκόσμιο πρόβλημα δημόσιας υγείας το οποίο συνεχώς επιδεινώνεται και συνιστά ένα μεγάλο αίτιο νοσηρότητας και θνησιμότητας (Rodríguez-Granger et al., 2020). Ο όρος σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα αναφέρεται στις ασθένειες οι οποίες μεταδίδονται μέσω της σεξουαλικής επαφής, δηλαδή μέσω της επαφής των γεννητικών οργάνων των ανδρών και των γυναικών, του στόματος ή και του ορθού (National Institute of Allergy and Infectious Diseases, 2015). Πολλές φορές παρατηρείται πως η ορολογία σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα αντικαθίσταται από τον όρο σεξουαλικά μεταδιδόμενες λοιμώξεις, καθώς ο δεύτερος συμπεριλαμβάνει και τα άτομα που είναι ασυμπτωματικοί (Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας, 2021). Επειδή λοιπόν πολλά άτομα που πάσχουν από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα είναι ασυμπτωματικά, είναι υψίστης σημασίας η πραγματοποίηση έγκαιρης διάγνωσης για την πρόληψη της εξάπλωσης των ασθενειών αυτών (Rawre et al., 2018).

1.2. Ταξινόμηση ΣΜΝ

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, τα ΣΜΝ μεταδίδονται κυρίως διαμέσου της σεξουαλικής επαφής και της επαφής με τα γεννητικά όργανα, το στόμα και το ορθό, καθώς ακόμη μπορούν να μεταδοθούν με το αίμα, κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, από τη μητέρα στο νεογνό (DeWit 2009). Τα ΣΜΝ ταξινομούνται με βάση τις αιτίες που τα προκαλούν. Υπάρχουν ΣΜΝ που προκαλούνται από βακτήρια, από ιούς, από πρωτόζωα, παράσιτα και μύκητες. Έτσι, η κατάταξη των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων είναι η εξής:

- *Από βακτήρια:* Χλαμύδια, σύφιλη, γονόρροια, μαλακό έλκος και κοκκίωμα βουβωνικό

- *Από ιούς:* Ιός ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας (HIV/AIDS), ηπατίτιδα Β, ηπατίτιδα C, έρπητας των γεννητικών οργάνων (HSV), ιός των ανθρωπίνων θηλωμάτων - κονδυλώματα (HPV) και μολυσματική τέρμινθος
- *Από πρωτόζωα:* Τριχομονάδα
- *Από παράσιτα:* Ψώρα, φθειρίαση του εφηβαίου
- *Από μύκητες:* Καντιντίαση (Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας 2021, Osborn et al. 2016, DeWit 2009).

1.3. Επιδημιολογία

Οι ΣΜΝ προκαλούνται από μια πληθώρα μικροοργανισμών που πλήττουν τους ανθρώπους εδώ και χιλιάδες χρόνια, ενώ ταυτόχρονα είναι η πιο κοινή ομάδα γνωστών μολυσματικών ασθενειών στις περισσότερες χώρες, ιδιαίτερα στην ηλικιακή ομάδα των 15 έως 50 ετών και στα βρέφη (Benjamin et al., 2016 and De Schryver & Meheus, 2005). Η παγκόσμια επίπτωση σοβαρών ΣΜΝ (βακτηριακών και ιογενών) εκτιμάται σε πάνω από 125 εκατομμύρια περιπτώσεις ετησίως (De Schryver & Meheus, 2005). Οι σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες βρίσκονται επίσης μέσα στις πρώτες δέκα αιτίες δυσμενών ασθενειών σε νεαρούς ενήλικες άνδρες στις αναπτυσσόμενες χώρες και η δεύτερη κυριότερη αιτία ασθενειών σε νεαρές ενήλικες γυναίκες. Οι έφηβοι και οι νεαροί ενήλικες (15-24 ετών) αποτελούν μόνο το 25% του σεξουαλικά ενεργού πληθυσμού, αλλά αντιπροσωπεύουν σχεδόν το 50% όλων των νέων ΣΜΝ που αποκτώνται (Da Ros & Da Silva Schmitt, 2007).

Σε γενικές γραμμές, τα ΣΜΝ είναι επιδημίες και αποτελούν σημαντικές επιπτώσεις για την υγεία και την οικονομία, αλλά είναι και υπερενδημικές σε πολλές αναπτυσσόμενες χώρες (Da Ros & Da Silva Schmitt, 2007 and De Schryver & Meheus, 2005). Τα ποσοστά μόλυνσης είναι παρεμφερή τόσο στις γυναίκες όσο και στους άνδρες, αλλά οι γυναίκες και τα βρέφη παρουσιάζουν το μεγαλύτερο βάρος των επιπλοκών και των σοβαρών συνακόλουθων (De Schryver & Meheus, 2005).

Σύμφωνα με μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 1996 από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), κατέληξαν στο συμπέρασμα πως ο επιπολασμός των σεξουαλικά μεταδιδόμενων

ασθενειών κλίνει να είναι πιο υψηλός σε κατοίκους πόλεων, σε ανύπαντρα άτομα και σε νεαρούς ενήλικες (Gerbase et al., 1998). Στις ΗΠΑ εκτιμήθηκε πως τα αναφερόμενα κρούσματα σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων εκφράζουν μόνο το 50%-80% των αναφερόμενων σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων, γεγονός το οποίο εκφράζει μειωμένο έλεγχο και χαμηλή αναφορά ασθενειών (Da Ros & Da Silva Schmitt, 2007).

Ειδικότερα για το κάθε νόσημα:

- Χλαμύδια

Τα χλαμύδια είναι η βακτηριακή ΣΜΛ, η οποία έχει την μεγαλύτερη επίπτωση στις ΗΠΑ και γενικά σε όλο τον κόσμο. Ο επιπολασμός τους σε εφήβους και νεαρούς ενήλικες είναι 5% έως 10%. Στις ΗΠΑ, το 2011 στο αμερικάνικο κέντρο για τον έλεγχο και την πρόληψη νοσημάτων (CDC) σημειώθηκαν περίπου 1,4 εκατομμύρια περιστατικά, ενώ υπολογίζεται ότι ο αληθινός αριθμός των λοιμώξεων είναι δύο φορές μεγαλύτερος από όσες αναφέρονται (Benjamin et al., 2016).

Σύμφωνα με το CDC, τα χλαμύδια είναι η μεταδοτική νόσος, η οποία αναφέρεται συχνότερα από τις υπόλοιπες (Osborn et al., 2016). Το 2008, αναφέρθηκαν 106 εκατομμύρια περιπτώσεις θεραπευόμενων χλαμυδιακών λοιμώξεων, ενώ το 2009 εκδηλώθηκαν 1.244.180 περιπτώσεις χλαμυδίων στις ΗΠΑ (Osborn et al., 2016 and Mabey, 2014).

Σε μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 2009 από τους Tu, Batteiger Wielu και τους συνεργάτες τους, διαπιστώθηκε πως περίπου το 50% των εφήβων κοριτσιών που ζουν σε αστικές περιοχές νόσησαν με χλαμύδια μέσα σε δύο χρόνια αφού δραστηριοποιήθηκαν σεξουαλικά. Γενικότερα, στην πραγματικότητα, το 25% των γυναικών έως 15 χρονών διαγιγνώσκονται με ΣΜΝ με το πιο συχνότερο τα χλαμύδια. Τέλος, έχει παρατηρηθεί ότι οι σκουρόχρωμοι άνθρωποι νοσούν σε αναλογία 8 φορές μεγαλύτερη από αυτή των λευκών (Osborn et al., 2016).

- Γονόρροια

Η γονόρροια έχει αποδειχθεί ότι προσβάλλει ηλικίες μεταξύ 25-34 ετών και είναι η δεύτερη πιο συχνή αναφερόμενη σεξουαλικά μεταδιδόμενη ασθένεια, καθώς έχουν καταγραφεί περίπου 330.000 περιστατικά γονόρροιας στις Ηνωμένες Πολιτείες ετησίως (National Library of Medicine, 2021 and ΚΕΕΛΠΝΟ, 2018). Ειδικότερα, διάφορα επιδημιολογικά δεδομένα έδειξαν, ότι στις

ΗΠΑ, το 2008 υπήρξαν 106 εκατομμύρια περιπτώσεις γονόρροιας, τα οποία μετά το 2009 αυξάνονταν όλο και περισσότερο (Benjamin et al., 2016).

Στην Ελλάδα, τα επιβεβαιωμένα περιστατικά γονόρροιας που δηλώθηκαν στο ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ για το έτος 2016 ανέρχεται σε 202 (από τα 772 που έχουν δηλωθεί την περίοδο 2012 έως 2016), όπου τα 201 (99,5%) αφορούσαν σε άνδρες (ΚΕΕΛΠΝΟ, 2018). Επιπλέον, σύμφωνα με τον ΠΟΥ, ο παγκόσμιος επιπολασμός της γονόρροιας του 2016 ήταν 0,7% στους άνδρες και 0,9% στις γυναίκες που αντιστοιχούν σε συνολικά 30,6 εκατομμύρια περιστατικά γονόρροιας σε όλο τον κόσμο (Kirkcaldy et al., 2019).

- Σύφιλη

Τη δεκαετία του 1940, πριν η πενικιλίνη γίνει διαθέσιμη, η σύφιλη συνιστούσε μείζον πρόβλημα για την παγκόσμια υγεία, καθώς η συχνότητά της είχε κορυφωθεί με 600.000 περιστατικά όλο τον χρόνο (Osborn et al., 2016). Όταν όμως ανακαλύφθηκε η πενικιλίνη, τα κρούσματα στις Ηνωμένες Πολιτείες μειώθηκαν κατά 90% έως το 1975 και στη συνέχεια έφτασε στα ελάχιστα επίπεδά της το 2000 και 2001 με 2,1 περιστατικά στα 100.000 γενικού πληθυσμού (CDC, 2019 and Osborn et al., 2016). Ωστόσο από τότε και μετά, τα αναφερόμενα κρούσματα σύφιλης έχουν αυξητική τάση (CDC, 2019). Το 2006 και 2007, τα περιστατικά πρωτοπαθούς και δευτερογενούς σύφιλης αυξήθηκαν κατά 15,2% από 3,3 σε 3,8 περιπτώσεις ανά 100.000 άτομα.

Σύμφωνα με το CDC, το 2004, οι περισσότερες περιπτώσεις σύφιλης ήταν σε άνδρες. Παρόλα αυτά, έχουν παρατηρηθεί και αυξημένα ποσοστά μόλυνσης σε γυναίκες και σε όλες τις εθνικότητες, ηλικιακές ομάδες (Mattei et al., 2012). Επιπλέον, μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τον ΠΟΥ το 2012, περίπου 17,7 εκατομμύρια άτομα από ηλικία 15 έως 49 ετών παγκοσμίως νόσησαν από σύφιλη (Peeling et al., 2018). Η σύφιλη έχει αποδειχθεί ότι προκαλεί περίπου 500.000 θνησιγένειας και τους θανάτους νεογνών ανά έτος. Μεγάλες μελέτες επιπολασμού βάσει πληθυσμού που έγιναν σε μερικές αφρικανικές χώρες, έδειξαν ότι το 5-10% των ενηλίκων νοσούν με σύφιλη (Mabey, 2014).

Ακόμη, το συγκεκριμένο ΣΜΝ σχετίζεται με υψηλή μετάδοση και απόκτηση HIV, καθώς επίσης περιστατικά ατόμων με σύφιλη που εξελίσσεται γρήγορα και με ταυτόχρονη λοίμωξη από τον HIV, υπάρχει η περίπτωση η μόλυνση με ή η θεραπεία για τον HIV να μεταβάλλει το φυσικό ιστορικό της σύφιλης (Peeling et al., 2018).

- Έρπητας των Γεννητικών Οργάνων (HSV)

Ο ιός του έρπητα των γεννητικών οργάνων είναι η πιο κοινή ιογενής λοίμωξη με ελκώδεις βλάβες στις ΗΠΑ. Είναι πασιφανές, ότι ένας στους έξι ανθρώπους ηλικίας 14 έως 49 ετών έχει έρπητα γεννητικών οργάνων. Αυτή η ιογενής λοίμωξη παρουσιάζεται συχνότερα στις γυναίκες, διότι η μετάδοση από άντρα σε γυναίκα είναι πιο εύκολη από ότι από γυναίκα σε άνδρα, λόγω της δεκτικής φύσης του κόλπου κατά την επαφή.

Η λοίμωξη είναι συχνά ασυμπτωματική και είναι γεγονός πως οι άνθρωποι χωρίς συμπτώματα μεταδίδουν τις περισσότερες λοιμώξεις (Osborn et al., 2016). Ο ιός του απλού έρπητα εμφανίζει συνολικό επιπολασμό σε HSV-1 και HSV-2 στον πληθυσμό περίπου 60% και 20% αντίστοιχα. Παράλληλα, η επίπτωση της HSV-1 σε μεσήλικες πλησιάζει το 90% με 100%. Ο οροεπιπολασμός του HSV-2 σχετίζεται με τον αριθμό των σεξουαλικών συντρόφων, τη σεξουαλική δραστηριότητα του ασθενούς, το ιστορικό άλλων ΣΜΛ, καθώς ακόμη με τη φυλή ή εθνικότητα, το φύλο, όπου στις γυναίκες υφίσταται μεγαλύτερος κίνδυνος και την ηλικία.

Στις ΗΠΑ, πάνω από 50 εκατομμύρια άνθρωποι έχουν λοίμωξη των γεννητικών οργάνων από HSV1 και HSV2 και στην πλειοψηφία τους δεν έχουν συμπτώματα (Benjamin et al., 2016). Μια έρευνα με βάση τον πληθυσμό στην αγροτική Τανζανία, φανέρωσε ότι το 50% των γυναικών και το 25% των ανδρών μολύνθηκαν με τον ιό του απλού έρπητα τύπου 2 (HSV-2) έως την ηλικία των 20 ετών. Επιπλέον, έχει διαπιστωθεί ότι και σε άλλες αφρικανικές χώρες υπάρχει υψηλός επιπολασμός της λοίμωξης HSV-2 (Mabey, 2014).

- Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσοανεπάρκειας (AIDS/HIV)

Οι πρώτες αναφορές που υπήρξαν για το σύνδρομο επίκτητης ανοσοανεπάρκειας ήταν το 1982, όταν σε μεγάλο αριθμό νεαρών ενηλίκων σε μια αλιευτική κοινότητα της Ουγκάντα παρατηρήθηκε η καχεξία του HIV που τότε χαρακτηρίστηκε ως «αρρώστια που αδυνατίζει» (slim disease). Στις ΗΠΑ, το ίδιο έτος δόθηκε η ονομασία «σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας» ή αλλιώς AIDS.

Ο ιός HIV ταυτοποιήθηκε το 1983 και μέχρι το 1993, το AIDS είχε χαρακτηριστεί ως η κύρια αιτία θανάτου μεταξύ Αμερικάνων ενηλίκων ηλικιακής ομάδας 25-44 ετών, μια τάση που αντιστράφηκε ολοκληρωτικά όταν εισάχθηκαν δραστικοί συνδυασμοί αντιρετροϊκής θεραπείας στο τέλος του 1995 (Benjamin et al., 2016). Το AIDS συνεχίζει να αποτελεί ένα παγκόσμιο ζήτημα

για τη δημόσια υγεία, με χαρακτηριστικό παράδειγμα το 2006, όπου οι φορείς είχαν φτάσει τα 39,5 εκατομμύρια παγκοσμίως (Διομήδους και συν., 2009). Όμως, με έγκαιρη πρόληψη, διάγνωση και θεραπεία, το AIDS είναι μια διαχειρίσιμη χρόνια κατάσταση υγείας.

Στην Ελλάδα, το 2008 καταγράφηκαν στο ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ 410 άνδρες και 82 γυναίκες ως HIV οροθετικά άτομα, καθώς επίσης έχει αποδειχθεί ότι στους άνδρες εκδηλώνεται πιο συχνά με ποσοστό 79,9% (World Health Organization, 2020). Πιο συγκεκριμένα, το 2012, διαπιστώθηκαν 29.306 περιπτώσεις AIDS σε 29 χώρες και το μεγαλύτερο ποσοστό (40%) λοιμώξεων υπήρξε σε άνδρες που έχουν σεξουαλική επαφή με άνδρες (European Centre for Disease Prevention and Control, 2015).

Το 2015, 29.747 περιστατικά με HIV αναφέρθηκαν σε 31 χώρες, δηλαδή ποσοστό 5,8 περιπτώσεων ανά 100.000 πληθυσμούς. Το συγκεκριμένο ποσοστό δεν είναι το πραγματικό ποσοστό, επειδή αρκετές χώρες άργησαν στην αναφορά διαγνώσεων HIV (European Centre for Disease Prevention and Control, 2017).

Επιπλέον, το 2017 παρουσιάστηκε το ποσοστό 6,2 περιστατικών με HIV ανά 100.000 πληθυσμούς σε 30 χώρες και η πλειοψηφία που νόσησαν από το συγκεκριμένο ιό ήταν άνδρες, με ποσοστό 75% (European Centre for Disease Prevention and Control, 2019).

Πιο πρόσφατα επιδημιολογικά δεδομένα υπάρχουν για το έτος 2019, όπου σύμφωνα με την UNAIDS, 38 εκατομμύρια άνθρωποι είχαν AIDS παγκοσμίως, από τα οποία 1,8 εκατομμύρια ήταν παιδιά κάτω των 15 ετών και 36,2 εκατομμύρια ήταν ενήλικες (Hiv.gov, 2020). Παρόλα αυτά, οι νέες μολύνσεις από τον ιό του HIV ελαττώθηκαν κατά 39% μεταξύ του 2000 και του 2019, καθώς επίσης και οι θάνατοι με ποσοστό 51% (World Health Organization, 2020).

- Ιός Ανθρωπίνων Θηλωμάτων – Κονδυλώματα (HPV)

Έχει διαπιστωθεί, ότι το 24,5% των γυναικών, ηλικιακής ομάδας 14-19 ετών έχουν μολυνθεί από τον ιό των ανθρωπίνων θηλωμάτων, ενώ για τις ηλικίες των 20 έως 24 ετών το ποσοστό είναι 44,8% (Νάνου και συν., 2015). Παράλληλα, υπολογίζεται ότι το 50% των σεξουαλικά ενεργών ατόμων θα εμφανίσουν γεννητική λοίμωξη HPV κάποια στιγμή της ζωής του. Σύμφωνα με το CDC, ο καρκίνος που προκαλείται από τον HPV επηρεάζει πολλούς ανθρώπους κάθε χρόνο:

- 12.000 γυναίκες διαγνώστηκαν με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας
- 2.700 γυναίκες και 1.700 άνδρες διαγνώστηκαν με καρκίνο του πρωκτού
- 3.700 γυναίκες διαγνώστηκαν με καρκίνο του αιδοίου
- 1.000 άνδρες διαγνώστηκαν με καρκίνο στο πέος

Οι πληθυσμοί με τον υψηλότερο κίνδυνο για HPV λοίμωξη είναι οι αμφιφυλόφιλοι άνδρες, οι ομοφυλόφιλοι άνδρες, και οι άνθρωποι με χαμηλό ανοσοποιητικό σύστημα (Osborn et al., 2016). Επίσης, ο ιός HPV είναι συχνός μεταξύ όλων των σεξουαλικά ενεργών πληθυσμών, αλλά προκαλούν ιδιαίτερα βαρύ φορτίο ασθένειας στις αναπτυσσόμενες χώρες (Mabeay, 2014).

- Κοκκίωμα Βουβωνικό

Το βουβωνικό κοκκίωμα είναι μια σπάνια νόσος στις ΗΠΑ με μόλις 24 περιστατικά το 2010, αλλά ενδημεί σε περιοχές της Ινδίας, της Ωκεανίας, της Αφρικής και της Καραϊβικής (Benjamin et al., 2016).

- Μαλακό Έλκος

Το μαλακό έλκος είναι μια σεξουαλικά μεταδιδόμενη λοίμωξη που δεν εμφανίζεται συχνά στις ΗΠΑ, με μόνο 28 περιπτώσεις να έχουν αναφερθεί το 2009 και τα κρούσματα έχουν εμφανιστεί σε μεγαλύτερες πόλεις, σε πληθυσμούς όπου υπάρχει παράνομη χρήση ναρκωτικών, φτώχεια και πορνεία (Osborn et al., 2016).

1.4. Παράγοντες αύξησης και εξάπλωσης

Τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα είναι ασθένειες που μονοπωλούν το ενδιαφέρον εδώ και πολλά χρόνια με ιδιαίτερο κομμάτι τους, τους παράγοντες που οδηγούν στην αύξηση και την εδραίωση τους. Οι παράγοντες αυτοί μπορούν να κατηγοριοποιηθούν σε βιολογικούς, συμπεριφορικούς και σε κοινωνικούς (Eng & Butler, 2005).

Βιολογικοί παράγοντες:

Ως βιολογικά αίτια εξάπλωσης των ΣΜΝ χαρακτηρίζονται το φύλο, η ηλικία, η καθυστερημένη εμφάνιση συμπτωμάτων ΣΜΝ, η γενετική προδιάθεση κ.α.(Osborn et al., 2010). Αναλυτικότερα, όσον αφορά το φύλο, παρόλο που οι άνδρες και οι γυναίκες είναι εξίσου ευάλωτοι στα ΣΜΝ, οι γυναίκες διαγιγνώσκονται με ΣΜΝ σε υψηλότερο ποσοστό. Οι νεαρές σεξουαλικά ενεργές γυναίκες από βιολογικής απόψεως έχουν μεγάλο ποσοστό κυλινδρικού επιθηλίου που καλύπτει τον τράχηλο και ένα κολπικό pH που μπορεί να μεταβληθεί εξαιτίας συχνών ντους ή βακτηριακής κολπίτιδας, μιας κατάστασης που συμβαίνει συχνά στις γυναίκες. Η αλλαγή αυτή στο pH του κόλπου μπορεί να θέσει τις γυναίκες σε μεγαλύτερο κίνδυνο για ΣΜΝ.

Επίσης, οι εκκρίσεις των ανδρών και το σπέρμα είναι σε επαφή με τους βλεννογόνους της γυναίκας για μεγαλύτερο διάστημα συγκριτικά με το χρόνο που είναι σε επαφή οι εκκρίσεις των γυναικών με τους βλεννογόνους των ανδρών, στις σεξουαλικές επαφές. Για αυτό λοιπόν το λόγο, οι γυναίκες διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο ΣΜΝ σε σχέση με τους άνδρες. Έχει διαπιστωθεί πως οι γυναίκες που επιλέγουν χρήση από του στόματος αντισύλληψη αντιμετωπίζουν μεταβολές στις εκκρίσεις του τραχήλου, με αποτέλεσμα να δημιουργείται ένα πιο αλκαλικό περιβάλλον στον κόλπο και συνεπώς ένα πιο ευνοϊκό περιβάλλον για την ανάπτυξη μικροοργανισμών που προκαλούν ΣΜΝ (Dewit, 2009). Επιπλέον, πιστεύεται πως η έλλειψη ανδρικής περιτομής φαίνεται να αυξάνει τον κίνδυνο απόκτησης και ίσως μετάδοσης ορισμένων ΣΜΝ. Μια ανασκόπηση 30 δημοσιευμένων επιδημιολογικών μελετών που εξέτασαν τη σχέση μεταξύ της λοίμωξης HIV και της ανδρικής περιτομής οδηγήθηκε στη κατάληξη πως οι περισσότερες μελέτες βρήκαν μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της έλλειψης περιτομής και του αυξημένου κινδύνου για HIV λοίμωξη (Eng & Butler , 2005).

Ένας ακόμη βιολογικός παράγοντας αύξησης των ΣΜΝ είναι η ηλικία. Οι έφηβοι διατρέχουν σημαντικό κίνδυνο για ΣΜΝ τόσο από συμπεριφορική όσο και από βιολογική άποψη. Από βιολογική άποψη, τα έφηβα κορίτσια είναι ιδιαίτερα ευαίσθητα στα ΣΜΝ, όπως ο HPV λόγω της χαμηλότερης παραγωγής αυχενικού βλεννογόνου και της αυξημένης αυχενικής εκτοπής. Ως εκ τούτου, εάν εκτεθούν σε ΣΜΝ, τα κορίτσια στην εφηβεία είναι πιθανότερο από τους ενήλικες να μολυνθούν (Shannon & Klausner, 2019).

Τέλος η έλλειψη εμφανών σημείων και συμπτωμάτων που εκδηλώνονται από μολυσμένα άτομα σε συνδυασμό με το μεγάλο χρονικό διάστημα καθυστέρησης από την αρχική μόλυνση έως τα σημάδια σοβαρών επιπλοκών διαδραματίζει σοβαρό ρόλο στην εξάπλωση και την αύξηση των

ΣΜΝ, καθώς τα άτομα μη γνωρίζοντας πως πάσχουν από ΣΜΝ μπορεί να μην παίρνουν μέτρα προφύλαξης για τους ερωτικούς τους συντρόφους και να μην αναζητούν θεραπεία για την ασθένειά τους (Eng & Butler , 2005).

Συμπεριφορικοί παράγοντες:

Όλοι οι συμπεριφορικοί παράγοντες έχουν να κάνουν με την απροστάτευτη σεξουαλική δραστηριότητα και την συμπεριφορά υψηλού κινδύνου (Da Ros & Schmitt, 2008). Μια κατηγορία ατόμων υψηλού κινδύνου είναι τα άτομα που έχουν πολλούς ερωτικούς συντρόφους ή που έρχονται σε σεξουαλική επαφή με άτομα που έχουν επαφές με άλλα άτομα (Osborn et al., 2010). Η χρήση ουσιών μπορεί επίσης να συμβάλει στον κίνδυνο μόλυνσης από ΣΜΝ φαλκιδεύοντας τις γνωστικές και κοινωνικές δεξιότητες ενός ανθρώπου, καθιστώντας έτσι πιο δύσκολη τη λήψη μέτρων που χρειάζονται για να προστατευτεί από τα ΣΜΝ. Για παράδειγμα, η κοκαΐνη σε μικρές δόσεις μπορεί να μειώσει τις αναστολές και να αυξήσει τη σεξουαλικότητα, οδηγώντας σε αυξημένο αριθμό σεξουαλικών συναντήσεων και συντρόφων και σε πολλές σεξουαλικές συμπεριφορές υψηλού κινδύνου.

Ακόμη, οι γυναίκες και τα παιδιά που βιώνουν σεξουαλική βία έχουν πολλές πιθανότητες να προσβληθούν από ΣΜΝ (Eng & Butler , 2005). Επιπροσθέτως, οι έφηβοι είναι πιθανότερο να προβούν σε συμπεριφορά υψηλού κινδύνου, όπως σεξουαλικές επαφές χωρίς προφύλαξη ή το να έχουν ταυτόχρονους συντρόφους. Αυτό εν μέρει μπορεί να οφείλεται στο ότι ο προμετωπιαίος φλοιός, ο οποίος είναι υπεύθυνος για την εκτελεστική λειτουργία, εξακολουθεί να αναπτύσσεται κατά τη διάρκεια της εφηβείας. Επίσης οι έφηβοι έχουν μικρότερη πιθανότητα από τους ενήλικες στο να έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες σεξουαλικής υγείας, όπου σημαίνει ότι έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα έκθεσης σε ΣΜΝ και μικρότερη πιθανότητα διάγνωσης και θεραπείας (Shannon & Klausner, 2019). Ακόμη, μεγάλη συμβολή στην εξάπλωση των ΣΜΝ σε όλο τον κόσμο έχουν τα διεθνή ταξίδια (Morris, 2021).

Κοινωνικοί παράγοντες:

Σε επίπεδο πληθυσμού, η πρόληψη της αύξησης και εξάπλωσης των ΣΜΝ είναι αρκετά δύσκολη δίχως την αντιμετώπιση σοβαρών κοινωνικών προβλημάτων τα οποία επιδρούν σε μεγάλο βαθμό στην μετάδοση ΣΜΝ (Eng & Butler, 2005). Μερικά θεμελιώδη κοινωνικά ζητήματα, όπως για παράδειγμα η φτώχεια, η ελλιπής εκπαίδευση και οι κοινωνικές ανισότητες

συμβάλλουν έμμεσα στην αύξηση των ΣΜΝ σε κάποιους πληθυσμούς. Η φτώχεια συνδέεται άμεσα με την αδυναμία πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη, ενώ η ελλιπής εκπαίδευση ωθεί τα άτομα στο να μη αναζητούν βοήθεια όταν βιώνουν κάποια πιθανά συμπτώματα ΣΜΝ ή στο να μην χρησιμοποιούν προφυλάξεις και να μην είναι ευσυνείδητοι (Osborn et al., 2010).

1.5. Ανάλυση γεννητικού συστήματος

1.5.1. Ανάλυση γεννητικού συστήματος γυναίκας

Το γεννητικό σύστημα της γυναίκας αποτελείται από τα έσω και έξω γεννητικά όργανα. Στα έξω γεννητικά όργανα (αιδοίο) ανήκουν η κλειτορίδα, το εφηβαίο, τα μείζονα και τα ελάσσονα χείλη του αιδοίου, το πρόδομο του κόλπου και οι βαρθολίνειοι αδένες του προδόμου. Στα έσω γεννητικά όργανα ανήκουν η μήτρα, οι ωοθήκες, οι σάλπιγγες ή ωαγωγοί και ο κόλπος ή κολεός. Τα ωάρια, δηλαδή τα αναπαραγωγικά κύτταρα της γυναίκας, ωριμάζουν στις ωοθήκες. Τα ώριμα ωάρια απελευθερώνονται σε κάθε κύκλο μέσα στις σάλπιγγες και μεταβαίνουν προς την μήτρα. Σε περίπτωση που πραγματοποιηθεί γονιμοποίηση, το νεαρό έμβρυο εμφυτεύεται στο ενδομήτριο (Fritsch et l., 2005). Πιο αναλυτικά:

Έσω γεννητικά όργανα:

Ωοθήκες

Οι δύο ωοθήκες είναι τα κύρια γυναικεία αναπαραγωγικά όργανα. Κάθε ωοθήκη είναι μια στερεή, ωοειδής δομή σε σχήμα αμυγδάλου, μήκους περίπου 3,5 εκατοστών, πλάτους 2 εκατοστών και πάχους 1 εκατοστού (National Cancer Institute SEER Training Modules, 2021). Βρίσκονται από μία σε κάθε πλευρά του σώματος στο πλάγιο τοίχωμα της πυέλου και η μορφή της επιφάνειάς τους αλλάζει σύμφωνα με την ηλικία, δηλαδή λεία στην παιδική ηλικία και ανώμαλη στη σεξουαλικά ώριμη γυναίκα. Επιπλέον, στη μετεμμηνοπαυσιακή γυναίκα, η ωοθήκη έχει ρυτιδιασμένη και ατροφική όψη (Drake et al., 2006). Οι ωοθήκες καλύπτονται εξωτερικά από ένα στρώμα απλού κυβοειδούς επιθηλίου που ονομάζεται βλαστικό επιθήλιο. Η ουσία των ωοθηκών χωρίζεται σε έναν εξωτερικό φλοιό και έναν εσωτερικό μυελό που ονομάζονται φλοιώδη και

μυελώδη μοίρα αντίστοιχα. Η φλοιώδης μοίρα εμφανίζεται πιο πυκνή και κοκκώδης, λόγω της παρουσίας πολλών ωοθηκών σε διάφορα στάδια ανάπτυξης (Κατρίτση & Κελέκη, 2007).

Σάλπιγγες ή Ωαγωγοί

Οι σάλπιγγες ή ωαγωγοί είναι δύο σωλήνες που η κάθε μια έχει μήκος 10-18 εκατοστά και συνδέουν την κοιλότητα της κοιλιάς με την κοιλότητα της μήτρας. Η κάθε σάλπιγγα χωρίζεται σε 4 τμήματα, τον κώδωνα, τον ισθμό, τη λήκυθο και το ενδομήτριο ή ενδιάμεσο τμήμα της σάλπιγγας. Η κύρια λειτουργία των σαλπίγγων είναι η παραλαβή των ωαρίων και των σπερματοζωαρίων, με σκοπό τη δημιουργία ενός γονιμοποιημένου ωαρίου, το οποίο θα μεταφερθεί στην μήτρα (Παπαδόπουλος και συν., 2004).

Μήτρα

Η μήτρα είναι ένα μυώδες όργανο μήκους 7-8 εκατοστά και εντοπίζεται ανάμεσα στην ουροδόχο κύστη και στο ορθό, στην κεντρική θέση της ελάσσονος πυέλου. Έχει σχήμα αναποδογυρισμένου αχλαδιού με κλίση ελαφρώς προς τα εμπρός (Fritsch et al., 2005). Η μήτρα είναι ο χώρος που παραλαμβάνεται το γονιμοποιημένο ωάριο και αναπτύσσεται το έμβρυο (National Cancer Institute SEER Training Modules, 2021). Επιπρόσθετα, χωρίζεται σε πυθμένα, σώμα της μήτρας και τράχηλο της μήτρας. Ο πυθμένας είναι το σημείο που συνδέονται οι σάλπιγγες με την μήτρα, ενώ το σώμα είναι το μεγαλύτερο μέρος, αφού αποτελεί τα δύο τρίτα της μήτρας και καλύπτεται από περιτόναιο. Τέλος, ο τράχηλος βρίσκεται στο κατώτερο μέρος της μήτρας και διακρίνεται σε ενδοκολπική και υπερκολπική μοίρα. Η ενδοκολπική εντοπίζεται μέσα στον κόλπο, ενώ η υπερκολπική συναντάται πάνω από τον κόλπο (Κατρίτση & Κελέκη, 2007).

Κόλπος ή Κολεός

Ο κόλπος είναι ένα κοίλο ινομυώδες όργανο και έχει μήκος περίπου 10 εκατοστά (National Cancer Institute SEER Training Modules, 2021). Η έκτασή του ξεκινά από τον τράχηλο της μήτρας μέχρι το στόμιό του που βρίσκεται στο πρόδομο του κόλπου. Λειτουργεί ως έξοδος του εμμηνορρυσιακού αίματος και των εκκρίσεων, ως είσοδος του πέους κατά τη συνουσία, καθώς επίσης είναι το σημείο τοκετού από το οποίο εξέρχεται το έμβρυο (Drake et al., 2006).

Έξω γεννητικά όργανα (Αιδοίο):

Κλειτορίδα

Η κλειτορίδα είναι ένα πολύ ευαίσθητο και στυτικό όργανο, όπου αποτελείται από τα σκέλη, το σώμα και τη βάλανο της κλειτορίδας (Παπαδόπουλος και συν., 2004). Βρίσκεται προς τα εμπρός του αιδοίου, όπου ενώνονται οι πτυχές των χειλέων και οπίσθια από την κλειτορίδα είναι η ουρήθρα, ο κόλπος, οι παραουρηθρικοί αδένες και οι μεγαλύτεροι αιθουσαίοι αδένες (National Cancer Institute SEER Training Modules and Hirsch, 2021).

Εφηβαίο

Είναι ένα λιπώδες σώμα καλυμμένο με δέρμα, παρατηρείται πάνω από την ηβική σύμφυση και καλύπτεται από τριτογενείς τρίχες μετά την εφηβεία, με σκοπό την προστασία του αιδοίου (Fritsch et al., 2005).

Μείζονα Χείλη Αιδοίου

Τα μείζονα χείλη του αιδοίου είναι εμφανείς επιμήκεις πτυχές, οι οποίες εκτείνονται από το εφηβαίο μέχρι το περίνεο και καλύπτουν την αιδοϊκή σχισμή. Ενώνονται μπροστά στο πρόσθιο και πίσω στο οπίσθιο χαλινό των μεγάλων χειλέων. Οι εξωτερικές επιφάνειές τους αποτελούνται από σκουρόχρωμα δέρμα που περιέχει τρίχες, λείες μυϊκές ίνες, ιδρωτοποιούς και σμηγματογόνους αδένες. Επιπλέον, η επιθηλιακή κάλυψη των εσωτερικών επιφανειών τους είναι φτωχά κερατινοποιημένη και σε αυτές το δέρμα περιέχει σμηγματογόνους αδένες, αλλά δεν έχει τρίχες (Παπαδόπουλος και συν., 2004).

Ελάσσινα Χείλη Αιδοίου

Τα ελάσσινα χείλη του αιδοίου είναι δερματικές πτυχές που δεν έχουν λίπος και ξεχωρίζουν τον πρόδομο του κόλπου. Συνδέονται πίσω με το χαλινό των μικρών χειλέων, ο οποίος εξαφανίζεται με τον πρώτο τοκετό. Μπροστά τα ελάσσινα χείλη αποπλατύνονται σε δύο πτυχές το καθένα, οι δύο εξωτερικές πτυχές ενώνονται μπροστά από την κλειτορίδα και οι δύο εσωτερικές πτυχές σχηματίζουν το χαλινό της κλειτορίδας, που φτάνει στην κλειτορίδα. Τα ελάσσινα χείλη αποτελούνται από σμηγματογόνους αδένες και από ένα λεπτό επιδερμικό κάλυμμα πάνω σε συνδετικό ιστό (Drake et al., 2006).

Πρόδομος του Κόλπου

Ο πρόδομος του κόλπου εντοπίζεται ανάμεσα στην ουρήθρα και στον κόλπο. Αμφίπλευρα του στομίου του κόλπου και κοντά στην απόληξη κάθε βολβού του προδόμου υπάρχουν οι Bartholin's αδένες, οι οποίοι έχουν μέγεθος φασολιού (Fritsch et al., 2005).

1.5.2. Ανάλυση γεννητικού συστήματος άνδρα

Τα όργανα του ανδρικού γεννητικού συστήματος μπορούν να διαιρεθούν σε έσω και έξω γεννητικά όργανα. Τα έσω αποτελούνται από τον όρχι, την επιδιδυμίδα, τον σπερματικό πόρο και τους επικουρικούς γεννητικούς αδένες (όπως τον προστάτη, το βολβοουρηθρικό αδένα και τη σπερματοδόχο αδένα ή σπερματοδόχο κύστη). Βρίσκονται πάνω από το πυελικό έδαφος και προέρχονται από την ουρογεννητική πτυχή. Τα έξω περιλαμβάνουν το πέος, το όσχεο και τα περιβλήματα του όρχεος. Βρίσκονται κάτω από το πυελικό έδαφος και προέρχονται από τον ουρογεννητικό κόλπο (Κατρίτση & Κελέκη, 2007).

Όρχεις

Το ζεύγος των όρχεων αρχίζει την ανάπτυξη του ψηλά στην κοιλιακή κοιλότητα, κοντά στα νεφρά. Πριν από την γέννηση ή λίγο αργότερα οι όρχεις κατεβαίνουν στο όσχεο διαμέσου του βουβωνικού σωλήνα. Το όσχεο, στο οποίο είναι μέσα οι όρχεις, συνίσταται από υποδόριο ιστό και δέρμα (Drake et al., 2006). Στη θέση την οποία βρίσκονται οι όρχεις, δηλαδή έξω από την κοιλιακή κοιλότητα, έχουν θερμοκρασία τριών βαθμών κελσίου χαμηλότερη από την φυσιολογική θερμοκρασία του σώματος, συνθήκη η οποία είναι απαραίτητη για την παραγωγή σπέρματος που μπορεί να διατηρηθεί στη ζωή (National Cancer Institute SEER Training Modules, 2021).

Κάθε όρχις έχει οβάλ σχήμα με ελαστική και συμπαγή σύσταση και διαστάσεις 3 εκατοστών σε διάμετρο και 4-5 εκατοστών σε μήκος. Επίσης ο κάθε όρχις αποτελείται από έναν άνω και έναν κάτω πόλο καθώς και από μια έσω και μια έξω επιφάνεια. Συνήθως ο αριστερός όρχις είναι μεγαλύτερος από τον δεξιό. Στους όρχεις παράγονται τα ανδρικά γεννητικά κύτταρα, δηλαδή τα σπερματοζώαρια, τα οποία μεταφέρονται μέσα από ένα σύστημα μικρών σωληνάριων στην επιδιδυμίδα, όπου και ωριμάζουν. Ύστερα, τα ώριμα σπερματοζώαρια μεταβαίνουν από το σπερματικό πόρο στην ανδρική ουρήθρα, όπου από αυτή εξέρχονται από το σώμα (Fritsch et al., 2005).

Επιδιδυμίδα

Αφού τα σπερματοζωάρια παραχθούν στους όρχεις τότε μετακινούνται και αποθηκεύονται προσωρινά στην επιδιδυμίδα η οποία είναι ένας σωληνώδης σχηματισμός και βρίσκεται πίσω από τον κάθε όρχι (National Cancer Institute SEER Training Modules, 2021). Η επιδιδυμίδα αποτελείται από 3 τμήματα, την κεφαλή, το σώμα και την ουρά της. Τα σπερματοζωάρια μεταβαίνουν στην επιδιδυμίδα για να υποστούν ωρίμανση αφού εκεί εμπλουτίζονται με θρεπτικές ουσίες και υγρά έτσι ώστε να είναι πιο εύκολη η μετακίνησή τους (Παπαδόπουλος και συν., 2004). Για αυτό τον λόγο η επιδιδυμίδα αποτελεί θέση προσωρινής αποθήκευσης των ώριμων σπερματοζωαρίων. Η επιδιδυμίδα όπως και οι όρχεις βρίσκεται μέσα στο όσχεο (Κατρίτση & Κελέκη, 2007).

Σπερματικός πόρος

Ο σπερματικός πόρος είναι ένας μυϊκός σωλήνας, που αποτελεί συνέχεια της επιδιδυμίδας, ο οποίος μεταφέρει το σπέρμα. Έχει πάχος 3-3,5 χιλιοστά και μήκος 35-40 εκατοστά. Ο σπερματικός πόρος εκτείνεται ως την βάση του προστάτη όπου εκεί ενώνεται με την σπερματοδόχο κύστη, καθώς επίσης εκβάλλει στον εκσπερματιστικό πόρο που εντοπίζεται στην προστατική ουρήθρα (Παπαδόπουλος και συν., 2004). Η λειτουργία του είναι η μεταφορά σπέρματος και σπερματικών υγρών από την επιδιδυμίδα στην ανδρική ουρήθρα μέσω περισταλτικών κινήσεων (Drake et al., 2006).

Σπερματοδόχος κύστη

Η σπερματοδόχος κύστη είναι η θέση αποθήκευσης του σπέρματος. Εντοπίζεται στην οπίσθια επιφάνεια της ουροδόχου κύστης πλάγια από την λήκυθο του σπερματικού πόρου. Έχει μήκος 5 εκατοστών και συνίσταται από ισχυρό μυϊκό τοίχωμα. Τα επιθηλιακά κύτταρα της σπερματοδόχου κύστης εκκρίνουν ένα υγρό πλούσιο σε φρουκτόζη που αποτελεί το μεγαλύτερο ποσοστό του όγκου του σπερματικού υγρού (Fritsch et al., 2005).

Προστάτης

Ο προστάτης εντοπίζεται κάτω από την ουροδόχο κύστη και πάνω στο πυελικό έδαφος (Drake et al., 2006). Έχει σχήμα κάστανου και η κύρια λειτουργία του είναι η παραγωγή ενός υγρού που είναι απαραίτητο για την εκσπερμάτωση και ενισχύει την κινητικότητα του σπέρματος (Κατρίτση & Κελέκη, 2007). Είναι ένας εξωκρινής αδένας και περιβάλλεται από ισχυρό συνδετικό

ιστό, την κάψα του προστάτη. Οι εκκρίσεις του είναι όξινες και περιέχουν πολυάριθμα ένζυμα. Οι εκκρίσεις αυτές αποτελούν το 15-30% του σπερματικού υγρού (Fritsch et al., 2005).

Βολβοουρηθραίοι αδένες

Είναι δύο αδένες οι οποίοι έχουν μέγεθος μπιζελιού και εντοπίζονται στο ουρογεννητικό διάφραγμα. Παράγουν ένα κολλώδες και βλενώδες έκκριμα το οποίο αποχετεύεται μέσω ενός εκφορητικού πόρου στο εγγύς τμήμα της σηραγγώδους μοίρας της ουρήθρας (Drake et al., 2006).

Ουρήθρα

Η ανδρική ουρήθρα είναι ένας αγωγός μήκους περίπου 20 εκατοστών από τον οποίο εξέρχονται το σπέρμα και τα ούρα (Fritsch et al., 2005).

Πέος

Το πέος είναι το όργανο αναπαραγωγής των ανδρών. Συνίσταται από δύο σηραγγώδη σώματα, της ουρήθρας και του πέους και χωρίζεται σε 3 μέρη: τη ρίζα του πέους, το σώμα και τη βάλανο. Το πέος περιβάλλεται από δέρμα το οποίο δεν περιέχει καθόλου λίπος και βρίσκεται πίσω από το όσχεο και πάνω από την ηβική σύμφυση. Όσον αφορά τη λειτουργία του, η στύση δημιουργείται από σεξουαλικά ερεθίσματα που υπόκεινται σε επεξεργασία από το αυτόνομο νευρικό σύστημα το οποίο συνδέεται με το κεντρικό νευρικό σύστημα (Παπαδόπουλος και συν., 2004).

Όσχεο

Το όσχεο είναι ένα στρώμα δέρματος που περιβάλλει τους όρχεις, τα περιβλήματά τους και την επιδιδυμίδα. Αποτελεί συνέχεια του δέρματος της κοιλιακής κοιλότητας και έχει σκουρόχρωμη όψη. Εμπεριέχει σμηγματογόνους αδένες, η περιοχή του καλύπτεται από τρίχες, καθώς επίσης χωρίζεται σε δύο τμήματα από το διάφραγμα του όσχεου (Κατρίτση & Κελέκη, 2007).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΒΑΚΤΗΡΙΑΚΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ

2.1. Χλαμύδια

Τα χλαμύδια είναι μια από τις πιο συχνές σεξουαλικά μεταδιδόμενες βακτηριακές λοιμώξεις με την μεγαλύτερη επίπτωση παγκοσμίως (Kelly et al., 2017). Μεταδίδονται με σεξουαλική επαφή χωρίς προφύλαξη (κολπική, πρωκτική ή στοματική) με κάποιο άτομο που νοσεί είτε από την μητέρα στο βρέφος της κατά τον τοκετό (Pan American Health Organization, 2021).

Προκαλούνται από το *Chlamydia Trachomatis*, ένα Gram αρνητικό βακτήριο, το οποίο είναι αποκλειστικά ενδοκυττάριο και χρησιμοποιεί κύτταρα ξενιστές έτσι ώστε να αναπαραχθεί (Barbeyrac & Bebear, 2009). Έχει αποδειχθεί ότι υπάρχουν 20 ορότυποι του *C. Trachomatis*, οι A-C οι οποίοι προκαλούν οφθαλμικό τράχωμα, οι D-K που προκαλούν νόσο γεννητικών οργάνων και πρωκτού και οι L1-L3 που προκαλούν αφροδίσιο λεμφοκοκκίωμα (Benjamin et al., 2016). Τα *C. Trachomatis* υπάρχουν παντού και διαφοροποιούνται από τα υπόλοιπα βακτήρια λόγω του ενδοκυτταρίου παρασιτισμού τους (Malhotra et al., 2013). Κατά την διάρκεια του κύκλου ανάπτυξής τους διακρίνονται δύο διαφορετικές μορφές, το εξωκυτταρικό μολυσματικό στοιχειώδες σώμα και το μη μολυσματικό δικτυωτό σώμα (Elwell et al., 2016). Όταν τα *C. Trachomatis* βρίσκονται εκτός κυττάρου-ξενιστή ο μικροοργανισμός παραμένει σε κατάσταση στοιχειώδους σωματίου έως την προσκόλληση του στα επιθηλιακά κύτταρα στόχους και την ενδοκυττάρωση του (Mpriga & Ravaoarino, 2006).

Το μεγαλύτερο βάρος της νόσου το φέρουν οι γυναίκες οι οποίες με τη σειρά τους είναι πιθανό να μολύνουν τους συντρόφους τους (Malhotra et al., 2013). Επίσης είναι ιδιαίτερα συχνή νόσος σε έφηβους και νεαρούς ενήλικες που έχουν ενεργή σεξουαλική ζωή καθώς και σε ομοφυλόφιλους (National Health Service, 2018). Ενδέχεται να προκαλέσουν ουρηθρίτιδα στους άνδρες, ενώ στις γυναίκες ουρηθρίτιδα, ενδομητρίτιδα και τραχηλίτιδα (Malhotra et al., 2013). Παρόλα αυτά στους άνδρες σπάνια συμβαίνουν επιπλοκές από χλαμύδια (Benjamin et al., 2016).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) εκτίμησε ότι το 2012, 131 εκατομμύρια νέες περιπτώσεις λοιμώξεων από χλαμύδια συνέβησαν μεταξύ ενηλίκων και νέων ηλικίας 15-49 ετών παγκοσμίως, με περίπου 128 εκατομμύρια κρούσματα ήδη υπάρχοντα. Ο υψηλότερος αριθμός των

κρουσμάτων εντοπίστηκε στην Αμερική και στην περιοχή του Δυτικού Ειρηνικού (Pan American Health Organization, 2021).

2.1.1. Κλινική Εικόνα – Συμπτωματολογία

Τα χλαμύδια, είναι μια ασθένεια όπου στο 70-80% των μολυσμένων γυναικών και στο 50% των μολυσμένων ανδρών δεν εμφανίζει συμπτωματολογία (Pan American Health Organization, 2021). Αν υπάρχουν συμπτώματα τότε εμφανίζονται δύο με τρεις εβδομάδες μετά την σεξουαλική επαφή με μολυσμένο άτομο. Σε μερικούς ανθρώπους εμφανίζονται ακόμη και μετά από πολλούς μήνες (National Health Service, 2018).

Στις γυναίκες τα συμπτώματα περιλαμβάνουν:

- Επώδυνη ούρηση
- Άλγος στην κοιλιακή χώρα ή και στην λεκάνη
- Πόνος κατά την σεξουαλική πράξη
- Ύπαρξη αιμορραγίας μετά την σεξουαλική επαφή
- Ύπαρξη αιμορραγίας μεταξύ των ημερών της έμμηνου ρήσης
- Κίτρινες κολπικές εκκρίσεις
- Συχνουρία
- Ασυνήθιστη οσμή μετά από σεξουαλική επαφή

Εάν δεν αναζητηθεί και δοθεί έγκαιρη θεραπεία τότε τα χλαμύδια μπορεί να εξαπλωθούν στην μήτρα και να προκαλέσουν πυελική φλεγμονώδη νόσο η οποία μπορεί να οδηγήσει σε έκτοπη εγκυμοσύνη ή ακόμη και σε στειρότητα (National Health Service, 2018 and Osborn et al., 2010).

Στους άνδρες τα συμπτώματα είναι:

- Επώδυνη ούρηση
- Συχνουρία
- Υδαρείς βλεννώδεις εκκρίσεις
- Κάψιμο ή κνησμός στην περιοχή της ουρήθρας
- Πόνος στους όρχεις

Επίσης αν δεν εντοπιστεί και αντιμετωπιστεί έγκαιρα ενδέχεται να προκληθεί οίδημα στην επιδιδυμίδα και στους όρχεις γεγονός που θα μπορούσε να επηρεάσει την γονιμότητά τους (National Health Service, 2018 and Osborn et al., 2010).

Τα νεογνά που έχουν εκτεθεί σε χλαμύδια μπορεί να εμφανίσουν λοιμώξεις οφθαλμών (όπως επιπεφυκίτιδα) και πνευμονία. Η χλαμυδιακή επιπεφυκίτιδα εκδηλώνεται με ερυθρότητα στον επιπεφυκότα και με πυώδες έκκριση ή οίδημα στα βλέφαρα. Η πνευμονία γίνεται αισθητή 1-3 μήνες μετά την λοίμωξη (Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας, 2021). Εάν τα χλαμύδια προχωρήσουν και μολύνουν το ορθό τότε προκαλείται άλγος στο ορθό, αιμορραγία ή και μερικές φορές διάρροια (MedlinePlus, 2018).

2.1.2. Διάγνωση

Οι εξετάσεις που συνιστώνται για την ανίχνευση των χλαμυδιακών λοιμώξεων είναι λιτές, δεν είναι επώδυνες και είναι εξαιρετικά αξιόπιστες (National Health Service, 2018). Οι εργαστηριακές αυτές δοκιμές μπορούν να ταυτοποιήσουν τα *C. Trachomatis* στα σωματικά υγρά και τα ούρα (Osborn et al., 2010). Η πιο ευαίσθητη εργαστηριακή εξέταση (90-95%) για το συγκεκριμένο οργανισμό είναι η δοκιμή ενίσχυσης νουκλειικού οξέος (NAAT) (European Center for Disease Prevention and Control, 2018). Επίσης ανιχνεύουν όλους τους ορότυπους του *C. Trachomatis*. Μερικά παραδείγματα NAAT τεχνικών είναι η αλυσιδωτή αντίδραση πολυμεράσης (PCR), η αλυσιδωτή αντίδραση Ligase (LCR), η ενίσχυση μετατόπισης σκέλους (SDA) και η ενίσχυση με μεσολάβηση μεταγραφής (TMA) (European Center for Disease Prevention and Control, 2018). Για την πραγματοποίηση των NAAT εξετάσεων συλλέγονται κολπικά επιχρίσματα ή δείγμα ούρων από τις γυναίκες και δείγμα ούρων από τους άνδρες (Barbeyrac & Bebear, 2009).

Κάποιες άλλες σημαντικές εξετάσεις που μπορούν εναλλακτικά να πραγματοποιηθούν είναι:

- Η δοκιμασία υβριδοποίησης του νουκλειικού οξέος, η οποία είναι μια μοριακή μέθοδος με ευαισθησία 95% και ειδικότητα 99%.
- Η εξέταση DNA η οποία πραγματοποιείται με εύκολη εκτέλεση.
- Η κυτταρική καλλιέργεια η οποία έχει σχεδόν 100% ειδικότητα, όμως δεν συνίσταται διότι έχει χαμηλό ποσοστό ευαισθησίας (Barbeyrac & Bebear, 2009).

2.1.3. Θεραπεία

Η επιλογή της κατάλληλης θεραπείας για τις γλαμυδιακές λοιμώξεις εξαρτάται από την ηλικία του πάσχοντα, το σημείο της λοίμωξης και το πόσο περίπλοκη είναι αυτή (Malhotra et al., 2013). Θεραπεία χρειάζεται να λάβουν και οι ασθενείς αλλά και οι σεξουαλικοί τους σύντροφοι (Barbeyrac & Bebear, 2009). Ο μόνος αποτελεσματικός τρόπος για την θεραπεία των γλαμυδίων είναι η χορήγηση αντιβιοτικών (Centers for Diseases Control and Prevention, 2017). Πάνω από το 95% των ατόμων που παίρνουν με ορθό τρόπο να αντιβιοτικά τους ξεπερνούν την ασθένειά τους (National Health Service, 2018).

Γενικότερα σε απλές λοιμώξεις το CDC προτείνει χορήγηση ενός γραμμαρίου αζιθρομυκίνης σε μία δόση από το στόμα ή χορήγηση 100 mg δοξοκυκλίνης από το στόμα, δύο φορές την ημέρα για χρονικό διάστημα μιας εβδομάδας (Malhotra et al., 2013). Σε σχέση με τις άλλες φαρμακευτικές επιλογές η αζιθρομυκίνη χορηγείται σε άτομα με πρόβλημα συμμόρφωσης (Osborn et al., 2010). Σε υποτροπιάζουσα γλαμυδιακή λοίμωξη όπου υπάρχει ο κίνδυνος έκτοπης εγκυμοσύνης και πυελικής φλεγμονώδους νόσου, το CDC προτείνει τηλοξακίνη σε δόση 400 mg από το στόμα ή λεβοφλοξασίνη 500 mg από το στόμα μία φορά την ημέρα για χρονικό διάστημα δύο εβδομάδων (Malhotra et al., 2013). Όσον αφορά τις εγκυμονούσες γυναίκες η λεβοφλοξασίνη, η φυλλοξακίνη και η δοξυκυκλίνη αντενδείκνυνται. Σε αυτήν λοιπόν την ιδιαίτερη περίπτωση συνίσταται να χορηγείται αζιθρομυκίνη ενός γραμμαρίου σε μια δόση ή αμοξικιλίνη σε δόση 500 mg από του στόματος χορήγηση τρεις φορές την ημέρα (Malhotra et al., 2013). Εναλλακτικά συνίσταται η χορήγηση ερυθρομυκίνης 500 mg η οποία επίσης είναι μια ασφαλής λύση (Osborn et al., 2010).

2.1.4. Επιπλοκές

Εάν οι γλαμυδιακές λοιμώξεις δεν αντιμετωπιστούν εγκαίρως με την κατάλληλη θεραπεία τότε ενδέχεται να εξαπλωθούν και να προκαλέσουν επιπλέον προβλήματα (European Center for Disease Prevention and Control, 2018).

Επιπλοκές στους άνδρες:

Τα γλαμύδια στους άνδρες είναι πιθανό να επεκταθούν στους όρχεις και στην επιδιδυμίδα προξενώντας τους να γίνουν επώδυνοι και πρησμένοι, μια κατάσταση που ονομάζεται

επιδιδυμίτιδα. Η φλεγμονή αυτή θεραπεύεται με τη χορήγηση αντιβιοτικών φαρμάκων. Αν πάλι δεν αντιμετωπιστεί τότε μπορεί να επιδράσει στην γονιμότητα. Μια άλλη επιπλοκή είναι η αντιδραστική αρθρίτιδα (SARA) η οποία είναι η φλεγμονώδης αντίδραση στα μάτια ή στην ουρήθρα και γενικά συμβαίνει στις γυναίκες αλλά είναι συχνή και στους άνδρες. Μέχρι σήμερα δεν έχει βρεθεί θεραπεία όμως οι περισσότεροι αναρρώνουν μέσα σε λίγους μήνες (National Health Service, 2018).

Επιπλοκές στις γυναίκες:

Στις γυναίκες τα χλαμύδια ενδέχεται να εξαπλωθούν στην μήτρα, στις ωοθήκες και στις σάλπιγγες και να οδηγήσουν στην πρόκληση πυελικής φλεγμονώδους νόσου (PID). Αυτό στη συνέχεια μπορεί να προκαλέσει προβλήματα όπως δυσκολία στην προσπάθεια σύλληψης, σε στειρότητα, σε χρόνια πυελικό πόνο και σε υψηλή πιθανότητα έκτοπης εγκυμοσύνης. Η νόσος αυτή μπορεί να ιαθεί με την χορήγηση αντιβιοτικών για χρονικό διάστημα δύο εβδομάδων (Centers for Diseases Control and Prevention. 2017).

2.2. Σύφιλη

Η σύφιλη είναι μια σεξουαλικά μεταδιδόμενη λοίμωξη που προκαλείται από το βακτήριο *Treponema Pallidum* και οδηγεί σε υψηλή νοσηρότητα και θνησιμότητα (Pan American Health Organization, 2021). Η μετάδοση της συμβαίνει μέσω της επαφής με πληγές ατόμων που έχουν σύφιλη, οι οποίες συνήθως εμφανίζονται στον κόλπο, τον πρωκτό, το ορθό, τα χείλη και το στόμα. Επίσης, η σύφιλη μπορεί να μεταδοθεί από μια έγκυο μητέρα στο αγέννητο παιδί της μια κατάσταση που ονομάζεται συγγενής σύφιλη (National Institute of Allergy and Infectious Diseases, 2014).

Ο χρόνος επώασης μπορεί να κυμανθεί από 10 έως 90 μέρες αλλά συνήθως διαρκεί τρεις εβδομάδες (Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας, 2021). Το αίτιο της σύφιλης, δηλαδή το *Treponema Pallidum*, είναι ένα αναερόβιο βακτήριο το οποίο μπορεί να προσβάλλει κάθε όργανο ή ιστό του σώματος (Osborn et al., 2010). Το βακτήριο αυτό, επιπλέον έχει σπειροειδή μορφή και κινείται με σπειροειδείς κινήσεις (Dewit, 2009). Οι μοναδικοί φυσικοί ξενιστές του *T. Pallidum* είναι οι άνθρωποι (Radolf et al, 2015).

Η σύφιλη αποτελούσε μεγάλο πρόβλημα την δεκαετία του 1940, καθώς τότε δεν ήταν διαθέσιμη η πενικιλίνη, μετά την ανακάλυψη της όμως τα κρούσματα μειώθηκαν κατά 90% στις ΗΠΑ μέχρι το 1975. Από το 1975 και ύστερα, η επίπτωση της σύφιλης παρουσίασε αυξήσεις ανά διαστήματα. Ως σήμερα η λοίμωξη αυτή αποτελεί μείζον ζήτημα υγείας (European Center for Disease Prevention and Control, 2019).

Η σύφιλη έχει διακριθεί σε τέσσερα στάδια. Τα στάδια αυτά είναι η πρωτογενής, η δευτερογενής, η λανθάνουσα και η τριτογενής σύφιλη (Center for Disease Prevention and Control, 2015). Υπάρχουν διαφορετικά σημεία και συμπτώματα για το κάθε στάδιο (Center for Disease Prevention and Control, 2017). Επιπροσθέτως, αξίζει να σημειωθεί, ότι η σύφιλη και πιο συγκεκριμένα το *T. Pallidum* μπορεί να μολύνει το κεντρικό νευρικό σύστημα και να καταλήξει σε νευροψυχία, μια κατάσταση η οποία μπορεί να γίνει σε οποιοδήποτε στάδιο (Center for Disease Prevention and Control, 2015). Η αντιμετώπιση και η ίαση της σύφιλης στα πρώτα στάδια είναι εύκολη, αν όμως δεν συμβεί εγκαίρως ενδέχεται να προκαλέσει μη αναστρέψιμα ζητήματα υγείας (Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας, 2021).

2.2.1. Κλινική Εικόνα – Συμπτωματολογία

Όπως προαναφέρθηκε τα άτομα με σύφιλη εμφανίζουν συμπτώματα σε 10-90 ημέρες από την έκθεση (συνήθως τρεις εβδομάδες) τα οποία διαφέρουν ανάλογα με το στάδιο της νόσου (O'Byrne & MacPherson, 2019).

Πρωτογενής σύφιλη

Στο πρώιμο αυτό στάδιο το βασικό σύμπτωμα που παρατηρείται είναι ένα ή περισσότερα έλκη με μικρές διαστάσεις στην περινεϊκή, γεννητική και πρωκτική περιοχή είτε στο στόμα ή στον φάρυγγα (Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας, 2021). Τα έλκη αυτά είναι μερικές φορές τόσο μικρά και αμελητέα που πολλοί νοσούντες δεν τα παρατηρούν. Ενδέχεται επίσης να παρατηρηθούν πρησμένοι αδένες στις μασχάλες, στον λαιμό και στην βουβωνική περιοχή (National Health Service, 2019). Βέβαια πολλά άτομα δεν εμφανίζουν κανένα σύμπτωμα σε αυτό το στάδιο, είτε έχουν αλλά είναι ήπια και καθιστούν δύσκολο το προσδιορισμό της ύπαρξης σύφιλης (STD, 2018). Οι συγκεκριμένες κλινικές εκδηλώσεις περνούν περίπου σε 2 με 8 εβδομάδες και αν η λοίμωξη έως τότε δεν έχει θεραπευτεί, ενδεχομένως να προχωρήσει σε δεύτερο στάδιο (National Health Service, 2019).

Δευτερογενής σύφιλη

Επειδή πολλές φορές τα άτομα με σύφιλη δεν αναγνωρίζουν ότι πάσχουν και συνεπώς δεν αναζητούν θεραπεία, οδηγούνται στο δευτερογενές στάδιο (STD, 2018). Το συγκεκριμένο στάδιο, αναπτύσσεται αρκετές εβδομάδες ή μήνες μετά την έκθεση (Martinez & Johnson, 2014). Το στάδιο αυτό συχνά ξεκινά με ήπιο πυρετό, πονόλαιμο, πονοκέφαλο, άλγος στις αρθρώσεις και βλατινώδη εξανθήματα στον κορμό, στις παλάμες και στα πέλματα των χεριών (O'Byrne & MacPherson, 2019). Άλλα σημεία είναι τα κονδυλώματα της περιγεννητικής περιοχής όπως στο αιδοίο, στο περίνεο, στη βουβωνική περιοχή, στη πρωκτική περιοχή ή στο εσωτερικό των μηρών τα οποία εμφανίζονται εξίσου σε γυναίκες και άνδρες. Επιπλέον μπορεί να εμφανιστούν βλεννώδη εξανθήματα στην στοματική κοιλότητα, αλωπεκία, κνησμός και διόγκωση λεμφαδένων (Dewit, 2009). Ενδέχεται επίσης να παρατηρηθούν και νευρολογικά συμπτώματα, όπως μηνιγγίτιδα, μεταβολές στην ψυχική κατάσταση ή μνήμη, φλεγμονή των οφθαλμών ή του ήπατος (STD, 2018).

Λανθάνουσα σύφιλη

Ύστερα από τα δύο πρώτα στάδια, στα οποία τα άτομα δεν αναζητούν θεραπεία, η νόσος εισέρχεται στο λανθάνον στάδιο, κατά τη διάρκεια του οποίου οι νοσούντες δεν εμφανίζουν κλινικά σημεία και συμπτώματα (O'Byrne & MacPherson, 2019). Σε αυτή την φάση παρόλο που δεν υπάρχουν συμπτώματα, η ασθένεια μπορεί να αναγνωριστεί με ορολογικές δοκιμασίες (Center for Disease Prevention and Control, 2015).

Τριτογενής σύφιλη

Περίπου το 30 με 40% των ατόμων με σύφιλη που δεν λαμβάνουν θεραπεία βιώνουν αυτό το στάδιο (Dewit, 2009). Στη φάση αυτή, ενδέχεται να εμφανιστούν κομμιώματα, τα οποία είναι μάζες που μπορούν να καταστρέψουν τα νεύρα, τον εγκέφαλο, το ήπαρ, τα οστά, τους οφθαλμούς, τα αιμοφόρα αγγεία και τις αρθρώσεις. Τα άτομα που δεν λαμβάνουν θεραπεία στο τελικό αυτό στάδιο, είναι πιθανό να καταλήξουν από καρδιαγγειακές και νευρολογικές επιπλοκές (Osborn et al., 2010).

2.2.2. Διάγνωση

Η διάγνωση της σύφιλης δυσχεραίνεται από την αδυναμία καλλιέργειας του *T Pallidum* στα συνήθη μέσα και βασίζεται κυρίως σε ορολογικές δοκιμές (Dewit, 2009). Οι διαγνωστικές αυτές εξετάσεις αφορούν την άμεση και έμμεση αντίχνευση αντισωμάτων του *T Pallidum*.

Οι δοκιμές χωρίζονται σε τρεπονηματικές και μη τρεπονηματικές. Οι μη τρεπονηματικές δοκιμασίες δεν σχετίζονται άμεσα με το τρεπόνημα, αλλά εντοπίζουν αντισώματα τα οποία είναι παρεμφερή με τα αντισώματα κατά του *T Pallidum*. Μερικές από αυτές τις δοκιμές είναι η ταχεία αντιδρασίνη πλάσματος (rapid plasma reagin, RPR) και η δοκιμασία του ερευνητικού εργαστηρίου αφροδίσιων νοσημάτων (venereal disease research laboratory, VDRL) (MedlinePlus, 2016). Οι συγκεκριμένες εξετάσεις διακρίνονται από ευαισθησία αλλά όχι από ειδικότητα, καθώς συχνά παρουσιάζουν ψευδώς θετικά αποτελέσματα.

Οι τρεπονηματικές εξετάσεις εντοπίζουν αντισώματα εναντίον του παθογόνου και επομένως είναι εξαιρετικά πιο ειδικές (Martinez & Johnson, 2014). Μια τρεπονηματική εξέταση είναι η δοκιμή απορρόφησης φθορίζοντος τρεπονηματικού αντισώματος (fluorescent treponemal antibody absorption, FTA-ABS) (Dewit, 2009).

2.2.3. Θεραπεία

Πρωταρχικοί παράγοντες για την αντιμετώπιση της είναι ο έγκαιρος εντοπισμός, η άμεση θεραπεία με τελέσφορο αντιβιοτικό σχήμα και η ίαση των σεξουαλικών συντρόφων των ατόμων με σύφιλη (Peeling et al, 2017). Η θεραπεία της σύφιλης διαφέρει ανάλογα με το κλινικό στάδιο που βρίσκεται η νόσος, καθώς επίσης η πενικιλίνη είναι η κύρια μορφή θεραπείας για τα στάδια αυτά (Martinez & Johnson, 2014).

Οι κατευθυντήριες γραμμές του ΠΟΥ για την ίαση της σύφιλης είναι οι εξής:

Στην φάση της πρώιμης σύφιλης (πρωτογενής και δευτερογενής σύφιλη):

- Συνίσταται η ενδομυϊκή χορήγηση βενζαθίνης πενικιλίνης G σε εφάπαξ δοσολογία ή εναλλακτικά η ενδομυϊκή χορήγηση προκαΐλης πενικιλίνης σε ημερήσιες δόσεις για χρονικό διάστημα 10 έως 14 ημερών.
- Εάν για κάποιους λόγους είναι αδύνατη η θεραπεία με βάση την πενικιλίνη τότε συνίσταται η από του στόματος χορήγηση δοξοκυκλίνης σε δύο δόσεις ημερησίως για 10 έως 14

ημέρες ή ενδομυϊκή χορήγηση κεφτριαξόνης σε ημερήσιες δόσεις για χρονικό διάστημα 10-14 ημερών.

Στην φάση της όψιμης σύφιλης (λανθάνουσα και τριτογενής σύφιλη):

- Συνίσταται η ενδομυϊκή χορήγηση βενζαθίνης πενικιλίνης G σε εβδομαδιαίες δόσεις για χρονικό διάστημα τριών εβδομάδων ή η ενδομυϊκή χορήγηση προκαΐλης πενικιλίνης σε ημερήσιες δόσεις για χρονικό διάστημα 20 ημερών.
- Εάν δεν δύναται η χορήγηση πενικιλίνης τότε χορηγείται από του στόματος δοξκυκλίνη σε ημερήσιες δόσεις για διάστημα 30 ημερών.

Σε περιπτώσεις συγγενούς σύφιλης:

- Συνίσταται η ενδοφλέβια χορήγηση υδάτινης βενζυλικής πενικιλίνης για χρονικό διάστημα 10 έως 15 ημερών ή εναλλακτικά η ενδομυϊκή χορήγηση προκαΐνης πενικιλίνης ημερησίως για διάστημα 10 έως 15 ημερών (Peeling et al, 2017).

2.3. Μαλακό Έλκος

Το μαλακό έλκος ή αλλιώς chancroid είναι μια σεξουαλικά μεταδιδόμενη οξεία λοίμωξη των γεννητικών οργάνων και των βλεννογόνων μεμβρανών, το οποίο προκαλείται από το gram αρνητικό βακτήριο *Haemophilus Ducreyi* (Lewis, 2003). Το βακτήριο αυτό προκαλεί βλατίδες και επώδυνα έλκη, τα οποία με την πάροδο του χρόνου εξαπλώνονται (Morris, 2019). Έχει αποδειχθεί μέσω ερευνών πως το chancroid είναι μια νόσος που συμβαίνει σπάνια στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, αλλά και παγκοσμίως (MedlinePlus, 2019). Οι περιοχές στις οποίες το Chancroid εμφανίζεται είναι η Ασία, η Αφρική και η Καραϊβική (Centers for Disease Prevention and Control, 2017). Επιπλέον, η ασθένεια έχει την τάση να αναπτύσσεται σε χώρες χαμηλού κοινωνικοοικονομικού υποβάθρου (Ronald, 2020). Προσφάτως έχει αναγνωριστεί ως αιτιολογικός παράγοντας των ελκών του δέρματος στην περιοχή του Νότιου Ειρηνικού (Plourde & Ronald, 2014).

Μέσω ερευνών έχει διαπιστωθεί πως η ύπαρξη ελκών chancroid είναι ένας παράγοντας που ενισχύει την μετάδοση του HIV ιού (Ronald, 2020). Συμπερασματικά, λόγω αυτής της διαπίστωσης, θεωρείται πως η αποτελεσματική θεραπεία του chancroid μπορεί να οδηγήσει σε

σημαντική μείωση της επιδημίας του HIV (Lewis, 2003). Ο αιτιολογικός παράγοντας του μαλακού έλκους δηλαδή το βακτήριο *Haemophilus Ducreyi*, είναι ένα αναερόβιο gram αρνητικό βακτήριο που για την ανάπτυξη του προϋποθέτει την ύπαρξη αίματος, και αφού επιτευχθεί προκαλεί έλκη και υποτροπιάζουσα περιφερική λεμφαδενίτιδα (Mohammed & Olumide, 2007).

Το μαλακό έλκος αφορά κυρίως νεαρής ηλικίας σεξουαλικά ενεργά άτομα 21-30 ετών. Ο χρόνος που μεσολαβεί από την μόλυνση έως την εμφάνιση συμπτωμάτων είναι 4 έως 10 ημέρες (Irizarry et al., 2018). Τα τελευταία 20 χρόνια το chancroid έχει σχεδόν εξαφανιστεί από μια πληθώρα ενδημικών χωρών σε υψηλό ποσοστό, πιθανότατα εξαιτίας της αποτελεσματικής θεραπείας, καθώς και του αυξημένου ελέγχου των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων (Ronald, 2020).

2.3.1. Κλινική Εικόνα – Συμπτωματολογία

Το χρονικό διάστημα επώασης του μαλακού έλκους είναι 4 έως 7 ημέρες (Mohammed & Olumide, 2007). Μετά από αυτό το διάστημα εμφανίζονται στο δέρμα μικρές βλατίδες που προκαλούν πόνο στο σημείο που δημιουργούνται, οι οποίες γρήγορα διασπείρονται σε ρηγά, μαλακά έλκη με ακανόνιστες άκρες και κόκκινο περίγραμμα. Τα έλκη αυτά διαφέρουν σε μέγεθος και πολύ συχνά συνενώνονται. Όταν ύστερα υπάρξει σημαντικότερη διάβρωση, τότε συμβαίνει περιστασιακά σοβαρή καταστροφή των ιστών (Morris, 2019). Πολλές φορές αναπτύσσονται πολλές βλάβες καθώς και βουβωνική αδenoπάθεια (Centers for Disease Prevention and Control, 2017). Η βάση των ελκών μπορεί εύκολα να αιμορραγήσει αν χτυπηθεί ή πειραχτεί.

Κατά βάση στους άνδρες εμφανίζεται ένα μόνο έλκος, ενώ στις γυναίκες από τέσσερα και περισσότερα. Τα έλκη αυτά θα εμφανιστούν σε συγκεκριμένα σημεία στους άνδρες και σε συγκεκριμένα σημεία στις γυναίκες. Στους άνδρες εντοπίζονται στην ακροποσθία, πίσω από την κεφαλή του πέους, στον άξονα του πέους, στην κεφαλή του πέους και στο όσχεο, ενώ στις γυναίκες συνήθεις θέσεις εντοπισμού των ελκών είναι τα εξωτερικά χείλη του κόλπου. Μπορούν όμως και να εμφανιστούν χείλη του κόλπου, στην περιοχή μεταξύ του κόλπου και του πρωκτού και στο εσωτερικό των μοιρών (MedlinePlus, 2019).

Άλλα συμπτώματα είναι η επώδυνη ούρηση, οι κολπικές εκκρίσεις, η αιμορραγία του ορθού και πόνος στις κινήσεις του εντέρου (Centers for Disease Prevention and Control, 2017).

Τέλος τα έλκη chancroid μοιάζουν αρκετά με τις πληγές που προκαλεί η σύφιλη (MedlinePlus, 2019).

2.3.2. Διάγνωση

Η διάγνωση του μαλακού έλους τίθεται με βάση την κλινική εικόνα του πάσχοντος και τα εργαστηριακά ευρήματα. Κυριότερο σημείο διάγνωσης αποτελεί ο συνδυασμός του εντοπισμού επώδυνων ελκών στα γεννητικά όργανα, καθώς και η βουβωνική αδενοπάθεια (Centers for Disease Prevention and Control, 2017). Η απομόνωση του *H. Ducreyi* είναι μια διαδικασία με δυσκολίες γεγονός που καθιστά την διάγνωση περίπλοκη.

Ένας άλλος παράγοντας που δυσκολεύει την διάγνωση είναι η συχνή σύγχυση που γίνεται με την σύφιλη και τον έρπη γεννητικών οργάνων, λόγω της παρόμοιας κλινικής εικόνας που αυτά παρουσιάζουν με το μαλακό έλκος (Plourde & Ronald, 2014). Οι τρόποι διάγνωσης εκτός της κλινικής αξιολόγησης μπορεί να είναι η καλλιέργεια του *H. Ducreyi* ή η αλυσιδωτή αντίδραση πολυμεράσης ή αλλιώς PCR (Morris, 2019). Η απομόνωση και η καλλιέργεια είναι αρκετά δύσκολες και περίπλοκες διαδικασίες με υψηλή ευαισθησία σε ποσοστό 80% ή λιγότερο, ενώ η PCR είναι η ορθότερη επιλογή για την διάγνωση ανάμεσα των άλλων (Mohammed & Olumide, 2007).

2.3.3. Θεραπεία

Η συνιστάμενη θεραπευτική αγωγή πρώτης γραμμής σύμφωνα με το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (CDC) είναι ένα από τα εξής σχήματα φαρμάκων:

- Χορήγηση αζιθρομυκίνης ενός γραμμαρίου peros σε μία μόνο δόση.
- Χορήγηση κεφτριαξόνης σε δόση 250 mg ενδομυϊκά σε μια μόνο δόση.
- Χορήγηση ciprofloxacin δόσης 500 mg peros για διάστημα τριών ημερών, δύο φορές την ημέρα.
- Είτε χορήγηση ερυθρομυκίνης δόσης 500 mg peros για διάστημα επτά ημερών, τρεις φορές την ημέρα (Irizarry et al., 2018).

Όσον αφορά την φαρμακευτική αγωγή που θα χορηγηθεί στα παιδιά που μολύνονται με chancroid, έχει αποδειχθεί πως η καταλληλότερη είναι μια δόση 30 mg/kg αζιθρομυκίνης peros.

Πλεονέκτημα αποτελεί το ότι η αζιθρομυκίνη και η κεφτριαξόνη είναι μιας δόσεως, αν και η κεφτριαξόνη έχει μεγαλύτερο κόστος. Μικρότερο κόστος έχει η ερυθρομυκίνη και το ciprofloxacin. Δεν υπάρχει έως τώρα εμβόλιο για το μαλακό έλκος (Plourde & Ronald, 2014). Επιπροσθέτως, ταυτόχρονα με τα μολυσμένα με chancroid άτομα πρέπει να λάβουν θεραπεία και οι σεξουαλικοί τους σύντροφοι (Irizarry et al., 2018).

2.4. Γονόρροια

Η γονόρροια είναι η δεύτερη πιο κοινή βακτηριακή σεξουαλικώς μεταδιδόμενη νόσος, η οποία δημιουργεί μεγάλη νοσηρότητα και πλήγμα στην οικονομία σε όλο τον κόσμο (Pan American Health Organization, 2020). Όπως και τα χλαμύδια, έτσι και η γονόρροια μπορεί να αποτελέσει αιτία ουρηθρίτιδας στους άνδρες και τραχηλίτιδας στις γυναίκες, καθώς επίσης και οι δύο παρουσιάζουν παρόμοιες επιπλοκές. Ο ΠΟΥ έχει εκτιμήσει ότι μεταξύ ενηλίκων ετησίως σε όλο τον κόσμο αναφέρονται 106 εκατομμύρια νέα κρούσματα (Springer & Salen, 2021). Το μεγαλύτερο ποσοστό διάγνωσης της γονόρροιας αφορά εφήβους και νεαρούς ενήλικες (Pan American Health Organization, 2020).

Παράγοντες κινδύνου αποτελούν η νεαρή ηλικία, οι πολλοί σεξουαλικοί σύντροφοι, το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, η εθνικότητα και το ιστορικό προηγούμενων σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων (Benjamin et al., 2016). Η μετάδοση συμβαίνει μέσω της σεξουαλικής επαφής χωρίς προφυλάξεις καθώς και μπορεί να μεταδοθεί από μια μητέρα στο παιδί της, κατά την κύηση είτε κατά την διάρκεια του τοκετού (Quillin & Seifert, 2018). Χωρίς την κατάλληλη θεραπεία η γονόρροια μπορεί να προξενήσει μη αναστρέψιμη τύφλωση σε νεογέννητα βρέφη (National Health Service, 2019).

Η σύφιλη προκαλείται από το *Neisseria gonorrhoea*, ένα gram αρνητικό παθογόνο βακτήριο που αποκλειστικά προσβάλλει μόνο τους ανθρώπους (García-Mendiola et al., 2017). Το βακτήριο αυτό μπορεί να πολλαπλασιαστεί και να αναπτυχθεί σε μεμβράνες από βλέννα, όπως στον τράχηλο της μήτρας, την ουρήθρα, το ορθό και λιγότερο συχνά στο λαιμό, στο στόμα και στα μάτια (National Health Service, 2019). Το *Neisseria Gonorrhoea* ανήκει στη βακτηριακή κατηγορία *Betaproteobacteria* και την οικογένεια *Neisseriaceae* και έχει εξελιχθεί σε συνδυασμό με τον

ανθρώπινο ξενιστή της για αιώνες (Unemo et al., 2019). Είναι ένας αναερόβιος γονόκοκκος ο οποίος έχει σφαιρικό σχήμα και συναντάται σε ζεύγη και συνδέεται με επιθηλιακά κύτταρα και τα καταστρέφει.

Ο χρόνος επώασης ποικίλλει από δώδεκα ώρες έως και τρεις μήνες. Έχει παρατηρηθεί, ότι τα τελευταία χρόνια υπήρξε άνοδος των κρουσμάτων σύφιλης λόγω της αύξησης του αριθμού των ανθεκτικών στα αντιβιοτικά στελεχών (Springer & Salen, 2021).

2.4.1. Κλινική Εικόνα - Συμπτωματολογία

Οι κλινικές εκδηλώσεις της γονόρροιας διαφέρουν στους άντρες και τις γυναίκες (Unemo et al., 2019). Περίπου το 50% των γυναικών εμφανίζονται ως ασυμπτωματικές, ενώ οι άντρες στο 90% των περιπτώσεων εμφανίζουν συμπτώματα (Springer & Salen, 2021).

Στους άνδρες η λοίμωξη μπορεί να εκδηλωθεί με την εμφάνιση συμπτωμάτων ουρηθρίτιδας, όπως παραδείγματος χάριν με δυσουρία και εκκρίσεις της ουρήθρας, ενώ σε σοβαρές περιπτώσεις μπορεί να προκληθεί επιδιδυμίτιδα (Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας, 2018). Μερικά ακόμα συμπτώματα είναι το άλγος ή το αίσθημα καύσου κατά την ούρηση, φλεγμονή στην ακροποσθία, και σπανίως πόνο και ευαισθησία στους όρχεις (National Health Service, 2019).

Όσον αφορά τις γυναίκες, τα πρώιμα συμπτώματα χαρακτηρίζονται ως ήπια (MedlinePlus, 2019). Οι κλινικές εκδηλώσεις λοιπόν, που μπορεί να εμφανιστούν είναι η δυσουρία, οι κολπικές εκκρίσεις, η εμμηνορροϊκή ρύση και άλγος ή αίσθημα καύσου στην κάτω κοιλιακή χώρα. Αν αφεθούν χωρίς αντιμετώπιση για μεγάλο χρονικό διάστημα μπορεί να προκληθεί φλεγμονώδης νόσος πυέλου, αποβολές και εξωμήτρια εγκυμοσύνη καθώς και στειρότητα (Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας, 2018). Όταν η λοίμωξη αναπτυχθεί στο ορθό, μπορεί να προκαλέσει άλγος, εκκρίσεις και δυσφορία. Όταν αναπτυχθεί στα μάτια, μπορεί να προκαλέσει εκκρίσεις, ερεθισμό, άλγος, πρήξιμο και μερικές φορές επιπεφυκίτιδα. Ενώ, όταν αναπτυχθεί στον λαιμό, συνήθως δεν εμφανίζει συμπτώματα.

Όταν η γονόρροια προσβάλλει τα μωρά, μέσω της μολυσμένης μητέρας τους, προκαλεί συμπτώματα στα μάτια τους για χρονική διάρκεια περίπου δύο εβδομάδων. Τα συμπτώματα αυτά είναι κόκκινα και πρησμένα μάτια και πυώδεις εκκρίσεις (National Health Service, 2019).

2.4.2. Διάγνωση

Για να διαπιστωθεί και να επιβεβαιωθεί η ύπαρξη γονόρροιας, είναι απαραίτητο να πραγματοποιηθούν διαγνωστικές εργαστηριακές δοκιμές (Springer & Salen, 2021). Εκτός από την παρατήρηση της κλινικής εικόνας και της συμπτωματολογίας, πρέπει να πραγματοποιείται περαιτέρω διερεύνηση λόγω του ότι πολλά άτομα είναι ασυμπτωματικά (Benjamin et al., 2016). Η διάγνωση λοιπόν, έχει παρατηρηθεί πως καθίσταται δυσχερής, καθώς μερικές φορές η γονόρροια βρίσκεται σε περιοχές που στερούνται εργαστηριακής διαγνωστικής ικανότητας (Unemo et al., 2019).

Οι σύγχρονες εργαστηριακές εξετάσεις, είναι ο έλεγχος των σωματικών υγρών και των ούρων. Όσον αφορά την διαδικασία ελέγχου των σωματικών υγρών, λαμβάνεται δείγμα με ένα μάκτρο από την περιοχή που είναι μολυσμένη, για παράδειγμα από τον τράχηλο της μήτρας, την ουρήθρα, το ορθό, τον φάρυγγα κ.α. και στην συνέχεια το δείγμα αποστέλλεται για καλλιέργεια (Benjamin et al., 2016). Η ευαισθησία που υπάρχει σε εξετάσεις που βασίζονται σε δείγματα από την περιοχή των γεννητικών οργάνων είναι αρκετά υψηλή (Fuchs & Brockmeyer, 2014). Κατά την διαδικασία, ανιχνεύονται gram αρνητικά βακτήρια στα δείγματα που λήφθηκαν με τη χρήση μικροσκοπικής καλλιέργειας N. Gonorrhoea ή με τη χρήση δοκιμών ενίσχυσης νουκλεικού οξέος (NAATS), οι οποίες ανιχνεύουν DNA ή RNA των N. Gonorrhoea (Unemo et al., 2019).

Η πιο ευαίσθητη μέθοδος είναι η διερεύνηση νουκλεικού οξέος (NAAT) σε ποσοστό 98%. Παρόλα αυτά η αδυναμία της παραπάνω μεθόδου στην ανίχνευση της ευαισθησίας του παθογόνου σε αντιβιοτικά αποτελεί ένα σημαντικό μειονέκτημα. Η ευαισθησία των καλλιεργειών κυμαίνεται από 65% έως 95% (Benjamin et al., 2016).

2.4.3. Θεραπεία

Η βασική μέθοδος θεραπείας της γονόρροιας είναι η χορήγηση αντιβιοτικών. Τα τελευταία χρόνια, η αντιμετώπιση της γονόρροιας έχει γίνει δυσκολότερη, λόγω των συχνά χρησιμοποιούμενων αντιβιοτικών όπως κεφαλοσπορίνες πρώτης γραμμής. Η ανθεκτικότητα των γονόκοκκων στα αντιβιοτικά διαφέρει ανάλογα με την περιοχή που εντοπίζεται. Εξαιτίας λοιπόν την ανθεκτικότητας αυτής του παθογόνου στα αντιβιοτικά, η γονόρροια θα πρέπει να αντιμετωπιστεί με διπλό σχήμα θεραπείας. (National Health Service, 2019).

Ο ένας παράγοντας του σχήματος θα πρέπει να είναι η κεφτριαζόνη σε δόση 250 mg μια φορά (εφάπαξ) με ενδομυϊκή χορήγηση και ο άλλος παράγοντας θα είναι η αζιθρομυκίνη σε δόση 1 g peros μια φορά (εφάπαξ). Στη θέση της αζιθρομυκίνης εναλλακτικά μπορεί να χορηγηθεί δοξυκυκλίνη σε δόση 100 mg peros ημερησίως για χρονικό διάστημα επτά ημερών. Ο παραπάνω αυτός συνδυασμός από αντιβιοτικά είναι μια αποτελεσματική λύση για την γονόρροια στο 99% των περιπτώσεων. Όταν υπάρχουν περιπτώσεις ανθεκτικότητας στην κεφτριαζόνη αντενδείκνυται η χορήγηση κεφιξίνης.

Σε ασθενείς που είναι αλλεργικοί στην κεφτριαζόνη πρέπει να επιδειχθεί ιδιαίτερη προσοχή και να χορηγηθεί αζιθρομυκίνη σε δόση 2 mg εφάπαξ, το οποίο μπορεί λόγω υψηλής δόσης να δημιουργήσει συνέπειες στο γαστρεντερικό σύστημα. Αντιβιοτικά τα οποία είναι ανθεκτικά είναι οι πενικιλίνες και οι φθοριοκοκινόνες και αντενδείκνυται η χορήγηση τους. Η διάρκεια της θεραπείας εξαρτάται από την κλινική κατάσταση και πορεία του ασθενούς και την ανταπόκριση τους στη θεραπεία. (Benjamin et al., 2016).

2.5. Κοκκίωμα Βουβωνικό

Το βουβωνικό κοκκίωμα είναι μια σεξουαλικά μεταδιδόμενη βακτηριακή νόσος, η οποία προκαλεί έλκη κυρίως στα γεννητικά όργανα και είναι γνωστή ως ντονοβάνωση (Centers for Disease Prevention and Control, 2015). Αίτιο πρόκλησης της είναι το gram αρνητικό βακτήριο *Klebsiella Granulomatis* (MedlinePlus, 2021).

Η μετάδοση γίνεται μέσω της σεξουαλικής επαφής, αλλά και σπανίως με άλλους τρόπους όπως με τα μολυσμένα κόπρανα ή μέσω μιας μητέρας στο παιδί της (Santiago-Wickey & Crosby, 2021). Μεγαλύτερα ποσοστά μόλυνσης ανιχνεύονται σε ηλικιακές ομάδες με υψηλή σεξουαλική δραστηριότητα, καθώς και σε άνδρες που έχουν σεξουαλικές επαφές με άνδρες. Μερικοί από τους παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο μόλυνσης είναι η μη τήρηση σωστής υγιεινής, η κακή κοινωνικοοικονομική κατάσταση και οι κακές συνθήκες διαβίωσης. Η νόσος του βουβωνικού κοκκιώματος έχει παρατηρηθεί πως έχει μικρό ρυθμό μετάδοσης (Santiago-Wickey & Crosby, 2021).

Μέσω ερευνών διαπιστώθηκε πως η συγκεκριμένη νόσος εμφανίζεται σπάνια στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής και συχνά εντοπίζεται σε χώρες που είναι τροπικές και αναπτυσσόμενες όπως η Ινδία, η Νέα Γουινέα, η Καραϊβική, η κεντρική Αυστραλία και η νότια Αφρική (Centers for Disease Prevention and Control, 2015).

2.5.1. Κλινική Εικόνα – Συμπτωματολογία

Ο χρόνος επώασης, δηλαδή ο χρόνος που μεσολαβεί για την εμφάνιση συμπτωμάτων είναι από μια έως δώδεκα εβδομάδες. Στην αρχική φάση της ασθένειας αυτής, εμφανίζονται ανώδυνες ελκώδεις βλάβες (οζίδια) και αναπτύσσονται σε χαμηλό ρυθμό στα γεννητικά όργανα ή στο περίνεο, καθώς επίσης μπορούν να εντοπιστούν κοκκιώματα υποδορίως (MedlinePlus, 2021).

Οι συγκεκριμένες ελκώδεις βλάβες, δηλαδή τα οζίδια έχουν στρογγυλή μορφή, σταδιακά μεγεθύνονται και στη συνέχεια διασπώνται και δημιουργούν δυσάρεστη μυρωδιά κοντά στο σημείο στο οποίο αρχικά συνέβη η λοίμωξη, όπου αυτό μπορεί να είναι το πέος, το όσχεο, οι μηροί και η βουβωνική χώρα όσον αφορά τους άνδρες και αναφορικά με τις γυναίκες το αιδοίο, ο κόλπος και το δέρμα που τον περιβάλλει (Morris, 2020). Τα έλκη αυτά μπορεί επίσης να εμφανιστούν στο πρόσωπο των νοσούντων και στον πρωκτό και του γλουτούς στα άτομα που έχουν πρωκτικές σεξουαλικές επαφές (MedlinePlus, 2021).

Μετά το πέρασμα του χρόνου, οι δερματικές βλάβες σταδιακά μεγεθύνονται και εξαπλώνονται σε κοντινούς ιστούς προκαλώντας περισσότερα έλκη και βλάβες, καθώς επίσης μπορεί να μεταδοθούν σε άλλα σημεία του σώματος όταν υπάρξει επαφή με άλλη περιοχή του σώματος. Η επούλωση των τραυμάτων είναι αργή και πολλές φορές οι ουλές μένουν για πάντα. Σε μερικές περιπτώσεις η νόσος μέσω της αιματικής κυκλοφορίας μπορεί να εξαπλωθεί στις αρθρώσεις, στα οστά ή στο ήπαρ (Morris, 2020).

2.5.2. Διάγνωση

Η διάγνωση στηρίζεται στην κλινική εικόνα και σε εργαστηριακές δοκιμές (Benjamin et al., 2016). Οι εξετάσεις που μπορούν να πραγματοποιηθούν για να ανιχνευτεί το βουβωνικό κοκκίωμα είναι η καλλιέργεια δείγματος από κάποιον προσβεβλημένο ιστό και η απεικόνιση πχ με δοκιμές PCR ή η βιοψία των ελκών ου έχουν εμφανιστεί (MedlinePlus, 2021). Αναφορικά με την καλλιέργεια του αιτιολογικού οργανισμού είναι αρκετά δύσκολο να πραγματοποιηθεί. Ένας άλλος τρόπος

διάγνωσης είναι η λήψη δείγματος υγρού από τα έλκη και η παρατήρηση με μικροσκόπιο (Morris, 2020). Τέλος υπάρχουν επίσης και ορολογικές δοκιμές, όμως δεν είναι πλήρως ακριβείς για την διάγνωση ενός ατόμου που νοσεί με τη λοίμωξη αυτή (Santiago-Wickey & Crosby, 2021).

2.5.3. Θεραπεία

Η φαρμακευτική αγωγή που θα χορηγηθεί στα άτομα συνίσταται από το CDC να διαρκέσει έως ότου να επουλωθούν όλες οι πληγές, οι βλάβες ή τα έλκη (Santiago-Wickey & Crosby, 2021). Είναι πιθανό ύστερα από 6-18 μήνες θεραπείας, που έχει αποδειχθεί πως είναι αποτελεσματική, να υπάρξουν υποτροπές.

Ως θεραπεία πρώτης γραμμής έχει οριστεί η αζιθρομυκίνη σε δόση ενός γραμμαρίου ανά εβδομάδα ή σε δόσεις 500 mg καθημερινά για τις τρεις επόμενες εβδομάδες. Ένα εναλλακτικό σχήμα θεραπείας είναι η χορήγηση 100 mg δοξυκυκλίνης *per os* δύο φορές την ημέρα έως ότου αποκατασταθούν οι βλάβες. Άλλες επιλογές φαρμάκων είναι η ερυθρομυκίνη και η τριμεθοπρίνη-σουλφαμεθοξαζόλη (Centers for Disease Prevention and Control, 2015). Αν η θεραπεία συμβαίνει κατά την διάρκεια της κύησης, τότε ενδείκνυται η χρήση αζιθρομυκίνης για την αντιμετώπιση του βουβωνικού κοκκιώματος (Benjamin et al., 2016).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΙΟΓΕΝΕΙΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ

3.1. Ιός Ανθρώπινης Ανοσοανεπάρκειας (HIV/AIDS)

Ο ιός της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας (HIV) είναι ο ιός που προκαλεί το σύνδρομο επίκτητης ανοσοανεπάρκειας (AIDS), το οποίο εκδηλώνεται ως το τελευταίο στάδιο της λοίμωξης από τον HIV (Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας, 2021 και Rector, 2020). Διάφορες μελέτες έχουν αποδείξει, ότι ο HIV πρόσβαλε τον ανθρώπινο οργανισμό περίπου το 1920 έως το 1940, καθώς επίσης ο συγκεκριμένος ιός επιτίθεται στο ανοσοποιητικό σύστημα, καταστρέφοντας τα T4 λεμφοκύτταρα (κύτταρα με CD4 υποδοχείς), τα οποία αποτελούν σημαντικό ρόλο στην προστασία του οργανισμού από διάφορες ευκαιριακές λοιμώξεις (Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας, 2021 και Seitz & Ehrlich-Institut, 2016).

Ο HIV ιός είναι ένας ρετροϊός, δηλαδή αποθηκεύει τις γενετικές του πληροφορίες, έχοντας RNA αντί για DNA. Αυτό σημαίνει ότι, όταν ένας ρετροϊός εισβάλλει στο ανθρώπινο κύτταρο, πρέπει να δημιουργήσει DNA, ώστε να έχει νέα αντίγραφα του εαυτού του (Avert, 2019). Όσον αφορά τη δομή του συγκεκριμένου ιού, είναι ένας σφαιρικός ιός με διάμετρο 100nm, όπου το εξωτερικό του κέλυφος ονομάζεται φάκελος και καλύπτεται από τις γλυκοπρωτεΐνες gp120 και gp41 (Tang & Chan, 2021 and Avert, 2019). Μέσα στον φάκελο του ιού βρίσκεται ένα στρώμα που ονομάζεται μήτρα. Ο πυρήνας διατηρείται στο καψίδιο, το οποίο έχει εσωτερικά δύο ένζυμα που είναι σημαντικά για την αντιγραφή του HIV (Avert, 2019).

Υπάρχουν δύο τύποι HIV, ο τύπος 1 (HIV-1) που απομονώθηκε για πρώτη φορά το 1983 και ο τύπος 2 (HIV-2) το 1986 (Tang & Chan, 2021 and Rector, 2020). Επιπρόσθετα, ο ιός HIV μπορεί να μεταδοθεί με ποικίλους τρόπους, όπως με τη κοινή χρήση βελόνων, με τη σεξουαλική επαφή χωρίς τη χρήση προφυλακτικού, με μεταγγίσεις αίματος από ένα HIV οροθετικό άτομο, ακόμη και από μια μητέρα με HIV στο νεογνό κατά τη διάρκεια της κύησης, του τοκετού ή του θηλασμού (MedlinePlus, 2021). Ακόμη, η εξέλιξη του AIDS δε διαφέρει σχετικά με το φύλο, αν και τις περισσότερες φορές, οι γυναίκες τείνουν να έχουν πιο γρήγορη εξέλιξη της νόσου και τα παιδιά και οι έφηβοι μπορούν να εμφανίσουν AIDS με βραδύτερο ρυθμό από άτομα πιο μεγάλης ηλικίας (Benjamin et al., 2016).

3.1.1. Κλινική Εικόνα – Συμπτωματολογία

Τα συμπτώματα του HIV και του AIDS διαφέρουν ανάλογα με τη φάση της λοίμωξης. Υπάρχουν τρία στάδια, τα οποία είναι η οξεία-πρωτογενής HIV λοίμωξη, η χρόνια λοίμωξη και η πρόοδος προς το AIDS (Mayoclinic, 2021). Στην οξεία HIV λοίμωξη, τα περισσότερα άτομα που έχουν μολυνθεί από τον ιό, εκδηλώνουν συμπτώματα γρίπης μέσα σε 2 - 4 εβδομάδες μετά τη μόλυνση με HIV και μπορούν να διαρκέσουν μερικές εβδομάδες (HIVinfo, 2020). Από έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί έχει αποδειχθεί, ότι περίπου το 80% των ατόμων που μολύνονται από τον HIV παρουσιάζουν την πρωτογενή λοίμωξη (NHS, 2021). Έτσι, τα σημεία - συμπτώματα που μπορεί να εμφανίσουν σε αυτό το στάδιο είναι:

- Πυρετός
- Πονόλαιμος και επώδυνες πληγές στο στόμα
- Βήχας
- Πονοκέφαλος
- Αρθραλγίες
- Διόγκωση των λεμφαδένων
- Εξάνθημα
- Διάρροια
- Απώλεια βάρους
- Νυχτερινές εφιδρώσεις (Mayoclinic, 2021).

Στη χρόνια HIV λοίμωξη, η οποία συμβαίνει εάν δεν αντιμετωπιστεί η οξεία λοίμωξη, εξακολουθεί να υπάρχει ο ιός στα λευκά αιμοσφαίρια και το σώμα και να προκαλεί προοδευτική βλάβη στο ανοσοποιητικό σύστημα. Όμως, αρκετά άτομα δεν εμφανίζουν συμπτώματα σε αυτό το στάδιο (NHS, 2021 and Mayoclinic, 2021). Στο τελευταίο στάδιο, το ανοσοποιητικό σύστημα έχει υποστεί σοβαρή βλάβη και υπάρχει μεγάλη πιθανότητα να αναπτύξει το άτομο ευκαιριακές λοιμώξεις, όπως πνευμονία, σάρκωμα Kaposi και στοματική καντιντίαση. Ορισμένα σημεία - συμπτώματα που μπορεί να εμφανιστούν είναι:

- Εφίδρωση

- Διόγκωση λεμφαδένων
- Επαναλαμβανόμενος πυρετός
- Χρόνια διάρροια
- Επίμονες λευκές κηλίδες ή ασυνήθιστες βλάβες στη γλώσσα ή στο στόμα
- Επίμονη, ανεξήγητη κόπωση
- Αδυναμία
- Απώλεια βάρους
- Δερματικά εξανθήματα ή προσκρούσεις (Mayoclinic, 2021 and Dewit, 2009).

3.1.2. Διάγνωση

Η διάγνωση γίνεται με τη δοκιμασία ανίχνευσης HIV αντισωμάτων στο αίμα και τα στοματικά υγρά, το οποίο είναι ένα από τα πιο συχνά τεστ διαλογής. Ύστερα, 1 έως 3 μήνες μετά τη μόλυνση, χρησιμοποιείται η μέθοδος ELISA, όπου εξετάζονται αποτελεσματικά τα αντισώματα έναντι του HIV (Stanhope & Lancaster, 2016). Εάν βγει θετικό το αποτέλεσμα, επιβεβαιώνεται με τη μέθοδο Western Blot, αλλιώς εάν είναι αρνητικό, δεν πραγματοποιείται κάποια επιπλέον διαδικασία (Benjamin et al., 2016). Επίσης, ένα άλλο διαγνωστικό κριτήριο είναι η μέτρηση των τιμών των CD4 κυττάρων, τα οποία εάν είναι κάτω από $200/\text{mm}^3$, τότε το άτομο νοσεί από AIDS (Dewit, 2009). Ακόμη, η διάγνωση μπορεί να γίνει και με την ανίχνευση RNA του HIV μέσω της αλυσιδωτής αντίδρασης πολυμεράσης (PCR) (Grimes, 2011).

3.1.3. Θεραπεία

Η θεραπεία γίνεται με μια εξαιρετικά δραστική αντιρετροϊκή αγωγή, γνωστή ως HAART (highly active antiretroviral therapy), η οποία αυξάνει το προσδόκιμο ζωής των ασθενών, διατηρεί ένα υγιές ανοσοποιητικό σύστημα και καθυστερεί την εξέλιξη της νόσου (Stanhope & Lancaster, 2016). Η συγκεκριμένη θεραπεία αποτελεί ένα συνδυασμό φαρμάκων που επικεντρώνεται το καθένα σε διαφορετικό στάδιο του HIV. Επιπλέον είναι απαραίτητο, ο κάθε ασθενής να

συμμορφώνεται με το σχήμα της αγωγής, διότι μπορεί να αναπτυχθεί εύκολα αντοχή στα φάρμακα (Avert, 2020).

3.2. Ηπατίτιδα Β

Η ηπατίτιδα Β αποτελεί ένα παγκόσμιο πρόβλημα υγείας, καθώς έχει υψηλή θνησιμότητα και νοσηρότητα. Περίπου 600.000 άτομα πεθαίνουν κάθε χρόνο εξαιτίας της συγκεκριμένης νόσου και σχεδόν 2 δισεκατομμύρια άτομα εκδηλώνουν ενεργή λοίμωξη από HBV και ιστορικό ανοσίας (Rector, 2020). Προκαλείται από τον ιό της ηπατίτιδας Β (HBV) και διακρίνεται σε οξεία και χρόνια. Τα προβλήματα που μπορεί να δημιουργήσει η οξεία ηπατίτιδα Β είναι ηπατική ανεπάρκεια σε σπάνιες περιπτώσεις και η χρόνια ηπατίτιδα Β μπορεί να εξελιχθεί σε μια σοβαρή ασθένεια που μπορεί να οδηγήσει σε μακροχρόνια προβλήματα υγείας, όπως κίρρωση του ήπατος, καρκίνος του ήπατος και ηπατική ανεπάρκεια (MedlinePlus, 2021).

Ειδικότερα, ο ιός της ηπατίτιδας Β είναι ένας DNA ιός που εκτελεί την αντιγραφή του στο ήπαρ. Ο HBV ανακαλύφθηκε για πρώτη φορά στην Αυστραλία με αντιγόνο γνωστό ως επιφανειακό αντιγόνο, το οποίο αρχικά είχε ονομαστεί "αντιγόνο Αυστραλίας" και αναφέρθηκε για πρώτη φορά από τον Blumberg και τους συναδέλφους του το 1965. Τα αντιγόνα των ασθενών με ηπατίτιδα αναφέρθηκαν ανεξάρτητα από τους Prince και από τους Okochi και Murakami το 1968 και τέλος, ο Dane μαζί με τους συναδέλφους του παρατήρησαν τα σωματίδια του ιού κάτω από ηλεκτρονικό μικροσκόπιο το 1970 (Tsukuda & Watashi, 2020).

Επιπλέον, υψηλότερο κίνδυνο για ηπατίτιδα Β διατρέχουν οι χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών ουσιών ή αυτοί που μοιράζονται βελόνες και σύριγγες, οι ομοφυλόφιλοι, τα βρέφη που γεννιούνται από μητέρες με ηπατίτιδα Β και οι ασθενείς που κάνουν αιμοκάθαρση. Ακόμη, άτομα που ζουν με κάποιον που έχει ηπατίτιδα Β, ειδικά εάν χρησιμοποιούν το ίδιο ξυράφι, οδοντόβουρτσα ή κουρευτικές μηχανές, εργαζόμενοι της υγειονομικής περίθαλψης που εκτίθενται σε αίμα και εκκρίσεις στον χώρο εργασίας, άτομα που έχουν σεξουαλική επαφή με κάποιον που έχει HBV και οι μετανάστες-πρόσφυγες (MedlinePlus, 2021 and Stanhope & Lancaster, 2016).

3.2.1. Κλινική Εικόνα – Συμπτωματολογία

Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, η ηπατίτιδα Β μπορεί να ταξινομηθεί σε οξεία και χρόνια. Η οξεία λοίμωξη είναι αυτοπεριοριζόμενη, δηλαδή ο οργανισμός παράγει αντισώματα έναντι του ιού και έχει τη δυνατότητα να τον εξαλείψει πλήρως. Άτομα με οξεία ηπατίτιδα Β, μπορεί να εμφανίσουν συμπτώματα 2 έως 5 μήνες μετά τη μόλυνση και σε αυτά περιλαμβάνονται τα εξής:

- Πυρετός
- Εξανθήματα δέρματος
- Σκουρόχρωμα ούρα
- Διάρροια
- Κούραση
- Βαθύ λήθαργος
- Αρθραλγίες
- Ναυτία και / ή έμετος
- Κοιλιακό άλγος
- Ίκτερος (Mayoclinic, 2020 and Stanhope & Lancaster, 2016).

Άτομα με χρόνια ηπατίτιδα Β είναι συνήθως ασυμπτωματικοί, μέχρι η νόσος να προκαλέσει κάποια επιπλοκή, όπως κίρρωση του ήπατος, ηπατική ανεπάρκεια ή καρκίνο. Όμως, μερικά συμπτώματα που μπορεί να εμφανίσουν είναι ίκτερος, ανορεξία, κοιλιακό άλγος, αίσθημα κόπωσης και ηπατομεγαλία (Stanhope & Lancaster, 2016).

3.2.2. Διάγνωση

Αρχικά, πρέπει να παρθεί το ιστορικό του ασθενούς και να πραγματοποιηθεί κλινική εξέταση. Ύστερα, για να διαγνωστεί η ηπατίτιδα Β, είναι αναγκαίο να γίνουν εξετάσεις αίματος και εξέταση αντισωμάτων έναντι του HBV με την τεχνική ELISA (MedlinePlus, 2021). Ακόμη, ο ασθενής μπορεί να προβεί σε υπερηχογράφημα ήπατος, γνωστό ως παροδική ελαστογραφία, το οποίο μπορεί να εμφανίσει εάν υπάρχει ή πόσο μεγάλη είναι η ηπατική βλάβη (Mayoclinic, 2020).

Επιπλέον, η οξεία ηπατίτιδα Β είναι μια κλινική διάγνωση που επιβεβαιώνεται με την ανίχνευση HBsAg, συμπτωμάτων, υψηλών αμινοτρανσφερασών στον ορό. Συνήθως ανιχνεύεται IgM αντι-HBc και υπάρχει DNA HBV. Το HBeAg μπορεί επίσης να βρεθεί στην πιο οξεία φάση της λοίμωξης, αλλά έχει μικρή κλινική σημασία. Η διάγνωση της χρόνιας λοίμωξης βασίζεται στην επιμονή του HBsAg για περισσότερο από 6 μήνες. Οι ασθενείς με χρόνια λοίμωξη HBV συνήθως διαγιγνώσκονται με εργαστηριακά μέσα και όχι με κλινικές εκδηλώσεις (Song & Do Young, 2016).

3.2.3. Θεραπεία

Οι στόχοι της θεραπείας με ηπατίτιδα Β είναι η πρόληψη της ανάπτυξης ηπατικής ανεπάρκειας, κίρρωσης, καρκίνου του ήπατος και θανάτων εξαιτίας του HBV (Suk-Fong Lok, 2019). Εάν είναι οξεία η λοίμωξη, ίσως να μην χρειαστεί θεραπεία και ο γιατρός μπορεί να συστήσει σωστή διατροφή, ξεκούραση και άφθονα υγρά. Σε σοβαρές περιπτώσεις, απαιτούνται αντιικά φάρμακα ή εισαγωγή στο νοσοκομείο για την πρόληψη επιπλοκών. (Mayoclinic, 2020).

Στη χρόνια ηπατίτιδα Β, το θεραπευτικό σχήμα αποτελεί αντιικά φάρμακα και φάρμακα ανοσοποιητικού διαμορφωτή (ιντερφερόνες). Διάφορα αντιικά φάρμακα, όπως είναι το entecavir (Baraclude), tenofovir (Viread), lamivudine (Epivir), adefovir (Hepsera) και telbivudine (Tyzeka), χορηγούνται από το στόμα και μπορούν να βοηθήσουν στην καταπολέμηση του ιού και να επιβραδύνουν την ικανότητά του για βλάβη του ήπατος. Η ιντερφερόνη άλφα-2b (Intron A) είναι μια τεχνητή έκδοση μιας ουσίας που παράγεται από τον οργανισμό για την αντιμετώπιση της λοίμωξης. Όμως έχει ορισμένες παρενέργειες που μπορεί να προκαλέσει, οι οποίες είναι η κατάθλιψη, η ναυτία, ο έμετος και η δύσπνοια (Hepatitis B Foundation, 2021 and Mayoclinic, 2020). Επίσης, είναι πιθανό σε μερικούς ασθενείς να χρειαστεί μεταμόσχευση ήπατος, η οποία θα πραγματοποιηθεί εάν το ήπαρ έχει υποστεί σοβαρή βλάβη (Mayoclinic, 2020).

3.3. Ηπατίτιδα C

Η ηπατίτιδα C είναι από τις πιο συχνές αιματογενείς και χρόνιες λοιμώξεις στις ΗΠΑ (Stanhope & Lancaster, 2016). Προκαλείται από τον ιό της ηπατίτιδας C (HCV) και διακρίνεται σε οξεία και χρόνια. Το 75% έως το 85% των ατόμων με οξεία ηπατική λοίμωξη αναπτύσσουν χρόνια νόσο, ενώ έχει υπολογιστεί ότι ένας υψηλός αριθμός ανθρώπων που έχουν χρόνια HCV, θα εκδηλώσουν καρκίνο ή κίρρωση του ήπατος (Rector, 2020 and World Health Organization, 2020). Επιπλέον, ο ΠΟΥ είχε ερευνήσει το 2015, ότι υπήρχαν 1,75 εκατομμύρια νέες λοιμώξεις από HCV παγκοσμίως (23,7 νέες λοιμώξεις από HCV ανά 100.000 άτομα) και το 2016, εκτίμησε ότι πέθαναν περίπου 399.000 άτομα από την ηπατίτιδα C (World Health Organization, 2020).

Ο HCV μπορεί να μεταδοθεί μέσω της επαφής με το αίμα από μολυσμένο άτομο. Σήμερα, τα περισσότερα άτομα μολύνονται από τον ιό της ηπατίτιδας C μοιράζοντας βελόνες ή άλλο εξοπλισμό που χρησιμοποιείται για την παρασκευή και την ένεση ναρκωτικών. Επιπρόσθετα, ο HCV μεταδίδεται με μετάγγιση αίματος, σεξουαλικά και ακόμη από μια μολυσμένη μητέρα στο νεογνό (Centers for Disease Control and Prevention, 2020). Τέλος, η ηπατίτιδα C δεν εξαπλώνεται μέσω νερού, μητρικού γάλακτος, τροφής, ή περιστασιακής επαφής (χειραψία, αγκαλιά) με ένα μολυσμένο άτομο (World Health Organization, 2020).

3.3.1. Κλινική Εικόνα – Συμπτωματολογία

Τα συμπτώματα που έχει η ηπατίτιδα C είναι παρόμοια με αυτά της ηπατίτιδας B και μπορεί να είναι ήπια έως και ξαφνικά – επιθετικά. Μόνο το 20-30% των ατόμων εμφανίζουν συμπτώματα, για αυτό και οι περισσότεροι δε γνωρίζουν ότι νοσούν (Rector, 2020). Στην οξεία ηπατίτιδα C, ο χρόνος επώασης μπορεί να διαρκέσει από 2 εβδομάδες έως 6 μήνες (National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, 2020). Έτσι, τα συμπτώματα που μπορεί να εμφανίσουν είναι κόπωση, μειωμένη όρεξη, ναυτία-έμετο, πυρετό, κοιλιακό άλγος, γκρίζα κόπρανα, σκουρόχρωμα ούρα, αρθραλγίες και ίκτερο (World Health Organization, 2020).

3.3.2. Διάγνωση

Πρώτα από όλα, οι γιατροί διαγιγνώσκουν την ηπατίτιδα C με βάση το ιατρικό ιστορικό, τη φυσική εξέταση και με εξετάσεις αίματος. Το ιατρικό ιστορικό περιλαμβάνει ερωτήσεις για τυχόν

συμπτώματα και εάν υπάρχει ιστορικό μεταγγίσεων αίματος ή ενέσιμης χρήσης ναρκωτικών. Στη φυσική εξέταση, ο γιατρός παρατηρεί εάν υπάρχει:

- Κάποια αλλαγή στο χρώμα του δέρματος
- Ευαισθησία ή πρήξιμο στην κοιλιά
- Οίδημα στα κάτω άκρα (National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, 2020).

Έπειτα, πραγματοποιούνται ορισμένες εξετάσεις αίματος, όπως έλεγχος ανίχνευσης αντισωμάτων έναντι του ιού της ηπατίτιδας C, όπου αν το τεστ βγει θετικό για αντισώματα αντι-HCV, απαιτείται μια δοκιμή RNA ηπατίτιδας C για την επιβεβαίωση της χρόνιας λοίμωξης. Παράλληλα, μπορεί να γίνει δοκιμή γονότυπου, για να ελεγχθεί ποιο στέλεχος του ιού HCV έχει το άτομο. Υπάρχουν τουλάχιστον έξι συγκεκριμένα στελέχη της ηπατίτιδας C, εκ των οποίων ο γονότυπος 1 είναι ο πιο συνηθισμένος γονότυπος στις Ηνωμένες Πολιτείες (National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, 2020 and World Health Organization, 2020).

Ακόμη, κάποιες πρόσθετες δοκιμές είναι η παροδική ελαστογραφία, το οποίο είναι ένα ειδικό υπερηχογράφημα του ήπατος και η βιοψία ήπατος, στην οποία ένας γιατρός χρησιμοποιεί μια βελόνα για να πάρει ένα μικρό κομμάτι ιστού από το ήπαρ (World Health Organization, 2020).

3.3.3. Θεραπεία

Η θεραπεία για την ηπατίτιδα C είναι τα αντιικά φάρμακα που αποσκοπούν στην απομάκρυνση του ιού από το σώμα. Στόχος της θεραπείας είναι να μην εντοπιστεί ιός της ηπατίτιδας C στο σώμα τουλάχιστον 12 εβδομάδες μετά την ολοκλήρωσή της. Οι ερευνητές έχουν πραγματοποιήσει πρόσφατα σημαντική πρόοδο στη θεραπεία της ηπατίτιδας C, χρησιμοποιώντας νέα αντιικά φάρμακα "άμεσης δράσης". Αυτό έχει ως συνέπεια, οι άνθρωποι να βιώνουν καλύτερα αποτελέσματα, λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες και μικρότερους χρόνους θεραπείας. Όσον αφορά την επιλογή των φαρμάκων και τη διάρκεια της θεραπείας, εξαρτώνται από τον γονότυπο της ηπατίτιδας C, την παρουσία υπάρχουσας ηπατικής βλάβης, άλλες ιατρικές καταστάσεις και προηγούμενες θεραπείες. Επίσης, εάν έχουν προκληθεί από τη χρόνια ηπατίτιδα C σοβαρές επιπλοκές, τότε είναι απαραίτητο να γίνει μεταμόσχευση ήπατος (Mayoclinic, 2020 and National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, 2020).

3.4. Έρπητας Γεννητικών Οργάνων (HSV)

Ο έρπητας των γεννητικών οργάνων είναι ένα κοινό σεξουαλικό μεταδιδόμενο νόσημα, που προκαλείται από τον ιό του απλού έρπητα (HSV), ο οποίος είναι ένας DNA ιός (Groves, 2016). Αποτελείται από δύο τύπους του ιού, τον τύπο 1 (HSV-1) και τον τύπο 2 (HSV-2). Ο HSV-1 προκαλεί εξωγεννητικές πληγές, όπως τον επιχείλιο έρπητα, ενώ ο HSV-2 είναι το αίτιο για τον έρπητα των γεννητικών οργάνων (Benjamin et al., 2016).

Επιδημιολογικά δεδομένα έχουν δείξει, ότι περισσότερα από 400 εκατομμύρια άτομα έχουν έρπη των γεννητικών οργάνων, ο οποίος προσβάλλει 1 στα 6 άτομα στις Ηνωμένες Πολιτείες, ηλικίας 14-19 ετών (Groves, 2016).

Επιπλέον, ο ιός του έρπητα μεταδίδεται από επαφή δέρματος με το δέρμα ατόμου που έχει τον ιό του έρπητα. Τις περισσότερες φορές, από πληγές που έχουν προκληθεί από έρπητα ή φουσκάλες, λιγότερο συχνά, από φυσιολογικό δέρμα όπου ο ιός εισήλθε για πρώτη φορά στο σώμα και κατά τη διάρκεια της κολπικής, πρωκτικής ή στοματικής σεξουαλικής επαφής ή επαφής με το δέρμα. Αυτό μπορεί να συμβεί ακόμη και με πληγές που δεν είναι ορατές (U.S. Department of Veterans Affairs, 2021).

Ακόμη, οι επιπλοκές του έρπητα των γεννητικών οργάνων μπορεί να είναι:

- Οξεία κατακράτηση ούρων (ιδιαίτερα στις γυναίκες)
- Ηπατίτιδες
- Νεογνική λοίμωξη
- Μηνιγγίτιδα
- Διάδοση του έρπητα
- Εγκεφαλίτιδα
- Φλεγμονώδης νόσος της πυέλου
- Πνευμονία (Groves, 2016).

3.4.1. Κλινική Εικόνα – Συμπτωματολογία

Τα περισσότερα άτομα που έχουν μολυνθεί με HSV έχουν μια ήπια μη αναγνωρισμένη ή υποκλινική νόσο και δεν γνωρίζουν τη μόλυνση τους. Σε ασθενείς με γεννητική λοίμωξη HSV-2

και σε άτομα με συχνές συμπτωματικές υποτροπές, η υποκλινική απόρριψη είναι πιο συχνή κατά το πρώτο έτος της μόλυνσης. Οι περισσότερες λοιμώξεις από έρπητα των γεννητικών οργάνων μεταδίδονται από άτομα που δεν γνωρίζουν ότι έχουν μολυνθεί ή δεν έχουν συμπτώματα τη στιγμή της μετάδοσης (Sen & Barton, 2007).

Η λοίμωξη από HSV -1/2 μπορεί να ταξινομηθεί σε πρωτοπαθές, λανθάνον στάδιο και στάδιο υποτροπής. Στο πρωτοπαθές στάδιο, τα συμπτώματα που μπορεί να εκδηλωθούν είναι κεφαλαλγία, πυρετός, μυαλγίες, καυστικός πόνος στη γεννητική περιοχή, κνησμός, δυσουρία (στις γυναίκες) και πόνος κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής περιοχής. Επιπλέον, φυσαλίδες εμφανίζονται στη γεννητική περιοχή που εξελκώνονται, δημιουργούν εφελκίδες και υποχωρούν αυτόματα σε δύο εβδομάδες περίπου (Benjamin et al., 2016 and Johnston & Corey, 2016).

Στις γυναίκες, οι βλάβες μπορεί να εκδηλωθούν στην επιφάνεια του κόλπου, στο αιδοίο, στους γλουτούς και εσωτερικά των μηρών. Οι βλάβες στον τράχηλο μπορεί να είναι επιφανειακές και μικρές, με διάχυτη φλεγμονή ή ένα μεγάλο νεκρωτικό έλκος.

Στους άνδρες, οι βλάβες είναι πιθανό να εμφανιστούν στη βάλανο και στο στέλεχος του πέους, στον οσχείο σάκο, στην ακροποσθία και στο εσωτερικό των μηρών (Dewit, 2009).

Έπειτα, ο HSV- 1/2 εισέρχεται στο λανθάνον στάδιο, όπου στους ασθενείς που παρατηρείται επανενεργοποίηση, τα συμπτώματα είναι λιγότερο σοβαρά από αυτά του πρωτοπαθές σταδίου (Benjamin et al., 2016). Στο στάδιο υποτροπής, υπάρχουν άτομα με διάμεσο 5 υποτροπές τον πρώτο χρόνο, μετά την πρωτογενή μόλυνση με HSV-2 των γεννητικών οργάνων και διάμεσο 1 υποτροπής, μετά τον HSV-1 των γεννητικών οργάνων. Ύστερα από το πρώτο έτος μόλυνσης, το ποσοστό υποτροπής για τον HSV-2 μειώνεται κατά μέσο όρο 2 υποτροπών ανά έτος. Ωστόσο, τα ποσοστά υποτροπής μπορεί να διαφοροποιούνται, με κάποια άτομα που δεν έχουν ξεσπάσματα και κάποια άλλα που έχουν 9 και πάνω κρούσματα ετησίως (Johnston & Corey, 2016).

3.4.2. Διάγνωση

Η κλινική διάγνωση για τον έρπη των γεννητικών οργάνων, δεν είναι τόσο έγκυρη. Η εργαστηριακή επιβεβαίωση της λοίμωξης και δακτυλογράφησης του HSV είναι απαραίτητη,

καθώς επηρεάζει τη διαχείριση, την πρόγνωση και τις συμβουλές που θα δοθούν σε ασθενείς (Sen & Barton, 2007).

Έτσι η διάγνωση μπορεί να γίνει με την ανίχνευση DNA του ιού με την μέθοδο PCR ή με άλλες εξετάσεις που μπορούν να ανιχνεύσουν τα αντιγόνα του HSV (Rector, 2020). Επιπρόσθετα, η διαθεσιμότητα ειδικών για τον τύπο προσδιορισμών IgG αντισωμάτων είναι σημαντική, διότι οι συγκεκριμένες επιτρέπουν τη διαφοροποίηση μεταξύ HSV-1 και HSV-2 λοιμώξεων (Johnston & Corey, 2016).

3.4.3. Θεραπεία

Ο έρπης των γεννητικών οργάνων δεν θεραπεύεται, απλά η θεραπεία με αντιικά φάρμακα, μπορεί να ανακουφίσει από τον πόνο και να επουλώσει τις πληγές πιο γρήγορα. Υπάρχουν δύο θεραπευτικά σχήματα, η επεισοδιακή και η κατασταλτική θεραπεία, τα οποία είναι ίδια για τα HSV-1 και HSV-2 (Groves, 2016),

Η επεισοδιακή θεραπεία χρησιμοποιείται μόνο όταν ο ασθενής έχει συμπτώματα με υποτροπή του έρπητα των γεννητικών οργάνων και χορηγείται για 2 έως 10 ημέρες, ανάλογα με το φάρμακο και εάν χρησιμοποιείται για το πρώτο ή επαναλαμβανόμενο επεισόδιο του έρπητα των γεννητικών οργάνων. Συνιστώνται πολλές διαφορετικές δόσεις θεραπείας για επεισοδιακή θεραπεία. Η επεισοδιακή θεραπεία μπορεί να μειώσει τη διάρκεια της υποτροπής και να ανακουφίσει τα συμπτώματα. Για τη θεραπεία των επεισοδίων ασθενειών, η ακυκλοβίρη, η βαλακυκλοβίρη και η φαμσικλοβίρη είναι όλα φάρμακα επιλογής με παρόμοια αποτελεσματικότητα (Johnston & Corey, 2016).

Η κατασταλτική θεραπεία χορηγείται καθημερινά και μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο υποτροπής κατά περίπου 50% και να βελτιώσει την ποιότητα ζωής των ασθενών με υποτροπιάζοντα έρπητα των γεννητικών οργάνων. Όπως περιγράφεται παρακάτω, η κατασταλτική θεραπεία μειώνει επίσης τον κίνδυνο μετάδοσης έρπητα των γεννητικών οργάνων μεταξύ ετεροφυλόφιλων ζευγαριών. Έρευνες έχουν δείξει, ότι η βαλακυκλοβίρη μπορεί καλύτερα να αναστείλει την υποτροπή των γεννητικών οργάνων και την υποκλινική απόρριψη από την φαμσικλοβίρη (Johnston & Corey, 2016 and Dewit, 2009).

Συνιστώμενα σχήματα για επεισοδιακή θεραπεία είναι τα παρακάτω:

- Aciclovir 200 mg peros x 5 ημερησίως για 5 ημέρες ή
- Aciclovir 400 mg peros x 3 ημερησίως για 5 ημέρες ή
- Aciclovir 800 mg peros x 2 ημερησίως για 5 ημέρες ή
- Aciclovir 800 mg peros x 3 ημερησίως για 2 ημέρες ή
- Valaciclovir 500 mg peros x 2 ημερησίως για 3-5 ημέρες ή
- Valaciclovir 1 g peros x 1 ημερησίως για 5 ημέρες ή
- Famciclovir 125 mg peros x 2 ημερησίως για 5 ημέρες ή
- Famciclovir 1 g peros x 2 ημερησίως για 1 ημέρα (Groves, 2016 and Sen & Barton, 2007).

Συνιστώμενα σχήματα για κατασταλτική θεραπεία είναι τα παρακάτω:

- Aciclovir 400 mg peros x 2 ημερησίως ή
- Valaciclovir 250 mg peros x 2 ημερησίως ή
- Valaciclovir 500 mg μία φορά την ημέρα ή
- Valaciclovir 1 g μία φορά την ημέρα ή
- Famciclovir 250 mg peros x 2 ημερησίως (Sen & Barton, 2007).

3.5. Ιός Ανθρώπινων Θηλωμάτων - Κονδυλώματα (HPV)

Η λοίμωξη από τον ιό του HPV (Human Papilloma Virus) είναι η πιο κοινή ιογενής, σεξουαλικά μεταδιδόμενη λοίμωξη, η οποία εμφανίζεται με μια ποικιλία κακώσεων στο δέρμα ή στους βλεννογόνους. Οι κακώσεις που εκδηλώνονται στο αναπνευστικό σύστημα ή στο λαιμό, είναι γνωστά ως επανειλημμένα, αναπνευστικά θηλώματα, ενώ αυτά που εκδηλώνονται στα γεννητικά όργανα, ονομάζονται κονδυλώματα (Rector, 2020).

Έρευνες έχουν αποδείξει, ότι υπήρξαν περίπου 43 εκατομμύρια μολύνσεις από τον HPV το 2018, πολλές μεταξύ των ατόμων στα τέλη της εφηβείας τους και στις αρχές της δεκαετίας του

'20. Υπάρχουν πάνω από 120 τύποι HPV, από τους οποίους τουλάχιστον οι 40 είναι σεξουαλικά μεταδιδόμενοι (Centers for Disease Control and Prevention, 2021).

Ο HPV μπορεί να μεταδοθεί άμεσα και έμμεσα, ή μέσω μιας μολυσμένης μητέρας στο νεογνό (Rector, 2020). Η λοίμωξη από τον HPV συνήθως εξαφανίζεται χωρίς καμία παρέμβαση μέσα σε λίγους μήνες μετά την απόκτηση. Μόνο ένα μικρό ποσοστό λοιμώξεων με ορισμένους τύπους HPV μπορεί να παραμείνει και να εξελιχθεί σε καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Η μόλυνση με ορισμένους τύπους HPV προκαλεί επίσης ποσοστό καρκίνων του αιδοίου, του κόλπου, του πέους, του πρωκτού και του στοματοφάρυγγα, οι οποίοι μπορούν να αποφευχθούν, εκτελώντας παρόμοιες στρατηγικές πρωτογενούς πρόληψης με αυτές του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας (World Health Organization, 2020).

3.5.1. Κλινική Εικόνα – Συμπτωματολογία

Αρκετά συχνά, υπάρχουν άτομα που είναι ασυμπτωματικά, με αποτέλεσμα να μη διαγιγνώσκονται και να μεταδίδεται πολύ εύκολα σεξουαλικά, ο συγκεκριμένος ιός (Rector, 2020). Τα κονδυλώματα εμφανίζονται σαν μυρμηγκιές επίπεδες ή επηρμένες, οριζόντιες, τραχείς, συχνότερα στο όσχεο και το πέος στους άνδρες, ενώ στις γυναίκες στο αιδοίο, τον κόλπο, τα χείλη και τον τράχηλο της μήτρας (Stanhope & Lancaster, 2016 and Dewit, 2009). Έχουν διάφορα μεγέθη και μερικές φορές έχουν μια εικόνα που περιγράφεται ως κουνουπιδιού (Stanhope & Lancaster, 2016). Επίσης, στα νεογνά, τα κονδυλώματα εμφανίζονται συνήθως σαν λαρυγγικά θηλώματα (Dewit, 2009).

3.5.2. Διάγνωση

Η διάγνωση των κονδυλωμάτων γίνεται με την κλινική εικόνα. Στις γυναίκες, μπορεί να εφαρμοστεί το τεστ Παπανικολάου, κατά το οποίο ο γιατρός συλλέγει δείγμα κυττάρων από τον κόλπο ή τον τράχηλο και αποστέλλεται για εργαστηριακή διερεύνηση. Εάν βγει θετικό, τότε γίνεται κολποσκόπηση (Mayoclinic, 2021).

Επιπλέον, μπορεί να εφαρμοστεί η δοκιμή διαλύματος με οξικό οξύ, το οποίο όταν εφαρμοστεί στη γεννητική περιοχή που έχει μολυνθεί από τον HPV, τα κονδυλώματα

μετατρέπονται σε χρώμα λευκό. Έτσι, τα κονδυλώματα γίνονται πιο ευδιάκριτα (World Health Organization, 2020).

Ακόμη, μπορεί να πραγματοποιηθεί η δοκιμή DNA, η οποία μπορεί να αναγνωρίσει το DNA των ποικιλιών HPV υψηλού κινδύνου που έχουν συνδεθεί με καρκίνους των γεννητικών οργάνων. Αυτός ο τρόπος διάγνωσης συνιστάται για γυναίκες 30 ετών και άνω εκτός από το τεστ Παπανικολάου (Mayoclinic, 2021).

3.5.3. Θεραπεία

Στόχος του θεραπευτικού σχήματος είναι η αφαίρεση των κονδυλωμάτων και η μείωση της μολυσματικότητας των ασθενών. Τα φάρμακα που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την εξαφάνιση των κονδυλωμάτων είναι:

- Σαλικυλικό οξύ. Για χρήση σε κοινά κονδυλώματα, το σαλικυλικό οξύ μπορεί να προκαλέσει ερεθισμό του δέρματος και δεν ενδείκνυται για χρήση στο πρόσωπο.
- Ιμικιμόδη. Αυτή η τοπική κρέμα μπορεί να ενισχύσει την ικανότητα του ανοσοποιητικού συστήματος να καταπολεμά τον HPV. Συχνές ανεπιθύμητες ενέργειες περιλαμβάνουν την ερυθρότητα και το πρήξιμο στον ιστότοπο της εφαρμογής.
- Podofilox. Μια άλλη τοπική κρέμα, το podofilox λειτουργεί καταστρέφοντας τον ιστό των κονδυλωμάτων των γεννητικών οργάνων. Οι παρενέργειες που μπορεί να έχει είναι κάψιμο και φαγούρα όταν εφαρμόζεται.
- Τριγλωροξικό οξύ. Αυτή η χημική θεραπεία καίει τα κονδυλώματα στα πέλματα, τις παλάμες και τα γεννητικά όργανα. Η ανεπιθύμητη ενέργεια που μπορεί να προκαλέσει είναι τοπικό ερεθισμό. (Mayoclinic, 2021)

Εάν το θεραπευτικό σχήμα με τα φάρμακα δεν λειτουργήσει, τότε τα κονδυλώματα πρέπει να αφαιρεθούν με κρυοθεραπεία, με λέιζερ, χειρουργικά ή με ηλεκτροκαυτηρίαση (Rector, 2020).

3.6. Μολυσματική Τέρμινθος

Η μολυσματική τέρμινθος είναι μια αυτοπεριοριζόμενη λοιμώδης δερματίτιδα, η οποία ονομάζεται και κονδυλώματα νερού (Gandhi, 2021 and Downey et al., 2019). Προσβάλλει κυρίως βρέφη και

παιδιά κάτω των 10 ετών, αλλά και ανοσοκατεσταλμένους και σεξουαλικά ενεργούς ενήλικες (Downey et al., 2019 and Oakley & Vanousona, 2015). Η τυπική βλάβη εμφανίζεται σε σχήμα θόλου, στρογγυλό, με ροζ χρώμα ή χρωματισμένα βλατίδια και η περίοδος επώασης είναι συνήθως 2 εβδομάδες, αλλά μπορεί να διαρκέσει έως και 6 μήνες (Gandhi, 2021 and Oakley & Vanousona, 2015). Το 2010, υπήρχαν περίπου 122 εκατομμύρια κρούσματα μολυσματικής τέρμινθου και εμφανίζεται σε όλο τον κόσμο, συνήθως σε πιο ζεστές και υγρές περιοχές (Gandhi, 2021).

Προκαλείται από έναν ιό ευλογιάς, όπου υπάρχουν τουλάχιστον 4 ιικοί υπότυποι, οι MCV-1 (98% των περιπτώσεων) εμφανίζονται κυρίως σε παιδιά, ενώ ο MCV-2 είναι κυρίως υπεύθυνος για δερματικές βλάβες σε άτομα που ζουν με HIV. Οι MCV-3 και MCV-4 είναι παρόντες στην Αυστραλία και την Ασία (Gandhi, 2021 and Oakley & Vanousona, 2015).

Η μολυσματική τέρμινθος μπορεί να μεταδοθεί με άμεση επαφή με το μολυσμένο δέρμα, με έμμεση επαφή μέσω κοινόχρηστων πετσετών ή άλλων αντικειμένων, σεξουαλικά σε ενήλικες και με ξύσιμο ή τρίψιμο των μολυσμένων περιοχών (Oakley & Vanousona, 2015).

Οι επιπλοκές που μπορεί να εμφανίσει αυτή η λοίμωξη είναι οφθαλμικά προβλήματα, όπως επιπεφυκίτιδα, η οποία μπορεί να προκαλέσει πόνο στα μάτια και ευαισθησία στο φως, να παραμείνουν κάποιες ουλές στο δέρμα, καθώς επίσης και οι κηλίδες μπορεί να μολυνθούν από βακτήρια και να χρειαστεί θεραπεία με αντιβιοτικά (NHS, 2020).

3.6.1. Κλινική Εικόνα – Συμπτωματολογία

Η μολυσματική τέρμινθος εκδηλώνεται ως βλατίδες που κυμαίνονται σε μέγεθος από 1 έως 6 mm και μπορεί να είναι σε χρώμα λευκό, ροζ ή καφέ. Συχνά αποτελούνται από μια κηρώδη, γυαλιστερή εμφάνιση με ένα μικρό κεντρικό λάκκο (αυτή η εμφάνιση μερικές φορές περιγράφεται ως ομφαλοποιημένη) (Oakley & Vanousona, 2015). Οι βλάβες μπορεί να είναι μονές, πολλαπλές ή ομαδοποιημένες, καθώς επίσης μπορεί να υπάρχει κνησμός.

Στα παιδιά, οι κηλίδες μπορούν να εξαπλωθούν σε διάφορα μέρη του σώματος, όπως στη μασχάλη, στον κορμό, πίσω από τα γόνατα ή στη βουβωνική χώρα, στα γεννητικά όργανα και το πρόσωπο, εκτός από τις παλάμες και τα πέλματα (NHS, 2020).

Στους ενήλικες, οι κηλίδες εντοπίζονται συχνότερα στην κάτω κοιλιακή χώρα, τους μηρούς, τα γεννητικά όργανα, την περινεϊκή περιοχή και οι περισσότερες περιπτώσεις μεταδίδονται μέσω της σεξουαλικής επαφής.

Ο χρόνος που μπορεί να διαρκέσουν οι βλάβες είναι μεταβλητός, αλλά στις περισσότερες περιπτώσεις, αυτοπεριορίζονται σε περίοδο 6 έως 9 μηνών. Ωστόσο, ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να παραμείνουν για περισσότερο από τρία έως τέσσερα χρόνια (Downey et al., 2019).

3.6.2. Διάγνωση

Η διάγνωση για την μολυσματική τέρμινθο βασίζεται στην κλινική εξέταση που θα πραγματοποιηθεί, παρατηρώντας τα διακριτικά χαρακτηριστικά των βλαβών. Ένα χρήσιμο κλινικό εργαλείο για τη διάγνωση της συγκεκριμένης νόσου είναι η δερματοσκόπηση, που είναι ένα ευρέως διαθέσιμο εργαλείο και το οποίο επιτρέπει την παρατήρηση δομών που δεν φαίνονται με γυμνό μάτι (Downey et al., 2019).

Σε περίπτωση δυσκολίας διάγνωσης, μπορεί να είναι χρήσιμες η ιστοπαθολογία, η οποία εμφανίζει χαρακτηριστικά ενδοκυτταροπλασματικά σώματα εγκλεισμού και η μικροσκοπική εξέταση (Gandhi, 2021 and Oakley & Vanousova, 2015).

3.6.3. Θεραπεία

Οι βλάβες της μολυσματικής τέρμινθου συνήθως έχουν την τάση της αυτοϊασης σε έξι έως δώδεκα μήνες. Αν είναι απαραίτητη η θεραπεία, η φυσική απομάκρυνση βασίζεται κυρίως στην κρυοθεραπεία με υγρό άζωτο ή με επεξεργασία. Επιπλέον, η θεραπεία με λέιζερ μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί, αλλά όχι ως θεραπεία πρώτης γραμμής. Η φυσική αφαίρεση είναι συνήθως επώδυνη και μπορεί να απαιτεί τοπικό αναισθητικό (Mayoclinic, 2020).

Επιπροσθέτως, οι γιατροί προτείνουν πολλές τοπικές θεραπείες. Η ποδοφυλλοτοξίνη (αντενδείκνυται σε έγκυες γυναίκες), το σαλικυλικό οξύ, το υδροξείδιο του καλίου, το υπεροξείδιο του βενζοϋλίου και η τρετινοΐνη χρησιμοποιούνται ως θεραπείες στο σπίτι. Αυτές οι τοπικές θεραπείες, έχουν σκοπό να προκαλέσουν μια φλεγμονώδη αντίδραση, επιταχύνοντας έτσι την ανάκαμψη (Gandhi, 2021).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΠΡΩΤΟΖΩΙΚΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ

4.1. Τριχομονάδα

Η τριχομονάδα είναι μια από τις πιο κοινές σεξουαλικές μεταδιδόμενες λοιμώξεις, η οποία προκαλείται από το παράσιτο *Trichomonas vaginalis*. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) υπολόγισε το 2016, ότι υπήρχαν περίπου 156 εκατομμύρια κρούσματα *T. vaginalis* παγκοσμίως και ο επιπολασμός του ήταν 1,8% στις γυναίκες και 0,5% στους άνδρες ηλικίας 18-59 ετών (Van Gerwen & Muzny, 2019). Ο *T. vaginalis* εντοπίστηκε περίπου πριν από 150 χρόνια και συγκεκριμένα το 1836, από τον Donné, όταν απεικόνισε κινητικούς μικροοργανισμούς στο κολπικό υγρό από γυναίκες με συμπτώματα λοίμωξης (Bouchemal et al., 2017).

Το συγκεκριμένο παράσιτο αναγνωρίζεται ως αιτία κολπίτιδας και μπορεί να προκαλέσει σοβαρές συνέπειες, όπως στειρότητα, πρόωρη ρήξη των μεμβρανών του πλακούντα, βρέφη με χαμηλό βάρος γέννησης και θάνατο νεογνών. Επίσης, έχει αναφερθεί αυξημένη προδιάθεση για HIV λοίμωξη τόσο για τους άνδρες όσο και για τις γυναίκες (Bouchemal et al., 2017). Μεταδίδεται μέσω της σεξουαλικής επαφής και αυτό το παράσιτο δεν μπορεί να επιβιώσει στο στόμα ή στο ορθό (Medlineplus, 2021).

Όσον αφορά τη βιολογία και την παθογέννηση του *T. Vaginalis*, αποτελείται από πέντε μαστίγια. Τα τέσσερα μαστίγια μήκους 7 έως 18 μm βρίσκονται στο πρόσθιο άκρο του και δίνουν τη χαρακτηριστική του κίνηση περιστροφής και ανατροπής. Το πέμπτο μαστίγιο εντοπίζεται εντός της κυματοειδούς μεμβράνης, του οποίου το μήκος είναι ισοδύναμο με το ήμισυ του κυττάρου. Το *T. vaginalis* έχει έναν μεγάλο πυρήνα χαρακτηριστικό των ευκαρυωτικών κυττάρων, καθώς ακόμη και μια σημαντικά αναπτυγμένη συσκευή Golgi. Επειδή δεν διαθέτει μιτοχόνδρια, το *T. vaginalis* περιέχει υδρογονόσωμα ως εναλλακτικούς παρόχους ενέργειας (Bouchemal et al., 2017).

4.1.1. Κλινική Εικόνα – Συμπτωματολογία

Η πλειοψηφία των γυναικών (85%) και των ανδρών (77%) με τριχομονάδα είναι ασυμπτωματική και το 1/3 των ασυμπτωματικών γυναικών μετατρέπεται σε συμπτωματικό εντός 6 μηνών (Kissinger, 2015).

Στις γυναίκες τα συμπτώματα περιλαμβάνουν:

- Κολπική οσμή (δυσάρεστη ή έντονη μυρωδιά)
- Πρασινοκίτρινη, αφρώδης κολπική έκκριση
- Δυσφορία με τη συνουσία
- Δυσουρία
- Κνησμός των εσωτερικών μηρών
- Κνησμός κόλπου ή αιδοίου ή και πρήξιμο των χειλέων (Medlineplus, 2021)

Στους άνδρες τα συμπτώματα περιλαμβάνουν:

- Καύσο μετά από ούρηση ή εκσπερμάτωση
- Κνησμός της ουρήθρας
- Εκκρίσεις από την ουρήθρα
- Επίσης μπορεί να εμφανίσουν προστατίτιδα και επιδιδυμίτιδα (Van Gerwen & Muzny, 2019).

4.1.2. Διάγνωση

Στις υγιείς ενήλικες γυναίκες, το κολπικό pH είναι περίπου 4, ενώ εκείνες που έχουν τριχομονάδα, το κολπικό pH αυξάνεται σε >7 . Έτσι, η διάγνωση μπορεί να γίνει με την αύξηση του κολπικού pH, καθώς επίσης και με κολποσκόπηση (Bouchemal et al., 2017). Υπάρχουν, ωστόσο, ορισμένες μελέτες που έδειξαν ότι τα ενδοτραχηλικά δείγματα είναι κατάλληλα με 88% ευαισθησία και 99% ειδικά για την τριχομονάδα μέσω PCR (Kissinger, 2015). Στους άνδρες είναι δύσκολο να διαγνωστεί και μπορούν να αντιμετωπιστούν εάν εξακολουθούν και έχουν συμπτώματα κνησμού ή καύσου της ουρήθρας, ή εάν διαγνωστεί κάποιος από το τους σεξουαλικούς συντρόφους του (Medlineplus, 2021).

4.1.3. Θεραπεία

Η θεραπεία της τριχομονάδας είναι κάποια συγκεκριμένα αντιβιοτικά, συνήθως η μετρονιδαζόλη και η τινιδαζόλη με εφάπαξ δόση 2gr peros. Εναλλακτικά, υπάρχει η θεραπεία μετρονιδαζόλης 500mg δύο φορές την μέρα για 7 ημέρες (Van Gerwen & Muzny, 2019).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΠΑΡΑΣΙΤΙΚΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ

5.1. Ψώρα

Η ψώρα είναι μια δερματική ασθένεια που προκαλείται από το παράσιτο *Sarcoptes Scabiei* (Geno Tai et al., 2020). Είναι ένα παγκόσμιο ζήτημα υγείας με επιπολασμό 300 εκατομμυρίων ανά έτος. Μπορεί να επηρεάσει όλους τους ανθρώπους ανεξάρτητα από το κοινωνικοοικονομικό τους επίπεδο, την εθνικότητα, το φύλο ή την ηλικία και προκαλεί έντονο και εξαντλητικό κνησμό. Η νόσος αυτή εκτός των άλλων πολλές φορές μεταδίδεται με την σεξουαλική επαφή (Gopinath & Karthikeyan, 2020). Τα ακάρια της ψώρας διαδίδονται άμεσα με την επαφή του δέρματος μεταξύ των ανθρώπων, όταν το ένα άτομο έχει ψώρα (Centers for Disease Control and Prevention, 2020).

Συχνές εστίες κρουσμάτων είναι οι νοσοκομειακές εγκαταστάσεις, τα γηροκομεία και οι φυλακές (Περιφέρεια Κεντρικής Μακεδονίας, 2021). Επιπλέον εμφανίζεται πιο συχνά σε ζεστές και τροπικές χώρες με μεγάλη πυκνότητα πληθυσμού. Ανά πάσα στιγμή εκτιμάται ότι παγκοσμίως 200 εκατομμύρια άτομα πάσχουν με ψώρα. Μέσω μελετών με το μικροσκόπιο έχει διαπιστωθεί ότι ο μηχανισμός του *Sarcoptes Scabiei* είναι η εισχώρηση στο δέρμα ενός ατόμου και η τοποθέτηση αυγών τα οποία προκαλούν ανοσολογική αντίδραση στο άτομο ξενιστή (World Health Organization, 2020).

Όταν ένα άτομο μολυνθεί πρώτη φορά με ψώρα τα συμπτώματα θα εμφανιστούν σε δύο με έξι εβδομάδες μετά την έκθεση. Αν όμως έχει μολυνθεί και στο παρελθόν και ξανά μολυνθεί εκ νέου τότε θα εμφανίσει συμπτώματα σε μια έως τέσσερις ημέρες. Ο χρόνος μεταδοτικότητας διαρκεί από την αρχή της μόλυνσης έως την καταστροφή των παρασίτων και των αυγών τους (Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας, 2021). Σχετικά με τις γεννητικές βλάβες από ψώρα, από μελέτες έχει αποδειχθεί ότι αποτελούν ως και το 60% των περιπτώσεων (Gopinath & Karthikeyan, 2020).

5.1.1. Κλινική Εικόνα – Συμπτωματολογία

Η κυριότερη και πιο χαρακτηριστική εκδήλωση της ψώρας είναι τα δερματικά εξανθήματα ή αλλιώς ερυθρηματώδεις βλατίδες και η έντονη φαγούρα που αυτά προκαλούν (Geno Tai et al., 2020). Ο κνησμός μπορεί να δημιουργηθεί σε όλα τα σημεία του σώματος και κυρίως σε:

- Στους αγκώνες
- Στις ωμοπλάτες
- Στους καρπούς των χεριών
- Στις μασχάλες
- Στο πέος
- Στην θηλή
- Στην περιοχή μεταξύ των δακτύλων
- Στην μέση
- Στους γλουτούς (Περιφέρεια Κεντρικής Μακεδονίας, 2021).

Όταν τα άτομα με ψώρα που έχουν κνησμό ξύσουν τα εξανθήματα τους τότε δημιουργούνται πληγές και μπορεί να συμβεί και μόλυνση στα σημεία αυτά (MedlinePlus, 2016). Μερικά παιδιά επίσης αναπτύσσουν ψώρα και τα σημεία που αυτή συμβαίνει είναι κυρίως το κεφάλι, ο λαιμός, τα πέλματα των ποδιών και παλάμες, θέσεις που δεν εμφανίζονται συχνά σε ενήλικους (American Academy of Dermatology Association, 2021).

5.1.2. Διάγνωση

Η πιο τυπική εξέταση για την διαπίστωση της ψώρας είναι η κλινική εξέταση των ακάρεων, των αυγών ή των περιττωμάτων στα ερεθισμένα σημεία του δέρματος. Τα σημεία του σώματος που πρέπει να ληφθούν υπόψιν στην εξέταση είναι μεταξύ άλλων τοποθεσιών το πέος, τα χέρια, τα πόδια, και οι καρποί. Αυτή η διαδικασία ενδέχεται να είναι αρκετά άβολη για τον ασθενή (Gopinath & Karthikeyan, 2020).

Μια άλλη δοκιμασία για την διάγνωση της ψώρας είναι η απεικόνιση των αυγών και των ακάρεων στο μικροσκόπιο (Geno Tai et al., 2020). Άλλοι τρόποι διάγνωσης είναι η ύπαρξη συμβατού ιστορικού, με την χρήση της αλυσιδωτής αντίδρασης πολυμεράσης (PCR) και τη δερματοσκόπηση. Επίσης η μικροσκοπία εστιακής αντανάκλασης και η οπτική τομογραφία συνοχής μπορούν να εντοπίσουν τα ακάρεα ψώρας, τις προνύμφες και τα κόπρανα. Ωστόσο, και οι δύο αυτές διαγνωστικές εξετάσεις είναι αρκετά ακριβές, έχουν μακρά καμπύλη μάθησης και

μικρή ευαισθησία και είναι διαθέσιμες μόνο σε εξειδικευμένα κέντρα. Τέλος η βιοψία του δέρματος είναι μια δοκιμασία που μπορεί να συμβεί αλλά δεν είναι η πιο χρήσιμη γιατί δεν εμφανίζει ειδικότητα (Gopinath & Karthikeyan, 2020).

5.1.3. Θεραπεία

Οι αποτελεσματικές θεραπευτικές επιλογές για την αντιμετώπιση της ψώρας είναι η χορήγηση παρασιτοκτόνων είτε με τοπική είτε με στοματική χορήγηση (Geno Tai et al., 2020). Ως θεραπεία πρώτης γραμμής σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας έχει οριστεί πως μπορεί να είναι κάποιο από τα εξής:

- 5% κρέμα περμεθρίνης, η οποία είναι η πιο συχνά προτιμώμενη θεραπεία και ιδιαίτερα στα βρέφη και στις εγκυμονούσες γυναίκες.
- Κρέμα κροταμιτόν 10%.
- Αλοιφή θείου (5-10%).
- Γαλάκτωμα βενζυλικού βενζοϊκού 10-25%.
- Μαλαθείο 0,5% σε υδατική βάση

Επιπλέον η peros χορήγηση ιβερμεκτίνης έχει πολύ καλά αποτελέσματα παρόλα αυτά δεν έχει αποδειχθεί ότι είναι ασφαλής επιλογή για μικρά παιδιά και εγκυμονούσες άρα και δεν συνίσταται (World Health Organization, 2020).

Την θεραπεία δεν πρέπει να την λάβουν μονάχα τα άτομα που διαγιγνώσκονται με ψώρα αλλά και τα άτομα τα οποία έχουν έρθει σε στενή επαφή μαζί τους, σεξουαλική ή μη. Τέλος πρέπει όλα τα άτομα που λαμβάνουν την θεραπεία να ενημερωθούν πως τα συμπτώματα θα είναι έντονα έως δύο εβδομάδες από την έναρξη της αγωγής (Geno Tai et al., 2020).

5.2. Φθειρίαση Εφηβαίου

Οι ηβικές ψείρες είναι κάποια μικρά έντομα, τα οποία εδρεύουν στις χονδροειδείς τρίχες του ανθρώπινου σώματος όπως για παράδειγμα στις ηβικές τρίχες των γεννητικών οργάνων. Αντίθετα με τις φθείρες της κεφαλής οι ηβικές φθείρες δεν κατοικούν στο τριχωτό της κεφαλής (National Health Service, 2018). Η φθειρίαση του εφηβαίου εξαπλώνεται άμεσα μέσω της σεξουαλικής

επαφής. Ορισμένες φορές οι ηβικές ψείρες βρίσκονται και σε άλλα σημεία του σώματος όπως μασχάλες, μασχάλες, πόδια, μουστάκι, φρύδια, γένια, βλεφαρίδες κλπ. (MedlinePlus, 2018). Η προσβολή από τις φθείρες αυτές συμβαίνει σε όλο τον κόσμο χωρίς να επηρεάζεται από την φυλή, το φύλο, το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο ή άλλους παράγοντες.

Οι ηβικές ψείρες μπορούν να παρατηρηθούν σε τρεις μορφές, το αυγό, την νύμφη και την ενήλικη ψείρα. Τα αυγά των ψειρών είναι δύσκολο να διακριθούν με το μάτι και είναι στενά συνδεδεμένα με τον άξονα της τρίχας. Έχουν οβάλ σχήμα και χρώμα κίτρινο ή λευκό. Ο χρόνος που χρειάζονται για να εκκολαφθούν είναι γύρω στις δέκα ημέρες. Οι νύμφες είναι ουσιαστικά οι ανώριμες φθείρες, δηλαδή η συνέχεια της εκκόλαψης των αυγών. Στην όψη μοιάζουν με τις ενήλικες ψείρες αλλά είναι αρκετά μικρότερες. Ύστερα από την εκκόλαψη χρειάζονται περίπου τρεις εβδομάδες για να ωριμάσουν και για να αναπαραχθούν. Για να επιβιώσουν θρέφονται με αίμα. Οι ενήλικες ηβικές φθείρες οπτικά μοιάζουν με μικρά καβούρια, αν τα παρατηρήσεις με έναν μεγεθυντικό φακό. Έχουν έξι πόδια και το χρώμα τους κυμαίνεται από γκρι έως μαύρο. Οι θηλυκές είναι μεγαλύτερες σε μέγεθος από τις αρσενικές και τοποθετούν τα αυγά τους στις τρίχες. Και αυτά όπως οι νύμφες για να επιβιώσουν θρέφονται με αίμα καθώς αξιοσημείωτο είναι πως αν μια φθείρα πέσει από την τρίχα τότε σε χρονικό διάστημα περίπου δύο ημερών πεθαίνει (Centers for Disease Control and Prevention, 2019).

Το τυπικό φορτίο μόλυνσης του ενήλικου πληθυσμού σε όλο τον κόσμο από φθειρίαση εφηβαίου φαίνεται να είναι περίπου 2%. Επιπλέον η συγκεκριμένη νόσος στις ΗΠΑ δεν είναι μια συχνά εντοπισμένη κατάσταση. Οι ψείρες του εφηβαίου όπως και οι ψείρες της κεφαλής δεν σχετίζονται με την κακή υγιεινή. Αξίζει να αναφερθεί πως τα ζώα δεν συμβάλλουν στην εξάπλωση των ψειρών ούτε και μπορούν να κολλήσουν (Anderson & Chaney, 2009).

5.2.1. Κλινική Εικόνα – Συμπτωματολογία

Αφότου ένα άτομο αποκτήσει ηβικές ψείρες θα χρειαστούν μερικές εβδομάδες για να εμφανίσει συμπτώματα. Τα συμπτώματα αυτά δεν διαφέρουν σε άνδρες και γυναίκες (National Health Service, 2018). Το βασικότερο σύμπτωμα είναι ο κνησμός αλλά πολλά άτομα μπορεί να είναι και ασυμπτωματικά (American Osteopathic College of Dermatology, 2021). Κάποια ακόμη σημεία φθειρίασης εφηβαίου είναι:

- Ορατά αυγά των ψειρών ή ορατές ψείρες που κινούνται

- Εμφάνιση πληγών ύστερα από έντονο κνησμό
- Μαύρη σκόνη στο εσώρουχο
- Κνησμός ο οποίος γίνεται εντονότερος την νύχτα όπου οι ψείρες κινούνται περισσότερο
- Μικρές κηλίδες αίματος στο δέρμα λόγω τσιμπήματος των ψειρών (National Health Service, 2018).

5.2.2. Διάγνωση

Η διαπίστωση για τον αν υφίσταται προσβολή της ηβικής περιοχής από ψείρες είναι αρκετά εύκολη, αρκεί να εντοπιστούν οι ψείρες ή τα αυγά τους (American Osteopathic College of Dermatology, 2021). Εκτός από την ηβική περιοχή οι φθείρες μπορεί επίσης να εντοπιστούν και αλλού στο σώμα όπως στα φρύδια, στις βλεφαρίδες, στα γένια, στο μουστάκι, στη μασχάλη, στη βουβωνική χώρα, ή και στο κορμό (Centers for Disease Control and Prevention, 2019). Οι συγκεκριμένες ψείρες δεν κινούνται γρήγορα και κολλάνε σε παραπάνω από μια τρίχες της περιοχής. Επιπλέον μπορεί να είναι λίγες σε αριθμό οπότε να είναι δύσκολο να εντοπιστούν. Ορισμένες φορές χρειάζεται η βοήθεια ενός μεγεθυντικού φακού για να γίνουν πιο ευδιάκριτες και να εντοπιστούν γρηγορότερα και ευκολότερα (American Osteopathic College of Dermatology, 2021). Τα άτομα τα οποία διαγιγνώσκονται με φθειρίαση εφηβαίου πρέπει να εξετάζονται και για άλλα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (Centers for Disease Control and Prevention, 2019).

5.2.3. Θεραπεία

Οι ηβικές ψείρες μπορούν να αντιμετωπιστούν στο σπίτι με εντομοκτονική ή παρασιτική κρέμα, λοσιόν ή σαμπουάν (National Health Service, 2018). Ένα κατάλληλος τρόπος αντιμετώπισης των φθειρών του εφηβαίου είναι η χρησιμοποίηση μιας λοσιόν θανάτωσης ψειρών η οποία εμπεριέχει 1% περμεθρίνη ή εναλλακτικά μια κρέμα που περιέχει πυρεθρίνες και βουτοξείδιο του πιπυρονυλικού μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τη θεραπεία της φθειρίασης του εφηβαίου. Αυτά τα προϊόντα είναι διαθέσιμα δίχως ιατρική συνταγογράφηση σε ένα φαρμακείο. Αυτά τα φάρμακα είναι ασφαλή και αποτελεσματικά όταν χρησιμοποιούνται σύμφωνα με τις οδηγίες τους.

Ένας άλλος τρόπος αντιμετώπισης της κατάστασης αυτής είναι η χρήση σαμπουάν Lindane το οποίο δύναται να καταστρέψει τις ψείρες και τα αυγά τους. Δεν συνίσταται ως θεραπεία πρώτης γραμμής διότι έχει αποδειχθεί ότι είναι τοξικό για τον εγκέφαλο και το νευρικό σύστημα και

χορηγείται έπειτα από ιατρική συνταγή αν οι άλλοι τρόποι αντιμετώπισης δεν έχουν αποτελέσματα.

Η ιβερμεκτίνη και η λοσιόν μαλαθείου είναι επίσης δύο συνταγογραφούμενα φάρμακα με θετικά αποτελέσματα όμως δεν έχουν εγκριθεί από την Αμερικανική Υπηρεσία Τροφίμων και Φαρμάκων (FDA) για τη θεραπεία των ηβικών ψειρών (Centers for Disease Control and Prevention, 2019).

Παράλληλα με την φαρμακευτική αγωγή τα άτομα με ψείρες εφηβαίου πρέπει να πραγματοποιήσουν σχολαστική καθαριότητα στα προσωπικά τους αντικείμενα όπως ρουχισμός, κλινοσκεπάσματα κλπ. (MedlinePlus, 2018).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΜΥΚΗΤΗΣΙΑΚΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ

6.1. Καντιντίαση

Η καντιντίαση είναι μια ασθένεια η οποία προκαλείται από έναν ζυμομύκητα, τον candida. Μερικά είδη της κατηγορίας candida μπορεί να προκαλέσουν μόλυνση στους ανθρώπους και συχνότερα ο candida albicans. Σε κανονικές συνθήκες οι μύκητες αυτοί υπάρχουν φυσιολογικά στο σώμα σε μικρό αριθμό (Centers for Disease Control and Prevention, 2020). Τα μέρη στα οποία ζουν φυσιολογικά και δε δημιουργούν προβλήματα μπορεί να είναι το στόμα, ο λαιμός, το έντερο και ο κόλπος, χωρίς να προκαλούν προβλήματα (MedlinePlus, 2016). Η λοίμωξη από candida μπορεί να επηρεάσει τη στοματική κοιλότητα, τον κόλπο, το πέος ή άλλα μέρη του σώματος.

Η καντιντίαση των γεννητικών οργάνων εμφανίζεται με κνησμό των γεννητικών οργάνων, αίσθημα καύσου και λευκές εκκρίσεις από τον κόλπο. Το πέος επηρεάζεται λιγότερο συχνά με λοίμωξη από candida και μπορεί να παρουσιάσει κνησμό και εξανθήματα. Οι λοιμώξεις από τον ζυμομύκητα μπορεί να εξαπλωθούν σε άλλα μέρη του σώματος με αποτέλεσμα το άτομο να έχει πυρετό μαζί με άλλα συμπτώματα, μια κατάσταση που είναι σπανιότερη. Μερικοί από τους προδιαθεσικούς παράγοντες της καντιντίας περιλαμβάνουν την φυματίωση, τον υποπαραθυρεοειδισμό, τη νόσο του Addison, την διατροφική ανεπάρκεια σε βιταμίνη A, σε B6 και σε σίδηρο, το κάπνισμα, τις κακοδιατηρημένες οδοντοστοιχίες, τους ενδοφλέβιους σωλήνες, τους καθετήρες, τις καρδιακές βαλβίδες, τη τρίτη ηλικία, τη βρεφική ηλικία, την εγκυμοσύνη και την ξηροστομία (Arya & Rafiq, 2020).

Οι άνθρωποι που λαμβάνουν αντιβιοτικά μπορεί να αναπτύξουν καντιντίαση διότι τα αντιβιοτικά καταστρέφουν τα βακτήρια που κανονικά κατοικούν στο σώμα, επιτρέποντας στο Candida να αναπτυχθεί. Οι συνθήκες που επιτρέπουν στο Candida να μολύνει τις δερματικές περιοχές είναι η υγρασία, η ζέστη, τα στενά εσώρουχα, οι κακές συνθήκες υγιεινής, η εγκυμοσύνη, το εξασθενημένο ανοσοποιητικό σύστημα, η παχυσαρκία καθώς και δερματικές ασθένειες όπως η ψώρα (MSD MANUAL Professional Version, 2020).

6.1.1. Κλινική Εικόνα – Συμπτωματολογία

Κολπική καντιντίαση:

Είναι μια συχνή κατάσταση ειδικά σε γυναίκες που είναι έγκυες, έχουν διαβήτη ή λαμβάνουν αντιβιοτικά. Τα συμπτώματα αυτών των μολύνσεων περιλαμβάνουν έντονες λευκές ή κίτρινες εκκρίσεις από τον κόλπο, αίσθημα καύσου, κνησμό και ερυθρότητα κατά μήκος των τοιχωμάτων και της εξωτερικής περιοχής του κόλπου (MSD MANUAL Professional Version, 2020). Άλλα συμπτώματα είναι ο κολπικός πόνος και ένα ξηρό ερυθματώδες εξάνθημα (Arya & Rafiq, 2020). Αν και στις περισσότερες περιπτώσεις η κολπική καντιντίαση είναι ήπια, ορισμένες γυναίκες μπορούν να αναπτύξουν σοβαρές λοιμώξεις που περιλαμβάνουν ερυθρότητα, πρήξιμο και ρωγμές στο τοίχωμά του κόλπου (Centers for Disease Control and Prevention, 2020).

Καντιντίαση του πέους:

Η καντιντίαση του πέους συμβαίνει πιο συχνά στους άνδρες με διαβήτη, στους άνδρες χωρίς περιτομή ή στους άνδρες των οποίων οι σεξουαλικοί σύντροφοι έχουν μολυνθεί με κολπική καντιντίαση. Τα άτομα αυτά εμφανίζουν εξανθήματα κατά μήκος των γεννητικών τους οργάνων. Μερικές φορές το εξάνθημα μπορεί να μην προκαλέσει συμπτώματα, αλλά συνήθως η μόλυνση προκαλεί ερυθρό κνησμό, αίσθημα καύσου ή μερικές φορές επώδυνο εξάνθημα στη κορυφή του πέους (MSD MANUAL Professional Version, 2020).

6.1.2. Διάγνωση

Για την διάγνωση της καντιντίας της γεννητικής περιοχής είναι απαραίτητη η κλινική εξέταση της πυελικής περιοχής. Μέσω της εξέτασης αυτής μπορούν να παρατηρηθούν και να ανιχνευτούν οι κλινικές εκδηλώσεις όπως τα εξανθήματα (MedlinePlus, 2021). Ύστερα θα ληφθούν δείγμα από τα σημεία αποξέσεως των εξανθημάτων ή δείγμα από τις κολπικές εκκρίσεις στις γυναίκες για να εκτελεστούν καλλιέργειες. Για να επιβεβαιωθεί η διάγνωση της καντιντίας, οι ιατροί μπορούν να ξύσουν κάποιο μέρος του δέρματος. Το δείγμα απόξεσης στη συνέχεια θα εξεταστεί κάτω από ένα μικροσκόπιο ή θα τοποθετηθεί σε ένα μέσο καλλιέργειας (μια ουσία που επιτρέπει στους μικροοργανισμούς να αναπτυχθούν) για τον προσδιορισμό του συγκεκριμένου μύκητα (MSD MANUAL Professional Version, 2020).

6.1.3. Θεραπεία

Γενικότερα η καντιντίαση αντιμετωπίζεται με αντιμυκητιασική αγωγή, η οποία είτε θα ληφθεί από το στόμα, είτε τα επαλειφθεί στο δέρμα που έχει εμφανίσει μόλυνση και στη συνέχεια θα ληφθούν

ορισμένα μέτρα για την πρόληψη της προσβεβλημένης περιοχής (MSD MANUAL Professional Version, 2020). Μερικά από τα αντιμυκητιασικά φάρμακα που χρησιμοποιούνται γενικά είναι η νυστατίνη, η κλοτριμαζόλη, η αμφοτερικίνη Β και η μικοναζόλη.

Ειδικότερα όσον αφορά την κολπική καντιντίαση, ο προτεινόμενος τρόπος αντιμετώπισης της είναι η χορήγηση αντιμυκητιασικών φαρμάκων από το στόμα ή αντιμυκητιασικές κρέμες σε σχήματα θεραπείας 1, 3 ή 7 ημερών (Arya & Rafiq, 2020). Εναλλακτικά αντιμυκητιασικά φάρμακα μπορούν να εισαχθούν στον κόλπο με υπόθετα (MSD MANUAL Professional Version, 2020).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

7.1. Νοσηλευτική προσέγγιση σε ασθενείς με Χλαμύδια

Η συμβολή των νοσηλευτών στην αντιμετώπιση και την διαχείριση των ΣΜΝ διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο. Ο νοσηλευτής μέσω της επικοινωνίας με τον ασθενή θα συμβάλλει στην παρακλινική εκτίμηση, στην διάγνωση, στη διεκπεραίωση της θεραπείας και την εκπαίδευση του ασθενούς. Αρχικά οι παράγοντες που θα λάβει υπόψιν είναι η ηλικία του ασθενούς, οι κλινικές του εκδηλώσεις, η κατάσταση της σεξουαλικής του ζωής και τον αριθμό των σεξουαλικών συντρόφων. Πρέπει επίσης οπωσδήποτε να γίνει έλεγχος για τυχόν συνύπαρξη άλλων ΣΜΝ όπως AIDS.

Στη συνέχεια ο νοσηλευτής θα πραγματοποιήσει φυσική εξέταση του ασθενούς στην οποία πρέπει να λάβει μέτρα προσωπικής προστασίας όπως γάντια, μάσκα κλπ. (Lemone et al., 2006). Οι νοσηλευτικές διαγνώσεις που θα προκύψουν ύστερα από αυτές τις διαδικασίες είναι η μη αποτελεσματική epούλωση των πληγών που υπάρχουν, η ανησυχία, οι ελλειπείς γνώσεις του ασθενούς, η σεξουαλική δυσλειτουργία, το άλγος καθώς και ο κίνδυνος μετάδοσης της λοίμωξης (Dewit, 2009).

Ύστερα ο νοσηλευτής θα παραπέμψει τον ασθενή σε ειδικούς, οι οποίοι θα πραγματοποιήσουν διαγνωστικές εξετάσεις για να επιβεβαιώσουν την ύπαρξη χλαμυδιακής λοίμωξης. Αφότου λοιπόν επιβεβαιωθεί, πως το άτομο νοσεί με χλαμύδια οι αρμοδιότητες των νοσηλευτών είναι:

- Να ενημερώσει τον ασθενή για την κατάσταση της υγείας του και να φροντίσει ο ασθενής να κατανοήσει ότι προκειμένου να ιαθεί πρέπει να συμμορφωθεί με το θεραπευτικό σχήμα του.
- Να πληροφορήσει τον ασθενή για την νόσο και για τις πιθανές επιπλοκές της.
- Να ενημερώσει τον ασθενή πως πρέπει και οι σεξουαλικοί του σύντροφοι να εξεταστούν και πιθανώς να λάβουν θεραπευτική αγωγή.
- Να ειδοποιήσει τον ασθενή πως για το χρονικό διάστημα που λαμβάνει θεραπεία πρέπει να απέχει από σεξουαλική δραστηριότητα.
- Μετά από ιατρική οδηγία μπορεί να χορηγήσει αναλγητικά φάρμακα για να καταπραΰνει τον πόνο του.

- Πρέπει οπωσδήποτε να ενημερώσει τον ασθενή για την σημασία των προφυλάξεων κατά την σεξουαλική επαφή.
- Πρέπει να ελέγχουν την αντίδραση των ασθενών στη φαρμακευτική αγωγή για τυχόν αλλεργίες ή άλλες παρενέργειες.
- Πρέπει να ελέγχουν την γενική κατάσταση του ασθενούς και να τονίσουν την σημασία του επανελέγχου μετά το πέρας της θεραπείας και της νοσηλείας (Mohseni et al., 2021).

7.2. Νοσηλευτική προσέγγιση σε ασθενείς με Σύφιλη

Όσον αφορά την νοσηλευτική παρέμβαση σε άτομα με σύφιλη, πρέπει πρωταρχικώς να ληφθεί υπόψιν ο τρόπος ζωής του ατόμου, το φύλο, η ηλικία και το αν υπάρχει πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας. Οι νοσηλευτές συμβάλλουν σε όλες τις φάσεις του εντοπισμού και της αντιμετώπισης της νόσου. Αρχικά θα γίνει λήψη του ιστορικού υγείας του ασθενή, στο οποίο θα περιλαμβάνονται τα ύποπτα συμπτώματα που έχει, όπως ενοχλήσεις ή άλγη στα γεννητικά όργανα το παρόν διάστημα ή παλαιότερα. Άλλα στοιχεία που θα συμπεριληφθούν στην λήψη ιστορικού είναι ο αριθμός των σεξουαλικών συντρόφων και η σεξουαλική δραστηριότητα του ασθενή (Lemone et al., 2006).

Στην συνέχεια θα πραγματοποιηθεί φυσική εξέταση του ασθενή από τον νοσηλευτή για να ελεγχθεί αν υπάρχουν έλκη ή βλατίδες. Αν ο νοσηλευτής αντιληφθεί πως τα έλκη είναι επώδυνα, τότε έπειτα από ιατρική οδηγία θα τα περιποιηθεί και θα χορηγήσει αναλγητικά. Επιπλέον, επειδή τα έλκη αυτά μπορεί να επιφέρουν κνησμό τότε μπορεί να τοποθετήσει ψυχρά επιθέματα (Tudor et al., 2021).

Έπειτα θα παραπέμψει τον ασθενή σε ειδικούς για την πραγματοποίηση διαγνωστικών εξετάσεων. Με το πέρας των εξετάσεων αυτών, ο γιατρός θα χορηγήσει φαρμακευτική αγωγή για την αντιμετώπιση της σύφιλης. Οι ενέργειες του νοσηλευτή στο στάδιο αυτό είναι:

- Να εξηγήσει στον ασθενή την σημασία της τήρησης και συμμόρφωσης στο θεραπευτικό σχήμα με σκοπό την ίαση.
- Να επισημάνει πως και οι σεξουαλικοί σύντροφοι τους ασθενούς πρέπει να εξεταστούν και να λάβουν θεραπεία.
- Να παρατηρήσει την αντίδραση του ασθενή στην αγωγή μήπως εμφανιστούν παρενέργειες ή αλλεργίες.

- Να ενημερώνει και να καθησυχάζει τον ασθενή τακτικά σχετικά με την κατάσταση της υγείας του.
- Να ενημερώσει τον ασθενή πως κατά τη διάρκεια της θεραπείας πρέπει να απέχει από σεξουαλικές δραστηριότητες
- Να επισημάνει στον ασθενή την σημασία των προφυλάξεων.
- Να ενημερώσει τον ασθενή για την ύπαρξη πιθανών εκβάσεων και επιπλοκών της νόσου.
- Να φροντίσει της πληγές του ασθενούς και να χορηγήσει αναλγητικά σε περίπτωση άλγους ύστερα από ιατρική οδηγία.
- Να τονίσει στον ασθενή την σημασία του επανελέγχου
- Να παρέχει ψυχολογική υποστήριξη στον ασθενή (Dewit, 2009).

7.3. Νοσηλευτική προσέγγιση για το Μαλακό έλκος

Ο νοσηλευτής όπως και στις άλλες σεξουαλικά μεταδιδόμενες λοιμώξεις, πρέπει πριν από κάθε πράξη να λαμβάνει υπόψιν την ηλικία, το φύλο, τον τρόπο ζωής, το κατά πόσο έχει πρόσβαση ο ασθενής στις υπηρεσίες υγείας, και την πιθανή συνύπαρξη άλλων ΣΜΝ. Το πρώτο βήμα της νοσηλευτικής παρέμβασης είναι η λήψη ιστορικού, το οποίο θα περιλαμβάνει τη συμπτωματολογία του ασθενή, όπως μικρές δερματικές βλατίδες και έλκη στα γεννητικά όργανα που προκαλούν πόνο, επώδυνη ούρηση και εκκρίσεις από τα γεννητικά όργανα (Lemone et al., 2006). Στο ιστορικό επίσης θα συλλεχθούν πληροφορίες για την σεξουαλική δραστηριότητα και τον αριθμό των σεξουαλικών συντρόφων του ασθενή, καθώς επίσης θα γίνουν ερωτήσεις για τυχόν παλαιότερες μολύνσεις από ΣΜΝ.

Αμέσως μετά την λήψη του ιστορικού, έπεται η φυσική εξέταση κατά την οποία ο νοσηλευτής θα λάβει μέτρα προσωπικής προστασίας. Θα παρατηρήσει και θα ψηλαφίσει και ο ίδιος τα έλκη, τις βλατίδες και τις εκκρίσεις του ασθενή (Dewit, 2009). Απαιτείται ιδιαίτερη προσοχή βέβαια, γιατί τα έλκη chancroid μπορούν εύκολα να μοιάσουν με τα έλκη της σύφιλης (Lemone et al., 2006). Ύστερα ο νοσηλευτής θα παραπέμψει τον ασθενή σε ειδικούς γιατρούς για να γίνουν οι απαραίτητες διαγνωστικές εξετάσεις, ώστε να επιβεβαιωθεί η λοίμωξη με μαλακό έλκος. Μόλις τεθεί η διάγνωση, ο ιατρός θα δώσει ένα θεραπευτικό σχήμα στον ασθενή με σκοπό την ίαση. Ο νοσηλευτής στο στάδιο αυτό:

- Θα φροντίσει να ενημερώσει τον ασθενή πως πρέπει να συμμορφωθεί στο θεραπευτικό σχήμα και να του εξηγήσει γιατί και πως θα παίρνει το κάθε φάρμακο.
- Θα καθησυχάσει και θα παρέχει ψυχολογική υποστήριξη στον ασθενή στην δύσκολη αυτή φάση της ζωής του.
- Θα ενημερώσει τον ασθενή πως και οι σεξουαλικοί του σύντροφοι πρέπει να υποβληθούν σε εξετάσεις και να λάβουν θεραπεία.
- Να ενημερώσει τον ασθενή για την κατάσταση της υγείας του, για τις εκβάσεις και τις πιθανές επιπλοκές.
- Να παρακολουθεί στενά τον ασθενή για την ύπαρξη τυχόν παρενεργειών από τα φάρμακα ή αλλεργίες.
- Να εκπαιδεύσει τον ασθενή σχετικά με την σεξουαλική υγεία και την σημασία της προφύλαξης και του περιορισμού των πολλών σεξουαλικών συντρόφων.
- Να χορηγήσει αναλγητικά σε περίπτωση πόνου του ασθενή ύστερα από ιατρική οδηγία.
- Η επισήμανση της σημασίας της επανεξέτασης ανά τακτικά διαστήματα μετά το πέρας της θεραπείας (Dewit, 2009).

7.4. Νοσηλευτική προσέγγιση σε ασθενείς με Γονόρροια

Πριν από κάθε νοσηλευτική παρέμβαση είναι πολύ σημαντικό να λαμβάνεται υπόψιν η πιθανή συνύπαρξη άλλων ΣΜΝ όπως AIDS. Αρχικά, ο νοσηλευτής θα λάβει το ιστορικό του ασθενή, το οποίο θα περιλαμβάνει τα συμπτώματα που εκδηλώνει ο ασθενής τα οποία μεταξύ άλλων μπορεί να είναι η δυσουρία με συχνουρία και πυώδεις εκκρίσεις από το πέος στους άνδρες και κολπικές εκκρίσεις και καύσος κατά την ούρηση στις γυναίκες (Collins, 2015). Άλλες πληροφορίες που θα χρειαστούν κατά την λήψη ιστορικού είναι η κατάσταση της σεξουαλικής δραστηριότητας του ασθενούς, ο αριθμός των σεξουαλικών του συντρόφων και ίσως κάποια παλαιότερη μόλυνση από ΣΜΝ και το πως αυτή αντιμετωπίστηκε.

Πριν την πραγματοποίηση της φυσικής εξέτασης, ο νοσηλευτής πρέπει να λάβει τα απαραίτητα μέτρα ασφάλειας και προφύλαξης όπως μάσκα, γάντια κλπ. Κατά την διεκπεραίωση της εξέτασης θα παρατηρήσει και ο ίδιος τις εκκρίσεις από τα γεννητικά όργανα ή τον πρωκτό. Αν ο ασθενής παραπονεθεί για άλγος, τότε κατόπιν ιατρικής οδηγίας ο νοσηλευτής θα του χορηγήσει αναλγητικά για να τον ανακουφίσει. Όσον αφορά την δυσουρία, ο νοσηλευτής θα παροτρύνει τον

ασθενή να πίνει περισσότερα υγρά. Αν υπάρχει αίσθημα καύσου, τότε θα γίνει πλύση με χλιαρό νερό και αν υπάρχει κνησμός, τότε θα τοποθετηθούν ψυχρά επιθέματα (Dewit, 2009).

Έπειτα ο νοσηλευτής θα παραπέμψει τον ασθενή σε ειδικούς για να γίνουν οι απαραίτητες εργαστηριακές εξετάσεις και να τεθεί διάγνωση. Οι γιατροί στη συνέχεια θα δώσουν στον ασθενή το κατάλληλο θεραπευτικό σχήμα. Οι ενέργειες ενός νοσηλευτή στο στάδιο αυτό είναι:

- Η διδασκαλία για τον ρόλο της πρόληψης και της θεραπείας και το πόσο σημαντικό είναι ο ασθενής να συμμορφωθεί σε αυτήν.
- Η ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς σε όλη αυτήν την δύσκολη και στρεσογόνο για αυτόν περίοδο.
- Ο τονισμός πως και οι σεξουαλικοί σύντροφοι του ασθενούς πρέπει να κάνουν εξετάσεις και να λάβουν θεραπευτική αγωγή
- Διδασκαλία και ενθάρρυνση για ασφαλείς σεξουαλικές πρακτικές (χρήση προφυλακτικών) και μείωση σεξουαλικών συντρόφων για την πρόληψη επαναλοίμωξης.
- Η παρατήρηση των αντιδράσεων του ασθενούς στην θεραπευτική αγωγή για τυχόν παρενέργειες ή αλλεργίες.
- Η φροντίδα του ασθενούς και η χορήγηση αναλγητικών σε περιπτώσεις πόνου ύστερα από ιατρική οδηγία.
- Η ενημέρωση του ασθενούς για την κατάσταση της υγείας του ή για τυχόν εμφάνιση επιπλοκών.
- Η επισήμανση της σημασίας της επανεξέτασης ανά τακτικά διαστήματα μετά το πέρας της θεραπείας (Lemone et al., 2006).

7.5. Νοσηλευτική προσέγγιση για το Βουβωνικό κοκκίωμα

Το πρώτο βήμα στην νοσηλευτική φροντίδα των ασθενών με βουβωνικό κοκκίωμα, είναι να ληφθεί υπόψιν η ηλικία, το φύλο, η κοινωνικοοικονομική κατάσταση και οι συνθήκες διαβίωσης. Στη συνέχεια, θα γίνει λήψη του ιστορικού υγείας του ασθενή, στο οποίο θα περιληφθεί η σεξουαλική του δραστηριότητα, ο αριθμός των σεξουαλικών του συντρόφων και αν είναι άνδρας θα ερωτηθεί αν έχει σεξουαλικές επαφές με άνδρες. Επιπλέον στο ιστορικό θα σημειωθούν τα

συμπτώματα που έχει εκδηλώσει ο ασθενής, όπως οζίδια και υποδόρια κοκκιώματα στα γεννητικά όργανα ή στο περίνεο (Dewit, 2009).

Έπειτα ο νοσηλευτής θα παραπέμψει τον ασθενή σε ειδικούς για να πραγματοποιηθούν οι κατάλληλες εργαστηριακές εξετάσεις, έτσι ώστε να γίνει διάγνωση. Αφού τεθεί διάγνωση, ο γιατρός θα υποβάλει τον ασθενή στο κατάλληλο θεραπευτικό σχήμα. Οι ενέργειες του νοσηλευτή στο σημείο αυτό είναι:

- Να ενημερώσει τον ασθενή για την κατάσταση της υγείας του και για τις εκβάσεις και τις επιπλοκές που μπορεί να συμβούν.
- Να εκπαιδεύσει τον ασθενή για την σημασία της προφύλαξης στις σεξουαλικές επαφές καθώς και της πρώιμης διάγνωσης.
- Να φροντίσει ο ασθενής να συμμορφωθεί στην λήψη της φαρμακευτικής αγωγής του.
- Να παρατηρήσει μήπως εμφανιστούν τυχόν παρενέργειες ή αλλεργίες στα φάρμακα.
- Να τονίσει πως και οι σεξουαλικοί σύντροφοι του ασθενή πρέπει να λάβουν θεραπεία.
- Να παρέχει ψυχολογική υποστήριξη στον ασθενή και να τον καθησυχάσει.
- Να ενημερώσει τον ασθενή πως μετά την θεραπεία χρειάζεται να κάνει επανεξέταση ανά χρονικά διαστήματα.
- Να περιποιηθεί το δέρμα του ασθενούς και να χορηγήσει αναλγητικά μετά από εντολή ιατρού αν ο ασθενής πονάει (Lemone et al., 2006).

7.6. Νοσηλευτική προσέγγιση σε ασθενείς με AIDS

Λόγω του ότι η μόλυνση από τον ιό HIV οδηγεί σε μια σοβαρή νόσο, η πρόληψη είναι υψίστης σημασίας. Ο νοσηλευτικός ρόλος στην εκπαίδευση των ατόμων για μείωση του κινδύνου εξάπλωσης της νόσου είναι πολύ σημαντικός. Επίσης, ο κάθε νοσηλευτής θα παρέμβει και στην παρακλινική εκτίμηση, τη διάγνωση και τη θεραπεία (Lemone et al., 2006).

Αρχικά, ο νοσηλευτής κάνει μια αξιολόγηση, δηλαδή συλλέγει πληροφορίες με βάση το ιστορικό του ασθενή. Εξετάζει τους παράγοντες κινδύνου, ρωτάει εάν υπάρχουν λοιμώξεις, τι φάρμακα παίρνει ο ασθενής, τα συμπτώματα που έχει, καθώς επίσης πόσο σεξουαλικά ενεργός είναι το παρόν διάστημα (Dewit, 2009). Έπειτα, πραγματοποιεί φυσική εξέταση, δηλαδή σωματικό

βάρος, ύψος, δέρμα, όραση, λεμφαδένες, μυϊκή δύναμη, αναπνευστικοί ήχοι, ουρογεννητικό σύστημα και διουρητική κατάσταση. Επιπρόσθετα, ο νοσηλευτής συμβάλλει και στη διάγνωση, όπου μαζί με τους γιατρούς θα διαπιστωθεί το στάδιο της ανοσολογικής ανεπάρκειας που έχει ο ασθενής και οι τυχόν ευκαιριακές λοιμώξεις που ενδέχεται να συνυπάρχουν (Lemone et al., 2006).

Στη συνέχεια, εφόσον διαπιστωθεί ότι το άτομο πάσχει από AIDS, οι νοσηλευτές βοηθούν στη θεραπεία του ασθενή, λαμβάνοντας σωστά την αντιρετροϊκή θεραπεία καθημερινά (Stanhope & Lancaster, 2016). Εάν χρειαστεί να νοσηλευτεί στο νοσοκομείο, απομονώνεται σε ειδικό θάλαμο για να μην εξαπλωθεί η λοίμωξη και οι αρμοδιότητες των νοσηλευτών είναι:

- Αξιολόγηση των αναγκών του
- Προγραμματισμός της κατάλληλης φροντίδας και εφαρμογή της
- Συνεχής παρακολούθηση των ζωτικών σημείων του ασθενή (θερμοκρασία, σφίξεις, αρτηριακή πίεση, αναπνοές, κορεσμός οξυγόνου στο αίμα)
- Σωστή διατροφή και άσκηση
- Χορήγηση αναλγητικών για τον πόνο, σύμφωνα με ιατρική οδηγία
- Ψυχολογική υποστήριξη τόσο με τον ασθενή όσο και με την οικογένειά του
- Ιδιαίτερη προσοχή στη διατήρηση της συνέχειας του δέρματος (Γιαννακοπούλου και συν., 2015)

Τέλος, όταν ο ασθενής πάρει εξιτήριο, ο κάθε νοσηλευτής εκπαιδεύει τον ασθενή και δίνει οδηγίες αυτοφροντίδας και τρόπου ζωής για την προαγωγή της υγείας του. Πιο αναλυτικά, δίνονται στον ασθενή οδηγίες πάνω στους τρόπους μετάδοσης του HIV, επιβεβαιώνεται ο νοσηλευτής ότι κατανόησε τα φάρμακα, τα οποία πρέπει να παίρνει καθημερινά, εκπαιδεύει τον ασθενή για πρόληψη ευκαιριακών λοιμώξεων και εάν νιώσει δυσκαταποσία ή δυσφαγία, έχει πυρετό, αρθραλγίες, ναυτία – έμετο, διάρροια με διάρκεια >2 μέρες, νέα εξανθήματα ή έλκη, τότε να επικοινωνήσει άμεσα με τον γιατρό (Osborn et al., 2016).

7.7. Νοσηλευτική προσέγγιση σε ασθενείς με Ηπατίτιδες Β και C

Όπως και στα προηγούμενα ΣΜΝ, έτσι και στις ηπατίτιδες Β και C, η πρόληψη της μετάδοσης της νόσου είναι πρωταρχικής σημασίας. Για την πρόληψη της ηπατίτιδας Β, οι νοσηλευτές ενημερώνουν τους γονείς για την αναγκαιότητα του εμβολιασμού των νεογέννητων πριν την έξοδο

από το νοσοκομείο. Επίσης, ενθαρρύνεται το εμβόλιο και στις ομάδες υψηλού κινδύνου (Dewit, 2009).

Επιπλέον, οι νοσηλευτές συλλέγουν πληροφορίες παίρνοντας το ιστορικό του ασθενή και πραγματοποιείται φυσική εξέταση. Στη συνέχεια, βοηθούν για τον εργαστηριακό έλεγχο και εάν βγουν θετικά τα άτομα με ηπατίτιδα Β ή C, τότε εφαρμόζεται αντική αγωγή για την πρόληψη της ανάπτυξης ηπατικής ανεπάρκειας, κίρρωσης, καρκίνου του ήπατος και θανάτων εξαιτίας του HBV και HCV (Suk-Fong Lok, 2019 and Lemone et al., 2006).

Ύστερα, ο νοσηλευτής εκπαιδεύει και ενημερώνει τους ασθενείς να αποφεύγουν να μοιράζονται προσωπικά αντικείμενα, όπως ξυραφάκια, πετσέτες ή οδοντόβουρτσες, να μη μοιράζονται εξοπλισμό φαρμάκων και να έχουν ασφαλείς σεξουαλικές σχέσεις με σωστή χρήση προφυλακτικού (MedlinePlus, 2021). Ακόμη, ρόλος του νοσηλευτή είναι να μην εξαπλωθεί η λοίμωξη σε αυτόν, σε άλλα άτομα και στο προσωπικό του νοσοκομείου. Για αυτό πρέπει να υπάρχει κατάλληλος χειρισμός των δειγμάτων αίματος ή των σωματικών υγρών. Επιπλέον, να παρακολουθεί ο νοσηλευτής οποιαδήποτε αλλαγή γίνει στο χρώμα των ούρων και των κοπράνων, εάν εμφανιστούν εξανθήματα δέρματος, ανησυχία και υπερβολική ανορεξία (Dewit, 2009).

7.8. Νοσηλευτική προσέγγιση του Έρπητα των γεννητικών οργάνων

Αρχικός στόχος του κάθε νοσηλευτή είναι η πρόληψη της μετάδοσης της νόσου και η ανακούφιση του ασθενή από τα συμπτώματα που έχει. Έπειτα, οι νοσηλευτές συμβάλλουν στην παρακλινική εκτίμηση, τη διάγνωση και τη θεραπεία. Πρώτα από όλα, οι παράγοντες που θα λάβει υπόψη με βάση το ιστορικό υγείας του ασθενή, είναι τα συμπτώματα που μπορεί να υπάρχουν, όπως καύσος, πόνος, κνησμός, δυσουρία, βλάβες στα γεννητικά όργανα και εκκρίσεις. Επίσης, ρωτάει εάν ο ασθενής έχει πρόσφατη σεξουαλική δραστηριότητα με νέο σύντροφο, εάν χρησιμοποιείται προφυλακτικό και εάν έχουν υπάρξει προηγούμενα επεισόδια (Lemone et al., 2006).

Έπειτα, πραγματοποιείται από τον νοσηλευτή φυσική εξέταση, για να εξετάσει αν υπάρχουν βλατιδώδεις βλάβες στο αιδοίο ή στον κόλπο, στο πέος και στον πρωκτό. Είναι απαραίτητη η χρήση γαντιών για την ατομική προστασία του νοσηλευτή. Επιπλέον, σε περίπτωση πόνου, ο νοσηλευτής μπορεί να χορηγήσει αναλγητικά και τοπικά αναισθητικά, σύμφωνα με ιατρική οδηγία (Dewit, 2009).

Ο νοσηλευτής εξηγεί στον ασθενή ότι η συγκεκριμένη νόσος είναι χρόνια και ότι υποτροπιάζει συχνά, ακόμη και στην ασυμπτωματική περίοδο. Επιπρόσθετα, ενημερώνει τον ασθενή για την ανάγκη αποχής από τη σεξουαλική επαφή όταν εμφανιστούν τα συμπτώματα, καθώς και για τη συστηματική χρήση του προφυλακτικού. Επίσης, ενημερώνει τις έγκυες γυναίκες για το νεογνικό έρπη και τις επιπλοκές του (Stanhope & Lancaster, 2016 and Dewit, 2009).

Ύστερα, ο νοσηλευτής συμβάλλει στην κατασταλτική και επεισοδιακή θεραπεία, με βάση τις ιατρικές οδηγίες. Τέλος, ο κάθε νοσηλευτής δημιουργεί ένα υποστηρικτικό περιβάλλον για τον ασθενή, ώστε να συζητήσουν τους προβληματισμούς του για τον HSV, να τον στηρίξει ψυχολογικά και να τον εκπαιδέψει, δίνοντάς του οδηγίες για αυτοφροντίδα. Ακόμη, του παρέχει πληροφορίες για ομάδες υποστήριξης και του εξηγεί ότι πρέπει να ελέγχεται συστηματικά και να κάνει εξέταση, διότι μπορεί να συνυπάρχει και άλλη ΣΜΛ (Lemone et al., 2006).

7.9. Νοσηλευτική προσέγγιση των Κονδυλωμάτων

Η νοσηλευτική παρέμβαση είναι επίσης πολύ σημαντική και για την αντιμετώπιση των κονδυλωμάτων. Ιδιαίτερη σημασία δίνεται στην εκπαίδευση του ασθενή και στην ενημέρωσή του όσον αφορά τα κονδυλώματα, αλλά ακόμη συμβάλλει στην παρακλινική εκτίμηση, τη διάγνωση και τη θεραπεία. Αρχικά ο νοσηλευτής παίρνει το ιστορικό του ασθενή και συγκεκριμένα τον ρωτάει για τα συμπτώματα που έχει εμφανίσει, την ηλικία του, τη σεξουαλική δραστηριότητά του και τον αριθμό των σεξουαλικών συντρόφων και την πιθανή προηγούμενη έκθεση σε άλλη ΣΜΛ (Lemone et al., 2006). Γενικά η λήψη του ιστορικού απαιτεί ευαισθησία και λεπτότητα, διότι συμπεριλαμβάνει πολύ προσωπικές ερωτήσεις (Dewit, 2009).

Στη συνέχεια, ο κάθε νοσηλευτής πραγματοποιεί φυσική εξέταση, ώστε να ελέγξει εάν υπάρχουν κονδυλώματα. Εάν πιστεύει ότι έχει μολυνθεί ο ασθενής από HPV, τότε μπορεί να γίνει το τεστ Παπανικολάου, βιοψία, κολποσκόπηση ή και δοκιμή διαλύματος με οξικό οξύ, για να εξακριβωθεί η νόσος (World Health Organization, 2020). Εφόσον εξακριβωθεί η νόσος, οι νοσηλευτές συμβάλλουν στη θεραπευτική αγωγή, όπου στόχος του θεραπευτικού σχήματος είναι η αφαίρεση των κονδυλωμάτων και η μείωση της μολυσματικότητας των ασθενών. Εξηγούν στον ασθενή ποιες τοπικές κρέμες μπορεί να χρησιμοποιήσει και εάν δεν εξαφανιστούν τα κονδυλώματα, τότε πρέπει να αφαιρεθούν με κρυοθεραπεία, με λέιζερ, χειρουργικά ή με ηλεκτροκαυτηρίαση. Όταν απαιτείται σε εξαιρετικές περιπτώσεις χειρουργική επέμβαση, τότε ο

νοσηλευτής εξηγεί στον ασθενή τη διαδικασία, τον ενθαρρύνει να εκφράσει τους προβληματισμούς και τα συναισθήματά του και πραγματοποιεί την προεγχειρητική και μετεγχειρητική φροντίδα (Lemone et al., 2006).

Επιπρόσθετα, ο νοσηλευτής εκπαιδεύει τον ασθενή για τον τρόπο μετάδοσης και τη χρήση προφυλακτικού για την πρόληψη της μετάδοσης. Τις γυναίκες τις ενθαρρύνει να πραγματοποιούν συχνά τεστ Παπανικολάου, λόγω του αυξημένου κινδύνου καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, καθώς ακόμη ενημερώνει ιδιαίτερα τις νεαρές κοπέλες και τις μητέρες μικρών κοριτσιών για το 9-δύναμο εμβόλιο γνωστό, με την εμπορική ονομασία Gardasil 9 (European Medicines Agency, 2016 and Dewit, 2009).

Το Gardasil 9 εγκρίθηκε από την αρμόδια Υπηρεσία Τροφίμων και Φαρμάκων των ΗΠΑ στα τέλη του 2014 όμως μέχρι και το 2016 δεν είχε κυκλοφορήσει στην Ελλάδα και το συγκεκριμένο εμβόλιο προφυλάσσει συνολικά 9 διαφορετικούς τύπους του ιού. Συνήθως χορηγείται βάσει σχήματος δύο ή τριών δόσεων για κορίτσια ηλικίας 9 έως 14 ετών και σχήματος τριών δόσεων για ηλικίες 15 ετών και άνω. Οι πιο συχνές ανεπιθύμητες ενέργειες του Gardasil 9 είναι αντιδράσεις στην περιοχή εφαρμογής της ένεσης (ερυθρότητα, πόνος και οίδημα) και πονοκέφαλος. Οι ασθενείς που εμφανίζουν συμπτώματα αλλεργίας έπειτα από μία δόση Gardasil 9, πρέπει να διακόπτουν τον εμβολιασμό ή να μην λαμβάνουν καθόλου Gardasil 9 (European Medicines Agency, 2016).

7.10. Νοσηλευτική προσέγγιση για τη Μολυσματική τέρμινθο

Ο νοσηλευτής παίρνει το ιστορικό του ασθενή, δηλαδή τί συμπτώματα έχει (τα συμπτώματα της συγκεκριμένης νόσου είναι βλατίδες με χρώμα ροζ, λευκό ή καφέ), ηλικία, σεξουαλική δραστηριότητα και εάν έχει υπάρξει προηγούμενη έκθεση σε άλλη ΣΜΛ. Στη συνέχεια, πραγματοποιεί φυσική εξέταση για να ελέγξει εάν υπάρχουν δερματικές βλάβες και έπειτα συμβάλλει στη διάγνωση της νόσου, όπου θα στείλει τον ασθενή για εργαστηριακό έλεγχο για την επιβεβαίωση της μολυσματικής τέρμινθου. Στη συνέχεια, ο κάθε νοσηλευτής βοηθάει στη θεραπεία της νόσου, όπου εξηγεί στον ασθενή το θεραπευτικό σχήμα και του δίνει τις απαραίτητες οδηγίες για τη σωστή χρήση των φαρμάκων (Lemone et al., 2006).

Ακόμη, σημαντική αρμοδιότητα ενός νοσηλευτή είναι η εκπαίδευση και η ενημέρωση του ασθενή για τον τρόπο μετάδοσης της νόσου, τις επιπλοκές και τα μέτρα πρόληψης, ώστε να

αποφευχθεί η μόλυνση. Τον ενθαρρύνει για συστηματική χρήση του προφυλακτικού και τονίζει την ανάγκη αποχής από τη σεξουαλική δραστηριότητα, μέχρι να θεραπευτεί. Ο κάθε νοσηλευτής δεν πρέπει να ξεχνάει να προστατεύει τον εαυτό του, αλλά και το υπόλοιπο προσωπικό, από κάθε πιθανό σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα (Lemone et al., 2006).

7.11. Νοσηλευτική προσέγγιση για την Τριχομονάδα

Στην τριχομονάδα παίζει σημαντικό ρόλο η πρόληψη και ενημέρωση. Εδώ και πάλι ο νοσηλευτής συλλέγει πληροφορίες με βάση το ιστορικό του ασθενή και τον ρωτάει αν έχει εμφανίσει καύσο, κνησμό, δυσουρία και εκκρίσεις. Επίσης, μαθαίνει τη σεξουαλική δραστηριότητά του, πόσους ερωτικούς συντρόφους έχει το συγκεκριμένο διάστημα και αν είχε εκδηλώσει κάποια άλλο ΣΜΝ. Το ιστορικό πρέπει να λαμβάνεται με ευαισθησία, γιατί ο ασθενής απαντά σε πολύ προσωπικές ερωτήσεις.

Ύστερα, ο νοσηλευτής συμβάλλει στη διάγνωση, καθώς συμμετέχει στη διενέργεια διάφορων διαγνωστικών εξετάσεων, όπου μαζί με τον γιατρό συνεργάζονται ώστε να επιβεβαιωθεί ότι ο ασθενής έχει τριχομονάδα. Αφού επιβεβαιωθεί ότι έχει τριχομονάδα, ο κάθε νοσηλευτής ενημερώνει τον ασθενή για τα αντιβιοτικά που είναι απαραίτητο να πάρει, κάθε πότε πρέπει να τα παίρνει και για πόσες μέρες (Lemone et al., 2006).

Επιπλέον, οι νοσηλευτές στηρίζουν ψυχολογικά τον ασθενή, τον εκπαιδεύουν για πρακτικές ασφαλούς σεξουαλικής επαφής (χρήση προφυλακτικού), να αναζητούν πρώιμη θεραπεία για τα συμπτώματα που εκδηλώνουν και τον ενημερώνουν ότι χρειάζεται αποχή από τη σεξουαλική επαφή, μέχρι να θεραπευτεί αυτός και ο σύντροφός του. Ακόμη, η πρόληψη μόλυνσης από τριχομονάδα περιλαμβάνει την αποφυγή κοινής χρήσης με άλλα άτομα αντικειμένων που μπορούν να έρθουν σε στενή επαφή με τις γεννητικές περιοχές, όπως εσώρουχα, μαγιό, υγρές πετσέτες ή καθίσματα κοινόχρηστης τουαλέτας (Dewit, 2009 and Lemone et al., 2006).

7.12. Νοσηλευτική προσέγγιση για τη Ψώρα

Όπως και στις άλλες σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες, ο νοσηλευτής θα πάρει αρχικά το ιστορικό του ασθενή, το οποίο θα περιλαμβάνει τα συμπτώματα που έχει εμφανίσει όπως εξανθήματα σε οποιοδήποτε μέρος του σώματος και έντονος κνησμός. Άλλα στοιχεία που περιλαμβάνονται στο ιστορικό είναι κάποια παλαιότερη λοίμωξη από ΣΜΝ, ο αριθμός των

σεξουαλικών συντρόφων και η κατάσταση της σεξουαλικής δραστηριότητας. Πρέπει να γίνει έλεγχος για συνύπαρξη άλλων ΣΜΝ (Lemone et al., 2006).

Πριν την εκτέλεση της φυσικής εξέτασης, ο νοσηλευτής πρέπει να λάβει μέτρα ασφάλειας, έτσι ώστε να προστατέψει τον εαυτό του. Στην συνέχεια, το νοσηλευτικό προσωπικό θα παραπέμψει τον ασθενή σε ειδικούς για την εκτέλεση διαγνωστικών εξετάσεων, με σκοπό να τεθεί η διάγνωση της ψώρας και να δοθεί η κατάλληλη θεραπεία. Ο νοσηλευτικός ρόλος στο σημείο αυτό είναι:

- Η αποκατάσταση των επιμολύνσεων των εξανθημάτων με την χρήση αντιβιοτικών ή άλλων σκευασμάτων.
- Η επισήμανση στον ασθενή πως κατά την διάρκεια της θεραπείας απαγορεύεται η χρήση άλλων φαρμάκων.
- Η γνωστοποίηση στον ασθενή πως μετά το πρώτο 24ωρο της λήψης φαρμακευτικής αγωγής δεν είναι μεταδοτικός.
- Η προειδοποίηση του ασθενούς για την αποφυγή σεξουαλικών επαφών χωρίς προφύλαξη για την πρόληψη επαναλοίμωξης.
- Ενημέρωση του ασθενούς σχετικά με την θεραπεία που λαμβάνει και τη σημασία συμμόρφωσης του σε αυτήν.
- Ενημέρωση του ασθενούς για την κατάσταση της υγείας του, για την έκβαση της και για τυχόν επιπλοκές που μπορούν να εμφανιστούν.
- Γνωστοποίηση στον ασθενή πως και οι σεξουαλικοί του σύντροφοι πρέπει να λάβουν θεραπεία.
- Ενημέρωση και διδασκαλία του ασθενούς για την πρόληψη στο μέλλον και την σημασία της έγκυρης διάγνωσης.
- Ο νοσηλευτής πρέπει να επισημάνει στον ασθενή ότι κατά τη διάρκεια της θεραπείας του πρέπει και τα προσωπικά του αντικείμενα αλλά και τα κλινοσκεπάσματα, τα ρούχα και τα εσώρουχα του πρέπει να απολυμανθούν καθώς το ακάρεο της ψώρας ζει έξω από το σώμα του ανθρώπου για 24 – 48 ώρες (Dewit, 2009).

7.13. Νοσηλευτική προσέγγιση για τη Φθειρίαση του εφηβαίου

Ο νοσηλευτής αρχικά θα κάνει λήψη του ιστορικού του ασθενή λαμβάνοντας υπόψιν το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο και τις συνθήκες διαβίωσης. Στο ιστορικό θα συμπεριληφθεί η συμπτωματολογία του ασθενή, δηλαδή ο κνησμός στα γεννητικά όργανα και γενικότερα δυσφορία, ο αριθμός των σεξουαλικών συντρόφων και η κατάσταση της σεξουαλικής δραστηριότητας (Lemone et al., 2006).

Στη συνέχεια, ο νοσηλευτής έχοντας λάβει μέτρα ατομικής προστασίας θα προχωρήσει την φυσική εξέταση, στην οποία θα βεβαιωθεί για την ύπαρξη φθειρών. Έτσι, θα ενημερώσει τον γιατρό ο οποίος με την σειρά του θα συνταγογραφήσει την φαρμακευτική αγωγή για την αντιμετώπιση της φθειρίασης (Lemone et al., 2006). Ο νοσηλευτής με την σειρά του θα:

- Θα δώσει οδηγίες για την σωστή χρήση των αντιφθειρικών φαρμάκων και θα του εξηγήσει ότι είναι σημαντικό να συμμορφωθεί στο θεραπευτικό σχήμα.
- Ο νοσηλευτής θα επισημάνει ότι πρέπει να πλυθούν όλα τα προσωπικά αντικείμενα καθώς και τα κλινοσκεπάσματα που έχουν χρησιμοποιηθεί το τελευταίο 24ωρο.
- Θα ενημερώσει πως και οι ερωτικοί σύντροφοι πρέπει να λάβουν θεραπεία καθώς επίσης ότι μέχρι το τέλος της πρέπει να απέχουν από κάθε σεξουαλική δραστηριότητα.
- Θα εκπαιδεύσει τον ασθενή σχετικά με την πρόληψη έτσι ώστε να αποφευχθεί η επαναμόλυνση.
- Θα παρέχει ψυχολογική υποστήριξη στον ασθενή (Dewit, 2009).

7.14. Νοσηλευτική προσέγγιση για την Καντιντίαση

Η επαφή ενός νοσηλευτή με ένα άτομο που μπορεί να έχει καντιντίαση είναι άμεση, διότι επικοινωνεί μαζί του ώστε να συμβάλλει ύστερα στην παρακλινική εκτίμηση, τη διάγνωση, τη θεραπεία και την εκπαίδευσή του. Συλλέγει δεδομένα μέσω του ιστορικού υγείας του ασθενή. Μαθαίνει εάν έχει έντονες λευκές ή κίτρινες εκκρίσεις, αίσθημα καύσου, κνησμό, ερυθρότητα, πόνο ή και εξανθήματα στη γεννητική περιοχή. Επίσης, ο νοσηλευτής ρωτάει για την ηλικία, εάν παίρνει κάποιο συγκεκριμένο φάρμακο, τη σεξουαλική του δραστηριότητα και τον αριθμό των συντρόφων που έχει το παρόν διάστημα (MedlinePlus, 2021).

Αφού πραγματοποιήσει και την φυσική εξέταση ο νοσηλευτής και θεωρήσει ότι ο ασθενής έχει μολυνθεί από καντιντίαση, τον κατευθύνει στους ειδικούς για να υποβληθεί σε εργαστηριακό

έλεγχο. Εκεί θα επιβεβαιωθεί από ποιον μύκητα έχει μολυνθεί, ώστε να πάρει μετά το κατάλληλο αντιμυκητιασικό φάρμακο (Lemone et al., 2006).

Επιπρόσθετα, η εκπαίδευση του ασθενή είναι σημαντική για την πρόληψη της μετάδοσης της καντιντίασης. Ο νοσηλευτής συμβουλεύει τον ασθενή να γίνεται συστηματική χρήση του προφυλακτικού και να απέχει μέχρι να θεραπευτεί, από τη σεξουαλική επαφή. Ακόμη, τον στηρίζει ψυχολογικά και τον ενημερώνει για το τί είναι ακριβώς η καντιντίαση. Τέλος δεν πρέπει να ξεχνάει ο κάθε νοσηλευτής να προστατεύει τον εαυτό του και το υπόλοιπο προσωπικό και αυτό θα γίνει τηρώντας όλα τα υγειονομικά απαραίτητα μέτρα (υγιεινή των χεριών, γάντια, μάσκα) (Stanhope & Lancaster, 2016).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ - ΚΛΙΝΙΚΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ

Κλινικό Περιστατικό 1

Γυναίκα ασθενής, ετών 43, εισήχθη στο νοσοκομείο με έντονο πόνο στην κοιλιακή χώρα, με κίτρινες κολπικές εκκρίσεις, επώδυνη ούρηση και εξέφρασε πως εκδήλωνε πόνο κατά τη σεξουαλική επαφή τις τελευταίες δύο εβδομάδες. Η ασθενής φαινόταν πως βίωνε έντονο φόβο και ανησυχία. Κατά τη λήψη του ιστορικού, ερωτήθηκε για τον αριθμό των ερωτικών της συντρόφων και η ίδια δήλωσε ότι ήταν τρεις τους τελευταίους έξι μήνες. Ύστερα από εξετάσεις που πραγματοποίησαν οι ειδικοί, η ασθενής διαγνώστηκε με χλαμύδια.

Ζωτικά σημεία ασθενούς: ΑΠ: 120/70, Θερμοκρασία: 36,8 °C, Σφίξεις: 100, Κορεσμός Οξυγόνου: 97%.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΣΤΟΧΟΙ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ
Πόνος στην κοιλιακή χώρα	Άλγος που συνδέεται με τη λοίμωξη από χλαμύδια	Η ασθενής να μην πονάει τις επόμενες 3 με 4 ώρες	Χορήγηση αναλγητικών σύμφωνα με ιατρική οδηγία	Δόθηκε 1 tab αναλγητικό apotel μετά από αξιολόγηση του νοσηλευτή	Η ασθενής δεν εκδηλώνει πόνο
Πόνος κατά την ούρηση	Άλγος που σχετίζεται με τη λοίμωξη από χλαμύδια	Η ασθενής τις επόμενες ώρες να ουρεί χωρίς να εκφράζει πόνο	Χορήγηση αντιβιοτικής θεραπείας σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες για την αντιμετώπιση της χλαμύδιας	Χορηγήθηκε peros 1 gr αζιθρομυκίνης εφάπαξ	Η ασθενής δεν εμφανίζει πόνο κατά την ούρηση
Έντονες κολπικές εκκρίσεις	Κολπικές εκκρίσεις που σχετίζονται με τη λοίμωξη από χλαμύδια	Να μειωθούν οι κολπικές εκκρίσεις της ασθενούς	Χορήγηση αντιβιοτικής θεραπείας σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες για την αντιμετώπιση της χλαμύδιας	Χορηγήθηκε peros 1 gr αζιθρομυκίνης εφάπαξ	Οι κολπικές εκκρίσεις της ασθενούς μειώθηκαν

Ταχυκαρδία	Ταχυκαρδία που οφείλεται στην ανησυχία της ασθενούς	Η ασθενής να έχει φυσιολογικές σφίξεις μέσα στις επόμενες 1 με 2 ώρες	Μέτρηση ζωτικών σημείων	Μέτρηση ζωτικών σημείων ανά 4ωρο	Έγινε λήψη ζωτικών σημείων μετά από 4 ώρες. Η ασθενής έχει 80 σφίξεις ανά λεπτό
Φόβος - Ανησυχία	Φόβος και ανησυχία που σχετίζονται με τη νόσο που διαγνώστηκε και με τις πιθανές επιπλοκές της	Η ασθενής να είναι ήρεμη εντός της ημέρας	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Η ασθενής να εκφράσει τα συναισθήματα και τις ανησυχίες της ➤ Να ενημερωθεί σχετικά με τη διάγνωση, τη θεραπεία και τη φροντίδα που θα λάβει ➤ Να ενημερωθεί η ίδια και οι σεξουαλικοί της σύντροφοι 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ο νοσηλευτής διέθεσε χρόνο και συζήτησε με την ασθενή. Η ασθενής του εκμυστηρεύτηκε το άγχος που προκλήθηκε από την ξαφνική αλλαγή της κατάστασης της υγείας της ➤ Ο νοσηλευτής ενημέρωσε την ίδια και τους ερωτικούς συντρόφους της σχετικά με τη διάγνωση, τη θεραπεία και το πλάνο της νοσηλευτικής φροντίδας 	Η ασθενής είναι ήρεμη

Κλινικό Περιστατικό 2

Άνδρας ασθενής, 19 ετών, εισήλθε στο νοσοκομείο με έντονη κεφαλαλγία, δυσουρία, κνησμό στα γεννητικά όργανα και καύσο κατά την ούρηση. Κατά τη λήψη του ιστορικού, ρωτήθηκε για τον αριθμό των ερωτικών συντρόφων και ο ίδιος απάντησε πως ήταν πέντε το τελευταίο τρίμηνο. Ύστερα, οι νοσηλευτές αφού τον παρέπεμψαν σε ειδικούς γιατρούς, πραγματοποιήθηκαν εργαστηριακές εξετάσεις και διαγνώστηκε με έρπητα γεννητικών οργάνων.

Ζωτικά σημεία ασθενούς: ΑΠ: 130/65, Θερμοκρασία: 39 °C, Σφίξεις: 75, Κορεσμό Οξυγόνου: 97%.

ΛΕΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΣΤΟΧΟΙ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ
Κνησμός στα γεννητικά όργανα	Κνησμός που οφείλεται στον έρπη των γεννητικών οργάνων	Ο ασθενής να μην εμφανίζει κνησμό τις επόμενες μέρες	Χορήγηση αντιικής αγωγής που συνταγογράφησε ο γιατρός	Χορηγήθηκε ακυκλοβίρη σύμφωνα με ιατρική οδηγία	Ο ασθενής δεν έχει κνησμό στα γεννητικά όργανα
Δυσουρία	Δυσουρία που σχετίζεται με τον έρπη των γεννητικών οργάνων	Ο ασθενής να μην εμφανίσει δυσουρία τις επόμενες ώρες	Χορήγηση αντιικής αγωγής που συνταγογράφησε ο γιατρός	Χορηγήθηκε ακυκλοβίρη σύμφωνα με ιατρική οδηγία	Ο ασθενής δεν έχει δυσουρία
Πυρετός	Πυρετός που οφείλεται στον έρπη των γεννητικών οργάνων	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ο ασθενής να είναι απύρετος τις επόμενες 3 με 4 ώρες ➤ Ο ασθενής να διατηρήσει φυσιολογικό ισοζύγιο υγρών εντός ημέρας 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Χορήγηση αντιπυρετικού φαρμάκου, σύμφωνα με ιατρική οδηγία ➤ Κρύο ντουζ/κομπρέσες ➤ Μέτρηση ζωτικών σημείων ➤ Μέτρηση προσλαμβα- 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Δόθηκε το αντιπυρετικό ➤ Μέτρηση ζωτικών σημείων ανά 4ωρο ➤ Τοποθετήθηκαν κρύες κομπρέσες ➤ Μέτρηση προσλα- 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Έγινε λήψη ζωτικών σημείων μετά από 4 ώρες. Ο ασθενής έχει θερμοκρασία 36,8 °C ➤ Έγινε μέτρηση προσλαμβανόμενων και

			νόμων και αποβαλλόμενων υγρών το 24ωρο	μβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών στο τέλος της ημέρας	αποβαλλόμενων υγρών. Ο ασθενής στο 24ωρο είχε πάρει 2.500 ml και είχε αποβάλλει 2.300 ml
Κεφαλαλγία	Κεφαλαλγία που έχει σχέση με τον πυρετό	Ο ασθενής να μην έχει πονοκέφαλο τις επόμενες 3 με 4 ώρες	Χορήγηση αναλγητικών σύμφωνα με ιατρική οδηγία	Δόθηκε αναλγητικό aprotel 1 tab μετά από αξιολόγηση του νοσηλευτή	Ο ασθενής δεν έχει πονοκέφαλο
Καύσος κατά την ούρηση	Καύσος στην ούρηση που οφείλεται στον έρπη των γεννητικών οργάνων	Ο ασθενής να μην έχει καύσο στην ούρηση τις επόμενες μέρες	Χορήγηση αντιικής αγωγής που συνταγογράφησε ο γιατρός	Χορηγήθηκε ακυκλοβίρη σύμφωνα με ιατρική οδηγία	Ο ασθενής δεν έχει καύσο στην ούρηση τις επόμενες μέρες

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα είναι ασθένειες οι οποίες μεταδίδονται μέσω της σεξουαλικής επαφής, δηλαδή μέσω της επαφής των γεννητικών οργάνων των ανδρών και των γυναικών, του στόματος ή και του ορθού. Αποτελούν ένα παγκόσμιο πρόβλημα δημόσιας υγείας, το οποίο συνεχώς επιδεινώνεται και συνιστά ένα μεγάλο αίτιο νοσηρότητας και θνησιμότητας.

Αυτό το ζήτημα υγείας υφίσταται εδώ και πάρα πολλά χρόνια, έχει μελετηθεί εκτενώς και έχουν βρεθεί τα κατάλληλα θεραπευτικά σχήματα για την αντιμετώπισή τους και τη βελτίωση της ποιότητας της ζωής των ατόμων που νοσούν από αυτό. Παρόλα αυτά, μέχρι και σήμερα συνεχίζουν να καταγράφονται πολλά νέα περιστατικά και η συχνότητα εμφάνισής τους ολοένα και αυξάνεται.

Είναι λοιπόν ξεκάθαρο, πως με την έγκαιρη διάγνωση, πρόληψη και τη σωστή εκπαίδευση και ενημέρωση από το νοσηλευτικό προσωπικό, τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα θα μπορούσαν να μειωθούν αισθητά και τα ποσοστά εμφάνισης θα περιοριστούν με την πάροδο του χρόνου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Anderson A. L. and Chaney E. (2009). Pubic Lice (*Pthirus pubis*): History, Biology and Treatment vs. Knowledge and Beliefs of US College Students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 6(2), pp: 592-600.

Arya R. and Rafiq N. (2020). *Candidiasis*. StatPearls Publishing.

Barbeyrac B. and Bebear C. (2009) Genital Chlamydia Trachomatis Infections. *Science Direct*, 15(1), pp: 4-10.

Bouchemal K., Bories C. and Loiseau P.M. (2017). Strategies for Prevention and Treatment of *Trichomonas vaginalis* Infections. *National Library of Medicine*, 30(3), pp: 811-825.

Collins H. (2015). Updated Treatment Guidelines for Gonorrhea Infections. *Nursing for Women's Health* 17(3) pp: 231-235.

Da Ros C.T. and Da Silva Schmitt C. (2008). Global epidemiology of sexually transmitted diseases. *National Library of Medicine*, 10(1), pp: 110-114.

De Schryver A. & Meheus A. (2005). Epidemiology of sexually transmitted diseases: the global picture. *National Library of Medicine*, 68(5), pp. 639-654.

Elwell C., Mirrashidi K., Engel J. (2016). Chlamydia cell biology and pathogenesis. *HHS Public Access*, 14(6), pp: 385-400.

Fuchs W. and Brockmeyer N. H. (2014). Sexually Transmitted Infections. *Journal of the German Society of Dermatology*. 12(6), pp: 451-464.

Gandhi G.R. (2021). *Molluscum Contagiosum*. National Library of Medicine. Books

García-Mendiola R., Aguilera-Arreola G. M., Contreras-Rodríguez A. (2017). *Neisseria Gonorrhoeae*. *Revista chilena de infectología*. 3(34).

Geno Tai B., Abu Saleh O., Miest R. (2020). Genital Modular Scabies. *Science Direct*. 22(1), pp:947-948.

Gerbase A.C., Rowley J.T., Mertens T.E. (1998). Global epidemiology of sexually transmitted diseases. *The Lancet*, 351.

Gopinath H. and Karthikeyan K. (2020). Genital scabies: Haven of an unwelcome guest. *Indian Journal of Sexually Transmitted Diseases and AIDS*. 41(1), pp: 10-16.

Groves M.J. (2016). Genital Herpes: A Review. *American Family Physician*, 93(11), pp: 928-934.

Irizarry L., Velasquez J., Wray A. A. (2018). *Chancroid*. StatPearls Publishing.

Johnston C. & Corey L. (2016). Current Concepts for Genital Herpes Simplex Virus Infection: Diagnostics and Pathogenesis of Genital Tract Shedding. *National Library of Medicine*, 29(1), pp: 149-161.

Kelly H., Coltart C. E. M., Klausner J. et al. (2017). Systematic Reviews of point-of-care tests for the Diagnosis of Urogenital Chlamydia Trachomatis Infections. *BMJ Journals*, 93(S4), pp: S22-S30.

Kirkcaldy R.D., Weston E., Segurado A.C. et al. (2019). Epidemiology of Gonorrhoea: A Global Perspective. *National Library of Medicine*, 16(5), pp. 401-411.

Kissinger P. (2015). *Trichomonas vaginalis*: a review of epidemiologic, clinical and treatment issues. *National Library of Medicine*, 15: 307.

Lewis D. A. (2003). Chancroid: clinical manifestations, diagnosis, and management. *BMJ Journals*. 79(1), pp: 68-71.

Mabey D. (2014). Epidemiology of sexually transmitted infections: worldwide. *ScienceDirect*, 42(6), pp. 287-290.

Malhotra M., Sood S., Mukherjee A. et al. (2013). Genital Chlamydia Trachomatis: An Update. *Indian Journal of Medical Research*, 138(3), pp: 303-316.

Martinez A. F. and Johnson S. C. (2014). Diagnostic tests for syphilis. *American Academy of Neurology*. 4(2), pp:114–122.

Mattei P.L., Beachkofsky T.M., Wisco O.J. et al. (2012). Syphilis: A Reemerging Infection. *American Family Physician*, 86(5), pp. 433-440.

Meza-Romero R., Navarrete-Dechent C. and Downey C. (2019). Molluscum contagiosum: an update and review of new perspectives in etiology, diagnosis, and treatment. *National Library of Medicine*, 12, pp.373-381. Articles

Mohammed T. T. and Olumide Y. M. (2007). Chancroid and human immunodeficiency virus infection – a review. *International Journal of Dermatology*, 47(1), pp: 1-8.

Mohseni M., Sung S., Takov V., Doerr C. (2021). Chlamydia (nursing). StatPearls Publishing.

Morris S. R. (2019). Chancroid. MSD MANUAL Professional Version.

Morris S. R. (2020). Granuloma Inguinale. MSD MANUAL Professional Version.

Mpiga P. and Ravaoarino M. (2006). Chlamydia Trachomatis Persistence: An Update. *Science Direct*, 161(1), pp: 9-19.

Oakley A. & Vanousova D. (2015). Molluscum contagiosum. *Journal of Dermnetz*.

O'Byrne P. and MacPherson P. (2019). Syphilis. *The BMJ*. 365, pp: 14159

Peeling R. W., Mabey D., Kamb M. L., et al. (2017). Syphilis. *HHS Public Access*. 3, pp: 17073.

Peeling R.W., Mabey D., Kamb M.L et al. (2018). Syphilis.

Quillin S. J. and Seifert H. S. (2018). *Neisseria gonorrhoeae* host-adaptation and pathogenesis. *HHS Public Access*. 16(4), pp:226–240.

Radolf J.D., Tramont E.C., Salazar J.C. (2015). Syphilis (*Treponema pallidum*). *Science Direct*. 239(e4), pp: 2684-2709.

Rawre J., Agrawal S., Dhawan B. (2018). Sexually transmitted infections: Need for extragenital screening. *Indian Journal of Medical Microbiology*, 36(1), pp. 1-7.

Rodríguez-Granger J., Espadafor López B., Cobo F. et al. (2020). Update on the Diagnosis of Sexually Transmitted Infections. *ScienceDirect*, 111(9), pp. 711-724.

Ronald A. R. (2020). Chancroid. *Science Direct*, 55(1), pp: 528-530.

Santiago-Wickey J. N. and Crosby B. (2021). Granuloma Inguinale. StatPearls Publishing.

Seitz R. and Ehrlich-Institut P. (2016). Human Immunodeficiency Virus (HIV). National Library of Medicine, 43(3), pp: 203-222.

Sen P. & Barton S.E. (2007). Genital herpes and its management. National Library of Medicine, 334(7602), pp: 1048-1052.

Shannon C.L., Klausner J.D. (2018). The Growing Epidemic of Sexually Transmitted Infections in Adolescents: A Neglected Population. National Library of Medicine, 30(1), pp: 137-143.

Song J.E & Do Young Kim. (2016). Diagnosis of hepatitis B. National Library of Medicine, 4(18), pp. 338.

Springer C. and Salen P. (2021). Gonorrhea. StatPearls Publishing. pp:59-77

Suk-Fong Lok A. (2019). Hepatitis B Treatment: What We Know Now and What Remains to Be Researched. National Library of Medicine, 3(1), pp. 8-19.

Tsukuda S. & Watashi K. (2020). Hepatitis B virus biology and life cycle. ScienceDirect, 182.

Tudor M. E., Al Aboud A. M., Gossman W. G., Haddad L. M. (2021). Syphilis (nursing). StatPearls Publishing.

Unemo M., Seifert S., Hook III E. et al. (2019). Gonorrhea. Nature Reviews Disease Primers. (5)79.

Van Gerwen O.T. & Muzny C.A. (2019). Recent advances in the epidemiology, diagnosis, and management of *Trichomonas vaginalis* infection. National Library of Medicine.

ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Benjamin J., Griggs R.C., Wing E., Fitz G.J. (2016). Cecil Βασική Παθολογία. Μεταφρασμένο από εκδοτικό οίκο Elsevier Inc. Broken Hill Publishers LTD, Κύπρος.

Dewit S.C. (2009). Παθολογική Χειρουργική Νοσηλευτική – ΕΝΝΟΙΕΣ & ΠΡΑΚΤΙΚΗ. Τόμος 2. Μεταφρασμένο από Broken Hill Publishers LTD, Κύπρος.

Drake R.L., Vogl W. and Mitchell A.W.M. (2006). Gray’s Anatomy. Μεταφρασμένο από Τουσίμη Δημήτρη. Broken Hill Publishers LTD, Κύπρος.

Grimes D. (2011). Λοιμώδη Νοσήματα. Κοινωνική Νοσηλευτική-Νοσηλευτική Δημόσιας Υγείας: Προάγοντας την Υγεία των Πληθυσμών. 5^η έκδοση. Ιατρικές Εκδόσεις, Λαγός Δημήτριος, Αθήνα.

Lemone P., Burke K., Bauldoff G. (2006). Νοσηλευτική Φροντίδα Ασθενών με Σεξουαλικά Μεταδιδόμενες Λοιμώξεις. Παθολογική – Χειρουργική νοσηλευτική: κριτική σκέψη κατά τη φροντίδα του ασθενούς. Τόμος 2. Ιατρικές εκδόσεις, Λαγός Δημήτριος, Αθήνα.

Osborn K.S., Wraa C.E., Watson A.B., Holleran R. (2016). Παθολογική – Χειρουργική Νοσηλευτική. Προετοιμασία για τη Νοσηλευτική Πρακτική. Τόμος 2. Μεταφρασμένο από τον εκδοτικό οίκο Pearson Education Inc. Broken Hill Publishers LTD, Κύπρος.

Platzer W., Fritsch H., Kohnel W., Kahle W. and Frotscher M. (2005). Εγχειρίδιο Περιγραφικής Ανατομικής Κινητικό Σύστημα – Εσωτερικά Όργανα – Νευρικό Σύστημα & Αισθητήρια Όργανα. Μεταφρασμένο από Αρβανίτη Λ.Δ. Broken Hill Publishers LTD, Κύπρος.

Rector C. (2020). Κοινωνική Νοσηλευτική – Εισαγωγή στη φροντίδα υγείας στην κοινότητα. Μεταφρασμένο από Βγενόπουλο Σ.Γ., Καραϊσκού Α.Β., Μαστρογιάννη Δ.Σ. και Μειμέτη Ε.Χ. Broken Hill Publishers LTD, Κύπρος.

Stanhope M. & Lancaster J. (2016). Κοινωνική Νοσηλευτική. Μεταφρασμένο από Αδαμακίδου Θ., Κεφαλιακός Α. και Ηγουμενίδης Μ. Broken Hill Publishers LTD, Κύπρος.

Γιαννακοπούλου Μ., Γκοβίνα Ο., Θεοδοσοπούλου Ε. και συν. (2015). Εισαγωγή στη Νοσηλευτική Επιστήμη και τη φροντίδα υγείας. Broken Hill Publishers LTD, Κύπρος.

Διομήδους Μ., Ζήκος Δ., Τζιμογιάννη Ε. (2009). Διερεύνηση Γνώσεων, Στάσεων και Αντιλήψεων Φοιτητών Σχολών Επαγγελματιών Υγείας σε σχέση με το AIDS. Ελληνικό περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης, 1(2).

Κατρίτση Ε.Δ., Κελέκη Δ.Α. (2007). Στοιχεία Ανατομίας. Ίδρυμα Ευγενίδου.

ΚΕΕΛΠΙΝΟ. (2018). Επιδημιολογική και Εργαστηριακή Επιτήρηση Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων (Γονόρροια, Χλαμύδια, Σύφιλη) στην Ελλάδα - Δηλωθέντα Στοιχεία έως 31.12.2016.

Νάνου Χ., Αναστασιάδου Ε., Βαβιλάκη Β. και συν. (2015). Γνώσεις και Στάσεις Φοιτητριών, Ηλικίας 18-25 Ετών για τον Ιό HPV. Νοσηλευτική, 54(2): 165-174.

Παπαδόπουλος Τ., Ρίζου Ε., Διαμαντοπούλου Α., Μαρκαντωνάκης Π. (2004). Ανατομία - Φυσιολογία. Εκδόσεις Διοφαντός.

ΠΗΓΕΣ ΑΠΟ ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΕΣ

American Academy of Dermatology Association. (2021). Scabies Overview. Available at: <https://www.aad.org/public/diseases/a-z/scabies-symptoms> , accessed on: July 14, 2021.

American Osteopathic College of Dermatology. (2021). Public Lice. Available at: <https://www.aocd.org/page/PubicLice> , accessed on July 6, 2021.

Avert. (2019). The Science of HIV and AIDS – Overview. Available at: <https://www.avert.org/professionals/hiv-science/overview>, accessed on July 12, 2021.

Avert. (2020). How HIV Infects The Body and The Lifecycle of HIV. Available at: <https://www.avert.org/about-hiv-aids/how-infects-body>, accessed on July 12, 2021.

CDC. (2019). Syphilis. Available at: <https://www.cdc.gov/std/stats18/syphilis.htm>, accessed on June 5, 2021.

Centers for Disease Control and Prevention. (2019). Public “Crab” Lice. Available at: <https://www.cdc.gov/parasites/lice/pubic/index.html> , accessed on July 9, 2021.

Centers for Disease Control and Prevention. (2020). Candidiasis. Available at: <https://www.cdc.gov/fungal/diseases/candidiasis/index.html> . Accessed on July 20, 2021.

Centers for Disease Control and Prevention. (2020). Hepatitis C. Available at: <https://www.cdc.gov/hepatitis/hcv/index.htm>, accessed on July 16, 2021.

Centers for Disease Control and Prevention. (2020). Scabies. Available at: <https://www.cdc.gov/parasites/scabies/index.html> , accessed on: July 5, 2021.

Centers for Disease Control and Prevention. (2021). Genital HPV Infection - Fact Sheet. Available at: <https://www.cdc.gov/std/hpv/stdfact-hpv.htm>, accessed on July 21, 2021.

Centers for Disease Prevention and Control. (2015). Granuloma Inguinale (Donovanosis). Available at: <https://www.cdc.gov/std/tg2015/donovanosis.htm> accessed on July 15, 2021.

Centers for Disease Prevention and Control. (2015). Syphilis. Available at: <https://www.cdc.gov/std/tg2015/syphilis.htm> , accessed on June 18, 2021.

Centers for Disease Prevention and Control. (2017). Chancroid. Available at: <https://www.cdc.gov/immigrantrefugeehealth/guidelines/domestic/sexually-transmitted-diseases/chancroid.html> , accessed on July 1, 2021.

Centers for Disease Prevention and Control. (2017). Syphilis - CDC Fact Sheet. Available at: <https://www.cdc.gov/std/syphilis/stdfact-syphilis.htm> , accessed on June 20, 2021.

Centers for Diseases Control and Prevention. (2017). Chlamydia-CDC Fact Sheet. Available at: <https://www.cdc.gov/std/chlamydia/stdfact-chlamydia-detailed.htm> , accessed on June 17, 2021.

Eng T.R. and Butler W.T. (2005). The Hidden Epidemic: Confronting Sexually Transmitted Diseases. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK232936/>, accessed on June 1, 2021.

European Center for Disease Prevention and Control. (2019). Facts about Syphilis. Available at: <https://www.ecdc.europa.eu/en/syphilis/facts> , accessed on June 19,2021.

European Centre for Disease Prevention and Control. (2015). Sexually transmitted infections, including HIV and blood-borne viruses - Annual epidemiological report 2014 [2012 data]. Available at: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/sexually-transmitted-infections-including-hiv-and-blood-borne-viruses-annual> , accessed on June 6, 2021.

European Centre for Disease Prevention and Control. (2017). HIV and AIDS - Annual Epidemiological Report for 2015. Available at: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/hiv-and-aids-annual-epidemiological-report-2015> , accessed on June 6, 2021.

European Centre for Disease Prevention and Control. (2018). Facts about Chlamydia. Available at: <https://www.ecdc.europa.eu/en/chlamydia/facts> , accessed on June 15,2021.

European Centre for Disease Prevention and Control. (2019). HIV infection and AIDS - Annual Epidemiological Report for 2017. Available at: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/hiv-infection-and-aids-annual-epidemiological-report-2017> , accessed on June 6, 2021.

Hepatitis B Foundation. (2021). Treatment Options for Hepatitis B. Available at: <https://www.hepb.org/treatment-and-management/treatment/>, accessed on July 16, 2021.

Mayoclinic. (2020). Hepatitis B. Available at: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/hepatitis-b/diagnosis-treatment/drc-20366821>, accessed on July 16, 2021.

Mayoclinic. (2020). Hepatitis C. Available at: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/hepatitis-c/diagnosis-treatment/drc-20354284>, accessed on July 16, 2021.

Mayoclinic. (2020). Overview- Molluscum Contagiosum. Available at: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/molluscum-contagiosum/symptoms-causes/syc-20375226>, accessed on July 20, 2021.

Mayoclinic. (2021). HIV/AIDS. Available at: https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/hiv-aids/symptoms-causes/syc-20373524?p=1&fbclid=IwAR0AvZ712seWihPHqr310U62TZuP29uDzRXbnCn6uzTv7tWc_UXIhfULpN0, accessed on July 12, 2021.

Mayoclinic. (2021). HPV Infection. Available at: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/hpv-infection/diagnosis-treatment/drc-20351602>, accessed on July 21, 2021.

Medline Plus. (2018). Chlamydia Infections. Available at: <https://medlineplus.gov/chlamydiainfections.html> , accessed on June 20, 2021.

MedlinePlus. (2016). Familial candidiasis. Available at: <https://medlineplus.gov/genetics/condition/familial-candidiasis/> , accessed on July 18, 2021.

MedlinePlus. (2016). Scabies. Available at: <https://medlineplus.gov/scabies.html> , accessed on: July 10, 2021.

MedlinePlus. (2016). Syphilis. Available at: <https://medlineplus.gov/syphilis.html> , accessed on June 10, 2021.

MedlinePlus. (2018). Pubic Lice. Available at: <https://medlineplus.gov/pubiclice.html> , accessed on July 4, 2021.

MedlinePlus. (2019). Chancroid. Available at: <https://medlineplus.gov/ency/article/000635.htm> , accessed on June 20, 2021.

MedlinePlus. (2019). Gonorrhea. Available at: <https://medlineplus.gov/gonorrhea.html> Accessed on July 22, 2021.

MedlinePlus. (2021). Donovanosis (granuloma inguinale). Available at: <https://medlineplus.gov/ency/article/000636.htm> accessed on July 10, 2021.

MedlinePlus. (2021). Hepatitis B. Available at: <https://medlineplus.gov/hepatitisb.html>, accessed on July 16, 2021.

MedlinePlus. (2021). HIV/AIDS. Available at: <https://medlineplus.gov/hivaids.html>, accessed on July 12, 2021.

Medlineplus. (2021). Trichomoniasis. Available at: <https://medlineplus.gov/ency/article/001331.htm>, accessed on, July 20, 2021.

MedlinePlus. (2021). Vaginal yeast infection. Available at: <https://medlineplus.gov/ency/article/001511.htm> , accessed on July 19, 2021.

Hirsch L. (2019). Female Reproductive System. Available at: <https://kidshealth.org/en/parents/female-reproductive-system.html>, accessed on March 8, 2021.

Hiv.gov. (2020). The Global HIV/AIDS Epidemic. Available at: <https://www.hiv.gov/hiv-basics/overview/data-and-trends/global-statistics> , accessed on June 6, 2021.

HIVinfo. (2020). HIV Overview. Available at: <https://hivinfo.nih.gov/understanding-hiv/fact-sheets/hivaids-basics>, accessed on July 12, 2021.

Morris S.R. (2021). Overview of Sexually Transmitted Diseases. Available at: <https://www.msdmanuals.com/home/infections/sexually-transmitted-diseases-stds/overview-of-sexually-transmitted-diseases-stds>, accessed on June 2, 2021.

MSD MANUAL Professional Version. (2020). Candidiasis (Mucocutaneous). Available at: <https://www.msdmanuals.com/professional/dermatologic-disorders/fungal-skin-infections/candidiasis-mucocutaneous> , accessed on July 13, 2021.

National Cancer Institute SEER Training Modules. (2021). Introduction to the Reproductive System. Available at: <https://training.seer.cancer.gov/anatomy/reproductive/>, accessed on March 9, 2021.

National Health Service. (2018). Chlamydia Overview. Available at: <https://www.nhs.uk/conditions/chlamydia/> , accessed on June 13,2021.

National Health Service. (2018). Pubic lice. Available at: <https://www.nhs.uk/conditions/pubic-lice/> , accessed on July 1, 2021.

National Health Service. (2019). Gonorrhea. Available at: <https://www.nhs.uk/conditions/gonorrhoea/> , accessed on June 19, 2021.

National Health Service. (2019). Syphilis. Available at: <https://www.nhs.uk/conditions/syphilis/> , accessed on June 12, 2021.

National Institute of Allergy and Infectious Diseases. (2014). Syphilis. Available at: <https://www.niaid.nih.gov/diseases-conditions/syphilis>, accessed on June 15, 2021.

National Institute of Allergy and Infectious Diseases. (2015). Sexually Transmitted Diseases. Available at: <https://www.niaid.nih.gov/diseases-conditions/sexually-transmitted-diseases>, accessed on March 10, 2021.

National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. (2020). Hepatitis C. Available at: <https://www.niddk.nih.gov/health-information/liver-disease/viral-hepatitis/hepatitis-c>, accessed on July 16, 2021.

National Library of Medicine. (2021). Gonorrhea. Available at: <https://medlineplus.gov/ency/article/007267.htm>, accessed on June 5, 2021.

NHS. (2020). Overview- Molluscum Contagiosum. Available at: <https://www.nhs.uk/conditions/molluscum-contagiosum/>, accessed on July 20, 2021.\

NHS. (2021). HIV and AIDS. Available at: https://www.nhs.uk/conditions/hiv-and-aids/?fbclid=IwAR2W8Ar35Jutlitv8hiEe_o2Q5VI4akzBeZxJf9tcP82BPD53a1RnAsOoXM, accessed on July 12, 2021.

Pan American Health Organization. (2020). Gonorrhea. Available at: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14872:sti-gonorrhea&Itemid=3670&lang=en , accessed on June 20, 2021.

Pan American Health Organization. (2021). Chlamydia. Available at: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14870:sti-chlamydia&Itemid=3670&lang=en , accessed on June 12, 2021.

Pan American Health Organization. (2021). Syphilis. Available at: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14869:sti-syphilis&Itemid=3670&lang=en, accessed on June 14, 2021.

Plourde P. J. and Ronald A. (2014). Haemophilus Ducreyi (Chancroid). Antimicrobe. Available at: <http://www.antimicrobe.org/new/b80.asp#> , accessed on July 3, 2021.

Sexually Transmitted Diseases (STD'S / STD) Guide. (2018). Syphilis. Available at: <https://www.std-gov.org/stds/syphilis.htm> , accessed on June 16, 2021.

Tang J.W. & Chan P.K.S. (2021). The Basics of HIV Medicine-Virology Of Human Immunodeficiency Virus. Available at: <https://www.aids.gov.hk/pdf/g190htm/01.htm>, accessed on July 12,2021.

U.S. Department of Veterans Affairs. (2021). Genital Herpes - Women's Health Guide. Available at: <https://www.publichealth.va.gov/infectiondontpassiton/womens-health-guide/stds/genital-herpes.asp>, accessed on July 19, 2021.

World Health Organization (WHO). (2020). Hepatitis C. Available at: www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-c, accessed on July 16, 2021.

World Health Organization. (2020). HIV/AIDS. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>, accessed on June 6, 2021.

World Health Organization. (2020). Human papillomavirus (HPV) and cervical cancer. Available at: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-\(hpv\)-and-cervical-cancer](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-(hpv)-and-cervical-cancer), accessed on July 21, 2021.

World Health Organization. (2020). Scabies. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/scabies> , accessed on: July 2, 2021.

European Medicines Agency. (2016). Gardasil 9, 9-δύναμο εμβόλιο του ιού των ανθρώπινων θηλωμάτων. Διαθέσιμο σε: https://www.ema.europa.eu/en/documents/overview/gardasil-9-epar-summary-public_el.pdf, τελευταία προσπέλαση 21 Αυγούστου, 2021.

Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας, 2021, Σύφιλη. Διαθέσιμο σε: <https://eody.gov.gr/disease/syfilii/>, τελευταία προσπέλαση 17 Ιουνίου, 2021.

Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας. (2018). Γονόρροια - Οδηγίες (Μάιος 2018). Διαθέσιμο σε: <https://eody.gov.gr/gonorrhoea-odigies-maios-2018/> Τελευταία Προσπέλαση: 22 Ιουνίου, 2021.

Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας. (2021). HIV Λοίμωξη / AIDS. Διαθέσιμο σε: <https://eody.gov.gr/disease/aids/>, τελευταία προσπέλαση 11 Ιουλίου, 2021.

Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας. (2021). Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα. Διαθέσιμο σε: <https://eody.gov.gr/disease/sexoyalikos-metadidomena-nosimata/>, τελευταία προσπέλαση 10 Μαρτίου, 2021.

Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας. (2021). Χλαμυδιακή Λοίμωξη. Διαθέσιμο σε: <https://eody.gov.gr/disease/chlamydiaki-loimoxi/>, Τελευταία Προσπέλαση 11 Ιουνίου, 2021.

Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας. (2021). Ψώρα. Διαθέσιμο σε: <https://eody.gov.gr/disease/psora/>, Τελευταία Προσπέλαση: 8 Ιουλίου, 2021.

Περιφέρεια Κεντρικής Μακεδονίας. (2021). Δίκτυο Πρόληψης και Προαγωγής Υγείας. Διαθέσιμο σε: <https://www.pkm.gov.gr/default.aspx?lang=el-GR&page=999>, Τελευταία Προσπέλαση: 7 Ιουλίου, 2021.