

ΤΕΙ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ
ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΤΑ ΑΦΡΟΔΙΣΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΟΙ
ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ ΚΑΤΑΠΟΛΕΜΗΣΗΣ
ΤΟΥΣ



Σπουδάστριες:

ΠΑΝΙΑΡΑ ΜΑΡΓΑΡΙΤΑ και ΠΑΠΑΒΑΣΙΛΕΙΟΥ ΙΩΑΝΝΑ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ : ΔΡΙΖΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ

Καλαμάτα 2007

Ευχαριστούμε τις οικογένειες μας, τον καθηγητή μας κ. Δρίζη καθώς και το προσωπικό του μικροβιολογικού εργαστηρίου του νοσοκομείου "Ανδρέας Συγγρός" για την βοήθεια και την στήριξη που μας πρόσφεραν.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ.....	6
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ.....	10
1.1 Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΑΦΡΟΔΙΣΙΟΛΟΓΙΑΣ.....	11
1.2 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΩΝ ΑΦΡΟΔΙΣΙΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ.....	11
1.3 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΑΝΑΚΑΛΥΨΗΣ ΤΩΝ ΑΦΡΟΔΙΣΙΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ...13	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ.....	15
2.1 ΣΥΦΙΛΗ.....	16
2.1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ-ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ.....	16
2.2 ΟΥΡΗΘΡΙΤΙΔΑ.....	17
2.2.1 ΓΕΝΙΚΑ.....	17
2.2.2 ΟΥΡΗΘΡΙΤΙΔΑ ΓΟΝΟΚΟΚΚΙΚΗ (ΒΛΕΝΝΟΡΡΟΙΑ).....	17
2.2.2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ-ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ.....	17
2.2.3 ΟΥΡΗΘΡΙΤΙΔΑ ΜΗ ΓΟΝΟΚΟΚΚΙΚΗ.....	18
2.2.3.1 ΟΡΙΣΜΟΣ-ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ.....	18
2.3 ΜΑΛΑΚΟ ΕΛΚΟΣ.....	19
2.3.1 ΟΡΙΣΜΟΣ-ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ.....	19
2.4 ΑΦΡΟΔΙΣΙΟ Ή ΒΟΥΒΩΝΙΚΟ ΛΕΜΦΟΚΟΚΚΙΩΜΑ Ή ΝΟΣΟΣ ΤΩΝ NICOLAS-FAVRE.....	19
2.4.1 ΟΡΙΣΜΟΣ-ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ-ΤΡΟΠΟΙ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ.....	19
2.5 ΒΟΥΒΩΝΙΚΟ ΚΟΚΚΙΩΜΑ.....	20
2.5.1 ΟΡΙΣΜΟΣ-ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ.....	20
2.6 ΟΞΥΤΕΝΗ ΚΟΝΔΥΛΩΜΑΤΑ.....	20
2.6.1 ΓΕΝΙΚΑ.....	20
2.6.2 ΟΡΙΣΜΟΣ-ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ.....	21
2.7 ΕΡΠΗΣ ΤΩΝ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ.....	22
2.7.1 ΟΡΙΣΜΟΣ-ΤΡΟΠΟΙ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ.....	22
2.8 ΜΟΛΥΣΜΑΤΙΚΗ ΤΕΡΜΙΝΘΟΣ.....	23
2.8.1 ΟΡΙΣΜΟΣ-ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ.....	23
2.9 ΦΘΕΙΡΙΑΣΗ ΤΟΥ ΕΦΗΒΑΙΟΥ.....	24
2.9.1 ΟΡΙΣΜΟΣ-ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ.....	24
2.10 ΨΩΡΑ.....	25
2.10.1 ΟΡΙΣΜΟΣ-ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ.....	25
2.11 ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β.....	25
2.11.1 ΟΡΙΣΜΟΣ-ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ-ΤΡΟΠΟΙ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ.....	25
2.12 AIDS (ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΠΙΚΤΗΤΗΣ ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ.....	26
2.12.1 ΟΡΙΣΜΟΣ-ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ.....	26
2.13 ΣΑΡΚΩΜΑ ΚΑΡΟΣΙ.....	28
2.13.1 ΟΡΙΣΜΟΣ - ΤΡΟΠΟΙ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ - ΓΕΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ.....	28
2.14 ΚΑΝΤΙΝΤΙΑΣΗ.....	30
2.14.1 ΟΡΙΣΜΟΣ-ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ.....	30

2.15 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ-ΚΡΙΣΙΜΟΤΗΤΑ-ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ	31
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ.....	36
3.1 ΓΕΝΙΚΑ	37
3.2 ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΣΥΦΙΛΗΣ.....	38
3.3 ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΒΛΕΝΝΟΡΡΟΙΑΣ.....	39
3.4 ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΟΞΥΤΕΝΩΝ ΚΟΝΔΥΛΩΜΑΤΩΝ.....	40
3.5 ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΜΟΛΥΣΜΑΤΙΚΗΣ ΤΕΡΜΙΝΘΟΥ.....	40
3.6 ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΦΘΕΙΡΙΑΣΗΣ.....	41
3.7 ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΨΩΡΑΣ.....	42
3.8 ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ AIDS.....	43
3.9 ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΣΑΡΚΩΜΑΤΟΣ ΚΑΡΟΣΙ.....	43
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ: ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ.....	44
4.1 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΣΥΦΙΛΗΣ.....	45
4.2 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΒΛΕΝΝΟΡΡΟΙΑΣ.....	45
4.3 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΟΞΥΤΕΝΩΝ ΚΟΝΔΥΛΩΜΑΤΩΝ.....	46
4.4 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΕΡΠΗΤΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ.....	46
4.5 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΦΘΕΙΡΙΑΣΗΣ.....	47
4.6 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΨΩΡΑΣ.....	47
4.7 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ AIDS.....	48
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ: ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΩΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ.....	49
5.1 ΜΕΤΡΑ ΕΝΑΝΤΙΟΝ ΤΩΝ ΑΦΡΟΔΙΣΙΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΑΝΑ ΤΟΝ ΚΟΣΜΟ....	50
5.2 ΜΕΤΡΑ ΕΝΑΝΤΙΟΝ ΤΩΝ ΑΦΡΟΔΙΣΙΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	52
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ: ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ ΚΑΤΑΠΟΛΕΜΗΣΗΣ.....	54
6.1 ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΩΝ ΣΜΝ.....	55
6.2 ΒΑΣΙΚΕΣ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΠΟΛΕΜΗΣΗ ΤΩΝ ΣΜΝ.....	56
6.2.1 ΣΥΦΙΛΗ ΚΑΙ HIV.....	56
6.2.2 ΟΥΡΗΘΡΙΤΙΔΑ.....	57
6.2.3 ΟΞΥΤΕΝΗ ΚΟΝΔΥΛΩΜΑΤΑ.....	57
6.2.4 ΕΡΠΗΣ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ.....	57
6.2.5 ΜΟΛΥΣΜΑΤΙΚΗ ΤΕΡΜΙΝΘΟΣ.....	59
6.2.6 ΦΘΕΙΡΕΣ ΤΟΥ ΕΦΗΒΑΙΟΥ.....	60
6.2.7 ΨΩΡΑ.....	61
6.2.8 AIDS.....	62

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ.....	64
7.1 ΓΕΝΙΚΑ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΑ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ.....	65
7.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΦΙΛΗΣ.....	65
7.2.1 ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ.....	65
7.2.2 ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΣΤΟΝ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΧΩΡΟ.....	66
7.3 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΟΥΡΗΘΡΙΤΙΔΑΣ.....	71
7.3.1 ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ.....	71
7.3.2 ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΣΤΟΝ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΧΩΡΟ.....	72
7.4 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΟΞΥΤΕΝΩΝ ΚΟΝΔΥΛΩΜΑΤΩΝ.....	79
7.4.1 ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΣΤΟΝ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΧΩΡΟ.....	79
7.5 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΡΠΗΤΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ.....	83
7.5.1 ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ.....	83
7.5.2 ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΣΤΟΝ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΧΩΡΟ.....	84
7.6 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ AIDS.....	88
7.6.1 ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ.....	88
7.6.2 ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΣΤΟΝ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΧΩΡΟ.....	91
7.6.2.1 ΝΕΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ AIDS.....	91
7.6.2.2 ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ AIDS.....	94
7.6.2.3 ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ AIDS.....	98
7.6.2.4 ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ.....	101
7.6.2.5 ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ AIDS ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ.....	103
7.6.2.6 ΘΑΝΑΤΟΙ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ AIDS.....	106
7.7 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΑΡΚΩΜΑΤΟΣ ΚΑΡΟΣΙ.....	107
7.7.1 ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ.....	107
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	109
ΠΗΓΕΣ	113

Συντομογραφίες

A.N.: Αφροδίσια Νοσήματα
AIDS: Acquired Immune Deficiency Syndrome ή Σύνδρομο της Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας
AIDS-ΣΚ: Επιδημικό ή Συσχετιζόμενο με το Επίκτητο Σύνδρομο Ανοσοανεπάρκειας Σάρκωμα Kaposi
AZT: Azidothymidine
Α.Σ.Σ: Αριθμός Σεξουαλικών Συντρόφων
CDC: Centre of Diseases' Control, Κέντρο Ελέγχου Νόσων
ΓΟ: Γονοκοκκική Ουρηθρίτιδα
ΓΧΣ: Γιατροί Χωρίς Σύνορα
DNA: Δεοξυριβονουκλεϊκό οξύ
Ε.Ε.: Ευρωπαϊκή Ένωση
ΕΙΣΚ: Ιός Έρπητα που σχετίζεται με το Σάρκωμα Kaposi
Η.Π.Α.: Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής
HIV: Human Immunodeficiency Virus
HHV-8: Ανθρώπινος Ερπητοϊός τύπου-8
HPV: Human Papiloma Viruses
HSV: Herpes Simplex Virus
HSV-1: Herpes Simplex Virus τύπου 1
HSV-2: Herpes Simplex Virus τύπου 2
Μ.Ε.: Μορφωτικό Επίπεδο
ΜΓΟ: Μη Γονοκοκκική Ουρηθρίτιδα
MCV: Ιός Μολυσματικής Τερμίνθου
MT: Μολυσματική Τέρμινθος
NAATS: Nucleic Acid Amplification Testing Systems
ΠΟΥ: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
PCR: Polymerase Chain Reaction
ΣΚ: Σάρκωμα Kaposi
ΚΣΚ: Κλασικό ή Σποραδικό Σάρκωμα Kaposi
RNA: Ριβονουκλεϊκό οξύ
ΣΜΝ: Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα
ΣΜΛ: Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Λοιμώξεις
STI: Sexually Transmitted Infections
STDs: Sexually Transmitted Diseases
GUM: Genito-Urinary Medicine

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο 21^{ος} αιώνας μας βρίσκει αντιμέτωπους με ποικίλα και σύνθετα προβλήματα. Η ανάπτυξη της γνώσης των προβλημάτων που απειλούν την υγεία μας μπορεί να συμβάλλει στη λύση πολλών από αυτά. Η φτώχεια και η επακόλουθη περιορισμένη δυνατότητα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας αποτελούν παράγοντες κινδύνου, όπως η πορνεία που ευδοκμεί σε περιβάλλοντα οικονομικής ανέχειας. Πρέπει λοιπόν, να ασχοληθούμε με προβλήματα υγείας που αποτελούσαν και αποτελούν ακόμη και σήμερα μια σημαντική απειλή της ανθρώπινης ζωής.

“Ο θεός δημιούργησε τη Γη, τον άνθρωπο και τα Αφροδίσια πάθη” έλεγε ο Ricord (1979-1889) θέλοντας να δείξει ότι η γενετήσια λειτουργία συνδέεται με την περιστασιακή εμφάνιση «ειδικών» νοσημάτων, ή των Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων. Πρέπει λοιπόν, να αντιμετωπίσουμε με αποτελεσματικό τρόπο ασθένειες όπως το AIDS, τη σύφιλη, τις ουρηθρίτιδες και όλα αυτά τα νοσήματα που αποτελούν τα Αφροδίσια πάθη. Η βαθειά γνώση των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων είναι ζωτικό εργαλείο για την κατανόηση και την αντιμετώπιση των πειστικών προβλημάτων με τα οποία ερχόμαστε καθημερινά αντιμέτωποι (Στρατηγός, 2004, σελ. 5-7).

Όπως στα περισσότερα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, η ριψοκίνδυνη ερωτική συμπεριφορά (πολλαπλοί ευκαιριακοί σύντροφοι, παράδοξες πρακτικές, πορνεία, μη χρήση προφυλακτικού) αυξάνει τον κίνδυνο μόλυνσης. Αρκετές νόσοι είναι συχνότερες μεταξύ ομοφυλοφίλων ανδρών, ενώ η χρήση «απαγορευμένων ουσιών», αποτελεί επίσης παράγοντα αυξημένου κινδύνου. Η λύση των προβλημάτων αυτών θα απαιτήσει τις συνδυασμένες προσπάθειες της πολιτείας, των γιατρών, των ασθενών και όλων των ευαισθητοποιημένων πολιτών. Νέες ανακαλύψεις φαρμάκων, αλλά και η οργάνωση των υγειονομικών μονάδων προκειμένου να καταπολεμηθούν οι ασθένειες αυτές, έχουν βελτιώσει την ποιότητα ζωής πολλών συνανθρώπων μας.

Η εργασία αυτή αποτελείται από επτά κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο, γίνεται αναφορά στην έννοια της Αφροδισιολογίας και όλων των παρεμφερών ορολογιών που σχετίζονται με αυτήν την έννοια. Επίσης αναφέρονται όλα τα Αφροδίσια νοσήματα και η ταξινόμησή τους, όπως επικρατεί σήμερα. Προκειμένου να κατανοήσουμε την εμφάνιση αυτών των νοσημάτων γίνεται μια ιστορική αναδρομή της ανακάλυψής τους. Στο δεύτερο κεφάλαιο, αναλύεται η ονομασία κάθε Αφροδίσιου νοσήματος και ότι υπάρχει γνωστό σε ότι αφορά την ορολογία τους. Ωστόσο στο τρίτο κεφάλαιο, αναλύονται οι κοινωνικοί αλλά και οι οικονομικοί παράγοντες που συντελούν, για ορισμένες κοινωνικές ομάδες

(ειδικά σε ευπαθείς πληθυσμούς και κυρίως σε πληθυσμούς εξουθενωμένους από τον πόλεμο ή τη φτώχεια) στην ανάπτυξη των νοσημάτων αυτών. Επίσης, αναπτύσσονται οι κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις από την εμφάνιση των αφροδίσιων νοσημάτων, για κάποιες ομάδες ανθρώπων. Το τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζει τις υγειονομικές επιπτώσεις που έχει σε ορισμένες κοινωνικές ομάδες, η εμφάνιση των νοσημάτων και η κοινωνική περιθωριοποίηση που μπορεί να υποστούν οι ομάδες αυτές. Η οργάνωση των υγειονομικών μονάδων προκειμένου να αντιμετωπιστούν οποιαδήποτε προβλήματα προκύπτουν από την εμφάνιση των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων, ανά τον κόσμο αλλά και στον Ελλαδικό χώρο, παρουσιάζεται στο πέμπτο κεφάλαιο. Στο έκτο αναλύονται οι τρόποι αντιμετώπισης των νοσημάτων αυτών καθώς και οι προοπτικές καταπολέμησης των αφροδίσιων νοσημάτων γενικά αλλά και επιμέρους τακτικές που ακολουθούνται για κάθε ένα ξεχωριστά. Κάποια γενικά επιδημιολογικά στοιχεία και επιμέρους για κάθε ένα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενο Νόσημα, τόσο ανά τον κόσμο, όσο και στον Ελληνικό χώρο, τα οποία δόθηκαν προσωπικά και γενικά θεωρούνται απόρρητα παρουσιάζονται στο έβδομο κεφάλαιο. Στο τέλος διατυπώνονται προβληματισμοί για την αντιμετώπιση των νοσημάτων αυτών, συμπεράσματα και γενικές διαπιστώσεις από την έρευνα.

Η παρούσα εργασία στηρίζεται σε δευτερογενείς πηγές, δηλαδή βιβλία και άρθρα από επιστημονικά περιοδικά, καθώς και πρωτογενείς πηγές, όπως πίνακες και διαγράμματα που προέρχονται από το νοσοκομείο “Ανδρέας Συγγρός” και από το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ) και αναφέρονται στη χρονική περίοδο 2003-2005 καθώς και στο έτος 2006.

Σκοπός της εργασίας είναι να κατανοήσουμε τη σημασία της μελέτης και της αντιμετώπισης των Αφροδίσιων νόσων ή καλύτερα των Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων, από μια άλλη οπτική γωνία, βλέποντας τις πραγματικές διαστάσεις του προβλήματος από σύγχρονες θέσεις, με τη συνεργασία όλων των φορέων (πολιτεία, γιατροί, ασθενείς), προκειμένου να υπάρξουν πληροφορημένοι και ευαισθητοποιημένοι πολίτες σε θέματα υγείας. Συμπερασματικά, μπορούμε να πούμε πως η έρευνα που πραγματοποιήθηκε για την παρούσα εργασία επιβεβαιώνει την αρχική υπόθεση που κάναμε, της ύπαρξης δηλαδή Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων νοσημάτων που απειλούν την υγεία πολλών ανθρώπων, οι οποίοι θα πρέπει να λάβουν υπόψη τους τόσο τις υγειονομικές όσο και τις κοινωνικοοικονομικές συνέπειες των νοσημάτων αυτών, προκειμένου να οργανωθούν σωστά οι υγειονομικές ομάδες που αποτελούν βασική προϋπόθεση σε συνδυασμό με την προσωπική ευθύνη που έχει ο καθένας μας προκειμένου να

καταπολεμηθούν. Η εργασία αυτή ελπίζουμε πως θα βοηθήσει στην κατανόηση της έννοιας των «Αφροδίσιων νοσημάτων» και στην σωστή προετοιμασία όλων μας για την οργανωμένη πρόληψη και αντιμετώπισή τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

ΑΦΡΟΔΙΣΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ - ΓΕΝΙΚΑ

1.1 Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΑΦΡΟΔΙΣΙΟΛΟΓΙΑΣ

Η ανάπτυξη της Αφροδισιολογίας έχει μεγάλη χρησιμότητα εξαιτίας της ιατροκοινωνικής φύσεως των νοσημάτων αυτών και λόγω των δυνατοτήτων πρόληψης που εξασφαλίζει η γνώση πάνω στο θέμα αυτό (Στρατηγός, 2004, σελ. 5-25).

Μια μεγάλη ποικιλία μικροοργανισμών, βακτηριδίων, μυκήτων, ιών κλπ. μεταδίδονται από άτομο σε άτομο με τη σεξουαλική επαφή και προκαλούν αντίστοιχα, μια αρκετά μεγάλη ποικιλία νοσημάτων. Αυτά είναι τα «Αφροδίσια νοσήματα» (Venereal Diseases) με την παλαιά έννοια του όρου ή τα «Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα» (Sex Transmitted Infections) (Στρατηγός, 2004, σελ. 10-35).

Η «Κλινική Αφροδισιολογία» ή τα «Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα» χαρακτηρίζονται από τη μεταδοτικότητα και την επιδημιολογική διασπορά που εμφανίζουν. Άλλοτε εμφανίζονται υπό τη μορφή γενικευμένης λοιμώξεως και άλλοτε υπό τη μορφή σαφώς περιορισμένης στα γεννητικά όργανα νόσου. Η Αφροδισιολογία ή η Ιατρική του Ουρογεννητικού (GUM, Genito-Urinary Medicine) είναι ξεχωριστή ειδικότητα μόνο στη Μεγάλη Βρετανία και στην Ιρλανδία. Το 1947 μέσα στα πλαίσια του National Health Service Art η Αφροδισιολογία χωρίστηκε ως ιδιαίτερη ειδικότητα από τη Δερματολογία. Πολλές Σκανδιναβικές χώρες άρχισαν τώρα να χορηγούν αυτή την ειδικότητα, αλλά σε όλο τον κόσμο υπάγεται συνήθως στη Δερματολογία, στα λοιμώδη νοσήματα ή στη γενική ιατρική (Στρατηγός, 2004, σελ. 65-77).

1.2 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΩΝ ΑΦΡΟΔΙΣΙΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ

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

«Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα (Σ.Μ.Ν.)»

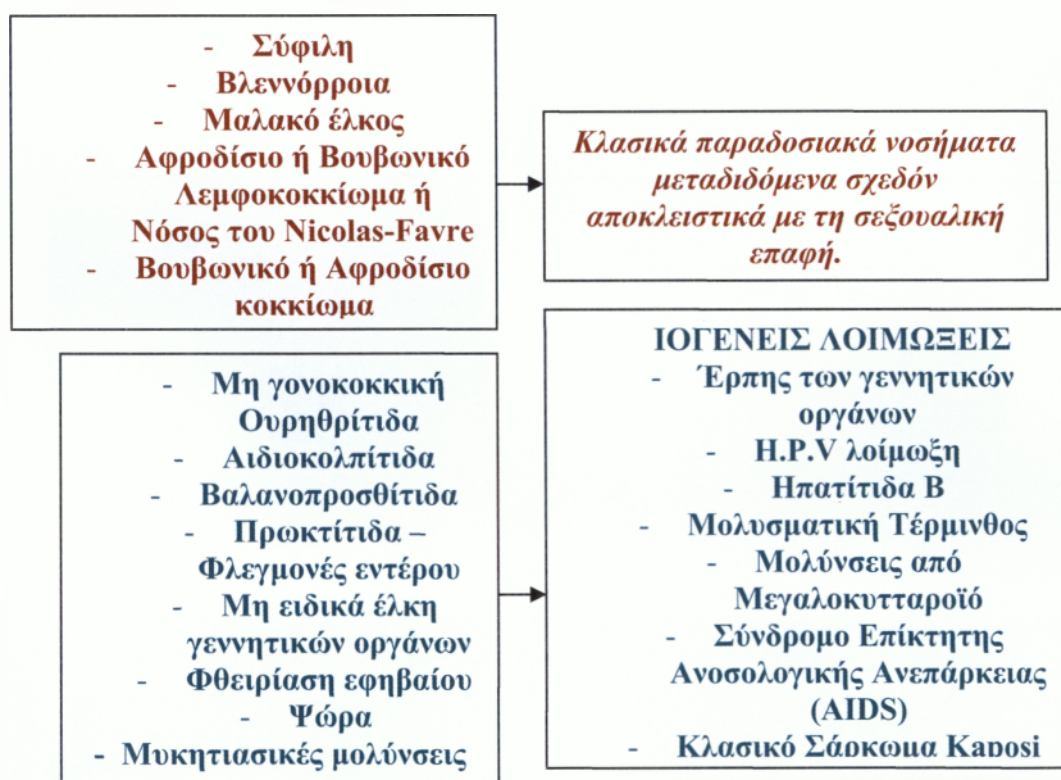
Κάτω από τον όρο αυτό περιλαμβάνονται:

η σύφιλη, η βλεννόρροια, το μαλακό έλκος, το αφροδίσιο ή βουβωνικό λεμφοκοκκίωμα ή νόσος του Nicolas-Favre, το αφροδίσιο ή βουβωνικό κοκκίωμα, η μη γονοκοκκική ουρηθρίτις (μη ειδική), τα οξυτενή κονδυλώματα, ο έρπης των γεννητικών οργάνων, η μολυσματική τέρμινθος, η φθειρίαση του εφηβαίου, η ψώρα, μη ειδικές φλεγμονές της βαλάνου (βαλανίτις), η ηπατίτιδα Β, το σύνδρομο της επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας (AIDS) (Στρατηγός *et al.*, 1985, σελ. 130-155).

Από τα νοσήματα αυτά, τα πέντε πρώτα είναι τα γνήσια αφροδίσια νοσήματα με την παλαιά έννοια του όρου, που μεταδίδονται μόνο με τη σεξουαλική επαφή. Τα επόμενα εννιά, τα παρααφροδίσια νοσήματα, που ίσως είναι όχι εννιά αλλά περισσότερα, μεταδίδονται είτε με τη σεξουαλική επαφή είτε έμμεσα με άλλους τρόπους. Δεν παύουν όμως να είναι σεξουαλικά μεταδιδόμενα (Στρατηγός *et al.*, 1985, σελ. 137-160).

Μετά το τέλος του 2^{ου} Παγκοσμίου Πολέμου και ιδιαίτερα κατά τις τελευταίες δεκαετίες άρχισε να επεκτείνεται το εύρος της ομάδας των Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων. Έτσι λοιπόν η ταξινόμηση των Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων μέχρι έχει ως εξής:

Σχήμα 1.1: Ταξινόμηση των Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων



Πηγή: Στρατηγός, 2004, σελ.137.

Όλα μαζί τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα ανέρχονται στα 38 μέχρι σήμερα από τα οποία τα πιο συχνά εμφανιζόμενα παρουσιάζονται παραπάνω και τα οποία χωρίζονται στα κλασικά τα οποία μεταδίδονται με τη σεξουαλική επαφή και σε αυτά που οφείλονται σε ιογενείς παράγοντες.

1.3 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΑΝΑΚΑΛΥΨΗΣ ΤΩΝ ΑΦΡΟΔΙΣΙΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ

Η ιστορία των αφροδισίων νοσημάτων είναι εξαιρετικώς ενδιαφέρουσα και ελκυστική. Περιγραφές, ντοκουμέντα και πραγματείες, ανασυρόμενες κατά καιρούς και συνεκτιμώμενες με κατάλληλο τρόπο, συνθέτουν μια ιδιαίτερη ιστορική ενότητα, συνυφασμένη άμεσα με την ανθρώπινη φύση και την ανθρώπινη ύπαρξη (Στρατηγός, 2004, σελ. 13-27).

Ο ρυθμός της επιστημονικής και ιατρικής ανάπτυξης τα τελευταία χρόνια ήταν φρενήρης. Ο *Homo sapiens* υπάρχει σ' αυτό τον πλανήτη επί δύο εκατομμύρια χρόνια περίπου, αλλά δεν έχουν περάσει παρά μόλις πεντακόσια χρόνια αφότου η Αναγέννηση έφερε την παρατήρηση και την κριτική ανάλυση στην επιστήμη και στην ιατρική. Στην Ελλάδα η σύφιλη διαπιστώθηκε για πρώτη φορά το 1496 πιθανώς λόγω της γεωγραφικής της θέσης και του διαμετακομιστικού εμπορίου. Από τότε δεν υπάρχουν στοιχεία μέχρι το 19^ο αιώνα. Ο Benjamin Bell περιέγραψε τις κλινικές διαφορές της Βλεννόρροιας και της Σύφιλης το 1793. Τα τρία στάδια της σύφιλης περιγράφηκαν μόλις το 1838 από τον Philippe Ricord. Ο Albert Neisser χρησιμοποιώντας μικροσκόπιο το 1879 αναγνώρισε το αίτιο της Βλεννόρροιας. Η ανάπτυξη ορολογικών δοκιμασιών από τον Wasserman πριν από 100 περίπου χρόνια επέτρεψε τον αξιόπιστο πληθυσμιακό έλεγχο και την εκτίμηση της πραγματικής εξάπλωσης της λοίμωξης. Τα αντιβιοτικά με ηλικία μόλις πενήντα ετών, έφεραν επανάσταση στη θεραπεία. Πάντως, έπρεπε να έρθει το τέλος του 20^{ου} αιώνα για να διευκρινιστεί η πορεία και η πραγματική έκταση όλων των βασικών Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Λοιμώξεων (STI, Sexually Transmitted Infections) (Στρατηγός, 2004, σελ. 5-32).

Η ιστορία της ψώρας είναι πολύ παλιά, όσο και του ανθρώπου. Αναφέρεται από τους αρχαίους Κινέζους, Αιγύπτιους, Ινδούς, Έλληνες (Ιπποκράτης, Γαληνός) και Άραβες. Η ονομασία της είναι Ελληνική και ο όρος «άκαρι» οφείλεται στον Αριστοτέλη. Το 1687, ο νεαρός Ιταλός G.C. Bonomo περιέγραψε το άκαρι σαν «μικρή χελώνα», ενώ το 1834 ο κορσικανός S.F. Renucci στο Παρίσι πέτυχε την εξαγωγή παρασίτων από το δέρμα ψωρικών ασθενών. Κατά τη διάρκεια του Β' Παγκοσμίου πολέμου, ο Mellanby αναφέρει την πειραματική πρόκληση ψώρας σε υγιείς εθελοντές. Πλούσιες πηγές πληροφοριών αποτελούν τα βιβλία του Mellanby και του Friedman και η μονογραφία του Heilesen. Αλλά και η ελληνική βιβλιογραφία δεν υστερεί σε εκτεταμένες αναφορές (Στρατηγός *et*

al., 1985, σελ. 135-153, Στρατηγός, 2004, σελ.15-39, Κατσάμπας *et al.*, 2001, σελ.192-232).

Η Μολυσματική Τέρμιθος περιγράφη αρχικά, από τον Bateman (1778-1821) και πλέον ειδικότερα το 1913, λόγω μόλυνσεως μιας νοσηλεύτριας (Στρατηγός, 2004, σελ. 56-82). Ωστόσο το Σάρκωμα Karosi περιγράφηκε για πρώτη φορά από τον Moriz Karosi το 1872 (Κατσάμπας *et al.*, 2001, σελ. 203-223).

Η ιστορία του συνδρόμου της επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας άρχισε το 1981 στην Καλιφόρνια όταν μια ομάδα γιατρών εντόπισε 5 περιπτώσεις νεαρών ομοφυλοφίλων με μια σπάνια μορφή πνευμονίας. Έκτοτε η νόσος εξελίσσεται με μορφή επιδημίας η οποία έχει πάρει ανησυχητικές διαστάσεις και τα στατιστικά δεδομένα της νόσου αλλάζουν καθημερινά. Τα τελευταία 20 χρόνια, μεγάλο μέρος αυτής της γνώσης προήλθε από την επιδημία του HIV και από την ανάπτυξη τεχνικών της Μοριακής Βιολογίας, ειδικά αυτών που στηρίζονται στην ενίσχυση πυρηνικών οξέων (NAATS, Nucleic Acid Amplification Testing Systems). Το σύστημα NAATS έφερε επανάσταση όχι μόνο στις διαγνωστικές δυνατότητες αλλά μας επέτρεψε να κατανοήσουμε καλύτερα τη φυσική ιστορία και επιδημιολογία των λοιμώξεων (Στρατηγός, 2004, σελ. 5-10, 460-479).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

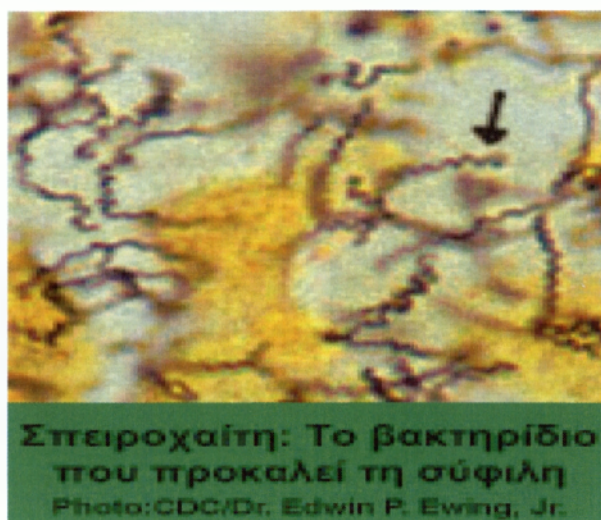
ΑΦΡΟΔΙΣΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ - ΕΙΔΙΚΟΤΕΡΑ

2.1 ΣΥΦΙΛΗ

2.1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ-ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Η σύφιλη είναι αρρώστια πάρα πολύ παλιά. Τόσο παλιά, όσο και ο άνθρωπος. Πρωτοπαρουσιάστηκε την εποχή του Χριστόφορου Κολόμβου. Όταν αυτός γύρισε μαζί με τα πληρώματά του από την Αμερική έφεραν και τη σύφιλη στην Ευρώπη. Η αρρώστια αυτή οφείλεται σε ένα μικρόβιο που λέγεται ωχρά σπειροχαΐτη (*Treponema pallidum*) (Στρατηγός, 2004, σελ.7-10).

Εικόνα 2.1: Το βακτήριο που προκαλεί τη σύφιλη (σπειροχαΐτη)



Πηγή: www.medlook.net.

Έχουμε δυο μορφές σύφιλης: την επίκτητη και την συγγενή. Η επίκτητη σύφιλη, μεταδίδεται από άτομο σε άτομο με τη σεξουαλική πράξη (Κατσάμπας *et al.*, 2001, σελ. 192-199, Στρατηγός *et al.*, 1985, σελ. 137-157).

Η συγγενής σύφιλη μεταδίδεται από τη μητέρα στο κύημα κατά την ενδομήτρια ζωή. Κληρονομική σύφιλη που να μεταδίδεται με τα γονίδια δεν υπάρχει (Κατσάμπας *et al.*, 2001, σελ. 590, Στρατηγός *et al.*, 1985, σελ. 137-157).

Η επίκτητη σύφιλη χωρίζεται στην πρώιμη, δηλαδή σ' αυτή που εμφανίζεται στην αρχή και διακρίνεται στην πρωτόγονη - δευτερόγονη, και στην όψιμη που εμφανίζεται αργότερα με βλάβες στην καρδιά, στα αγγεία, στα κόκαλα, στον εγκέφαλο και τα σπλάχνα (Κατσάμπας *et al.*, 2001, σελ. 590-595, Freedman *et al.*, 1999, pp 71-72).

2.2 ΟΥΡΗΘΡΙΤΙΔΑ

2.2.1 ΓΕΝΙΚΑ

Ουρηθρίτιδα ονομάζεται η φλεγμονή της ουρήθρας που συνήθως οφείλεται σε διάφορα μικρόβια, αλλά μπορεί να είναι και τραυματική, χημική ή αλλεργική. Η μικροβιακής αιτιολογίας ουρηθρίτιδα ανήκει στις λοιμώξεις του κατώτερου ουροποιητικού συστήματος, απασχολεί κυρίως τους άνδρες, ωστόσο όμως συναντάτε και σε ένα μικρότερο ποσοστό γυναικών. Διακρίνεται σε δύο μεγάλες κατηγορίες:

α) στη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα (ΓΟ) (Gonoc-Infection, Gonococcal – Gonorrhoea), της οποίας το αίτιο είναι ο γονόκοκκος, είναι τυπικά σεξουαλικά μεταδιδόμενη πάθηση και προκαλεί φλεγμονώδη εξιδρωματικού τύπου αντίδραση των ιστών και,

β) στη μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα (ΜΓΟ) (Nonspecific urethritis), η οποία οφείλεται σε άλλα μικρόβια ή ιούς, κατά κανόνα μεταδίδεται με την επαφή και προκαλεί συνήθως ήπια συμπτώματα (Στρατηγός *et al.*, 1985, σελ. 151-153).

2.2.2 ΟΥΡΗΘΡΙΤΙΔΑ ΓΟΝΟΚΟΚΚΙΚΗ (ΒΛΕΝΝΟΡΡΟΙΑ)

2.2.2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ-ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Η βλεννόρροια είναι αφροδίσια νόσος μολυσματική, η οποία οφείλεται στο γονόκοκκο ή ναϊσέρια της γοννόρροιας (*Neisseria gonorrhoeae*). Είναι τυπικά σεξουαλικά μεταδιδόμενη πάθηση (Ελληνική Επιθεώρηση Δερματολογίας Αφροδισιολογίας, 2001, σελ.189-197).

Προσβάλλει τους βλεννογόνους των ανδρών και των γυναικών και τους ορογόνους θυλάκους. Η βλεννόρροια είναι η πιο συχνή αφροδίσια πάθηση (Ελληνική Επιθεώρηση Δερματολογίας Αφροδισιολογίας, 2001, σελ. 189-197, Holmes KK *et al.*, 1980, pp.138-142).

Το πιο συνηθισμένο μέρος όπου εντοπίζεται στον άνδρα είναι η ουρήθρα όπου και προκαλεί την οξεία ή χρόνια ουριθρίτιδα. Στη γυναίκα κολλάει στην ουρήθρα ή τον τράχηλο της μήτρας και προκαλεί ουριθρίτιδα και μητρίτιδα (Norris, 1913, pp.89-95, Hammer *et al.*, 1969, Ress *et al.*, 1969, pp. 205, Eschenbach *et al.*, 1975, pp. 35, Eschenbach *et al.*, 1980, pp 142, Flesh *et al.*, 1979, pp.402, Buchanan *et al.*, 1980, pp.978, Holmes *et al.*, 1980, pp. 893, Ελληνική Επιθεώρηση Δερματολογίας Αφροδισιολογίας, 2001, σελ. 189-197).

2.2.3 ΟΥΡΗΘΡΙΤΙΔΑ ΜΗ ΓΟΝΟΚΟΚΚΙΚΗ

2.2.3.1 ΟΡΙΣΜΟΣ-ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα (ΜΓΟ) είναι η οξεία, υποξεία ή χρόνια φλεγμονή της ουρήθρας η οποία οφείλεται σε μικρόβια –εκτός του γονοκόκκου- και ιούς ή είναι αποτέλεσμα μηχανικών ή χημικών τραυματισμών, σπανιότερα δε λήψης φαρμάκων, συστηματικών νόσων ή αλλεργίας. Στη βιβλιογραφία αναφέρεται εξίσου συχνά και ως «μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα» ενώ παλαιότερα ήταν πιο γνωστή σ' εμάς με το όνομα «σαπροφυτική ουρηθρίτιδα» ή «λευκόρροια» (Στρατηγός, 2004, σελ. 227-229).

Είναι η Ουρηθρίτιδα που δεν προκαλείται από το βακτήριο της *Neisseria gonorrhoeae*. Γνωστή επίσης με τον όρο μη ειδική ουρηθρίτιδα. Έχουν προταθεί διάφοροι αιτιολογικοί παράγοντες που μπορούν να την προκαλέσουν (Πίνακας 2.1).

Πίνακας 2.1: Κύριοι Αιτιολογικοί Παράγοντες για την ανάπτυξη μη Γονοκοκκικής Ουρηθρίτιδας (ΜΓΟ).

Παράγοντας (Οργανισμοί)	Περιπτώσεις ΜΓΟ που οφείλονται στον αιτιολογικό παράγοντα (%)	Τύπος Οργανισμού
<i>Chlamydia trachomatis</i>	20-40	Παθογόνος
<i>Ureoplasma ureolyticum</i>	15-25	Μη Παθογόνος
<i>Mycoplasma genitalium</i>	12-50	? Παθογόνος
Είδη κάντιντας	? 5	? Παθογόνος
Αναερόβια	? Υποτιμάται η συχνότητα	? Παθογόνος
Τριχομονάδες κόλπου	? 5-10	Παθογόνος
Έρπης γεννητικών οργάνων	? 5-10	Παθογόνος
Κονδυλώματα ουρήθρας/στομίου ουρήθρας	? Υποτιμάται η συχνότητα	Παθογόνος
Μη ανιχνεύσιμοι/ιδιοπαθείς	25-30	? Παθογόνος ? Υπερευαίσθησία

Πηγή: Κατσάμπας *et al.*, 2001, σελ.448.

Τα *Chlamydia trachomatis* αποτελούν τους μικροοργανισμούς που συνδέονται πιο άμεσα με τη μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα εξαιτίας της άμεσης διαθεσιμότητας διαγνωστικών και εργαστηριακών εξετάσεων τις τελευταίες δύο δεκαετίες και της γνώσης των επιπλοκών της λοίμωξης.

Η μόλυνση με χλαμύδια είναι επικίνδυνη διότι σε μεγάλο αριθμό ασθενών π.χ. στο 50% των ανδρών και 90% των γυναικών δεν προκαλεί συμπτώματα (Κατσάμπας *et al.*, 2001, σελ. 448-451).

2.3 ΜΑΛΑΚΟ ΕΛΚΟΣ

2.3.1 ΟΡΙΣΜΟΣ-ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Πρόκειται για μια οξεία ελκωτική, σεξουαλικά μεταδιδόμενη νόσο, η οποία εντοπίζεται στην πρωκτογεννητική περιοχή και συχνά συνοδεύεται από βουβωνική αδενίτιδα. Οφείλεται στον *Αιμόφιλο Duceyri*. Πρόκειται για ένα στρεπτοβάκιλλο. Είναι νόσος τοπική (Στρατηγός *et al.*, 1985, σελ. 150-151).

Λίγα δεδομένα υπάρχουν, τα οποία αφορούν την παθογένεια της λοίμωξης από τον *Αιμόφιλο Duceyri*. Τρία είναι τα σημαντικά στοιχεία, τα οποία φαίνεται να διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο: η ικανότητα του *Αιμοφίλου* να προσκολλάται στην επιφάνεια των επιθηλιακών κυττάρων, ο ρόλος των αξωτοξικών και η αντίσταση της αμυντικής ικανότητας του ξενιστή. Πρόσφατες μελέτες διατυπώνουν την άποψη της ύπαρξης ασυμπτωματικών φορέων του νοσήματος μετά την αυτόματη επούλωση των ελκώσεων (Στρατηγός, 2004, σελ.283-284). Το μαλακό έλκος εντοπίζεται κυρίως στα γεννητικά όργανα. Χαρακτηρίζεται από έλκη βαθειά και καταστρεπτικά με χαρακτηριστικές ακριβώς αντίθετους από εκείνους του συφιλιδικού έλκους (Στρατηγός *et al.*, 1985, σελ. 150).

2.4 ΑΦΡΟΔΙΣΙΟ Ή ΒΟΥΒΩΝΙΚΟ ΛΕΜΦΟΚΟΚΚΙΩΜΑ Ή ΝΟΣΟΣ ΤΩΝ NICOLAS-FAVRE

2.4.1 ΟΡΙΣΜΟΣ-ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ-ΤΡΟΠΟΙ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ

Πρόκειται για μια σπανιότατη αφροδίσια νόσο, χρόνια συστηματική, σεξουαλικά μεταδιδόμενη νόσο, που οφείλεται σε λεμφοτρόπο και δερμοτρόπο διηθητό ιό, *Chlamydia trachomatis*. Αναπτύσσεται κυρίως σε περιπτώσεις ομοφυλοφιλίας (Στρατηγός *et al.*, 1985, σελ. 161, Στρατηγός, 2004, σελ. 288).

Η νόσος σήμερα είναι σπάνια, και κρούσματα βρίσκονται σε τροπικές και υποτροπικές περιοχές της Γης. Προσβάλλει κατεξοχήν άνδρες. Η πηγή μόλυνσης φαίνεται να είναι ο πρωκτός των ομοφυλοφίλων ανδρών και ο τράχηλος της μήτρας των γυναικών φορέων, οι οποίες είναι ασυμπτωματικές στα αρχικά στάδια. Στους πάσχοντες από HIV-λοίμωξη, η πορεία της νόσου μπορεί να είναι παρατεταμένη (Στρατηγός, 2004, σελ. 288-289).

Εικόνα 2.2: Η νόσος προσβάλλει την περιοχή του πρωκτού.



Πηγή: www.iatronet.

2.5 ΒΟΥΒΩΝΙΚΟ ΚΟΚΚΙΩΜΑ

2.5.1 ΟΡΙΣΜΟΣ-ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Πρόκειται για μια χρόνια, αργά εξελισσόμενη και μετρίως μεταδοτική σεξουαλικάς πάθηση, για την οποία πολλά στοιχεία είναι άγνωστα. Αμφιβολίες έχουν διατυπωθεί για τον πιθανό τρόπο μετάδοσης, μια και δεν έχει εντοπιστεί σε όλες τις περιπτώσεις, στο σεξουαλικό σύντροφο. Αναπτύσσεται κυρίως σε καταστάσεις ομοφυλοφιλίας, τόσο μεταξύ ανδρών, όσο και μεταξύ γυναικών. Αφορά τη βουβωνική και πρωκτογεννητική περιοχή, με μικρή τάση προς ίαση και πιθανή προδιάθεση προς ανάπτυξη κακοήθειας. Η νόσος οφείλεται στο μικροοργανισμό *Calymnatobacterium granulomatis*, ο οποίος κατατάσσεται στην ομάδα των Βρουκελλών. Πρόκειται για σπανιότατη αφροδίσια νόσο που οφείλεται σε λεμφοτρόπο και δερμοτρόπο διηθητό ιό. Δεν υπάρχουν πάρα πολλές μελέτες για τη νόσο αυτή και οι προσπάθειες επικεντρώνονται σε περαιτέρω γνώση της (Στρατηγός, 2004, σελ. 279-282).

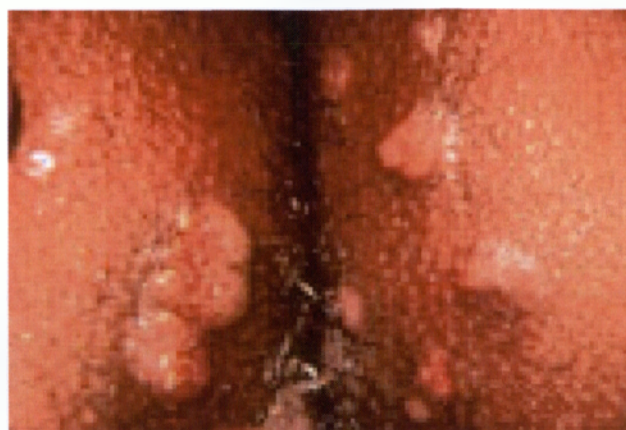
2.6 ΟΞΥΤΕΝΗ ΚΟΝΔΥΛΩΜΑΤΑ

2.6.1 ΓΕΝΙΚΑ

Οι μυρμηκίες και τα κονδυλώματα αποτελούν ψευδοογκωτικές υπερπλασίες του δέρματος και των βλεννογόνων που οφείλονται στη μόλυνση των κερατινοκυττάρων από τους ανθρώπινους ιούς των θηλωμάτων (HPV). Και οι δύο καταστάσεις είναι εξαιρετικά

κοινές και μπορεί να εμφανιστούν κλινικά ως κοινές ιογενείς μυρμηκίες οι οποίες είναι πιο συχνές στα παιδιά, ειδικά στις άκρες χείρες, ως ομαλές μυρμηκίες (επίπεδες μυρμηκίες), επίσης πιο συχνές στα παιδιά και στους εφήβους, ως πελματιαίες μυρμηκίες, που παρατηρούνται σε όλες τις ηλικιακές ομάδες, αλλά συνήθως στους νέους ανθρώπους και ως μυρμηκίες των γεννητικών οργάνων (κονδυλώματα). Και τα δύο φύλα καθώς και όλες οι φυλές προσβάλλονται εξίσου (Κατσάμπας *et al.*, 2001, σελ. 381-385).

Εικόνα 2.3: Οξυτενή κονδυλώματα γεννητικών οργάνων



Πηγή: www.health.in.gr.

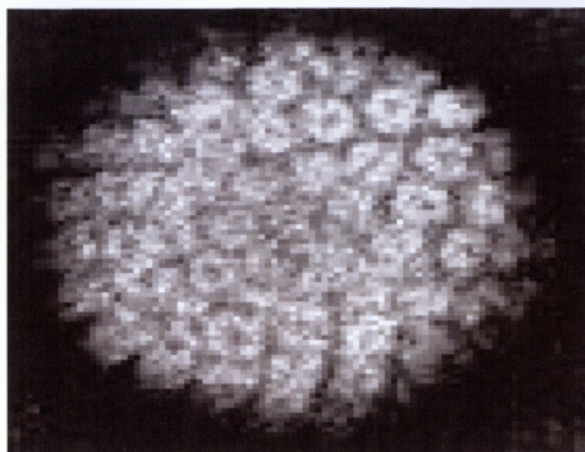
2.6.2 ΟΡΙΣΜΟΣ-ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Μια μεγάλη κατηγορία ιών που προσβάλλουν το ζωικό βασίλειο είναι οι θηλωματοϊοί (Papilloma Viruses). Ονομάζονται έτσι επειδή προκαλούν θηλώματα (papillomas). Οι ιοί των ανθρώπινων θηλωμάτων είναι DNA-ιοί, γνωστοί διεθνώς ως HPV (Human Papilloma Viruses) (Στρατηγός *et al.*, 1985, σελ. 158-159, Στρατηγός, 2004, σελ. 381).

Λόγω της ειδίκευσης που έχουν, οι θηλωματοϊοί του ανθρώπου (HPV) δεν προσβάλλουν τα ζώα και αντιστρόφως. Επομένως δεν μπορούμε να μελετήσουμε τις βιολογικές επιδράσεις των HPV σε πειραματόζωα. Περίπου 23 γονότυποι των HPV προσβάλλουν το επιθήλιο του κατώτερου γεννητικού συστήματος (τράχηλος μήτρας, κόλπος, αιδίο) και της περιπρωκτογεννητικής χώρας. Η μόλυνση του επιθηλίου από τον ιό έχει ως αποτέλεσμα την εκδήλωση κλινικής, υποκλινικής ή λανθάνουσας νόσου. Τα οξυτενή κονδυλώματα είναι η πλέον χαρακτηριστική περίπτωση κλινικής μόλυνσης (τύποι 6-11 των HPV) (Στρατηγός, 2004, σελ. 5-677). Μεταδίδονται σε πολύ μεγάλο ποσοστό με

τη σεξουαλική επαφή, περίπου 65% (Στρατηγός *et al.*, 1985, σελ. 158-159, Στρατηγός, 2004, σελ. 382).

Εικόνα 2.4: Ιός που προκαλεί θηλώματα (HPV)



Πηγή: www.woman-on-top.gr.

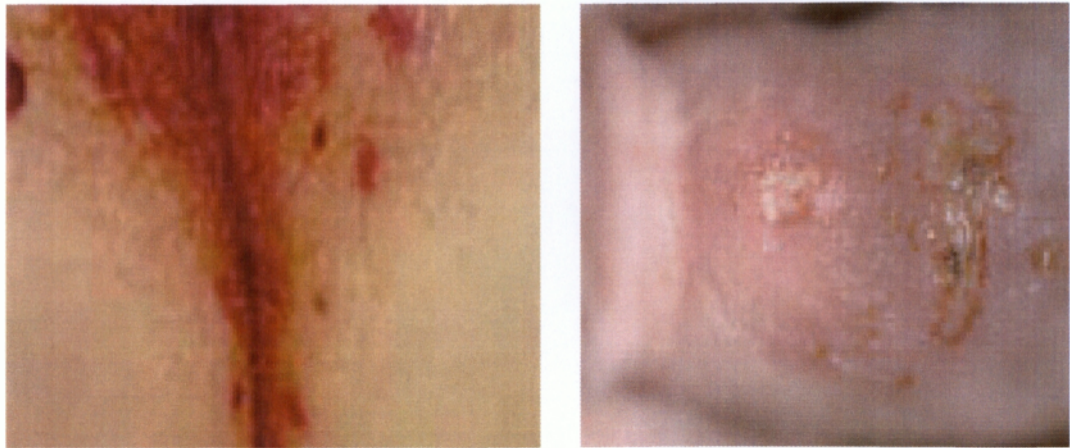
2.7 ΕΡΠΗΣ ΤΩΝ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ

2.7.1 ΟΡΙΣΜΟΣ-ΤΡΟΠΟΙ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ

Ο έρπης των γεννητικών οργάνων ή γεννητικός έρπης είναι μια σεξουαλικά μεταδιδόμενη λοίμωξη που απασχολεί μεγάλο αριθμό ατόμων τα τελευταία χρόνια. Προκαλεί ανάπτυξη ελκών στη γεννητική περιοχή. Ο έρπης των γεννητικών οργάνων αποτελεί μαζί με τους ιούς των θηλωμάτων του ανθρώπου (Human Papilloma Viruses – HPV) τα συχνότερα ιογενή σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Οφείλεται στον ιό του απλού έρπητα (Herpes Simplex Virus – HSV). Υπάρχουν δύο τύποι του ιού του απλού έρπητα (HSV), ο τύπος 1 (HSV-1) και ο τύπος 2 (HSV-2) (Κατσάμπας *et al.*, 2001, σελ. 185-188, Στρατηγός, 2004, σελ. 65-69).

Ο τύπος 1 εντοπίζεται κατά προτίμηση στα νευρικά γάγγλια της κεφαλής και εκδηλώνεται στους οφθαλμούς, μύτη, μάγουλα, χείλη. Ο τύπος 2 που εδρεύει στα νευρικά γάγγλια της οσφυϊκής και ιεράς χώρας και εκδηλώνεται στην περιοχή των γεννητικών οργάνων και του πρωκτού. Πρωτομόλυνση με οποιονδήποτε από τους δύο ιούς στη όψιμη φάση της ζωής δημιουργεί μεγάλη αντίδραση των ιστών και εκσεσημασμένη κλινική εικόνα (Στρατηγός *et al.*, 1985, σελ. 185-188).

Εικόνες 2.5 και 2.6: Τύπος1 και 2 αντίστοιχα.



Πηγή: www.health.in.gr.

2.8 ΜΟΛΥΣΜΑΤΙΚΗ ΤΕΡΜΙΝΘΟΣ

2.8.1 ΟΡΙΣΜΟΣ-ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Η μολυσματική τέρμινθος (ΜΤ), είναι ένα καλοήθες, αυτοπεριοριζόμενο, ιογενές νόσημα του δέρματος και των βλεννογόνων, που οφείλεται στον ιό της μολυσματικής τερμίνθου (ΜCV). Είναι επιπολής μολυσματική δερματοπάθεια οφειλόμενη σε ένα ειδικό στέλεχος της ομάδας των ιών της ευλογιάς (Pox virus group) (Κατσάμπας *et al.*, 2001, σελ. 359-361).

Μόλις προς το τέλος του 19^{ου} αιώνα ταξινομήθηκε μεταξύ των Σεξ. Μεταδ. Νοσημάτων. Συσχέτιση διαπιστώθηκε με γονοκοκκική λοίμωξη. Αναφέρεται συχνότητα μιας περιπτώσεως Μολυσματικής Τερμίνθου για κάθε 42 περιπτώσεις βλεννόρροιας (Στρατηγός, 2004, σελ. 69-72).

Εμφανίζεται σε ενήλικες και παιδιά. Η Μολυσματική Τέρμινθος στους ενήλικες, αποδίδεται κατά μέγιστο ποσοστό στη σεξουαλική επαφή. Πλην των μικρών παιδιών ηλικίας μέχρι 5 ετών όπου είναι αρκετά συχνή και πλην της σεξουαλικής μεταδόσεως στους ενήλικες, εμφανίζεται σε μεγάλη έκταση, πολύ συχνά και με πολλές υποτροπές σε ασθενείς με AIDS λόγω της ανοσοκαταστολής. Η μετάδοση γίνεται με την επαφή, από άνθρωπο σε άνθρωπο. Συχνά συνυπάρχει με άλλα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (Κατσάμπας *et al.*, 2001, σελ. 359-361). Διαπιστώθηκε επίσης μέγιστη συχνότητα σε σεξουαλικά ενεργείς πληθυσμούς. Άλλωστε η ανατομική κατανομή των βλαβών και η ανεύρεση των βλαβών επί δύο ερωτικών συντρόφων ταυτοχρόνως επιβεβαιώνει την άμεση μετάδοση κατά τη σεξουαλική επαφή.

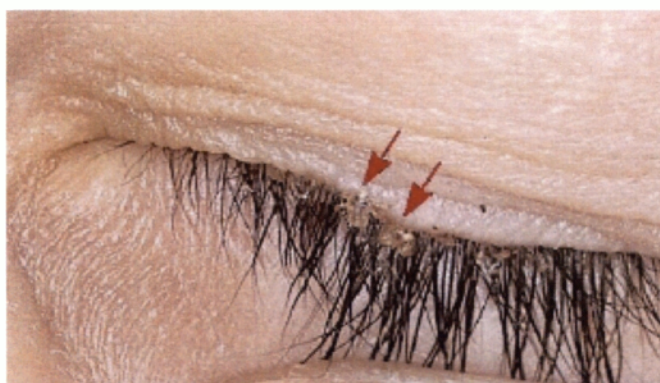
Τα τελευταία χρόνια η μολυσματική τέρμινθος απέκτησε μεγάλο ενδιαφέρον, διότι εμφανίζεται πολύ συχνά σε άτομα με ανοσολογικές διαταραχές και ιδίως πάσχοντες από AIDS. Σε αυτές τις περιπτώσεις μάλιστα, υπάρχουν ιδιαίτερα κλινικά χαρακτηριστικά (μεγαλύτερες, πολύ περισσότερες και συχνά άτυπες βλάβες), συνεχείς υποτροπές, αλλά και αξιοσημείωτη αντοχή στη θεραπευτική αντιμετώπιση, η οποία φαίνεται να είναι απαραίτητη (Ελληνική Επιθεώρηση Δερματολογίας Αφροδισιολογίας, 2001, σελ. 248-254, Κατσάμπας *et al.*, 2001, σελ. 359-361).

2.9 ΦΘΕΙΡΙΑΣΗ ΤΟΥ ΕΦΗΒΑΙΟΥ

2.9.1 ΟΡΙΣΜΟΣ-ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Η φθειρίαση είναι μια συνήθης, μεταδοτική και ενοχλητική δερματοπάθεια. Είναι νόσος, που οφείλεται σε παράσιτα που παρασιτούν στην επιφάνεια του δέρματος. Οι φθείρες παρασιτούν αποκλειστικά στον άνθρωπο. Είναι άπτερα έντομα που ανήκουν στην τάξη των Ανοπλούρων. Υπάρχουν δύο εξωπαρασιτικά είδη για τον άνθρωπο: η ψείρα του εφηβαίου (*Phthirus rubis* ή *rubic lice* ή *crab lice*) και η ψείρα του ανθρώπου (*Pediculus humanus*). Η ψείρα του ανθρώπου διακρίνεται στην ψείρα του τριχωτού της κεφαλής (*Pediculus humanus capitis*) και στην ψείρα του σώματος (*Pediculus humanus humanus*).

Εικόνα 2.7: Ψείρα του σώματος.



Πηγή: www.paidiatros.gr

Η παρασίτωση στο τριχωτό της κεφαλής γίνεται από την *Pediculus humanus var. capitis* (συνώνυμο: *P. capitis*), στον κορμό ή τα ενδύματα από την *Pediculus humanus var. Corporis* (συνώνυμα: *P. vestimentorum*, *P. Humanus humanus*, *Phthirus corporis*) και στο

εφηβαίο γίνεται από τη *Phthirus pubis* (συνώνυμα: *Pediculus pubis*, *Phthirus pubis*, *Phthirus inguinalis*) (Κατσάμπας *et al.*, 2001, σελ. 624-625).

2.10 ΨΩΡΑ

2.10.1 ΟΡΙΣΜΟΣ-ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Είναι μια εκτοπαρασιτική λοίμωξη του δέρματος. Πρόκειται για μια μεταδοτική δερματοπάθεια των δύο φύλων και όλων των ηλικιών, οφειλόμενη στο άκαρι της ψώρας του ανθρώπου. Υπαίτιο άκαρι είναι το *Sarcoptes scabiei* var. *hominis*. Εκτός από την κλασική ή τυπική ψώρα, έχουν διαγνωστεί και ειδικές ή άτυπες κλινικές μορφές ψώρας. Όπως:

Η ψώρα των βρεφών και νηπίων, Οζώδης ψώρα, Νορβηγική ψώρα, Ψώρα προερχόμενη από ψωρικά ζώα, Ψώρα των «καθαρών» ατόμων, Ψώρα “incognita”, Ψώρα των υπερηλίκων, Ψώρα των HIV – ασθενών, Ψώρα σε σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, Ψώρα σε ατοπικά άτομα, Ψώρα του τριχωτού της κεφαλής, Πομφολυγώδης ψώρα, Κνιδωτική και ψώρα με εικόνα αγγειίτιδας (*vasculitis scabies*), Δυσιδρωσική αλλεργική αντίδραση στην ψώρα (*Dyshydrosiform scabiid*) (Κατσάμπας *et al.*, 2001, σελ. 192-664). Συχνά, η ανεπαρκής επιδημιολογική αναγνώριση και επομένως η ανεπαρκής θεραπεία, είναι η αιτία της εξάπλωσης της νόσου (Κατσάμπας *et al.*, 2001, σελ. 662-664).

Εικόνα 2.8 και 2.9: Η ψώρα προσβάλλει ολόκληρη την επιφάνεια του δέρματος



Πηγή: de.wikipedia.org.

2.11 ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β

2.11.1 ΟΡΙΣΜΟΣ-ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ-ΤΡΟΠΟΙ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ

Κάθε φλεγμονή στο συκώτι, η οποία μπορεί να προκληθεί από ιούς, φάρμακα ή άλλους παράγοντες, ονομάζεται ηπατίτιδα. Μέχρι σήμερα είναι γνωστοί πέντε τύποι ηπατίτιδας (Α, Β, C, D και Ε), ενώ με τη σεξουαλική επαφή μεταδίδεται μόνον η Β. Ο ιός αποδείχτηκε ότι υπάρχει στο σάλιο, στο σπέρμα και στα υγρά του κόλπου. Η μετάδοση γίνεται από φορείς με ασυμπτωματική λοίμωξη ή με υποκλινικές εκδηλώσεις. Η συνουσία με έμμηνο ρύση ή η συνουσία από τον πρωκτό ευνοούν τη μετάδοση (Στρατηγός *et al*, 1985, σελ. 160-161).

Το επικίνδυνο με την ηπατίτιδα Β είναι ότι δεν προκαλεί ιδιαίτερα συμπτώματα, γι' αυτό και πολλές φορές παραμένει αδιάγνωστη. Τα συμπτώματα που μπορεί να παρουσιάσει ένας ασθενής είναι κόπωση, πονοκέφαλος, πυρετός και στομαχικές διαταραχές, τα οποία συχνά αποδίδονται σε κάποια ίωση. Όσο ο ιός παραμένει στον οργανισμό, υπάρχει ο κίνδυνος να ενεργοποιηθεί και να προκαλέσει σοβαρά ηπατικά προβλήματα.

Εικόνα 2.10: Ο ιός της ηπατίτιδας Β.



Πηγή: www.10percent.gr/issues.

2.12 AIDS (ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΠΙΚΤΗΤΗΣ ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ)

2.12.1 ΟΡΙΣΜΟΣ-ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Είναι ένα νόσημα που καταλύει ένα μέρος της άμυνας του οργανισμού και τον καθιστά επιρρεπή σε μια σειρά από ασυνήθεις θανατηφόρες αρρώστιες. Προκαλείται από έναν ιό και τα αρχικά του σημαίνουν:

A (acquired) = επίκτητη: μεταδίδεται από άτομο σε άτομο, αλλά όχι με γενετικά χαρακτηριστικά, όπως το χρώμα των μαλλιών και το ύψος.

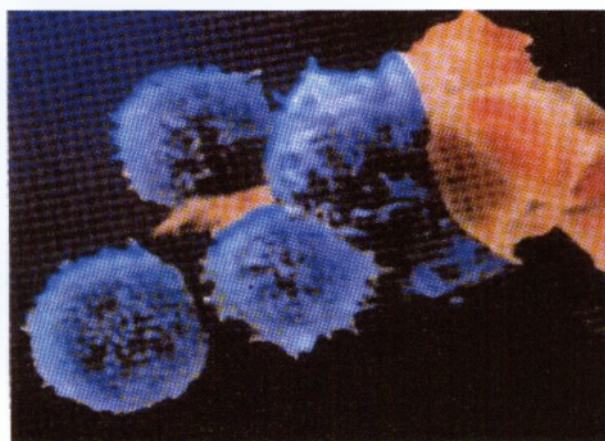
I (immune system) = ανοσολογική: πάσχει το ανοσοποιητικό σύστημα του οργανισμού που παρέχει προστασία από τις λοιμώξεις.

D (deficiency) = ανεπάρκεια.

S (syndrome) = σύνδρομο: ένα σύνολο σημείων και συμπτωμάτων που, όταν εκδηλώνονται συγχρόνως, σημαίνουν ότι το άτομο πάσχει από μια ειδική αρρώστια ή κατάσταση (Γκούβρα *et al.*, 1992, σελ.7-29).

Η νόσος οφείλεται στο λεμφοτρόπο ρετροϊό της ανοσολογικής ανεπάρκειας του ανθρώπου (Human Immunodeficiency Virus ή HIV), ο οποίος ήταν γνωστός προηγουμένα με τα ονόματα HTLV-III, LAV, ARV και έχει δύο τύπους: HIV-1 που είναι υπεύθυνος για τα περιστατικά AIDS στις ΗΠΑ και τον HIV-2 που προκαλεί τα περιστατικά AIDS στη Δυτική Αφρική (Γιαννόπουλος, 1985, σελ. 229-237).

Εικόνες 2.11: Ο ιός του AIDS



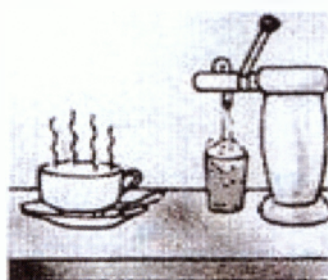
Πηγή: www.cellscience.com.

Η Παγκόσμια Οργάνωση υγείας έχει αναγνωρίσει πρόσφατα τέσσερις τύπους σεξουαλικής μετάδοσης του AIDS: Ο Τύπος I απαντάται στις βιομηχανικές χώρες της Δύσης και το 80-90% των περιστατικών αφορά τους ομοφυλόφιλους και όσους κάνουν ενδοφλέβια χρήση ναρκωτικών. Ο Τύπος II απαντάται στη Δυτική Αφρική και σε ορισμένες χώρες της Καραϊβικής (Ταϊτή κ.λ.π.) που η μετάδοση γίνεται με τις ετεροφυλικές σεξουαλικές σχέσεις. Ο Τύπος III μεταδίδεται με ομόφυλο και ετεροφυλικές σχέσεις και απαντάται σε ορισμένες Λατινοαμερικανικές χώρες π.χ. τη Βραζιλία. Ο Τύπος IV που απαντάται στις περιοχές του κόσμου που είναι σπάνια η νόσος π.χ. Κίνα και είναι άγνωστος ακόμη ο τρόπος μετάδοσής της (Θωμόπουλος, 1993, σελ. 128, Γκούβρα *et al.*, 1992, σελ. 7-31, Γιαννόπουλος, 1985, σελ. 229-237).

Ο ιός που προκαλεί AIDS μπορεί να ζήσει σε ορισμένα βιολογικά υγρά, κυρίως στο αίμα και στο σπέρμα. Οι άνθρωποι “κολλάνε” όταν το αίμα τους έρθει σε άμεση επαφή με το σπέρμα, τις κολπικές εκκρίσεις, το αίμα και ίσως τα ούρα και τα κόπρανα κάποιου άλλου ατόμου, που μπορεί να μεταδώσει την αρρώστια.

Εικόνα 2.12: Τρόποι που δεν μεταδίδεται το AIDS.

Οι τρόποι αυτοί δε μεταδίδουν το AIDS



Καφετέριες-Μπαρ



Σχολείο



Εναγκαλισμοί



Χειρακίες



Εργασιακό περιβάλλον



Κοινωνικές συναναστροφές



Τουαλέτες

Πηγή: dim-rizou.pel.sch.gr.

Οι άνθρωποι δεν μολύνονται από τον ιό του AIDS στην καθημερινή συνήθη επαφή με την οικογένεια, τους φίλους και γνωστούς, τους συναδέλφους ή τον πληθυσμό εν γένει- εκτός και αν πρόκειται για επικίνδυνη σεξουαλική επαφή ή για χρήση βελόνας που έχει χρησιμοποιηθεί από άτομο που έχει μολυνθεί από AIDS.

2.13 ΣΑΡΚΩΜΑ ΚΑΡΟΣΙ

2.13.1 ΟΡΙΣΜΟΣ - ΤΡΟΠΟΙ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ - ΓΕΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

Πολλαπλό ιδιοπαθές αιμορραγικό σάρκωμα. Το σάρκωμα Καρσί (ΣΚ) είναι ένας συστηματικός πολυεστιακός αγγειωματιώδης όγκος άγνωστου αιτιοπαθογένειας και ιστογένειας.

Το ΣΚ, κλινοεπιδημιολογικά, ταξινομείται σε 4 ξεχωριστές μορφές.

- Το κλασικό ή σποραδικό ΣΚ (ΚΣΚ). Συνήθως εμφανίζεται στις κνήμες αλλά μπορεί να εξαπλωθεί στους λεμφαδένες και στα σπλάχνα. Η πορεία της νόσου είναι συνήθως χρόνια και έχει βραδεία εξέλιξη.
- Το Αφρικανικό ή ενδημικό ΣΚ. Έχουν περιγραφεί 4 κλινικοί τύποι: οζώδης, πορφυρό (εξανθηματικό) διηθητικό και λεμφαδενοπαθητικό.
- Το ιατρογενές ΣΚ.
- Το επιδημικό ή σχετιζόμενο με το επίκτητο σύνδρομο ανοσοανεπάρκειας (AIDS) ΣΚ (AIDS-ΣΚ). Αποτελεί μια AIDS-καθορισμένη ασθένεια που αντιπροσωπεύει το πιο συχνό ευκαιριακό νεόπλασμα που συσχετίζεται με HIV λοίμωξη. Ακολουθεί μια ταχέως εξελισσόμενη και επιθετική πορεία, που χαρακτηρίζεται από εκτεταμένη δερματική και συστηματική προσβολή. Παρ' όλα αυτά, η δραστική αντιρετροϊκή θεραπεία έχει μειώσει σημαντικά την επίπτωση και τη βαρύτητα του AIDS-ΣΚ στο δυτικό κόσμο (Κατσάμπας *et al.*, 2001, σελ. 546-547).

Εικόνα 2.13



Πηγή: www.manbir-online.com.

Η αιτιοπαθογένεια του ΣΚ παραμένει άλυτο μυστήριο. Ακόμη και η φύση του είναι αμφιλεγόμενη. Δεν έχει αποσαφηνιστεί αν το ΣΚ είναι ένα γνήσιο νεόπλασμα, μια ευκαιριακή κακοήθεια που ενδεχομένως αναπτύσσεται σε έδαφος ανοσοανεπάρκειας ή μια αντιδραστική υπερπλασία σαν απάντηση σε αγγειογενετικούς παράγοντες. Το ΣΚ είναι μάλλον πολυεστιακό παρά μεταστατικό. Έχει προταθεί μια πολυπαραγοντική αιτιολογία για το ΣΚ. Η ανοσοανεπάρκεια αποτελεί έναν εκλυτικό παράγοντα για την ανάπτυξη του ΣΚ. Η γεωγραφική και φυλετική κατανομή του ΚΣΚ υποδεικνύει ότι είναι δυνατόν να

εμπλέκονται γενετικοί ή/και περιβαλλοντικοί παράγοντες. Οι λοιμώδεις παράγοντες έχουν ενοχοποιηθεί εδώ και καιρό για την πρόκληση του ΣΚ. Τα επιδημιολογικά δεδομένα, όσον αφορά το AIDS-ΣΚ υποδεικνύουν ότι ένας δεύτερος λοιμώδης, σεξουαλικά μεταδιδόμενος παράγοντας μπορεί να διαδραματίσει κάποιον αιτιολογικό ρόλο. Έχει διερευνηθεί η συμμετοχή του κυτταρομεγαλοϊού, αλλά χωρίς πειστικές αποδείξεις. Στις βλάβες του ΣΚ έχουν ανιχνευτεί σωματίδια που μοιάζουν με ρετροϊούς. Επίσης ο ιός του έρπητα που σχετίζεται με το σάρκωμα Kaposi (ΕΙΣΚ) ή ο ανθρώπινος ερπητοϊός τύπου 8 (HHV-8) είναι ένας καινούριος α-ερπετοϊός που έχει ανιχνευτεί σε όλους τους κινικούς τύπους του ΣΚ και παραμένει αμφιλεγόμενο αν αποτελεί τον αιτιολογικό λοιμώδη παράγοντα του ΣΚ τον οποίο εδώ και χρόνια υποπτεύονται, αν αποτελεί συμπαράγοντα ή αν αντιπροσωπεύει μια ευκαιριακή λοίμωξη (Κατσάμπας *et al.*, 2001, σελ. 547, Θωμόπουλος, 1993, σελ. 64-82).

2.14 ΚΑΝΤΙΝΤΙΑΣΗ

2.14.1 ΟΡΙΣΜΟΣ-ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Επιπολής λοίμωξη του δέρματος των μηρογεννητικών πτυχών και των έξω γεννητικών οργάνων. Κλινικές μορφές αυτής είναι:

- a) η καντιντίαση των μηρογεννητικών πτυχών και
 - b) η καντιντίαση των έξω γεννητικών οργάνων (αιδοίτις-βαλανοποσθίτις)
- (Κουμαντάκη-Μαθιουδάκη, 2001, σελ. 255-268).

Εικόνα 2.14



Πηγή: www.oralcancerfoundation.org.

Ο όρος καντιντίαση αναφέρεται κυρίως σε λοιμώξεις που προκαλούνται από το κλασικό ευκαιριακό παθογόνο *Candida albicans* ή περιστασιακά από άλλα είδη *Candida* όπως *C. tropicalis*, *C. parapsilosis*, *C. quilliermondii*, *C. krusei*, *C. stellatoidea*, *C. Pseudotropicalis* και *C. Glabrata*. Είναι γνωστό ότι η *Candida* αποτελεί φυσιολογικό ένοικο των βλεννογόνων της στοματικής κοιλότητας, του κόλπου και του γαστρεντερικού σωλήνα και η λοίμωξη προέρχεται από αυτή την ενδογενή δεξαμενή. Μπορεί να αναπτύσσεται με διαφορετικές μορφολογικές δομές, όπως ζυμομύκητες, υφές και ψευδοϋφές. Αυτή η ανάπτυξη εξαρτάται από τις τοπικές συνθήκες. (Wise *et al.*, 1993, pp 1377-1388, Jung *et al.*, 1994, pp 361-365, Zaias *et al.*, 1997, pp 10-13).

2.15 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ, ΚΡΙΣΙΜΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ

Τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, παγκοσμίως, παρουσιάζουν τα τελευταία χρόνια μιαν αύξηση, που οφείλεται στην ευκολία με την οποία συνάπτονται σχέσεις, στη συχνή μετακίνηση του πληθυσμού για τουριστικούς λόγους, στη μείωση του φόβου για τα αφροδίσια, που τα πλείστα είναι θεραπεύσιμα εφόσον εντοπισθούν, και στη μείωση του φόβου από το aids (τα τελευταία χρόνια έχουν αναπτυχθεί καινούργια θεραπευτικά σχήματα και ο κόσμος έχει τη λανθασμένη εντύπωση ότι το aids είναι μια ασθένεια εύκολα ιάσιμη κι έτσι έχει χαλαρώσει τα προφυλακτικά μέτρα). Θα πρέπει να επισημάνουμε ότι δυστυχώς στον τόπο μας υπάρχει ένα ταμπού: οι πολίτες αποφεύγουν να εξετάζονται από τους δερματολόγους-αφροδισιολόγους, ίσως γιατί θεωρούν ότι οι παθήσεις αυτές τους μειώνουν ως οντότητες και προσωπικότητες. Στον Πίνακα 2.2 παρουσιάζονται συνοπτικά κάποια στοιχεία για ορισμένα ΣΜΝ:

Πίνακας 2.2: Ασθένειες, συμπτώματα και αντίστοιχες θεραπείες αυτών.

ΟΝΟΜΑΣΙΑ	ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	ΑΣΘΕΝΕΙΑ	ΚΡΙΣΙΜΟΤΗΤΑ	ΘΕΡΑΠΕΙΑ
AIDS	<ul style="list-style-type: none"> • Επίμονη και ανεξήγητη φαγούρα • Βραδινή εφίδρωση • Ρίγη και πυρετός υψηλότερος των 37,8 για αρκετές εβδομάδες • Οίδημα των λεμφαδένων για περισσότερο από 3 μήνες • Χρόνια διάρροια • Επίμονοι πονοκέφαλοι • Ξηρός βήχας και δύσπνοια. 	<p>Το AIDS προκαλείται από τον ιό HIV. Δυστυχώς, η εξέταση για HIV δεν είναι πάντα ακριβής γιατί το σώμα θέλει χρόνο για να αναπτύξει αντισώματα. Μπορεί να χρειαστούν έως και έξι μήνες, μέχρι να εντοπιστεί αυτή η αντίδραση των αντισωμάτων.</p>	<p>Ο ιός HIV αποδυναμώνει το ανοσοποιητικό σύστημα σε σημείο που ευκαιριακές λοιμώξεις (Λοιμώξεις δηλ που ο οργανισμός υπό κανονικές συνθήκες αντιμετωπίζει χωρίς πρόβλημα) αρχίζουν να πλήττουν τον πάσχοντα. Το AIDS είναι θανατηφόρο νόσημα, παρόλο που υπάρχουν σημαντικές πρόσφατες πρόοδοι για τη θεραπεία του.</p>	<p>Προς το παρόν δεν υπάρχει εμβόλιο για το AIDS. Η θεραπεία περιλαμβάνει τη χρήση φαρμάκων κατά των ιών, φάρμακα για την ενίσχυση του ανοσοποιητικού συστήματος και που βοηθούν στην πρόληψη και την θεραπεία των ευκαιριακών λοιμώξεων. Μια νέα ομάδα φαρμάκων, που ονομάζονται αναστολείς πρωτεϊνάσης, έχει δώσει μεγάλες ελπίδες.</p>
ΧΛΑΜΥΔΙΑ	<ul style="list-style-type: none"> • Επώδυνη ούρηση • Κολπική έκκριση στις γυναίκες • Έκκριση από την ουρήθρα στους άνδρες • Η λοίμωξη μπορεί να μην έχει συμπτώματα. 	<p>Τα χλαμύδια προκαλούν βλάβη στις σάλπιγγες στις γυναίκες και προστατίτιδα ή επιδιδυμίτιδα στους άντρες.</p>	<p>Το άγγιγμα των ματιών με χέρια που έχουν έρθει σε επαφή με μολυσμένες εκκρίσεις μπορεί να προκαλέσει λοίμωξη στο μάτι. Μια μητέρα μπορεί να μεταδώσει τη λοίμωξη στο παιδί της κατά τον τοκετό, προκαλώντας του πνευμονία ή λοίμωξη στα μάτια.</p>	<p>Χορηγούνται αντιβιοτικά. Η μόλυνση υποχωρεί μέσα σε μια με δύο εβδομάδες. Και οι δύο σύντροφοι πρέπει να ακολουθήσουν τη θεραπεία ακόμα κι αν δεν έχουν συμπτώματα.</p>

ΕΡΠΗΣ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ	<ul style="list-style-type: none"> • Πόνος ή φαγούρα στην περιοχή των γεννητικών οργάνων. • Φουσκάλες με υγρό ή ανοικτές πληγές • Μη ορατές πληγές στον κόλπο των γυναικών ή στην ουρήθρα των ανδρών. • Επαναλαμβανόμενες εξάρσεις της λοίμωξης. 	<p>Προκαλείται από τον ιό του απλού έρπητα, συνήθως τύπου 2. Τα συμπτώματα συνήθως παρουσιάζονται δύο με επτά ημέρες μετά την έκθεση στον ιό. Η φαγούρα και το τσούξιμο ακολουθούνται από φουσκάλες και πληγές οι οποίες εμφανίζονται στον κόλπο, στους γλουτούς, στον πρωκτό και στους μηρούς. Ο ιός παραμένει αδρανής στις περιοχές που έχουν υποστεί τη λοίμωξη και περιοδικά ενεργοποιείται, προκαλώντας συμπτώματα.</p>	<p>Δεν υπάρχει θεραπεία ή εμβόλιο. Η ασθένεια είναι άκρως μεταδοτική όταν υπάρχουν πληγές. Η μητέρα μπορεί να μεταδώσει τον ιό στο νεογέννητο μωρό της κατά τον τοκετό.</p>	<p>Η θεραπεία περιλαμβάνει τον καθαρισμό των πληγών καθώς και κάποια φάρμακα που βοηθούν στη γρήγορη επούλωση.</p>
ΚΟΝΔΥΛΩΜΑΤΑ	<ul style="list-style-type: none"> • Ανάπτυξη κονδυλωμάτων στα γεννητικά όργανα, στον πρωκτό στην ουρήθρα και στη βουβωνική χώρα. 	<p>Τα γεννητικά κονδυλώματα προκαλούνται από τον ιό HPV (Human papilloma virus). Γυναίκες και άνδρες μπορούν να υποστούν τη λοίμωξη. Τα άτομα με εξασθενημένο ανοσοποιητικό σύστημα και οι έγκυες είναι πιο επιρρεπείς.</p>	<p>Γενικά δεν είναι σοβαρή ασθένεια, αλλά είναι μεταδοτική. Γυναίκες με ιστορικό κονδυλωμάτων στα γεννητικά όργανα διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο για καρκίνο του τραχήλου και θα πρέπει να υποβάλλονται σε ετήσιο τεστ-Παπανικολάου.</p>	<p>Τα κονδυλώματα αντιμετωπίζονται με φάρμακα, κρυοχειρουργική, λέιζερ ή καυτηρίαση. Αυτές οι διαδικασίες μπορεί να χρειάζονται τοπική ή γενική αναισθησία.</p>

<p style="text-align: center;">ΓΟΝΝΟΡΡΟΙΑ</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Πηχτή έκκριση όμοια με πύον από την ουρήθρα • Συχνή ούρηση συνοδευόμενη από κάψιμο • Αύξηση των κολλικών εκκρίσεων και φλεγμονή στις γυναίκες. • Πρωκτική έκκριση και ερεθισμός. • Σπάνια πυρετός και πόνος στη κοιλιακή χώρα. 	<p>Η γοννόρροια προκαλείται από βακτήρια. Στους άνδρες τα πρώτα συμπτώματα εμφανίζονται δύο ημέρες έως και δύο εβδομάδες μετά την έκθεση. Στις γυναίκες, τα συμπτώματα μπορεί να μην εμφανιστούν για μία έως τρεις εβδομάδες. Η μόλυνση συνήθως προσβάλλει τον τράχηλο και μερικές φορές και τις σάλπιγγες.</p>	<p>Ιδιαίτερα μεταδοτική, οξεία μόλυνση που μπορεί να γίνει χρόνια. Στους άνδρες μπορεί να οδηγήσει σε επιδιδυμίτιδα. Στις γυναίκες μπορεί να εξαπλωθεί στις σάλπιγγες και να προκαλέσει σαλπιγγίτιδα ή και στειρότητα.</p>	<p>Πολλά αντιβιοτικά είναι ασφαλή και αποτελεσματικά για τη θεραπεία της γοννόρροιας. Παρόλο που είναι ιάσιμη, η γοννόρροια έχει γίνει ανθεκτική σε ορισμένα αντιβιοτικά.</p>
<p style="text-align: center;">ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Το δέρμα και τα μάτια έχουν κίτρινη απόχρωση • Κίτρινα, σκούρα ούρα • Συμπτώματα όμοια με της γρίπης • Κόπωση και πόνους • Πυρετό 	<p>Η Ηπατίτιδα Β προκαλείται από ιό. Κάποιοι φορείς δεν παρουσιάζουν ποτέ συμπτώματα αλλά μπορούν να μεταδώσουν τον ιό στους άλλους.</p>	<p>Μία έγκυος μπορεί να μεταδώσει τον ιό στο έμβρυο. Σπάνια προκαλεί ηπατική ανεπάρκεια και θάνατο.</p>	<p>Δεν υπάρχει θεραπεία κατά του ιού. Η ξεκούραση δεν είναι απαραίτητη παρόλο που βοηθά. Ο πάσχων πρέπει να ακολουθεί ισορροπημένη διατροφή και να μη καταναλώνει οινόπνευματώδη ποτά λόγω βλάβης που μπορεί να υποστεί το ήπαρ. Προλαμβάνεται με εμβολιασμό.</p>

ΣΥΦΙΛΗ	<ul style="list-style-type: none"> • Ανώδυνες πληγές στα γεννητικά όργανα, στο πρωκτό στη γλώσσα ή στα χείλη. • Οίδημα των λεμφαδένων στη βουβωνική χώρα. • Εξάνθημα σε οποιαδήποτε περιοχή του σώματος, ιδιαίτερα στις παλάμες και στα πόδια. • Πυρετός. • Πονοκέφαλος • Δυσκαμψία και πόνος στα κόκαλα ή τις αρθρώσεις. 	<p>Η σύφιλη είναι μια πολύπλοκη νόσος που προκαλείται από βακτήριο.</p> <p>Αρχικό στάδιο: Ανώδυνες πληγές εμφανίζονται στα γεννητικά όργανα, στον πρωκτό ή στο στόμα, δέκα ημέρες έως έξι εβδομάδες μετά την έκθεση.</p> <p>Δεύτερο στάδιο: Κόκκινο εξάνθημα μπορεί να εμφανιστεί οπουδήποτε στο δέρμα, μία εβδομάδα έως έξι μήνες αργότερα.</p> <p>Τρίτο στάδιο: Συχνά μετά από μακροχρόνια λανθάνουσα περίοδο καρδιακή νόσο, εκφύλιση των νοητικών λειτουργιών.</p>	<p>Μπορεί να θεραπευτεί πλήρως αν γίνει έγκαιρη διάγνωση και αντιμετωπιστεί η μόλυνση. Εάν αφαιρεθεί χωρίς θεραπεία, η νόσος μπορεί να οδηγήσει σε θάνατο. Στις έγκυες, μπορεί να μεταδοθεί στο έμβryo προκαλώντας δυσμορφίες και θάνατο.</p>	<p>Συνήθως θεραπεύεται με πενικιλίνη. Υπάρχουν κι άλλα αντιβιοτικά για ασθενείς που είναι αλλεργικοί στη πενικιλίνη. Ένα άτομο συνήθως δε μπορεί πια να μεταδώσει τη σύφιλη 24 ώρες μετά την έναρξη της θεραπείας. Κάποια άτομα δεν ανταποκρίνονται στις καθιερωμένες δόσεις πενικιλίνης γι' αυτό και πρέπει να κάνουν περιοδικά εξετάσεις αίματος για να βεβαιωθούν για την καταστροφή του μολυσματικού παράγοντα.</p>
---------------	---	---	---	---

Πηγή: Περ. Κάντε ένα Check-Up, τ.9, 2004, σελ.25.

Ο παραπάνω πίνακας παρουσιάστηκε προκειμένου να γίνουν γνωστά ορισμένα στοιχεία για κάθε ασθένεια, όπως το κατά πόσο η καθεμιά είναι κρίσιμη και πια τα συμπτώματα του κάθε νοσήματος, που θα βοηθήσουν τον καθένα μας να καταλάβει ότι πάσχει από αυτό π.χ. εάν το δέρμα και τα μάτια έχουν κίτρινη απόχρωση, τα ούρα μας είναι κίτρινα, σκούρα, αισθανόμαστε κόπωση και πόνους, πυρετό και γενικά εμφανίζουμε όμοια συμπτώματα με αυτά της γρίπης, τότε είναι πολύ πιθανό να πάσχουμε από Ηπατίτιδα Β. Γνωρίζοντας κατά πόσο η ασθένεια αυτή μπορεί να έχει βλαβερές συνέπειες (κρίσιμότητα), μπορούμε να ακολουθήσουμε την κατάλληλη θεραπεία π.χ. η Ηπατίτιδα Β προλαμβάνεται με εμβόλιο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΩΝ ΑΦΡΟΔΙΣΙΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ

3.1 ΓΕΝΙΚΑ

Εκτός από τα κοινωνικοπολιτικά και οικονομικά προβλήματα στο νότιο Καύκασο, η φτώχεια εξαιτίας ασθενειών επιτείνει τα προβλήματα υγείας στην περιοχή.

του Tido von Schoen-Angerer*

Για ολόκληρους αιώνες η αναφορά στα αφροδίσια νοσήματα ήταν ανεπιθύμητη. Ήδη από τους Ρωμαϊκούς Χρόνους οι επίσημοι γιατροί δεν ήθελαν να ασχοληθούν με την ενότητα αυτή και η κοινωνία έδειχνε να αγνοεί την ύπαρξή τους. Ακόμη και στις μέρες μας διασώζεται αυτή η εντύπωση που κληρονομήθηκε από γενιά σε γενιά ώστε η νόσηση να θεωρείται ταμπού και μυστικό της οικογένειας (Στρατηγός, 2004, σελ. 10-21, 65-79).

Γενικά οι επιδημιολογικοί παράγοντες που επηρεάζουν τη συχνότητα των αφροδισίων νοσημάτων μπορούν να συνοψιστούν στον παρακάτω πίνακα

Πίνακας 4.1: Επιδημιολογικοί παράγοντες που επηρεάζουν τη συχνότητα των αφροδισίων νοσημάτων.

Επιδημιολογικοί παράγοντες		
Ιατρογενείς	Κοινωνικοί παράγοντες	Βασικοί παράγοντες
Γυναίκες με ασυμπτωματική νόσο (ιδίως βλεννόρροια)	Μετακίνηση πληθυσμών (τουρισμός-πολεμικές συρράξεις)	Η νόσηση του ενός ερωτικού συντρόφου και η μετάδοση στον άλλο
Ομοφυλόφιλοι άνδρες-ασυμπτωματικοί	Αύξηση του χρόνου ανάπαυσης και διακοπών	Η προϋπόθεση πολλαπλών σεξουαλικών επαφών (εκδιδόμενες γυναίκες, ομοφυλόφιλοι)
Αποτυχία θεραπευτικής αγωγής είτε λόγω έλλειψης δόσεως είτε λόγω αναπτυσσόμενης αντιστάσεως (φαρμακοάντοχος γονόκοκκος, αδρανοποίηση της πενικιλίνης ένεκα παρουσίας ειδικού σταφυλόκοκκου)	Εύκολη μετακίνηση από πόλη σε πόλη και από χώρα σε χώρα	
Χρησιμοποίηση αντισυλληπτικών με αποτέλεσμα είτε έλλειψη προστασίας είτε έλλειψη αναστολών και μεγαλύτερο αριθμό επαφών και ερωτικών συντρόφων	Αύξηση του αλκοολισμού	
Πρωιμότερη ωρίμανση των γυναικών, σε σύγκριση με 40-80 χρόνια νωρίτερα (ενωρίτερη έμμηνος ρήση) με αποτέλεσμα πρωιμότερη έναρξη σεξουαλικής ζωής	Χαλάρωση των ηθών. Η άποψη αυτή δεν είναι δογματική θέση αλλά στηρίζεται σε συγκεκριμένα κριτήρια και μετρήσεις	
	Ευκολότερη και πιο ελεύθερη	

* Ο Tido von Schoen-Angerer είναι παιδίατρος και εργάστηκε για τους ΓΧΣ στην Αρμενία και στο Ναγκόρνο-Καραμπάχ το 1995-6 και ξανά από το 2001. Επίσης έχει ταξιδέψει πολύ στο νότιο Καύκασο.

	διακίνηση των εκδιδόμενων γυναικών	
	Συχνή εναλλαγή ερωτικών συντρόφων	
	Άγνοια που επιτείνεται από την άποψη ότι τα αφροδίσια νοσήματα είναι χωρίς σημασία	

Πηγή: Στρατηγός *et al.*, 1985, σελ. 131-132.

Μετά το 2^ο Παγκόσμιο Πόλεμο και την ανακάλυψη της Πενικιλίνης πολλοί πίστεψαν ότι ήρθε το τέλος των Αφροδισίων νόσων. Τώρα αντιμετωπίζουμε την αναζωπύρωση αυτών των λοιμώξεων. Βρεθήκαμε ανέτοιμοι για την ταχεία επιστροφή τους και μας εξέπληξε η ταχύτητα εξάπλωσης και διείσδυσής τους σε όλα τα στρώματα της κοινωνίας μας. Το συμπέρασμα είναι ότι δεν μπορούμε να ελαττώσουμε την επαγρύπνηση, ακόμα και για νόσους που θεωρούνται σχεδόν εκριζωμένες. Είναι σίγουρο πως μόλις βρουν την κατάλληλη ευκαιρία θα επανεμφανιστούν, θα ακμάσουν και θα εξαπλωθούν γρήγορα, ειδικά σε ευπαθείς πληθυσμούς και κυρίως σε πληθυσμούς εξουθενωμένους από τον πόλεμο ή τη φτώχεια (Στρατηγός, 2004, σελ. 5-10).

Τα ΣΜΝ αποτελούν μείζον, συχνά ασυμπτωματικό αίτιο νοσηρότητας στις γυναίκες. Είναι πολύ σημαντικές οι κοινωνικές επιπτώσεις, επειδή σε πολλές χώρες αυτές οι γυναίκες γίνονται απόβλητες της κοινωνίας όταν πάσχουν από ΣΜΝ. Η υπογονιμότητα, γεγονός που καθιστά τη γυναίκα άχρηστη στο θεσμό της οικογένειας και άρα ανίκανη να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις του φύλου της, μπορεί να προκαλέσει διαζύγια και να εξωθήσει στην πορνεία (Στρατηγός, 2004, σελ. 65-77).

3.2 ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΣΥΦΙΛΗΣ

Η συχνότητα της σύφιλης μεταβάλλεται διαχρονικά ευρισκόμενη σε άμεση συσχέτιση με τις κοινωνικές εξελίξεις. Επιδημικές εξάρσεις παρατηρούνται σε περιόδους πολέμων, κοινωνικών αναστατώσεων και μεταναστεύσεων πληθυσμών. Η φτώχεια και η επακόλουθη περιορισμένη δυνατότητα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας αποτελούν παράγοντες κινδύνου, όπως και η πορνεία που ευδοκμεί σε περιβάλλοντα οικονομικής ανέχειας. Άτομα με άλλο αφροδίσιο νόσημα κινδυνεύουν περισσότερο να μολυνθούν από σύφιλη. Για παράδειγμα, η HIV-επιδημία πιστεύεται ότι συνέβαλε στην αναζωπύρωση της σύφιλης μετά το 1980. Η αύξηση του ποσοστού των ατόμων που προσβλήθηκαν από σύφιλη στις Η.Π.Α. το 1987, αποδόθηκε στη σεξουαλική απελευθέρωση, τη χρήση αντισυλληπτικών δισκίων (αντί του προφυλακτικού), αλλά και τη χαλάρωση των

προγραμμάτων ελέγχου και πρόληψης. Επίσης στα τέλη της δεκαετίας του 1980 σημειώθηκε αύξηση της ετεροφυλόφιλης μετάδοσης της σύφιλης, κυρίως μεταξύ των έγχρωμων Αμερικανών των μεγάλων αστικών κέντρων, σε ισχυρή συσχέτιση με την πορνεία και τη χρήση της κοκαΐνης. Τα άτομα που παρουσίασαν τη μορφή λανθάνουσας σύφιλης (δηλ. δεν εμφάνισαν συμπτώματα) είναι μεγαλύτερης ηλικίας και ανώτερης κοινωνικοοικονομικής τάξης. Η σύφιλη προσβάλλει συχνότερα νεαρούς ενήλικες με μέγιστη συχνότητα μεταξύ 20-24 ετών. Οι άνδρες φαίνεται να προσβάλλονται συχνότερα λόγω της εντονότερης σεξουαλικής τους δραστηριότητας, αλλά και της συμμετοχής ομοφυλόφιλων ανδρών. Στις Η.Π.Α., η σύφιλη είναι 44 φορές συχνότερη στους μαύρους απ' ότι στους λευκούς. Γενικά άτομα που ανήκουν σε εθνικές μειονότητες διαφόρων ανεπτυγμένων χωρών, νοσούν συχνότερα. Πάντως αυτό είναι μάλλον δευτερογενές και δεν οφείλεται σε πραγματική φυλετική προδιάθεση (Κατσάμπας *et al.*, 2001, σελ. 590-595, Mindel *et al.*, 1987, pp. 361-364, Meheus *et al.*, 1989, σελ. 25-30, Morse A. *et al.*, 1990, pp. 28-35, Hutchinson, 1994, pp. 94, Nakashima *et al.*, 1996, pp. 16-23, Brown *et al.*, 1999, pp. 511-529, Freedman *et al.*, 1999, pp. 71-72, Cunningham *et al.*, 2000, pp. 3-42, Στρατηγός *et al.*, 2000, σελ. 171-177, Στρατηγός *et al.*, 2001, σελ. 157-160, Στρατηγός, 2004, σελ. 590-595).

3.3 ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΒΛΕΝΝΟΡΡΟΙΑΣ

Η Βλεννόρροια είναι νόσος συχνή στους ομοφυλόφιλους άνδρες, ενώ οι ιερόδουλες γυναίκες αποτελούν σημαντική πηγή μόλυνσης, ιδίως στις αναπτυσσόμενες χώρες. Στους παράγοντες κινδύνου για Βλεννόρροια περιλαμβάνονται διάφοροι παράμετροι. Νεαρά άτομα ηλικίας 15-35 ετών νοσούν συχνότερα. Είναι αξιοσημείωτο ότι η γονοκοκκική ουρηθρίτιδα συσχετίζεται με νεαρότερες ηλικίες (έφηβοι και νεαροί ενήλικες) απ' ότι η σύφιλη. Στις γυναίκες, η συνηθέστερη ηλικία προσβολής είναι μεταξύ 20-24 ετών. Οι άνδρες φαίνεται ότι προσβάλλονται συχνότερα λόγω της εντονότερης ερωτικής δραστηριότητας. Σε δύο πρόσφατες μελέτες από τη Μ. Βρετανία βρέθηκε ότι οι έγχρωμοι ξένης εθνικότητας έχουν αυξημένο κίνδυνο να νοσήσουν από Βλεννόρροια, ανεξάρτητα από την κοινωνικοοικονομική τους θέση. Πιθανώς αυτό ερμηνεύεται από τα χαρακτηριστικά της σεξουαλικής τους συμπεριφοράς που υπαγορεύει η εθνικότητά τους, παρά από πραγματικές φυλετικές ή εθνικές διαφορές ως προς την ευπάθεια. Ωστόσο σημαντικοί παράγοντες κινδύνου για τη Βλεννόρροια είναι η χαμηλή

κοινωνικοοικονομική τάξη, η διαμονή σε αστικές περιοχές, η έναρξη σεξουαλικής ζωής σε μικρή ηλικία, ερωτικές επαφές με πολλαπλούς και ευκαιριακούς συντρόφους, άγαμα άτομα, ιστορικό άλλου Σεξ. Μεταδ. Νοσήματος (Σ.Μ.Ν.) (π.χ. σε πρόσφατες μελέτες βρέθηκε υψηλή συχνότητα Βλεννόρροιας μεταξύ των HIV ασθενών), χρήση απαγορευμένων ουσιών ιδίως σε συνδυασμό με σεξουαλική δραστηριότητα, ελλιπής πληροφόρηση και δύσκολη πρόσβαση στις Υγειονομικές Υπηρεσίες της Χώρας (Παρίσης *et al.*, 1975, σελ. 465-469, Adler *et al.*, 1990, pp 6-16, Meheus *et al.*, 1989, pp 25-30, Adimora *et al.*, 1994, pp 1-9, Low *et al.*, 1997, pp 1719-1723, Fox *et al.*, 1998, pp 386-393, Cunningham *et al.*, 2000, pp 3-42, Στρατηγός *et al.*, 2000, σελ. 171-177).

3.4 ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΟΞΥΤΕΝΩΝ ΚΟΝΔΥΛΩΜΑΤΩΝ

Η μόλυνση των γεννητικών οργάνων είναι σήμερα πολύ συχνή στις ηλικίες 18-30 ετών. Η εμφάνιση οξυτενών κονδυλωμάτων παρουσιάζει έξαρση σε νεαρούς, σεξουαλικά δραστήριους ενήλικες και η μετάδοση στα άτομα αυτά γίνεται κυρίως με τη σεξουαλική επαφή (Ελληνική Επιθεώρηση Δερματολογίας Αφροδισιολογίας, 2001, σελ. 164-173). Στη μεγάλη πλειοψηφία των ατόμων που μολύνονται, η μόλυνση παραμένει λανθάνουσα ή με ελαφρές αλλοιώσεις για λίγα χρόνια και μετά θα υποχωρήσει. Πιστεύεται ότι σε άτομα με υγιές ανοσοποιητικό σύστημα, οι φλεγμονές από τους HPV καταστέλλονται με ρυθμούς περίπου 50% ανά έτος. Ο επιπολασμός της μόλυνσης μειώνεται θεαματικά στις μεγαλύτερες ηλικίες. Οι ογκογόνοι τύποι των HPV ανευρίσκονται στον τράχηλο της μήτρας σε ποσοστά 5-10% σε γυναίκες 35-40 ετών αλλά μόνο το 1% των γυναικών μετά τα 50 έτη (Στρατηγός, 2004, σελ. 65-68).

3.5 ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΜΟΛΥΣΜΑΤΙΚΗΣ ΤΕΡΜΙΝΘΟΥ

Η Μολυσματική Τέρμινθος παρατηρείται σ' όλο τον κόσμο και θεωρείται αρκετά συχνή νόσος. Η συχνότητα της νόσου ποικίλλει ανάλογα με την ηλικία, τη γεωγραφική περιοχή και τις συνθήκες υγιεινής. Είναι πρωταρχικά μια παιδική ασθένεια, με μέγιστη επίπτωση σε ηλικία 10-12 ετών. Στον σεξουαλικά ενεργό πληθυσμό, ο μεγαλύτερος αριθμός νοσούντων αφορά άτομα ηλικίας 20-29 ετών και οι προσβεβλημένες από τον ιό γυναίκες είναι νεότερες των ανδρών (Κατσάμπας *et al.*, 2001, σελ. 359-361).

Εμφανίζεται σπάνια σε ηλικία κάτω του 1 έτους, ίσως λόγω των αντισωμάτων που υπάρχουν από τη μητέρα ή και της μακράς περιόδου επώασης. Σε θερμές χώρες, παιδιά

ηλικίας 2-4 ετών παρουσιάζουν τα υψηλότερα ποσοστά προσβολής. Αυτό οφείλεται κυρίως στην άμεση σωματική επαφή των παιδιών, τα οποία εξ' αιτίας του θερμού κλίματος, είναι συνήθως γυμνά ή ελαφρά ενδεδυμένα. Αντίθετα σε πιο ψυχρά κλίματα και σε χώρες περισσότερο αναπτυγμένες, η νόσος έχει την τάση να εμφανίζεται σε μεγαλύτερες ηλικίες. Στις περιπτώσεις αυτές, οι αθλητικές δραστηριότητες των παιδιών – ιδίως η κολύμβηση σε πισίνες- φαίνεται να παίζουν ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο (Ελληνική Επιθεώρηση Δερματολογίας Αφροδισιολογίας, 2001, σελ. 249). Άλλωστε, αυξημένη συχνότητα καταγράφεται μεταξύ παλαιστών, μασέζ και χρηστών δημοσίων λουτρών και δεξαμενών κολύμβησης. Μετά την παιδική ηλικία, η μολυσματική τέρμινθος παρουσιάζει έξαρση σε νεαρούς, σεξουαλικά δραστήριους ενήλικες και η μετάδοση στα άτομα αυτά γίνεται κυρίως με τη σεξουαλική επαφή (Ελληνική Επιθεώρηση Δερματολογίας Αφροδισιολογίας, 2001, σελ. 248-251). Ο επιπολασμός της μολυσματικής τέρμινθου, σε άτομα που έχουν μολυνθεί από τον ιό του AIDS, κυμαίνεται από 5% έως 18% (Κατσάμπας *et al.*, 2001, σελ. 359-361).

3.6 ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΦΘΕΙΡΙΑΣΗΣ

Στην περίπτωση της φθειρίασης, προσβάλλονται όλες οι φυλές και όλες οι κοινωνικές τάξεις. Οι ψείρες του εφηβαίου συχνά ανευρίσκονται σε άτομα με αυξημένη εναλλαγή ερωτικών συντρόφων. Πολύ συχνά βρίσκεται μεταξύ των ομοφυλοφίλων (Στρατηγός, 2004, σελ. 335). Η επίπτωση της φθειρίασης, αφορά στο 5-30% ορισμένων πληθυσμιακών ομάδων. Τα παιδιά και άτομα με μακριά μαλλιά είναι πιθανότερο να προσβληθούν. Η μετάδοση γίνεται από άτομο σε άτομο και είναι συνηθέστερη σε άτομα με κακή προσωπική υγιεινή και άτομα τα οποία διαβιούν σε κλειστές κοινότητες. Ελαφρές επιδημίες συμβαίνουν π.χ. σε οίκους ευγηρίας, μαθητές ή άστεγους. Η *P. capitis* μπορεί να μεταδοθεί από αντικείμενα κοινής χρήσης, όπως χτένες, καπέλα, πηλίκια, βούρτσες ακόμη και προσκέφαλα. Η ηλικία ή η οικονομική κατάσταση δεν αποκλείει την εκδήλωση *P. capitis*. Αντίθετα με την *P. capitis*, η φθειρίαση του σώματος, είναι πλέον σπάνια στις εύπορες πληθυσμιακές ομάδες. Οι φθείρες των ενδυμάτων συμβαίνουν σπάνια σε άτομα που έχουν ένα συνηθισμένο τρόπο ζωής. Απαντώνται συχνότερα σε περιθωριακά άτομα των πόλεων και της υπαίθρου, όπως και σε περιόδους πολέμου και στέρησης (Κατσάμπας *et al.*, 2001, σελ. 624-625).

3.7 ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΨΩΡΑΣ

Η αύξηση της ψώρας είναι ανεξάρτητη από την κοινωνικοοικονομική κατάσταση (αν και στις μη ανεπτυγμένες χώρες η διάδοση είναι μεγαλύτερη), την ηλικία και το φύλο. Επιδημίες ψώρας εξακολουθούν να συμβαίνουν σε σχολεία, νοσοκομεία και άσυλα, μέσα σε οικογένειες και μεταξύ ανοσοκατεσταλμένων ασθενών. Σε περιόδους κατά τις οποίες σε μια περιοχή οι σεξουαλικές επαφές μεταξύ των ανθρώπων γίνονται ασύδοτα, αδιάκριτα και χωρίς προφυλάξεις, μια εξάπλωση της ψώρας μπορεί να πάρει επιδημικές διαστάσεις. Όπως παρατηρήθηκε, οι επιδημίες ψώρας αναπτύσσονται συνήθως κατά τη διάρκεια πολεμικών περιόδων, τόσο στα στρατεύματα όσο και στον άμαχο πληθυσμό. Μάλιστα παρατηρήθηκε τον περασμένο αιώνα ότι οι επιδημίες αυτές διαρκούν 15 χρόνια (1^{ος} και 2^{ος} Παγκόσμιος Πόλεμος), μεταξύ των οποίων παρεμβάλλεται μεσοδιάστημα 15 χρόνων όπου δεν υπάρχει ψώρα, για αδιευκρίνιστους, κατά την εποχή εκείνη, λόγους. Παράγοντες που υποβοηθούν την εξάπλωση και την ανάπτυξη επιδημίας ψώρας είναι οι ακόλουθοι:

- Φτώχεια και φτωχή Υγιεινή, ατομική και κοινή
- Σεξουαλικές επαφές χωρίς διάκριση
- Κακή διάγνωση λόγω:
 - Χαμηλού δείκτη υποψίας των γιατρών για ύπαρξη ψώρας
 - Αλλαγών στη μορφολογία της ψώρας: Νορβηγική και Οζώδης ψώρα
 - Άτυπη και κλινική εικόνα
 - Χρήση στεροειδών
 - Μετάδοση με τα ζώα
- Δημογραφικοί παράγοντες:
 - Πλανόδια εργασία
 - Μετακίνηση αγροτών προς τα αστικά κέντρα
- Συχνά ταξίδια
- Απώλεια ανοσίας πληθυσμού
- Οικολογικοί παράγοντες
- Υιοθετημένα αλλοδαπά παιδιά

Μεταξύ των παραπάνω παραγόντων, το σπουδαιότερο ρόλο παίζουν η φτώχεια και η φτωχή υγιεινή (π.χ. οι πρόσφυγες), όπως παρατηρείται σε εμπόλεμες περιόδους όπου η ατομική υγιεινή είναι πλημμελής και συγκατοικούν πολλά άτομα σε μικρό χώρο (Στρατηγός, 2004, σελ. 313-315).

3.8 ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ AIDS

Οι ομάδες ανθρώπων που διατρέχουν μεγάλο κίνδυνο να μολυνθούν από τη νόσο του AIDS με τα μέχρι σήμερα γνωστά είναι:

- ομόφυλοι και αμφιφυλόφιλοι άνδρες,
- όσοι κάνουν ενδοφλέβια χρήση ναρκωτικών ουσιών,
- ετεροφυλόφιλοι κάτοικοι της Δυτικής Αφρικής,
- παιδιά από μητέρες που πάσχουν,
- οι πολυμεταγγιζόμενοι αιμοφιλικοί κ.α.

Αντίθετα δεν υπάρχουν τεκμηριωμένες αποδείξεις ότι η νόσος μπορεί να μεταδοθεί με άλλους τρόπους π.χ. τα δήγματα εντόμων, τα είδη ατομικής υγιεινής, από την περιποίηση νοσηλεία πασχόντων (Στρατηγός *et al.*, 1983, σελ. 79-81, Γιαννόπουλος Ν., 1982, σελ. 229-237).

3.9 ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΣΑΡΚΩΜΑΤΟΣ ΚΑΡΟΣΙ

Το κλασικό ή σποραδικό ΣΚ (ΚΣΚ) προσβάλλει κυρίως ηλικιωμένους άντρες Εβραϊκής, ανατολικοευρωπαϊκής ή μεσογειακής καταγωγής. Το Αφρικανικό ή ενδημικό ΣΚ προσβάλλει παιδιά και ενήλικες που ζουν στην τροπική Αφρική. Το ιατρογενές ΣΚ εμφανίζεται σε ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε μεταμόσχευση οργάνων και σε καρκινοπαθείς υπό ανοσοκατασταλτική χημειοθεραπεία. Το επιδημικό ή σχετιζόμενο με το επίκτητο σύνδρομο ανοσοανεπάρκειας (AIDS) ΣΚ (AIDS-ΣΚ) προσβάλλει κυρίως ομοφυλόφιλους/ αμφιφυλόφιλους άντρες θετικούς στον ιό ανοσοανεπάρκειας στους ανθρώπους (HIV), ηλικίας κάτω των 50 ετών. Η υψηλότερη επίπτωση της νόσου γενικά, παρατηρείται κατά την 6^η έως 8^η δεκαετία της ζωής. Η μέση ηλικία διάγνωσης της νόσου είναι τα 63-65 χρόνια. Υπάρχει επικράτηση του ανδρικού φύλου σε όλους τους τύπος σαρκώματος Καρσί (Κατσάμπας *et al.*, 2001, σελ. 546-547).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΩΝ ΑΦΡΟΔΙΣΙΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ

4.1 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΣΥΦΙΛΗΣ

Η μετάδοση της σύφιλης γίνεται σχεδόν αποκλειστικά με τη σεξουαλική επαφή. Η πιθανότητα μεταδόσεως μεταξύ ερωτικών συντρόφων υπολογίστηκε ότι αφορά στο 50% των επαφών. Η σύφιλη, χωρίς θεραπεία, μπορεί να προκαλέσει προοδευτικά από δερματικό εξάνθημα μέχρι μη αντιστρέψιμες νευρολογικές βλάβες (νωτιάδα φθίση, γενικευμένη παράλυση). Αρκετές μολύνσεις είχαν αναφερθεί σε μεταγγιζόμενα άτομα. Κίνδυνος υπάρχει στην περίπτωση μεταγγίσεως νωπού αίματος σε συνθήκες εκτάκτου ανάγκης. Όμως το φαινόμενο αυτό έχει εκλείψει λόγω των προληπτικών μέτρων που λαμβάνονται από το προσωπικό των Τραπεζών Αίματος. Έχει αναφερθεί συφιλιδική μόλυνση ιδιαίτερα σε νεογέννητα με άμεση μετάγγιση νωπού αίματος από φαινομενικά υγιές άτομο που βρισκόταν στη φάση επώσεως της νόσου δηλ. είχε μολυνθεί αλλά δεν είχε ακόμη εμφανίσει κλινικές εκδηλώσεις. Η μετάδοση συγγενώς γίνεται μέσω της κυκλοφορίας του αίματος προς το κύημα. Η ενδομήτρια μετάδοση πριν ακόμη από την 10^η εβδομάδα, κατά την περίοδο της πρώιμης σύφιλης είναι απολύτως βέβαιη. Αντίθετα, επί όψιμης λανθάνουσας σύφιλης (χωρίς θεραπεία) η μετάδοση δεν είναι βέβαιη αλλά πιθανή και γίνεται λιγότερο πιθανή όσο παλαιότερα έχει γίνει η μόλυνση. Έτσι έχει μεγάλη σημασία να υποβάλλονται οι γυναίκες σε έλεγχο αν πρόκειται να μείνουν έγκυες (Mindel *et al.*, 1987, pp. 361-364, Meheus *et al.*, 1989, σελ. 25-30, Morse *et al.*, 1990, pp. 220-235, Hutchinson, 1994, pp. 94, Nakashima *et al.*, 1996, pp. 16-23, Brown *et al.*, 1999, pp. 511-529, Freedman *et al.*, 1999, pp. 71-72, Cunningham *et al.*, 2000, pp. 3-22, Στρατηγός *et al.*, 2000, σελ. 171-177, Στρατηγός *et al.*, 2001, σελ. 157-160).

4.2 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΒΛΕΝΝΟΡΡΟΙΑΣ

Η Βλεννόρροια προσβάλλει κυρίως τους βλεννογόνους των γεννητικών οργάνων προκαλώντας φλεγμονώδη αντίδραση των ιστών. Ωστόσο η επινέμηση της νόσου σε άλλους ιστούς μπορεί αν επιφέρει σοβαρότατες δυσλειτουργίες όπως είναι η στειρώση, η τύφλωση κ.α. Στον άνδρα προχωρεί και προσβάλλει την επιδιδυμίδα η οποία πρήζεται, πονάει και φέρνει πυρετό. Μετά τη φλεγμονή που υποχωρεί φράζει ο σπερματικός πόρος και ο άνθρωπος γίνεται στείρος. Επίσης προσβάλλει τον προστάτη και προκαλεί τη βλεννορροιακή προστατίτιδα. Στη γυναίκα προσβάλλει το αιδοίο, τον κόλπο, την ουρήθρα και τη μήτρα (Pedowitz *et al.*, 1964 pp 721, James-Holmquest *et al.*, 1974, pp 897, Ελληνική Επιθεώρηση Δερματολογίας Αφροδισιολογίας, 2001, σελ. 164-169). Ειδικότερα

στη γυναίκα. επειδή στον κόλπο υπάρχουν υγρά, δεν γίνεται εύκολα φανερή και μπορεί να υπάρχει και να μη γίνεται αντιληπτή. Έτσι, χωρίς θεραπεία προχωρεί στα εξαρτήματα, προκαλεί γονοκοκκική σαλπγγίτιδα ή ωθηκίτιδα, με αποτέλεσμα την στέρωση. Επίσης, μπορεί να κολλήσει στον πρωκτό, μάτια και δέρμα και να προκαλέσει ακόμα και γονοκοκκική περιτονίδα ή και γονοκοκκική σηψαιμία (Hammer *et al.*, 1969, pp. 330, Ress *et al.*, 1969, pp 205, Eschenbach *et al.*, 1975, pp 35, Eschenbach, 1980, pp 142, Flesh *et al.*, 1979, pp 402, Buchanan *et al.*, 1980, pp 978, Παρίσης *et al.*, 1975, σελ. 465-469, Adler *et al.*, 1990, pp 6-16, Meheus *et al.*, 1989, pp 25-30, Adimora *et al.*, 1994, pp 1-9, Fox *et al.*, 1998, pp 386-393, Cunningham *et al.*, 2000, pp 3-42, Στρατηγός, 2004, σελ. 253).

4.3 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΟΞΥΤΕΝΩΝ ΚΟΝΔΥΛΩΜΑΤΩΝ

Στις γυναίκες που μολύνθηκαν από τον HPV, ένα πολύ μικρό ποσοστό θα εμφανίσει αργότερα προκαρκινικές αλλοιώσεις, που έχουν δυναμική μετεξέλιξη σε καρκίνο π.χ. δέρματος. Το συχνότερο όργανο/ στόχος είναι ο τράχηλος της μήτρας αφού οι ογκογόνοι τύποι των HPV αποτελούν αιτιολογικό παράγοντα για καρκινογένεση στον τράχηλο της μήτρας. Για να γίνει όμως η καρκινογένεση δεν αρκεί η παρουσία των HPV. Χρειάζεται πλήθος άλλων προϋποθέσεων.

Η καρκινοματώδης εξαλλαγή των Οξυτενών Κονδυλωμάτων είναι σπάνιο φαινόμενο. Αυτό όμως δεν ισχύει σε άτομα με χαμηλό πολιτιστικό επίπεδο και μεγάλη ρυπαρότητα. Γενικότερα θεωρείται ότι η παρατεταμένη πρωτοπαθής φλεγμονή ακολουθείται από καρκινογένεση ανεξάρτητα από την συμβολή ή όχι του ιού των Οξυτενών Κονδυλωμάτων. Επίσης, έχουν επιβεβαιωθεί ότι η πρώιμη έναρξη σεξουαλικής ζωής συνεπάγεται και αυξημένη συχνότητα εμφάνισης καρκίνου του τράχηλου της μήτρας και αυξημένη συχνότητα εμφάνισης οξυτενών κονδυλωμάτων. Ο ανώριμος τράχηλος είναι ευπρόσδεκτος για την ανάπτυξη οξυτενών κονδυλωμάτων (νεαρά κορίτσια) (Στρατηγός *et al.*, 1985, σελ. 158-159).

4.4 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΕΡΠΗΤΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ

Χαρακτηρίζεται από υψηλότερη μεταδοτικότητα και ενώ σε έναν κατά τα άλλα υγιή άνθρωπο συνήθως παραμένει μία εντοπισμένη δερματική λοίμωξη, σε έναν ανοσοκατασταλαμένο παρουσιάζεται ως γενικευμένη, συχνά καταστροφική λοίμωξη.

Το μεγάλο πρόβλημα των ασθενών με απλό έρπητα των γεννητικών οργάνων είναι οι συχνές υποτροπές. Ερεθίσματα για την έκλυση υποτροπής είναι: υψηλός πυρετός, έμμηνος ρύση, δυνατό χτύπημα, έκθεση στον ήλιο για πολύ ώρα ή στο κρύο, έντονη στενοχώρια κ.λ.π. Οι κύριες επιπλοκές του υποτροπιάζοντα έρπητα είναι:

1. Η πιθανότητα νεογνικού έρπητα, με βαριά πρόγνωση εάν κατά την περίοδο του τοκετού βρίσκεται έρπητας σε εξέλιξη, οπότε κινδυνεύει το νεογνό κατά τη διέλευσή του από τον γεννητικό σωλήνα να μολυνθεί.
2. Η ανάπτυξη καρκίνου του τραχήλου της μήτρας συχνότερα σε γυναίκες που έχουν έρπητα υποτροπιάζοντα και η ανεύρεση κυτταρικών εγκλείστων DNA ιού έρπητος σε καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Η άποψη αυτή αμφισβητείται όμως.
3. Η ανάπτυξη υποτροπιάζουσας Πολυμόρφου Ερυθήματος μετά την αποδομή του έρπητα.
4. Η δημιουργία ιατροκοινωνικών και ιατροψυχολογικών προβλημάτων σε άτομα που για απροσδιόριστο διάστημα «αχρηστεύονται» σεξουαλικά λόγω των συχνών υποτροπών του έρπητα. (Στρατηγός *et al.*, 1985, σελ. 155-157, Στρατηγός, 2004, σελ.347).

4.5 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΦΘΕΙΡΙΑΣΗΣ

Αξίζει να αναφερθεί ότι μητέρες με ψείρες του εφηβαίου, στις τρίχες του μαστού, μεταδίδουν στις βλεφαρίδες των βρεφών τους τις ψείρες (Στρατηγός, 2004, σελ. 335). Η προσβολή των παιδιών είναι αποτέλεσμα στενής επαφής με προσβεβλημένους γονείς και δεν σημαίνει σεξουαλική κακοποίηση, αν και αναφέρονται σχετικά περιστατικά. Ασθενείς με φθείρες του εφηβαίου παρατηρούνται συχνότερα στο προσωπικό κλινικών αφροδισίων νόσων, σε φοιτητές Ιατρικής ή γενικούς γιατρούς παρά σε δερματολόγους. Ο αριθμός των περιστατικών αυξάνει με την πάροδο των ετών, σύμφωνα με στατιστικές, και στην πραγματικότητα είναι πολύ περισσότερα, αφού αρκετοί ασθενείς θέτουν μόνοι τους τη διάγνωση και λαμβάνουν θεραπεία χωρίς τη μεσολάβηση γιατρού (Ελληνική Επιθεώρηση Δερματολογίας Αφροδισιολογίας, 2001, σελ. 255-257).

4.6 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΨΩΡΑΣ

Η εξάπλωση της ψώρας στην οικογένεια, το γηροκομείο, το στρατόνα ή τον καταυλισμό προσφύγων γίνεται με την παρατεταμένη επαφή, ιδιαίτερα σε περιόδους, όπου η ατομική και κοινή υγιεινή είναι πλημμελής. Η αλλαγή των συνθηκών υγιεινής και

διαβίωσης, η ανοσολογική κατάσταση ορισμένων ατόμων και άλλοι παράγοντες, οδήγησαν στην ανάπτυξη, εκτός της κλασικής και νέων κλινικών μορφών ψώρας, οι περισσότερες από τις οποίες μάλιστα διαγιγνώσκονται δύσκολα (Στρατηγός, 2004, 313-314). Πολλές φορές μπορεί να συμβούν κάποιες επιπλοκές που περιλαμβάνουν κνιδωτικές αντιδράσεις, επίμονη δερματίτιδα και κνησμό μετά από θεραπεία, οξώδεις βλάβες και ψυχολογικά προβλήματα (παρασιτοφοβία), τα οποία για να ξεπεραστούν χρειάζονται τη συμβουλή του γιατρού και τη συνεχή του φροντίδα (Στρατηγός, 2004, 313-314).

4.7 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ AIDS

Είναι γνωστό πως η κυτταρική ανοσία παίζει σπουδαίο ρόλο στην άμυνα του οργανισμού εναντίον λοιμώξεων που οφείλονται σε ιούς και μύκητες. Ο HIV προκαλεί μείωση του αριθμού των Τ-λεμφοκυττάρων και μάλιστα όσο λιγοστεύουν τόσο πιο επιρρεπής γίνεται ο οργανισμός σ' αυτές τις λοιμώξεις.

Στους πάσχοντες από AIDS έχει παρατηρηθεί, για άγνωστους μέχρι στιγμής λόγους, αύξηση της συχνότητας ορισμένων δερματοπαθειών, όπως π.χ. σημηματορροϊκή δερματίτις, έκζεμα, ιχθύαση, ψωρίαση, κακοήθεις όγκοι του δέρματος, οι οποίες είναι συνάμα ανθεκτικές στις συνήθεις θεραπείες. Το ΣΚ που παρουσιάζεται σε ομοφυλόφιλους θεωρείται «σφραγίδα» του AIDS. Η τριχωτή λευκοπλακία στόματος, που προσβάλλει το βλεννογόνο του στόματος, θεωρείται παθογνωμονικό σημείο του AIDS. Εάν οι βλάβες που προκαλεί ο απλός έρπης, επεκταθούν στην περιγεννητική χώρα, τότε είναι δηλωτικές λοιμώξεις με HIV. Η εμφάνιση έρπητα ζωστήρα σε ασθενείς ηλικίας μικρότερης των 50 ετών που είναι ομοφυλόφιλοι και τα συμπτώματα είναι έντονα, εγείρει πάντα την υποψία συνύπαρξης με AIDS. Επίσης, οι ομοφυλόφιλοι πάσχοντες από AIDS παρουσιάζουν κονδυλώματα στην περιοχή του πρωκτού, με συχνές υποτροπές. Έχει αναφερθεί επίσης, αύξηση της συχνότητας των κοινών μυρμηκίων σε πάσχοντες από AIDS. Επίσης η μολυσματική τέρμινθος, μπορεί να συνυπάρχει με HIV μόλυνση. Λόγω της ανοσολογικής ανεπάρκειας πολύ συχνά εμφανίζονται λοιμώξεις από σταφυλόκοκκο (όπως μολυσματικό κηρίο, έκθυμα), η βακτηριδιακή αγγειωμάτωση (Bacillary angiomatosis), η συχνότητα των μυκοβακτηριδιακών λοιμώξεων (*M. Leprae*, *Tuberculosis*, *Haemophilium*) καθώς επίσης των περιστατικών της επίκτητης και συγγενούς σύφιλης. Οι πάσχοντες από AIDS παρουσιάζουν αυξημένη συχνότητα λοιμώξεων από διάφορα είδη μυκήτων, όπως λοιμώξεις από *Pityrosporum*, δερματόφυτα, *Cryptococcus neoformans* κ.α. (Rook *et al.*, 1972, pp. 95-112. *Dermatology in Europe*, 1989, pp 25-28).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΩΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ

5.1 ΜΕΤΡΑ ΕΝΑΝΤΙΟΝ ΤΩΝ ΑΦΡΟΔΙΣΙΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΑΝΑ ΤΟΝ ΚΟΣΜΟ

Σε ορισμένες αναπτυγμένες χώρες με καλή υγειονομική οργάνωση και οικονομική ευρωστία, ελήφθησαν εγκαίρως τα πρώτα μέτρα προστασίας και ελέγχου για τα αφροδίσια νοσήματα (Στρατηγός, 2004, σελ. 14-15 και 64-68).

Η Μ. Βρετανία ήταν η πρώτη χώρα που εφάρμοσε συγκεκριμένα μέτρα προστασίας της δημόσιας υγείας στον τομέα αυτό, το 1916 λόγω αυξήσεως της συχνότητας των νοσημάτων αυτών, ιδιαίτερα με την έναρξη του 1^{ου} Παγκοσμίου Πολέμου. Με ειδικό νόμο για τα Αφροδίσια Νοσήματα που πέρασε από τη Βουλή (1917) εφάρμοσε σύστημα εξετάσεως, καταγραφής και θεραπείας των νοσημάτων αυτών σε πολλά Νοσοκομεία της χώρας και σε ειδικές κλινικές (Στρατηγός, 2004, σελ. 65-68).

Με τον ίδιο Νόμο γινόταν ειδική ρύθμιση για το απόρρητο και την προστασία της υπολήψεως των ασθενών και τέλος ο Νόμος προέβλεπε βαριές ποινές για τους πρακτικούς και όσους ασκούσαν ανεύθυνη ιατρική από μορφή αγυρτείας για τα νοσήματα αυτά (Στρατηγός, 2004, σελ. 10-17).

Στη μεγάλη Βρετανία εδώ και 80 χρόνια λειτουργεί μια καλά οργανωμένη κλινική με δωρεάν είσοδο για όλους, στελεχωμένη με ειδικούς που είναι άριστοι επαγγελματίες. Ωστόσο, η υπηρεσία αυτή αντιμετωπίζει προβλήματα, επειδή αυξήθηκαν πολύ αυτοί που προσέρχονται για προληπτικό έλεγχο και πρόωμη διάγνωση για HIV/ΣΜΝ, χωρίς να υπάρχει αύξηση της χρηματοδότησης από το δημόσιο. Σημαντικό μέρος του συστήματος αποτελεί η Ειδοποίηση των Συντρόφων (ανακάλυψη των επαφών). Όταν βρεθούν πάσχοντες από ΣΜΝ, εξετάζονται από ειδικά εκπαιδευμένο υγειονόλογο. Στη Μεγάλη Βρετανία είναι προαιρετική, αλλά σε άλλες χώρες είναι υποχρεωτική η ενημέρωση των αρχών (Στρατηγός, 2004, σελ. 65-68).

Τα μέτρα αυτά απέδωσαν μακροπρόθεσμα, τουλάχιστον όσον αφορά τον υγειονομικό έλεγχο, την ακρίβεια των επιδημιολογικών στοιχείων και την παρακολούθηση των συναφών παραμέτρων (Στρατηγός, 2004, σελ. 655-657).

Ανάλογα μέτρα, όχι όμως με τόσο συγκεκριμένο και καθολικό τρόπο ελήφθησαν σε άλλες χώρες κατά την ίδια εποχή, αν και πολύ νωρίτερα είχε αρχίσει στην Αμερική (U.S.A.) η δραστηριότητα της Κινήσεως Κοινωνικής Υγιεινής σε ιδιωτική και ημικρατική βάση, για την προστασία από τα αφροδίσια νοσήματα. Η ανάπτυξη, πάντως, στα πλαίσια της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) ενός συστήματος επαγρύπνησης για HIV/AIDS και αναφοράς, με έδρα το Παρίσι, ανοίγει τις προοπτικές για την ανάπτυξη ενός Ευρωπαϊκού

επιδημιολογικού συστήματος αναφοράς, πιθανός προσαρμοσμένο στο αντίστοιχο του Κέντρου Ελέγχου Νόσων (CDC) των Η.Π.Α. Μακροπρόθεσμα, η ανάπτυξη ηλεκτρονικών συστημάτων καταγραφής των ιατρικών αρχείων θα επιτρέψει την αυτόματη παροχή επιδημιολογικών στοιχείων «σε χρόνο μηδέν». Η εφαρμογή μαθηματικών μοντέλων μπορεί να βοηθήσει την επιδημιολογική πρόγνωση και την πρόληψη μελλοντικών προβλημάτων (Στρατηγός, 2004, σελ. 71-75).

Πολλές χώρες έχουν αναπτύξει πρωτόκολλα για τη θεραπεία των ΣΜΝ. Ο ΠΟΥ δημοσίευσε το 2001 τις «ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ» (<http://www.who.int/HIV-AIDS/>). Οι ελάχιστες απαιτήσεις για τις ΣΜΑ περιλαμβάνουν:

1. Σε όλα τα επίπεδα της υγειονομικής υπηρεσίας πρέπει να χορηγείται εμπιστευτική και αποτελεσματική θεραπεία για ΣΜΑ.
2. Θεραπεία για ΣΜΑ πρέπει να χορηγείται σε όλες τις μαιευτικές και παιδιατρικές κλινικές, στις γυναικολογικές κλινικές καθώς και στις κλινικές οικογενειακού προγραμματισμού.
3. Πρέπει να υπάρχουν κέντρα αναφοράς τα οποία θα υποστηρίζονται από κεντρικό εργαστήριο.
4. Πρέπει να γίνεται προληπτικός έλεγχος για σύφιλη σε όλες τις γυναικολογικές κλινικές.
5. Όταν οι πόροι δεν επαρκούν, πρέπει να δίνεται προτεραιότητα στις ομάδες υψηλού κινδύνου για ΣΜΑ.

Προσπάθεια να ληφθούν μέτρα για την πρόληψη από τα ΣΜΝ έχουν γίνει και σε μη ανεπτυγμένες χώρες. Για παράδειγμα, η σύφιλη, μια από τις πιο αυστηρά ελεγχόμενες ασθένειες κατά τη σοβιετική περίοδο, μπορεί ακόμη να θεραπευτεί μόνο σε εξειδικευμένα, μη προσβάσιμα κέντρα, τα οποία λαμβάνουν κυβερνητική χρηματοδότηση για μακρόχρονες θεραπείες. Οι τρέχουσες οδηγίες για την αντιμετώπιση των ΣΜΑ δεν έχουν καταργήσει ακόμη πολλές παλιές, πολύπλοκες μεθόδους όπως η μετάγγιση αίματος που έχει υποστεί ακτινοβολία, η ανοσολογική θεραπεία περιλαμβανομένης της ιντερφερόνης και η «πυροθεραπεία». Ωστόσο, σε μια προσπάθεια να ενθαρρύνουν τους ανθρώπους να εμφανίζονται στις υπηρεσίες υγείας για εξετάσεις και θεραπεία για ΣΜΑ, οι ΓΧΣ (Γιατροί χωρίς σύνορα) έχουν δημιουργήσει υπηρεσίες και αρκετές κλινικές που παρέχουν δωρεάν και ανώνυμη θεραπεία. Οι εγκαταστάσεις των ΓΧΣ δέχονται περισσότερες επισκέψεις από τα κοντινότερα εξειδικευμένα κέντρα, και συνεντεύξεις δείχνουν ότι οι ασθενείς εκτιμούν τις υπηρεσίες επειδή παρέχονται δωρεάν και ανώνυμα.

5.2 ΜΕΤΡΑ ΕΝΑΝΤΙΟΝ ΤΩΝ ΑΦΡΟΔΙΣΙΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Ωστόσο στο τέλος του 19^{ου} αιώνα και αρχές του 20^{ου} τα αφροδίσια νοσήματα αποτελούν σοβαρό πρόβλημα για την χώρα μας. Η συχνότητα και οι επιπτώσεις από τα αφροδίσια νοσήματα για την περίοδο αυτή και αρκετά μετά το 1910 ήταν στην κυριολεξία δραματικές ώστε ήταν νομοτελειακός αναγκαία η λήψη ειδικών μέτρων ή ο εξανδραποδισμός του πληθυσμού π.χ. για την περίοδο εκείνη η σύφιλη ως αιτία θανάτου ήταν για την Γαλλία ήταν 150.000 θάνατοι ενηλίκων και νεογνών ετησίως ενώ για την Ελλάδα 20.000 θάνατοι ενηλίκων και νεογνών ετησίως (της συχνότητας υπολογιζόμενης στο γενικό πληθυσμό).

Στην Ελλάδα λοιπόν για την προ του 1910 περίοδο δεν υπήρχε:

- Ούτε δικό Νοσοκομείο κατάλληλο για την αντιμετώπιση των νοσημάτων αυτών.
- Ούτε ειδική Νομοθεσία.
- Ούτε έδρα διδασκαλίας και ειδικά βιβλία.

Χάρης σε μία εξαιρετη συγκυρία όμως, ήταν η αμέριστη και πλουσιοπάροχη προσφορά της Ιφιγένειας Α. Συγγρού ενός ολόκληρου ειδικά εξοπλισμένου νοσοκομείου εις μνήμη του συζύγου της Ανδρέα Συγγρού για τα νοσήματα αυτά και χάρις στην εμφάνιση μιας δυναμικής ιατρικής προσωπικότητας του καθηγητού Γ. Θ. Φωτεινού, την ίδια ακριβώς εποχή κατορθώθηκε ώστε μέσα σε μία δεκαετία η μικρή Ελλάδα να βρίσκεται στην πρωτοπορία των χωρών που λάμβαναν σωστά μέτρα προστασίας της δημοσίας υγείας και εφαρμόζονταν σωστή θεραπευτική αντιμετώπιση με εξαιρετική απόδοση κατά την δεκαετία του 1930 (Φωτεινός, 1921, σελ. 25-36, Στρατηγός, 2004, σελ. 13-16).

Παρά τις αντίξοες συνθήκες ένεκα των αλληλεπιδράσεων απελευθερωτικών πολέμων (1912-1913 και 1918-1920), η ελληνική Πολιτεία με εισηγήσεις και επίμονες παρεμβάσεις του καθηγητού Γ. Φ. Φωτεινού μέσα στην δεκαετία του 1910-1920 πέτυχε:

- Να οργανωθεί και να λειτουργήσει ένα πρωτοποριακό νοσοκομείο σύμφωνα με τα τότε διεθνή πρότυπα.
- Να εφαρμόζεται τακτική και υπεύθυνη διδασκαλία στους φοιτητές πάνω στο γνωστικό αντικείμενο των Αφροδισίων και Δερματικών Νόσων.
- Να θεσπίσει την ειδικότητα και την εκπαίδευση των γιατρών σε αυτή.
- Να ιδρύσει το περίφημο μουσείο κέρινων προπλασμάτων που έχει μια ιδιαίτερη ιστορία (Νοσοκ. «Α. Συγγρός»).

- Να ιδρύσει και να λειτουργήσει η ελληνική Αφροδισιολογική και Δερματολογική Εταιρεία (1914).
- Να θεσπίσει ειδική Νομοθεσία για την αντιμετώπιση και εξουδετέρωση των Αφροδίσιων Νόσων. Συστήθηκε επιτροπή από το 1915 με το σκοπό αυτό αλλά ο σχετικός Νόμος 3032 ψηφίστηκε το 1922.
- Το 1917 λειτούργησε επίσης αντίστοιχο Νοσοκομείο στην Θεσσαλονίκη, πολύ μικρότερο όμως από το νοσοκομείο «Α. Συγγρός».
- Το 1929 λειτούργησε επί πλέον ο αντιαφροδισιακός Σταθμός των Αθηνών.
- Από το 1915-1920 ιδρύθηκαν Εννέα ειδικά αντιαφροδισιακά κέντρα, Τρία Ιατρεία Λιμένων και έξι Ειδικά Συνεργεία αφροδίσιων Νόσων.
- Τέλος, το 1943 ιδρύθηκε και λειτούργησε στην Θεσσαλονίκη η Έδρα των Αφροδίσιων Νόσων που ενσωματώθηκε στο ειδικό Νοσοκομείο.

Είναι προφανές, με βάση τα παραπάνω, ότι είχαν γίνει σοβαρές προσπάθειες για την αντιμετώπιση των αφροδίσιων Νόσων (Στρατηγός, 2004, σελ. 13-16).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ

ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ ΚΑΤΑΠΟΛΕΜΗΣΗΣ

6.1 ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΩΝ ΣΜΝ

Η αντιμετώπιση των Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων νοσημάτων επιτυγχάνεται με τρεις τρόπους:

- Κλινικό

Είναι αυτή η προσέγγιση που ανέπτυξαν και υιοθέτησαν οι δερματολόγοι-αφροδισιολόγοι σε χώρες με μακροχρόνια παράδοση στην αφροδισιολογία και που ασκείται καλύτερα σε συνθήκες ανεπτυγμένης ελεύθερης οικονομίας.

- Αιτιολογικό

Πρόκειται για άλλου είδους προσέγγιση, αλλά και αυτή στηρίζεται στην ύπαρξη καλών εργαστηρίων που μπορούν να κάνουν ακριβείς ευαίσθητες διαγνώσεις που ερμηνεύονται από ειδικούς επιστήμονες.

Η κλινική και η αιτιολογική διάγνωση είναι αδύνατον να φτάσουν σε όλους τους πληθυσμούς της γης και σε πολλές περιοχές του κόσμου θα πρέπει να γίνονται εκστρατείες για τη δημόσια υγεία με ανάπτυξη στενότερης συνεργασίας ανάμεσα σε παραδοσιακούς θεραπευτές και σε μη κυβερνητικές οργανώσεις.

- Συμπτωματολογικό

Ο ΠΟΥ ανέπτυξε και προωθεί αλγορίθμους με στόχο την αναγνώριση ομάδας σημείων και συμπτωμάτων που έχουν σχέση με αρκετές σαφώς προσδιορισμένες αιτιολογίες ΣΜΝ. Η εγκυρότητα των οργανογραμμάτων για τη θεραπεία των κολπικών εκκρίματων δημιουργεί μερικά προβλήματα και απαιτούνται περαιτέρω κλινικές μελέτες, ανάπτυξη και αξιολόγηση. Ταυτόχρονα, πρέπει να επιδιωχθεί η ενημέρωση σε θέματα υγείας και η σημασία της προσέλευσης ερωτικών συντρόφων για εξέταση και θεραπεία (Ενημέρωση των Συντρόφων). Πολλές μελέτες από την Αφρική και τη Ν. Ασία δείχνουν ότι η υγειονομική περίθαλψη που χρησιμοποιεί τη συμπτωματολογική μέθοδο μαζί με την προώθηση των προφυλακτικών έχει πράγματι τη δυνατότητα να προλαμβάνει τα ΣΜΝ και τη λοίμωξη από HIV όταν εποπτεύεται και εφαρμόζεται καλά (Στρατηγός, 2004, σελ. 71-75).

Γενικά στους ενήλικες επαφίεται η κύρια ευθύνη να συμβουλευθούν τους εφήβους και να προσπαθήσουν να τους αποτρέψουν από επικίνδυνες συμπεριφορές και να τους βοηθήσουν να πάρουν υπεύθυνες αποφάσεις που αφορούν την υγεία τους. Αναμφισβήτητα χρειάζονται ισχυρές εκπαιδευτικές ικανότητες, αφού στη διδασκαλία του θέματος υπεισέρχονται στοιχεία στάσεων και ανησυχιών της κοινωνίας μας σε θέματα γενετήσιας δραστηριότητας, χρήσης και κατάχρησης ευφορικών ουσιών και γίνονται αναφορές σε

συστήματα ηθικών αξιών. Είναι κοινώς αναγνωρισμένο ότι ο χώρος του σχολείου αποτελεί ιδανικό περιβάλλον για εκπαίδευση στην αγωγή υγείας, ειδικότερα για ομάδες που βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο π.χ. νέοι στην εφηβεία. Βέβαια δεν θα πρέπει να ξεχνάμε και τον ρόλο του κράτους στην παροχή φροντίδας υγείας, ο οποίος θα πρέπει να ενισχύεται αντί να αποδυναμώνεται. Ο έλεγχος και η τιμωρία ανθρώπων και η χορήγηση στους ασθενείς αγωγών που μπορούν να αποφευχθούν ή δεν είναι προσιτές θα πρέπει να γίνουν παρελθόν (Γκούβρα *et al.*, 1992, σελ. 79-81, Γιαννόπουλος, 1982, σελ. 229-237, *Dermatology in Europe*, 1989, σελ. 25-28).

6.2 ΒΑΣΙΚΕΣ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΠΟΛΕΜΗΣΗ ΤΩΝ ΣΜΝ

6.2.1 ΣΥΦΙΛΗ ΚΑΙ HIV

Όλοι οι ασθενείς με σύφιλη θα πρέπει να προτρέπονται σε έλεγχο για HIV, εξαιτίας της υψηλής συχνότητας της διπλής λοίμωξης και των συνεπειών της στην κλινική επιστήμη και αντιμετώπιση. Η νευροσύφιλη θα πρέπει να συμπεριληφθεί στη διαφορική διάγνωση μιας νευρολογικής νόσου σε άτομα με λοίμωξη HIV. Όταν τα κλινικά ευρήματα συνηγορούν υπέρ της παρουσίας σύφιλης, αλλά οι ορολογικές δοκιμασίες είναι αρνητικές ή αμφίβολες, θα πρέπει να χρησιμοποιηθούν εναλλακτικές δοκιμασίες, όπως π.χ. είναι η βιοψία των βλαβών. Η θεραπεία γίνεται με πενικιλίνη ή τετρακυκλίνη και πρέπει να την ακολουθήσουν ταυτόχρονα και οι δύο παρτενέρ. Πρέπει να γίνονται συχνές αναλύσεις αίματος για δύο χρόνια μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας, ώστε να αποκλειστεί το ενδεχόμενο της υποτροπής. Όταν η σύφιλη θεραπεύεται στο πρώτο ή το δεύτερο στάδιο, οι μόνιμες βλάβες αποφεύγονται. Επειδή η ασθένεια μεταδίδεται και από τη μάνα στο παιδί προκαλώντας του φοβερές δυσμορφίες, σε όλες τις μέλλουσες μητέρες γίνονται στους τέσσερις πρώτους μήνες της εγκυμοσύνης -προληπτικά- αναλύσεις αίματος για διάγνωση σύφιλης. Στις περιπτώσεις συγγενούς σύφιλης, η μητέρα θα πρέπει να προτρέπεται στο να υποβληθεί σε έλεγχο για HIV. Αν η δοκιμασία της είναι θετική, το βρέφος θα πρέπει να επανεξεταστεί. Η συνιστώμενη θεραπεία για την πρώιμη σύφιλη σε ασθενείς που έχουν προσβληθεί από HIV δεν διαφέρει από εκείνη που συνιστάται σε άτομα που δεν πάσχουν από HIV. Παρ' όλα αυτά, κάποιες αρχές προτείνουν την εξέταση του εγκεφαλονωτιαίου υγρού και/ή πιο εντατική θεραπεία με ένα σχήμα κατάλληλο για όλους τους ασθενείς που έχουν προσβληθεί διπλά από *T. Pallidum* και HIV ανεξάρτητα από το κλινικό στάδιο της

σύφιλης. Σε όλες τις περιπτώσεις είναι απαραίτητη η επανεξέταση για την εξασφάλιση της επάρκειας της θεραπείας (Κατσάμπας *et al.*, 2001, σελ. 595).

6.2.2 ΟΥΡΗΘΡΙΤΙΔΑ

Η αντιμετώπιση της Ουρηθρίτιδας που οφείλεται σε *N. Gonorrhoea*, όπως και της μη γονοκοκκικής ουρηθρίτιδας περιλαμβάνει:

- Πλήρη έλεγχο ρουτίνας για σεξουαλικά μεταδιδόμενες νόσους για τον αποκλεισμό άλλων συνυπαρχουσών λοιμώξεων.
- Κατάλληλη αντιβιοτική θεραπεία.
- Συμβουλευτική και εκπαίδευση του ασθενούς.
- Αποφυγή σεξουαλικής επαφής χωρίς προστασία μέχρι να ολοκληρωθεί η θεραπεία του ασθενούς και του/των συντρόφων του.
- Εντοπισμός συντρόφων/ατόμων που έχουν έρθει σε επαφή με τον πάσχοντα.
- Επανεξέταση για τη δοκιμασία ίασης (Κατσάμπας *et al.*, 2001, σελ. 442, 451).

Η μόλυνση από γονόρροια έχει υποχωρήσει θεαματικά χάρη στη θεραπεία με πενικιλίνη, που είναι ο πιο ανελέητος δολοφόνος του βακτηριδίου όταν εμφανίζεται τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες. Η πενικιλίνη χορηγείται σε ενέσιμη μορφή -μια ένεση βραδείας δράσης με άμεσα αποτελέσματα. Καμιά φορά συμβαίνει το βακτηρίδιο να είναι πολύ ανθεκτικό, οπότε η πενικιλίνη χορηγείται για τέσσερις ημέρες σε συνδυασμό με τετρακυκλίνη σε δισκία. Στο τέλος της θεραπείας η γυναίκα πρέπει να κάνει γυναικολογική εξέταση, για να βεβαιωθεί ότι η λοίμωξη στην πύελο έχει υποχωρήσει. Ο γιατρός θα ξαναπάρει επίχρισμα από την ουρήθρα, τον κόλπο και τον τράχηλό της για μια καινούρια μικροβιολογική ανάλυση. Αν οι εξετάσεις είναι αρνητικές, θα είναι πλέον σίγουρη ότι έχει θεραπευθεί εντελώς από τη γονόρροια. Η γονόρροια προσβάλλει περισσότερο τα άτομα κάτω των 25 χρόνων, που έχουν πολλούς ερωτικούς συντρόφους.

Τα χλαμύδια θεραπεύονται εντελώς με αντιβιοτικά, αλλά τα φάρμακα πρέπει να λαμβάνονται αυστηρά σύμφωνα με τις οδηγίες, ώσπου να ολοκληρωθεί η θεραπεία. Είναι επικίνδυνο να σταματήσουμε τη θεραπεία με χάπια μόλις εξαφανιστούν τα συμπτώματα, γιατί η μόλυνση μπορεί να υποτροπιάσει και τότε η επίδρασή τους δεν θα είναι τόσο αποτελεσματική. Κάθε σεξουαλικά δραστήριος άνθρωπος απειλείται από χλαμύδια, αλλά όσοι έχουν πολλούς συντρόφους κινδυνεύουν περισσότερο. Αν οι σεξουαλικές συναντήσεις έχουν πραγματοποιηθεί με διαφορετικούς συντρόφους και υπάρχει προσβολή από την ασθένεια, πρέπει όλοι να κάνουν διαγνωστική εξέταση και, αν χρειαστεί, να

ακολουθήσουν τη σχετική θεραπεία. Προστασία από το ενδεχόμενο μελλοντικής μόλυνσης, πραγματοποιείται χρησιμοποιώντας προφυλακτικά, διάφραγμα και σπερματοκτόνες κρέμες.

6.2.3 ΟΞΥΤΕΝΗ ΚΟΝΔΥΛΩΜΑΤΑ

Ο ρόλος του κλινικού γιατρού που αντιμετωπίζει τη δεδομένη μόλυνση, είναι σημαντικός. Πρέπει να γίνει ο κατάλληλος έλεγχος με πρωταρχικό στόχο την ανίχνευση πιθανών προκαρκινικών αλλοιώσεων, να χορηγηθεί -εάν χρειάζεται- η κατάλληλη θεραπευτική αγωγή και να ενημερωθεί ο/η ασθενής για τη σημασία της μόλυνσης. Ένας σωστά ενημερωμένος γιατρός μπορεί να θέσει το θέμα στη σωστή βάση και να πείσει τον ασθενή να προβεί στην κατάλληλη διαγνωστική προσπέλαση και ακολούθως θεραπεία.

Συστηματική θεραπεία για τα οξυτενή κονδυλώματα δεν υπάρχει μέχρι σήμερα. Χρειάζεται ειδική θεραπεία π.χ. διαθερμοπηξία και συγχρόνως μεθοδική και επίμονη εξουδετέρωση των πιθανών προδιαθεσικών παραγόντων ώστε να αποφευχθούν οι υποτροπές. Τα κονδυλώματα θεραπεύονται εύκολα με επάλειψη μιας καυστικής ουσίας ή με καυτηριασμό. Είναι απαραίτητο να θεραπεύονται, γιατί ο ιός που τα προκαλεί μπορεί να είναι παράγοντας δημιουργίας καρκίνου του τραχήλου. Αν ανακαλύφθούν κονδυλώματα στην περιοχή των γεννητικών σας οργάνων ή του πρωκτού, απαιτείται το συντομότερο να συμβουλευτούμε ένα γιατρό ή έναν αφροδισιολόγο (Στρατηγός *et al.*, 1985, σελ. 158-159).

6.2.4 ΕΡΠΗΣ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ

Ειδική θεραπεία δεν υπάρχει. Είναι νόσημα αυτοϊώμενο. Έως το 1979, πριν από την εμφάνιση του Acyclovir που είναι ένα φάρμακο εξαιρετικά αποτελεσματικό, δεν υπήρχε σχεδόν κανένα άλλο για την καταπολέμηση των ιών. Το Acyclovir, που χορηγείται με συνταγή, υπάρχει σε κρέμα, αλοιφή και δισκία. Περιορίζει αποτελεσματικά τις φουσκάλες και την έκταση της προσβολής, αρκεί να γίνεται έγκαιρα επάλειψη στη μολυσμένη περιοχή ή να λαμβάνεται από το στόμα μόλις εκδηλωθούν τα συμπτώματα. Τα φάρμακα με αντι-ική δράση, όπως το Acyclovir, εμποδίζουν το σχηματισμό DNA στα μολυσμένα από τον ιό κύτταρα, εμποδίζοντας έτσι τη διάδοση της ασθένειας. Ωστόσο, τα φάρμακα αυτά δεν εξοντώνουν τον ιό. Απλώς ελέγχουν τα συμπτώματά του και προλαβαίνουν τη διασπορά του σε όλο το σώμα. Το Acyclovir είναι ένα πανάκριβο φάρμακο, που δεν

μπορεί να χορηγείται για μεγάλα διαστήματα, γιατί δεν έχουν ακόμα ερευνηθεί οι μακροχρόνιες παρενέργειές του. Ένα από τα καθιερωμένα φάρμακα για τη θεραπεία του έρπητος είναι το Idoxuridine σε αλοιφή, κρέμα ή υγρή μορφή. Το συγκεκριμένο φάρμακο είναι αποτελεσματικό και μειώνει τα ενδεχόμενα υποτροπής του ιού. Οι πληγές του έρπητος μπορεί να μολυνθούν από βακτηρίδια, οπότε για την καταπολέμησή τους χρησιμοποιούνται αντιβιοτικά σε αλοιφές ή δισκία. Παράλληλα με τη χρήση φαρμακευτικής αγωγής εφαρμόζεται και υποστηρικτική θεραπεία του έρπητος, που προσφέρει μεγάλη ανακούφιση και περιλαμβάνει, μεταξύ άλλων, συχνά χλιαρά μπάνια και κρύες κομπρέσες στις φουσκάλες, όταν ανοίγουν. Επειδή ο γεννητικός έρπης έχει συνδεθεί με τον καρκίνο του τραχήλου, οι γυναίκες που έχουν προσβληθεί από τον ιό, πρέπει να κάνουν μία φορά το χρόνο Τεστ Παπανικολάου (Στρατηγός *et al.*, 1985, σελ. 155-156). Η θεραπεία του, έχει ως σκοπό τη μείωση του κινδύνου ανάπτυξης υποτροπιάζουσας νόσου και την αποφυγή περαιτέρω μετάδοσης. Οι ασθενείς χρειάζονται συμβουλές που θα τους βοηθήσουν να αντιμετωπίσουν τον αντίκτυπο της ψυχοκοινωνικής νοσηρότητας. Οι έγκυες γυναίκες στις οποίες έχει εδραιωθεί η διάγνωση του έρπητα των γεννητικών οργάνων πριν από την εγκυμοσύνη, παρουσιάζουν μόνο ένα πολύ μικρό κίνδυνο μετάδοσης της νόσου στο νεογνό, ακόμη και εάν έχουν υποτροπή στον τοκετό. Παρ' όλα αυτά οι έγκυες γυναίκες που μολύνθηκαν από έρπη των γεννητικών οργάνων στο τέλος της εγκυμοσύνης παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο μετάδοσης του ιού στο νεογνό και θα πρέπει να γεννηθούν με καισαρική τομή. Η συστηματική θεραπεία είναι πιο αποτελεσματική από την τοπική αντιϊκή θεραπεία και συνιστάται διεθνώς. Ενθαρρύνεται επίσης, η χρήση της μόλυνσης με άλλα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και με τον ιό της επίκτητης ανοσοανεπάρκειας του ανθρώπου (HIV): η λοίμωξη με HSV-2 μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο απόκτησης και μετάδοσης του ιού HIV. Οι ασθενείς χρειάζονται βοήθεια για την αναγνώριση των ήπιων συμπτωμάτων. Οι περισσότεροι ασθενείς αποκτούν τον ιό χωρίς να εμφανίζουν συμπτώματα αλλά παρ' όλα αυτά με την εκπαίδευση μπορούν να μάθουν να αναγνωρίζουν τη νόσο (Κατσάμπας *et al.*, 2001, σελ. 187, Στρατηγός *et al.*, 1985, σελ. 155-156).

6.2.5 ΜΟΛΥΣΜΑΤΙΚΗ ΤΕΡΜΙΝΘΟΣ

Γενικά δεν υπάρχει ειδική θεραπεία για τη μολυσματική τέρμινο. Ωστόσο, υπάρχουν κάποιες γενικές θεραπευτικές οδηγίες:

- Το βασικό ερώτημα, όπως και για τις μυρμηκιές, είναι αν απαιτείται θεραπεία ή όχι. Σε πολλές περιπτώσεις οι βλάβες εξαφανίζονται αυτόματα εντός 8 μηνών, χωρίς να αφήσουν ουλές. Η απόφαση είναι κρίσιμη και πρέπει να ληφθεί υπόψη το γεγονός ότι η MT είναι καλοήθης νόσος και η θεραπεία απέχει απ' το να είναι τέλεια.
- Πρέπει επίσης να υπάρχει φροντίδα, ώστε ο ασθενής να μην τραυματίζεται χωρίς νόημα με επώδυνες θεραπείες, ιδίως όταν πρόκειται για παιδιά, που αποτελούν και τη μεγαλύτερη ομάδα ασθενών.
- Αν και η MT μπορεί να είναι αυτοπεριοριζόμενη νόσος και ασυμπτωματική σε υγιή άτομα, η θεραπεία είναι δικαιολογημένη για την πρόληψη του αυτοενοφθαλμισμού ή της μετάδοσης του ιού, σε άτομα που έρχονται σε στενή επαφή με άλλους ή για την ανακούφιση των συμπτωμάτων, αν υπάρχουν, όπως επίσης και για αισθητικούς λόγους.
- Η θεραπευτική μέθοδος θα πρέπει να επιλέγεται αφού ληφθεί υπόψη η ηλικία, η ανοσολογική επάρκεια των ασθενών, η έκταση της νόσου και οι προσβεβλημένες από τον ιό περιοχές.
- Οι ασθενείς πρέπει να συμβουλεύονται να αποφεύγουν τα κολυμβητήρια, τα δημόσια λουτρά, τα αθλήματα με άμεση επαφή (πάλη, π.χ.) και κοινή με άλλους χρήση πετσετών, έως ότου αποθεραπευτούν.
- Γενικά, η θεραπεία επικεντρώνεται στην αφαίρεση των δερματικών βλαβών είτε με χειρουργική επέμβαση, είτε με πρόκληση επιδερμικής βλάβης και επακόλουθη απολέπιση της τερμίνθου και της πέριξ υγιούς περιοχής.
- Οι σεξουαλικοί σύντροφοι θα πρέπει να ελέγχονται και να θεραπεύονται για να αποφευχθεί η επαναμόλυνση (Κατσάμπας *et al.*, 2001, σελ. 361).

6.2.6 ΦΘΕΙΡΕΣ ΤΟΥ ΕΦΗΒΑΙΟΥ

Τα ζώφια που τρέφονται από το ανθρώπινο αίμα, δεν εξοντώνονται και δεν ξεκολλούν ούτε τα ίδια ούτε τα αβγά τους, όσο και αν πλένουμε το εφηβαίο με νερό και σαπούνι. Έτσι απαιτείται να χρησιμοποιείται ένα από τα ειδικά σαμπουάν και τις λοσιόν που κυκλοφορούν στα φαρμακεία. Τα προϊόντα αυτά είναι εξίσου αποτελεσματικά, για να καταπολεμηθούν οι ψείρες στα μαλλιά του κεφαλιού. Θα πρέπει να ακολουθηθούν πιστά οι οδηγίες που αναγράφονται πάνω στο μπουκάλι του ειδικού σαμπουάν ή της λοσιόν.

Όταν χρησιμοποιήσουμε το σαμπουάν ή τη λοσιόν, πρέπει να αλλάξουμε ρούχα και να φορέσουμε καθαρά. Θα πρέπει να πλυθούν καλά όλα τα ρούχα, τα εσώρουχα, τα κλινοσκεπάσματα και οι πετσέτες. Όταν ολοκληρωθεί η θεραπεία, πρέπει να αφαιρεθούν τα νεκρά αβγά από το τρίχωμα με ειδικό χτενάκι -μεταλλικό ή πλαστικό. Αν η φαγούρα δεν υποχωρήσει, χρειάζεται να επαναληφθεί η θεραπεία και το χτένισμα επτά ημέρες αργότερα. Τέλος ας μην παραλείψουμε να πούμε σε όλους τους ερωτικούς συντρόφους και σε όποιον βρίσκεται κοντά μας, να ακολουθήσουν τη θεραπεία προληπτικά (Στρατηγός, 2004, σελ. 335).

6.2.7 ΨΩΡΑ

Η αντιμετώπισή της ασθένειας δεν είναι μόνο θέμα του δερματολόγου, αλλά και των αρμόδιων Κρατικών Υπηρεσιών Υγείας. Με την έγκαιρη διάγνωση και την ταυτόχρονη υποβολή σε θεραπεία όλων των ατόμων που έχουν έρθει σε επαφή με τον ασθενή, ελέγχεται ή αποτρέπεται μια επιδημική εξάπλωση. Αυτό όμως απαιτεί σφαιρική γνώση του όλου προβλήματος της ψώρας, ιδιαίτερα στην εποχή μας όπου αυξάνουν καθημερινά οι άτυπες κλινικές της μορφές, εις βάρος της γνωστής τυπικής μορφής. Υπάρχουν διάφορα διαθέσιμα ψωροκτόνα και έτσι η εκλογή της θεραπείας εξαρτάται συχνά από τις προσωπικές προτιμήσεις, τη διαθεσιμότητα του φαρμάκου και την οικονομική κατάσταση του ασθενούς. Σε κάθε περίπτωση είναι απαραίτητο να επιβεβαιωθεί η διάγνωση και η πηγή της παρασίτωσης, η οποία σχετίζεται επίσης και με παρασιτώσεις από μη ανθρώπινα ακάρεα. Υπάρχουν αρκετά ζητήματα που θα πρέπει να εξηγηθούν στον ασθενή, πριν από την έναρξη της θεραπείας. Επειδή η χρήση ψωροκτόνων μπορεί να προκαλέσει ερεθισμό, οι ασθενείς θα πρέπει να προειδοποιηθούν κατά της υπερβολικής θεραπείας, ενώ μόνο οι γιατροί, σε περιπτώσεις επίμονης παρασίτωσης ή επανάληψης της παρασίτωσης θα πρέπει να χορηγούν επανειλημμένες εφαρμογές. Εάν υπάρχει δευτεροπαθείς λοίμωξη, θα πρέπει να χορηγηθούν αντιβιοτικά. Μερικές φορές ο κνησμός επιμένει επί αρκετές εβδομάδες μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας. Σε αυτούς τους ασθενείς, τα αντιισταμινικά φάρμακα και τα μαλακτικά μπορεί να βοηθήσουν. Η θεραπεία θα πρέπει να επιβλέπεται πάντα προσεκτικά. Όλα τα μέλη της οικογένειας και όλα τα πρόσωπα που έχουν έρθει σε επαφή με τον ασθενή θα πρέπει να υποβάλλονται σε θεραπεία, ακόμη και εάν δεν υπάρχει ένδειξη λοίμωξης. Το περιβάλλον θα πρέπει να απολυμαίνεται, ιδίως σε περιπτώσεις νορβηγικής ψώρας. Όλα τα προσωπικά ρούχα και κλινοσκεπάσματα θα πρέπει να αλλάζονται και να πλένονται. Σε περίπτωση επιδημιών μεγάλης κλίμακας συνιστάται η

σύσταση ειδικών κέντρων θεραπείας. Δεν θα πρέπει να ξεχνάμε να αρχίζουμε τη θεραπεία μετά την επιβεβαίωση τη διάγνωσης. Επίσης θα πρέπει να δίνουμε όλες τις απαιτούμενες οδηγίες και εξηγήσεις στον ασθενή ώστε να θεραπευτούν όλα τα άτομα που έχουν έρθει σε επαφή. Η θεραπεία θα πρέπει να εφαρμοστεί σε ολόκληρο το σώμα, συμπεριλαμβανομένων των παρατριμματικών περιοχών, των νυχιών των ποδιών και των υπωνύχιων περιοχών τηρώντας αυστηρά τις οδηγίες του παρασκευαστή. Επίσης τα φάρμακα που θα επιλεγθούν θα πρέπει να είναι κατάλληλα για παιδιά, έγκυες γυναίκες ή ανοσοκατεσταλμένους ασθενείς. Η διαπερατότητα του ψωροκτόνου σε ασθενείς με ελαττωματικό δερματικό φραγμό είναι μεγαλύτερη, κάτι που πρέπει να ληφθεί υπόψη (Κατσάμπας *et al.*, 2001, σελ. 664).

6.2.8 AIDS

Η μεγάλη συχνότητα με την οποία παρουσιάζονται οι δερματολογικές εκδηλώσεις στη διαδρομή του AIDS τονίζουν τη μεγάλη σημασία που έχει η αναγνώρισή τους από τους δερματολόγους γιατί η έγκαιρη διάγνωση μπορεί να επιβραδύνει την πρόοδο της ανοσολογικής ανεπάρκειας και να καθυστερήσει την εμφάνιση των ευκαιριακών λοιμώξεων (Dermatology in Europe, 1989, pp 25-28).

Το AIDS μεταδίδεται συνήθως με τη σεξουαλική επαφή. Κατά συνέπεια όλες οι προφυλάξεις που εφαρμόζονται και στα υπόλοιπα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα έχουν τη θέση τους και στην περίπτωση του AIDS. Επιγραμματικά μπορεί να πει κανείς ότι η χρήση ελαστικού προφυλακτικού και η αποφυγή της συχνής εναλλαγής των σεξουαλικών συντρόφων μαζί με την όσο το δυνατό πληρέστερη ενημέρωση του κοινού είναι αρκετά για την προφύλαξη από το AIDS (Καπετανάκης, 1971, σελ. 25-32, Γιαννόπουλος, 1985, σελ. 229-237, Hunter *et al.*, 1989, σελ. 56-88).

Η θεραπεία της νόσου είναι πολύ δύσκολη υπόθεση και πρέπει να γίνεται σε ειδικά νοσοκομεία με καλά εκπαιδευμένο προσωπικό. Το φάρμακο επιλογής για την ώρα είναι το Zidovudine. Η θεραπεία απευθύνεται στους δύο ξεχωριστούς παράγοντες που προκαλούν την ασθένεια. Η πρώτη προσέγγιση περιλαμβάνει θεραπεία των ασθενειών και των λοιμώξεων που προκαλούνται από τον ιό του AIDS. Για παράδειγμα, χημειοθεραπεία και ακτινοβολία ίσως ενδείκνυται για ορισμένους καρκίνους όπως το σάρκωμα Kaposi και άλλα λεμφώματα. Στη δεύτερη προσέγγιση ο ιός του AIDS αντιμετωπίζεται απ' ευθείας με τρεις τρόπους: (1) επεμβαίνοντας στην αναπαραγωγή του, μέσω της χρήσης ενός φαρμάκου όπως η azidothymidine (γνωστό σαν AZT) (2) Εμποδίζοντας τον ιό να επιτεθεί

σε κύτταρα-ξενιστές που χρειάζονται την αντιγραφή του και (3) υποκαθιστώντας τη λειτουργική απώλεια των ανοσοποιητικών κυττάρων. Πολλοί καρκίνοι που δεν σχετίζονται με το AIDS πιστεύεται ότι οφείλονται σε άλλους ιούς.

Μέχρι στιγμής, ο HIV παραμένει αόρατος εχθρός. Η πρόκληση για πολλούς ερευνητές είναι να βρουν κοινές πληροφορίες στο πρωτεϊνικό περίβλημα όλων των ειδών και αυτό να προκαλέσει αντισωματική αντίδραση. Αν αυτό πραγματοποιηθεί, το εμβόλιο θα μπορέσει να παρασκευαστεί σύντομα (Γκούβρα *et al.*, 1992, σελ. 55). Η τρέχουσα έρευνα πάντως αποκάλυψε ένα εκπληκτικό πλήθος πληροφοριών για τον ιό του AIDS σε σχετικά μικρό χρονικό διάστημα. Τα επιστημονικά ευρήματα όχι μόνο προσφέρουν ελπίδα για την υποταγή κάποτε αυτού του ιού, αλλά εξασφαλίζουν νέες γνώσεις για ασθένειες, όπως η λευχαιμία (Γκούβρα *et al.*, 1992, σελ. 55-56. Hunter *et al.*, 1989, pp. 64-80).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΑΦΡΟΔΙΣΙΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ

7.1 ΓΕΝΙΚΑ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΑ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Σήμερα, δεν υπάρχουν αξιόπιστα επιδημιολογικά στοιχεία για τις STI. Μόνο στις Η.Π.Α. και στις Σκανδιναβικές χώρες υπάρχει εθνικό οργανωμένο σύστημα καταγραφής όλου του φάσματος των STI. Στη Δυτική Ευρώπη, τα συστήματα γνωστοποίησης για τις STI είναι χαοτικά και αναξιόπιστα. Ο θεράπων ιατρός έχει ελάχιστα κίνητρα για να αναφέρει τα κρούσματα, ενώ πολλές δημόσιες υπηρεσίες υγείας παραμένουν απαθείς σε ότι δεν είναι HIV/AIDS (Στρατηγός, 2004, σελ. 5-15).

Σε χώρες όπου η υγειονομική παρακολούθηση είναι καλά οργανωμένη και τα Σ.Μ.Ν. είναι υποχρεωτικώς δηλούμενα, ο προσδιορισμός των επιδημιολογικών παραμέτρων είναι ακριβής (Στρατηγός *et al.*, 1985, σελ. 130).

Στη χώρα μας γίνεται δήλωση και υπάρχουν τα σχετικά στοιχεία στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, όμως η δήλωση δεν γίνεται πάντα γιατί δεν είναι επιθυμητή από τους αρρώστους. Στο Νοσοκομείο «Α. Συγγρός» λειτουργεί Γραφείο Στατιστικής και Επιδημιολογικής Παρακολούθησης. Οι παράμετροι των αφροδισίων νόσων (Α.Ν.) που προέρχονται από το γραφείο αυτό είναι ακριβείς και εκφράζουν δειγματοληπτικά τις ροπές των Α.Ν. στη χώρα μας (Στρατηγός *et al.*, 1985, σελ. 132-155).

Γενικότερα όμως, μια αύξηση της συχνότητας των αφροδισίων νόσων (Α.Ν.) παρατηρήθηκε από το 1925 έως το 1955 διεθνώς με αιχμή το 1942-1945, κατά τη διάρκεια του 2^{ου} Παγκόσμιου Πολέμου. Η πτώση της συχνότητας ήταν σχεδόν κατακόρυφη μετά το 1955 για να ακολουθήσει μικρή αλλά σταθερή άνοδος στη δεκαετία του 1960 και μέχρι το μέσον της δεκαετίας του 1970, οπότε η ανοδική τάση της συχνότητας των αφροδισίων υπήρξε μεγαλύτερη και ανησυχητική. Τα ίδια παρατηρήθηκαν και στη χώρα μας, με ηπιότερες όμως διακυμάνσεις και με χαμηλού ύψους παραμέτρους (Στρατηγός *et al.*, 1985, σελ. 132-155).

7.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΦΙΛΗΣ

7.2.1 ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Γενικά, η πιθανότητα ένα άτομο να μολυνθεί με *Tp. pallidum* και να αναπτύξει ενεργό λοίμωξη, ύστερα από μια μόνο σεξουαλική επαφή με πάσχοντα, ανέρχεται σύμφωνα με επιδημιολογικές μελέτες, σε 30-35%. Όσον αφορά τη μεταδοτικότητα του τρεπονήματος από την πάσχουσα έγκυο στο έμβρυο, έχει υπολογιστεί ότι ανέρχεται περίπου σε 70-80%, όταν η έγκυος βρίσκεται στο πρώτο ή το δεύτερο στάδιο της σύφιλης. Το ποσοστό αυτό

μειώνεται σταδιακά, για να φτάσει περίπου το 10% όταν η έγκυος βρίσκεται στην όψιμη φάση της νόσου (Ελληνική Επιθεώρηση Δερματολογίας Αφροδισιολογίας, 2001, σελ. 165-172).

Στις ανεπτυγμένες χώρες, η σύφιλη αποτέλεσε μάστιγα μέχρι το 1940 που έγινε η ανακάλυψη των αντιβιοτικών. Στην Ευρώπη, η επίπτωση διατηρείται σε χαμηλά επίπεδα και μέχρι σήμερα καταγράφονται λιγότερες από 10 νέες περιπτώσεις/100.000 πληθυσμού ετησίως. Παροδική αύξηση, κυρίως μεταξύ των ομοφυλόφιλων ανδρών, σημειώθηκε κατά τις δεκαετίες του 1960 και του 1970. Στη Ρωσία και τα άλλα νέα κράτη της πρώην Σοβιετικής Ένωσης, η κοινωνική αποδιοργάνωση, η φτώχεια, η ανεργία, η μαζική μετανάστευση και η χαλάρωση των ηθών που ακολούθησαν την πτώση του κουμμουνιστικού καθεστώτος οδήγησαν σε επιδημική έκρηξη της σύφιλης. Καταγράφηκαν 277 νέες περιπτώσεις/100.000 πληθυσμού το 1997. Στις Η.Π.Α., μετά τη θεαματική μείωση της επίπτωσης στα τέλη της δεκαετίας του 1950 (5,0 και 2,8 περιπτώσεις/100.000 πληθυσμού για τους άνδρες και τις γυναίκες αντίστοιχα), παρατηρήθηκε σταθερή αύξηση μετά το 1960, ώστε μέχρι το 1987 να έχει συμβεί τετραπλασιασμός της επίπτωσης. Το 1990 παρουσιάστηκαν 20,3 νέες περιπτώσεις σύφιλης/100.000 πληθυσμού και το 1998 η επίπτωση της σύφιλης περιορίστηκε στο 3,2/100.000. Κατά τους υπολογισμούς της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας, στην υπό τη Σαχάρα Αφρική, 3-4% του πληθυσμού παρουσιάζει θετικές ορολογικές εξετάσεις της σύφιλης. Στη Νοτιοανατολική Ασία, ο επιπολασμός στους ενήλικους κυμαίνεται στο 1-2%. Σε παγκόσμια κλίμακα υπολογίζεται ότι σημειώνονται 12 εκατομμύρια νέες περιπτώσεις σύφιλης ετησίως (Mindel *et al.*, 1987, pp. 361-364, Morse *et al.*, 1990, Hutchinson, 1994, pp. 94, Nakashima *et al.*, 1996, pp. 16-23, Brown *et al.*, 1999, pp. 511-529, Freedman *et al.*, 1999, pp. 71-72, Cunningham *et al.*, 2000, pp. 3-42, Στρατηγός *et al.*, 2001, σελ. 157-160).

7.2.2 ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΣΤΟΝ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΧΩΡΟ

Στην Ελλάδα, παρ' ότι δεν υπάρχουν ακριβή επιδημιολογικά στοιχεία, η σύφιλη φαίνεται ότι ακολούθησε τις επιδημιολογικές τάσεις της Δυτικής Ευρώπης. Σύμφωνα με κάποια ενδεικτικά στοιχεία που προέρχονται από το Νοσοκομείο «Α. Συγγρός», η σύφιλη παρουσίασε μείωση μεταξύ των ετών 1953-1975, με μικρές ανακάμψεις στη δεκαετία του 1960 και του 1970. Στις αρχές της δεκαετίας του 1980 η σύφιλη ανάκαμψε προσωρινά,

αλλά μετά το 1982 βρίσκεται σε σταθερή πτώση. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα πρόσφατης μελέτης, η συντριπτική πλειοψηφία (67,5%) των νέων περιπτώσεων σύφιλης που διαγνώστηκαν στο Νοσοκομείο «Α. Συγγρός» (1989-1996) αγνοούσαν πώς, που ή ποτέ είχαν μολυνθεί (Mindel *et al.*, 1987, pp. 361-364, Meheus *et al.*, 1989, σελ. 25-30, Hutchinson, 1994, pp. 94, Nakashima *et al.*, 1996, pp. 16-23, Brown *et al.*, 1999, pp. 511-529, Freedman *et al.*, 1999, pp. 71-72, Cunningham *et al.*, 2000, pp. 3-42, Στρατηγός *et al.*, 2000, σελ. 171-177, Στρατηγός, 2001, σελ. 157-160).

Για το χρονικό διάστημα 01/01/2005 -31/12/2005, σε σύνολο εξετασθέντων για STDs 6960 άτομα, βρέθηκαν 139 ασθενείς με πρόωμη σύφιλη, από τους οποίους 109 ήταν άνδρες και 30 γυναίκες. Οι διαγνωστικές μέθοδοι που χρησιμοποιήθηκαν ήταν: η Tr. Pallidum dark field microscopy σε 29 περιπτώσεις και η Treponemal and non-treponemal serum tests σε 139 περιπτώσεις. Σε ότι αφορά την εθνικότητά τους 93 άνδρες ήταν Έλληνες και 16 αλλοδαποί ενώ 21 γυναίκες ήταν Ελληνίδες και 9 αλλοδαπές (Πίνακες).

Πίνακας 3.1 Ηλικία

ΗΛΙΚΙΑ	ΑΡΡΕΝΕΣ	ΘΗΛΕΙΣ
15-19	2	4
20-24	4	3
25-29	21	6
30-34	11	-
35-39	11	2
40-44	17	4
45-49	14	2
>50	26	4
ΑΓΝΩΣΤΟ	3	5

Πηγή: Νοσοκομείο «Ανδρέας Συγγρός», Εργαστήριο Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων και AIDS.

Πίνακας 3.2 Μορφωτικό επίπεδο (Μ.Ε)

ΜΟΡ. ΕΠΙΠΕΔΟ	ΑΡΡΕΝΕΣ	ΘΗΛΕΙΣ
ΚΑΝΕΝΑ	4	4
ΣΤΟΙΧΕΙΩΔΕΣ	46	9
ΑΝΩΤΕΡΟ	35	9
ΑΝΩΤΑΤΟ	17	3
ΑΓΝΩΣΤΟ	7	5

Πηγή: Νοσοκομείο «Ανδρέας Συγγρός», Εργαστήριο Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων και AIDS.

Πίνακας 3.3 Αριθμός σεξουαλικών συντρόφων (Α.Σ.Σ) το τελευταίο εξάμηνο

	1	2-4	5-9	>10	ΑΓΝΩΣΤΟ
ΑΡΡΕΝΕΣ	13	52	7	10	27
ΘΗΛΕΙΣ	17	5	-	2	6

Πίνακας 3.36 Ομάδες κινδύνου

Αρρενες (ομάδα κινδύνου)	Θήλειες (ομάδα κινδύνου)
Ομο/αμφι (MSM): 21	Έγκυοι- Λεχωίδες: 3
IVDU: 5	IVDU: 2
Εκδιδόμενοι: 2	Εκδιδόμενες: 1
Σ (+): 5	Σ (+): 8
HIV (+): 11	HIV (+): 1
<i>Ομο/αμφι (MSM) HIV (+): 8</i> <i>Ετερόφυλ. HIV (+): 3</i>	

Πηγή: Νοσοκομείο «Ανδρέας Συγγρός», Εργαστήριο Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων και AIDS.

Για το χρονικό διάστημα 01/01/2004 -31/12/2004, σε σύνολο εξετασθέντων για STDs 6706 άτομα, βρέθηκαν 77 ασθενείς με πρώιμη σύφιλη, από τους οποίους 57 ήταν άνδρες και 18 γυναίκες. Οι διαγνωστικές μέθοδοι που χρησιμοποιήθηκαν ήταν: η Tr. Pallidum dark field microscopy σε 13 περιπτώσεις και η Treponemal and non-treponemal serum tests σε 77 περιπτώσεις. Σε ότι αφορά την εθνικότητά τους 45 άνδρες ήταν Έλληνες και 12 αλλοδαποί ενώ 8 γυναίκες ήταν Ελληνίδες και 10 αλλοδαπές (Πίνακες).

Πίνακας 3.5 Ηλικία

ΗΛΙΚΙΑ	ΑΡΡΕΝΕΣ	ΘΗΛΕΙΣ
15-19	2	-
20-24	2	2
25-29	6	3
30-34	10	2
35-39	7	1
40-44	4	1
45-49	6	4
>50	13	3
ΑΓΝΩΣΤΟ	7	2

Πηγή: Νοσοκομείο «Ανδρέας Συγγρός», Εργαστήριο Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων και AIDS.

Πίνακας 3.6 Μορφωτικό επίπεδο

ΜΟΡ. ΕΠΙΠΕΔΟ	ΑΡΡΕΝΕΣ	ΘΗΛΕΙΣ
ΚΑΝΕΝΑ	3	-
ΣΤΟΙΧΕΙΩΔΕΣ	24	7
ΑΝΩΤΕΡΟ	12	4
ΑΝΩΤΑΤΟ	6	3
ΑΓΝΩΣΤΟ	13	4

Πηγή: Νοσοκομείο «Ανδρέας Συγγρός», Εργαστήριο Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων και AIDS.

Πίνακας 3.7 Αριθμός σεξουαλικών συντρόφων (Α.Σ.Σ) το τελευταίο εξάμηνο

	1	2-4	5-9	>10	ΑΓΝΩΣΤΟ
ΑΡΡΕΝΕΣ	6	12	4	7	28
ΘΗΛΕΙΣ	5	1	-	1	10

Πηγή: Νοσοκομείο «Ανδρέας Συγγρός», Εργαστήριο Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων και AIDS.

Πίνακας 3.8 Ομάδες κινδύνου

Άρρενες (ομάδα κινδύνου)	Θήλειες (ομάδα κινδύνου)
Ομο/αμφι (MSM): 8	Έγκυοι- Λεχοίδες: 3
IVDU: 3	IVDU: (-)
Εκδιδόμενοι: (-)	Εκδιδόμενες: 2
HIV (+): 7	HIV (+): 2

Πηγή: Νοσοκομείο «Ανδρέας Συγγρός», Εργαστήριο Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων και AIDS.

Για το χρονικό διάστημα 01/01/2003 -31/12/2003, σε σύνολο εξετασθέντων για STDs 6941 άτομα, βρέθηκαν 116 ασθενείς με πρώτη σύφιλη, από τους οποίους 90 ήταν άνδρες και 26 γυναίκες. Οι διαγνωστικές μέθοδοι που χρησιμοποιήθηκαν ήταν: η Tr. Pallidum dark field microscopy σε 14 περιπτώσεις και η Treponemal and non-treponemal serum tests σε 116 περιπτώσεις. Σε ότι αφορά την εθνικότητά τους 73 άνδρες ήταν Έλληνες και 17 αλλοδαποί ενώ 17 γυναίκες ήταν Ελληνίδες και 9 αλλοδαπές (Πίνακες).

Πίνακας 3.9 Ηλικία

ΗΛΙΚΙΑ	ΑΡΡΕΝΕΣ	ΘΗΛΕΙΣ
15-19	-	1
20-24	5	4
25-29	8	1
30-34	13	4
35-39	9	4
40-44	10	-
45-49	5	-
>50	10	3
ΑΓΝΩΣΤΟ	30	9

Πηγή: Νοσοκομείο «Ανδρέας Συγγρός», Εργαστήριο Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων και AIDS.

Πίνακας 3.10 Μορφωτικό επίπεδο (Μ.Ε)

ΜΟΡ. ΕΠΙΠΕΔΟ	ΑΡΡΕΝΕΣ	ΘΗΛΕΙΣ
ΚΑΝΕΝΑ	12	2
ΣΤΟΙΧΕΙΩΔΕΣ	15	4
ΑΝΩΤΕΡΟ	30	8
ΑΝΩΤΑΤΟ	32	5
ΑΓΝΩΣΤΟ	27	7

Πηγή: Νοσοκομείο «Ανδρέας Συγγρός», Εργαστήριο Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων και AIDS.

Πίνακας 3.11 Αριθμός σεξουαλικών συντρόφων (Α.Σ.Σ) το τελευταίο εξάμηνο

	1	2-4	5-9	>10	ΑΓΝΩΣΤΟ
ΑΡΡΕΝΕΣ	14	20	3	11	42
ΘΗΛΕΙΣ	9	1	-	-	16

Πηγή: Νοσοκομείο «Ανδρέας Συγγρός», Εργαστήριο Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων και AIDS.

Πίνακας 3.12 Ομάδες κινδύνου

Αρρενες (ομάδα κινδύνου)	Θήλεις (ομάδα κινδύνου)
Ομο/αμφι (MSM): 14	Έγκνοι- Λεχwoίδες: 1
IVDU: 1	IVDU: 1
Εκδιδόμενοι: (-)	Εκδιδόμενες: 1
HIV (+): 4	HIV (+): 1

Πηγή: Νοσοκομείο «Ανδρέας Συγγρός», Εργαστήριο Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων και AIDS.

Παρατηρώντας όλα τα παραπάνω επιδημιολογικά στοιχεία που είναι καταχωρημένα στους Πίνακες, φαίνεται πως η εμφάνιση της Σύφιλης επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες, όπως η ηλικία (τα μεγαλύτερα ποσοστά παρατηρούνται από 30-45 ετών και σε άτομα με ηλικία >50 ετών), το φύλο (πιο συχνή είναι η εμφάνισή της στους άνδρες), ο αριθμός των σεξουαλικών συντρόφων (ο αυξημένος Α.Σ.Σ. αποτελεί πρόσφορο έδαφος για την εμφάνισή της) και το μορφωτικό επίπεδο. Θα πρέπει επίσης να σημειωθεί πως υπάρχουν ορισμένες ομάδες κινδύνου όπως π.χ. άτομα που πάσχουν από AIDS, για τις οποίες τα ποσοστά σε ορισμένες περιπτώσεις είναι αυξημένα.

7.3 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΟΥΡΗΘΡΙΤΙΔΑΣ

7.3.1 ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Αν και τα επιδημιολογικά στοιχεία είναι ανεπαρκή, φαίνεται ότι η γονοκοκκική ουρηθρίτιδα είναι πολύ διαδεδομένη στις αναπτυσσόμενες χώρες. Στην υπό τη Σαχάρα Αφρική, ο επιπολασμός υπολογίζεται σε 1,98% για τους άνδρες και 2,8% για τις γυναίκες ηλικίας 15-49 ετών. Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, ο αριθμός των νέων περιπτώσεων Βλεννόρροιας στις αναπτυσσόμενες χώρες υπερβαίνει τα 50 εκατομμύρια ετησίως.

Η Γονοκοκκική λοίμωξη είναι νόσημα με παγκόσμια διασπορά και παγκοσμίως υποχρεωτικώς δηλούμενο. Παρ' όλα αυτά λίγες είναι εκείνες οι χώρες, ακόμη και μεταξύ των ανεπτυγμένων κρατών, οι οποίες έχουν επαρκή συστήματα δήλωσης, καταγραφής και επιδημιολογικής επεξεργασίας των κρουσμάτων γονοκοκκικής λοίμωξης. Τις καλύτερες υπηρεσίες αυτού του είδους διαθέτουν οι Η.Π.Α., ο Καναδάς, η Αγγλία και η Σουηδία. Ακόμη και γι' αυτές τις χώρες όμως ο αριθμός των πραγματικών κρουσμάτων ετησίως υπολογίζεται σχεδόν διπλάσιος των κρουσμάτων που δηλώνονται. Γενικώς η επίπτωση της Βλεννόρροιας παγκοσμίως υπολογίζεται μεταξύ 70 και 200 εκατομμυρίων κρουσμάτων ετησίως, από τα οποία το 65% περίπου στις υποανάπτυκτες και αναπτυσσόμενες χώρες της Αφρικής, της Ασίας και της Ν. Αμερικής. Από το 1960 έως το 1975 περίπου, η βλεννόρροια ήταν το συχνότερο σεξουαλικώς μεταδιδόμενο νόσημα σε όλα τα ανεπτυγμένα κράτη.

Η Γονοκοκκική λοίμωξη ακολούθησε διαχρονικά τις γενικές τάσεις των μικροβιακών αφροδισίων νοσημάτων. Στο Δυτικό κόσμο, την υψηλή επίπτωση του πρώτου ημίσεως του 20^{ου} αιώνα ακολούθησε η ραγδαία μείωση μετά την ανακάλυψη της πενικιλίνης. Επανάκαμψη της γονοκοκκικής ουρηθρίτιδας παρατηρήθηκε κατά τα χρόνια της

«σεξουαλικής επανάστασης» στις δεκαετίες του 1960 και του 1970. Όμως ο φόβος του HIV/AIDS οδήγησε σε εκ νέου μείωση μετά το 1980, που συνεχίστηκε μέχρι τα τέλη της δεκαετίας του 1990, ώστε σήμερα στις περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες η επίπτωση να είναι μικρότερη από 20 νέες περιπτώσεις/100.000 πληθυσμούς ετησίως. Στις Η.Π.Α., η επίπτωση είναι υψηλότερη συγκριτικά με τις άλλες Δυτικές χώρες (165,1/100.000 στους άνδρες και 149,5/100.000 στις γυναίκες το 1996), με αυξημένη συχνότητα στα αστικά κέντρα, ιδίως μεταξύ των Αφροαμερικανών. Στη Ρωσία, η επιδημική έξαρση της Βλεννόρροιας προηγήθηκε εκείνης της σύφιλης (από 105/100.000 το 1987 στο 232/100.000 το 1993), ενώ ακολούθως παρατηρήθηκε ταχεία μείωση (κατά 38% μεταξύ 1993-1996). Στη δεκαετία του 1990, αύξηση της επίπτωσης της βλεννόρροιας παρατηρήθηκε στα κράτη της Βαλτικής και εντοπισμένες εξάρσεις σε ορισμένες άλλες Ευρωπαϊκές χώρες (Παρίσης *et al.*, 1975, σελ. 465-469, Adler *et al.*, 1990, pp 6-16, Meheus *et al.*, 1989, pp 25-30, Adimora *et al.*, 1994, pp 1-9, Low *et al.*, 1997, pp 1719-1723, Fox *et al.*, 1998, pp 386-393, Cunningham *et al.*, 2000, pp 3-42, Στρατηγός *et al.*, 2000, σελ. 171-177, Στρατηγός, 2004, σελ. 253).

7.3.2 ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΣΤΟΝ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΧΩΡΟ

Στην Ελλάδα, με βάση τα στοιχεία των ετών 1974-1996 που προέρχονται από το νοσοκομείο «Α. Συγγρός», η Βλεννόρροια αντιπροσωπεύει το 11% των διαγνώσεων των «αφροδισίων νοσημάτων». Ξεκινώντας από το επίπεδο των 20-25 περιπτώσεων ανά 1000 εξεταζόμενους ασθενείς, η συχνότητα παρουσίασε πτωτικές τάσεις κατά τη δεκαετία του 1970, μικρή ανάκαμψη στις αρχές της δεκαετίας του 1980 και μετά το 1988 ραγδαία μείωση σε επίπεδο κάτω των πέντε περιπτώσεων/1000 σε δερματολογικούς ασθενείς. Σε σύγκριση με ανάλογη μελέτη για τα έτη 1953-1972 διαπιστώνεται σαφής μείωση της συχνότητας της Βλεννόρροιας στην Ελλάδα (Παρίσης *et al.*, 1975, σελ. 465-469, Adler *et al.*, 1990, pp 6-16, Meheus *et al.*, 1989, pp 25-30, Adimora *et al.*, 1994, pp 1-9, Low *et al.*, 1997, pp 1719-1723, Fox *et al.*, 1998, pp 386-393, Cunningham *et al.*, 2000, pp 3-42, Στρατηγός *et al.*, 2000, σελ. 171-177, 2004, σελ. 253).

Για το χρονικό διάστημα 01/01/2004 -31/12/2004, σε σύνολο εξετασθέντων για STDs 6941 άτομα από τα οποία 491 εξετάστηκαν για ουρηθρίτιδα-τραχηλίτιδα, βρέθηκαν 81 ασθενείς με χλαμυδιακή λοίμωξη, από τους οποίους οι 45 ήταν άνδρες και οι 10 γυναίκες. Ο εντοπισμός έγινε σε 74 περιπτώσεις στις ουρήθρα και σε 7 περιπτώσεις στον τράχηλο, με εργαστηριακή διαγνωστική μέθοδο την PCR σε 81 περιπτώσεις. Σε ότι αφορά την

εθνικότητά τους 51 άνδρες ήταν Έλληνες και 23 αλλοδαποί ενώ 7 γυναίκες ήταν Ελληνίδες και καμιά αλλοδαπή (Πίνακες).

Πίνακας 3.13 Ηλικία

ΗΛΙΚΙΑ	ΑΡΡΕΝΕΣ	ΘΗΛΕΙΣ
15-19	1	1
20-24	3	-
25-29	7	2
30-34	3	-
35-39	4	-
40-44	3	-
45-49	1	-
>50	2	-
ΑΓΝΩΣΤΟ	50	4

Πηγή: Νοσοκομείο «Ανδρέας Συγγρός», Εργαστήριο Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων και AIDS.

Πίνακας 3.14 Μορφωτικό επίπεδο (Μ.Ε)

ΜΟΡ. ΕΠΙΠΕΔΟ	ΑΡΡΕΝΕΣ	ΘΗΛΕΙΣ
ΚΑΝΕΝΑ	-	-
ΣΤΟΙΧΕΙΩΔΕΣ	7	-
ΑΝΩΤΕΡΟ	15	2
ΑΝΩΤΑΤΟ	7	1
ΑΓΝΩΣΤΟ	45	4

Πηγή: Νοσοκομείο «Ανδρέας Συγγρός», Εργαστήριο Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων και AIDS.

Πίνακας 3.15 Αριθμός σεξουαλικών συντρόφων (Α.Σ.Σ) το τελευταίο εξάμηνο

	1	2-4	5-9	>10	ΑΓΝΩΣΤΟ
ΑΡΡΕΝΕΣ	5	14	4	4	47
ΘΗΛΕΙΣ	-	3	-	-	4

Πηγή: Νοσοκομείο «Ανδρέας Συγγρός», Εργαστήριο Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων και AIDS.

Πίνακας 3.16 Ομάδες κινδύνου

Αρρενες (ομάδα κινδύνου)	Θήλεις (ομάδα κινδύνου)
Ομο/αμφι (MSM): 4	Έγκνοι- Λεχωίδες: (-)
IVDU: 1	IVDU: (-)

Εκδιδόμενοι: (-)	Εκδιδόμενες: (-)
HIV (+): (-)	HIV (+): (-)

Πηγή: Νοσοκομείο «Ανδρέας Συγγρός», Εργαστήριο Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων και AIDS.

Για το χρονικό διάστημα 01/01/2003 -31/12/2003, σε σύνολο εξετασθέντων για STDs 6941 άτομα από τα οποία 525 εξετάστηκαν για ουρηθρίτιδα-τραχηλίτιδα, βρέθηκαν 55 ασθενείς με χλαμυδιακή λοίμωξη, από τους οποίους οι 45 ήταν άνδρες και οι 10 γυναίκες. Ο εντοπισμός έγινε σε 45 περιπτώσεις στις ουρήθρα και σε 10 περιπτώσεις στον τράχηλο, με εργαστηριακή διαγνωστική μέθοδο την PCR σε 55 περιπτώσεις. Σε ότι αφορά την εθνικότητά τους 30 άνδρες ήταν Έλληνες και 15 αλλοδαποί ενώ 7 γυναίκες ήταν Ελληνίδες και 3 αλλοδαπές (Πίνακες).

Πίνακας 3.17 Ηλικία

ΗΛΙΚΙΑ	ΑΡΡΕΝΕΣ	ΘΗΛΕΙΣ
15-19	4	-
20-24	7	-
25-29	4	4
30-34	8	1
35-39	-	-
40-44	3	-
45-49	-	-
>50	1	-
ΑΓΝΩΣΤΟ	18	5

Πηγή: Νοσοκομείο «Ανδρέας Συγγρός», Εργαστήριο Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων και AIDS.

Πίνακας 3.18 Μορφωτικό επίπεδο (Μ.Ε)

ΜΟΡ. ΕΠΙΠΕΔΟ	ΑΡΡΕΝΕΣ	ΘΗΛΕΙΣ
ΚΑΝΕΝΑ	3	-
ΣΤΟΙΧΕΙΩΔΕΣ	8	-
ΑΝΩΤΕΡΟ	7	6
ΑΝΩΤΑΤΟ	7	-
ΑΓΝΩΣΤΟ	20	4

Πηγή: Νοσοκομείο «Ανδρέας Συγγρός», Εργαστήριο Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων και AIDS.

Πίνακας 3.19 Αριθμός σεξουαλικών συντρόφων (Α.Σ.Σ) το τελευταίο εξάμηνο

	1	2-4	5-9	>10	ΑΓΝΩΣΤΟ
ΑΡΡΕΝΕΣ	7	8	5	4	21
ΘΗΛΕΙΣ	3	2	2	-	3

Πηγή: Νοσοκομείο «Ανδρέας Συγγρός», Εργαστήριο Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων και AIDS.

Πίνακας 3.20 Ομάδες κινδύνου

Άρρενες (ομάδα κινδύνου)	Θήλειες (ομάδα κινδύνου)
Ομο/αμφι (MSM): 2	Έγκυοι- Λεχνοίτες: (-)
IVDU: 2	IVDU: (-)
Εκδιδόμενοι: (-)	Εκδιδόμενες: (-)
HIV (+): (-)	HIV (+): (-)

Πηγή: Νοσοκομείο «Ανδρέας Συγγρός», Εργαστήριο Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων και AIDS.

Για το χρονικό διάστημα 01/01/2005 -31/12/2005, σε σύνολο εξετασθέντων για STDs 6960 άτομα από τα οποία 975 εξετάστηκαν για ουρηθρίτιδα-τραχηλίτιδα (προκτίτιδα, φαρυγγίτιδα), βρέθηκαν 104 ασθενείς με γονοκοκκική λοίμωξη, από τους οποίους οι 101 ήταν άνδρες και οι 3 γυναίκες. Ο εντοπισμός έγινε σε 100 περιπτώσεις στις ουρήθρα και σε 3 περιπτώσεις στον τράχηλο και 1 περίπτωση στον φάρυγγα, με εργαστηριακές διαγνωστικές μεθόδους τις: μικροσκοπική εξέταση σε 100 περιπτώσεις και καλλιέργεια σε 104 περιπτώσεις. Σε ότι αφορά την εθνικότητά τους 91 άνδρες ήταν Έλληνες και 10 αλλοδαποί ενώ 3 γυναίκες ήταν Ελληνίδες και καμία αλλοδαπή (Πίνακες).

Πίνακας 3.21 Ηλικία

ΗΛΙΚΙΑ	ΑΡΡΕΝΕΣ	ΘΗΛΕΙΣ
0-14	-	-
15-19	5	-
20-24	18	1
25-29	32	1
30-34	16	-
35-39	10	1
40-44	9	-
45-49	7	-
>50	4	-
ΑΓΝΩΣΤΟ	-	-

Πηγή: Νοσοκομείο «Ανδρέας Συγγρός», Εργαστήριο Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων και AIDS.

Πίνακας 3.22 Μορφωτικό επίπεδο (Μ.Ε)

ΜΟΡ. ΕΠΙΠΕΔΟ	ΑΡΡΕΝΕΣ	ΘΗΛΕΙΣ
ΚΑΝΕΝΑ	-	-
ΣΤΟΙΧΕΙΩΔΕΣ	23	1
ΑΝΩΤΕΡΟ	56	2
ΑΝΩΤΑΤΟ	21	-
ΑΓΝΩΣΤΟ	1	-

Πηγή: Νοσοκομείο «Ανδρέας Συγγρός», Εργαστήριο Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων και AIDS.

Πίνακας 3.23 Αριθμός σεξουαλικών συντρόφων (Α.Σ.Σ) το τελευταίο εξάμηνο

	1	2-4	5-9	>10	ΑΓΝΩΣΤΟ
ΑΡΡΕΝΕΣ	20	46	13	22	-
ΘΗΛΕΙΣ	3	-	-	-	-

Πηγή: Νοσοκομείο «Ανδρέας Συγγρός», Εργαστήριο Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων και AIDS.

Πίνακας 3.24 Ομάδες κινδύνου

Άρρενες (ομάδα κινδύνου)	Θήλειες (ομάδα κινδύνου)
Ομο/αμφι (MSM): 36	Έγκυοι- Λεχωίδες: (-)
IVDU: 3	IVDU: (-)
Εκδιδόμενοι: (-)	Εκδιδόμενες: (-)
HIV (+): (-)	HIV (+): (-)

Πηγή: Νοσοκομείο «Ανδρέας Συγγρός», Εργαστήριο Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων και AIDS.

Για το χρονικό διάστημα 01/01/2004 -31/12/2004, σε σύνολο εξετασθέντων για STDs 6706 άτομα από τα οποία 491 εξετάστηκαν για ουρηθρίτιδα-τραχηλίτιδα (πρωκτίτιδα, φαρυγγίτιδα), βρέθηκαν 170 ασθενείς με γονοκοκκική λοίμωξη, από τους οποίους οι 167 ήταν άνδρες και οι 3 γυναίκες. Ο εντοπισμός έγινε σε 165 περιπτώσεις στις ουρήθρα και σε 3 περιπτώσεις στον τράχηλο και 2 περιπτώσεις στον φάρυγγα, με εργαστηριακές διαγνωστικές μεθόδους τις: μικροσκοπική εξέταση σε 167 περιπτώσεις και καλλιέργεια σε 170 περιπτώσεις. Σε ότι αφορά την εθνικότητά τους 141 άνδρες ήταν Έλληνες και 26 αλλοδαποί ενώ 3 γυναίκες ήταν Ελληνίδες και καμία αλλοδαπή (Πίνακες).

Πίνακας 3.25 Ηλικία

ΗΛΙΚΙΑ	ΑΡΡΕΝΕΣ	ΘΗΛΕΙΣ
15-19	5	1
20-24	27	1
25-29	36	1
30-34	24	-
35-39	24	-
40-44	9	-
45-49	3	-
>50	14	-
ΑΓΝΩΣΤΟ	25	-

Πηγή: Νοσοκομείο «Ανδρέας Συγγρός», Εργαστήριο Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων και AIDS.

Πίνακας 3.26 Μορφωτικό επίπεδο (Μ.Ε)

ΜΟΡ. ΕΠΙΠΕΔΟ	ΑΡΡΕΝΕΣ	ΘΗΛΕΙΣ
ΚΑΝΕΝΑ	3	-
ΣΤΟΙΧΕΙΩΔΕΣ	40	1
ΑΝΩΤΕΡΟ	72	2
ΑΝΩΤΑΤΟ	26	-
ΑΓΝΩΣΤΟ	26	-

Πηγή: Νοσοκομείο «Ανδρέας Συγγρός», Εργαστήριο Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων και AIDS.

Πίνακας 3.27 Αριθμός σεξουαλικών συντρόφων (Α.Σ.Σ) το τελευταίο εξάμηνο

	1	2-4	5-9	>10	ΑΓΝΩΣΤΟ
ΑΡΡΕΝΕΣ	30	80	18	25	14
ΘΗΛΕΙΣ	1	1	-	-	1

Πηγή: Νοσοκομείο «Ανδρέας Συγγρός», Εργαστήριο Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων και AIDS.

Πίνακας 3.28 Ομάδες κινδύνου

Αρρενες (ομάδα κινδύνου)	Θήλειες (ομάδα κινδύνου)
Ομο/αμφι (MSM): 54	Έγκυοι- Λεχωίδες: (-)
IVDU: 3	IVDU: 1
Εκδιδόμενοι: (-)	Εκδιδόμενες: (-)
HIV (+): (-)	HIV (+): (-)

Πηγή: Νοσοκομείο «Ανδρέας Συγγρός», Εργαστήριο Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων και AIDS.

Για το χρονικό διάστημα 01/01/2003 -31/12/2003, σε σύνολο εξετασθέντων για STDs 6941 άτομα από τα οποία 525 εξετάστηκαν για ουρηθρίτιδα-τραχηλίτιδα (προκτίτιδα, φαρυγγίτιδα), βρέθηκαν 101 ασθενείς με γονοκοκκική λοίμωξη, από τους οποίους οι 97 ήταν άνδρες και οι 4 γυναίκες. Ο εντοπισμός έγινε σε 97 περιπτώσεις στις ουρήθρα και σε 4 περιπτώσεις στον τράχηλο και 2 περιπτώσεις στον φάρυγγα, με εργαστηριακές διαγνωστικές μεθόδους τις: μικροσκοπική εξέταση σε 97 περιπτώσεις και καλλιέργεια σε 101 περιπτώσεις. Σε ότι αφορά την εθνικότητά τους 73 άνδρες ήταν Έλληνες και 24 αλλοδαποί ενώ 1 γυναίκα ήταν Ελληνίδα και 3 αλλοδαπές (Πίνακες).

Πίνακας 3.29 Ηλικία

ΗΛΙΚΙΑ	ΑΡΡΕΝΕΣ	ΘΗΛΕΙΣ
15-19	5	1
20-24	13	-
25-29	17	-
30-34	24	1
35-39	12	-
40-44	4	1
45-49	4	-
>50	9	-
ΑΓΝΩΣΤΟ	9	1

Πηγή: Νοσοκομείο «Ανδρέας Συγγρός», Εργαστήριο Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων και AIDS.

Πίνακας 3.30 Μορφωτικό επίπεδο (Μ.Ε)

ΜΟΡ. ΕΠΙΠΕΔΟ	ΑΡΡΕΝΕΣ	ΘΗΛΕΙΣ
ΚΑΝΕΝΑ	4	-
ΣΤΟΙΧΕΙΩΔΕΣ	19	1
ΑΝΩΤΕΡΟ	22	1
ΑΝΩΤΑΤΟ	24	1
ΑΓΝΩΣΤΟ	28	1

Πηγή: Νοσοκομείο «Ανδρέας Συγγρός», Εργαστήριο Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων και AIDS.

Πίνακας 3.31 Αριθμός σεξουαλικών συντρόφων (Α.Σ.Σ) το τελευταίο εξάμηνο

	1	2-4	5-9	>10	ΑΓΝΩΣΤΟ
ΑΡΡΕΝΕΣ	19	38	13	14	13
ΘΗΛΕΙΣ	3	1	-	-	-

Πηγή: Νοσοκομείο «Ανδρέας Συγγρός», Εργαστήριο Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων και AIDS.

Πίνακας 3.32 Ομάδες κινδύνου

Άρρενες (ομάδα κινδύνου)	Θήλειες (ομάδα κινδύνου)
Ομο/αμφι (MSM): 25	Έγκυοι- Λεχωίδες: (-)
IVDU: 1	IVDU: (-)
Εκδιδόμενοι: (-)	Εκδιδόμενες: (-)
HIV (+): (-)	HIV (+): (-)

Πηγή: Νοσοκομείο «Ανδρέας Συγγρός», Εργαστήριο Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων και AIDS.

Παρατηρώντας όλα τα παραπάνω επιδημιολογικά στοιχεία που είναι καταχωρημένα στους Πίνακες, φαίνεται πως η εμφάνιση ουρηθρίτιδας-τραχηλίτιδας τόσο γονοκοκκικής όσο και μη γονοκοκκικής επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες, όπως η ηλικία (τα μεγαλύτερα ποσοστά παρατηρούνται από 20-40 ετών), το φύλο (πιο συχνή είναι η εμφάνισή της στους άνδρες), ο αριθμός των σεξουαλικών συντρόφων (ο αυξημένος Α.Σ.Σ. αποτελεί πρόσφορο έδαφος για την εμφάνισή της) και το μορφωτικό επίπεδο. Θα πρέπει επίσης να σημειωθεί πως υπάρχουν ορισμένες ομάδες κινδύνου όπως π.χ. άτομα που πάσχουν από AIDS, για τις οποίες τα ποσοστά σε ορισμένες περιπτώσεις είναι αυξημένα.

7.4 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΟΞΥΤΕΝΩΝ ΚΟΝΔΥΛΩΜΑΤΩΝ

7.4.1 ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΣΤΟΝ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΧΩΡΟ

Στον Ελληνικό χώρο το ποσοστό ήταν 40% από το 1968 έως το 1972. Η αύξηση όμως είναι πολύ μεγαλύτερη από το 1973 έως το 1983 με στοιχεία που προέρχονται από το νοσοκομείο «Α. Συγγρός». Έτσι το 1973 θεραπεύτηκαν 536 περιπτώσεις Οξυτενών Κονδυλωμάτων στο νοσοκομείο «Α. Συγγρός», ενώ τα επόμενα έτη ακολούθησε προοδευτική αύξηση ώστε το 1983 να εξυπηρετηθούν 1450 άρρωστοι (Στρατηγός *et al.*, 1985, σελ. 158-159).

Για το χρονικό διάστημα 01/01/2005 -31/12/2005, σε σύνολο εξετασθέντων για STDs 6960 άτομα, βρέθηκαν 804 ασθενείς με οξυτενή κονδυλώματα, από τους οποίους 622 ήταν άνδρες και 182 γυναίκες. Ως διαγνωστική μέθοδος, χρησιμοποιήθηκε η κλινική εικόνα. Σε ότι αφορά την εθνικότητά τους 546 άνδρες ήταν Έλληνες και 76 αλλοδαποί ενώ 156 γυναίκες ήταν Ελληνίδες και 26 αλλοδαπές (Πίνακες).

Πίνακες 3.33 Ηλικία

ΗΛΙΚΙΑ	ΑΡΡΕΝΕΣ	ΘΗΛΕΙΣ
0-14	4	7
15-19	11	16
20-24	160	67
25-29	184	47
30-34	98	23
35-39	54	5
40-44	32	5
45-49	39	4
>50	40	8
ΑΓΝΩΣΤΟ	-	-

Πηγή: Νοσοκομείο «Ανδρέας Συγγρός», Εργαστήριο Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων και AIDS.

Πίνακες 3.34 Μορφωτικό επίπεδο (Μ.Ε)

ΜΟΡ. ΕΠΙΠΕΔΟ	ΑΡΡΕΝΕΣ	ΘΗΛΕΙΣ
ΚΑΝΕΝΑ	4	4
ΣΤΟΙΧΕΙΩΔΕΣ	128	26
ΑΝΩΤΕΡΟ	342	107
ΑΝΩΤΑΤΟ	148	45
ΑΓΝΩΣΤΟ	-	-

Πηγή: Νοσοκομείο «Ανδρέας Συγγρός», Εργαστήριο Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων και AIDS.

Πίνακες 3.35 Αριθμός σεξουαλικών συντρόφων (Α.Σ.Σ) το τελευταίο εξάμηνο

	1	2-4	5-9	>10	ΚΑΝΕΝΑΝ	ΑΓΝΩΣΤΟ
ΑΡΡΕΝΕΣ	298	212	51	28	33	-
ΘΗΛΕΙΣ	110	45	-	6	21	-

Πηγή: Νοσοκομείο «Ανδρέας Συγγρός», Εργαστήριο Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων και AIDS.

Πίνακες 3.36 Ομάδες κινδύνου

Άρρενες (ομάδα κινδύνου)	Θήλειες (ομάδα κινδύνου)
Ομο/αμφι (MSM): 59	Έγκυοι- Λεχωίδες: (-)
IVDU: 13	IVDU: 2
Εκδιδόμενοι: (-)	Εκδιδόμενες: 2
Σ (+): 3	Σ (+): 2
HIV (+): 2	HIV (+): (-)

Ομο/αμφι (MSM) HIV (+): 2 Ετερόφυλ. HIV (+): (-)	
---	--

Πηγή: Νοσοκομείο «Ανδρέας Συγγρός», Εργαστήριο Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων και AIDS.

Για το χρονικό διάστημα 01/01/2004 -31/12/2004, σε σύνολο εξετασθέντων για STDs 6706 άτομα, βρέθηκαν 718 ασθενείς με οξυτενή κονδυλώματα, από τους οποίους 550 ήταν άνδρες και 168 γυναίκες. Ως διαγνωστική μέθοδος, χρησιμοποιήθηκε η κλινική εικόνα. Σε ότι αφορά την εθνικότητά τους 495 άνδρες ήταν Έλληνες και 55 αλλοδαποί ενώ 150 γυναίκες ήταν Ελληνίδες και 18 αλλοδαπές (Πίνακες).

Πίνακας 3.37 Ηλικία

ΗΛΙΚΙΑ	ΑΡΡΕΝΕΣ	ΘΗΛΕΙΣ
0-14	1	3
15-19	13	17
20-24	120	57
25-29	153	38
30-34	91	18
35-39	65	14
40-44	34	8
45-49	27	5
>50	46	8
ΑΓΝΩΣΤΟ	-	-

Πηγή: Νοσοκομείο «Ανδρέας Συγγρός», Εργαστήριο Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων και AIDS.

Πίνακας 3.38 Μορφωτικό επίπεδο (Μ.Ε)

ΜΟΡ. ΕΠΙΠΕΔΟ	ΑΡΡΕΝΕΣ	ΘΗΛΕΙΣ
ΚΑΝΕΝΑ	8	4
ΣΤΟΙΧΕΙΩΔΕΣ	147	31
ΑΝΩΤΕΡΟ	266	95
ΑΝΩΤΑΤΟ	129	38
ΑΓΝΩΣΤΟ	-	-

Πηγή: Νοσοκομείο «Ανδρέας Συγγρός», Εργαστήριο Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων και AIDS.

Πίνακας 3.39 Αριθμός σεξουαλικών συντρόφων (Α.Σ.Σ) το τελευταίο εξάμηνο

	1	2-4	5-9	>10	ΑΓΝΩΣΤΟ
ΑΡΡΕΝΕΣ	285	176	32	28	29

ΘΗΛΕΙΣ	114	38	2	4	10
--------	-----	----	---	---	----

Πηγή: Νοσοκομείο «Ανδρέας Συγγρός», Εργαστήριο Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων και AIDS.

Πίνακας 3.40 Ομάδες κινδύνου

Αρρνες (ομάδα κινδύνου)	Θήλεις (ομάδα κινδύνου)
Ομο/αμφι (MSM): 50	Έγκυοι- Λεχοίδες: 3
IVDU: 16	IVDU: 2
Εκδιδόμενοι: (-)	Εκδιδόμενες: 1
HIV (+): 1	HIV (+): 1

Πηγή: Νοσοκομείο «Ανδρέας Συγγρός», Εργαστήριο Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων και AIDS.

Για το χρονικό διάστημα 01/01/2003 -31/12/2003, σε σύνολο εξετασθέντων για STDs 6941 άτομα, βρέθηκαν 711 ασθενείς με οξυτενή κονδυλώματα, από τους οποίους 545 ήταν άνδρες και 166 γυναίκες. Ως διαγνωστική μέθοδος, χρησιμοποιήθηκε η κλινική εικόνα. Σε ότι αφορά την εθνικότητά τους 493 άνδρες ήταν Έλληνες και 52 αλλοδαποί ενώ 148 γυναίκες ήταν Ελληνίδες και 18 αλλοδαπές (Πίνακες).

Πίνακες 3.41 Ηλικία

ΗΛΙΚΙΑ	ΑΡΡΕΝΕΣ	ΘΗΛΕΙΣ
0-14	2	3
15-19	12	17
20-24	120	56
25-29	149	38
30-34	91	17
35-39	64	14
40-44	34	8
45-49	27	5
>50	46	8
ΑΓΝΩΣΤΟ	-	-

Πηγή: Νοσοκομείο «Ανδρέας Συγγρός», Εργαστήριο Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων και AIDS.

Πίνακες 3.42 Μορφωτικό επίπεδο (Μ.Ε)

ΜΟΡ. ΕΠΙΠΕΔΟ	ΑΡΡΕΝΕΣ	ΘΗΛΕΙΣ
ΚΑΝΕΝΑ	8	4
ΣΤΟΙΧΕΙΩΔΕΣ	144	30

ΑΝΩΤΕΡΟ	266	94
ΑΝΩΤΑΤΟ	127	38
ΑΓΝΩΣΤΟ	-	-

Πηγή: Νοσοκομείο «Ανδρέας Συγγρός», Εργαστήριο Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων και AIDS.

Πίνακες 3.43 Αριθμός σεξουαλικών συντρόφων (Α.Σ.Σ) το τελευταίο εξάμηνο

	1	2-4	5-9	>10	ΑΓΝΩΣΤΟ
ΑΡΡΕΝΕΣ	283	173	32	28	29
ΘΗΛΕΙΣ	114	37	2	3	10

Πηγή: Νοσοκομείο «Ανδρέας Συγγρός», Εργαστήριο Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων και AIDS.

Πίνακες 3.44 Ομάδες κινδύνου

Αρρενες (ομάδα κινδύνου)	Θήλειες (ομάδα κινδύνου)
Ομο/αμφι (MSM): 54	Έγκυοι- Λεχωίδες: 2
IVDU: 17	IVDU: 3
Εκδιδόμενοι: (-)	Εκδιδόμενες: 1
HIV (+): 2	HIV (+): 1

Πηγή: Νοσοκομείο «Ανδρέας Συγγρός», Εργαστήριο Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων και AIDS.

Παρατηρώντας όλα τα παραπάνω επιδημιολογικά στοιχεία που είναι καταχωρημένα στους Πίνακες, φαίνεται πως η εμφάνιση οξυτενών κονδυλωμάτων επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες, όπως η ηλικία (τα μεγαλύτερα ποσοστά παρατηρούνται από 20-35 ετών), το φύλο (πιο συχνή είναι η εμφάνισή τους στους άνδρες), ο αριθμός των σεξουαλικών συντρόφων (ο αυξημένος Α.Σ.Σ. αποτελεί πρόσφορο έδαφος για την εμφάνισή της) και το μορφωτικό επίπεδο. Θα πρέπει επίσης να σημειωθεί πως υπάρχουν ορισμένες ομάδες κινδύνου όπως π.χ. άτομα που είναι ομοφυλόφιλοι ή που πάσχουν από AIDS, για τις οποίες τα ποσοστά σε ορισμένες περιπτώσεις είναι αυξημένα.

7.5 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΡΠΗΤΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ

7.5.1 ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Η συχνότητα του γεννητικού έρπητα έχει αυξηθεί εντυπωσιακά τα τελευταία χρόνια παρά το γεγονός ότι δεν είναι δηλούμενο νόσημα [Στρατηγός *et al.* (1985), σελ. 155-157].

Συνήθως ο Γεννητικός Έρπης οφείλεται στον HSV-2. Σήμερα ο HSV-1 φαίνεται να είναι υπεύθυνος στο 20%-40% των περιπτώσεων γεννητικού έρπητα. Υπάρχουν χώρες όπου το 60%-70% του πληθυσμού εμφανίζει αντισώματα έναντι του HSV-2 χωρίς όμως όλα αυτά τα άτομα να έχουν παρουσιάσει κλινικές εκδηλώσεις της νόσου. Από τις ορολογικές μελέτες διαπιστώνεται ότι οι λοιμώξεις του έρπητα των γεννητικών οργάνων συγκαταλέγονται ανάμεσα στις πιο συχνές σεξουαλικά μεταδιδόμενες νόσους: Στις ΗΠΑ το 22% των ενηλίκων έχουν HSV-2 αντισώματα. Στη Σκανδιναβία το 17-30% των εγκύων είναι μολυσμένες και για τους υπόλοιπους Ευρωπαίους τα ποσοστά ποικίλλουν ανάλογα με τους παράγοντες κινδύνου και την ηλικία μεταξύ 7% και άνω του 20% (Κατσάμπας *et al.*, 2001, σελ. 185-190).

Το μεγάλο πρόβλημα των ασθενών με απλό έρπητα των γεννητικών οργάνων είναι οι συχνές υποτροπές. Υπολογίστηκε ότι το 33% των ασθενών με πρωτομόλυνση εμφανίζει υποτροπές μέχρι 2-4 μήνες και το 14% μετά τους 4 μήνες (Στρατηγός *et al.*, 1985, σελ. 155-157). Ο επιπολασμός των λοιμώξεων του ιού του απλού έρπητα τύπου 1 (HSV-1) είναι υψηλή σε πολλές περιοχές του κόσμου. Το 1950 ποσοστό μεγαλύτερο του 90% του γενικού πληθυσμού, ηλικίας πάνω από 30 ετών είχαν ορολογικές αποδείξεις λοίμωξης με HSV-1. Τα τελευταία χρόνια παρατηρήθηκε ελαφρά πτώση σε κάποιες δυτικές χώρες γύρω στο 60-80%. Η ύφεση αυτή αποδόθηκε σε βελτίωση της υγιεινής (Στρατηγός, 2004, σελ. 347).

7.5.2 ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΣΤΟΝ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΧΩΡΟ

Αύξηση της συμμετοχής του HSV-1 στην αύξηση της συνολικής συχνότητας του γεννητικού έρπητα έχει παρατηρηθεί και στην Ελλάδα (Στρατηγός, 2004, σελ. 347).

Για το χρονικό διάστημα 01/01/2005 -31/12/2005, σε σύνολο εξετασθέντων για STDs 6960 άτομα, βρέθηκαν 266 ασθενείς με έλκωση γεννητικών οργάνων και 100 ασθενείς με ερπητική λοίμωξη (HSV_{1,2}), από τους οποίους 64 ήταν άνδρες και 36 γυναίκες. Σε ότι αφορά την εθνικότητά τους 59 άνδρες ήταν Έλληνες και 5 αλλοδαποί ενώ 26 γυναίκες ήταν Ελληνίδες και 10 αλλοδαπές (Πίνακες).

Πίνακας 3.45 Ηλικία

ΗΛΙΚΙΑ	ΑΡΡΕΝΕΣ	ΘΗΛΕΙΣ
0-14	-	-

15-19	-	-
20-24	2	7
25-29	5	8
30-34	9	3
35-39	9	3
40-44	2	-
45-49	9	4
>50	28	11
ΑΓΝΩΣΤΟ	-	-

Πηγή: Νοσοκομείο «Ανδρέας Συγγρός», Εργαστήριο Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων και AIDS.

Πίνακας 3.46 Μορφωτικό επίπεδο (Μ.Ε)

ΜΟΡ. ΕΠΙΠΕΔΟ	ΑΡΡΕΝΕΣ	ΘΗΛΕΙΣ
ΚΑΝΕΝΑ	1	-
ΣΤΟΙΧΕΙΩΔΕΣ	-	7
ΑΝΩΤΕΡΟ	23	22
ΑΝΩΤΑΤΟ	19	7
ΑΓΝΩΣΤΟ	21	-

Πηγή: Νοσοκομείο «Ανδρέας Συγγρός», Εργαστήριο Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων και AIDS.

Πίνακας 3.47 Αριθμός σεξουαλικών συντρόφων (Α.Σ.Σ) το τελευταίο εξάμηνο

	1	2-4	5-9	>10	ΚΑΝΕΝΑΝ	ΑΓΝΩΣΤΟ
ΑΡΡΕΝΕΣ	35	21	1	4	3	-
ΘΗΛΕΙΣ	23	6	-	1	6	-

Πηγή: Νοσοκομείο «Ανδρέας Συγγρός», Εργαστήριο Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων και AIDS.

Πίνακας 3.48 Ομάδες κινδύνου

Άρρενες (ομάδα κινδύνου)	Θήλειες (ομάδα κινδύνου)
Ομο/αμφι (MSM): 3	Έγκυοι- Λεχνοίτες: (-)
IVDU: (-)	IVDU: (-)
Εκδιδόμενοι: (-)	Εκδιδόμενες: (-)
HIV (+):1	HIV (+):1

Πηγή: Νοσοκομείο «Ανδρέας Συγγρός», Εργαστήριο Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων και AIDS.

Για το χρονικό διάστημα 01/01/2004 -31/12/2004, σε σύνολο εξετασθέντων για STDs 6706 άτομα, βρέθηκαν 248 ασθενείς με έλκωση γεννητικών οργάνων και 141 ασθενείς με ερπητική λοίμωξη (HSV_{1,2}), από τους οποίους 96 ήταν άνδρες και 45 γυναίκες. Σε ότι

αφορά την εθνικότητά τους 85 άνδρες ήταν Έλληνες και 11 αλλοδαποί ενώ 37 γυναίκες ήταν Ελληνίδες και 8 αλλοδαπές (Πίνακες).

Πίνακας 3.49 Ηλικία

ΗΛΙΚΙΑ	ΑΡΡΕΝΕΣ	ΘΗΛΕΙΣ
0-14	-	1
15-19	-	1
20-24	7	7
25-29	20	6
30-34	10	4
35-39	7	5
40-44	6	4
45-49	11	4
>50	35	13
ΑΓΝΩΣΤΟ	-	-

Πηγή: Νοσοκομείο «Ανδρέας Συγγρός», Εργαστήριο Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων και AIDS.

Πίνακας 3.50 Μορφωτικό επίπεδο (Μ.Ε)

ΜΟΡ. ΕΠΙΠΕΔΟ	ΑΡΡΕΝΕΣ	ΘΗΛΕΙΣ
ΚΑΝΕΝΑ	3	1
ΣΤΟΙΧΕΙΩΔΕΣ	30	10
ΑΝΩΤΕΡΟ	55	18
ΑΝΩΤΑΤΟ	8	16
ΑΓΝΩΣΤΟ	-	-

Πηγή: Νοσοκομείο «Ανδρέας Συγγρός», Εργαστήριο Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων και AIDS.

Πίνακας 3.51 Αριθμός σεξουαλικών συντρόφων (Α.Σ.Σ) το τελευταίο εξάμηνο

	1	2-4	5-9	>10	ΑΓΝΩΣΤΟ
ΑΡΡΕΝΕΣ	40	30	8	16	2
ΘΗΛΕΙΣ	30	4	5	4	2

Πηγή: Νοσοκομείο «Ανδρέας Συγγρός», Εργαστήριο Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων και AIDS.

Πίνακας 3.52 Ομάδες κινδύνου

Άρρενες (ομάδα κινδύνου)	Θήλειες (ομάδα κινδύνου)
Ομο/αμφι (MSM): 2	Έγκνοι- Λεγωίδες: (-)
IVDU: (-)	IVDU: 1
Εκδιδόμενοι: (-)	Εκδιδόμενες: (-)

HIV (+):1	HIV (+):(-)
-----------	-------------

Πηγή: Νοσοκομείο «Ανδρέας Συγγρός», Εργαστήριο Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων και AIDS.

Για το χρονικό διάστημα 01/01/2003 -31/12/2003, σε σύνολο εξετασθέντων για STDs 6941 άτομα, βρέθηκαν 144 ασθενείς με έλκωση γεννητικών οργάνων και 68 ασθενείς με ερπητική λοίμωξη (HSV_{1,2}), από τους οποίους 45 ήταν άνδρες και 21 γυναίκες. Σε ότι αφορά την εθνικότητά τους 40 άνδρες ήταν Έλληνες και 5 αλλοδαποί ενώ 17 γυναίκες ήταν Ελληνίδες και 4 αλλοδαπές (Πίνακες).

Πίνακας 3.53 Ηλικία

ΗΛΙΚΙΑ	ΑΡΡΕΝΕΣ	ΘΗΛΕΙΣ
0-14	-	1
15-19	-	1
20-24	3	3
25-29	8	2
30-34	4	3
35-39	3	2
40-44	4	1
45-49	4	2
>50	17	6
ΑΓΝΩΣΤΟ	-	-

Πηγή: Νοσοκομείο «Ανδρέας Συγγρός», Εργαστήριο Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων και AIDS.

Πίνακας 3.54 Μορφωτικό επίπεδο (Μ.Ε)

ΜΟΡ. ΕΠΙΠΕΔΟ	ΑΡΡΕΝΕΣ	ΘΗΛΕΙΣ
ΚΑΝΕΝΑ	1	1
ΣΤΟΙΧΕΙΩΔΕΣ	15	4
ΑΝΩΤΕΡΟ	16	9
ΑΝΩΤΑΤΟ	13	7
ΑΓΝΩΣΤΟ	-	-

Πηγή: Νοσοκομείο «Ανδρέας Συγγρός», Εργαστήριο Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων και AIDS.

Πίνακας 3.55 Αριθμός σεξουαλικών συντρόφων (Α.Σ.Σ) το τελευταίο εξάμηνο

	1	2-4	5-9	>10	ΑΓΝΩΣΤΟ
ΑΡΡΕΝΕΣ	24	14	2	4	1
ΘΗΛΕΙΣ	15	1	3	1	1

Πηγή: Νοσοκομείο «Ανδρέας Συγγρός», Εργαστήριο Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων και AIDS.

Πίνακας 3.56 Ομάδες κινδύνου

Άρρενες (ομάδα κινδύνου)	Θήλεις (ομάδα κινδύνου)
Ομο/αμφι (MSM): 2	Έγκυοι- Λεχωίδες: (-)
IVDU: (-)	IVDU: 1
Εκδιδόμενοι: (-)	Εκδιδόμενες: (-)
HIV (+): (-)	HIV (+): (-)

Πηγή: Νοσοκομείο «Ανδρέας Συγγρός», Εργαστήριο Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων και AIDS.

Παρατηρώντας όλα τα παραπάνω επιδημιολογικά στοιχεία που είναι καταχωρημένα στους Πίνακες, φαίνεται πως η εμφάνιση έρπητα γεννητικών οργάνων επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες, όπως η ηλικία (τα μεγαλύτερα ποσοστά παρατηρούνται σε εξεταζόμενους με ηλικία >50 ετών), το φύλο (πιο συχνή είναι η εμφάνισή του στους άνδρες), ο αριθμός των σεξουαλικών συντρόφων (ο αυξημένος Α.Σ.Σ. αποτελεί πρόσφορο έδαφος για την εμφάνισή της) και το μορφωτικό επίπεδο. Θα πρέπει επίσης να σημειωθεί πως υπάρχουν ορισμένες ομάδες κινδύνου όπως π.χ. άτομα που είναι ομοφυλόφιλοι, για τις οποίες τα ποσοστά σε ορισμένες περιπτώσεις είναι αυξημένα.

7.6 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ AIDS

7.6.1 ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (ΣΜΝ) αποτελούν μείζον πρόβλημα ατομικής και δημόσιας υγείας σε όλο τον κόσμο. Κάθε χρόνο ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) δημοσιεύει τα στοιχεία της Παγκόσμιας εξάπλωσης του HIV/AIDS. Έχουν σημειωθεί πάνω από 20 εκατομμύρια θάνατοι από AIDS αφότου άρχισε η επιδημία. Δεκαπέντε εκατομμύρια παιδιά, η πλειονότητά τους στην Αφρική, ορφάνεψαν αφότου εμφανίστηκε το AIDS. Περίπου 6 εκατομμύρια άτομα προσβάλλονται κάθε χρόνο. Πιθανός υπάρχουν 40 εκατομμύρια άτομα μολυσμένα με HIV/AIDS. Εκτός από την Αφρική, μεγάλη αύξηση των λοιμώξεων από HIV σημειώνεται στη Ρωσία, στην Κίνα, στην Ινδία και σε πολλές άλλες φτωχές αναπτυσσόμενες χώρες. Η Κίνα αρχίζει να έρχεται αντιμέτωπη με την άνοδο των ΣΜΝ και HIV σε μια κοινωνία στην οποία οι αρχές δεν έδιναν μέχρι τώρα μεγάλη σημασία στα σεξουαλικά προβλήματα. Η υπό τη Σαχάρα

Αφρική παραμένει το πιο πιεστικό πρόβλημα όσον αφορά τον έλεγχο του HIV, αφού 25 εκατομμύρια ζουν με τον HIV, 17 εκατομμύρια έχουν πεθάνει από AIDS και 12 εκατομμύρια παιδιά έχουν ορφανέψει λόγω του AIDS (Στρατηγός, 2004, σελ. 655-660).

Αξιολογώντας τα τελευταία Ευρωπαϊκά δεδομένα σε σχέση με την πορεία της HIV λοίμωξης, παρατηρούμε ότι οι χώρες με το μεγαλύτερο αριθμό νέων HIV μολύνσεων για το 2004 ήταν η Εσθονία, η Πορτογαλία, η Λετονία και το Λουξεμβούργο. Δεν υπάρχουν δεδομένα το 2004 για την Ισπανία και Ιταλία των οποίων η επίπτωση εκτιμάται να είναι υψηλότερη από τη συνολική επίπτωση για την Ευρωπαϊκή Κοινότητα. Τα παρακάτω δεδομένα αφορούν άλλες Ευρωπαϊκές χώρες, που προέρχονται από το Ευρωπαϊκό Κέντρο Επιδημιολογικής Επιτήρησης του HIV/AIDS στο Παρίσι, στο οποίο συμμετέχει και η Ελλάδα. Τα δεδομένα αναφέρονται ως το 2004 και προέρχονται από 25 κράτη-μέλη που απαρτίζουν την Ευρωπαϊκή Ένωση από την 1^η Μαΐου 2004 (Πίνακας 3.57).

Πίνακας 3.57 Δηλωθέντα HIVοροθετικά άτομα, ανά χώρα – μέλος Ευρωπαϊκής Ένωσης και έτος δήλωσης.

Δηλωθέντα HIV οροθετικά άτομα, ανά χώρα - μέλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης και έτος δήλωσης (ανά εκατομμύριο πληθυσμού)								
Reported HIV infections by country (member of the European Union) and year of report (per million population)								
Χώρα	Έτος - Year							Country
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	
Αυστρία	38,6	41,9	52,8	49,6	54,5	52,1	57,9	Austria
Βέλγιο	73,8	78,3	92,7	93,7	96,2	101,6	95,2	Belgium
Δανία	40,3	54,1	48,9	59,8	54,6	50,3	59,3	Denmark
Φινλανδία	15,5	27,5	28,2	24,7	25,0	25,7	24,5	Finland
Γαλλία	-	-	-	-	-	-	84,3	France
Γερμανία	26,9	21,8	20,5	15,7	21,7	21,4	25,3	Germany
Ιρλανδία	31,1	49,3	75,9	77,4	93,1	100,9	89,0	Ireland
Ιταλία	-	73,5	70,0	68,2	73,9	65,8	-	Italy
Λουξεμβούργο	68,5	69,9	101,1	92,9	73,8	103,7	130,7	Luxemburg
Μάλτα	-	-	-	-	-	-	42,9	Malta
Ολλανδία	-	93,5	22,8	35,7	211,8	97,3	78,0	Netherlands
Πορτογαλία	-	-	409,4	241,4	248,8	224,6	278,3	Portugal
Ισπανία	-	-	-	-	-	-	-	Spain
Σουηδία	28,1	23,8	27,3	30,4	31,4	41,0	48,5	Sweden
Ην. Βασίλειο	51,6	53,9	56,4	69,7	100,9	118,9	126,4	Un. Kingdom
Κύπρος	24,7	29,6	37,0	27,9	20,1	29,9	31,0	Cyprus
Τσεχία	3,0	4,9	5,6	5,0	4,9	6,0	7,4	Czech Republic
Ουγγαρία	7,3	6,2	4,7	8,2	8,1	6,4	7,2	Hungary
Πολωνία	16,5	13,6	16,3	14,6	14,9	15,8	17,0	Poland
Σλοβακία	2,0	0,4	3,5	1,5	2,0	2,4	2,8	Slovakia
Σλοβενία	7,0	7,5	6,5	8,0	11,1	7,1	12,6	Slovenia
Εσθονία	7,2	8,7	285,3	1089,7	671,9	634,9	567,8	Estonia
Λετονία	67,1	101,1	196,4	343,3	232,7	174,7	141,3	Latvia
Λιθουανία	14,8	18,8	18,6	20,7	114,6	31,9	39,5	Lithuania
Ελλάδα	62,1	117,3	46,2	38,6	36,5	39,3	39,7	Greece

Πηγή: Νικολόπουλος *et al.*, 2006, σελ. 40.

Οι χώρες με τη μεγαλύτερη επίπτωση για το έτος 2004 ήταν η Πορτογαλία, η Ισπανία, η Λετονία και η Ιταλία (Πίνακας 3.58).

Πίνακας 3.58

Περιπτώσεις AIDS ανά χώρα - μέλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης και έτος διαγνώσης συνεκτιμώντας τις καθυστερήσεις στη δήλωση (ανά εκατομμύριο πληθυσμού)
AIDS cases by country (member of the European Union) and year of diagnosis adjusted for reporting delays (per million population)

Χώρα	Έτος - Year							Country
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	
Αυστρία	12,2	12,5	10,4	11,1	12,7	7,9	10,5	Austria
Βέλγιο	11,8	11,4	13,7	13,1	12,5	12,5	11,4	Belgium
Δανία	14,0	14,1	10,9	13,3	8,0	6,9	9,9	Denmark
Φιλανδία	2,9	1,9	3,3	3,3	3,8	4,9	3,7	Finland
Γαλλία	32,1	30,0	28,1	27,1	26,4	23,4	-	France
Γερμανία	11,5	10,4	9,2	8,5	7,8	7,9	6,0	Germany
Ιρλανδία	4,8	6,6	3,4	7,0	8,4	5,9	6,7	Ireland
Ιταλία	42,4	37,0	33,8	31,3	30,3	29,5	29,2	Italy
Λουξεμβούργο	21,3	11,7	23,0	9,1	2,2	17,7	26,1	Luxemburg
Μάλτα	10,4	2,6	7,7	0,0	10,2	5,1	2,5	Malta
Ολλανδία	15,1	11,3	15,9	15,6	18,0	15,9	12,1	Netherlands
Πορτογαλία	100,9	106,6	95,7	94,4	97,3	85,7	79,6	Portugal
Ισπανία	90,2	75,8	68,3	58,9	55,2	52,8	43,0	Spain
Σουηδία	6,8	7,7	6,8	5,3	6,7	6,1	7,6	Sweden
Ην. Βασίλειο	13,5	12,9	14,1	12,2	14,6	15,3	13,6	Un. Kingdom
Κύπρος	-	-	-	-	-	-	-	Cyprus
Τσεχία	0,8	1,7	1,4	0,7	0,8	0,8	1,2	Czech Republic
Ουγγαρία	3,6	3,7	2,7	2,0	2,6	2,6	2,3	Hungary
Πολωνία	3,3	3,5	3,1	3,3	3,0	3,7	4,9	Poland
Σλοβακία	0,6	0,4	0,9	0,9	0,4	0,4	0,4	Slovakia
Σλοβενία	6,5	4,5	3,5	2,5	1,5	3,0	3,5	Slovenia
Εσθονία	2,9	1,4	2,2	1,5	4,5	7,6	19,9	Estonia
Λετονία	5,0	7,5	9,7	17,0	24,0	33,9	39,8	Latvia
Λιθουανία	2,6	1,7	2,0	2,9	2,6	2,6	6,3	Lithuania
Ελλάδα	11,3	11,8	11,7	8,0	8,1	7,5	6,6	Greece

Πηγή: Νικολόπουλος *et al.*, 2006, σελ. 41.

Κατά τις εκτιμήσεις του ΠΟΥ, το 1999 εμφανίστηκαν 340 εκατομμύρια νέα περιστατικά σύφιλης, βλεννόρροιας, χλαμυδιακής λοίμωξης και τριχομονάδωσης στον κόσμο, κυρίως σε άτομα 15 έως 49 ετών. Περισσότερα θύματα είχαν οι ήπειροι που έχουν προσβληθεί περισσότερο από HIV/AIDS, δηλ. η Ασία και η Αφρική. Η Παγκόσμια Τράπεζα υπολόγισε ότι στα άτομα ηλικίας 15 έως 49 ετών, τα ΣΜΝ πλην του HIV ήταν η δεύτερη σε συχνότητα αιτία θανάτου των γυναικών λόγω μητρικής νοσηρότητας και θνησιμότητας. Στους άνδρες των ίδιων ηλικιών ο HIV έρχεται πρώτος (Στρατηγός, 2004, σελ. 655-657, Centers for Disease Control, 1982, pp 507-514, Centers for Disease Control, 1985, pp 373-375, World Health Organization, 1986, pp 69-72, World Health

Organization, 1988, pp 1-7, Rosenberg, 1990, pp 49-54, European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS, 1993, pp 23-28, European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS, 1995, pp 46-53).

7.6.2 ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΣΤΟΝ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΧΩΡΟ

7.6.2.1 ΝΕΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ AIDS

Το 2006 (μέχρι τις 31 Οκτωβρίου) διαγνώστηκαν 60 νέες περιπτώσεις AIDS εκ των οποίων 42 (70%) ήταν άνδρες και 18 (30%) γυναίκες (Πίνακας 3.59).

Πίνακας 3.59

Νέες περιπτώσεις AIDS* κατά φύλο στην Ελλάδα (1/1/2006 έως 31/10/2006)			
Newly diagnosed AIDS cases* by gender in Greece from 1/1/2006 to 31/10/2006			
Φύλο	N	%	Gender
Άνδρες	42	(70,0)	Males
Γυναίκες	18	(30,0)	Females
Σύνολο	60	100,0%	Total

*Από τις 60 περιπτώσεις, οι 50 πρωτοδηλώθηκαν ως AIDS

*50 cases had already developed AIDS when first reported as HIV positive

Πηγή: Νικολόπουλος *et al.*, 2006, σελ. 23.

Αντίστοιχα τα νεοδηλωθέντα HIV οροθετικά άτομα (συμπεριλαμβανομένων των περιπτώσεων AIDS) φαίνονται στον παρακάτω Πίνακα 3.60:

Πίνακας 3.60

Δηλωθέντα HIV οροθετικά άτομα*, κατά φύλο στην Ελλάδα από 1/1/2006 έως 31/10/2006					
HIV infections* reported in Greece by gender from 1/1/2006 to 31/10/2006					
Φύλο	HIV	AIDS	Σύνολο - Total		Gender
	N	N	N	%	
Άνδρες	357	34	391	(80,6)	Males
Γυναίκες	78	16	94	(19,4)	Females
Σύνολο	435	50	485	100,0	Total

*συμπεριλαμβανομένων των περιστατικών που όταν πρωτοδηλώθηκαν είχαν ήδη αναπτύξει τη νόσο και ήταν περιπτώσεις AIDS
*including cases presenting AIDS when first reported as HIV positive

Πηγή: Νικολόπουλος *et al.*, 2006, σελ. 9.

Από τις περιπτώσεις αυτές, οι 50 είχαν ήδη εμφανίσει AIDS όταν δηλώθηκαν. Το 38,3% των νέων περιπτώσεων ήταν άνδρες που είχαν σεξουαλικές επαφές με άλλους

άνδρες, ενώ στο 46,7% των περιπτώσεων η μετάδοση είχε γίνει μέσω της ετεροφυλικής σεξουαλικής επαφής (Πίνακας 3.61).

Πίνακας 3.61

Νέες περιπτώσεις AIDS κατά κατηγορία μετάδοσης και κατά φύλο στην Ελλάδα από 1/1/2006 έως 31/10/2006							
Newly diagnosed AIDS cases by transmission group and gender reported in Greece from 1/1/2006 to 31/10/2006							
Κατηγορία μετάδοσης	Ανδρες - Males		Γυναίκες - Females		Σύνολο - Total		Transmission group
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	
Ομο/αμφιφυλόφιλοι άνδρες	23	(54,8)	-	-	23	(38,3)	Men who have sex with men (MSM)
Χρήστες Ενδοφλέβιων Ναρκωτικών	2	(4,8)	0	(0,0)	2	(3,3)	Injecting Drug Users (IDUs)
Πολυμεταγγιζόμενοι με παράγωγα αίματος	0	(0,0)	0	(0,0)	0	(0,0)	Haemophiliacs/ Coagulation disorder
Μεταγγιζόμενοι	0	(0,0)	0	(0,0)	0	(0,0)	Transfusion recipients
Ετεροφυλόφιλοι	13	(31,0)	15	(83,3)	28	(46,7)	Heterosexuals
Κάθετη μετάδοση	1	(2,4)	0	(0,0)	1	(1,7)	Mother to child
Ακαθόριστοι	3	(7,1)	3	(16,7)	6	(10,0)	Undetermined
Σύνολο	42	100%	18	100%	60	100%	Total

Πηγή: Νικολόπουλος *et al.*, 2006, σελ. 23.

Αντίστοιχα ισχύει:

Πίνακας 3.62

Δηλωθέντα HIV οροθετικά άτομα*, κατά κατηγορία μετάδοσης και κατά φύλο στην Ελλάδα, από 1/1/2006 έως 31/10/2006							
HIV infections* by transmission group and gender reported in Greece from 1/1/2006 to 31/10/2006							
Κατηγορία μετάδοσης	Ανδρες Males		Γυναίκες Females		Σύνολο Total		Transmission group
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	
Ομο/αμφιφυλόφιλοι άνδρες	228	(58,3)	0	-	228	(47,0)	Men who have sex with men (MSM)
Χρήστες Ενδοφλέβιων Ναρκωτικών	14	(3,6)	1	(1,1)	15	(3,1)	Injecting Drug Users (IDUs)
Πολυμεταγγιζόμενοι με παράγωγα αίματος	0	(0,0)	0	(0,0)	0	(0,0)	Haemophiliacs/Coagulation disorder
Μεταγγιζόμενοι	1	(0,3)	2	(2,1)	3	(0,6)	Transfusion recipients
Ετεροφυλόφιλοι	52	(13,3)	66	(70,2)	118	(24,3)	Heterosexuals
Κάθετη μετάδοση	1	(0,3)	2	(2,1)	3	(0,6)	Mother to child
Ακαθόριστοι	95	(24,3)	23	(24,5)	118	(24,3)	Undetermined
Σύνολο	391	100	94	100	485	100	Total

* συμπεριλαμβανομένων των περιστατικών που όταν πρωτοδηλώθηκαν είχαν ήδη αναπτύξει τη νόσο και ήταν περιπτώσεις AIDS
* including cases presenting AIDS when first reported as HIV positive

Πηγή: Νικολόπουλος *et al.*, 2006, σελ. 10.

Η πλειονότητα των νέων περιπτώσεων αφορά ηλικίες μεγαλύτερες των 35 ετών κατά τη διάγνωση (Πίνακας 3.63).

Πίνακας 3.63

Νέες περιπτώσεις AIDS κατά ηλικιακή ομάδα κατά τη διάγνωση και κατά φύλο στην Ελλάδα από 1/1/2006 έως 31/10/2006						
Newly diagnosed AIDS cases by age group at diagnosis and gender reported in Greece from 1/1/2006 to 31/10/2006						
Ηλικιακή ομάδα Age group	Ανδρες - Males		Γυναίκες - Females		Σύνολο - Total	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
0 – 12 ετών - years old	1	(2,4)	0	(0,0)	1	(1,7)
13 – 24 ετών - years old	0	(0,0)	0	(0,0)	0	(0,0)
25 – 29 ετών - years old	1	(2,4)	1	(5,6)	2	(3,3)
30 – 34 ετών - years old	6	(14,3)	3	(16,7)	9	(15,0)
35 – 39 ετών - years old	11	(26,2)	4	(22,2)	15	(25,0)
40 – 44 ετών - years old	5	(11,9)	4	(22,2)	9	(15,0)
45 – 49 ετών - years old	8	(19,0)	1	(5,6)	9	(15,0)
50 – 54 ετών - years old	5	(11,9)	2	(11,1)	7	(11,7)
55 + ετών - years old	5	(11,9)	3	(16,7)	8	(13,3)
Άγνωστη - Unknown	0	(0,0)	0	(0,0)	0	(0,0)
Σύνολο - Total	42	(100,0)	18	(100,0)	60	100

Πηγή: Νικολόπουλος *et al.*, 2006, σελ. 24.

Αντίστοιχα, η πλειονότητα των νεοδηλωθέντων HIV οροθετικών ατόμων (συμπεριλαμβανομένων περιπτώσεων AIDS) αφορά άτομα ηλικίας 25-44 ετών. Το μεγαλύτερο ποσοστό ανδρών ήταν ηλικίας 30-34 ετών κατά τη δήλωση (24,6%) ενώ στις γυναίκες η προεξέχουσα ηλικιακή ομάδα ήταν αυτή των 35-39 ετών (17%) (Πίνακας 3.64).

Πίνακας 3.64

Δηλωθέντα HIV οροθετικά άτομα*, κατά ηλικιακή ομάδα κατά τη δήλωση και κατά φύλο στην Ελλάδα από 1/1/2006 έως 31/10/2006						
HIV infections* by age group and gender reported in Greece from 1/1/2006 to 31/10/2006						
Ηλικιακή ομάδα Age group	Ανδρες Males		Γυναίκες Females		Σύνολο Total	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
0 – 12 ετών - years old	1	(0,3)	2	(2,1)	3	(0,6)
13 – 24 ετών - years old	28	(7,2)	13	(13,8)	41	(8,5)
25 – 29 ετών - years old	69	(17,6)	14	(14,9)	83	(17,1)
30 – 34 ετών - years old	96	(24,6)	13	(13,8)	109	(22,5)
35 – 39 ετών - years old	70	(17,9)	16	(17,0)	86	(17,7)
40 – 44 ετών - years old	47	(12,0)	13	(13,8)	60	(12,4)
45 – 49 ετών - years old	30	(7,7)	6	(6,4)	36	(7,4)
50 – 54 ετών - years old	12	(3,1)	5	(5,3)	17	(3,5)
55 + ετών - years old	32	(8,2)	8	(8,5)	40	(8,2)
Άγνωστη - Unknown	6	(1,5)	4	(4,3)	10	(2,1)
Σύνολο - Total	391	(100,0)	94	(100,0)	485	(100,0)

*συμπεριλαμβανομένων των περιστατικών που όταν πρωτοδηλώθηκαν είχαν ήδη αναπτύξει τη νόσο και ήταν περιπτώσεις AIDS
*including cases presenting AIDS when first reported as HIV positive

Πηγή: Νικολόπουλος *et al.*, 2006, σελ. 10.

Όπως μπορούμε να παρατηρήσουμε από τους παραπάνω Πίνακες, το 2006 (μέχρι της 31 Οκτωβρίου) δηλώθηκαν 485 νέα περιστατικά HIV οροθετικών ατόμων από τα οποία 391 (80,6%) ήταν άνδρες και 94 (19,4%) γυναίκες. Συνολικά 50 άτομα, κατά τη στιγμή της δήλωσης, είχαν ήδη εμφανίσει AIDS. Φαίνεται επίσης, πως υπάρχουν διάφοροι τρόποι μετάδοσης, όπως η ομοφυλοφιλία, η μετάγγιση μολυσμένου αίματος, ενώ υπάρχουν και περιπτώσεις με ακαθόριστο τρόπο μετάδοσης. Η πλειονότητα των περιστατικών αφορά άτομα συγκεκριμένων ηλικιακών ομάδων π.χ. για τα νεοδηλωθέντα HIV οροθετικά άτομα το μεγαλύτερο ποσοστό των ανδρών ήταν ηλικίας 30-34 ετών κατά τη δήλωση (24,6%) ενώ στις γυναίκες η προεξέχουσα ηλικιακή ομάδα ήταν αυτή των 35-39 ετών (17%).

7.6.2.2 ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ AIDS

Ο συνολικός αριθμός των περιπτώσεων AIDS που δηλώθηκαν στην Ελλάδα μέχρι τις 31 Οκτωβρίου 2006, ανέρχεται σε 2741 εκ των οποίων 2327 (84,9%) ήταν άνδρες και 414 (15,1%) ήταν γυναίκες (Πίνακας 3.65).

Πίνακας 3.65

Περιπτώσεις AIDS κατά έτος διάγνωσης και κατά φύλο στην Ελλάδα μέχρι τις 31/10/2006
Cumulative AIDS cases by year of diagnosis and gender reported in Greece by 31/10/2006

Έτος διάγνωσης Year of diagnosis	Ανδρες - Males		Γυναίκες - Females		Σύνολο - Total	Συχνότητα * Rate *
	N	(%)	N	(%)	N	
1981	1	(100,0)	0	(0,0)	1	0,10
1982	2	(100,0)	0	(0,0)	2	0,20
1983	4	(100,0)	0	(0,0)	4	0,41
1984	5	(100,0)	0	(0,0)	5	0,51
1985	14	(100,0)	0	(0,0)	14	1,41
1986	25	(100,0)	0	(0,0)	25	2,51
1987	58	(90,6)	6	(9,4)	64	6,41
1988	66	(91,7)	6	(8,3)	72	7,19
1989	93	(86,9)	14	(13,1)	107	10,64
1990	126	(88,1)	17	(11,9)	143	14,13
1991	163	(88,1)	22	(11,9)	185	18,15
1992	167	(87,4)	24	(12,6)	191	18,51
1993	149	(87,1)	22	(12,9)	171	16,41
1994	184	(85,2)	32	(14,8)	216	20,55
1995	188	(87,0)	28	(13,0)	216	20,39
1996	193	(81,8)	43	(18,2)	236	22,11
1997	149	(85,6)	25	(14,4)	174	16,19
1998	109	(87,2)	16	(12,8)	125	11,57
1999	103	(79,2)	27	(20,8)	130	11,97
2000	113	(86,3)	18	(13,7)	131	12,01
2001	69	(74,2)	24	(25,8)	93	8,51
2002	81	(81,8)	18	(18,2)	99	9,03
2003	77	(81,9)	17	(18,1)	94	8,54
2004	73	(84,9)	13	(15,1)	86	7,79
2005	73	(75,3)	24	(24,7)	97	8,75
31/10/2006	42	(70,0)	18	(30,0)	60	5,40
Σύνολο - Total	2327	(84,9)	414	(15,1)	2741	

* ανά εκατ. πληθυσμού

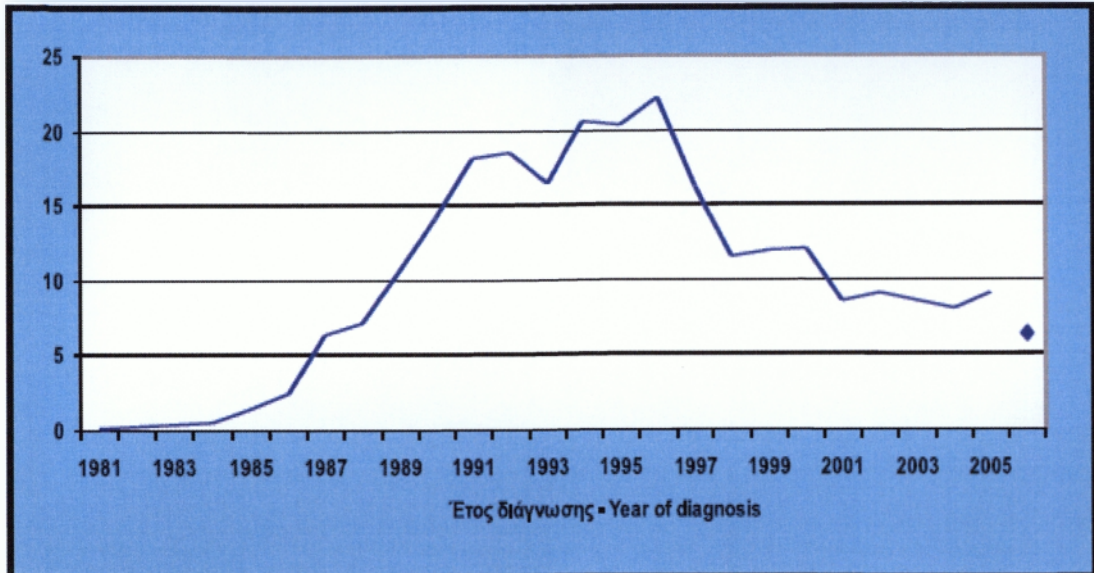
*per million population

Πηγή: Νικολόπουλος *et al.*, 2006, σελ. 25.

Η απότομη αύξηση που παρατηρείται τα έτη 1993-96 οφείλεται κατά ένα μεγάλο μέρος στον αυξημένο αριθμό κρουσμάτων ακριβώς λόγω της επέκτασης των κριτηρίων για τη διάγνωση της νόσου. Αντίθετα η μεγάλη μείωση στην επίπτωση του AIDS που παρατηρείται από το 1997 μέχρι το 2001 μπορεί να αποδοθεί στις νέες αντιρετροϊκές αγωγές. Ο αριθμός των νέων περιπτώσεων AIDS τα τελευταία έτη παραμένει χαμηλός. Ωστόσο το 2005 παρατηρείται μια μικρή αύξηση συγκριτικά με τα δύο προηγούμενα έτη. Εκτίμηση για το 2006 θα γίνει με την ολοκλήρωση της συλλογής των δεδομένων για το έτος (σχήματα 3.1 και 3.2).

Σχήμα 3.1

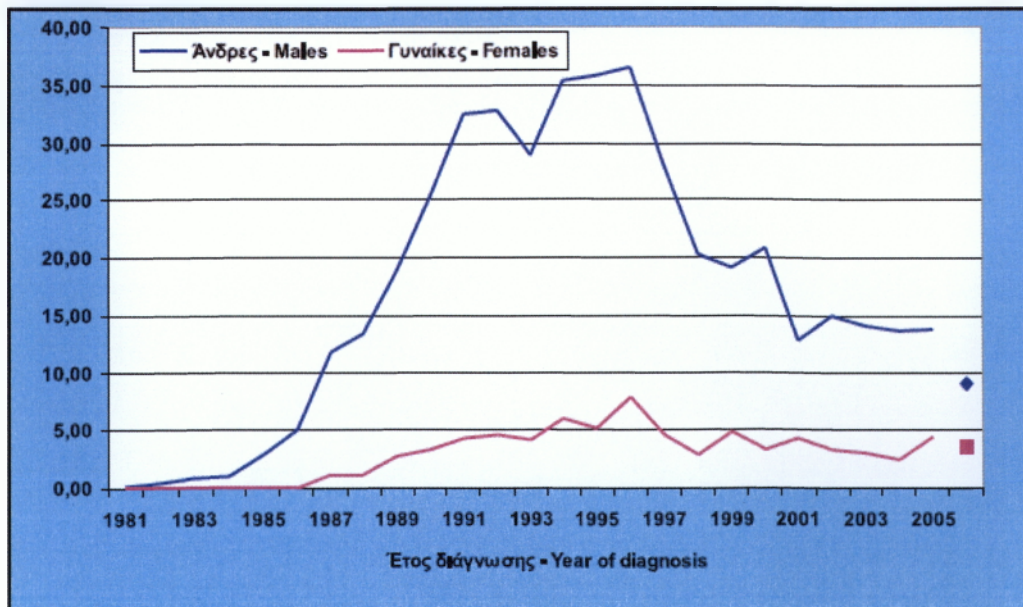
Περιπτώσεις AIDS ανά εκατομμύριο πληθυσμού στην Ελλάδα, συνεκτιμώντας τις καθυστερήσεις στη δήλωσή τους
Cumulative AIDS cases per million population reported in Greece, adjusted for reporting delays



Πηγή: Νικολόπουλος *et al.*, 2006, σελ. 26.

Σχήμα 3.2

Περιπτώσεις AIDS ανά εκατομμύριο πληθυσμού κατά έτος διάγνωσης και κατά φύλο στην Ελλάδα, συνεκτιμώντας τις καθυστερήσεις στη δήλωσή τους
Cumulative AIDS cases per million population by year of diagnosis and gender reported in Greece, adjusted for reporting delays



Πηγή: Νικολόπουλος *et al.*, 2006, σελ. 26.

Αντίστοιχα, για τον συνολικό αριθμό των HIV οροθετικών ατόμων (συμπεριλαμβανομένων των περιπτώσεων AIDS) ισχύει:

Πίνακας 3.66

Συνολικά δηλωθέντα HIV οροθετικά άτομα κατά έτος δήλωσης και κατά φύλο στην Ελλάδα μέχρι τις 31/10/2006						
HIV infections by year of report and gender reported in Greece by 31/10/2006						
Έτος δήλωσης Year of report	Ανδρες - Males		Γυναίκες - Females		Σύνολο * Total *	Συχνότητα ** Rate **
	N	%	N	%	N	
1984	7	(100,0)	0	(0,0)	7	(0,7)
1985	9	(90,0)	1	(10,0)	10	(1,0)
1986	39	(97,5)	1	(2,5)	40	(4,0)
1987	56	(87,5)	8	(12,5)	64	(6,4)
1988	103	(91,2)	6	(5,3)	113	(11,3)
1989	126	(86,3)	17	(11,6)	146	(14,5)
1990	192	(86,9)	27	(12,2)	221	(21,8)
1991	218	(83,8)	42	(16,2)	260	(25,5)
1992	265	(86,9)	40	(13,1)	305	(29,6)
1993	252	(84,3)	47	(15,7)	299	(28,7)
1994	197	(80,4)	48	(19,6)	245	(23,3)
1995	284	(85,5)	48	(14,5)	332	(31,3)
1996	347	(77,6)	100	(22,4)	447	(41,9)
1997	432	(83,4)	86	(16,6)	518	(48,2)
1998	520	(78,3)	122	(18,4)	664	(61,4)
1999	930	(78,7)	245	(20,7)	1181	(108,7)
2000	379	(77,0)	111	(22,6)	492	(45,1)
2001	306	(74,8)	100	(24,4)	409	(37,4)
2002	297	(75,0)	99	(25,0)	396	(36,1)
2003	328	(75,2)	106	(24,3)	436	(39,6)
2004	358	(79,9)	86	(19,2)	448	(40,6)
2005	420	(74,7)	140	(24,9)	562	(50,7)
31/10/2006	391	(80,6)	94	(19,4)	485	(43,6)
Σύνολο - Total	6456	(79,9)	1574	(19,5)	8080	

* Περιλαμβάνει και τα περιστατικά των οποίων το φύλο είναι άγνωστο

** Ανά εκατομμύριο πληθυσμού

* Including cases of unknown gender

** Per million population

Πηγή: Νικολόπουλος *et al.*, 2006, σελ. 11.

Ο συνολικός αριθμός των HIV οροθετικών ατόμων (συμπεριλαμβανομένων των περιπτώσεων AIDS) που δηλώθηκαν στην Ελλάδα μέχρι τις 31 Οκτωβρίου 2006 ανέρχεται σε 8080, αριθμός μεγαλύτερος από αυτό των συνολικών περιπτώσεων AIDS, όπως και είναι αναμενόμενο. Διαχρονικά, η τάση της επιδημίας ήταν αυξητική και στους

άνδρες και στις γυναίκες. Όμως, από το 2000, ο αριθμός των νέων μολύνσεων που δηλώνονται μειώνεται, τάση που συνεχίζεται μέχρι το 2002. Το 2003 και το 2004 παρατηρείται μια μικρή αύξηση σε σχέση με το 2002, ενώ το 2005 παρατηρείται μια ιδιαίτερος σημαντική αύξηση. Για το 2006 δεν έχει ολοκληρωθεί η συλλογή των δεδομένων. Φαίνεται πως θα κυμανθεί σε υψηλότερα επίπεδα σε σχέση με το 2005.

7.6.2.3 ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ AIDS

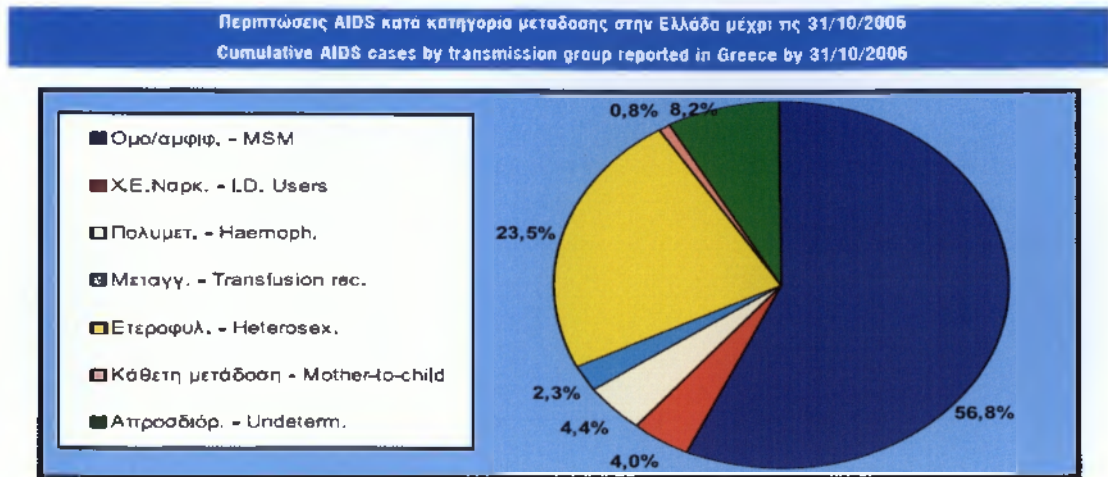
Ο κυριότερος τρόπος μετάδοσης παραμένει η σεξουαλική επαφή μεταξύ ανδρών (56,8%) και ακολουθεί η ετεροφυλοφιλική σεξουαλική επαφή (23,5%). Οι περιπτώσεις οι οποίες μολύνθηκαν μέσω των υπόλοιπων τρόπων μετάδοσης εμφανίζουν μικρά ποσοστά. Οι περιπτώσεις για τις οποίες δεν είναι δυνατό να προσδιοριστεί ο πιθανός τρόπος μόλυνσης ανέρχονται σε 8,2% (Πίνακας 3.67 και σχήμα 3.3).

Πίνακας 3.67

Περιπτώσεις AIDS κατά κατηγορία μετάδοσης και κατά φύλο στην Ελλάδα μέχρι τις 31/10/2006 Cumulative AIDS cases by transmission group and gender reported in Greece by 31/10/2006							
Κατηγορία μετάδοσης	Ανδρες - Males		Γυναίκες - Females		Σύνολο - Total		Transmission group
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	
Ομο/αμφιφυλόφιλοι άνδρες	1556	(66.9)	-	-	1556	(56.8)	Men who have sex with men (MSM)
Χρήστες Ενδοφλέβιων Ναρκωτικών	86	(3.7)	23	(5.6)	109	(4.0)	Injecting Drug Users (IDUs)
Πολυμεταγγιζόμενοι με παράγωγα αίματος	116	(5.0)	5	(1.2)	121	(4.4)	Haemophiliacs/ Coagulation disorder
Μεταγγιζόμενοι	35	(1.5)	28	(6.8)	63	(2.3)	Transfusion recipients
Ετεροφυλόφιλοι	322	(13.8)	323	(78.0)	645	(23.5)	Heterosexuals
Κάθετη μετάδοση	12	(0.5)	11	(2.7)	23	(0.8)	Mother to child
Ακαθόριστοι	200	(8.6)	24	(5.8)	224	(8.2)	Undetermined
Σύνολο	2327	100%	414	100%	2741	100%	Total

Πηγή: Νικολόπουλος *et al.*, 2006, σελ. 27.

Σχήμα 3.3



Πηγή: Νικολόπουλος *et al.*, 2006, σελ. 28.

Για τα HIV οροθετικά άτομα (συμπεριλαμβανομένων των περιπτώσεων AIDS), στον παρακάτω πίνακα φαίνεται η κατηγορία μετάδοσης και το φύλο στην Ελλάδα. Στην κατηγορία μετάδοσης που παραμένει αδιευκρίνιστη σε ποσοστό 22,3%, περιλαμβάνονται άτομα στα οποία δεν είναι δυνατόν να προσδιοριστεί ο τρόπος μετάδοσης ή αρνήθηκαν να δώσουν πληροφορία για το συγκεκριμένο θέμα ή πέθαναν ή χάθηκαν κατά τη διάρκεια παρακολούθησής τους πριν αποσαφηνιστεί η πιθανή πηγή μόλυνσης (Πίνακας 3.68) Αντίστοιχες περιπτώσεις παρατηρούνται και σε άλλες επιδημιολογικές εκδόσεις στην Ευρώπη και τις ΗΠΑ.

Πίνακας 3.68

Συνολικά δηλωθέντα HIV οροθετικά άτομα κατά κατηγορία μετάδοσης και κατά φύλο στην Ελλάδα μέχρι τις 31/10/2006
HIV infections by transmission group and gender reported in Greece by 31/10/2006

Κατηγορία μετάδοσης	Ανδρες - Males		Γυναίκες - Females		Σύνολο* - Total*		Transmission group
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	
Ομο/αμφιφιλικοί	3738	(57,9)	-	-	3738	(46,3)	Men who have sex with men (MSM)
Χρηστές Ενδοφλέβιων Ναρκωτικών	234	(3,6)	63	(4,0)	298	(3,7)	Injecting Drug Users (IDUs)
Πολυμεταγγιζόμενοι με παράγωγα αίματος	219	(3,4)	15	(1,0)	234	(2,9)	Haemophiliacs/ Coagulation disorder
Μεταγγιζόμενοι	56	(0,9)	39	(2,5)	95	(1,2)	Transfusion recipients
Ετεροφιλικοί	784	(12,1)	1067	(67,8)	1857	(23,0)	Heterosexuals
Κάθετη μετάδοση	28	(0,4)	24	(1,5)	53	(0,7)	Mother to child
Ακαθόριστοι	1397	(21,6)	366	(23,3)	1805	(22,3)	Undetermined
Σύνολο	6456	(100,0)	1574	(100,0)	8030	(100,0)	Total

* Περιλαμβάνει και τα περιστατικά των οποίων το φύλο είναι άγνωστο

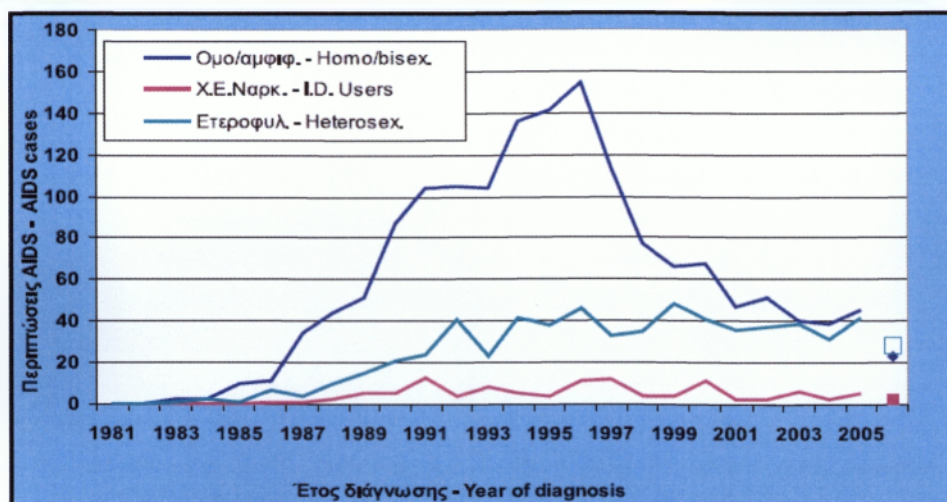
* Including cases of unknown gender

Πηγή: Νικολόπουλος *et al.*, 2006, σελ. 14.

Η ποσοστιαία αναλογία του τρόπου μετάδοσης του AIDS για την κατηγορία των ανδρών που έχουν σεξουαλικές επαφές με άλλους άνδρες εμφανίζει μικρή αύξηση το 2005 σε σχέση με το 2004, ενώ μεγαλύτερη αύξηση παρατηρείται στη μετάδοση μέσω της ετεροφυλοφιλικής σεξουαλικής επαφής. Διαχρονικά το ποσοστό των μολύνσεων που οφείλονται σε χρήση ενδοφλέβιων ναρκωτικών παραμένει αναλογικά χαμηλότερο στην Ελλάδα σε σχέση με τις υπόλοιπες Ευρωπαϊκές χώρες (σχήμα 3.4 και σχήμα 3.5)

Σχήμα 3.4

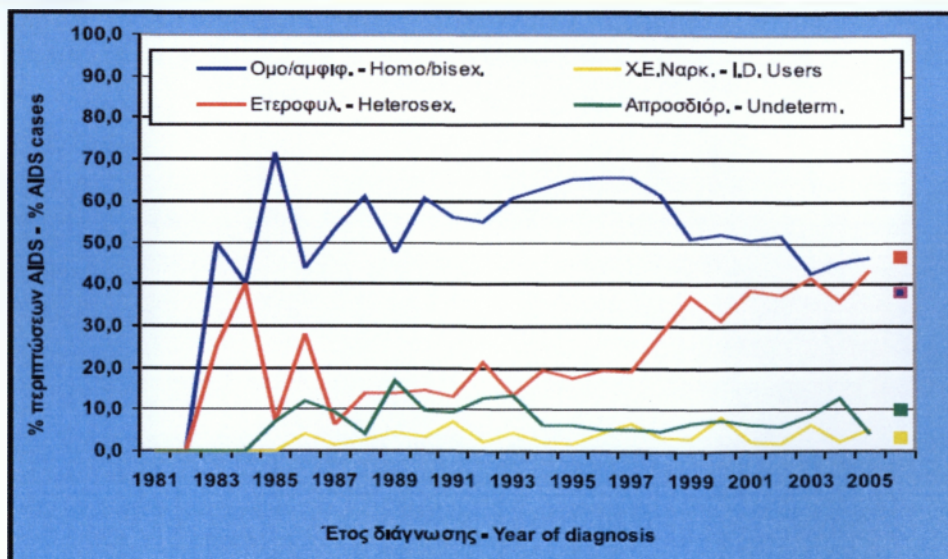
Διαχρονική τάση περιπτώσεων AIDS κατά κατηγορία μετάδοσης στην Ελλάδα
Secular trend of AIDS cases by transmission group reported in Greece



Πηγή: Νικολόπουλος *et al.*, 2006, σελ. 28.

Σχήμα 3.5

Κατηγορίες μετάδοσης περιπτώσεων AIDS (ποσοστιαία αναλογία) στην Ελλάδα
Transmission groups of AIDS cases (percentage) reported in Greece



Πηγή: Νικολόπουλος *et al.*, 2006, σελ. 29.

Η σεξουαλική επαφή αποτελεί τον κυριότερο τρόπο μετάδοσης του HIV. Όπως μπορούμε να παρατηρήσουμε από τους παραπάνω πίνακες. Ωστόσο, τόσο η χρήση ενδοφλέβιων ουσιών καθώς και άλλοι απροσδιόριστοι παράγοντες συμβάλλουν στη μετάδοση του ιού.

7.6.2.4 ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ

Συσσώρευση των περιπτώσεων AIDS κατά το χρόνο διάγνωσης παρατηρείται στις ηλικιακές ομάδες μεταξύ 25 και 49 ετών με επίκεντρο την ηλικιακή ομάδα 30-34 ετών (Πίνακας 3.69, σχήμα 3.6).

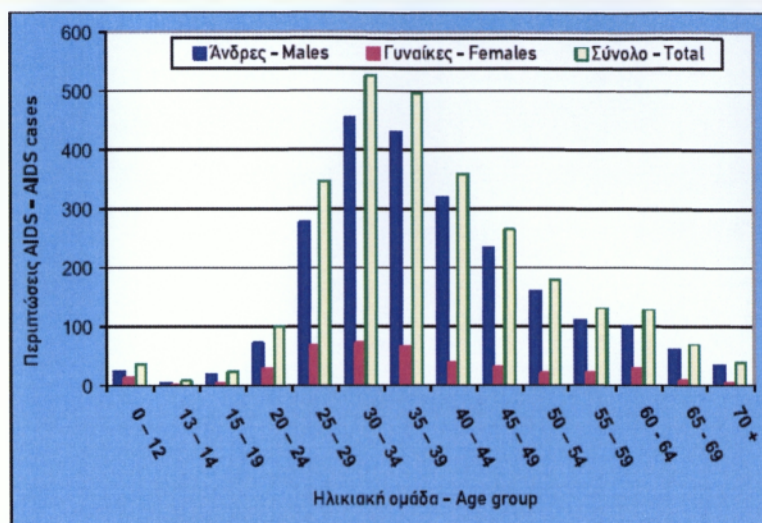
Πίνακας 3.69

Περιπτώσεις AIDS, κατά ηλικιακή ομάδα κατά τη διάγνωση και κατά φύλο στην Ελλάδα μέχρι τις 31/10/2006						
Cumulative AIDS cases by age group at diagnosis and gender reported in Greece by 31/10/2006						
Ηλικιακή ομάδα Age group	Ανδρες - Males		Γυναίκες - Females		Σύνολο - Total	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
0 - 12 ετών - years old	23	(1,0)	13	(3,1)	36	(1,3)
13 - 14 ετών - years old	5	(0,2)	3	(0,7)	8	(0,3)
15 - 19 ετών - years old	18	(0,8)	6	(1,4)	24	(0,9)
20 - 24 ετών - years old	72	(3,1)	28	(6,8)	100	(3,6)
25 - 29 ετών - years old	278	(11,9)	69	(16,7)	347	(12,7)
30 - 34 ετών - years old	453	(19,5)	72	(17,4)	525	(19,2)
35 - 39 ετών - years old	431	(18,5)	66	(15,9)	497	(18,1)
40 - 44 ετών - years old	321	(13,8)	38	(9,2)	359	(13,1)
45 - 49 ετών - years old	233	(10,0)	30	(7,2)	263	(9,6)
50 - 54 ετών - years old	159	(6,8)	21	(5,1)	180	(6,6)
55 - 59 ετών - years old	109	(4,7)	21	(5,1)	130	(4,7)
60 - 64 ετών - years old	99	(4,3)	28	(6,8)	127	(4,6)
65 - 69 ετών - years old	62	(2,7)	7	(1,7)	69	(2,5)
70 + ετών - years old	34	(1,5)	5	(1,2)	39	(1,4)
Άγνωστη - Unknown	30	(1,3)	7	(1,7)	37	(1,3)
Σύνολο - Total	2327	(100,0)	414	(100,0)	2741	(100,0)

Πηγή: Νικολόπουλος *et al.*, 2006, σελ. 31.

Σχήμα 3.6

Περιπτώσεις AIDS κατά ηλικιακή ομάδα κατά τη διάγνωση και κατά φύλο στην Ελλάδα μέχρι τις 31/10/2006
Cumulative AIDS cases by age group at diagnosis and gender reported in Greece by 31/10/2006



Πηγή: Νικολόπουλος *et al.*, 2006, σελ. 31.

Αντίστοιχα για τα HIV οροθετικά άτομα ισχύει (Πίνακας 3.70, σχήμα 3.7).

Πίνακας 3.70

Συνολικά δηλωθέντα HIV οροθετικά άτομα κατά ηλικιακή ομάδα κατά τη δήλωση και κατά φύλο στην Ελλάδα μέχρι τις 31/10/2006
HIV infections by age group at report and gender reported in Greece by 31/10/2006

Ομάδες ηλικιών Age group	Ανδρες Males		Γυναίκες Females		Σύνολο * Total *	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
0 - 12 ετών - years old	47	(0,7)	28	(1,8)	76	(0,9)
13 - 14 » » »	15	(0,2)	3	(0,2)	18	(0,2)
15 - 19 » » »	59	(0,9)	24	(1,5)	83	(1,0)
20 - 24 » » »	341	(5,3)	135	(8,6)	479	(5,9)
25 - 29 » » »	971	(15,0)	339	(21,5)	1310	(16,2)
30 - 34 » » »	1304	(20,2)	280	(17,8)	1587	(19,6)
35 - 39 » » »	1133	(17,5)	216	(13,7)	1350	(16,7)
40 - 44 » » »	775	(12,0)	142	(9,0)	920	(11,4)
45 - 49 » » »	538	(8,3)	97	(6,2)	638	(7,9)
50 - 54 » » »	340	(5,3)	63	(4,0)	403	(5,0)
55 - 59 » » »	265	(4,1)	53	(3,4)	318	(3,9)
60 - 64 » » »	202	(3,1)	65	(4,1)	267	(3,3)
65 - 69 » » »	134	(2,1)	25	(1,6)	161	(2,0)
70 + » » »	95	(1,5)	14	(0,9)	109	(1,3)
Άγνωστη - Unknown	237	(3,7)	90	(5,7)	361	(4,5)
Σύνολο - Total	6456	(100,0)	1574	(100,0)	8030	(100,0)

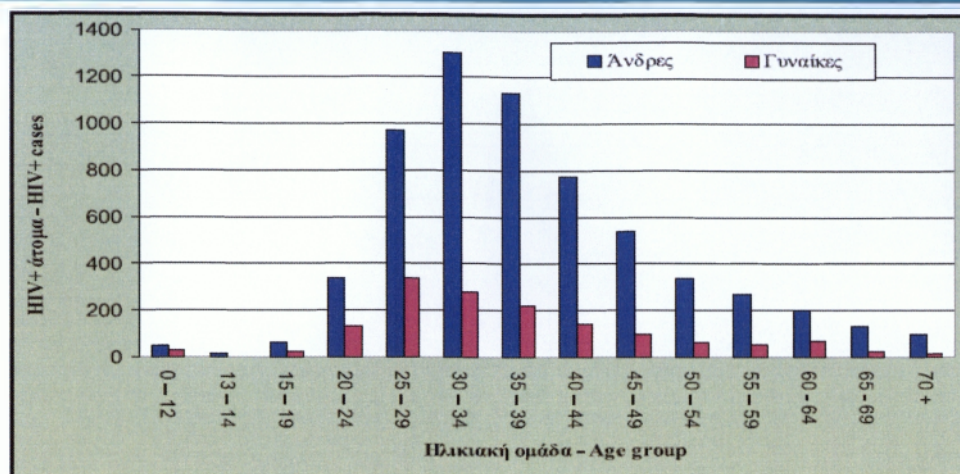
* Περιλαμβάνει και τα περιστατικά των οποίων το φύλο είναι αγνώστο

* Including cases of unknown gender

Πηγή: Νικολόπουλος *et al.*, 2006, σελ. 17.

Σχήμα 3.7

Συνολικά δηλωθέντα HIV οροθετικά άτομα κατά ηλικιακή ομάδα κατά τη δήλωση και κατά φύλο στην Ελλάδα μέχρι τις 31/10/2006
 HIV infections by age group at report and gender reported in Greece by 31/10/2006



HIV οροθετικά παιδιά

Paediatric cases of HIV infection

Πηγή: Νικολόπουλος *et al.*, 2006, σελ. 18.

Από τα παραπάνω φαίνεται ότι η πλειοψηφία από τα δηλωθέντα HIV οροθετικά άτομα ήταν ηλικίας 25 έως 44 ετών κατά τη στιγμή της δήλωσης, ενώ η ηλικιακή ομάδα με τη μεγαλύτερη συχνότητα στους άνδρες ήταν αυτή μεταξύ 30 και 34 ετών και στις γυναίκες η ομάδα των 25-29 ετών.

7.6.2.5 ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ AIDS ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ

Ο συνολικός αριθμός των περιπτώσεων AIDS σε παιδιά στη χώρα μας παραμένει χαμηλός (Πίνακας 3.71).

Πίνακας 3.71

Περιπτώσεις AIDS σε παιδιά κατά ηλικιακή ομάδα κατά τη διάγνωση και κατά φύλο στην Ελλάδα μέχρι τις 31/10/2006
 Cumulative paediatric AIDS cases by age group at diagnosis and gender reported in Greece by 31/10/2006

Ηλικιακή ομάδα Age group	Αγόρια - Males		Κορίτσια - Females		Σύνολο - Total	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
0 - 11 μηνών - mths	6	(26,1)	3	(23,1)	9	(25,0)
1 - 4 ετών - years old	8	(34,8)	7	(53,8)	15	(41,7)
5 - 9 ετών - years old	1	(4,3)	3	(23,1)	4	(11,1)
10 - 12 ετών - years old	8	(34,8)	0	(0,0)	8	(22,2)
Σύνολο - Total	23	(100,0)	13	(100,0)	36	(100,0)

Πηγή: Νικολόπουλος *et al.*, 2006, σελ. 33.

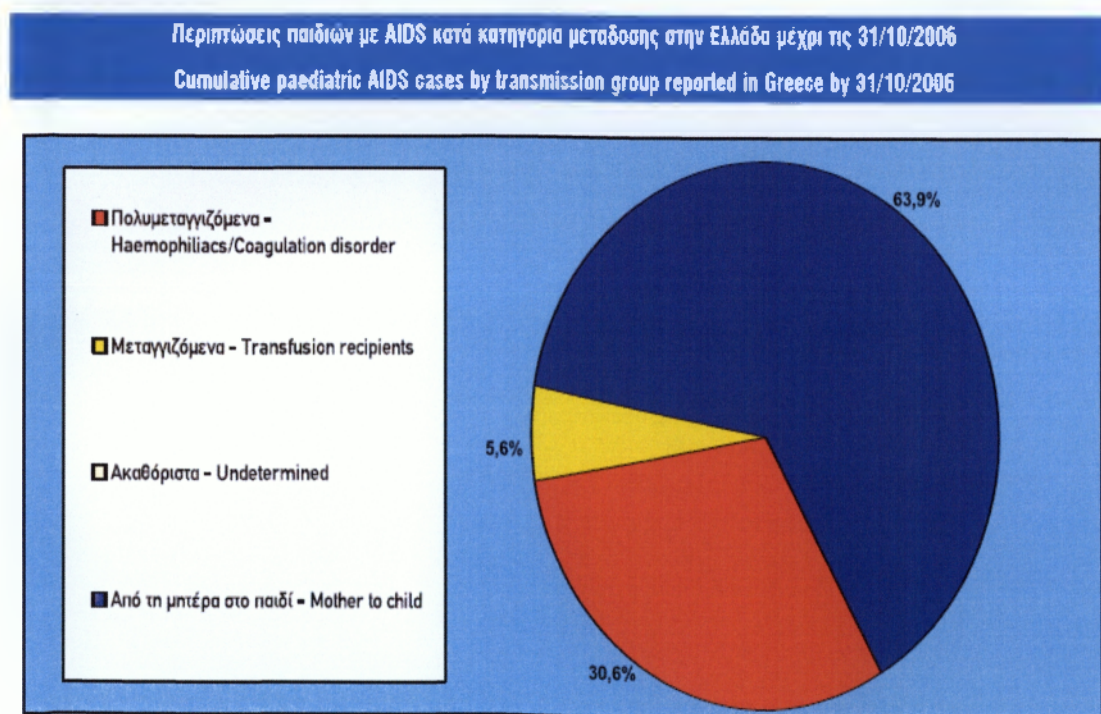
Σε σύνολο 36 παιδιών με AIDS, το 63,9% έχουν μολυνθεί από τη μητέρα τους (Πίνακας 3.72, σχήμα 3.8).

Πίνακας 3.72

Περιπτώσεις παιδιών με AIDS κατά κατηγορία μεταδοσης και κατά φύλο στην Ελλάδα μέχρι τις 31/10/2006							
Cumulative paediatric AIDS cases by transmission group and gender reported in Greece by 31/10/2006							
Κατηγορία μεταδοσης	Αγόρια Males		Κορίτσια Females		Σύνολο Total		Transmission group
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	
Πολυμεταγγιζόμενα	11	(47,8)	0	(0,0)	11	(30,6)	Haemophiliacs/Coagulation disorder
Μεταγγιζόμενα	0	(0,0)	2	(15,4)	2	(5,6)	Transfusion recipients
Ακαθόριστα	0	(0,0)	0	(0,0)	0	(0,0)	Undetermined
Από τη μητέρα στο παιδί	12	(52,2)	11	(84,6)	23	(63,9)	Mother - to - child
Σύνολο	23	100%	13	100%	36	100%	Total

Πηγή: Νικολόπουλος *et al.*, 2006, σελ. 34.

Σχήμα 3.8



Πηγή: Νικολόπουλος *et al.*, 2006, σελ. 34.

Τρεις περιπτώσεις κάθετης μετάδοσης του HIV δηλώθηκαν το 2006 (μέχρι τις 31 Οκτωβρίου). Ο αριθμός των HIV οροθετικών παιδιών (ηλικίας < 13 ετών κατά τη δήλωση)

παραμένει χαμηλός στη χώρα μας και ανέρχεται σε 76 περιπτώσεις από τις οποίες τα 47 (61,8%) είναι αγόρια και τα 28 είναι κορίτσια (36,8%) (Πίνακας 3.73).

Πίνακας 3.73

Συνολικά δηλωθέντα HIV οροθετικά παιδιά κατά ηλικιακή ομάδα κατά τη δήλωση και κατά φύλο στην Ελλάδα μέχρι τις 31/10/2006						
Cumulative paediatric cases of HIV infection by age group at report and gender reported in Greece by 31/10/2006						
Ομάδες ηλικιών Age group	Αγόρια Males		Κορίτσια Females		Σύνολο * Total *	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
0 - 11 μηνών - mths	8	(17,0)	5	(17,9)	14	(18,4)
1 - 4 ετών - years old	15	(31,9)	15	(53,6)	30	(39,5)
5 - 9 » »	8	(17,0)	7	(25,0)	15	(19,7)
10 - 12 » »	16	(34,0)	1	(3,6)	17	(22,4)
Σύνολο - Total	47	(100,0)	28	(100,0)	76	(100,0)

* Περιλαμβάνει και τα περιστατικά των οποίων το φύλο είναι άγνωστο

* Including cases of unknown gender

Πηγή: Νικολόπουλος *et al.*, 2006, σελ. 18.

Το 69,7% έχουν μολυνθεί από τη μητέρα τους ενώ το 15,8% ήταν πολυμεταγγιζόμενα παιδιά (Πίνακας 3.74).

Πίνακας 3.74

Συνολικά δηλωθέντα HIV οροθετικά παιδιά κατά κατηγορία μετάδοσης και κατά φύλο στην Ελλάδα μέχρι τις 31/10/2006							
Cumulative paediatric cases of HIV infection by transmission group and gender reported in Greece by 31/10/2006							
Κατηγορία μετάδοσης	Αγόρια Males		Κορίτσια Females		Σύνολο * Total *		Transmission group
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	
Πολυμεταγγιζόμενα παιδιά	12	(25,5)	0	(0,0)	12	(15,8)	Haemophiliacs/Coagulation disorder
Μεταγγιζόμενα παιδιά	3	(6,4)	3	(10,7)	6	(7,9)	Transfusion recipients
Ακαθόριστα	4	(8,5)	1	(3,6)	5	(6,6)	Undetermined
Απο τη μητέρα στο παιδί	28	(59,6)	24	(85,7)	53	(69,7)	Mother - to - child
Σύνολο	47	(100,0)	28	(100,0)	76	(100,0)	Total

* Περιλαμβάνει και περιστατικά των οποίων το φύλο είναι άγνωστο

* Including cases of unknown gender

Πηγή: Νικολόπουλος *et al.*, 2006, σελ. 19.

Από τα παραπάνω φαίνεται πως παρότι ο συνολικός αριθμός των περιπτώσεων AIDS είναι χαμηλός, σε σύνολο 36 παιδιών με AIDS, το 63,9% έχουν μολυνθεί από τη μητέρα τους, ποσοστό συγκρίσιμο με αυτό των HIV οροθετικών ατόμων.

7.6.2.6 ΘΑΝΑΤΟΙ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ AIDS

Ο αριθμός των θανάτων σε ασθενείς με AIDS που δηλώθηκαν το 2006 (μέχρι τις 31 Οκτωβρίου) ανέρχεται σε 27 άτομα (Πίνακας 3.75).

Πίνακας 3.75

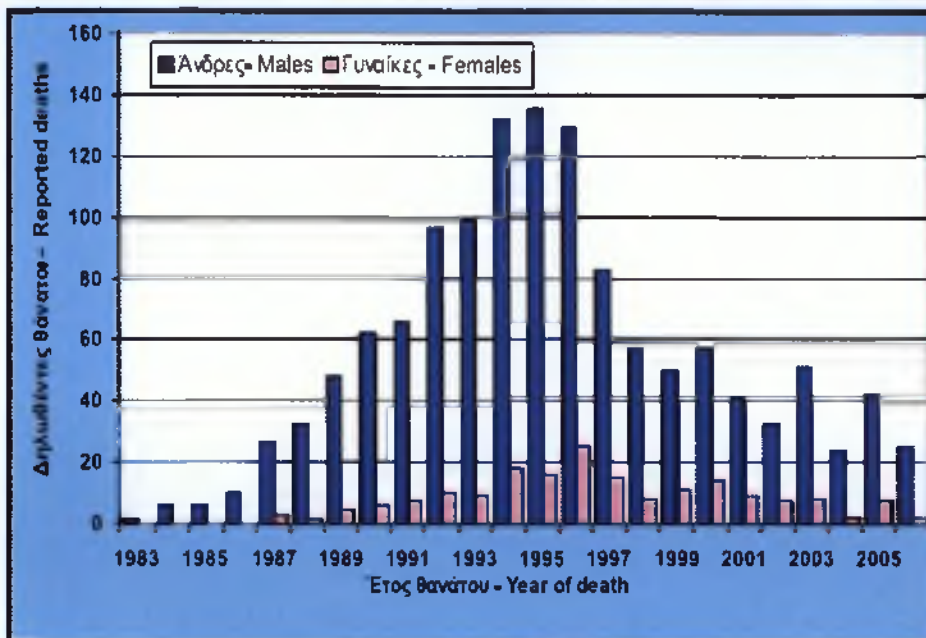
Δηλωθέντες θάνατοι σε ασθενείς με AIDS κατά έτος θανάτου και κατά φύλο στην Ελλάδα μέχρι τις 31/10/2006					
Deaths among AIDS cases by year of death and gender reported in Greece by 31/10/2006					
Έτος θανάτου Year of death	Ανδρες - Males		Γυναίκες - Females		Σύνολο Total
	N	(%)	N	(%)	
1983	1	(100,0)	0	(0,0)	1
1984	6	(100,0)	0	(0,0)	6
1985	6	(100,0)	0	(0,0)	6
1986	10	(100,0)	0	(0,0)	10
1987	27	(90,0)	3	(10,0)	30
1988	32	(97,0)	1	(3,0)	33
1989	48	(92,3)	4	(7,7)	52
1990	62	(91,2)	6	(8,8)	68
1991	66	(90,4)	7	(9,6)	73
1992	97	(90,7)	10	(9,3)	107
1993	99	(91,7)	9	(8,3)	108
1994	132	(88,0)	18	(12,0)	150
1995	135	(89,4)	16	(10,6)	151
1996	129	(83,8)	25	(16,2)	154
1997	83	(84,7)	15	(15,3)	98
1998	57	(87,7)	8	(12,3)	65
1999	50	(82,0)	11	(18,0)	61
2000	57	(80,3)	14	(19,7)	71
2001	41	(82,0)	9	(18,0)	50
2002	32	(82,1)	7	(17,9)	39
2003	51	(86,4)	8	(13,6)	59
2004	24	(92,3)	2	(7,7)	26
2005	42	(85,7)	7	(14,3)	49
31/10/2006	25	(92,6)	2	(7,4)	27
Άγνωστο / Unknown	14	(73,7)	5	(26,3)	19
Σύνολο - Total	1326	(87,6)	187	(12,4)	1513

Πηγή: Νικολόπουλος *et al.*, 2006, σελ. 35.

Η σημαντική μείωση στον αριθμό των θανάτων η οποία ξεκίνησε το 1997 οφείλεται στην εισαγωγή των νέων θεραπευτικών προσεγγίσεων οι οποίες καθυστερούν σημαντικά την εξέλιξη της νόσου (σχήμα 3.9).

Σχήμα 3.9

Δηλωθέντες θάνατοι σε ασθενείς με AIDS κατά έτος θανάτου και κατά φύλο στην Ελλάδα
Deaths among AIDS cases by year of death and gender reported in Greece



Πηγή: Νικολόπουλος *et al.*, 2006, σελ. 36.

Από τα παραπάνω δεδομένα, φαίνεται πως η μεγάλη πλειοψηφία των θανάτων ήταν σε άνδρες και αντανακλά τη μεγάλη αναλογία των ανδρών επί του συνόλου (Στρατηγός, 2004, σελ. 5-677, Centers for Disease Control, 1982, pp 507-14, Centers for Disease Control, 1985, pp 373-5, World Health Organization, 1986, pp 69-72, World Health Organization, 1988, pp 1-7, Rosenberg, 1990, pp 49-54, European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS, 1993, pp 23-28, European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS, 1995, pp 46-53, Euro HIV, 2005, Euro HIV, 2006).

7.7 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΑΡΚΩΜΑΤΟΣ ΚΑΡΟΣΙ

7.7.1 ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Η επιδημιολογία του ΚΣΚ ποικίλει πολύ, ανάλογα με τη γεωγραφική περιοχή, την ηλικία και το γένος. Στις ΗΠΑ βρέθηκε ότι η ετήσια επίπτωση του ΚΣΚ ήταν 0,34 και

0,08 για κάθε 100.000 κατοίκους άνδρες και γυναίκες αντίστοιχα. Οι αντίστοιχοι αριθμοί για τη Νέα Νότια Ουαλία στην Αυστραλία ήταν 0,065 και 0,29. Στις χώρες της Μεσογειακής λεκάνης, το ΣΚΣ είναι πολύ πιο συχνό και έχει υπολογιστεί ότι η ετήσια επίπτωση για κάθε 100.000 πληθυσμού είναι 0,62 για τους άνδρες και 0,32 για τις γυναίκες (η μέση τυποποιημένη για την ηλικία επίπτωση είναι 0,47 ανά 100.000 συνολικού πληθυσμού ετησίως) στην Ελλάδα, ή 1,02 και 0,31 αντιστοίχως στην Ιταλία (Κατσάμπας *et al*, 2001, σελ. 546-547).

Εστίες ΚΣΚ έχουν περιγραφεί στη Σαρδηνία, την Ιταλία, στην Πελοπόννησο και στην Ελλάδα. Στα βόρεια κράτη της Ευρώπης έχουν αναφερθεί χαμηλότερα ετήσια ποσοστά επίπτωσης, π.χ. 0,40 και 0,14 για κάθε 100.000 κατοίκους ετησίως για άνδρες και γυναίκες αντίστοιχα, στη Σουηδία ή 0,014 και για τα δύο φύλλα στην Αγγλία και την Ουαλία (Κατσάμπας *et al*, 2001, σελ. 546-547).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ανακεφαλαιώνοντας όλα τα παραπάνω, μπορούμε να πούμε πως τα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα ή Αφροδίσια Νοσήματα, είναι ασθένειες που μεταδίδονται κατά τη σεξουαλική επαφή, είτε αυτή είναι στοματική είτε πρωκτική είτε των γεννητικών οργάνων. Τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα αποτελούν μια ομάδα λοιμωδών νόσων με διαρκώς αυξανόμενη συχνότητα εμφάνισης παγκοσμίως. Σε πολλά αφροδίσια νοσήματα εμφανίζονται βλάβες στην περιοχή των γεννητικών οργάνων όμως, κάθε μία από τις παραπάνω νόσους έχει διαφορετική βαρύτητα και η νοσηρότητά της ποικίλει.

Στην Χώρα μας τα συνηθέστερα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα είναι οι πιο πολλές κολπίτιδες, οι ουρολοιμώξεις, τα κονδυλώματα και ο έρπης των γεννητικών οργάνων. Έχουμε δηλαδή δυο μεγάλες ομάδες από μικροοργανισμούς και ιούς που προκαλούν αυτά τα νοσήματα. Πιο γνωστά είναι οι κολπίτιδες από κόκκους, βακτηρίδια, τριχομονάδες, σαπρόφυτα, τοξόπλασμα και Χλαμύδια. Οι πιο σοβαρές αλλά και πιο... σύγχρονες είναι το AIDS, ο έρπης των γεννητικών οργάνων και τα χλαμύδια. Πριν από δύο τρεις αιώνες, η σύφιλη ήταν η μάλιστα που θέριζε εκατοντάδες χιλιάδες ανθρώπους σε όλο τον κόσμο. Στις ημέρες μας η γονόρροια και η σύφιλη θεραπεύονται εντελώς με αντιβιοτικά όπως είναι η πενικιλίνη. Οι ψείρες του εφηβαίου ("καβούρια" ή "καβουρόψειρες") ξεριζώνονται και εξολοθρεύονται με ειδικό σαμπουάν, όπως ακριβώς και οι ψείρες στα μαλλιά του κεφαλιού. Όσο για τις τριχομονάδες και τη μυκητίαση, αντιμετωπίζονται αποτελεσματικά με ισχυρές θεραπείες.

Η ορολογία και οι «επιστημονικές εξηγήσεις» τρομάζουν τις περισσότερες φορές τους ασθενείς, παρά τους βοηθούν να καταλάβουν αν όχι τι έχουν, τουλάχιστον, τι να κάνουν. Γι' αυτό, ακριβώς, στην παρούσα εργασία, έγινε προσπάθεια να αναλυθεί κάθε ασθένεια με τέτοιο τρόπο ώστε να μπορεί να δώσει τις απαραίτητες πληροφορίες και να βοηθήσει στη σωστή αντιμετώπιση και θεραπεία των λοιμώξεων αυτών.

Σήμερα διαθέτουμε απaráμιλλη γνώση για τις STI, τους αιτιολογικούς παράγοντες, τις διαγνωστικές τεχνικές, τα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά και το γενικό πλαίσιο θεραπείας. Παρόλα αυτά η πρόκληση εξακολουθεί να υπάρχει και να προβάλλει. Αντιμετωπίζουμε ένα διογκούμενο κύμα λοιμώξεων που προέρχονται από τις κοινωνίες μας και μια πλημμυρίδα εισαγόμενων λοιμώξεων, παρά τις σημαντικές γνώσεις μας και τα διαθέσιμα μέσα διάγνωσης και θεραπείας. Άλλωστε, οι κοινωνικοοικονομικές και

υγειονομικές συνέπειες από την εμφάνιση των Αφροδίσιας Νοσημάτων, όπως φαίνεται και από την παρούσα εργασία είναι πολλαπλές και αρκετά σημαντικές.

Δεν θα πρέπει να ξεχνάμε πως στόχος δεν είναι να κάνουμε την ιατρική παντού ίδια ή να επιμείνουμε στην εφαρμογή διεθνών προτύπων, αλλά να κάνουμε την ιατρική πιο φιλική και προσβάσιμη για τον κάθε ασθενή. Οι εθνικές αρχές πρέπει να κατανοήσουν ότι ο σεβασμός της αυτονομίας των ασθενών μέσω μιας ανώνυμης και οικειοθελούς προσέγγισης δεν είναι μόνο απαραίτητος και εφικτός, αλλά συνιστά επίσης μια πολύ πιο αποτελεσματική προσέγγιση στον έλεγχο των ασθενειών, η οποία μπορεί να αυξήσει τον αριθμό αυτών που επιζητούν τη θεραπεία και να έχει ως αποτέλεσμα πιο ακριβή στατιστικά στοιχεία για την υγεία. Ο ρόλος του κράτους λοιπόν, στην παροχή φροντίδας υγείας, θα πρέπει να ενισχύεται αντί να αποδυναμώνεται. Η συνεργασία του με γιατρούς σε οργανωμένες υγειονομικές μονάδες, με ενημερωμένους, όσο το δυνατόν περισσότερο, ασθενείς θα αυξήσουν τις προοπτικές καταπολέμησης.

Με την εξιστόρηση των πραγματικών γεγονότων στην παρούσα εργασία, από περιστατικά, που έχουν αντιμετωπιστεί (επιδημιολογικά στοιχεία), πλουτίζετε η γνώση μας. Η γνώση των γεγονότων και την παροχή συμβουλών, ως προς το τι πρέπει να γίνει στις δύσκολες στιγμές, πώς να αποφευχθούν τα λάθη, πώς να γίνουν κατανοητά τα συμπτώματα (που φαίνονται) και ακόμα περισσότερο πώς να αντιμετωπιστούν τα προβλήματα, που θα παρουσιαστούν, χωρίς προκαταλήψεις, προλήψεις ή συμβουλές από άσχετα άτομα, είναι πολύ σημαντικοί παράγοντες. Τελικός σκοπός όλων θα είναι η σωστή πρόληψη και θεραπεία. Τα περισσότερα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα γενικώς απαντούν καλά σε συγκεκριμένες αντιμικροβιακές αγωγές και εν τέλει θεραπεύονται είτε υποχωρούν. Παρ' όλα αυτά λόγω της, συχνά υψηλής, νοσηρότητας και των επιπλοκών τους, η πρόληψη αποτελεί το σημαντικότερο μέσο αντιμετώπισης. Μέτρα προφύλαξης κατά τη σεξουαλική επαφή καθώς και αυστηρή τήρηση των κανόνων υγιεινής των γεννητικών οργάνων θα πρέπει να ακολουθούνται πάντοτε. Η πρόληψη είναι καθαρά το ασφαλές σεξ με το ανδρικό προφυλακτικό, η αποφυγή όσο γίνεται της συχνής αλλαγής σεξουαλικών συντρόφων, και η καθαριότητα τόσο της περιοχής των σεξουαλικών οργάνων αλλά και των χεριών πριν από κάθε επαφή. Πρόληψη επίσης πραγματοποιείται με ιατρικά "check up" τακτικά, ώστε να αποφευχθεί ο κίνδυνος επαναμολύνσεως.

Συμπερασματικά υπογραμμίζεται η σημασία της μελέτης και της αντιμετώπισης των Αφροδίσιας νόσων ή καλύτερα των Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων, από μια άλλη οπτική γωνία, βλέποντας τις πραγματικές διαστάσεις του προβλήματος από σύγχρονες θέσεις σύμφωνα με τις οδηγίες του ΠΟΥ. Εκείνο που δίνει επίσης καθοριστική

σημασία στο περιεχόμενο των νοσημάτων αυτών είναι η ανάδυση πολλαπλών δευτερογενών ιατρο-κοινωνικών και κυρίως ψυχολογικών ή ακόμη ψυχιατρικών προβλημάτων που συνοδεύουν τα νοσήματα αυτά. Η αντίδραση κάθε ανθρώπου στην οποιαδήποτε ασθένεια ποικίλλει ανάλογα με την προσωπικότητά του, την πολιτισμική του προικοδότηση, τις προσωπικές και οικογενειακές εμπειρίες του και τις τρέχουσες συνθήκες της ζωής του. Όμως, δεν θα πρέπει να ξεχνάμε, πως η αντίδραση των ανθρώπων στα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα συνδέεται επιπροσθέτως με αισθήματα ντροπής και ενοχής και με το κοινωνικό στίγμα που τα περιβάλλει. Αυτό συμβαίνει ακόμη και στη σημερινή «απελευθερωμένη» δυτική κοινωνία που συχνά στέκει και αυτή αμήχανη και επικριτική, έστω και συγκαλυμμένα, απέναντι σε πάσης φύσεως σεξουαλικά ζητήματα και σε σεξουαλικές συμπεριφορές που μέχρι σήμερα αντιμετωπίζονται με κοινωνική και θρησκευτική προκατάληψη. Βέβαια δεν θα πρέπει να ξεχάσουμε την ανησυχία που διακατέχει τους ασθενείς για μια ενδεχόμενη βλάβη στα γεννητικά όργανα καθώς και την αγωνία τους για μια πιθανή απόρριψη από τον κοινωνικό και οικογενειακό μας περίγυρο. Έτσι, η νόσηση από ΣΜΝ οδηγεί συχνά σε μείωση της αυτοπεποίθησης με μεγάλο ψυχολογικό κόστος (άγχος, κατάθλιψη). Οι συμβουλευτικές παρεμβάσεις στα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα, όταν χρειάζεται, μπορούν να διαμορφωθούν τόσο σε κοινωνικό / ομαδικό επίπεδο (προγράμματα ενημέρωσης και πρόληψης), όσο και σε επίπεδο ιατρικής συμβουλευτικής (ο θεράπων ιατρός π.χ. ουρολόγος, δερματολόγος) που παρέχει την απαιτούμενη στήριξη και καθοδήγηση στον ασθενή και την οικογένειά του. Σε περιπτώσεις που υπάρχει ανάγκη εκτεταμένης ψυχολογικής παρέμβασης ή τέτοια συμπτώματα που να διακυβεύουν τη λειτουργικότητα ή τη συμμόρφωση του ασθενούς με τη θεραπεία, είναι απαραίτητη η βοήθεια από ψυχιάτρους ή ειδικευμένους ψυχοθεραπευτές. Ο γιατρός θα πρέπει να είναι ιδιαίτερα ευαίσθητος στην επικοινωνία του ασθενούς καθώς αυτή μπορεί να δίνει μόνο εξωλεκτικές ενδείξεις της απομόνωσης και της δυστυχίας του, αφού η προσωπικότητα του ασθενούς, παίζει σημαντικό ρόλο στο είδος των μηχανισμών στήριξης που θα επιλεγούν.

Μεγάλες προοπτικές ανοίγονται επίσης στον τομέα της προληπτικής ιατρικής, μετά βέβαια από την κατανόηση των υφιστάμενων προβλημάτων. Προγράμματα ενημέρωσης στα Σχολεία και στα Πανεπιστήμια, επιμορφωτικές ομάδες για τη χρήση προφυλακτικών, κοινοτικά προγράμματα επιμόρφωσης και τηλεοπτικές εκπομπές ή ακόμη και χρήση τηλε-ιατρικής για απομακρυσμένες περιοχές αποτελούν βιώσιμες και δημιουργικές τακτικές στην προσπάθεια ενημέρωσης και προφύλαξης από τα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα. Η παρούσα εργασία, είναι μια καθοδήγηση, ένας οδηγός στην προληπτική

ιατρική. Μόνο η προληπτική ιατρική αντιπροσωπεύει την ιδέα της δυνατότητας να προστατεύουμε την υγεία του ανθρώπου στον υψηλότερο βαθμό. Το μυστικό δεν είναι να δίνουμε φάρμακα ή να χειρουργούμε τους ασθενείς. Αυτό κοστίζει σε χρήμα, χρόνο, είναι ψυχική και σωματική καταπόνηση. Ένας και μόνο λοιπόν, είναι ο καλύτερος τρόπος για αν θεραπεύσουμε, απλά να βοηθήσουμε τον άνθρωπο μέσα από τη γνώση: όσο είναι δυνατό να αποφεύγει την αρρώστια, δηλαδή να μην αρρωσταίνει. Είναι ακριβώς, όπως αυτό που λένε οι μεγάλοι δάσκαλοι της πολεμικής τέχνης. «Η πραγματική νίκη σε μια μάχη είναι να αποτρέψεις τη μάχη». Ας μη ξεχνάμε κι εμείς ότι, η ιατρική πράξη είναι μια μάχη, μια μάχη ενάντια στα μικρόβια, τις αρρώστιες, τα ατυχήματα και τον κάθε ανθρώπινο πόνο.

ΠΗΓΕΣ

ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΕΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΕΙΣ

- www.go2.com.cy/main/default.aspx?mid=1022&TabID=155&ItemID=7591
- www.megalaser.gr/html/publications.html
- www.iator.gr/falaggas/sexnosimata.htm
- http://3lyk-argyr.att.sch.gr/arg/glyk/gl01_1_4.htm
- www.womanshealth.gr
- <http://el.wikipedia.org/wiki/>
- www.med.upatras.gr/site/dermatology/days1_2/study_guide_pgs_1_13.pdf
- www.woman-on-top.gr/?p=41
- www.iatronet.gr/article.asp?art_id=338 - 23k –
- news.pathfinder.gr/interviews/panoskaltsis.html
- www.gyn.gr/articles.asp?id=2&page=12
- www.iatronet.gr/article.asp?art_id=1113
- www.medlook.net/article.asp?item_id=720
- de.wikipedia.org/wiki/Psoriasis
- www.10percent.gr/issues/200406/26.html
- learningat.ke7.org.uk/.../aids%20in%20africa.htm
- www.unicef.gr/reports/aids2002.php
- www.hri.org/.../bbc/2001/01-11-28.bbc.html
- www.femme.gr
- www.woman-on-top.gr
- www.volkskrantblog.nl/bericht/123923
- www.cellscience.com/AIDS.html
- www.alertnet.org/.../112178398341.htm
- members.aol.com/akaunzner/karten/aids.htm
- pathmicro.med.sc.edu/lecture/HIV3.htm
- dim-rizou.pel.sch.gr/papers/dek2003/image009.jpg
- www.itcilo.org/.../telearn/osh/aids/aids.jpg
- www.teenaid.org/.../images/whatIsAIDS-pic3.gif
- www.keelpno.gr
- health.in.gr

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Γιαννόπουλος Ν., (1982), *Κλινική, επιδημιολογική και μυκητολογική μελέτη των δερματομυκητιάσεων της μείζονος περιοχής Θεσσαλονίκης. Διατριβή επί Διδακτορία.*
- Γιαννόπουλος Ν., (1985), *Μαθήματα Δερματολογίας*, σελ. 229-237, ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα.
- Γκούβρα Μ., Πετρίδου Ε., (1992), *AIDS, Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας, ρωτό και μαθαίνω για το AIDS*, Σύντομος οδηγός διδασκαλίας για την πρόληψη του AIDS, Αθήνα.
- Ελληνική Επιθεώρηση Δερματολογίας Αφροδισιολογίας, Ιούλιος-Σεπτέμβριος 2001*, (2001), Τριμηνιαία έκδοση Νοσοκομείου «Α. Συγγρός», Τόμος 12, Τεύχος 3, Αθήνα.
- Θωμόπουλος Δ., (1993), *Λοιμώδη νοσήματα από ιούς και μονοκυττάριους μικροοργανισμούς*, Επιστημονικές εκδόσεις "Γρηγόριος Παρισιανός", Αθήνα.
- Καπετανάκης Ι., (1971), *Δερματολογία Αφροδισιολογία*, Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα.
- Κάντε ένα Check –Up, (2004), Έκδοση της Modern Times για την εφημερίδα κόσμος του Επενδυτή, Τεύχος 9.
- Κατσάμπας Α.Δ and Lotti T.M, (2001), *Ευρωπαϊκός οδηγός, Θεραπευτική των Δερματικών Νοσημάτων*, 2^η έκδοση, Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιανού Α.Ε.
- Κουμαντάκη-Μαθιουδάκη Ε., (2001), *Θεραπευτικοί Πίνακες Από: Μυκητιασικές Λοιμώξεις του Δέρματος*, 255-268, Εκδόσεις Καυκάς, Αθήνα.
- Νικολόπουλος Γ. *et al.*, (2006), Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων. Δελτίο Επιδημιολογικής Επιτήρησης της HIV/AIDS λοίμωξης στην Ελλάδα, 31-10-2006 (Τεύχος 21), Αθήνα.
- Παρίσης Ν., Στρατηγός Ι., Ανυφαντάκης Ν., (1975), *Αφροδίσια νοσήματα στην Ελλάδα κατά τα έτη 1956-1972*. Επιδημιολογική μελέτη. Πρακτικά 1^{ου} Πανελληνίου Ιατρικού Συνεδρίου, 465-469, Αθήνα.
- Στρατηγός Ι., Μιχαλόπουλος Μ., έκδοση 1983, Αρχ. Νοσοκ. «Α. Συγγρός».
- Στρατηγός Ι., Τζάλα Ε., Χασάπη Β και συν., (2000) *Επιδημιολογική πορεία επιλεγμένων σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων στην Ελλάδα στη διάρκεια 23 ετών (1974-1996)*. Ελλ. Επιθ. Δερματολ. Αφροδισιολ., 11:171-177.
- Στρατηγός Ι., Βαρελτζίδης Α., Θεοδωρίδης Α., Περίσσιος Α., Κατσάμπας Α., Γεωργάλα Σ., Σταυριανέας Ν., Κουμαντάκη-Μαθιουδάκη Μ., Αυγερινού Γ., Χαντζής Ι., (1985) *Μαθήματα Δερματολογίας-Αφροδισιολογίας, Κλινική Δερματικών και Αφροδίσιων Νόσων του Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο «Α.Συγγρός»*, Επιστημονικές εκδόσεις Γρηγόριος Κ. Παρισιανός, Αθήνα.

Στρατηγός Ι., (2004), *Αφροδισιολογία, Σεξουαλικά Μεταδιδόμενες Λοιμώξεις και Δερματοπάθειες των Γεννητικών οργάνων*, Επιστημονικές εκδόσεις Παρισσιανού.

Φωτεινός Γ., (1921), *Σωθείτε από τα Αφροδίσια Πάθη, Σύφιλιν, Βλεννόρροϊαν, Μαλακά έλκη, Συμβουλές για τους αρρώστους και για τους υγιείς*, Υπουργείο εσωτερικών, Διεύθυνση δημοσίας υγείας και δημοσίας αντιλήψεως, Αθήνα.

Αγγλική Βιβλιογραφία

Adimora AA, Hamilton H, Homes KK, Sparling PE., (1994), *Sexually Transmitted Diseases*, 2nd Edition, pp 1-9, New York: Mc Graw-Hill.

Adler MW, (1990), *Epidemiology of sexually transmitted diseases*. In: Csonka GW, Oates JK (eds) *Sexually Transmitted Diseases. A Textbook of Genitourinary Medicine*, pp 6-16, London: Bailliere Tindall.

Buchanan TM *et al.*, (1980), *Gonococcal salpingitis is less likely to recur with Neisseria Gonorrhoeae of the same principal outer membrane protein antigen type*. Am J Obstet Gynecol, 138:978.

Brown TJ, Yen-Moore A, Tyring SK., (1999), *An overview of sexually transmitted diseases*. Part I., J Am Acad Dermatol; 41: 511-529.

Centers for Disease Control, (1982), *Update on acquired immune deficiency syndrome (AIDS) – United States*. Morbidity and Mortality Weekly Report, 31: 507-14.

Centers for Disease Control, (1985), *Revision of the case definition of acquired immunodeficiency syndrome for national reporting – United States*. Morbidity and Mortality Weekly Report, 34: 373-5.

Centers for Disease Control, (1987) *Revision for the CDC surveillance case definition for aquired immunodeficiency syndrome*. Morbidity and Mortality Weekly Report, 36: no1S.

Cunningham AL, Mindel A, Dwyer DE., (2000), *Global epidemiology of sexually transmitted diseases*. In: Stanberry LR, Bernstein DI (eds) *Sexually Transmitted Diseases. Vaccines, Prevention and Control*. San Diego: Academic Press, pp 3-42.

Dermatology in Europe, (Sept 1989), *Proceeding of the 1st Congress of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 25-28, Florence, Italy.

Eschenbach DA, Holmes KK., (1975), *Acute pelvic inflammatory disease: Current concepts of pathogenesis, etiology and management*. Clin Obstet Gynecol, 18:35.

Eschenbach DA, (1980), *Epidemiology and diagnosis of acute pelvic inflammatory disease*. Obstet Gynecol, 55 (Suppl): 142.

EuroHIV, (2005), *HIV/AIDS Surveillance in Europe. Mid-year report 2004*, No.71, Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire.

EuroHIV, (2006), *HIV/AIDS Surveillance in Europe. Mid-year report 2005*, No.72, Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire.

European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS, (1993), *Revision of the European AIDS surveillance case definition*. AIDS Surveillance in Europe, Quarterly Report, no 37: 23-28.

European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS, (1995), *European case definition for AIDS surveillance in children – revision*. Hiv/aids Surveillance in Europe, Quarterly Report, no 48: 46-53.

Flesh G. *et al.*, (1979), *The intrauterine contraceptive device and acute saplingitis: A multifactor analysis*. Am J Obstet Gynecol, 135:402.

Fox KK, Whittington WL, Levine WC *et al.*, (1998), *Gonorrhoea in the United States, 1981-1996*. Demographic and geographic trends. Sex. Trans. Dis., 25: 386-393.

Freedman D. Balanitis. In: Katsambas AD, Lotti TM (eds), (1999), *European handbook of dermatological treatments*. Springer, 71-72.

Hammer CE, Fox SB., (1969), *Biochemistry of oviductal secretions*. In: Hafez ESE, Bliandau RJ (eds) *The Mammalian Oviduct: Comparative Biology and Methodology*. The University of Chicago Press, 333, Chicago.

Hunter J.A.A, Savin J.A., Dahl M.V., (1989), *Clinical Dermatology*, Blackwell Scientific Publications.

Hutchinson CM, (1994), *Altered clinical presentation of early syphilis in patients with human immunodeficiency virus infection*. Ann Intern Med, 121: 94.

Jung EG, Haas PJ, Brautigam M., *et al.*, (1994), *Systemic treatment of skin candidosis: a randomised comparison of terbinafine and ketoconazole*. Mycoses; 37: 361-365.

Low N, Daker – White G, Barlow D, Pozniak Al., (1997), *Gonorrhoea in inner London: results of the cross-sectional study*. Br. Med. J., 314: 1719-1723.

Meheus A., De Schryer A., (1989), *Sexually transmitted diseases in developing countries*. Curr Opin Infect Dis, 2:25-30.

Mindel A., Sutherland S., (1987), *Primary and secondary syphilis, 20 years' experience*. Epidemiology. Genitourinary Med, 63: 361-364.

Morse A. St., Moreland A.A., Thomson E.S., Homes K.K., (1990), *Sexually Transmitted Disease*, Gower Med. Publ. N.Y.

Nakashima AK., Rolfs RT, Flock ML, *et al.*, (1996), *Epidemiology of syphilis in the United States, 1941 through 1993*. Sex Transm Dis, 23: 16-23.

- Nesemann T., Sauerbey W., Burgdorf W.H.C, (1983), *Fundamentals of Dermatology*. Springer-Verlag, New York, Heidelberg Berlin.
- Norris CC., (1913), *Gonorrhea in Women*. Saunders, 259, Philadelphia.
- Ress E, Annels EH., (1969), *Gonococcal salpingitis*. Br J Vener Dis, 45:205.
- Rook A., Wilkinson D.S., Ebling F.J.G., (1972), *Textbook of Dermatology*, Blackwell Scientific Publications.
- Rosenberg P.A, (1990), *Simple Correction of AIDS Surveillance Data for Reporting Delays*. Journal of Acquired Immune deficiency Syndromes, 3:49-54.
- Stratigos JD, Katoulis AC, Hasapi V. *et al.*, (2001), *An epidemiological study of syphilis incognito, an emerging public health problem in Greece*, Arch Dermatol, 137: 157-160.
- Wise GJ, Silver DA., (1993), *Fungal infections of the genitourinary system*. J. Urol.; 149: 1377-1388.
- World Health Organization, (1986), *WHO/CDC case definition for AIDS*. Weekly Epidemiological Record, 61: 69-72.
- World Health Organization, (1988), *1987 revision of CDC/ WHO case definition for AIDS*. Weekly Epidemiological Record, 63: 1-7.
- Zaias N., (1997), *Candida: a review of clinical experience with Lamisil*. Dermatology, 194 (Suppl): 10-13.