



Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα
Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης
Τμήμα Νοσηλευτικής



« Ο οικογενειακός προγραμματισμός στην ελληνική πραγματικότητα »

Υπεύθυνη Καθηγήτρια : Τσιρώζη Μαρία
Σπουδαστής : Νικόλαος Χατζηανέστης
Α.Μ. : 427

Διδυμότειχο 2014

ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΡΙΑ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω το τμήμα Οικογενειακού Προγραμματισμού της 4^η ΔΥΠΕ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΑΚΗΣ Γ.Ν.Θ. «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ» τον διευθυντή κ. Θ.Θεοδορίδη Ιατρός Γυναικολόγος και τις κ.Κυριαφίνη Γεωργία Μαία, και την κ. Μιχαλάκη Γαρυφαλιά Μαία.

Επίσης από το ΥΦΑΔΙ Νάουσας την κ. Τριανταφυλλίδου Σοφία Νοσηλεύτρια και την κ. Γκανέτσιου Ευαγγελία Γραφίστρια.

Στην Ελλάδα ο Οικογενειακός Προγραμματισμός δεν είναι μια αρκετά δημοφιλής υπηρεσία υγείας, σε σχέση με το εξωτερικό και γι' αυτό το λόγο οι δράσεις του δεν είναι πολύ γνωστές. Στην παρακάτω εργασία θα σας παρουσιάσω και θα αναλύσω το ρόλο του στην ελληνική πραγματικότητα.

Υπεύθυνη καθηγήτρια Τσιρώζη Μαρία

Διδυμότειχο...../...../.....

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	5
ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ^ο	
Ανατομία Γεννητικού Συστήματος	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ^ο	
Το σύστημα των ενδοκρινών αδένων	16
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ^ο	
Οικογενειακός Προγραμματισμός.....	19
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ^ο	
Σεξουαλικότητα και εφηβεία	27
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 ^ο	
Εγκυμοσύνη	33
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 ^ο	
Μέθοδοι Αντισύλληψης	39
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 ^ο	
Έκτρωση	80
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 ^ο	
Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα.....	83
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9 ^ο	
Σεξουαλική Ζωή και ωρίμανση ΑΜΕΑ	97
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10 ^ο	
Ο ρόλος του νοσηλευτή στον οικογενειακό προγραμματισμό.....	101
ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....	102
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	103

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στην σημερινή εποχή έχει γίνει θεωρητικά εφικτό κάθε εγκυμοσύνη να είναι αποτέλεσμα μιας επιθυμητής προσπάθειας. Δυστηχώς, στην πραγματικότητα υπάρχουν δυσκολίες εξαιτίας της ελλιπής ενημέρωσης, των λανθασμένων κοινωνικών προτύπων και των προκαταλήψεων.

Η ιστορία της αντισύλληψης είναι παλαιά, αλλά ο συνειδητός έλεγχος των γεννήσεων είναι χαρακτηριστικό της σύγχρονης κοινωνίας. Πρέπει να επισημανθεί ότι η μέθοδος της έκτρωσης δεν αποτελεί μέθοδο αντισύλληψης, καθώς οδηγεί στην υπογεννητικότητα και όχι στον έλεγχο των γεννήσεων. Ο Οικογενειακός Προγραμματισμός (Ο.Π.) διαφοροποιείται από τον έλεγχο των γεννήσεων, ο οποίος εφαρμόζεται σε χώρες όπου υπάρχει το πρόβλημα του υπερπληθυσμού. Ο βασικός στόχος του Ο.Π. είναι η παροχή επιστημονικής ενημέρωσης, καθώς και όλων των ενδεδειγμένων μέσων σε κάθε ζευγάρι, ώστε να ρυθμίζει ελεύθερα την ανάπτυξη και το μέγεθος της οικογένειάς του. Απαραίτητη προϋπόθεση για την επίτευξη αυτού του στόχου είναι η διάδοση και η ορθή χρήση των μέσων αντισύλληψης, η γνώση μέτρων με τα οποία αντιμετωπίζεται η στειρώση και η παροχή συμβουλών σε θέματα ευγονικής, σεξουαλικής αγωγής και πρόληψης των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων.

Ο οικογενειακός προγραμματισμός ασχολείται επίσης με τα προβλήματα υγείας, τα οποία σχετίζονται με την σεξουαλικότητα και την αναπαραγωγή. Τώρα πλέον είναι πασιφανές ότι η υγεία και η ποιότητα ζωής των ανθρώπων βελτιώνονται, όταν είναι σε θέση να αποφασίσουν και να προγραμματίσουν το μέγεθος της οικογένειάς του, τον αριθμό των παιδιών και το χρόνο που θέλουν να τα αποκτήσουν.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Εκατομμύρια έφηβοι και έφηβες παγκοσμίως είναι σεξουαλικά ενεργοί και βρίσκονται στον κίνδυνο μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης και των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων. Η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση των νέων παρέχει τις απαραίτητες γνώσεις για την ανάπτυξη υγιών σχέσεων. Τα κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού έχουν αναλάβει το ρόλο της πληροφόρησης των νέων, προετοιμάζουν τις νεαρές έφηβες για το ρόλο της μητρότητας και οδηγούνται στην ανάπτυξη σεξουαλικών σχέσεων με το αντίθετο φύλο βασιζόμενων στον αμοιβαίο σεβασμό και εμπιστοσύνη. Σημαντικός είναι ο ρόλος της πολιτείας που οφείλει να προωθή τον οικογενειακό προγραμματισμό, ώστε να ενημερώνονται οι έφηβοι.

Η ασφαλέστερη μέθοδος αποφυγής της εγκυμοσύνης και των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων στην εφηβεία είναι η αποχή, όμως οι έφηβοι δεν προτιμούν την σεξουαλική αποχή. Για αυτούς η επιλογή του ανδρικού ή του γυναικείου προφυλακτικού αποτελούν την καλύτερη προστασία έναντι της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης και των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων. Εδώ καλούνται οι λειτουργοί του οικογενειακού προγραμματισμού να ενημερώνουν και να εκπαιδεύουν τους έφηβους στην έγκαιρη και σωστή τήρηση των κανόνων χρήσης των προφυλακτικών μέσων, ώστε να επιτυγχάνεται το επιθυμητό αποτέλεσμα.

Τέλος, η εγκυμοσύνη στην εφηβική ηλικία έχει αρνητικές συνέπειες κοινωνικές και οικονομικές. Συγκεκριμένα, οι έφηβες έγκυες αναγκάζονται να εγκαταλείψουν τις σπουδές τους, απολύονται από τις δουλειές τους ή δουλεύουν με χαμηλές αποδοχές προκειμένου να επιβιώσουν. Αυτό το φαινόμενο συναντάται κυρίως σε υποανάπτυκτες χώρες, όπου οι έφηβες μητέρες στρέφονται στην πορνεία για να εξασφαλίσουν στέγη και τροφή για αυτές και το παιδί τους. Για αυτό η πολιτεία θα πρέπει να εξασφαλίζει την εύκολη και δωρεάν συμμετοχή όλων των γυναικών, και ιδιαίτερα των εφήβων, σε υπηρεσίες υγείας με τμήματα οικογενειακού προγραμματισμού.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Το γεννητικό σύστημα διακρίνεται στο γεννητικό σύστημα του άρρενος και στο γεννητικό σύστημα του θήλεος.

ΤΟ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΤΟΥ ΑΡΡΕΝΟΣ

Το σύστημα αυτό αποτελείται από τα εξής όργανα

ΟΙ ΟΡΧΕΙΣ

Είναι δυο μεικτοί αδένες, οι οποίοι έχουν μια εξωκρινή μοίρα, που παράγει το σπέρμα και μια ενδοκρινή μοίρα, που παράγει τις ανδρογόνες ορμόνες.

Οι όρχεις βρίσκονται μέσα στο όσχεο και κρέμονται από το σπερματικό τόνο, ο οποίος αποτελείται από το σπερματικό πόρο, από αγγεία και νεύρα. Κάθε όρχις έχει σχήμα και μέγεθος καρυδιού και εμφανίζει δυο επιφάνειες -έξω, έσω-δυο χείλη -πρόσθιο, οπίσθιο- και δυο πόλους - άνω, κάτω. Ο όρχις αποτελείται από τον ινώδη χιτώνα, από τα σπερματικά σωληνάρια, από τη διάμεση ουσία και από αγγεία και νεύρα. Ο ινώδης χιτώνας περιβάλλει τον όρχι, εισέρχεται σ' αυτόν και τον χωρίζει σε λόβια.

Τα σπερματικά σωληνάρια, αρχίζουν κάτω από τον ινώδη χιτώνα και χωρίζονται σε δυο είδη, τα εσπειραμένα – τα οποία παράγουν το σπέρμα - και τα ευθέα - τα οποία μεταφέρουν το σπέρμα.

Μέσα στα σπερματικά σωληνάρια γίνεται η παραγωγή των σπερματοζωαρίων. Η διαδικασία αυτή ονομάζεται σπερματογένεση και αρχίζει σε ειδικά κύτταρα (κύτταρα Sertoli) για να δώσει τα σπερματογόνια και στη συνέχεια τα σπερματοκύτταρα 1ης και 2ας τάξεως που οδηγούν στις σπερματίδες και τέλος στα ώριμα σπερματοζωάρια.

Η διάμεση ουσία, παριστάνει την ενδοκρινή μοίρα του όρχι και αποτελείται από τα κύτταρα του LEYDIG τα οποία 5οίσκονται μέσα στο συνδετικό ιστό, ανάμεσα στα εσπειραμένα σωληνάρια.

Οι όρχεις περιβάλλονται από χιτώνες, οι οποίοι είναι συνέχεια των διαφόρων στιβάδων του πρόσθιου κοιλιακού τοιχώματος. Οι χιτώνες αυτοί, από έξω προς τα μέσα, είναι, α) το όσχεο β) ο δαρτός γ) η κρεμαστήρια περιτονία, δ) ο έξω κρεμαστήρας μυς, ε) ο κοινόσκαιιδίως ελυτροειδής χιτώνας

ΤΟ ΠΕΟΣ

Το πέος είναι το ανδρικό όργανο για τη συνουσία. Η λειτουργία του συνίσταται στο να τοποθετεί το σπέρμα στο εσωτερικό του γυναικείου κόλπου μέσω της εκσπερμάτωσης.

Έχει σχήμα επίμηκες κυλινδρικό και εμφανίζει τρία μέρη. τη βάλανο, το σώμα και τη ρίζα. Η βάλανος χωρίζεται από το σώμα με μια αύλακα, τη βαλανοποστική αύλακα (τον αυχένα του πέους).

Στην κορυφή της βαλάνου, υπάρχει το έξω στόμιο της ουρήθρας. Το σώμα αποτελείται από τα δυο σηραγγώδη σώματα του πέους και το σηραγγώδες σώμα της ουρήθρας ενώ η ρίζα του πέους αποτελείται από τα δυο σηραγγώδη σώματα του πέους.

Το πέος εξωτερικά καλύπτεται από δέρμα, το οποίο, αντίστοιχα προς τη βάλανο, ονομάζεται ακροποσθία ενώ αντίστοιχα προς το σώμα, πόσθη. Κάτω από την πόσθη βρίσκεται η περιτονία του πέους και, κάτω από αυτήν, τα δυο σηραγγώδη σώματα του πέους και το σηραγγώδες σώμα της ουρήθρας.

Κατασκευή των σηραγγωδών σωμάτων: Αποτελούνται από αναστομούμενες αιμοφόρες σήραγγες που τους δίνουν σπογγώδη όψη. Κατά τη στύση του πέους, οι σήραγγες αυτές γεμίζουν με αίμα.

ΓΕΝΝΗΤΙΚΕΣ ΕΚΦΟΡΗΤΙΚΕΣ ΟΔΟΥΣ

Μέχρις ότου ενατοπεθούν στα γυναικεία γεννητικά όργανα, τα σπερματοζώαρια διατρέχουν ορισμένες γεννητικές εκφορητικές οδούς που αποτελούνται από διάφορους αγωγούς. Αυτοί είναι οι εξής:

- **Η ΕΠΙΔΙΔΥΜΙΔΑ**

Είναι μοίρα της εκφορητικής οδού του όρχι και αποτελείται την κεφαλή, το σώμα και την ουρά. Η κεφαλή βρίσκεται πάνω στον άνω πόλο του όρχι. Το σώμα και η ουρά προχωρούν

μήκος του οπίσθιου χείλους του όρχι και αντίστοιχα προς κάτω πόλο ενώ η ουρά μεταπίπτει στο σπερματικό πόρο.

- **Ο ΣΠΕΡΜΑΤΙΚΟΣ ΠΟΡΟΣ**

Είναι ινομύδης πόρος με μήκος 40 περίπου εκ., παριστά τη συνέχεια της ουράς της επιδιδυμίδας και τελειώνει στη βάση του προστάτη, όπου αναστομώνεται με τη σπερματοδόχο κύστη και σχηματίζει τον εκσπερματιστικό πόρο, ο οποίος, διερχόμενος

μέσα από τον προστάτη, εκβάλλει στην ουρήθρα. Το τοίχωμα του σπερματικού πόρου αποτελείται, από έξω προς τα μέσα, από ορογόνο χιτώνα, από μυϊκό χιτώνα από βλεννογόνο (μονόστοιχο κυλινδρικό επιθήλιο.)

- **Ο ΕΚΣΠΕΡΜΑΤΙΚΟΣ ΠΟΡΟΣ**

Είναι δύο μικροί πόροι, μήκους ο καθένας περίπου 2 εκ., που σχηματίζονται από τη συμβολή της σύστοιχης σπερματικής ληκύθου και του σπερματικού πόρου.

Αρχίζουν από τη βάση του προστάτη, τον διασχίζουν λοξά από πίσω και πάνω προς τα εμπρός και κάτω και εκβάλλουν στα πλάγια του σπερματικού λοφιδίου, που βρίσκεται στην προστατική μοίρα της ουρήθρας.

- **Η ΣΠΕΡΜΑΤΟΔΟΧΟΣ ΚΥΣΤΗ**

Βρίσκεται πάνω από τη βάση του προστάτη, ανάμεσα στον πυθμένα της ουροδόχου κύστης και στο απευθυσμένο. Η σπερματοδόχος κύστη εκκρίνει

Βρίσκεται πάνω από τη βάση του προστάτη, ανάμεσα στον πυθμένα της ουροδόχου κύστης και στο απευθυσμένο.

Η σπερματοδόχος κύστη εκκρίνει ουσίες, οι οποίες διεγείρουν τις κινήσεις των σπερματοζωαρίων.

- **Ο ΠΡΟΣΤΑΤΗΣ**

Είναι αδеноμυώδες όργανο, βρίσκεται μέσα στην ελάσσονα πύελο, πίσω από την ηβική σύμφυση και κάτω από τον πυθμένα της ουροδόχου κύστης. Το έκκριμα του προστάτη, διεγείρει τις κινήσεις των σπερματοζωαρίων και δίνει στο σπέρμα τη χαρακτηριστική οσμή και όψη.

- **ΟΙ ΒΟΛΒΟΥΡΗΘΡΑΙΟΙ ΑΔΕΝΕΣ**

Είναι δυο μικροί αδένες που βρίσκονται κοντά στον προστάτη και παράγουν έκκριμα, το οποίο φέρεται, με τον εκφορητικό τους πόρο, και αποχετεύεται στην ουρήθρα. Το έκκριμα, συμβάλλει στην καλή κινητικότητα των σπερματοζωαρίων.

- **ΑΔΕΝΑΣ ΤΟΥ ΚΑΟΥΠΕΡ**

Παράγει πυκνό βλενώδες έκκριμα, που περιέχει σπέρμα.

ΤΟ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΤΟΥ ΘΥΛΕΟΣ

Αποτελείται από τις δύο ωοθήκες, τις δύο σάλπιγγες, τη μήτρα, τον κολεό (κόλπο) και το αιδοίο. Από αυτά, το τελευταίο, αποτελεί το γεννητικό όργανο ενώ τα υπόλοιπα αποτελούν τα έσω γεννητικά όργανα της γυναίκα

ΕΣΩ ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ

• ΟΙ ΣΑΛΠΙΓΓΕΣ

Οι ωαγωγοί ή σάλπιγγες είναι δυο. Ο κάθε ωαγωγός, που έχει μήκος περίπου 10- 12 εκατοστά, συνδέει τη σύστοιχη ωοθήκη με τη μήτρα, παριστάνοντας τον εκφορητικό της πόρο. Κάθε ωαγωγός εμφανίζει, από την μήτρα προς την ωοθήκη, τις εξής μοίρες:

- Μητριαία μοίρα, που βρίσκεται μέσα το τοίχωμα της μήτρας
- Ισθμός, ο οποίος αποτελεί τη στενότερη μοίρα της σάλπιγγας
- Λήκυθος, η οποία αποτελεί την ευρύτερη μοίρα του ωαγωγού
- Κώδων, ο οποίος παριστάνει το τελικό άκρο της σάλπιγγας και είναι χοανοειδώς ανευρισμένος. Αυτός διαιρείται σε επιμήκεις λωρίδες, τους κροσσούς, οι οποίοι επικαλύπτουν την επιφάνεια της ωοθήκης.

Λειτουργικά ο ωαγωγός χρησιμεύει για την πρόσληψη, από την επιφάνεια της ωοθήκης, του ωαρίου και την προώθησή του στη μήτρα. Η λειτουργία αυτή γίνεται βασικά με τους κροσσούς του επιθηλίου του βλεννογόνου, η κίνηση των οποίων δημιουργεί αναρροφητικό ρεύμα προς τη μήτρα. Μέσα στον ωαγωγό λαμβάνει χώρα η γονιμοποίηση.

• Η ΜΗΤΡΑ

Η μήτρα, ονομαζόμενη και υστέρα, είναι κοιλομυώδες όργανο που βρίσκεται μέσα στην ελάσσονα πύελο, με απιοειδές σχήμα κατά το κεντρικό άξονά της που χρησιμεύει για την κύηση και τον τοκετό. Η μήτρα εμφανίζει δυο επιφάνειες, την πρόσθια ή κυστική και την οπίσθια ή εντερική. Επίσης, εμφανίζει δυο πλάγια χείλη από τα οποία προσφύονται οι πλατείς σύνδεσμοι.

Από περιγραφική άποψη η μήτρα αποτελείται από: τον πυθμένα

- το σώμα, και
- τον τράχηλο

Εμφανίζει αυλό και δύο στόμια, το έσω και το έξω. Ο πυθμένας χωρίζεται από το σώμα με μια νοητή γραμμή, που ενώνει τις εκβολές των σαλπίνγων, ενώ όριο μεταξύ σώματος και τραχήλου είναι ο ισθμός που αντιστοιχεί προς τον αυλό, το έσω στόμιο της μήτρας.

Ο πυθμένας της μήτρας, φέρεται προς τα άνω και δεν υπερβαίνει την ηβική σύμφυση.

Το σώμα της μήτρας, έχει μήκος 7.5cm, πλάτος 5.5cm και εμφανίζει δυο επιφάνειες, την πρόσθια και την οπίσθια, από τις οποίες η πρόσθια έρχεται σε σχέση με την υπάρχουσα προς τα εμπρός ουροδόχο κύστη, ενώ η οπίσθια επικοινωνεί με το απευθυσμένο, από το οποίο χωρίζεται με την παρεμβολή εντερικών ελίκων. Στα πλάγια χείλη του σώματος της μήτρας προσφύονται οι πλατείς σύνδεσμοι της μήτρας, ενώ κατά μήκος τους ανέρχεται η σύστοιχη μητριαία αρτηρία.

Ο τράχηλος της μήτρας, με μήκος 2.5cm, με την πρόσφυση του κολεού γύρω από αυτόν υποδιαιρείται σε δυο μέρη, το υπερκολεϊκό και το ενδοκολεϊκό.

Λεπτή κατασκευή της μήτρας: Η μήτρα, σε διατομή, αποτελείται από τρεις χιτώνες, τον ορογόνο, το μυϊκό και το βλεννογόνο. Ο ορογόνος σχηματίζεται από το περιτόναιο. Ο μυϊκός (μυομήτριο) αποτελείται από λείες μυϊκές ίνες, εμφανίζει τρεις στοιβάδες και χρησιμεύει για την εξώθηση του εμβρύου κατά τον τοκετό. Ο βλεννογόνος ή ενδομήτριο αποτελείται από κροσσωτό μονόστιχο επιθήλιο, από αδένες και χόριο, ενώ, κατά τη διάρκεια του καταμηνιαίου κύκλου, εμφανίζει μεταβολές, μορφολογικές και λειτουργικές, οι οποίες ρυθμίζονται από τις ορμόνες της ωοθήκης.

Ο βλεννογόνος του τραχήλου, παραλλάσσει τόσο μορφολογικά όσο και λειτουργικά, χωρίς να εμφανίζει σαφείς καταμήνιες μεταβολές. Οι αδένες του είναι βλεννογόνοι και συχνά φράσσονται, διατείνονται και σχηματίζουν κύστες, τα καλούμενα ωάρια του NABOTH.

- **Ο ΚΟΛΕΟΣ (ΚΟΛΠΟΣ)**

Ο κολεός ή κόλπος παριστάνει ινομυώδη- ινοελαστικό σωλήνα, ο οποίος υποδέχεται, κατά τη συνουσία, το εν στύση πέος. Προς τα άνω, ο κολεός περιβάλλει θολοειδώς τον τράχηλο της μήτρας, διέρχεται από το ουρογεννητικό τρίγωνο και εκβάλλει στο αιδοίο και μάλιστα στον πρόδομο του κολεού. Βρίσκεται στη μέση γραμμή της πυέλου, έχοντας μπροστά από αυτό την ουρήθρα και, προς τα πίσω, το

απευθυσμένο. Διακρίνουμε το θόλο του κολεού, το σώμα και το κάτω άκρο ή το στόμιό του. Ο θόλος διακρίνεται σε δυο πλάγιους θόλους, στον πρόσθιο θόλο, που είναι βαθύτερος, ο οποίος υποδέχεται το σπέρμα κατά τη συνουσία και έρχεται σε επικοινωνία με το ευθυκολεϊκό κόλπωμα.

- **Ο ΠΑΡΘΕΝΙΚΟΣ ΥΜΕΝΑΣ**

Είναι μια λεπτή μεμβρανώδης πτυχή του βλεννογόνου, σαν ινώδες πέταλο ποικίλου πάχους και βρίσκεται ακριβώς γύρω από την είσοδο του κόλπου, περιβάλλοντας το στόμιό του. Οι έσω επιφάνειες αυτής της πτυχής, βρίσκονται συνήθως σε επαφή με τις αντικρινές τους και το στόμιο του κόλπου παριστάνει ένα είδος κενού διαστήματος μεταξύ τους. Εκτείνεται προς τα πάνω, μέχρι το έδαφος της ουρήθρας και, προς τα κάτω, μέχρι το σκαφοειδή βόθρο.

Το σχήμα, το μέγεθος και η μορφή του, ποικίλουν. Μπορεί, έτσι, να είναι δακτυλιοειδής, ημισεληνοειδής, σχιστός, δίθυρος, κροσσωτός, άτρητος, σπάνια όμως, και να λείπει τελείως. Μετά την πρώτη συνουσία γίνεται ρήξη του υμένα και στη θέση του μένουν τα μύρτα, που με τους τοκετούς καταστρέφονται σιγά -σιγά και έτσι ο υμένας εξαφανίζεται.

- **ΕΞΩ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ (ΤΟ ΑΙΔΙΟ)**

Το αιδοίο, παριστάνει το έξω γεννητικό όργανο του θήλεος και αποτελεί σφηνοειδές έπαρμα, που βρίσκεται μεταξύ των δυο ριζομηρίων. Έχει μήκος 7cm περίπου και διαπερνάται από κάθετη σχισμή, το αιδοϊκό σχίσμα.

Μορφολογικά το αιδοίο αποτελείται από το εφηβαίο, τα μεγάλα χείλη, τα μικρά χείλη, την κλειτορίδα, τον πρόδομο του κολεού, τους βολβούς του πρόδομου και τους μείζονες αδένες του πρόδομου.

- **ΤΟ ΕΦΗΒΑΙΟ**

Παριστάνει τρίγωνο έπαρμα του δέρματος, τριχωτό στην έφηβη γυναίκα.

Σχηματίζεται από μια διόγκωση του δέρματος, που βρίσκεται μπροστά και πάνω από την ηβική σύμφυση και περιέχει μεγάλη ποσότητα λίπους και χαλαρού συνδετικού ιστού.

- **ΤΑ ΜΕΓΑΛΑ ΧΕΙΛΗ**

Παριστάνουν επιμήκεις λιπώδεις πτυχές του δέρματος, που αρχίζουν από το εφηβαίο και φέρονται προς τα κάτω και πίσω. Καθένα, από αυτά εμφανίζει έσω και έξω επιφάνεια και πρόσθιο και οπίσθιο άκρο.

- **ΤΑ ΜΙΚΡΑ ΧΕΙΛΗ Ή ΝΥΜΦΕΣ**

Είναι δυο μικρές πτυχές του δέρματος που βρίσκονται μεταξύ των δυο μεγάλων χειλέων, καλύπτονται από δέρμα άτριχο που έχει όψη βλεννογόνου και συνήθως σκεπάζονται από αυτά. Σε μερικές γυναίκες είναι υπερτροφικά, οπότε και εξέχουν κάπως περισσότερο.

- **Η ΚΛΕΙΤΟΡΙΔΑ**

Η κλειτορίδα αντιστοιχεί στο ανδρικό πέος και η στύση της, η οποία πραγματοποιείται με τη σύσπαση των ισχιοσηραγωγών μυών που περιβάλλουν τα σκέλη της, διαφέρει από αυτό ως προς το μέγεθος και ως προς το ότι στερείται σηραγγώδους σώματος της ουρήθρας.

Αποτελείται από τη βάλανο, το σώμα και τα σκέλη της που προσφύονται στους ηβοϊσχιακούς κλάδους. Στο δέρμα της βάλανου υπάρχουν εξειδικευμένες νευρικές απολήξεις. Το σώμα και τα σκέλη της αποτελούνται από αγγειοβριθή στυτικό ιστό.

- **ΠΡΟΔΡΟΜΟΣ ΤΟΥ ΚΟΛΕΟΥ**

Έτσι ονομάζεται η ατρακτοειδής κοιλότητα, που βρίσκεται μεταξύ των δυο μικρών χειλέων και φθάνει μέχρι την είσοδο του κόλπου και πιο συγκεκριμένα, μέχρι τον παρθενικό υμένα και την ουρήθρα.

- **ΟΙ ΒΟΛΒΟΙ ΤΟΥ ΠΡΟΔΡΟΜΟΥ**

Οι βολβοί του προδρόμου κατασκηνούν στη βάση των μεγάλων χειλέων παριστάνοντας αμυγδαλοειδή σωμάτια που έχουν κατασκευή όμοια με τα σηραγγώδη σωμάτια. Αυτοί χρησιμεύουν στο να συγκρατούν το πέος μέσα στον κόλπο κατά τη διάρκεια της συνουσίας.

- **ΟΙ ΜΕΙΖΟΝΕΣ ΑΔΕΝΕΣ ΤΟΥ ΠΡΟΔΡΟΜΟΥ (Η βορθολίνειοι αδένες)**

Έχουν μέγεθος φασουλιού, βρίσκονται μεταξύ των μυών του περινέου και εκβάλλουν στα πλάγια τοιχώματα του στομίου του κόλπου.

Αυτοί οι αδένες παρουσιάζουν μεγάλη ανάπτυξη στην ήβη ενώ στην εμμηνόπαυση συρρικνώνονται. Το έκκριμα τους, που εκχέετε κατά την συνουσία, υγραίνει τα τοιχώματα του προδρόμου του κόλπου, διευκολύνοντας έτσι την είσοδο του πέους στον κόλπο.

Ο ΩΟΘΗΚΙΚΟΣ ΚΥΚΛΟΣ

Κατά τη διάρκεια του γόνιμου μέρους της ζωής μιας γυναίκας, οι ωοθήκες ωριμάζουν τα ωάρια κατά περιόδους. Περίπου την πέμπτη ημέρα του μέσου 28ήμερου έμμηνου κύκλου, 20 περίπου ωάρια αρχίζουν να ωριμάζουν στην ωοθήκη μέσα σε σάκους γεμάτους υγρό που λέγονται ωοθυλάκια. Κατά τη 14^η ημέρα, ένα ωοθυλάκιο έχει ξεπεράσει τα άλλα σε ανάπτυξη και απελευθερώνει το ώριμο ωάριο του. Τα άλλα αναπτυσσόμενα ωοθυλάκια συρρικνώνονται, πεθαίνουν και απορροφώνται, ενώ το ωοθυλάκιο που έχει διαρραγεί αναπτύσσεται σε ωχρό σωματίο.

Κατά το δεύτερο μισό του κύκλου, το ωχρό σωματίο παράγει προγεστερόνη που κάνει το ενδομήτριο να παχύνει και να μαλακώσει, προετοιμάζοντάς το να δεχθεί το γονιμοποιημένο ωάριο. Αν δεν πραγματοποιηθεί γονιμοποίηση, το ωάριο πεθαίνει και αποσυντίθεται και το ωχρό σωματίο συρρικνούται. Η προκαλούμενη μείωση της προγεστερόνης προκαλεί την απόσπαση του ενδομητρίου κατά την εμμηνορρυσία. Συνήθως, απελευθερώνεται ένα ωάριο κάθε φορά, αν και κάποιες γυναίκες

έχουν την τάση να απελευθερώνουν αρκετά ωάρια, οδηγώντας σε πολλαπλούς τοκετούς. Οι δυο ωοθήκες παράγουν ωάρια με τυχαία σειρά, αλλά σε σύνολο πολλών κύκλων, η καθεμία τους παράγει ίσο αριθμό ωαρίων με την άλλη.

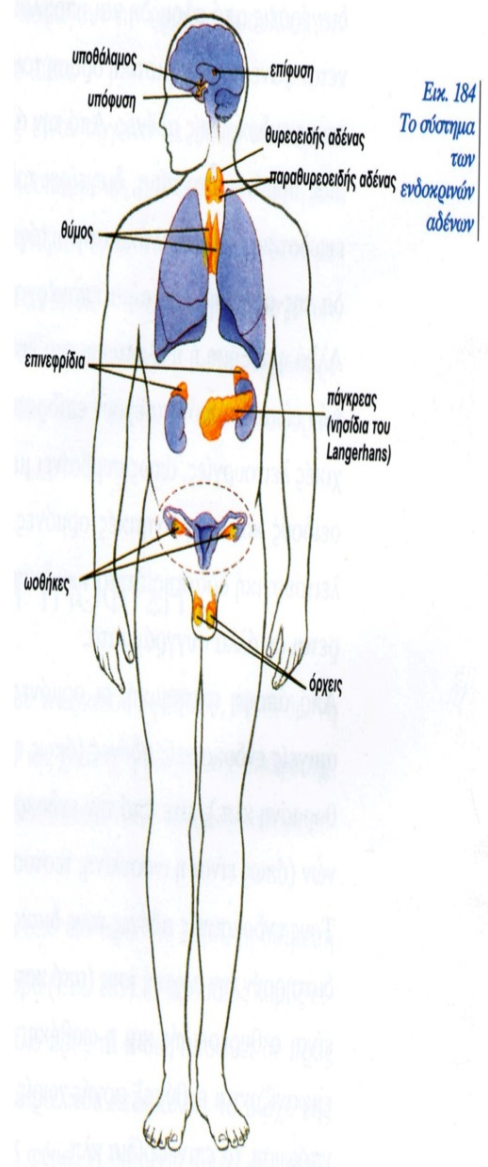
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΤΩΝ ΕΝΔΟΚΡΙΝΩΝ ΑΔΕΝΩΝ

Οι ενδοκρινείς αδένες αποτελούν ένα ιδιαίτερο σύστημα οργάνων, που με τις ουσίες που παράγουν (ορμόνες) ρυθμίζουν, σε συνεργασία συνήθως με το νευρικό σύστημα, την ομαλή λειτουργία και ανάπτυξη του σώματος. Οι ορμόνες αποτελούν παράγωγα διαφόρου χημικής συστάσεως (στεροειδή, πρωτεΐνες, πεπτίδια, παράγωγα αμινοξέων και άλλα), που αποβάλλονται απευθείας στην κυκλοφορία. Η δράση των ορμονών περιορίζεται για κάθε μία στα κύτταρα, ιστούς και όργανα -στόχους, είναι δε ιδιαίτερα εντυπωσιακή, γιατί ελάχιστες ποσότητες ορμόνης έχουν έντονα λειτουργικά αποτελέσματα.

Αξιοσημείωτη είναι, επίσης, η λειτουργική αλληλεξάρτηση ανάμεσα στους ενδοκρινείς αδένες και το νευρικό σύστημα. Η υπόφυση ρυθμίζει τη λειτουργία των περισσότερων ενδοκρινών αδένων, αλλά η λειτουργική της δραστηριότητα συντονίζεται από τον υποθάλαμο, που με τη σειρά του δέχεται διεγέρσεις από φλοιώδη και υποφλοιώδη κέντρα. Έτσι, γίνεται φανερή η ρυθμιστική δράση του νευρικού συστήματος στους ενδοκρινείς αδένες. Από την άλλη μεριά, η ποσότητα μιας ορμόνης στο αίμα, διεγείρει τον υποθάλαμο που δρα ευωδοτικά ή ανασταλτικά στην υπόφυση, και έτσι τα επίπεδα της ορμόνης στο αίμα επανέρχονται στο φυσιολογικό. Αλλά η αύξηση ή η ελάττωση στα επίπεδα διαφόρων ορμονών είναι δυνατόν να έχουν επίδραση και σε ανώτερες ψυχικές λειτουργίες, όπως συμβαίνει με τις ορμόνες του θυρεοειδούς και τις γεννητικές ορμόνες. Η λεπτομερής, όμως, λειτουργική δραστηριότητα των διαφόρων ορμονών αναφέρεται σε άλλα συγγράμματα.

Από άποψη ανατομική, οι ορμόνες παράγονται είτε από αμιγείς ενδοκρινείς αδένες (όπως είναι η θυροξίνη, παρα-θορμόνη κλπ.), είτε από την ενδοκρινή μούρα μεικτών αδένων (όπως είναι η ινσουλίνη, τεστοστερόνη κ.α.). Τους ενδοκρινείς αδένες τους διακρίνουμε σε κοίλους, που διατηρούν την αρχική τους (από καταβολή) κοιλότητα, όπως



είναι ο θυρεοειδής και η ωοθήκη, και σε συμπαγείς, όταν εμφανίζονται ευθύς εξ αρχής χωρίς κοιλότητα, όπως είναι η υπόφυση, τα επινεφρίδια κλπ..

Ως ιδιαίτερη ομάδα (ανατομικώς) αναφέρονται οι λεγόμενοι μεικτοί αδένες, που εμφανίζουν μια εξωκρινή μοίρα με παρουσία εκφορητικού πόρου, και μια ενδοκρινή μοίρα, με παραγωγή κάποιας ορμόνης. Έτσι, στο πάγκρεας ομάδες κυττάρων παράγουν το παγκρεατικό υγρό από την εξωκρινή μοίρα, το οποίο αποχετεύεται με τον εκφορητικό πόρο (παγκρεατικό πόρο) στον γαστρεντερικό σωλήνα, ενώ άλλες ομάδες κυττάρων (ενδοκρινής μοίρα: Β-κύτταρα νησιδίων του Langerhans), παράγουν την ορμόνη ινσουλίνη, την οποία αποχετεύουν στο αίμα.

Οι ενδοκρινείς αδένες είναι όργανα με σαφή ανατομικά όρια και βρίσκονται διεσπαρμένοι στα διάφορα μέρη του σώματος, χωρίς να εμφανίζουν όμως ανατομική σύνδεση μεταξύ τους, όπως συμβαίνει με τα λοιπά συστήματα οργάνων συνδέονται, όμως, οι ενδοκρινείς αδένες, λόγω αγγειοβρίθειας και της λειτουργίας τους, στενά με το κυκλοφορικό σύστημα.

ΕΝΔΟΚΡΙΝΗ ΜΟΙΡΑ ΤΩΝ ΟΡΧΕΩΝ

Ανάμεσα στα σπερματικά σωληνάρια του όρχεως, βρίσκονται τα διάμεσα κύτταρα του Leydig. Αυτά αποτελούν την ενδοκρινή μοίρα των όρχεων και παράγουν τα ανδρογόνα. Σπουδαιότερη ορμόνη από τα ανδρογόνα είναι η τεστοστερόνη. Η παραγωγή των ανδρογόνων ρυθμίζεται από τις γοναδοτροπίνες της υπόφυσης. Με τη σειρά τους αυτά ρυθμίζουν την ανάπτυξη και τη λειτουργία των γεννητικών οργάνων, καθώς και την εμφάνιση και διατήρηση των δευτερογενών χαρακτηριστικών του φύλου. Έλλειψη τεστοστερόνης προκαλεί :

- α) κατά την εμβρυϊκή ζωή τη δημιουργία άρρενος ψευδοερμαφροδιτισμού.
- β) στην προεφηβική ηλικία οδηγεί σε άρρενα υπογοναδισμό και μη ομαλή ανάπτυξη των δευτερογενών χαρακτήρων του φύλου και
- γ) στην ανδρική ηλικία έχει σαν αποτέλεσμα ανικανότητα και διαταραχές του ψυχισμού.

Η υπερπαραγωγή ανδρογόνων στην προεφηβική ηλικία προκαλεί προήβη.

ΕΝΔΟΚΡΙΝΗ ΜΟΙΡΑ ΤΩΝ ΩΟΘΗΚΩΝ

Οι ορμόνες της ωοθήκης είναι κυρίως τα οιστρογόνα και η προγεστερόνη. Σε μικρότερες ποσότητες, όμως, παράγονται και από την ωοθήκη και ανδρογόνα. Τα οιστρογόνα παράγονται από τα ωοθυλάκια και η προγεστερόνη από τα ωχρά σωματίδια, με την επίδραση των γοναδοτροπινών της υπόφυσης.

Οι ορμόνες της ωοθήκης ρυθμίζουν την ωρίμανση και τη λειτουργία των γεννητικών οργάνων στη γυναίκα, καθώς και την ανάπτυξη και διατήρηση των δευτερογενών χαρακτηρισμών του φύλου, όπως ακριβώς δρουν τα ανδρογόνα στον άνδρα. Η πιο εντυπωσιακή δράση των ορμονών της ωοθήκης είναι η ρύθμιση της εμμήνου ρύσεως. Η υπολειτουργία των ωοθηκών μπορεί να παρουσιάσει αμμηνόρροια, δηλαδή έλλειψη εμμήνου ρύσεως ή διαταραχές του καταμηνίου κύκλου, με αποτέλεσμα τη στειρώση. Σε υπερλειτουργία των ωοθηκών τα συμπτώματα είναι ανάλογα με την ορμόνη που παράγεται, αρρενοποίηση, προήβη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΟΡΙΣΜΟΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ

Ο οικογενειακός προγραμματισμός (Ο.Π.) είναι όλες οι ενέργειες που πρέπει να σκεφτεί και στη συνέχεια να αποφασίσει και να υλοποιήσει το νεαρό ζευγάρι για να μπορέσει να προγραμματίσει με επιτυχία την οικογενειακή του πορεία και εξέλιξη.

Ο οικογενειακός προγραμματισμός εκφράζει τη συνειδητή αντιδιαστολή ανάμεσα σε δυο βασικές βιολογικές λειτουργίες, την γενετήσια και την αναπαραγωγική, και αποσκοπεί στη δημιουργία οικογενειών από ευτυχισμένους γονείς και επιθυμητά, υγιή παιδιά.

Οικογενειακός Προγραμματισμός έχει καθιερωθεί με νόμο όπως και στην χώρα μας (Ν. 1038/ 1980)

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ

Ορισμός οικογένειας

Η οικογένεια αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους θεσμούς κάθε κοινωνίας και μια από τις κυριότερες μορφές οργάνωσης της συλλογικής ανθρώπινης ζωής.

Οι βασικοί σκοποί που επιδιώκονται με την οικογένεια είναι:

- Η βιολογική αναπαραγωγή της οικογένειας
- Η ανατροφή των απογόνων
- Η εκπαίδευση και η αγωγή τους
- Η αμοιβαία προστασία των ατόμων που συνδέονται μεταξύ τους με συγγενικούς δεσμούς

ΟΦΕΛΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ

Ο οικογενειακός προγραμματισμός που αποσκοπεί στον έλεγχο των γεννήσεων σχετίζεται με τεράστια οφέλη για τη γυναίκα, τα παιδιά και την κοινωνία. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) αναγνώρισε τον οικογενειακό προγραμματισμό όχι ως επιλογή κάθε ζευγαριού, αλλά ως αναφαίρετο δικαίωμα. Στις αναπτυγμένες χώρες ο οικογενειακός προγραμματισμός αποτελεί θεμελιώδη παράγοντα των υπηρεσιών υγείας για την ευημερία των πολιτών. Κύριοι στόχοι του οικογενειακού προγραμματισμού είναι η αποφυγή των ανεπιθύμητων κυήσεων, η πρόκληση επιθυμητών κυήσεων, η ρύθμιση του χρόνου των γεννήσεων σε σχέση με την ηλικία των γονέων, ο καθορισμός του αριθμού των παιδιών στην οικογένεια και η γέννηση υγιών παιδιών.

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ

Margaret Sanger. 14 Σεπτεμβρίου 1879 - 6 Σεπτεμβρίου 1966.

Είναι από τις γυναίκες που ενδιαφέρθηκε για τον έλεγχο των γεννήσεων και για αντισύλληψη. Ξεκίνησε από τις Ηνωμένες Πολιτείες και άνοιξε την πρώτη κλινική για έλεγχο των γεννήσεων και πληροφορίες σχετικά με την αντισύλληψη, η οποία την οδήγησαν στην σύλληψη.

Θεωρούσε ότι οι γυναίκες έχουν μια πιο ισότιμη θέση στην κοινωνία και μια πιο υγιέστερη ζωή που θα χρειάζεται να είναι σε θέση για να προσδιορίσουν πότε θα φέρουν τα παιδιά και ήθελε να αποτρέψει μια μη ασφαλής άμβλωση, γιατί την εποχή εκείνη η άμβλωση ήταν συνήθως παράνομη.

Πέθανε το 1966 και θεωρείται ευρέως ως η ιδρυτής του σύγχρονου κινήματος ελέγχου των γεννήσεων.

Στην Ελλάδα, η ιδέα του Ο.Π ξεκινά αρχικά μετά τον δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο, όπου παρατηρήθηκε μια μεγάλη ανταλλαγή και μετακίνηση του πληθυσμού από αγροτικές περιοχές σε αστικά κέντρα, γεγονός που συνετέλεσε στην αλλαγή της γεννητικότητας και σεξουαλικής συμπεριφοράς των ανθρώπων.

Μετά τη μεταπολίτευση, το 1975, Γυναικεία Σωματεία συσπειρώνονται με αφορμή το Διεθνές Έτος Γυναίκας του Ο.Η.Ε. κι έχοντας ως σκοπό τη δημοσιοποίηση μιας σειράς κοινωνικών προβλημάτων.

Η καθιέρωση του νόμου και η ανάπτυξη των Κέντρων Οικογενειακού προγραμματισμού καθώς και η νομιμοποίηση των εκτρώσεων το 1986, οδήγησε στην οργάνωση κάποιων υπηρεσιών με σαφή επιστημονικό χαρακτήρα που στόχο είχαν την ενημέρωση και την ευαισθητοποίηση της πολιτικής ηγεσίας αρχικά και μετέπειτα της κοινωνίας. Στις τεχνολογικά αναπτυγμένες χώρες ο οικογενειακός προγραμματισμός έχει καθιερωθεί με νόμο όπως και στη χώρα μας (Ν. 1038/1980).

Θα πρέπει εδώ να αναφερθεί ότι σήμερα λειτουργούν στη χώρα μας 41 Κέντρα Οικογενειακού προγραμματισμού, 12 από τα οποία βρίσκονται στην ευρύτερη περιοχή Αθηνών– Πειραιώς, 3 στη Θεσσαλονίκη και 22 σε νοσοκομεία της περιφέρειας. Η Κρήτη είναι το μοναδικό νησί που διαθέτει Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού, 4 στο σύνολο.

Τα δημόσια νοσοκομεία εστιάζουν περισσότερο στην ενημέρωση και παροχή υπηρεσιών για Τεστ-Παπ και μαστογραφίες και λιγότερο στην ενημέρωση ζευγαριών για θέματα αντισύλληψης.

Τα Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού προσφέρουν μια πληθώρα ιατρικών εργασιών και εξετάσεων, όπως και ενημέρωση των νέων και διαπαιδαγώγηση σχετικά για σεξουαλική ζωή τους, τις μεθόδους αντισυλλήψεως. Οι πράξεις που παρέχονται αναφέρονται παρακάτω: Γυναικολογική εξέταση, Τεστ Παπανικολάου, Θεραπεία από Τεστ Παπανικολάου (H.P.V.), κολποσκοπήσεις, ενημέρωση σχετικά για την αντισύλληψη (χάπι, σπιράλ, προφυλακτικό, άλλες μεθόδους), εξέταση μαστού, προγεννητικός έλεγχος.

Τα κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού επίσης διοργανώνουν ομιλίες όσων αφορά την ενημέρωση των νέων σε σχολεία για τους μαθητές, σε ζευγάρια, σε παντρεμένα ζευγάρια με σκοπό την προετοιμασία τους για την δημιουργία οικογένειας κάποια στιγμή στο μέλλον. Επιπλέον στα κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού συνεργάζονται και με διάφορα πανεπιστήμια και με τους σπουδαστές τους όπως γιατρούς, μαίες, νοσηλευτές.

Ο σκοπός και περιεχόμενο του Οικογενειακού Προγραμματισμού

Από συστάσεως το Κέντρο σαν σκοπό είχε την πρόληψη της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης, Σεξουαλικός μεταδιδόμενα νοσήματα και των νεοπλασιών μέσω της συστηματικής και υπεύθυνης ενημέρωσης του κοινού και ειδικών κατηγοριών πληθυσμού μέσω διαφόρων δράσεων .Οι υπηρεσίες οι οποίες παρέχονται συνεχώς και αδιάλειπτος είναι τόσο ιατρονοσηλευτικές όσο ενημερωτικές συμβουλευτικές .

Τα κέντρα έχουν αναπτύξει συνεργασία με διαφόρους φορείς ,οργανισμούς, υπηρεσίες.

Συνεργάζοντε με τις Β'-Γ' και Δ ' Γυναικολογικές Κλινικές του Αριστοτέλειου Πανεπιστήμιου Θεσσαλονίκης του Ιπποκράτειου Γενικού Νοσοκομείου ,τόσο σε ιατρικό επίπεδο (κολποσκοπήσεις-βιοψίες-χειρουργεία) όσο και σε θεωρητικό (μαθήματα φοιτητών-μαιών-των ειδικευόμενων ιατρών)

Συνεργασία με το δημόσιο Ψυχιατρείο και ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές με στόχο

Την πρόληψη της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας, καθώς και την πρόληψη των νεοπλασιών της μήτρας με την λήψη τεστ Παπανικολάου και την τοποθέτηση ενδομήτριων σπειραμάτων.

Τεστ Παπανικολάου (Τεστ τραχηλικού επιχρίσματος) [test pap]

Η συχνότητα του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας είναι τόσο υψηλή, που κάνει επιτακτική την ανάγκη ενημέρωσης όλων των γυναικών. Η σωστή ενημέρωση και επαγρύπνηση βοηθούν στην αναγνώριση των ύποπτων συμπτωμάτων. Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας συχνά προειδοποιεί, εμφανίζοντας χαρακτηριστικά συμπτώματα από πολύ νωρίς, για το λόγο αυτό είναι επιτακτική η ενημέρωση.

Η πρόληψη είναι δυνατή σε πολλές περιπτώσεις. Ακόμη είναι δυνατό να μην υπάρχουν καθόλου συμπτώματα και η διάγνωση να γίνει μόνο από τον ειδικό στη διάρκεια της προληπτικής εξέτασης. Η προληπτική εξέταση περιλαμβάνει τη γυναικολογική εξέταση και το τεστ Παπανικολάου.

Το τεστ Παπανικολάου είναι ανώδυνο- εύκολο- απλό και γρήγορο. Πρέπει να αρχίζει με την έναρξη των σεξουαλικών σχέσεων και να γίνεται μια φορά το χρόνο. Επίσης το τεστ επιβάλλεται να γίνεται κατά την κύηση καθώς και κατά τη διάρκεια αντισυλληπτικής αγωγής. Για τη σωστή εκτέλεση του τεστ Παπανικολάου η γυναίκα πρέπει να αποφεύγει πριν από τη λήψη του τραχηλικού επιχρίσματος :

- κολπικές πλύσεις
- κολπικά υπόθετα ή αλοιφές, και
- σεξουαλικές επαφές για δυο ημέρες

Το τεστ Παπανικολάου πρέπει να γίνεται μετά τη 10^η ημέρα του κύκλου. Κάθε γυναίκα πρέπει να παίρνει την απάντηση της εξέτασης κατά Παπανικολάου, γραμμένη, την οποία την παρουσιάζει στο ίδιο ή άλλο κέντρο ή στον προσωπικό της γυναικολόγο απαραίτητα, ακόμη και αν είναι αρνητικό το τεστ.

Η εξέταση κατά Παπανικολάου δεν ελέγχει το ενδομήτριο και τις ωοθήκες. Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας αντιμετωπίζεται και θεραπεύεται στη μεγάλη πλειοψηφία των περιπτώσεων.

Πώς γίνεται το τεστ Παπανικολάου;

Το τεστ τραχηλικού επιχρίσματος, γνωστό και ως τεστ Παπ (από το όνομα του παθολόγου Δρ. Παπανικολάου που το ανέπτυξε) πραγματοποιείται κατά τη διάρκεια μιας εσωτερικής εξέτασης, κατά την οποία συλλέγονται κύτταρα που έχουν αποκολληθεί φυσιολογικά από τον τράχηλο.

Η εξέταση αυτή γίνεται με τη βοήθεια ενός οργάνου, το οποίο ονομάζεται μητροσκόπιο ή κολποδιαστολέας. Επειδή υπάρχουν διάφορα μεγέθη κολποδιαστολέων, ο νοσηλευτής επιλέγει εκείνο που είναι κατάλληλο για την ηλικία, το μέγεθος και τις αναλογίες της άρρωστης. Ο κολποδιαστολέας πριν από τη χρήση του θερμαίνεται και επαλείφεται με λιπαντική ουσία. Με την άρρωστη στην κατάλληλη θέση, εισάγεται ο κολποδιαστολέας στον κόλπο με ελαφρά πίεση και

περιστρέφεται, για να ακολουθήσει την περίμετρο του κοιλιακού σωλήνα. Μετά την εισαγωγή του κολποδιαστολέα, ανοίγονται οι λεπίδες και αποκαλύπτεται ο τράχηλος.

Η λήψη κοιλιακού και τραχηλικού επιχρίσματος για κυτταρολογική εξέταση κατά Παπανικολάου γίνεται με χρήση στειλεού, πιπέτας ή ξύλινης σπάτουλας. Με το ένα άκρο της σπάτουλας λαμβάνεται ένα παχύ δείγμα κοιλιακού εκκρίματος από τον οπίσθιο θόλο και επιστρώνεται σε αντικειμενοφόρο πλάκα. Στη συνέχεια, το μακρύτερο τμήμα του άλλο άκρου της σπάτουλας τοποθετείται στο τραχηλικό στόμιο και η σπάτουλα περιστρέφεται κατά ένα πλήρη κύκλο. Έτσι, λαμβάνεται ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα τραχηλικού εκκρίματος και επιστρώνεται σε αντικειμενοφόρο πλάκα.

Σε κάθε αντικειμενοφόρο πλάκα σημειώνεται η προέλευση του εκκρίματος. Πριν ξεραθεί το έκκριμα, οι αντικειμενοφόρες πλάκες τοποθετούνται μέσα σε γυάλινο δοχείο με αιθέρα και αιθυλική αλκοόλη και στέλνονται στο κυτταρολογικό εργαστήριο.

Τέλος, στο παραπεμπτικός σημειώνεται η ημερομηνία της τελευταίας έμμηνης ρύσης και αν η γυναίκα έπαιρνε οιστρογόνα ή αντισυλληπτικά χάπια.

ΕΞΕΤΑΣΗ ΜΑΣΤΩΝ

Σκοποί:

- 1) Να διαπιστώσει ανωμαλίες στους μαστούς
- 2) Να διδάξει στη γυναίκα την τεχνική της αυτοεξέτασης μαστών. Εδώ θα πρέπει να τονιστούν στην άρρωστη οι περιοχές μεγαλύτερης συχνότητας εμφάνισης του καρκίνου, κυρίως στο άνω και έξω τεταρτημόριο του μαστού και κάτω από τη θηλή.

Τεχνική της αυτοεξέτασης μαστών

Η τεχνική της αυτοεξέτασης μαστών έχει αποδειχθεί πολύτιμο μέσο έγκαιρης διαπίστωσης του καρκίνου του μαστού. Η πείρα έχει δείξει ότι το 95% των καρκίνων του μαστού ανακαλύπτονται από τις ίδιες τις γυναίκες: Όταν η ανίχνευση ενός ογκιδίου

γίνει σε πρώιμο στάδιο, η χειρουργική επέμβαση μπορεί να αποβεί σωτήρια στο 70-80% των περιπτώσεων.

Η γυναίκα θα πρέπει να υιοθετήσει ένα κανονικό σχήμα μηνιαίας εξέτασης μαστού. Ο καλύτερος χρόνος για να γίνεται η εξέταση είναι μια εβδομάδα μετά την περίοδο. Η αυτοεξέταση θα πρέπει να συνεχίζεται κάθε μήνα μετά την εμμηνόπαυση.

Η εξέταση αρχίζει με την επισκόπηση των μαστών μπροστά στον καθρέφτη. Με τα χέρια στα πλάγια του σώματος, η γυναίκα θα πρέπει να παρατηρεί τους μαστούς για ασυμμετρία, εισολκή του δέρματος, αλλαγές στο χρώμα ή εισολκή της θηλής. Επίσης, παρατηρεί το σχήμα και το μέγεθος των μαστών. Κατόπιν, σηκώνει τα χέρια ψηλά και επαναλαμβάνει την επισκόπηση μπροστά στον καθρέφτη, για τα ίδια φυσικά σημεία.

Μετά την επισκόπηση των μαστών ακολουθεί ή ψηλάφηση, για διαπίστωση ασυνηθών ογκιδίων. Η ψηλάφηση θα πρέπει να γίνεται σε ύπτια θέση. Ένα μικρό μαξιλάρι ή μια διπλωμένη πετσέτα τοποθετείται κάτω από τον ώμο της πλευράς που θα εξεταστεί. Έτσι, ανυψώνεται η πλευρά αυτή του σώματος και ο μαζικός αδένας διανέμεται ομοιόμορφα πάνω στο θωρακικό τοίχωμα. Το χέρι της εξεταζόμενης πλευράς τοποθετείται πλάγια προς τα κάτω και ελέγχεται ο μαστός με τα δάκτυλα του άλλου χεριού εφαπτόμενα σε αυτόν. Η τεχνική απαιτεί ήπια ψηλάφηση του μαζικού αδένου, αρχίζοντας από το άνω και έξω τεταρτημόριο του μαστού, αφού οι περισσότερες αλλοιώσεις αρχίζουν από την περιοχή αυτή. Κατόπιν, το χέρι ανυψώνεται πάνω από το κεφάλι και γίνεται μια πλήρης εξέταση του έσω ημίσεως του μαστού, αρχίζοντας από το στέρνο. Μετά την ολοκλήρωση μιας κυκλικής κίνησης των δακτύλων, το χέρι μετακινείται 2cm προς τη θηλή και επαναλαμβάνεται η ίδια διαδικασία, μέχρις ότου ολοκληρωθούν τέσσερις τουλάχιστον κύκλοι. Όταν η εξέταση του μαστού ολοκληρωθεί, το μαξιλάρι τοποθετείται κάτω από τον αντίθετο ώμο και εξετάζεται ο άλλος μαστός ακριβώς κατά τον ίδιο τρόπο.

Η μέθοδος αυτοεξέτασης του μαστού είναι αποτελεσματική μόνο αν γίνεται σωστά και σε κανονικά διαστήματα.

Ένα από τα κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού που λειτουργούν στην Θεσσαλονίκη είναι το :

ΤΜΗΜΑ ΟΙΚ. ΠΡΟΓ/ΜΟΥ ΟΛΥΜΠΟΥ 29

Σας παρουσιάζω τα αποτελέσματα των εργασιών της πενταετία (5) από τα έτη 2009 έως και το 2013.

α/α		2009	2010	2011	2012	2013
1	Αριθμός εγγραμμένων	5645	5949	6441	7059	10228
2	ΗΛΙΚΙΑ εως 20 ετών	579	687	392	320	362
3	από 21-30 ετών	1148	1433	1308	1075	1621
4	από 31-40 ετών	1646	1766	1367	1528	2777
5	από 41 ετών κ'άνω	2272	2059	3374	4132	5250
6	Γυναικολογική εξέταση	3357	3132	3356	3352	3809
7	ΤΕΣΤ-ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ	2672	2476	2599	2481	3563
8	Θεραπεία ΤΕΣΤ-ΠΑΠ	1105	856	280	317	738
9	Παθολογικά TEST- ΡΑΡ(Η.Ρ.Ν)			42	10	94
10	Για κολποσκόπηση	42	67	58	45	129
11	Αντισύλληψη - Χάπι	1	6	3	5	4
12	Σπιράλ(IU D)	77	108	62	19	43
13	Προφυλακτικά	3143	2597	2169	2410	3037
14	Άλλες μέθοδοι	578	897	236	217	
15	Έλεγχος χαπιού			37	29	18
16	Έλεγχος IUD (σπιράλ)	1285	1020	346	326	84
17	Εξαγωγή IUD (σπιράλ)	147	184	142	58	17
18	Συμβουλευτική αντισύλληψης	1523	2152	2647	2918	3250
19	Σεξουαλική διαπαιδαγώγηση	2654	2629	1961	2154	2056
20	Προγεννητικός έλεγχος	155	139	366	502	544
21	Εξέταση μαστών	188	207			
	μαστογραφία	216	215	1396	1694	3404
22	ΟΜΙΛΙΕΣ. Εντός πόλεως	55	56	132	41	32
23	Εκτός πόλεως	2	3	4	7	4
24	Δημοσιεύσεις- εργασίες				13	
25	Ενημέρωση Αγαμες	941	945	785	966	1205
26	Παντρεμένοι	1712	1787	1416	1182	1080
27	Ζευγάρια					1
28	Νεαροί	1	24	75	13	1
29	Αφαίρεση IUD λόγω προβλημάτων	17	18	9	7	44
30	λόγω χρόνου να κάνει	12	146	125		
31	παιδί	2	5			
32	ήθελε η ίδια	19	15	8	3	7
33	Εκπαίδευση Γιατροί	1	7			
34	Μαίες	1	3	6	5	13
35	Σπουδαστές Τ.Ε.Ι.				79	122

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΕΙΑ

Ως σεξουαλικότητα ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ορίζει : « Την σεξουαλική κατάσταση του ατόμου η οποία συνθέτεται από σωματικές, συναισθηματικές, πνευματικές και κοινωνικές παραμέτρους. Η σεξουαλική υγεία δεν αφορά μόνο τη σωστή λειτουργία ή υγεία του ατόμου (απουσία νόσου), αλλά και ασφαλείς σεξουαλικές σχέσεις και εμπειρίες.»

ΤΑ ΔΕΥΤΕΡΕΥΟΝΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΦΥΛΟΥ

Η σεξουαλικότητα είναι ένα σημαντικό μέρος του ανθρώπινου οργανισμού, όσων αφορά την βιολογική και ψυχική ανάπτυξη ενός ατόμου. Η σεξουαλικότητα εμφανίζεται στην εφηβική ηλικία, στα αγόρια στην ηλικία 11-14, ενώ στα κορίτσια 10 -13 καθώς τα κορίτσια ωριμάζουν 2 χρόνια νωρίτερα. Ορισμένες φορές αντί για την λέξη «εφηβεία» χρησιμοποιείται η λέξη «ήβη». Η ήβη είναι η περίοδος στην οποία αναπτύσσονται εντελώς τα γεννητικά όργανα, και η παραγωγή των ορμονών που προκαλεί την ανάπτυξη των δευτερευόντων χαρακτηριστικών του φύλου. Ο βασικός στόχος της ήβης είναι η επίτευξη των ενήλικων βιολογικών χαρακτηριστικών, κυρίως της αναπαραγωγικής ικανότητας και έχει διάρκεια 2-4 χρόνια.

Τα παιδιά στην αρχή της εφηβείας αρχίζουν να εξερευνούν το σώμα τους και εντοπίζουν διαφορές που δεν υπήρχαν τα προηγούμενα χρόνια.

Στα αγόρια στη δευτερογενή ανάπτυξη των χαρακτηριστικών εντοπίζουμε τριχοφυΐα στην περιοχή του εφηβαίου, τρίχωση στο πρόσωπο (μουστάκια και γένια), στις μασχάλες, στο στήθος στα χέρια και στα πόδια. μεταβολή της φωνής (πιο βαριά και πιο βραχνή), διεύρυνση των ώμων τέλος παραγωγή ιδρώτα με χαρακτηριστική οσμή και λίπος στο πρόσωπο.

Στα κορίτσια που η εφηβεία αρχίζει νωρίτερα από τα αγόρια εντοπίζουμε περισσότερα χαρακτηριστικά όπως είναι ανάπτυξη των μαστών, τριχοφυΐα στην περιοχή του εφηβαίου, τριχωτό χνούδι στο πρόσωπο, τρίχωση στις μασχάλες στα

χέρια και στα πόδια. Εναπόθεση λίπους στο δέρμα και στους γλουτούς, μικρή αλλαγή της φωνής και παραγωγή ιδρώτα με χαρακτηριστική οσμή. Οι αλλαγές που εντοπίζονται συχνά ξαφνιάζουν και τα αγόρια και τα κορίτσια. Για πρώτη φορά αυξάνεται ο όγκος και η σκληρότητα του πέους στα αγόρια (στύση). Κατά τη διάρκεια του ύπνου παράγονται στον άνδρα μία ή δύο αυτόματες στήσεις. Ο ακούσιος ερεθισμός οργάνων κατά τη διάρκεια του ύπνου ονομάζεται ονειρώξη. Μερικές φορές στην ήβη οι στύσεις αυτές συνοδεύονται και από αυτόματη εκσπερμάτωση (δηλαδή έξοδος του σπέρματος από το πέος). Κάθε χάιδεμα ή τρίψιμο των γεννητικών οργάνων (κυρίως του πέους και της κλειτορίδας) με σκοπό την ηδονή λέγεται αυνανισμός και θεωρείται ένα φυσιολογικό στάδιο της σεξουαλικής ωρίμανσης του εφήβου.

Στα κορίτσια εμφανίζεται η πρώτη έμμηνος ρύση μετά από 1 έως 3 χρόνια από την έναρξη της ήβης. Έμμηνη ρύση ή περίοδος ή εμμηνορρυσία ορίζεται η περιοδική ανά μήνα περίπου αιμορροία από την κοιλότητα της μήτρας. Σε κάθε κύκλο το γεννητικό σύστημα της γυναίκας προετοιμάζεται για την πιθανότητα μιας εγκυμοσύνης. Ένα ωοθυλάκιο μεγαλώνει ενώ στο εσωτερικό του ωριμάζει ένα ωάριο. Η περίοδος εμφανίζεται στην γυναίκα για πρώτη φορά στην ηλικία των 12 έως και 16 ετών. Η περίοδος χαρακτηρίζεται από τρεις παραμέτρους : Από το διάστημα που μεσολαβεί από την αρχή της μιας μέχρι την αρχή της επόμενης περιόδου, που στις περισσότερες γυναίκες είναι 28 ημέρες, μπορεί όμως να είναι και 23 ημέρες ή και ως 33 ημέρες. Από το χρόνο διάρκειας της περιόδου, που συνήθως κρατάει 3-5 ημέρες αλλά θεωρείται φυσιολογικός εάν κρατήσει έως και 8 ημέρες. Εργαστηριακά έχει υπολογισθεί ότι η ποσότητα αίματος που χάνει η γυναίκα δε μια περίοδος δεν ξεπερνά τα 100ml ημερησίως.

ΕΦΗΒΕΙΑ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗΣ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ

Στην διάρκεια της εφηβείας αναπτύσσονται ισχυρά συναισθήματα. Το σεξ και η σεξουαλική επιθυμία, η Libido, δηλαδή η ενέργεια της ερωτικής ενόρμησης. Σεξουαλική επιθυμία σημαίνει να νιώθεις κάποιον να σε τραβάει πολύ δυνατά, σα να μαγνητίζεσαι. Τα εφηβικά βιώματα και ο εφηβικός έρωτας χαρακτηρίζονται από ιδιαίτερη ένταση

- Ο έφηβος έχει την πεποίθηση ότι η πρώτη φορά είναι και η τελευταία
- Αν δεχθεί απόρριψη μπορεί να αισθάνεται απελπισμένος
- Ο έφηβος δεν μπορεί να φανταστεί ότι θα αγαπήσει άλλον άνθρωπο

Ο έφηβος και η έφηβη νιώθουν την ανάγκη να έχουν μια σεξουαλική επικοινωνία. Η σεξουαλική επικοινωνία συμβαίνει όταν ένα θηλυκό και ένα αρσενικό αισθάνονται έλξη και ερεθισμό ο ένας για τον άλλο. Το σεξ είναι επικοινωνία. (Σαλάκος Ν. 2006)

Ένας έφηβος στη σημερινή εποχή μπορεί να ενημερωθεί για το σεξ από πολλές και διάφορες πηγές. Ο καλύτερος τρόπος για να πληροφορηθεί σωστά είναι να συζητήσει το θέμα του σεξ με τους γονείς του. Για πολλά χρόνια οι προηγούμενες γενιές δεν συζητούσαν καθόλου το θέμα του σεξ και του έρωτα καθώς το θεωρούσαν ταμπού. Συνήθως τότε τα παιδιά αντλούσαν πληροφορίες από τα μεγαλύτερα αδέρφια που «ήξεραν» ή από τους συνομήλικους τους. Σπάνια υπήρχαν οικογένειες που συζητούσαν με τα παιδιά τους για την περίοδο της γυναίκας, την εγκυμοσύνη και την σεξουαλική επαφή κτλ. Σήμερα, όμως, τα πράγματα είναι διαφορετικά καθώς τα παιδιά λαμβάνουν από παντού πληροφορίες Μ.Μ.Ε., Internet, τηλεόραση και αν τα μηνύματα που λαμβάνουν δεν τους τα εξηγήσουν σωστά οι γονείς τους θα οδηγηθούν σε λάθος συμπεράσματα.

Γι' αυτό το λόγο οι γονείς πρέπει να επιμορφώσουν τα παιδιά τους για τα θέματα που αφορούν την αγάπη, την οικειότητα και τις σεξουαλικές σχέσεις. Ο ρόλος των γονιών για αυτά τα θέματα είναι πρωταρχικός διότι μπορούν δημιουργώντας τις κατάλληλες συνθήκες να περάσουν στα παιδιά τους τα σωστά μηνύματα που θα τα βοηθήσουν και θα τα προστατέψουν για ολόκληρη ζωή.

Είναι γνωστό όμως ότι πολλοί γονείς αποφεύγουν να συζητήσουν το θέμα της σεξουαλικής αγωγής καθώς νιώθουν άβολα. Τα παιδιά και οι έφηβοι χρειάζονται αυτή την πληροφόρηση και καθοδήγηση από τους γονείς τους, για να πάρουν τις σωστές αποφάσεις σχετικά με την βιολογική και σεξουαλική τους συμπεριφορά. Η συζήτηση για αυτά τα θέματα μπορεί να είναι δύσκολη όμως οι γονείς πρέπει να ανταποκρίνονται στις ερωτήσεις των παιδιών τους. Ανάλογα με το επίπεδο αυτής της ανάγκης και ζήτησης πρέπει να προσφέρουν όση πληροφόρηση χρειάζεται το παιδί τους.

Τα παιδιά έχουν διαφορετικά επίπεδα περιέργειας και κατανόησης και αυτό εξαρτάται από την ηλικία τους και από το επίπεδο ωρίμανσης τους. Όσο μεγαλώνουν σε

ηλικία τα παιδιά, τόσο πιο συχνά θα ρωτούν λεπτομέρειες για το σεξ. Αρκετά παιδιά έχουν το δικό τους λεξιλόγιο για θέματα του σεξ. Είναι σημαντικό οι γονείς να βρουν τις λέξεις που χρησιμοποιούν τα παιδιά τους και με τις οποίες αυτά νιώθουν άνετα. Μιλώντας με αυτό τον τρόπο η συζήτηση γίνεται πιο εύκολη.

- Ένα πεντάχρονο παιδί θα είναι ευχαριστημένο με απλές απαντήσεις, όπως για παράδειγμα την απλή ερμηνεία ότι τα παιδιά δημιουργούνται από ένα σπόρο ο οποίος μεγαλώνει σε ειδικό χώρο μέσα στη μητέρα του. Αντιλαμβάνεται ότι ο πατέρας του βοηθά με το δικό του σπόρο, τον οποίον συνδυάζει με αυτόν της μητέρας του και έτσι το παιδί αρχίζει να μεγαλώνει.
- Ένα οκτάχρονο παιδί μπορεί να χρειάζεται περισσότερες επεξηγήσεις. Μπορεί να θέλει να μάθει πώς φθάνει ο σπόρος του πατέρα του στον σπόρο της μητέρας του.
- Ένα εντεκάχρονο παιδί μπορεί να θέλει να μάθει περισσότερα. Σε τέτοια περίπτωση οι γονείς μπορούν να βοηθήσουν εξηγώντας πως ένας άνδρας και μια γυναίκα ερωτεύονται και πως μπορεί να αποφασίσουν μετά να έχουν μεταξύ τους μια σεξουαλική σχέση.

Είναι πολύ σημαντικό οι γονείς να μιλούν και να τονίζουν τις ευθύνες και τις συνέπειες που έρχονται μαζί με μια σεξουαλικά ενεργό ζωή. Η εγκυμοσύνη, οι σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες και τα αισθήματα σχετικά με την σεξουαλική επαφή, είναι σημαντικά θέματα που πρέπει να αναπτυχθούν. Οι έφηβοι έχουν διαφορετικές αντιλήψεις και ανάγκες. Αντιλαμβάνονται και τοποθετούν τον έρωτα και το σεξ μέσα στα πλαίσια των σχέσεων των συναντήσεων και γνωριμιών.

Ο τρόπος με τον οποίο θα αντιμετωπίσει ένα άτομο τη σεξουαλικότητά του κατά τα διάφορα στάδια της ζωής του, εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση που έλαβε σε όλη τη διάρκεια των παιδικών του χρόνων. Η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση δεν αναφέρεται μόνο σε ζητήματα σεξουαλικών σχέσεων αλλά και σε ευρύτερα θέματα, όπως η εικόνα του εαυτού, η αυτοεκτίμηση, οι κανόνες ηθικής, ο αμοιβαίος σεβασμός και η αγάπη. Οι αξίες των γονέων μεταδίδονται μέσα

από τα λόγια τους, αλλά κυρίως μέσα από τη στάση τους και το ζωντανό παράδειγμα που δίνουν στα παιδιά τους.

ΕΦΗΒΙΚΗ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Η σεξουαλική δραστηριότητα των εφήβων έχει αυξηθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια με αποτέλεσμα να υπερδιπλασιαστούν οι κυήσεις στην εφηβεία και επομένως οι εκτρώσεις.

Η εφηβική εγκυμοσύνη έχει χαρακτηριστεί επιδημία. Οι τραγικές διαστάσεις αυτού του προβλήματος γίνονται ιδιαίτερα φανερές, αν αναλογιστεί κανείς τον αντίκτυπο που έχει μία εγκυμοσύνη σ' ένα κορίτσι εφηβικής ηλικίας. Το λιγότερο που μπορεί να της συμβεί είναι οι δραστικές αλλαγές στην ζωή της οι οποίες θα επηρεάσουν συνειδητά όχι μόνο την ίδια αλλά και την οικογένεια της και τα αγαπημένα της πρόσωπα.

Η εφηβική εγκυμοσύνη δημιουργεί τεράστια κοινωνικά, ψυχολογικά και οικονομικά προβλήματα λόγω του ότι:

- α) σπάνια οι έφηβες είναι προετοιμασμένες συναισθηματικά και κοινωνικά να ανταπεξέλθουν στις ανάγκες ενός παιδιού,
- β) η εγκυμοσύνη διακόπτει την εκπαίδευσή τους ή την επαγγελματική τους κατάρτιση και μπορεί να προκαλέσει αποξένωση από την οικογένεια και τους φίλους,
- γ) το μεγαλύτερο ποσοστό των κυήσεων συμβαίνει εκτός γάμου.

ΠΟΙΟΙ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΛΟΓΟΙ ΠΟΥ ΟΙ ΕΦΗΒΕΣ ΦΘΑΝΟΥΝ ΣΕ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΗ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

- α) Συχνά αισθάνονται ντροπή και αμηχανία να ζητήσουν συμβουλές και καθοδήγηση για την αντισύλληψη με τη σκέψη ότι ενδέχεται να το ανακαλύψουν οι γονείς τους.

β) Άλλες δείχνουν απροθυμία λόγω του ότι η αντισύλληψη παρεμβαίνει στον αυθορμητισμό και στη "φυσικότητα" της πράξης ή γιατί δε θέλουν να παραδεχτούν στον εαυτό τους ότι επιθυμούν ή έχουν σχεδιάσει σεξουαλική επαφή.

γ) Ωστόσο σε πολλές περιπτώσεις οι έφηβες αρνούνται την αντισύλληψη διότι έχουν υποσυνείδητη επιθυμία να συλλάβουν. Ιδιαίτερα αυτό συμβαίνει σε προβληματικές μοναχικές έφηβες που πιστεύουν ότι έχοντας ένα μωρό, θα νιώσουν την αγάπη που τους λείπει.

δ) Τέλος, η πιο συχνή αιτία και αυτή που μπορεί να προληφθεί, είναι η έλλειψη των απαραίτητων γνώσεων για την σεξουαλικότητα και τις μεθόδους αντισύλληψης.

ΠΡΩΤΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΕΠΑΦΗ

Η πρώτη σεξουαλική ή η πρώτη ερωτική επαφή; Ένα φαινομενικά εύκολο ερώτημα που χρίζει προβληματισμού και συζήτησης. Σεξουαλική επαφή είναι η φυσική ένωση του αρσενικού και του θηλυκού σαν επακόλουθα της αναζήτησης της ικανοποίησης του έμφυτου ενστίκτου, ή της ανάγκης απόκτησης απογόνων. Η ερωτική επαφή είναι κάτι το πιο βαθύ, που εμπρικλείει και μια πνευματική και ψυχική έλξη πέραν της φυσικής έλξης.

Όλοι οι άνθρωποι ξεκινούν την ερωτική τους ζωή χωρίς να διαθέτουν την ανάλογη πείρα. Για όλους τους ανθρώπους υπάρχει η πρώτη φορά. Πολύ συχνά ο νέος άνθρωπος πληροφορείται τα μυστικά του σεξ από αυτοαποκαλούμενους έμπειρους φίλους, οι οποίοι όμως είναι πολύ πιθανό να έχουν κατασκευάσει τις εμπειρίες τους στη φαντασία τους και μόνο.

Άλλωστε, οι έρευνες δείχνουν ότι η σημαντικότερη πηγή πληροφόρησης των νέων ανθρώπων γύρω από το σεξ είναι οι συνομήλικοι και οι φίλοι. Επιπλέον δεν είναι ακριβείς και οι πληροφορίες από το περιβάλλον τους που αφορούν την ηλικία και τις δυσκολίες της πρώτης ερωτικής επαφής.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Η εγκυμοσύνη για μια γυναίκα είναι ίσως η σημαντικότερη και ομορφότερη περίοδος της ζωής της που δημιουργεί μια νέα ζωή.

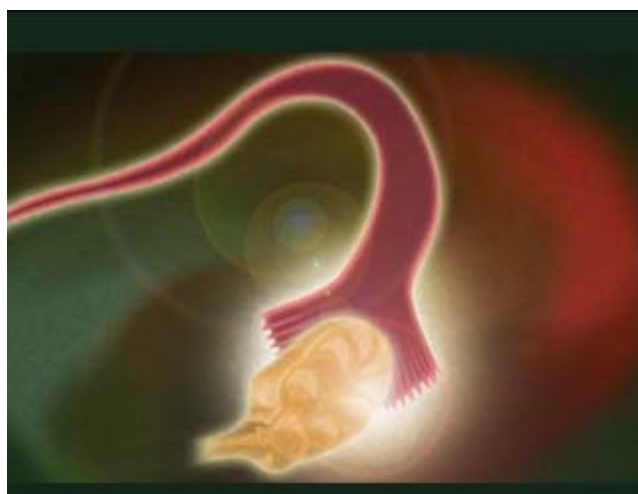
Ο όρος εγκυμοσύνη είναι η διαδικασία στην οποία γίνεται σε μια γυναίκα φέρει στην μήτρα της ένα γονιμοποιημένο ωάριο που αναπτύσσεται και εξελίσσεται ,σταδιακά σε έμβryo μέχρι τη γέννηση του βρέφους η οποία εγκυμοσύνη διαρκεί περίπου 40 εβδομάδες.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ

Η διάγνωση για την εγκυμοσύνη είναι συνήθως όταν μια νεαρή γυναίκα έχει καθυστέρηση από τον μηνιαίου κύκλο.

Τότε το γονιμοποιημένο ωάριο εμφυτεύεται στα τοιχώματα της μήτρας περίπου σε 7 ημέρες μετά την γονιμοποίηση.

Μετά το ωάριο στέλνει την εντολή στο σώμα και συνεχίζει να παράγει προγεστερόνη .



Τότε αρχίζει να παράγεται η hCG (χορική γοναδοτροπίνη) δηλαδή η ορμόνη της εγκυμοσύνης.

Σε μια φυσιολογική κύηση τα επίπεδα της ορμόνης hCG διπλασιάζονται κάθε δεύτερη μέρα μέχρι περίπου των 9 εβδομάδων κύησης

Το τεστ εγκυμοσύνης το κάνουμε όταν έχει μια (1) εβδομάδα από την καθυστέρηση του μηνιαίου κύκλου, γιατί το μεγαλύτερο μέρος του πρώτου μήνα της εγκυμοσύνης δεν γίνεται αντιληπτό από την γυναίκα .

ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΟ ΓΥΝΑΙΚΕΙΟ ΣΩΜΑ

Όταν η γυναίκα μένει έγκυος το σώμα της αρχίζει να έχει διάφορες αλλαγές.

Από της πρώτες εβδομάδες εγκυμοσύνης αρχίζει το στήθος να αποκτά όγκο και πρήζεται .

Τα οστά της λεκάνης και τα πλευρά

ανοίγουν σιγά – σιγά καθώς το

έμβρυο μεγαλώνει

Η κοιλότητα του θώρακα εκτείνεται

λίγο λόγω της ώθησης της μήτρας

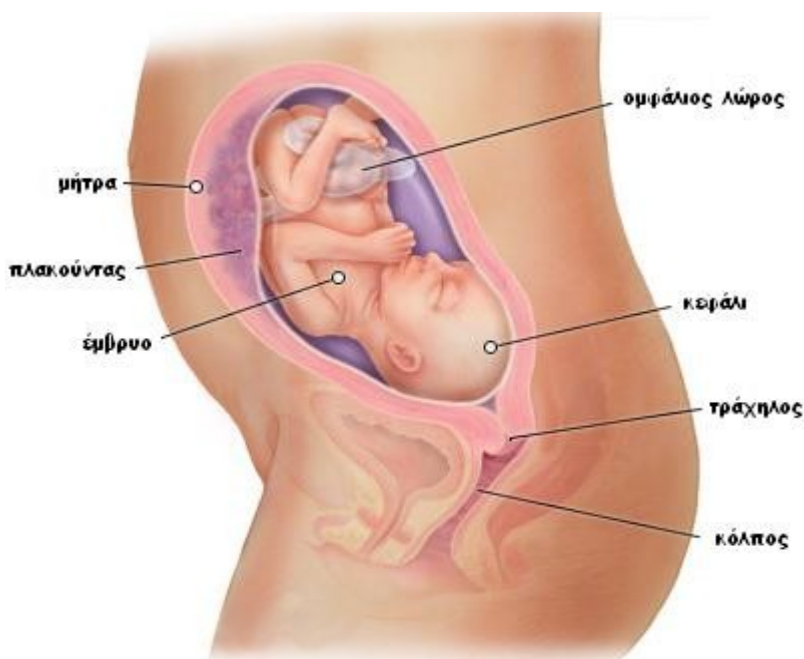
προς τα κάτω .

Η κοιλιά αρχίζει να φαίνεται μετά

τον 4^ο - 5^ο μήνα της εγκυμοσύνης.

Κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης πολλές γυναίκες

ομορφαίνουν και γλυκαίνουν ενώ άλλες όχι.

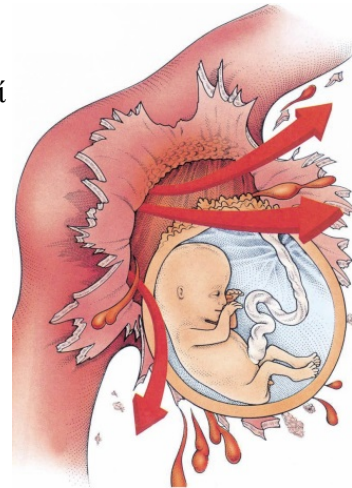


ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΚΑΙ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ

Μερικές φορές μια εγκυμοσύνη δεν φτάνει μέχρι το τέλος της .

Μπορεί μια εγκυμοσύνη που δεν έχει κανένα πρόβλημα να διακοπή την 22^η εβδομάδα όταν το έμβρυο είναι ανώριμο να επιζήσει , τότε λέμε για την αυτόματη αποβολή .

Επίσης όταν το ωάριο γονιμοποιηθεί και εγκατασταθεί έξω από τη μήτρα τότε έχουμε την εξωμήτριο κύηση που θα διακοπή αυτή αρκετά νωρίς.



ΑΥΤΟΜΑΤΗ ΑΠΟΒΟΛΗ

Το ποσοστό της αυτόματης αποβολής είναι το 12% - 15% των διαγνωσθέντων κυήσεων .

Η μεγαλύτερη συχνότητα αυτόματων εκτρώσεων συμβαίνει μεταξύ 8^{ης} και 12^{ης} εβδομάδας.

Το ποσοστό των αυτόματων αποβολών αυξάνεται σημαντικά όταν υπάρχει προηγούμενο ιστορικό μιας ή περισσότερων αποβολών .

Εάν συμβεί για πρώτη φορά η αυτόματη αποβολή οι πιθανότητες να συμβεί για δεύτερη ανέρχεται στο 25% για τρίτη στο 40% και για τέταρτη στο 70% περίπου.

Εξωμήτρια Αποβολή

Αν ένα γονιμοποιημένο ωάριο εμφυτευτεί έξω από την μήτρα αυτό λέγεται εξωμήτρια εγκυμοσύνη .

Περίπου μία στις 100 εγκυμοσύνες είναι εξωμήτριο , μια γυναίκα που έχει μια εξωμήτρια εγκυμοσύνη έχει πιθανότητα 10 με 20% να έχει άλλη μια σε επόμενη εγκυμοσύνη . Οι πιο πολλές εξωμήτριες εγκυμοσύνες γίνονται στις σάλπιγγες.

Εξετάσεις κύησης

«Η αλήθεια είναι πως η εγκυμοσύνη καλό είναι να αρχίζει πριν από τη σύλληψη», υποστηρίζει ο μαιευτήρας-γυναικολόγος κ. Ευάγγελος Γκιρόντες. Αυτό σημαίνει ότι η γυναίκα μαζί με το γυναικολόγο της θα πρέπει να προγραμματίσει τις απαραίτητες εξετάσεις που θα δείξουν αν πάσχει από κάτι πριν ακόμα μείνει έγκυος.

Οι εξετάσεις αυτές είναι το τεστ Παπανικολάου, η καλλιέργεια κοιλιακού υγρού, το υπερηχογράφημα ελάσσονος πυέλου, η γενική αίματος, η γενική ούρων και εξειδικευμένες εξετάσεις αίματος (όπως είναι η ηλεκτροφόρηση αιμοσφαιρίνης, ο σίδηρος, το σάκχαρο, η ουρία, τα αντισώματα ερυθράς και τοξοπλάσματος, του κυτταρομεγαλοϊού, της ηπατίτιδας Β και του ιού HIV). Αυτές οι εξετάσεις θα δείξουν τυχόν προβλήματα που θα πρέπει να αντιμετωπιστούν πριν τη σύλληψη. Μετά τη σύλληψη η έγκυος πρέπει να επισκέπτεται το γιατρό μία φορά το μήνα (εάν δεν έχει κάποιο ειδικό πρόβλημα) μέχρι την 32η εβδομάδα της κύησης. Από την 32η εβδομάδα μέχρι την 36η εβδομάδα πρέπει να τον επισκέπτεται δύο φορές το μήνα και μετά την 36η μία φορά την εβδομάδα. Σε κάθε επίσκεψη ο γιατρός θα ελέγχει το βάρος και την αρτηριακή της πίεση, θα αξιολογηθεί την αύξηση της μήτρας και τη θέση του εμβρύου και θα ακούει τους παλμούς του. Επίσης, μία φορά το μήνα πρέπει να γίνεται γενική αίματος, γενική ούρων και εξέταση αίματος για σίδηρο και σάκχαρο. Πέρα από αυτές τις εξετάσεις υπάρχουν και άλλες, πιο ειδικές, όπως:

- Η αυχενική διαφάνεια. Γίνεται με υπερήχους τη 12η-14η εβδομάδα της κύησης και τα αποτελέσματα βγαίνουν αμέσως. Ο γιατρός μετράει το εύρος μίας πτυχής στον αυχένα του εμβρύου και υπολογίζει τις πιθανότητες για σύνδρομο Down. Φυσιολογικές είναι οι τιμές κάτω από 2 χιλιοστά (mm). Αν είναι παραπάνω, ο γιατρός μπορεί να συστήσει αμνιοπαρακέντηση.

- Το A-test. Γίνεται τη 14η εβδομάδα της κύησης και τα αποτελέσματα βγαίνουν μέσα σε μία εβδομάδα το πολύ. Είναι συνδυασμός εξέτασης με υπερήχους και λήψη αίματος, κατά την οποία θα μετρηθούν τα επίπεδα τριών ορμονών. Ο υπέρηχος δείχνει την ακριβή υπερηχογραφική ηλικία του εμβρύου (δηλαδή σε ποιο στάδιο βρίσκεται η ανάπτυξή του). Γίνεται για να υπολογιστούν οι πιθανότητες χρωμοσωμιακών ανωμαλιών, όπως το σύνδρομο Down, το σύνδρομο Turner κ.ά. Αν το αποτέλεσμα δεν είναι καλό, μπορεί να ζητηθεί αμνιοπαρακέντηση.

- Το B-test. Είναι η εξελιγμένη μορφή του A-test. Γίνεται τη 15η εβδομάδα της κύησης και η διαφορά είναι ότι μετρώνται τα επίπεδα δύο ορμονών. Και πάλι τα αποτελέσματα θα βγουν σε μία εβδομάδα το πολύ. Η έγκυος θα κάνει ή A-test ή B-test.

- Το υπερηχογράφημα Β-επιπέδου. Γίνεται την 21η εβδομάδα της κύησης και τα αποτελέσματα βγαίνουν επιτόπου. Ο γιατρός ελέγχει εξονυχιστικά το έμβρυο (από τα μάτια και τα άκρα έως όλα τα εσωτερικά του όργανα). Αν υπάρχει το παραμικρό πρόβλημα, ενημερώνονται οι γονείς και γίνεται συζήτηση με το γιατρό ως προς τον τρόπο εξέλιξης της εγκυμοσύνης.

- Η καμπύλη σακχάρου. Γίνεται την 21η-22η εβδομάδα της κύησης, κυρίως στις εγκύους οι οποίες σε προηγούμενες εξετάσεις είχαν παθολογικά επίπεδα σακχάρου ή όταν υπάρχει υποψία για αυξημένο σάκχαρο (π.χ. το έμβρυο είναι μεγάλο) ή όταν η μητέρα είναι παχύσαρκη. Η έγκυος πρέπει να πει γλυκόζη αραιωμένη σε νερό και να δώσει αίμα πριν και μετά τη λήψη, ακολουθώντας τις οδηγίες του γιατρού της.

- Η αμνιοπαρακέντηση. Γίνεται τη 15η-18η εβδομάδα της κύησης, συνήθως στις γυναίκες που έχουν περάσει τα 35 τους χρόνια, οπότε θεωρείται αυξημένος ο κίνδυνος να αποκτήσουν μωρό με σύνδρομο Down ή άλλο

πρόβλημα. Γίνεται επίσης όταν δεν είναι καλά τα αποτελέσματα της αυχενικής διαφάνειας του A-test ή του B-test. Τα αποτελέσματα βγαίνουν σε 15-20 μέρες και είναι η μόνη εξέταση με 99,99% σωστά αποτελέσματα

(υπάρχει πάντα η πιθανότητα του ανθρώπινου λάθους). Η εξέταση γίνεται με λήψη αμνιακού υγρού με λεπτή βελόνα που εισάγεται από την κοιλιά της μητέρας. Ο κίνδυνος επιπλοκής, όπως αιμορραγία ή αποβολή είναι 1-2%.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ

Αντισύλληψη καλείται η αναστολή της γονιμότητας, με σκοπό την αποφυγή ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης καθώς και την αποφυγή των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων. Την σημερινή εποχή υπάρχει μια πληθώρα ασφαλών και αποτελεσματικών μεθόδων αντισύλληψης, με πληθώρα χαρακτηριστικών, ώστε να καλύπτουν τις διαφορετικές ανάγκες και προτιμήσεις των χρηστών. Κάθε μέθοδος αντισύλληψης έχει πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα, τα οποία οφείλει να τα εξηγήσει ο γιατρός ή γυναικολόγος στην γυναίκα ή στο ζευγάρι που ενδιαφέρεται για οικογενειακό προγραμματισμό. Μερικές αντισυλληπτικές μέθοδοι προσφέρουν μόνιμη και άλλες προσωρινή αντισυλληπτική προστασία, επιπλέον ορισμένες μέθοδοι προσφέρουν προστασία από τα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα και νεοπλασίες. Κάποιες χρησιμοποιούνται μόνο κατά την σεξουαλική επαφή, ενώ άλλες μπορούν να χρησιμοποιηθούν ανεξάρτητα από την ώρα της συνουσίας. Ωστόσο θα πρέπει να λαμβάνεται υπ' όψιν το ποσοστό επιτυχίας κάθε μορφής αντισύλληψης. Ο γιατρός συμμετέχει και κατευθύνει το ενδιαφερόμενο ζευγάρι ανάλογα με την ηλικία, αν υπάρχουν ήδη παιδιά, την οικογενειακή κατάσταση, την συχνότητα των επαφών και το είδος της σχέσης, την οικειότητα του χρήστη με τη μέθοδο και το επίπεδο της άνεσης με το σώμα του.

Σημαντικοί παράγοντες που καθορίζουν την επιλογή της σωστής μεθόδου αντισύλληψης είναι η υγεία του ενδιαφερόμενου, η γνώση που έχει σχετικά στις μεθόδους αντισύλληψης, το ιστορικό χρήσης αντισυλληπτικών και της εμφάνισης σεξουαλικά μεταδιδόμενης νόσου στο παρελθόν. Ακόμη η διαφορά στη συχνότητα εμφάνισης σεξουαλικών μεταδιδόμενων νοσημάτων στην κοινωνία ανά ηλικίες. Επίσης θα πρέπει να ληφθούν υπ' όψιν και άλλοι παράγοντες όπως το οικονομικό κόστος της μεθόδου, το επίπεδο ευκολίας της και η ψυχολογική επιβάρυνση της κατά την εφαρμογή της, η κουλτούρα, οι θρησκευτικές, πολιτιστικές συνήθειες του ενδιαφερόμενου δεν πρέπει να αγνοούνται από τον λειτουργό του οικογενειακού προγραμματισμού.

Τέλος, στους ενδιαφερόμενους πρέπει να παρέχεται η ευελιξία να αλλάζουν την αντισυλληπτική μέθοδο, καθώς οι ανάγκες για οικογενειακό προγραμματισμό μεταβάλλονται με το πέρασμα του χρόνου. Δηλαδή, μια μέθοδος που είναι

κατάλληλη και αποδεκτή από μια ανύπαντρη και νεαρή γυναίκα μπορεί να μην είναι η καλύτερη επιλογή για την ίδια γυναίκα μερικά χρόνια αργότερα. Επίσης, θα πρέπει να διασφαλίζεται από την πολιτεία το δικαίωμα του ενδιαφερόμενου ή του ζευγαριού να συμμετέχουν στην επιλογή ή στην διακοπή κάποιας αντισυλληπτικής μεθόδου.

ΠΡΟΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ

Για την επιλογή της κατάλληλης αντισυλληπτικής μεθόδου συμπεριλαμβάνεται και η συνεργασία γιατρού και ζεύγους, από την οποία ο γιατρός θα αποκτήσει ορισμένες γνώσεις για το ζευγάρι. Θα πρέπει να γνωρίζει:

- Κίνητρα ζεύγους για την αντισύλληψη
- Ιατρικό ιστορικό και ιατρική εξέταση
- Οικογενειακή και οικονομική κατάσταση
- Ηθικές και θρησκευτικές πεποιθήσεις
- Τρόπος Ζωής
- Αποτελεσματικότητα και παρενέργειες

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ

Οι μέθοδοι αντισύλληψης είναι δυνατόν να ταξινομηθούν σε τρεις μεγάλες κατηγορίες:

- Μέθοδοι οι οποίες βασίζονται τη φυσιολογία της γυναίκας και αποτελεί τη φυσική αντισύλληψη
- Μέθοδοι οι οποίες βασίζονται σε μηχανικά μέσα
- Μέθοδοι οι οποίες βασίζονται σε φαρμακευτικά- οργανικά σκευάσματα και αποτελεί την ορμονική αντισύλληψη

ΦΥΣΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ

- ΗΜΕΡΟΛΟΓΙΑΚΗ ΜΕΘΟΔΟΣ
- ΤΡΑΧΗΛΙΚΗ ΒΛΕΝΝΑ-ΠΟΝΟΣ ΩΟΘΥΛΑΚΙΟΡΡΗΞΙΑΣ
- ΘΕΡΜΟΜΕΤΡΙΚΟ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ
- ΔΙΑΚΟΠΤΟΜΕΝΗ ΣΥΝΟΥΣΙΑ

ΔΙΑΦΡΑΓΜΑΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ

- ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΟ
- ΚΟΛΠΙΚΟ ΔΙΑΦΡΑΓΜΑ
- ΤΡΑΧΗΛΙΚΗ ΚΑΛΥΠΤΡΑ
- ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΟΣ ΣΠΟΓΓΟΣ
- ΓΥΝΑΙΚΕΙΟ ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΟ
- ΣΠΕΡΜΑΤΟΚΤΟΝΑ

ΜΕΘΟΔΟΙ ΟΡΜΟΝΙΚΗΣ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ

- ΟΡΜΟΝΙΚΗ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ ΑΠΟ ΤΟ ΣΤΟΜΑ
- ΠΑΡΕΝΤΕΡΙΚΗ ΟΡΜΟΝΙΚΗ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ
 1. ΕΝΕΣΙΜΟ ΠΡΟΓΕΣΤΑΓΟΝΟ
 2. ΕΝΕΣΙΜΟ ΠΡΟΓΕΣΤΑΓΟΝΟ ΚΑΙ ΟΙΣΤΡΟΓΟΝΟ
 3. ΟΡΜΟΝΗ ΣΕ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑ
 4. ΟΡΜΟΝΕΣ ΣΕ ΚΟΛΠΙΚΟ ΔΑΚΤΥΛΙΟ
 5. ΟΡΜΟΝΕΣ ΣΕ ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΟ ΑΥΤΟΚΟΛΛΗΤΟ
- ΕΠΙΓΟΥΣΑ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ
 1. ΟΡΜΟΝΙΚΗ
 2. ΜΙΦΕΠΡΙΣΤΟΝΗ (RU 486)
- 3. ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΗΣ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΚΗΣ ΣΥΣΚΕΥΗΣ

ΦΥΣΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ

1. ΗΜΕΡΟΛΟΓΙΑΚΗ ΜΕΘΟΔΟΣ

Υπενθυμίζουμε ορισμένα στοιχεία για την ωοθυλακιορρηξία και τα ανώτερα όρια επιβίωσης του ωαρίου και των σπερματοζωαρίων στη βλέννα του γεννητικού συστήματος της γυναίκας που έχουν άμεση σχέση με τη γονιμότητα. Η ωοθυλακιορρηξία συνήθως συμβαίνει 12 έως 16 ημέρες (14 ± 2 ημέρες) πριν την επόμενη εμμηνορρυσία. Το μέγιστο της επιβίωσης του ωαρίου πιστεύεται ότι είναι 24 ώρες αλλά η πετυχημένη γονιμοποίησή του φαίνεται ότι είναι απίθανο να διαρκεί περισσότερο από 12 ώρες. Το ανώτερο όριο της επιβίωσης των σπερματοζωαρίων στη βλέννα του γεννητικού συστήματος είναι αρκετά δύσκολο να μελετηθεί άμεσα, αφού οι μέθοδοι εξέτασης της επιβίωσης μπορεί να μεταβάλουν αυτό ακριβώς που εξετάζουν.

Φαίνεται ότι τα σπερματοζωάρια συνήθως δεν επιβιώνουν περισσότερο από 6-8 ώρες μέσα στον κόλπο (Lu et al 2003), καθώς το pH επιστρέφει στην κανονική χαμηλή του τιμή μετά από τη συνουσία. Η επιβίωση όμως μέσα στο τραχηλικό, στο μητρικό και στοσαλπγγικό υγρό ποικίλλει. Στο παρελθόν, η κλασική βιβλιογραφία ανέφερε μέσους χρόνους επιβίωσης των σπερματοζωαρίων γύρω στις 3-4 ημέρες μέσα στο γυναικείο γεννητικό σύστημα (Dunnihoo 1990). Όμως, η επιβίωση των σπερματοζωαρίων μπορεί να φθάσει τις 5 ημέρες και σε μερικά σπάνια ζευγάρια, ιδιαίτερα αν η γυναίκα παράγει καλή βλέννα για μακρύ χρονικό διάστημα, μπορεί να φθάσει ακόμα και τις 7 ημέρες (Guillebaud 1993).

Με βάση τα προηγούμενα, η γυναίκα θα πρέπει να καταγράψει για ένα έτος τους κύκλους της για να καθορίσει τον μικρότερο και τον μεγαλύτερο κύκλο σε διάρκεια. Με δεδομένα ότι η ωοθυλακιορρηξία συμβαίνει 12-16 ημέρες πριν την επόμενη εμμηνορρυσία και το ωάριο ζει το πολύ για μια ημέρα, γίνονται οι πιο κάτω υπολογισμοί. Για τον υπολογισμό της πρώτης επικίνδυνης ημέρας του κύκλου, κατά την οποία αν έλθει η γυναίκα σε επαφή θα μπορούσε να μείνει έγκυος, θα πρέπει να αφαιρέσουμε από τον μικρότερο κύκλο 20 ημέρες (δηλαδή 16 ημέρες που αντιστοιχούν στο μεγαλύτερο χρονικό διάστημα που μπορεί να πέρασε από την προηγούμενη ωοθυλακιορρηξία συν 4 ημέρες που υπολογίζουμε συμβολικά ως χρόνο

επιβίωσης των σπερματοζωαρίων).

Για τον υπολογισμό της τελευταίας επικίνδυνης ημέρας του κύκλου, κατά την οποία αν έλθει η γυναίκα σε επαφή θα μπορούσε να μείνει έγκυος, θα πρέπει να αφαιρέσουμε από τον μεγαλύτερο κύκλο 11 ημέρες (δηλαδή 12 ημέρες που αντιστοιχούν στο μικρότερο χρονικό διάστημα που μπορεί να πέρασε από την προηγούμενη ωοθυλακιορρηξία πλην μια ημέρα που υπολογίζουμε ως χρόνο επιβίωσης του ωαρίου). Έτσι, σε μια γυναίκα με μικρότερο κύκλο 26 ημερών και μεγαλύτερο κύκλο 32 ημερών, η επικίνδυνη χρονική περίοδος για να μείνει έγκυος είναι

από την 6η έως την 21η ημέρα, δηλαδή $26-20=6$ η ημέρα και $32-11=21$ η ημέρα.

Επομένως, αν αυτή η γυναίκα ερχόταν σε επαφή, για παράδειγμα, την 7η ημέρα του κύκλου θα μπορούσε να μείνει έγκυος διότι μπορεί να έκανε ωοθυλακιορρηξία τη 10η

ημέρα του κύκλου (26-16) αλλά τα σπερματοζωάρια βρίσκονταν ζωντανά στο γεννητικό της σύστημα από τις προηγούμενες ημέρες. Όμως, αν ερχόταν σε επαφή την 5η ημέρα του κύκλου δεν θα μπορούσε να μείνει έγκυος διότι μπορεί να έκανε ωοθυλακιορρηξία τη 10η ημέρα του κύκλου (26-16) αλλά τα σπερματοζωάρια δεν έζησαν μέχρι τότε για να συναντήσουν το ωάριο. Εννοείται ότι για μεγαλύτερη ασφάλεια μπορούμε να πάρουμε ως δεδομένο τους μεγαλύτερους χρόνους επιβίωσης των σπερματοζωαρίων που αναφέρθηκαν πιο πάνω, οπότε οι παραπάνω υπολογισμοί γίνονται αναλόγως (Ιατράκης2002).

Από τα προηγούμενα προκύπτει ότι μπορεί να συμβεί εγκυμοσύνη σε επαφή αμέσως μετά την εμμηνορρυσία ή ακόμα και προς το τέλος της εμμηνορρυσίας αν αυτή κρατά αρκετές ημέρες (όταν πολλοί άνθρωποι νομίζουν ότι μπορούν να έλθουν σε επαφή χωρίς κίνδυνο). Επίσης, αν αυτή η γυναίκα ερχόταν σε επαφή την 21η ημέρα του κύκλου θα μπορούσε να μείνει έγκυος διότι μπορεί να έκανε ωοθυλακιορρηξία την 20η ημέρα του κύκλου (32-12) αλλά το ωάριο μπορεί να ζει και την επόμενη ημέρα. Όμως, αν ερχόταν σε επαφή την 22η ημέρα του κύκλου δεν θα μπορούσε να μείνει έγκυος διότι μπορεί να έκανε ωοθυλακιορρηξία την 20η ημέρα του κύκλου αλλά το ωάριο δεν έζησε για 2 ημέρες για να μπορέσει να γονιμοποιηθεί.

Σε ορισμένες πληθυσμιακές ομάδες, κυρίως σε νέες ηλικίες, η μέθοδος είναι ιδιαίτερα δημοφιλής αφού έρχεται δεύτερη σε χρήση μετά το ανδρικό προφυλακτικό (Ogji et al 2005).

1.α. Αποτελεσματικότητα

Πρακτικά έχει ποσοστά αποτυχίας που πλησιάζουν το 10%.

Βελτίωση της αποτελεσματικότητας μπορεί να επιτευχθεί αν χρησιμοποιείται μόνο στη δεύτερη φάση του κύκλου.

1.β. Πλεονεκτήματα

- Δεν έχει ιατρικές παρενέργειες.
- Είναι δωρεάν.
- Είναι αποδεκτή από πολλούς με ορισμένες θρησκευτικές απόψεις (που δεν είναι μόνο οι Ρωμαιοκαθολικοί).
- Είναι κάτω από τον έλεγχο του ζευγαριού.
- Αφού η γυναίκα κατανοήσει πλήρως τη μέθοδο (μετά από προσεκτική διδασκαλία), δεν απαιτείται περαιτέρω παρακολούθηση.
- Η κατανόηση της μεθόδου μπορεί να βοηθήσει υπογόνιμα ζευγάρια να πετύχουν κύηση.

1.γ. Μειονεκτήματα

- Σε μη πλήρη κατανόηση της μεθόδου έχει μεγάλα ποσοστά αποτυχίας.
- Μπορεί να αποτελέσει πηγή άγχους η ημερολογιακά “οριακή” εφαρμογή της.
- Ένας ανησυχητικός δυνητικός κίνδυνος είναι η πιθανότητα εμβρυϊκών ανωμαλιών που οφείλονται σε γονιμοποίηση γερασμένων γαμετών. Εργασία σε ζώα και δύο αναδρομικές μελέτες σε ανθρώπους υποστήριξαν αυτή την άποψη. Ωστόσο, μερικές

άλλες μελέτες περιλαμβάνοντας και μελέτη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας-ΠΟΥ (World Health Organization-WHO) δεν έδειξαν την παραμικρή αύξηση της συχνότητας ανωμαλιών στη γέννηση. Ο κίνδυνος, αν είναι πραγματικός, πρέπει να είναι πολύ μικρός (Guillebaud 1993).

1.δ. Ενδείξεις

- Όταν δεν υπάρχουν άλλες αποδεκτές λύσεις για το συγκεκριμένο ζευγάρι.
- Όταν οι άλλες εναλλακτικές λύσεις προκαλούν προβλήματα ενοχής σε άτομα με ορισμένες θρησκευτικές απόψεις.

1.ε. Αντενδείξεις

- Μη δυνατότητα πλήρους κατανόησης της εφαρμογής της.
- Αν δεν είναι γνωστές οι διάρκειες των κύκλων και υπάρχει ανάγκη για αντισύλληψη στο άμεσο μέλλον (αφού η εφαρμογή της μεθόδου απαιτεί την καταγραφή των κύκλων για μερικούς μήνες).

2. ΤΡΑΧΗΛΙΚΗ ΒΛΕΝΝΑ-ΠΟΝΟΣ ΩΟΘΥΛΑΚΙΟΡΡΗΞΙΑΣ

Η ποσότητα και η ποιότητα της παραγόμενης τραχηλικής βλέννας ποικίλλει στις διάφορες φάσεις του κύκλου. Η τελευταία ημέρα παρουσίας καθαρής, λεπτόρρευστης βλέννας, που μοιάζει με ωμό ασπράδι αυγού (πριν αλλάξει στην ελάχιστης ποσότητας παχύρρευστη βλέννα), συνδέεται άμεσα με την ωοθυλακιορρηξία. Η πιθανότητα σύλληψης τις ημέρες άφθονης τραχηλικής βλέννας φτάνει σχεδόν το 30% (Scarpa et al 2006). Ο πόνος της ωοθυλακιορρηξίας οφείλεται σε τέντωμα της ωοθηκικής κάψας) παρατηρείται 24-28 ώρες πριν από την ωοθυλακιορρηξία.

2.α. Αποτελεσματικότητα

Στην πράξη, έχουν μεγάλα ποσοστά αποτυχίας που ξεπερνούν το 10%. Μια γυναίκα που θα χρησιμοποιήσει τα χαρακτηριστικά της τραχηλικής βλέννας για αντισυλληπτική προστασία θα συναντήσει μερικά πρακτικά προβλήματα που μπορούν να προκαλέσουν σύγχυση στην εκτίμηση της βλέννας και επομένως αποτυχία της μεθόδου. Γενικά, η αποτυχία της μεθόδου βρίσκεται στις δυσκολίες εκτίμησης της βλέννας και στην ανάγκη της πλήρους συνεργασίας του άνδρα (Oats & Abraham 2005).

2.β. Πλεονεκτήματα

- Δεν έχει ιατρικές παρενέργειες.
- Είναι δωρεάν.
- Είναι αποδεκτή από πολλούς με ορισμένες θρησκευτικές απόψεις.
- Είναι κάτω από τον έλεγχο της γυναίκας.
- Η μέθοδος μπορεί να βοηθήσει υπογόνιμα ζευγάρια να πετύχουν κύηση.

2.γ. Μειονεκτήματα

- Μπορεί να παρατηρηθεί αλλοίωση της βλέννας από τη σεξουαλική διέγερση αλλά και από την ανάμιξή της με το σπέρμα. Και στις δύο αυτές περιπτώσεις το υγρό που “εξετάζει” η γυναίκα μπορεί να μιμηθεί τα χαρακτηριστικά της βλέννας κατά την ωοθυλακιορρηξία.
- Μπορεί να γίνει σύγχυση με άλλης αιτιολογίας πόνο τις ημέρες της “αναμενόμενης” ωοθυλακιορρηξίας.

2.δ. Ενδείξεις

- Όταν δεν υπάρχουν άλλες αποδεκτές λύσεις για το συγκεκριμένο ζευγάρι και η ημερολογιακή μέθοδος (που θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί σε συνδυασμό) κρίνεται δύσκολη στην κατανόηση ή στην εφαρμογή της.
- Όταν οι άλλες εναλλακτικές λύσεις προκαλούν προβλήματα ενοχής σε άτομα με ορισμένες θρησκευτικές απόψεις.

2.ε. Αντενδείξεις

- Μη δυνατότητα εκτίμησης της τραχηλικής βλέννας.
- Βαριές και υποτροπιάζουσες κολπίτιδες, που μπορούν να προκαλέσουν σύγχυση
- Άτυπα, “ακανόνιστα”, κοιλιακά άλγη.

3. ΘΕΡΜΟΜΕΤΡΙΚΟ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ

Μια γυναίκα που πρόκειται να εφαρμόσει ως αντισυλληπτική μέθοδο το θερμομετρικό διάγραμμα (ΘΔ) πρέπει, για τον επακριβή καθορισμό της ημέρας της ωοθυλακιορρηξίας, να κάνει καθημερινή πρωινή μέτρηση πριν από οποιαδήποτε σωματική δραστηριότητα (που θα μπορούσε να αυξήσει τη θερμοκρασία της). Η θερμομέτρηση μπορεί να γίνει από το στόμα, τον κόλπο ή το ορθό (πάντα όμως από το ίδιο σημείο). Η θερμοκρασία της γυναίκας εμφανίζει χαρακτηριστική αύξηση μετά την ωοθυλακιορρηξία (0,2-0,6 °C). Μερικές φορές πριν από τη χαρακτηριστική αυτή αύξηση παρατηρείται αντίστοιχη πτώση. Η αύξηση της θερμοκρασίας εμφανίζεται 24-72 ώρες μετά την ωοθυλακιορρηξία και οφείλεται στην παραγόμενη προγεστερόνη από το ωχρό σωματίο. Η γόνιμη περίοδος θεωρείται ότι έχει τελειώσει τρεις ημέρες μετά από την αύξηση της θερμοκρασίας. Αν γίνει γονιμοποίηση, η θερμοκρασία παραμένει αυξημένη, αλλιώς λίγο αργότερα παρατηρείται πτώση της. Εδώ και πολλά χρόνια κυκλοφόρησαν ηλεκτρονικά θερμομέτρα με καλή αξιοπιστία για την ανίχνευση της μη γόνιμης περιόδου του κύκλου (Royston et al 1984).

3.α. Αποτελεσματικότητα

Στην πράξη, έχει μεγάλα ποσοστά αποτυχίας που ξεπερνούν το 10%. Μια γυναίκα που θα χρησιμοποιήσει το ΘΔ για αντισυλληπτική προστασία θα συναντήσει μερικά πρακτικά προβλήματα, όπως π.χ. αύξηση θερμοκρασίας λόγω ιογενούς λοίμωξης.

3.β. Πλεονεκτήματα

- Δεν έχει ιατρικές παρενέργειες.
- Είναι αποδεκτή από πολλούς με ορισμένες θρησκευτικές απόψεις.
- Είναι κάτω από τον έλεγχο της γυναίκας.

3.γ. Μειονεκτήματα

- Τα ειδικά θερμόμετρα δεν είναι πάντα εύκολα διαθέσιμα.
- Μπορεί να παρατηρηθεί αύξηση της θερμοκρασίας από ιογενή λοίμωξη, από δραστηριότητα της γυναίκας που δεν μπορούσε να αποφύγει κ.λπ.
- Απαιτεί καθημερινή εφαρμογή και αφιέρωση έστω και μικρού χρόνου.

3.δ. Ενδείξεις

- Όταν δεν υπάρχουν άλλες αποδεκτές λύσεις για το συγκεκριμένο ζευγάρι, η ημερολογιακή μέθοδος κρίνεται δυσκολότερη και οι τραχηλική βλέννα - πόνοσ ωοθυλακιορρηξίας δεν θεωρούνται αρκετά “αντικειμενικές”.
- Όταν οι άλλες εναλλακτικές λύσεις προκαλούν προβλήματα ενοχής σε άτομα με ορισμένες θρησκευτικές απόψεις.

3.ε. Αντενδείξεις

- Έλλειψη χρόνου το πρωινό
- Σε πυρετική κίνηση (μέχρι τη μόνιμη ύφεση χωρίς περαιτέρω φαρμακευτική αγωγή).

4. ΔΙΑΚΟΠΤΟΜΕΝΗ ΣΥΝΟΥΣΙΑ

Σε ορισμένες χώρες (π.χ. Ελλάδα, Τουρκία) είναι αντισυλληπτική μέθοδος ευρείας αποδοχής (Ιατράκης και συν. 1989, Bozkurt et al 2006)

4.α. Αποτελεσματικότητα

Η μέθοδος γενικά θεωρείται ότι έχει χαμηλή αποτελεσματικότητα. Αυτό οφείλεται στη μη έγκαιρη απόσυρση του πέους από τον κόλπο αλλά και στο ότι μερικές φορές υπάρχουν σπερματοζώαρια πριν από την εκσπερμάτιση. Ο Abraham Stone το 1931 ζήτησε από μερικούς γιατρούς να εξετάσει εκκρίσεις του σπέρματός τους πριν την

τελική εκσπερμάτιση. Συνέλεξε 24 δείγματα από τα οποία δύο έδειξαν πολλά σπερματοζωάρια, δύο περιείχαν λίγα και ένα πολύ λίγα (Guillebaud 1993).

Περισσότερα

από 300.000.000 σπερματοζωάρια βρίσκονται μέσα σε 3 mL μιας ανδρικής εκσπερμάτισης. Το ένα εκατοστό αυτού του αριθμού (3.000.000) θα μπορούσε κάλλιστα

να προκαλέσει κύηση και αυτός ο αριθμός βρίσκεται μέσα στον μόλις ορατό όγκο των 0.03 mL. Το γεγονός αυτό έχει άμεση σχέση με την αποτυχία της διακοπτόμενης συνουσίας (Guillebaud 1993). Δεν πρέπει να γίνεται σύγχυση με το γεγονός ότι άνδρες

με μόλις 3.000.000 σπερματοζωάρια στον συνολικό όγκο του σπέρματος θεωρούνται συνήθως στείροι. Ο μικρός αριθμός σπερματοζωαρίων στην τελευταία περίπτωση είναι δείκτης για άλλα σημαντικά χαρακτηριστικά του σπέρματος που προκαλούν ελαττωμένη

γονιμότητα, όπως πτωχή κινητικότητα, ανώμαλες μορφές ή παρουσία αντισωμάτων.

Έχει αποδειχθεί, επίσης, ότι τουλάχιστον σε μερικές γυναίκες, υπάρχει αρνητική πίεση μέσα στη μήτρα κατά τον οργασμό. Αυτό συμβάλλει στην αναρρόφηση σπέρματος μέσα στον τράχηλο πολύ σύντομα μετά την εκσπερμάτιση. Αυτό σημαίνει ότι όταν καταλάβει κανείς “το λάθος” μπορεί να είναι ήδη αργά. Αναφέρεται ότι η μέθοδος στη συνήθη εφαρμογή της έχει ποσοστό αποτυχίας 17%! (Dayal & Sondheimer 2005).

4.β. Πλεονεκτήματα

- Διατίθεται άμεσα.
- Είναι δωρεάν.
- Δεν χρειάζεται ιατρική παρακολούθηση.
- Είναι αποδεκτή από πολλούς με ορισμένες θρησκευτικές απόψεις.

4.γ. Μειονεκτήματα

- Η συνουσία είναι ατελής και πολλοί βρίσκουν ότι η μέθοδος είναι μη ικανοποιητική και για τους δύο συντρόφους.
- Υπάρχει συχνά έλλειψη οργασμού από τη γυναίκα, που αναμιγνύεται με το άγχος του συντρόφου της να αποσυρθεί έγκαιρα.
- Έχουν αναφερθεί και ψυχολογικά προβλήματα.

4.δ. Ενδείξεις

Σε “επείγουσες καταστάσεις” όπου δεν υπάρχει κάτι άλλο διαθέσιμο.

4.ε. Αντενδείξεις

- Σε πρόωρη εκσπερμάτιση.
- Σε αδυναμία αυτοσυγκέντρωσης και χαμηλό επίπεδο “εγρήγορης” εκ μέρους του άνδρα.

ΔΙΑΦΡΑΓΜΑΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ

1. ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΟ

Πρόκειται για μια πολύ λεπτή ελαστική θήκη που πρέπει να φορεθεί πριν από τη συνουσία στο πέος, όταν αυτό είναι σε στύση.

1.1. Αποτελεσματικότητα

Σύμφωνα με μια μελέτη στη Βόρειο Αγγλία το 1973, η συχνότητα αποτυχίας της μεθόδου ήταν 0,4/100 γυναίκες-χρόνια (Guillebaud 1993). Σήμερα, η πιθανότητα κύησης από τη συνηθισμένη χρήση του ανδρικού προφυλακτικού για τον πρώτο χρήσης αναφέρεται 14% (Dayal & Sondheimer 2005) και σε “ιδανική” χρησιμοποίησή του 3%. Οι αποτυχίες μπορεί σπάνια σήμερα να προέλθουν από κατασκευαστικό λάθος (π.χ. παρουσία μικροσκοπικών ρήξεων).

1.2. Πλεονεκτήματα

- Είναι πολύ αποτελεσματικό, αν χρησιμοποιείται σωστά, από την αρχή της επαφής και σε κάθε επαφή.
- Είναι εμφανές ότι πράγματι έχει τοποθετηθεί. Το τελευταίο είναι ιδιαίτερα σημαντικό για τη γυναίκα που θέλει να αισθάνεται ασφαλής.
- Είναι εύκολο να το προμηθευτεί κανείς.
- Είναι σχετικά φθινό.
- Δεν χρειάζεται ιατρική παρακολούθηση.
- Ουσιαστικά δεν έχει καμιά ιατρική παρενέργεια.
- Είναι αποδεκτό. Το προφυλακτικό σε ηλικίες πριν από τα 30 έτη έρχεται δεύτερο σε χρήση μετά τα αντισυλληπτικά δισκία, και σε ηλικίες μετά από τα 30 έτη έρχεται δεύτερο μετά τη στείρωση (Guillebaud 1998).
- Προστατεύει από τα περισσότερα ΣΜΝ περιλαμβάνοντας και τους ιούς. Το υλικό κατασκευής του είναι ένας αποτελεσματικός φραγμός για ιούς, που περιλαμβάνουν τον ανθρώπινο ιό της ανοσοανεπάρκειας (Human Immunodeficiency Virus-HIV), τον πολύ συχνότερο ιό της ηπατίτιδας Β, τους τύπους του απλού έρπητα Ι και ΙΙ και τους ιούς των ανθρώπινων κονδυλωμάτων (Human Papillomavirus-HPV). Το προφυλακτικό μπορεί να χρησιμεύσει ακόμα και στο στοματικό σεξ προστατεύοντας από την πιθανότητα φαρυγγικής γονοκοκκικής μόλυνσης κ.λπ. (Wong & Chan 1999).
- Είναι ιδιαίτερα χρήσιμο στην πρόληψη και στην αντιμετώπιση της τραχηλικής ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας και στην πρόληψη του διηθητικού καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Φάνηκε ότι ο σχετικός κίνδυνος ανάπτυξης σοβαρής τραχηλικής ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας ελαττώνεται ανάλογα με τη διάρκεια χρήσης του προφυλακτικού ενώ αυξάνεται με τη διάρκεια χρήσης του αντισυλληπτικού δισκίου. Μετά από 10 χρόνια χρήσης ο σχετικός κίνδυνος των γυναικών που χρησιμοποιούν προφυλακτικό (ή άλλη διαφραγματική μέθοδο) είναι 0,2 σε σύγκριση με 4,0 γι' αυτές που χρησιμοποιούν το αντισυλληπτικό δισκίο (Guillebaud 1993). Χωρίς αμφιβολία,

σε ένα πολύ μεγάλο ποσοστό των γυναικών με τραχηλικές κυτταρικές ανωμαλίες που δεν κάνουν καμιά θεραπεία εκτός από τη χρήση του προφυλακτικού (ή αποχή) γίνεται πλήρης αναστροφή της κατάστασης.

1.3. Μειονεκτήματα

- Σχετίζεται με τη συνουσία, “διακόπτει τον αυθορμητισμό της επαφής” και εκλαμβάνεται σαν φυσικός και ψυχολογικός φραγμός.
- Αναφέρεται ελαττωμένη “αισθητικότητα”, ιδιαίτερα για τον άνδρα, που όμως είναι πολύ λιγότερη με τα σύγχρονα προϊόντα.
- Σε έλλειψη προσοχής μπορεί να γλιστρήσει ή να σπάσει. Απαιτείται εξαιρετικά σχολαστική χρήση για τη μακροχρόνια αποφυγή της κύησης.
- Αλλεργία στο υλικό του. Οι περισσότερες “αλλεργίες” που συνδέονται με το προφυλακτικό είναι δικαιολογίες των ανδρών. Όμως, σε πραγματική αλλεργία αυτή μπορεί να λυθεί με τη χρήση αντιαλλεργικών προφυλακτικών (φτιαγμένα από καουτσούκ ειδικά καθαρισμένο από πρόσθετα). Αυτά είναι λίγο ξηρά και επομένως η προσεκτική χρήση μικρής ποσότητας ζελέ με υδατική βάση, όπως είναι η KY, μπορεί να βοηθήσει (Guillebaud 1993). Επίσης, αν γίνεται χρήση προφυλακτικών λιπασμένων με σπερματοκτόνο, θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί ένα χωρίς σπερματοκτόνο. Γενικά, το προφυλακτικό από πολυουρεθάνη θεωρείται μη αλλεργιογόνο ενώ το λάτεξ μπορεί να προκαλέσει ευκολότερα αλλεργικές αντιδράσεις.

Καλό θα ήταν και ο γιατρός να εξετάσει το πέος διότι ο ερεθισμός μπορεί να προκαλείται από κάτι άλλο, όπως είναι οι μύκητες.

1.4. Ενδείξεις

- Για αντισύλληψη σε διακεκομμένη βάση.
- Για προστασία από ΣΜΝ.
- Για προστασία από τραχηλική νεοπλασία ή υποτροπή της.

1.5. Αντενδείξεις

- Αναξιόπιστος χρήστης

2. ΚΟΛΠΙΚΟ ΔΙΑΦΡΑΓΜΑ

Το διάφραγμα αποτελείται από ένα λεπτό ημισφαιρικό πλαστικό ή λάτεξ, το χείλος του οποίου ενισχύεται από ευλύγιστο επίπεδο ή περιελιγμένο ή τοξοειδές μεταλλικό ελατήριο (Oats & Abraham 2005). Τα μεγέθη του κυμαίνονται από 50 mm έως 100 mm σε διαβαθμίσεις των 5 mm (Oats & Abraham 2005), που αντιστοιχούν στην εξωτερική του διάμετρο. Το μέγεθος που χρειάζεται επηρεάζεται από τις αλλαγές στο μέγεθος του κόλπου λόγω τοκετών, κοιλιακού χειρουργείου ή σημαντικών αλλαγών του σωματικού βάρους, και σε όλες τις προηγούμενες καταστάσεις πρέπει να γίνει επανεκτίμηση της εφαρμογής του διαφράγματος. Το ίδιο ισχύει και μετά από κάθε απρογραμματίστη κύηση, άσχετα αν κατέληξε σε τεχνητή διακοπή ή αποβολή, κυρίως για να εκτιμηθούν πιθανά λάθη στην εφαρμογή της τεχνικής που οδήγησαν στην αποτυχία.

Το διάφραγμα με επίπεδο ελατήριο τοποθετείται σχετικά εύκολα, παραμένοντας στη θέση του στην αποσυμπίεση. Είναι κατάλληλο για τον φυσιολογικό κόλπο και συχνά επιχειρείται πρώτο. Το διάφραγμα με περιελιγμένο ελατήριο είναι μαλακότερο από εκείνο με επίπεδο ελατήριο και επειδή εξασκεί μικρότερη πίεση, μπορεί να είναι πιο άνετο για μερικές γυναίκες συγκριτικά με το διάφραγμα επίπεδου ελατηρίου. Η ελαττωμένη πίεση το κάνει να φαίνεται στη γυναίκα μικρότερο από το διάφραγμα με επίπεδο ελατήριο της ίδιας διαμέτρου.

Το διάφραγμα με τοξοειδές ελατήριο έχει ένα διπλό μεταλλικό ελατήριο. Κύριο χαρακτηριστικό του είναι ότι όταν αποσυμπιέζεται σχηματίζει τόξο και εξασκεί ισχυρότερη πίεση στα κοιλικά τοιχώματα. Μερικές γυναίκες το βρίσκουν δυσκολότερο στην εισαγωγή του. Γενικά τα διαφράγματα με δύσκαμπτο ελατήριο είναι λιγότερο αποδεκτά (McAlinden 1991).

Το διάφραγμα προσαρμόζεται μέσα στον κόλπο και συγκρατείται με σημεία αντιστήριξης την οπίσθια επιφάνεια της ηβικής σύμφυσης και τον οπίσθιο κοιλιακό θόλο. Οι κύριες λειτουργίες του κοιλιακού διαφράγματος είναι να κρατά το σπέρμα μακριά από την αλκαλική τραχηλική βλέννα, αρκετό χρόνο ώστε να πεθάνουν τα σπερματοζωάρια μέσα στο όξινο περιβάλλον του κόλπου, και να ενεργεί ως φορέας σπερματοκτόνου. Ωστόσο, έχει συστηθεί από κάποιους η χρήση ή μη χρήση σπερματοκτόνου να αφήνεται στην εκλογή της γυναίκας. Υποστηρίχθηκε δηλαδή ότι επειδή κάποιες

γυναίκες θεωρούν “ενοχλητικά” τα σπέρματοκτόνα τελικά δεν χρησιμοποιούν ούτε το διάφραγμα και επομένως η μη χρήση σπέρματοκτόνου αυξάνει την πιθανότητα αποδοχής και χρήσης του διαφράγματος. Το πρόβλημα του “ενοχλητικού” σπέρματοκτόνου θα μπορούσε να μετριαστεί με την τοποθέτηση μεγαλύτερης ποσότητας σπέρματοκτόνου μόνο στην ανώτερη επιφάνεια του διαφράγματος ενώ προτάθηκαν και μιας χρήσης διαφράγματα με σπέρματοκτόνο.

Το διάφραγμα δεν πρέπει να έρχεται σε επαφή με λιπαντικά, φυτικά έλαια και ορυκτέλαια γιατί αυτά μακροπρόθεσμα μπορεί να καταστρέψουν το υλικό του.

Το διάφραγμα πρέπει να παραμείνει στη θέση του τουλάχιστον 6 ώρες μετά τη συνουσία (Oats & Abraham 2005), όχι όμως περισσότερο από 24 ώρες, γιατί έτσι αυξάνεται η πιθανότητα να προκαλέσει βλάβη στο κοιλιακό επιθήλιο. Αν δεν χρησιμοποιείται σπέρματοκτόνο, πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι μπορεί να ανιχνευτούν κινητά σπέρματοζωάρια στον κόλπο και 8 ώρες μετά την επαφή (Lu et al 2003). Αν πρόκειται η γυναίκα να έλθει σε επαφή σε περισσότερο από 3 ώρες μετά την τοποθέτηση, πρέπει να βάλει περισσότερο σπέρματοκτόνο (κρέμα, ζελέ ή αφρό) με μια συσκευή, ή να χρησιμοποιήσει ένα σπέρματοκτόνο υπόθετο που σπρώχνει βαθιά στον κόλπο με το δάκτυλο, περιμένοντας τουλάχιστον 10 λεπτά πριν τη συνουσία για να διαλυθεί.

Το όριο των 3 ωρών που αναφέρεται πιο πάνω σχετίζεται περισσότερο με την “επιστημονική λογική” και λιγότερο με το γεγονός ότι έχει ελεγχθεί επανειλημμένα σε κατάλληλες συγκριτικές μελέτες.

Η γυναίκα μπορεί να κάνει μπάνιο ή να πάει για κολύμπι ενώ το διάφραγμα είναι στη θέση του, αλλά είναι καλύτερα αυτό να γίνει αρκετές ώρες μετά την επαφή, για να μην επηρεαστεί η δράση του σπέρματοκτόνου. Το κοιλιακό διάφραγμα μπορεί να χρησιμοποιείται και τις ημέρες της εμμηνορρυσίας και η γυναίκα δεν πρέπει να ξεχνά ότι μπορεί να μείνει έγκυος ακόμα και τότε.

Μετά την αφαίρεση του διαφράγματος, αυτό πρέπει να καθαριστεί με ήπιο σαπούνι τουαλέτας.

Δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται απολυμαντικά και απορρυπαντικά, γιατί μπορεί να καταστρέψουν το υλικό του. Θα πρέπει στη συνέχεια να στεγνώσει και να φυλαχτεί στο κουτί του σε μια κρύα και στεγνή θέση.

Το διάφραγμα πρέπει να είναι πάντα σε καλή κατάσταση και ο έλεγχος της

ακεραιότητάς του πρέπει να γίνεται κατά τακτά διαστήματα. Κατά τον έλεγχο της ακεραιότητας του διαφράγματος, η γυναίκα πρέπει να το κρατά ψηλά στο φως και να το τεντώνει, προσέχοντας να μη καταστρέψει το υλικό του με τα νύχια της. Με την πάροδο του χρόνου, ο θόλος του διαφράγματος μπορεί να γίνει περισσότερο μαλακός, αλλαγή που θεωρείται φυσιολογική και ακίνδυνη. Η αλλαγή στο χρώμα και τη σύσταση του καουτσούκ είναι φυσιολογική. Αν δεν παρατηρούνται τρύπες, και αν το χείλος του διαφράγματος μπορεί να αποκαταστήσει το αρχικό του σχήμα, τότε δεν υπάρχει πρόβλημα.

2.1. Αποτελεσματικότητα

Η μέθοδος μπορεί να αποτύχει παρά την ιδανική τοποθέτηση του διαφράγματος και παρά τη λεπτομερή εφαρμογή των οδηγιών χρήσης του και έχουν αναφερθεί ποσοστά αποτυχίας πάνω από 10% για το πρώτο έτος χρήσης (Fu et al 1999).

Σήμερα, η πιθανότητα κύησης από τη συνηθισμένη χρήση του διαφράγματος για το πρώτο έτος χρήσης αναφέρεται 20% (Dayal & Son-dheimer 2005).

2.2. Πλεονεκτήματα

- Είναι μέθοδος αντισύλληψης που δεν είναι απαραίτητα συνδεδεμένη με τη συνουσία, αφού το διάφραγμα μπορεί να εισαχθεί μερικές ώρες πριν από αυτή.

- Προστατεύει από τα ΣΜΝ με την εξασφάλιση ενός μηχανικού φραγμού που ελαττώνει την πιθανότητα των μικροοργανισμών να φτάσουν τον τράχηλο και το ανώτερο

γεννητικό σύστημα (όμως δεν προσφέρει αρκετή προστασία εναντίον των ιών ή κάποιων μη ιογενών νόσων όπως είναι η σύφιλη που μπορεί να προκαλέσουν βλάβες στον κόλπο, στο αιδοίο ή και αλλού).

- Προκαλεί ελάττωση του κινδύνου της τραχηλικής νεοπλασίας. Αυτή η προστασία αποδεικνύεται από το ότι η αναλογία της τραχηλικής νεοπλασίας ανά 100 γυναίκες-χρόνια γι' αυτές που το χρησιμοποιούν είναι μόλις 0,2 ενώ για εκείνες που έχουν ενδομητρική αντισυλληπτική συσκευή ή παίρνουν το αντισυλληπτικό δισκίο είναι κοντά στο 1 (μετά από προσαρμογή για την ηλικία της πρώτης επαφής, τον αριθμό των σεξουαλικών συντρόφων και το κάπνισμα). Παρατηρήθηκε επίσης σταθερή πτώση του σχετικού κινδύνου σοβαρής τραχηλικής νεοπλασίας για εκείνες που το χρησιμοποιούν

ξεκινώντας από το 1 στην έναρξη της χρησιμοποίησής του και φτάνοντας στο 0,2 μετά από 10 χρόνια χρήσης (Guillebaud 1993).

2.3. Μειονεκτήματα

- Προκαλεί απώλεια της τραχηλικής και κάποιας κολπικής αίσθησης που είναι όμως ασήμαντη για τις περισσότερες γυναίκες.
- Μπορεί να γίνει αισθητό από τον σύντροφο της γυναίκας στη διάρκεια της επαφής. Στην περίπτωση αυτή, πρέπει πάλι να ελεγχθεί το μέγεθός του γιατί μπορεί να χρειάζεται μεγαλύτερο ή μικρότερο, ή να γίνει αλλαγή του διαφράγματος επίπεδου ελατηρίου σε εκείνο περιελιγμένου ελατηρίου, ή να γίνει αλλαγή με τραχηλική καλύπτρα.
- Για την επανάληψη της συνουσίας απαιτείται πρόσθετη ποσότητα σπερματοκτόνου.
- Η αρχική τοποθέτησή του γίνεται από εκπαιδευμένο άτομο και χρειάζεται εκπαίδευση λίγων ημερών για τη χρήση του.
- Θεωρείται ότι κατά τη χρήση του υπάρχει αυξημένος κίνδυνος μόλυνσης και συμπτωμάτων από το ουροποιητικό σύστημα (Heaton & Smith 1989, Vessey 1988). Αυτός θεωρείται ότι οφείλεται κυρίως στην πίεση του χείλους του διαφράγματος στην ουρήθρα και στη βάση της ουροδόχου κύστης, προδιαθέτοντας σε ουρηθρίτιδα και κυστίτιδα (και γι' αυτό καλό είναι η γυναίκα να αδειάζει την ουροδόχο κύστη πριν και αμέσως μετά τη συνουσία). Μερικές φορές βοηθά η αλλαγή σε μικρότερο μέγεθος διαφράγματος ή η αλλαγή σε τραχηλική καλύπτρα. Πιθανός παράγοντας στον αυξημένο κίνδυνο μόλυνσεων του ουροποιητικού συστήματος είναι η μεταβολή της κολπικής χλωρίδας που προκαλεί το διάφραγμα. Σε κολπικές καλλιέργειες των γυναικών που χρησιμοποιούσαν κολπικό διάφραγμα αναπτύχθηκε συχνότερα κολοβακτηρίδιο, στρεπτόκοκκος και χρυσίζων σταφυλόκοκκος σε σύγκριση με ομάδες ελέγχου. Υπάρχει μικρός κίνδυνος συνδρόμου τοξικής καταπληξίας από τον χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο (έχουν αναφερθεί σποραδικές περιπτώσεις) και γι' αυτό καλό είναι η γυναίκα να μην αφήνει συστηματικά το διάφραγμα στον κόλπο στη διάρκεια της εμμηνορρυσίας.
- Μικρή αναλογία γυναικών εμφανίζουν κολπικό ερεθισμό και αλλεργία που μπορεί να οφείλεται στο υλικό του διαφράγματος αλλά συχνότερα στο σπερματοκτόνο που χρησιμοποιείται παράλληλα.
- Φλεγμονώδεις αντιδράσεις, εκδορές ή ακόμα και αληθινά έλκη μπορεί να προκληθούν από την τοπική πίεση του δακτυλίου. Αν και σπάνια, τα έλκη μπορεί να

είναι αρκετού μήκους, πλάτους και βάθους και τέτοιες περιπτώσεις αναφέρθηκαν κυρίως με διαφράγματα που έμειναν στη θέση τους συνεχώς για 3 ή περισσότερες ημέρες. Αυτή η επιλοκή είναι ίσως πιθανότερη αν το διάφραγμα είναι πολύ μεγάλο. Θεραπευτικά, συνιστάται αποφυγή της συνουσίας για ένα μήνα περίπου, οπότε αναμένεται πλήρης αποκατάσταση της βλάβης, χωρίς να χρειάζεται καμιά άλλη θεραπεία.

2.4. Ενδείξεις

- Για αντισύλληψη σε διακεκομμένη βάση.
- Για προστασία από πυελική φλεγμονή.
- Για προστασία από τραχηλική νεοπλασία ή υποτροπή της.
- Παλαιότερα χρησιμοποιήθηκε με επιτυχία στην απώλεια ούρων από υπερένταση! (Suarez et al 1991).

2.5. Αντενδείξεις

- Συγγενείς ανωμαλίες του κόλπου, όπως είναι κόλπος με διάφραγμα.
- Πρόπτωση της μήτρας, κυστεοκήλη και ορθοκήλη (Heaton & Smith 1989).
- Ανεπαρκής οπισθοηβικός χώρος (που διαπιστώνεται στην κολπική εξέταση).
- Ανικανότητα εκμάθησης της τεχνικής της εισαγωγής του διαφράγματος.
- Οξεία κολπίτιδα (πρέπει να προηγηθεί θεραπεία).
- Υποτροπιάζουσες μολύνσεις του ουροποιητικού συστήματος (Heaton & Smith 1989, Ves-sey 1988).
- Έλλειψη καλής υγιεινής.

3. ΤΡΑΧΗΛΙΚΗ ΚΑΛΥΠΤΡΑ

Έχει σχήμα δακτυλήθρας και είναι σχεδιασμένη για να εφαρμόζει στον τράχηλο, κυρίως με το μηχανισμό της αναρρόφησης και όχι με μηχανική αντιστήριξη όπως το κολπικό διάφραγμα. Είναι μικρότερη από το κολπικό διάφραγμα και οι εσωτερικές διάμετροι του ανώτερου μέρους της ξεκινάνε συνήθως από τα 20 και ξεπερνούν τα 30 mm.

Η τραχηλική καλύπτρα μοιράζεται γενικά την αποτελεσματικότητα, τα

πλεονεκτήματα, τα μειονεκτήματα, τις ενδείξεις και τις αντενδείξεις του κολπικού διαφράγματος με τις εξής διαφορές:

- Είναι κατάλληλη για γυναίκες με πτωχότερο μυϊκό τόνο.
- Δεν προκαλεί ελάττωση της κολπικής αισθητικότητας.
- Δεν είναι γενικά αισθητή από τον άνδρα και η θέση της πολύ δύσκολα μπορεί να επηρεαστεί από τη “μηχανική” της συνουσίας.
- Είναι απίθανο να προκαλέσει συμπτώματα από το ουροποιητικό σύστημα.
- Η εφαρμογή της στον τράχηλο δεν επηρεάζεται από τις αλλαγές στο μέγεθος του κόλπου λόγω τοκετών ή αλλαγών του σωματικού βάρους.

Για να τοποθετηθεί η τραχηλική καλύπτρα πρέπει ο τράχηλος να είναι υγιής, μικρού μήκους (Oats & Abraham 2005), να μη κατευθύνεται προ τα πίσω, να είναι εύκολα ψηλαφητός και στην ιδανική περίπτωση με ευθεία πορεία και κατεύθυνση προς τον κολπικό άξονα.

4. ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΟΣ ΣΠΟΓΓΟΣ

Ο αντισυλληπτικός σπόγγος είναι ένας μικρός στρογγυλός αναλώσιμος σπόγγος φτιαγμένος από αφρό πολυουρεθάνης (Symonds & Symonds 2004), με μια εμπίεση στο κέντρο του (σχεδιασμένη για να τοποθετείται πάνω από τον τράχηλο) και μια ταινία για την αφαίρεσή του. Είναι διαποτισμένος με ένα ευρέως χρησιμοποιούμενο σπερματοκτόνο, τη νονοξυνόλη-9 (Symonds & Symonds 2004). Η κύρια δράση του σπόγγου είναι να δρα ως φορέας σπερματοκτόνου και η αποτελεσματικότητά του δεν διαφέρει από εκείνη των σπερματοκτόνων που χρησιμοποιούνται μόνα τους! Ο σπόγγος εισάγεται τουλάχιστον 15 λεπτά πριν από τη συνουσία και παραμένει στη θέση του το πολύ για 12 ώρες (Symonds & Symonds 2004).

4.1. Αποτελεσματικότητα

Η αποτυχία του είναι 10%-25% και δεν συστήνεται η χρήση του ως μόνης αντισυλληπτικής μεθόδου (Symonds & Symonds 2004). Φαίνεται ότι απαιτούνται βελτιώσεις στον σχεδιασμό του και νέα σπερματοκτόνα. Προς το παρόν, η καλύτερη πολιτική είναι να πετύχουμε ικανοποιητικά ποσοστά αποτυχίας συνιστώντας αυτό το προϊόν μόνο στις γυναίκες με ελαττωμένη γονιμότητα.

4.2. Πλεονεκτήματα

- Δεν απαιτείται η εφαρμογή του από κάποιον τρίτο.
- Είναι αποδεκτός και από τους δύο συντρόφους.
- Μπορεί να αγοραστεί χωρίς συνταγή.
- Η μέθοδος είναι κάτω από τον έλεγχο της γυναίκας και χρησιμοποιείται μόνο όταν απαιτείται.
- Δεν απαιτείται ειδικός τρόπος εισαγωγής.
- Δεν γίνεται αισθητός από τον άνδρα.
- Δεν απαιτεί τη χρήση πρόσθετου σπερματοκτόνου.
- Έχει πιθανά ευεργετικά αποτελέσματα. Κυρίως λόγω του σπερματοκτόνου περιεχομένου του, ο σπόγγος φαίνεται να παρέχει κάποια προστασία για τα ΣΜΝ (χλαμύδια, γονόκοκκο, τριχομονάδες) και την πυελική φλεγμονή αν και δεν συστήνεται ως επαρκής προστασία εναντίον των ιών.

4.3. Μειονεκτήματα

- Το κυριότερο είναι η έλλειψη αποτελεσματικότητας. Μερικές φορές μπορεί ο σπόγγος να πέσει και η μετακίνησή του προς τα έξω, εμπρός ή πίσω από τον τράχηλο είναι μια από τις εξηγήσεις για τη σχετικά υψηλή συχνότητα αποτυχίας.
- Καμιά φορά αφαιρείται δύσκολα και θρυμματίζεται.
- Υπάρχει κάποιος κίνδυνος ιατρικών παρενεργειών. Σε πολύ συχνή χρήση και αληθινή αλλεργία στον σπόγγο ή το σπερματοκτόνο του, είναι πιθανός ο ερεθισμός του κολπικού επιθηλίου. Η κολπική χλωρίδα μπορεί να μεταβληθεί από την παρουσία του και η μυκητιασική κολπίτιδα είναι συχνότερη. Υπάρχει μικρή πιθανότητα συνδρόμου τοξικής καταπληξίας και γι' αυτό δεν πρέπει να αφήνεται μέσα στον κόλπο στη διάρκεια της εμμηνορρυσίας.

4.4. Ενδείξεις

- Σε γυναίκες με ελαττωμένη γονιμότητα λόγω ηλικίας, γαλουχίας και δευτεροπαθούς αμηνόρροιας.
- Σε γυναίκες που σχεδιάζουν ένα πρώτο παιδί αρκετά σύντομα ή που ταξινομούν χρονικά την οικογένειά τους.

- Σε γυναίκες που δεν μπορούν να χρησιμοποιήσουν μια άλλη αποτελεσματικότερη μέθοδο.

4.5. Αντενδείξεις

- Σε νέες ή πολύ γόνιμες γυναίκες που δεν είναι έτοιμες για μια κύηση.
- Σε γυναίκες οποιασδήποτε ηλικίας για τις οποίες, κατά τη δική τους άποψη, μια κύηση

5. ΓΥΝΑΙΚΕΙΟ ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΟ

Είναι φτιαγμένο από πολουρεθάνη και είναι προλιπασμένο με σιλικόνη. Φαίνεται σαν ένα πολύ μεγάλο ανδρικό προφυλακτικό με μήκος 17 cm. Έχει ένα εσωτερικό χαλαρό δακτύλιο διαμέτρου 60 mm στο εσωτερικό κλειστό άκρο του και ένα εξωτερικό δακτύλιο διαμέτρου 70 mm. Η όλη συσκευή σχηματίζει έτσι ένα καλά λιπασμένο δευτερογενή κόλπο που, σε αντίθεση με το ανδρικό προφυλακτικό, προσφέρει προστασία και από την επαφή με τη βάση του πέους. Το γυναικείο προφυλακτικό από πολουρεθάνη έχει περίπου το διπλάσιο πάχος από το ανδρικό προφυλακτικό από λάτεξ και κατά τον εργαστηριακό έλεγχο βρέθηκε να είναι λιγότερο διαπερατό από τους και χρωστικές ουσίες συγκριτικά με το λάτεξ. Έλεγχοι που έγιναν με τη χρησιμοποίηση αερίου, όπως ηλίου και αζώτου, δεν έδειξαν διαπερατότητα. Με αυτά τα δεδομένα, υποστηρίχθηκε ότι οι πολύ μεγαλύτεροι μικροοργανισμοί των ΣΜΝ θα ήταν απίθανο να διαφύγουν διαμέσου των τοιχωμάτων του και αποδείχθηκε ότι ήταν αδιαπέραστο στην τριχομονάδα. Ωστόσο, υπήρξαν αντιρρήσεις για τη σύστασή του ως απόλυτα προστατευτικού εναντίον όλων των ΣΜΝ με εξαίρεση τις τριχομονάδες. Το γυναικείο προφυλακτικό καλωσορίστηκε σαν μια αξιόλογη μέθοδος στο φάσμα των αντισυλληπτικών μέσων που βρίσκονται υπό τον έλεγχο της γυναίκας, σε μια εποχή που η συχνότητα μόλυνσης από HIV αυξανόταν δραματικά στις γυναίκες και την προοδευτικά πιο έγκαιρη διάγνωση σε αυτές (Iatrakis et al 1994). Γνωρίζοντας ότι η πιθανότητα μετάδοσης του HIV από άνδρα σε γυναίκα είναι πολύ μεγαλύτερη σε σχέση με την πιθανότητα μετάδοσης από γυναίκα σε άνδρα, είναι μια πολύ καλή επιλογή για να προστατέψει η γυναίκα τον εαυτό της. Επίσης, το γυναικείο προφυλακτικό φάνηκε

κυρίως να το προτιμούν ζευγάρια με αυξημένη πιθανότητα μόλυνσης από τον HIV (Musaba et al 1998).

5.1. Αποτελεσματικότητα

Το γυναικείο προφυλακτικό ίσως είναι λιγότερο πιθανό να σπάσει κατά τη χρήση του σε σχέση με το ανδρικό προφυλακτικό.

Αν το ζευγάρι είναι προσεκτικό για να αποφευχθεί η λάθος τοποθέτηση του πέους (ανάμεσα στο προφυλακτικό και στο κοιλιακό τοίχωμα) και το σπέρμα πέσει όλο μέσα στο γυναικείο προφυλακτικό, θα μπορούσε να είναι το ίδιο αποτελεσματικό με το ανδρικό προφυλακτικό. Ωστόσο, σήμερα, η πιθανότητα κύησης από τη συνηθισμένη χρήση του γυναικείου προφυλακτικού για το πρώτο έτος χρήσης αναφέρεται 21% (Dayal & Sondheimer 2005).

5.2. Πλεονεκτήματα

- Δεν απαιτείται η εφαρμογή του από κάποιον τρίτο.
- Μπορεί να αγοραστεί χωρίς συνταγή.
- Η μέθοδος είναι κάτω από τον έλεγχο της γυναίκας και χρησιμοποιείται μόνο όταν απαιτείται.
- Μπορεί να εισαχθεί αρκετό χρόνο πριν από τη συνουσία.
- Είναι πολύ αποτελεσματικό εμπόδιο κατά των ΣΜΝ περιλαμβάνοντας και τον HIV (Zim-mers et al 1999).
- Χρησιμεύει όταν κάποιος τοπικός πόνος κάνει τη σεξουαλική επαφή δυσάρεστη ή στη διάρκεια της εμμηνορρυσίας ή λίγες ημέρες μετά από τον τοκετό.

5.3. Μειονεκτήματα

- Προβάλλει από τον κόλπο
- Υπάρχει πιθανότητα λανθασμένης τοποθέτησης του πέους μεταξύ του γυναικείου προφυλακτικού και του κοιλιακού τοιχώματος.

5.4. Ενδείξεις

- Για αντισύλληψη σε διακεκομμένη βάση.
- Για προστασία από τα ΣΜΝ.
- Για προστασία από τραχηλική νεοπλασία ή υποτροπή της.

6. ΣΠΕΡΜΑΤΟΚΤΟΝΑ

Είναι ένα φάσμα ουσιών που χημικά ακινητοποιούν ή καταστρέφουν το σπέρμα. Τα σπερματοκτόνα αποτελούνται από δύο κύρια συστατικά, ένα ενεργό σπερματοκτόνο συστατικό και μια αδρανή βάση (χωρίς κακή επίδραση στο καουτσούκ). Έτσι ενεργούν βιοχημικά και φυσικά, ακινητοποιώντας το σπέρμα και σχηματίζοντας παράλληλα ένα μερικό διάφραγμα. Το ενεργό σπερματοκτόνο συστατικό και η αδρανής βάση διαφέρει ανάμεσα στα διάφορα σπερματοκτόνα. Τα ενεργά σπερματοκτόνα συστατικά μπορεί να είναι επιφανειοδραστικά (το γνωστότερο είναι η νονοξυνόλη-9), αναστολείς των σπερματικών ενζύμων, απολυμαντικά, οξέα και τοπικά αναισθητικά. Τα περισσότερα σπερματοκτόνα ανήκουν στην κατηγορία των επιφανειοδραστικών και τα περισσότερα χρησιμοποιούν τη νονοξυνόλη-9 (ή τη σχεδόν ταυτόσημη ποικιλία της μακρύτερης αλυσίδας, νονοξυνόλη-11), που καταστρέφει το κυτταρικό τοίχωμα των σπερματοζωαρίων και μπορεί να προσφέρει επίσης προστασία από ΣΜΝ. Η αλκυλοξυνόλη-741 φάνηκε να είναι ισχυρότερο σπερματοκτόνο από τη νονοξυνόλη-9 (Xiao-Hui et al 1990) αλλά στην εποχή του AIDS πρέπει να επινοηθούν και καλύτερες ουσίες, πιο αποτελεσματικές και ασφαλείς ως σπερματοκτόνα αλλά και ως ιοκτόνα. Τα απολυμαντικά είναι σημαντικά λόγω της ιδιαίτερης δράσης τους ως ιοκτόνα. Σε αυτά ανήκει η χλωρεξιδίνη που αν και είναι ασθενές σπερματοκτόνο (Xiao-Hui et al 1990), έχει σχετική προστατευτική δράση για τον HIV και θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί σε συνδυασμό με τη νονοξυνόλη-9 (Harrison & Chantler 1998). Επίσης, παράγωγα φυσικών προϊόντων, όπως είναι η γκοσυπόλη που εξάγεται από τον βαμβακόσπορο, έδειξαν *in vitro* αδρανοποίηση του HIV (Polsky et al 1989).

Για να είναι αποτελεσματικά θα πρέπει να διασπείρονται γρήγορα αλλά παράλληλα να παραμένουν σε επαρκή συγκέντρωση στον τράχηλο για να εξασκήσουν τη δράση τους στο τέλος της συνουσίας. Τα σπερματοκτόνα αφρού φαίνονται καλύτερα από αυτή την άποψη. Σπερματοκτόνα που περιέχουν την ίδια δραστική ουσία κυκλοφορούν σε διάφορες μορφές με ποικίλη αποδεκτικότητα. Για παράδειγμα, η νονοξυνόλη-9 υπάρχει σε μορφή ζελέ (gel), φιλμ και κολπικού υποθέτου με καλύτερη αποδεκτικότητα για τις μορφές gel (Raymond et al 2005).

Πολλά από τα πλεονεκτήματα των σπερματοκτόνων είναι ότι δεν μπορούν τόσο καλά να διαχωριστούν από τη συνουσία.

Μελέτες στο εργαστήριο έδειξαν ότι τα περισσότερα από τα κοινά σπερματοκτόνα φονεύουν τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα παθογόνα .

6.1. Αποτελεσματικότητα

Είναι πολύ περισσότερο αποτελεσματικά στο εργαστήριο από ότι στην πράξη με τα όρια αποτελεσματικότητάς τους να κυμαίνονται μεταξύ <1 μέχρι >30 κήσεις σε 100 γυναίκες-χρόνια. Σήμερα, η πιθανότητα κύησης από τη συνηθισμένη χρήση των σπερματοκτόνων για το πρώτο έτος χρήσης αναφέρεται 26% (Dayal & Sondheimer 2005). Επομένως, τα σπερματοκτόνα δεν είναι αρκετά αποτελεσματικά για να χρησιμοποιούνται μόνα τους και η αποκλειστική χρήση τους χωρίς άλλη αντισυλληπτική προστασία έχει ως μειονέκτημα ότι η δράση τους σχετίζεται με την ποσότητα τόσο του σπερματοκτόνου όσο και του σπέρματος. Ωστόσο, μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε καταστάσεις ελαττωμένης γονιμότητας όπως για παράδειγμα, για ένα χρόνο μετά τη φαινομενική εμμηνόπαυση.

6.2. Πλεονεκτήματα

- Δεν απαιτείται η εφαρμογή τους από κάποιον τρίτο.
- Η μέθοδος είναι κάτω από τον έλεγχο της γυναίκας και χρησιμοποιείται μόνο όταν απαιτείται.
- Προσφέρουν κάποια προστασία έναντι μερικών ΣΜΝ. Τελευταία έρευνα έδειξε ότι τα σπερματοκτόνα ανάλογα της βενζενεπροπαναμίνης έχουν αντιτριχομοναδικές και αντιμυκητιασικές δράσεις (Kiran Kumar et al 2006).
- Παρέχουν κάποια γεννητική λίπανση και είναι αξιόλογα πρόσθετα σε άλλες μεθόδους.

6.3. Μειονεκτήματα

- Θεωρούνται “ενοχλητικά” και υπάρχει έντονη εκροή με ορισμένα σπερματοκτόνα. Ωστόσο, υπάρχουν σπερματοκτόνα ζελέ με πολύ καλύτερη εμφάνιση, υφή και οσμή από παλαιότερα προϊόντα. Ο αφρός επίσης μπορεί να είναι προτιμότερος.
- Έχουν μικρή αποτελεσματικότητα.
- Έχουν σχέση με την επαφή και χρειάζεται αναμονή τουλάχιστον 10 λεπτών πριν από τη συνουσία για μερικά προϊόντα για να διαλυθούν. Επίσης, κάποιες γυναίκες ανέφεραν ότι τουλάχιστον μια φορά δεν διαλύθηκαν τα αφρίζοντα δισκία νονοξυνόλη-9 (Raymond et al 1999).
- Μπορούν να προκαλέσουν κολπικό ερεθισμό και βλάβη στο κολπικό επιθήλιο που για τη νονοξυνόλη-9 αποδείχθηκε κολποσκοπικά και ιστολογικά (Stafford et al 1998).

Αυτή η παρενέργεια μπορεί πράγματι να αυξάνει την πιθανότητα μετάδοσης του HIV και άλλων σεξουαλικά μεταδιδόμενων παθογόνων (Cone et al 2006), ακόμα και αν η νονοξυνόλη-9 έχει in vitro ιοκτόνο δράση. Έτσι η νονοξυνόλη και τα παρόμοια επιφανειοδραστικά σκευάσματα θα μπορούσαν να συστηθούν για αντισυλληπτική χρήση μόνο αν δεν γίνεται υπερβολική χρήση τους και καλύτερα μαζί με το κολπικό διάφραγμα ή το προφυλακτικό.

- Μπορούν να προκαλέσουν τοπική θερμότητα (τα αφρίζοντα δισκία) και αλλεργία.
- Έχουν ενοχοποιηθεί για αυξημένη πιθανότητα ύπαρξης E. coli στον κόλπο και μόλυνσης του ουροποιητικού συστήματος (Gupta et al 1998, Fihn et al 1998).
- Υπάρχει πιθανότητα συστηματικής απορρόφησης του σπερματοκτόνου, καθώς οι περισσότερες ουσίες που εισάγονται στον κόλπο μπορούν να απορροφηθούν στην κυκλοφορία. Έτσι είναι αδύνατο να πούμε ότι τα σπερματοκτόνα είναι τελείως ελεύθερα

από τον κίνδυνο βλαβερών αποτελεσμάτων, όπως τοξικότητα σε ζωτικά όργανα και πιθανή καρκινογένεση. Σε μελέτες βιοχημικών εξετάσεων γυναικών που χρησιμοποιούσαν σπερματοκτόνα δεν έδειξαν σημαντικές αλλαγές συγκριτικά με ομάδες ελέγχου. Η έκθεση αρχόμενης κύησης σε σπερματοκτόνο, ή η γονιμοποίηση ενός ωαρίου από ένα σπέρμα κατεστραμμένο από σπερματοκτόνο, θα μπορούσε να αυξήσει τη συχνότητα των ανωμαλιών διάπλασης, αλλά υπάρχουν αναφορές που χαρακτηρίζουν τον κίνδυνο περισσότερο θεωρητικό.

- Πρέπει να χρησιμοποιείται πρόσθετη ποσότητα σπερματοκτόνου κάθε φορά που επαναλαμβάνεται η συνουσία.
- Έχουν μικρή αποδεκτικότητα

6.4. Ενδείξεις

- Για αντισύλληψη σε διακεκομμένη βάση.
- Για σχετική προστασία από τα ΣΜΝ.
- Σε γυναίκες άνω των 45 ετών αφού σε αυτές η γονιμότητα είναι μειωμένη.
- Γενικά, στα υπογόνιμα ζευγάρια.
- Ως συμπληρωματική μέθοδος στις φυσικές μεθόδους.
- Ως συμπληρωματική μέθοδος στα αντισυλληπτικά δισκία σε περίπτωση παράλειψης ή καθυστέρησης ενός δισκίου.

6.5. Αντενδείξεις

- Αλλεργία στα συστατικά τους
- Ανάγκη αντισύλληψης σε καθημερινή βάση

ΟΡΜΟΝΙΚΗ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ

Η ορμονική αντισύλληψη είναι μια φαρμακευτική προληπτική μέθοδος, η οποία έχει κάποιες ενδείξεις, κάποιες αντενδείξεις, κάποιες ευεργετικές και κάποιες βλαπτικές δράσεις, όπως όλες οι φαρμακευτικές λύσεις. Ως λοιπόν προληπτική μέθοδος, η ορμονική αντισύλληψη απευθύνεται σε γυναίκες παραγωγικής ηλικίας, οι οποίες αν και συνευρίσκονται σεξουαλικά δεν επιθυμούν κάποια κύηση, ως επιλογή τους επί του παρόντος. Τα σκευάσματα που χρησιμοποιούνται σήμερα είναι αυτά που περιέχουν συνδυασμό οιστρογόνου-προγεσταγόνου, ή μόνο προγεσταγόνο, σε διάφορες μορφές (από του στόματος, διαδερματικά, ενδορρινικά, ενδομυϊκές ενέσεις βραδείας αποδέσμευσης, υποδόρια εμφυτεύματα, ενδομήτρια σπειράματα βραδείας απελευθέρωσης προγεσταγόνου).

Η αποτελεσματικότητα των παραπάνω μεθόδων αντισύλληψης είναι άριστη, αφού η πιθανότητα κυήσεως είναι μικρότερη από 1,25 ανά 100 γυναίκες ανά έτος χρήσης τους.

ΟΡΜΟΝΙΚΗ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ ΑΠΟ ΤΟ ΣΤΟΜΑ

Τα αντισυλληπτικά (ορμονικά) δισκία (ΑΟΔ ή ΑΔ) είναι φάρμακα που περιέχουν συνδυασμό οιστρογόνου και προγεστερινοειδούς ή μόνο προγεστερινοειδές.

Μορφές ΑΟΔ

Μονοφασικά

Τα μονοφασικά ΑΟΔ περιέχουν την ίδια δοσολογία οιστρογόνου και προγεστερινοειδούς σε όλα τα δισκία.

Διφασικά

Τα διφασικά ΑΟΔ περιέχουν δύο διαφορετικές δοσολογίες οιστρογόνου και προγεστερινοειδούς σε δύο ομάδες δισκίων.

Τα διφασικά ΑΟΔ τα οποία περιείχαν μόνο οιστρογόνο στην πρώτη ομάδα δισκίων και οιστρογόνο και προγεσταγόνο στη δεύτερη ομάδα καταργήθηκαν αφού διαπιστώθηκε ότι προκαλούσαν αυξημένη συχνότητα καρκίνου του ενδομητρίου. Το Gracial αποκαλείται συμφασικό και περιέχει δύο ομάδες δισκίων, η πρώτη με επτά δισκία που περιέχουν 40 μg αιθινυλοιστραδιόλης και 0,025 mg δεσογεστρέλης και η δεύτερη με 15 δισκία που περιέχουν 30 μg αιθινυλοιστραδιόλης και 0,125 mg δεσογεστρέλης.

Τριφασικά

Τα τριφασικά ΑΟΔ περιέχουν τρεις δοσολογίες οιστρογόνου και προγεστερινοειδούς σε τρεις ομάδες δισκίων. Τα τριφασικά ΑΟΔ με λεβονογεστρέλη και γεστοδένη έχουν συνήθως μεγαλύτερη ποσότητα αιθινυλοιστραδιόλης μεσοκυκλικά και προοδευτικά αυξανόμενη ποσότητα προγεστερινοειδούς από την πρώτη ομάδα δισκίων στην τρίτη.

Μόνο με προγεστερινοειδές (mini pill)

Αυτά τα ΑΟΔ περιέχουν μόνο προγεστερινοειδές σε όλα τα δισκία.

Τρόπος δράσης των ΑΟΔ

Τα ΑΟΔ συνιστούν ένα φαρμακολογικό συνδυασμό που καταστέλλει τη στεροειδογένεση των ωοθηκών και αναστέλλει την ωοθυλακιορρηξία.

Τα ΑΟΔ αναστέλλουν την ωοθυλακιορρηξία, με την καταστολή του άξονα υποθάλαμος-υπόφυση-ωοθήκες. Τα στεροειδή των ΑΟΔ αναστέλλουν την έκκριση των FSH και LH και με αυτό τον τρόπο εμποδίζουν την ανάπτυξη του ωοθυλακίου από το οποίο θα γινόταν η κύρια παραγωγή οιστραδιόλης. Επομένως, κατά τη λήψη των ΑΟΔ, δεν γίνεται η προωθυλακιορρηκτική αιχμή της οιστραδιόλης, άρα δεν γίνεται προωθυλακιορρηκτική αιχμή της LH και επομένως δεν γίνεται ρήξη του ωοθυλακίου. Η ωρίμανση δηλαδή των ωοθυλακίων σταματάει, παρά την ένδειξη ότι συνεχίζεται η ανάπτυξη άτρητων ωοθυλακίων. Αυτή η δράση των ΑΟΔ επιτυγχάνεται με την καθημερινή χορήγησή τους στις συνηθισμένες συσκευασίες. Ωστόσο, κατά καιρούς

έγιναν ερευνητικές προσπάθειες περιορισμού των ημερών χορήγησης (π.χ. χορήγηση στην περιωοθυλακιορρηκτική περίοδο) χωρίς να χαθεί η αποτελεσματικότητα (Letterie 1998).

Τα στεροειδή που χρησιμοποιούνται στα ΑΟΔ δεν είναι φυσικές ορμόνες και έτσι η κατάσταση στην οποία βρίσκεται η γυναίκα, όταν τα χρησιμοποιεί, δεν μπορεί να συγκριθεί με φυσικές καταστάσεις όπως ο φυσιολογικός γεννητικός κύκλος που καταλήγει σε εμμηνορρυσία. Τα ΑΟΔ, κατά τη χορήγησή τους, καλύπτουν την ατελή παραγωγή των ενδογενών ωοθηκικών στεροειδών και η διακοπή τους σε κάθε κύκλο προκαλεί αιμορραγία που κλινικά αντιστοιχεί πλήρως στην εμμηνορρυσία.

Η κύρια δράση του προγεσταγόνου των ΑΟΔ και των δισκίων που περιέχουν μόνο προγεσταγόνο είναι η μετατροπή της τραχηλικής βλέννας που γίνεται αφιλόξενη για τα σπερματοζωάρια. Ωστόσο, το δισκίο με 75 μg δεσογεστρέλης, σε αντίθεση με άλλα δισκία που περιέχουν μόνο προγεσταγόνο, προσφέρει αποτελεσματική αναστολή και της ωοθυλακιορρηξίας (Rice et al 1996).

1. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

Τα ΑΟΔ, όταν χρησιμοποιούνται κατάλληλα, έχουν πολύ μεγάλη αποτελεσματικότητα (λιγότερες από 1 κυήσεις ανά 100 γυναίκες χρόνια), άσχετα από την ποσότητα του περιεχόμενου οιστρογόνου (Cust 2004). Ωστόσο, σε νέες γυναίκες συστήνεται η παράλληλη χρήση του προφυλακτικού για την προφύλαξη από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα

2. ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

Η μέθοδος

- έχει πολύ μεγάλη αποτελεσματικότητα.
- είναι ανεξάρτητη από την επαφή.

3. ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

Η μέθοδος

- απαιτεί ιατρική παρακολούθηση.
- απαιτεί την καθημερινή λήψη δισκίων.

4. ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ

- Η κύρια ένδειξη των ΑΟΔ είναι η προφύλαξη από την κύηση. Φυσικά, με αυτό τον τρόπο, τα ΑΟΔ προστατεύουν και από την έκτοπη κύηση και επομένως θα μπορούσε να ενδείκνυνται και σε γυναίκες με παράγοντες κινδύνου έκτοπης κύησης.
- Για την αντιμετώπιση της δυσλειτουργικής αιμορραγίας της μήτρας και την έμμεση αντιμετώπιση της σιδηροπενικής αναιμίας. Αν η ασθενής είναι αναιμική, θα πρέπει να παίρνει το ΑΟΔ τουλάχιστον για 2 έως 3 μήνες για να της δοθεί η ευκαιρία να αναπληρώσει τα αποθέματα σιδήρου. Μερικές νέες γυναίκες ξαναεμφανίζουν σοβαρή μηνορραγία όταν σταματάνε το ΑΟΔ και μπορεί να χρειαστεί να συνεχίσουν με ένα χαμηλής δοσολογίας ΑΟΔ για μερικά χρόνια. Η ανωθυλακιορρηκτική αιμορραγία της εφήβου (όπου υπάρχει ελάχιστος κίνδυνος κακοήθειας), μπορεί συχνά να ελεγχθεί με τη χορήγηση δύο έως τεσσάρων δισκίων ημερησίως μεγάλης δόσης οιστρογόνου και προγεστερινοειδούς (π.χ. 0,05 mg αιθινυλοιστραδιόλης και 0,5 mg νοργεστρέλης-Οντα), που συνεχίζεται με ένα δισκίο ημερησίως για τρεις εβδομάδες. Γενικά, για την αντιμετώπιση της δυσλειτουργικής αιμορραγίας της μήτρας μπορούν να χορηγηθούν ΑΟΔ μικρότερης περιεκτικότητας σε αιθινυλοιστραδιόλη ανά δισκίο με ανάλογη προσαρμογή της δοσολογίας.
- Για την αντιμετώπιση της δυσμηνόρροιας. Στη δυσμηνόρροια αποτελούν μία από τις εναλλακτικές λύσεις (οι άλλες είναι τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη και οι διάλογοι-εξηγήσεις-ενθάρρυνση από τον γυναικολόγο ή τη μαία) και χορηγούνται αν η γυναίκα επιθυμεί παράλληλα αντισυλληπτική προστασία και δεν έχει αντενδείξεις (Dawood 2000). Η αντιδυσμηνορροϊκή δράση των ΑΟΔ οφείλεται εν μέρει στην ελαττωμένη αιμορραγία κατά την εμμηνορρυσία καθώς το πέρασμα θρόμβων είναι σχεδόν πάντα επώδυνο.
- Τα ΑΟΔ μπορούν να συστηθούν σε γυναίκες με αυξημένο κίνδυνο φλεγμονώδους πυελικής νόσου διότι, αυξάνοντας τη γλοιότητα της τραχηλικής βλέννας, ελαττώνουν τον κίνδυνο (Magowan 1997). Με τον τρόπο αυτό εμποδίζουν την είσοδο μικροοργανισμών στο ανώτερο γεννητικό σύστημα.
Ωστόσο, χρειάζεται προσοχή για την αποφυγή σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων!
- Οι ωχρινικές (και ωοθυλακικές) λειτουργικές κύστεις των ωοθηκών θεωρούνται επίσης ένδειξη χορήγησης των ΑΟΔ αν και αυτές θα μπορούσαν να υποχωρήσουν και χωρίς φαρμακευτική αγωγή. Τα τριφασικά ΑΟΔ θεωρούνται λιγότερο αποτελεσματικά από τα μονοφασικά γι' αυτή την ένδειξη.

- Με δεδομένο ότι τα ΑΟΔ ελαττώνουν την πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου των ωοθηκών και της μήτρας θα μπορούσε να συστηθεί η χορήγησή τους σε γυναίκες υψηλού κινδύνου.
- Ειδικά για το ΑΟΔ που περιέχει μόνο προγεστερινοειδές, κύριες ενδείξεις χορήγησής του είναι στη διάρκεια του θηλασμού (καθώς δεν επηρεάζει τη γαλουχία), σε γυναίκες που έχουν αντενδείξεις για τη χορήγηση οιστρογόνων (π.χ. υπέρταση ή καρκίνος

5. ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ

5.1. Απόλυτες

- Ιστορικό σοβαρών επιπλοκών από τη χρήση στεροειδών.
- Νόσος του κυκλοφορικού συστήματος.
- Τεκμηριωμένο ιστορικό θρομβοεμβολικού επεισοδίου (αρτηριακού ή φλεβικού).
- Διαταραχές πήκτικότητας.
- Έμφραγμα.
- Ισχαιμική καρδιοπάθεια.
- Βαλβιδοπάθεια.
- Ιστορικό εγκεφαλικής αιμορραγίας.
- Σοβαρές ημικρανίες που απαιτούν τη χρήση εργοταμίνης. Αντένδειξη είναι επίσης η εμφάνιση ημικρανιών για πρώτη φορά κατά τη χρήση των ΑΟΔ.
- Παροδικά ισχαιμικά επεισόδια, ακόμα και χωρίς κεφαλαλγία.
- Βαριά υπέρταση.
- Πνευμονική υπέρταση.
- Υπερλιπιδαιμία.
- Μεγάλες χειρουργικές επεμβάσεις.
- Κύηση (ακόμα και σε υποψία της).
- Αδιάγνωστη αιμορραγία από τα γεννητικά όργανα.
- Χολόσταση.
- Χολολιθίαση (θα μπορούσαν όμως να χρησιμοποιηθούν μετά από χολοκυστεκτομή).
- Νόσοι του ήπατος, καλοήθεις ή κακοήθεις (ηπατοκυτταρικό αδένωμα κ.λπ.) που αναπτύχθηκαν σε προηγούμενη κύηση ή κατά τη λήψη συνδυασμένων ΑΟΔ ή άλλων σκευασμάτων με οιστρογονικό περιεχόμενο.
- Πορφυρίες (που είναι κληρονομικές ή επίκτητες ανωμαλίες της βιοσύνθεσης της αίμης, και ανάλογα με τον τόπο συσσώρευσης της πορφυρίνης εκδηλώνονται με

νευρολογικές εκδηλώσεις ή δερματική φωτοευαισθησία). Οι στεροειδείς ορμόνες, επηρεάζοντας την παραγωγή της πορφυρίνης (που συντελεί στη σύνθεση της αιμοσφαιρίνης), αυξάνουν τη σοβαρότητα της ανωμαλίας.

- Ιστορικό παγκρεατίτιδας λόγω υπερτριγλυκεριδαιμίας.
- Ιστορικό συστηματικού ερυθματώδους λύκου που επηρεάστηκε σε προηγούμενη χρήση ΑΟΔ ή φυλετικών ορμονών (κίνδυνος φλεβικής θρομβοεμβολής).
- Ιστορικό αιμολυτικού ουραιμικού συνδρόμου (που περιλαμβάνει οξεία νεφρική ανεπάρκεια και αιμολυτική αναιμία).
- Οιστρογονοεξαρτώμενα νεοπλάσματα (π.χ. καρκίνος μαστού ή υποψία του).
- Στις απόλυτες αντενδείξεις κάποιοι προσθέτουν το κάπνισμα αφού με τη σύγχρονη χρήση των ΑΟΔ αυξάνεται η πιθανότητα εμφράγματος (Owen-Smith et al 1998). Ωστόσο, υπάρχει μεγαλύτερη ελαστικότητα στις νεαρές ηλικίες (αν και το κάπνισμα αντενδείκνυται γενικά!).

• Στις απόλυτες αντενδείξεις στην Αγγλία είχε συμπεριληφθεί η τροφοβλαστική νόσος

αλλά μόνο μέχρι η hCG να μην ανιχνεύεται πια. Στις ΗΠΑ αντίθετα αυτό δεν θεωρήθηκε αντένδειξη, ακόμα και σε ανίχνευση της hCG (Guillebaud 1998).

Για να σημειωθεί ότι η αφαίρεση του οιστρογονικού στοιχείου από τα ΑΟΔ δεν αναιρεί πάντα τις απόλυτες αντενδείξεις, αναφέρεται η πιθανή σχέση μεταξύ εγκεφαλικών επεισοδίων και ορμονικής αντισύλληψης που περιέχει μόνο προγεστερινοειδές στις γυναίκες με ιστορικό βαριάς υπέρτασης (WHO 1998).

5.2. Σχετικές

- Αν κάποια από τις απόλυτες αντενδείξεις είναι μικρού βαθμού.
- Ομόζυγη δρεπανοκυτταρική αναιμία.
- Μακροχρόνια ακινητοποίηση (αναπηρίες).
- Ολιγο-αμηνόρροια (ωστόσο θα μπορούσαν να χορηγηθούν για έλεγχο των συμπτωμάτων στο σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών).
- Υπερπρολακτιναιμία.
- Μέτρια ή σοβαρή ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία του τραχήλου.
- Συγγενής πρώτου βαθμού με καρκίνο του μαστού.
- Επιληψία.
- Κιρσοί κάτω άκρων.

- Ήπια υπέρταση επειδή τα ΑΟΔ μπορεί να ενεργοποιήσουν το σύστημα ρενίνηςαγγειοτενσίνης και να αυξήσουν περισσότερο την αρτηριακή πίεση.
- Νόσοι που απαιτούν μακροχρόνια θεραπεία με φάρμακα που θα μπορούσαν να αλληλεπιδρούν με τα ΑΟΔ.

Η ανοχή της γλυκόζης ελαττώνεται από το ΑΟΔ και οι διαβητικές ή προδιαβητικές ασθενείς χρειάζονται ειδική παρακολούθηση.

ΠΑΡΕΝΤΕΡΙΚΗ ΟΡΜΟΝΙΚΗ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ

1. ΕΝΕΣΙΜΟ ΠΡΟΓΕΣΤΑΓΟΝΟ

Η οξική μεδροξυπρογεστερόνη (depot medro-xyprogesterone acetate-DMPA), όταν χορηγείται σε υδατικό εναιώρημα 150 mg, ενδομυϊκά κάθε 12 εβδομάδες, προκαλεί αναστολή της παραγωγής της ωχρινοτρόπου ορμόνης της υπόφυσης (LH). Η πρώτη ένεση γίνεται στη διάρκεια των 5 πρώτων ημερών της εμμηνορρυσίας. Το σκεύασμα έχει ευρεία χρήση (9.000.000 γυναίκες σε όλο τον κόσμο) (Cust 2004). Παρόμοιο σκεύασμα είναι η ενανθική νορεθιστερόνη (no-rethisterone oenanthate-NET-OEN) 200 mg, που χορηγείται κάθε δύο μήνες (Oats & Abraham 2005). Ο τρόπος δράσης σχετίζεται κυρίως με την αλλοίωση της τραχηλικής βλέννας που προκαλεί. Η μέθοδος είναι πολύ αποτελεσματική. Η πιθανότητα κύησης από τη συνηθισμένη χρήση της DMPA για το πρώτο έτος χρήσης είναι 0,3% (Dayal & Sondheimer 2005.)

1.1. Πλεονεκτήματα

- Είναι πολύ αποτελεσματική.
- Είναι φτηνή.
- Είναι ασφαλής.
- Δεν χρειάζεται καθημερινές ενέργειες.
- Φαίνεται να προσφέρει ισχυρή προστατευτική δράση εναντίον του καρκίνου του ενδομητρίου.

1.2. Μειονεκτήματα

- Το ενέσιμο προγεσταγόνο προκαλεί αρχικά εμφάνιση ανώμαλης εμμηνορρυσίας (συνήθως στους πρώτους 4-6 μήνες χρήσης) και αμηνόρροια στη συνέχεια.

1.3. Ενδείξεις

- Η DMPA μπορεί να χρησιμοποιηθεί από μητέρες που θηλάζουν.
- Η μέθοδος μπορεί να χρησιμοποιηθεί από γυναίκες που δεν συμμορφώνονται εύκολα σε άλλες μεθόδους.

1.4. Αντενδείξεις

- Ίσως σε άτομα υψηλού κινδύνου για χαμηλή οστική πυκνότητα αφού η παρατεταμένη χρήση της DMPA συσχετίστηκε με ελάττωση της οστικής πυκνότητας (Ryan et al 2002).

2. ΕΝΕΣΙΜΟ ΠΡΟΓΕΣΤΑΓΟΝΟ ΚΑΙ ΟΙΣΤΡΟΓΟΝΟ

Το 2000, η FDA ενέκρινε το Lunelle (Cyclofem), μια μηνιαία αντισυλληπτική ένεση που περιέχει οξική μεδροξυπρογεστερόνη και κυπιονική οιστραδιόλη (estradiol cypionate). Στην ίδια κατηγορία ανήκει το Mesigyna. Ο τρόπος δράσης σχετίζεται με την αναστολή της ωοθυλακιορρηξίας και με την αλλοίωση της τραχηλικής βλέννας.

3. ΟΡΜΟΝΗ ΣΕ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑ

Σε αυτή τη μέθοδο, γίνεται υποδόρια τοποθέτηση ειδικού συστήματος, που περιέχει τη δραστική ορμονική ουσία. Το αρχικό φαρμακευτικό προϊόν Norplant που πήρε έγκριση στην Αγγλία ήταν φτιαγμένο από 6 κάψουλες, διαστάσεων 30 mm X 2,5 mm, που κάθε μια περιείχε 36 mg λεβονογεστρέλης. Οι κάψουλες απελευθέρωναν στην κυκλοφορία μικρή ημερήσια ποσότητα λεβονογεστρέλης και εξασφάλιζαν εξαιρετική αντισυλληπτική προστασία για 5 χρόνια περίπου. Ωστόσο, θεωρήθηκε, ότι η μέθοδος μπορούσε να γίνει λιγότερο αποτελεσματική τον 4ο ή 5ο χρόνο χρήσης στις γυναίκες μεγαλύτερου σωματικού βάρους. Τόσο η εισαγωγή όσο και η αφαίρεση του προϊόντος απαιτούσε τοπική αναισθησία και σε ορισμένες γυναίκες συσχετίστηκε με δερματικές βλάβες και σχηματισμό χηλοειδών. Το μεταγενέστερο Norplant 2 περιείχε δύο ραβδία που απέδιδαν ημερήσια την ίδια ποσότητα προγεστερινοειδούς με τις 6 κάψουλες. Και το Norplant 2 είχε υπολογισθεί για 5ετή χρήση. Και αυτό το προϊόν, χρειαζόταν τοπική αναισθησία για την εισαγωγή και την εξαγωγή των εμφυτευμάτων. Ο τρόπος δράσης της μεθόδου είναι παρόμοιος με εκείνο άλλων μεθόδων που περιέχουν μόνο προγεσταγόνο. Κατά τη χρήση των εμφυτευμάτων, υπήρξαν ενδείξεις

αύξησης των αιμοπεταλίων και αυξημένης συγκόλλησής τους (Singh et al 1992). Σχετικά πρόσφατα κατασκευάστηκε ένα μονό εμφύτευμα (Implanon) που περιέχει 3-κετο-δεσογεστρέλη και έχει μήκος 40 mm και διαμέτρο 2 mm. Αυτό το εμφύτευμα τοποθετείται υποδερμικά με τη βοήθεια αποστειρωμένου εισαγωγέα μιας χρήσης. Με το ένα ραβδί, ο χρόνος εισαγωγής και αφαίρεσης είναι πολύ μικρότερος σε σύγκριση με τα προηγούμενα εμφυτεύματα. Η διάρκεια δράσης του Implanon είναι 3 χρόνια (Cust 2004). Από την κυκλοφορία του Implanon και μετά σταμάτησε ουσιαστικά η εφαρμογή του Norplant (αλλά υπάρχουν ακόμα γυναίκες που δεν το έχουν αφαιρέσει).

Η μέθοδος είναι πολύ αποτελεσματική. Η πιθανότητα κύησης από τη συνηθισμένη χρήση του Norplant για το πρώτο έτος χρήσης ήταν 0,05% (Dayal & Sondheimer 2005).

3.1. Πλεονεκτήματα

- Είναι πολύ αποτελεσματική.
- Έχει μεγάλη διάρκεια δράσης.
- Η γονιμότητα επανέρχεται γρήγορα μετά την αφαίρεση των εμφυτευμάτων.

3.2. Μειονεκτήματα

- Χρειάζεται επέμβαση για την εισαγωγή και την αφαίρεση των εμφυτευμάτων.
- Συχνές και παρατεταμένες αιμορραγίες τον πρώτο χρόνο χρήσης (στο 17-20% των γυναικών).

3.3. Ενδείξεις

- Η μέθοδος μπορεί να χρησιμοποιηθεί από γυναίκες που δεν συμμορφώνονται εύκολα σε άλλες μεθόδους.

3.4. Αντενδείξεις

- Αν υπάρχουν αντενδείξεις για τις ουσίες που χρησιμοποιούνται.

4. ΟΡΜΟΝΕΣ ΣΕ ΚΟΛΠΙΚΟ ΔΑΚΤΥΛΙΟ

Το σύστημα των ορμονών σε κολπικό δακτύλιο επιτρέπει την προγραμματισμένη απελευθέρωση ετονογεστρέλης (προγεσταγόνου) και αιθινυλοιστραδιόλης (Sam 1992).

Ο δακτύλιος είναι άοσμος και δεν περιέχει λάτεξ. Από τον δακτύλιο απελευθερώνονται ημερησίως περίπου 120 µg ετονογεστρέλης και 15 µg αιθινυλοιστραδιόλης. Ο δακτύλιος (NuvaRing-διαμέτρου 54 mm) τοποθετείται στο ανώτερο τμήμα του κόλπου όπου πρέπει να παραμείνει για 21 ημέρες (συγκρατείται στη θέση του από το μυϊκό σύστημα του κόλπου). Στη συνέχεια αφαιρείται και μετά πάροδο 7 ημερών επανατοποθετείται ένας νέος δακτύλιος. Στο διάστημα αυτό των 7 ημερών αναμένεται η εμμηνορρυσία (όπως και με το αντισυλληπτικό δισκίο-ΑΟΔ ή ΑΔ). Γενικά, ο τρόπος δράσης του παραπάνω δακτυλίου είναι εκείνος των ΑΔ και το “χρονολογικό” προφίλ της μεθόδου θυμίζει τη λήψη του ΑΔ. Υπάρχει και δακτύλιος που περιέχει λεβονογεστρέλη (Oats & Abraham 2005).

Από περιορισμένα στοιχεία, η πιθανότητα κύησης σε συνηθισμένη χρήση του δακτυλίου για το πρώτο έτος υπολογίστηκε σε 1,2% (Dayal & Sondheimer 2005).

4.1. Πλεονεκτήματα

- Είναι αποτελεσματική.
- Δεν απαιτεί καθημερινές ενέργειες.
- Είναι μέθοδος μακράς δράσης που βρίσκεται κάτω από τον έλεγχο της γυναίκας.
- Οι φαρμακευτικές ουσίες απορροφώνται απευθείας στην κυκλοφορία διαμέσου του κολπικού τοιχώματος και έτσι παραμένουν σε σταθερά επίπεδα στο αίμα, κάτι που βελτιώνει την αποτελεσματικότητα της μεθόδου και περιορίζει τις παρενέργειες (ναυτία, κεφαλαλγία, τάση μαστών).
- Η μέθοδος μακροπρόθεσμα επιτυγχάνει κανονικότητα του εμμηνορρυσιακού κύκλου με μικρότερη απώλεια αίματος.
- Οι μεταβολές της τραχηλικής βλέννας που γίνονται από το προγεσταγονικό στοιχείο του δακτυλίου ελαττώνουν τον κίνδυνο της πυελικής φλεγμονώδους νόσου.
- Η μέθοδος είναι εύκολα αναστρέψιμη και η ωοθυλακιορρηξία αποκαθίσταται γρήγορα μετά τη διακοπή της χρήσης του δακτυλίου.
- Ελαττώνει τις πιθανότητες ωοθηκικών κύστεων και έκτοπης κύησης.

- Εάν παρουσιαστούν έμετοι και διάρροια, δεν επηρεάζουν την αποτελεσματικότητα.

4.2. Μειονεκτήματα

- Μπορεί να σχετίζεται με ανώμαλη εμμηνορρυσία, αλλά κυρίως με σταγονοειδή αιμόρροια που συνήθως υποχωρούν μετά από μερικούς μήνες χρήσης.
- Μπορεί να σχετίζεται με αύξηση της πιθανότητας θρομβοεμβολικού επεισοδίου λόγω του οιστρογονικού του στοιχείου. Άμεση ιατρική βοήθεια πρέπει να ζητηθεί σε σοβαρή κεφαλαλγία, οφθαλμολογικά προβλήματα (απώλεια όρασης, θάμπωμα, εμφάνιση λάμψεων), στηθάγχη, δύσπνοια, αιματηρό βήχα, σοβαρό κοιλιακό άλγος, μούδιασμα ή αδυναμία στα άνω ή κάτω άκρα και σοβαρό άλγος στον μηρό ή στην κνήμη.
- Δεν προστατεύει από τα ΣΜΝ (επομένως συστήνεται η παράλληλη χρήση του προφυλακτικού σε καταστάσεις “υψηλού κινδύνου”).
- Μπορεί να αποβληθεί από τον κόλπο (Oats & Abraham 2005).
- Μπορεί να υπάρχει αυξημένη κολπική έκκριση και μελέτες έδειξαν αυξημένη ποσότητα γαλακτοβάκιλλων στον κόλπο (που όμως υπάρχουν φυσιολογικά και προστατεύουν από τις μυκητιασικές κολπίτιδες). Μερικές γυναίκες αναφέρουν αυξημένη συχνότητα κολπικών μολύνσεων και ερεθισμού.
- Μπορεί να παρατηρηθεί μικρή αύξηση του βάρους και επηρεασμός της ψυχικής διάθεσης.

4.3. Ενδείξεις

- Η μέθοδος ενδείκνυται σε γυναίκες που δυσκολεύονται στην καθημερινή λήψη του ΑΔ.

Βλέπε και ενδείξεις ΑΔ.

4.4. Αντενδείξεις

- Αν υπάρχουν στις ουσίες που χρησιμοποιούνται.
- Σε περίοδο θηλασμού.
- Αν η γυναίκα καπνίζει (και ιδιαίτερα αν είναι πάνω από 35 ετών).
- Χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή σε γυναίκες με υψηλή χοληστερόλη, διαβήτη, υψηλή αρτηριακή πίεση, παχυσαρκία και ημικρανίες, με αύρα ή νευρολογικά συμπτώματα

λόγω της αυξημένου κινδύνου θρομβοεμβολικού επεισοδίου που συνδέεται με αυτές τις καταστάσεις. Βλέπε και αντενδείξεις ΑΔ.

5. ΟΡΜΟΝΕΣ ΣΕ ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΟ ΑΥΤΟΚΟΛΛΗΤΟ.

Πρόκειται για διαδερμικό σύστημα απελευθέρωσης νοργεστιμάτης και αιθινυλοιστραδιόλης (Evra). Ο τρόπος δράσης είναι παρόμοιος με εκείνο του ΑΔ. Η τοποθέτηση του αυτοκόλλητου γίνεται κάθε εβδομάδα. Από περιορισμένα στοιχεία, η πιθανότητα κύησης σε συνηθισμένη χρήση του για το πρώτο έτος υπολογίστηκε σε 0,7% (Dayal & Sondheimer 2005).

Πλεονέκτημα του διαδερμικού συστήματος αντισύλληψης είναι ότι πρόκειται για μέθοδο μακράς δράσης που βρίσκεται κάτω από τον έλεγχο της γυναίκας.

ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ

Η “επείγουσα αντισύλληψη” εφαρμόζεται σε περιπτώσεις σεξουαλικής επαφής τις “επικίνδυνες” ημέρες (δηλαδή λίγες ημέρες πριν και περί την ωοθυλακιορρηξία). Αν, για να αποφευχθεί η κύηση, χρησιμοποιηθούν ορμονικά σκευάσματα (από το στόμα), η μέθοδος ονομάζεται και ορμονική αντισύλληψη μετά τη συνουσία ή “το χάπι της επόμενης ημέρας”. Ανασταλτικοί παράγοντες στη χρήση της μεθόδου φαίνεται ότι είναι η ανεπαρκής ενημέρωση των γυναικών (Marafie et al 2006), η σύγχυση που υπάρχει για τον τρόπο δράσης της μεθόδου και η ανεπαρκής πληροφόρηση που παρέχεται από τους γιατρούς (Fagan et al 2006). Η μέθοδος διατίθεται χωρίς ιατρική συνταγή σεορισμένες χώρες, όπως στη Γαλλία από διαιτίας (Goulard et al 2006).

Ωστόσο, αρκετές γυναίκες επιλέγουν τη μη χρησιμοποίηση της μεθόδου, ακόμα και όταν αυτή είναι εύκολα διαθέσιμη (Walsh & Frezieres 2006).

1. ΟΡΜΟΝΙΚΗ

Είναι η σε σύντομο χρονικό διάστημα λήψη ορμονών σε μεγάλη ποσότητα για να αποφευχθεί μια πιθανή κύηση. Η επείγουσα αντισύλληψη κατά πάσα πιθανότητα αναστέλλει ή καθυστερεί την ωοθυλακιορρηξία αλλά μπορεί επίσης να επηρεάσει την υποδεκτικότητα του ενδομητρίου. Άλλοι πιθανοί μηχανισμοί αντισύλληψης περιλαμβάνουν την επίδραση στη λειτουργία του ωχρού σωματίου, στην πυκνότητα της τραχηλικής βλέννας και στη μεταφορά των σπερματοζωαρίων, του ωαρίου ή του εμβρύου (Dayal & Sondheimer 2005).

Παλαιότερα, κυρίως, γινόταν χρήση δισκίων που περιείχαν μεγάλη ποσότητα οιστρογόνου. Η μέθοδος απαιτούσε τη λήψη δύο δισκίων Ovral (που περιέχουν 50 µg αιθινυλοιστραδιόλης και 0,5 mg νοργεστρέλης) όσο γίνεται νωρίτερα μετά την επαφή και άλλων δύο δισκίων μετά από 12 ώρες. Η ναυτία όμως είναι συχνό σύμπτωμα με αυτές τις δοσολογίες. Η συνολική ορμονική δόση που λαμβάνεται με αυτόν τον τρόπο είναι λιγότερη από τη συνολική δόση που λαμβάνεται σε ένα κύκλο με το ΑΟΔ και μόνο οι απόλυτες αντενδείξεις του ΑΟΔ λαμβάνονταν συνήθως υπόψη. Τα τελευταία χρόνια, ως “χάπι της επόμενης ημέρας” βρίσκεται στην κυκλοφορία η λεβονοργεστρέλη 0,75 mg. Η μέθοδος αυτή έχει λιγότερες παρενέργειες, κυρίως όσον αφορά τη ναυτία και τον εμετό, σε σχέση με τη χρησιμοποίηση αντισυλληπτικών δισκίων (Oats & Abraham 2005). Η συσκευασία περιέχει 2 δισκία. Το πρώτο δισκίο (όπως γενικά ισχύει στην επείγουσα αντισύλληψη) πρέπει να λαμβάνεται όσο το δυνατόν νωρίτερα μετά τη συνουσία, με καλύτερη αποτελεσματικότητα αν ληφθεί τις πρώτες 12 ώρες. Η λήψη του πρώτου δισκίου δεν πρέπει να γίνει αργότερα από 72 ώρες μετά την επαφή.

Το δεύτερο δισκίο πρέπει να λαμβάνεται σε διάστημα μεταξύ 12 ωρών το νωρίτερο και 24 ωρών το αργότερο μετά το πρώτο δισκίο. Επειδή το πρώτο 12ωρο μετά την επαφή θεωρείται ο καλύτερος χρόνος έναρξης της μεθόδου, θα μπορούσε να συστηθεί η έγκαιρη προμήθεια κάποιου πακέτου αυτού του είδους αντισύλληψης για να υπάρχει σε “περίπτωση λάθους”.

Η εκ των προτέρων φροντίδα για την προμήθεια επείγουσας ορμονικής αντισύλληψης προκύπτει και από το γεγονός ότι σε ορισμένες χώρες, η επείγουσα ορμονική αντισύλληψη δεν είναι άμεσα διαθέσιμη σε πολλά φαρμακεία (Ball et al 2006).

Πρέπει να σημειωθεί βέβαια ότι αυτή η μέθοδος αντισύλληψης δεν μπορεί να εφαρμόζεται σε “συστηματική” βάση αλλά μόνο κατ’ εξαίρεση.

1.1. Αποτελεσματικότητα

Η αποτελεσματικότητα της μεθόδου είναι τόσο υψηλότερη όσο νωρίτερα μετά τη σεξουαλική επαφή, που έγινε χωρίς προφύλαξη, γίνει η χορήγηση των ορμονών. Για τη μέθοδο που περιέχει αιθινυλοιστραδιόλη, όταν η λήψη γίνει τις πρώτες 72 ώρες, η πιθανότητα αποτυχίας κυμαίνεται από 7-26% (Grewal & Burkman 2003, Sparrow 1999).

Σε εφαρμογή της μεθόδου λεβονογεστρέλης μέσα σε 24 ώρες από την επαφή, η συχνότητα αποτυχίας είναι 0,4% και κάθε 12 ώρες καθυστέρησης αυξάνουν την πιθανότητα αποτυχίας κατά 50% (Cust 2004). Εκτιμήθηκε ότι με την ευρύτερη χρήση της επείγουσας αντισύλληψης, σχεδόν οι μισές από τις απρογραμματίστες κηύσεις και εκτρώσεις θα μπορούσαν να έχουν αποφευχθεί (Sabo & Schrage 2006).

1.2. Πλεονεκτήματα

- Είναι αποτελεσματική, αν εφαρμοστεί έγκαιρα.
- Δεν είναι ιδιαίτερα ακριβή.

1.3. Μειονεκτήματα

- Έχει ανεπιθύμητες ενέργειες, που είναι η ναυτία, ο εμετός, η κεφαλαλγία, οι διαταραχές του κύκλου (Gainer et al 2006), όπως ακανόνιστη κολπική αιμορραγία κ.λπ.

Με το σκεύασμα λεβονογεστρέλης, η συχνότητα του εμετού είναι <6% (Cust 2004).

- Δημιουργεί άγχος μέχρι να διαπιστωθεί αν πραγματικά “πέτυχε”.

1.4. Ενδείξεις

- Σε μια τελείως “απρόβλεπτη” περίπτωση.

1.5. Αντενδείξεις

- Οι γενικές αντενδείξεις της ορμονικής αντισύλληψης με κάποια ίσως ελαστικότητα.

- Η κύηση αποτελεί, φυσικά, απόλυτη αντένδειξη.
- Απόλυτη αντένδειξη είναι και η οξεία πορφυρία.
- Απόλυτη αντένδειξη είναι και η τρέχουσα θεραπεία με βαρφαρίνη (Cust 2004). Σε αποκλειστική χρησιμοποίηση προγεσταγόνου, δεν ισχύουν οι αντενδείξεις των οιστρογόνων.

2. ΜΙΦΕΠΡΙΣΤΟΝΗ (RU 486)

Η μifeπριστόνη (RU 486) φαίνεται να έχει επίσης καλά αποτελέσματα για την πρόληψη της κύησης μετά τη συνουσία. Η μifeπριστόνη, που είναι ανταγωνιστής της προγεστερόνης, χρησιμοποιείται και ως εκτρωτικό φάρμακο. Όταν χορηγηθεί στην αρχή της κύησης ασκεί δράση κατά της εμφύτευσης.

Σε πειραματόζωα, η μifeπριστόνη φάνηκε να προκαλεί επιτάχυνση της σαλπινγικής μεταφοράς του εμβρύου και να έχει επιβλαβή δράση στην ανάπτυξη του εμβρύου και στη διατήρησή του μέσα στη μήτρα. Μετά τη χορήγηση της μifeπριστόνης σε αρουραίους κανένα από τα έμβρυα, τα οποία βρέθηκαν στη μήτρα την 5η ημέρα της κύησης δεν ήταν στο αναμενόμενο στάδιο της βλαστοκύστης, αλλά ήταν στο στάδιο των μοριδίων ή εκφυλισμένα. Σε χώρες, όπου το φάρμακο είναι διαθέσιμο, η μifeπριστόνη συνταγογραφείται στη γυναίκα σε δόση 600 mg (Oats & Abraham 2005). Η μέθοδος προκαλεί σε μικρότερη συχνότητα ναυτία σε σχέση με την επείγουσα ορμονική αντισύλληψη που περιέχει αιθινυλοιστραδιόλη.

3. ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΗΣ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΚΗΣ ΣΥΣΚΕΥΗΣ

Η γυναίκα θα μπορούσε να επιλέξει την εισαγωγή αντισυλληπτικής ενδομητρικής συσκευής χαλκού μέσα στις πρώτες 5-7 ημέρες από τη χωρίς προφυλάξεις συνουσία. Η πιθανότητα αποτυχίας της μεθόδου είναι μόλις 0,1% (Dayal & Sondheimer 2005). Η αντισυλληπτική συσκευή Mirena (με προγεσταγόνο) δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε αυτές τις περιπτώσεις (Cust 2004). Η μέθοδος δεν συστήνεται σε άτοκες γυναίκες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

ΈΚΤΡΩΣΗ

Η διακοπή της εγκυμοσύνης (έκτρωση) ως μέσο ελέγχου των γεννήσεων επιτρέπεται από το νόμο σε εγκυμοσύνες ηλικίας μέχρι 10 εβδομάδων. Η επέμβαση διακοπής της εγκυμοσύνης, έκτρωση είναι ίσως η πιο απαράδεκτη μέθοδος ελέγχου των γεννήσεων και οικογενειακού προγραμματισμού ενός ζεύγους, τόσο για ηθικούς λόγους όσο και για ιατρικούς λόγους που έχουν να κάνουν με την ασφάλεια και την υγεία της γυναίκας. Σε κύσεις στα αρχικά στάδια ,μέχρι 10 εβδομάδες, η συνηθέστερη επέμβαση είναι η τεχνητή απόξεση του ενδομητρίου και η έξοδος του κυήματος μετά από διαστολή του τραχήλου. Μετά τις 10 εβδομάδες η διακοπή της εγκυμοσύνης γίνεται για ιατρικούς λόγους που έχουν να κάνουν με το έμβρυο και προτιμάται η μέθοδος της πρόκλησης τοκετού με προσταγλανδίνες και οξυτοκίνη.

Πως γίνεται η διακοπή της εγκυμοσύνης.

Η γυναίκα προγραμματίζεται για απόξεση με βάση την ηλικία της κύησης. Η ηλικία της κύησης προσδιορίζεται με βάση την τελευταία έμμηνο ρύση και με βάση μετρήσεις που πραγματοποιούνται σε υπερηχογραφικό έλεγχο. Η επέμβαση της απόξεσης αφορά συνήθως κύσεις σε αρχικά στάδια μέχρι 10εβδομάδες και έχει ως εξής;



Η μέθοδος Κάρμαν



Εισάγεται στη μήτρα ένας σωλήνας από πολυαιθυλένιο, που έχει δυο κάθετες σχισμές στο πάνω άκρο του και τά χείλη του παίζουν τό ρόλο ξέστρου.

Οι επεμβάσεις διακοπής εγκυμοσύνης (έκτρωση) γίνονται σε ειδικά εξοπλισμένο χώρο νοσοκομείου. Η γυναίκα τοποθετείται σε γυναικολογική εξεταστική θέση και

της χορηγούνται από τον αναισθησιολόγο ενδοφλεβίως φάρμακα που της προκαλούν αναισθησία. Ο γυναικολόγος αφού βεβαιωθεί ότι η γυναίκα κοιμάται και δεν αντιδρά σε επώδυνα ερεθίσματα διαστέλλει σταδιακά το στόμιο του τραχήλου της μήτρας και μετά με ειδικό αναρροφητήρα που εισάγει με προσοχή στην κοιλότητα της μήτρας εξάγει το κύημα και τους υμένες του (διακοπή της εγκυμοσύνης). Η μέθοδος της αναρρόφησης, ή μέθοδος Κάρμαν, από το όνομα του αμερικάνου που την ανακάλυψε, συνίσταται στην αναρρόφηση του εμβρύου. Εισάγεται Στη μήτρα ένας σωλήνας από πολυαιθυλένιο, που έχει δυο κάθετες σχισμές στο πάνω άκρο του και τα χείλη του παίζουν το ρόλο ξέστρου. Η διάμετρος του είναι μεγαλύτερη ή μικρότερη (4 ή 8 χιλ.) ανάλογα με το πόσο προχωρημένη είναι η εγκυμοσύνη. Στη συνέχεια εφαρμόζεται στο κάτω άκρο του μία αντλία και για ένα χρονικό διάστημα που ποικίλλει από 20 δευτερόλεπτα ως 3 λεπτά, απορροφάται το περιεχόμενο της μήτρας. Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων, αυτή ή απλή κα'ι σχεδόν ανώδυνη μέθοδος, ακινητοποιεί τη γυναίκα μονάχα την ώρα της επέμβασης.. Η όλη επέμβαση διαρκεί συνήθως μερικά λεπτά, εκτός από τις περιπτώσεις όπου υπάρχουν δυσκολίες. Η γυναίκα ξυπνάει μετά από λίγο και σε 1 με 2 ώρες μπορεί να φύγει για το σπίτι. Από την 11η εβδομάδα και μετά ακολουθείται συνήθως η μέθοδος της απόξεσης, μια πρακτική που χρησιμοποιούνταν παλαιότερα και μπορεί να οδηγήσει σε επιπλοκές.

Ποιες είναι οι επιπλοκές μιας διακοπής εγκυμοσύνης;

Οι άμεσες επιπλοκές διακοπής εγκυμοσύνης (έκτρωση) είναι σπάνιες και είναι σχετικές με την τεχνική που ακολουθείται κατά την επέμβαση. Διάρτηση της μήτρας και αιμορραγία παρατηρούνται σε λιγότερο από 1-2% των περιπτώσεων και συνήθως πρόκειται για καταστάσεις που υποχωρούν από μόνες τους υπό ιατρική παρακολούθηση. Οι λοιμώξεις ,ενδομητρίτιδα και σαλπινγίτιδα, είναι πιο συχνές και αντιμετωπίζονται με αντιμικροβιακά φάρμακα. Μια σπάνια μακροπρόθεσμη επίπτωση της έκτρωσης είναι η στειρότητα, καθώς μπορεί να σταματήσει η περίοδος και να προκληθούν συμφύσεις στη μήτρα. Πρόκειται για μια επιπλοκή της επέμβασης που δεν οφείλεται στην τεχνική που εφαρμόστηκε.

Η θεραπευτική έκτρωση

"Έτσι ονομάζεται ή έκτρωση που αποφασίζεται για λόγους υγείας. Παλαιότερα, ή μορφή αυτής της έκτρωσης επιτρεπόταν αλλά εφαρμοζόταν πολύ σπάνια. Για να επιτραπεί σήμερα ή θεραπευτική έκτρωση αρκεί να βεβαιώσουν γιατροί ότι ή ζωή της γυναίκας απειλείται, αν ή εγκυμοσύνη της προχωρήσει ή ότι τό παιδί κινδυνεύει να γεννηθεί παραμορφωμένο ή προσβλημένο από ανίατη αρρώστια. Θεραπευτική είναι και η απόξεση η αναρρόφηση που γίνεται όταν η εγκυμοσύνη από μόνη της αυτόματα ,σταμάτησε να εξελίσσεται.

Το εκτρωτικό χάπι

Αξίζει να σημειωθεί ότι πρόσφατα εγκρίθηκε από τον ΕΟΦ το εκτρωτικό χάπι. Πρόκειται για το RU486, το οποίο μπορεί να ληφθεί μέχρι και την πέμπτη εβδομάδα της κύησης και προκαλεί αποβολή. Η χρήση του χαπιού ενδέχεται να προκαλέσει αιμορραγία, οπότε θα χρειαστεί να υποβληθείτε σε διαγνωστική απόξεση.

Η επέμβαση και το νομικό πλαίσιο

Στην Ελλάδα οι αμβλώσεις νομιμοποιήθηκαν με το νόμο 1609/86. Αυτό σημαίνει ότι μια γυναίκα μπορεί να κάνει έκτρωση μέχρι και την 12η εβδομάδα, εφόσον συντρέχουν λόγοι και εξεταστεί από επιτροπή. Αυτό αναφέρει το γράμμα του νόμου. Ωστόσο, η εξέταση από επιτροπή δεν είναι απαραίτητη στην περίπτωση που η ενδιαφερόμενη απευθυνθεί σε κάποιο ιδιωτικό κέντρο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο

ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ορίζει ως « Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα ονομάζονται οι ασθένειες οι οποίες μεταδίδονται αρχικά από άνθρωπο σε άνθρωπο μέσω της σεξουαλικής επαφής οποιαδήποτε μορφής (στοματικό έρωτα, κολπικό έρωτα, πρωκτικό έρωτα).»

Τα προηγούμενα χρόνια αυτές οι ασθένειες ,λοιμώξεις χαρακτηρίζονταν κυρίως ως σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, ή αφροδίσια νοσήματα, τα τελευταία χρόνια προτιμάται ο όρος σεξουαλικά μεταδιδόμενες λοιμώξεις καθώς έχει ένα ευρύτερο φάσμα εννοιών: ένα άτομο μπορεί να μολύνει και να μολυνθεί δυνητικά, χωρίς να έχει καμία ασθένεια. Ορισμένα Σ.Μ.Ν. μπορούν και μεταδίδονται και μέσω της χρήσης μετά τη χρήση τους από ένα μολυσμένο άτομο, καθώς και μέσω της γέννας και του θηλασμού .Υπάρχουν περισσότερα από 30 σεξουαλικά μεταδιδόμενα βακτήρια, ιοί και παράσιτα. Τις τελευταίες δεκαετίες τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα παρουσιάζουν έξαρση, η οποία αποδίδεται σε κοινωνικές και βιολογικές αιτίες. Στις κοινωνικές αιτίες συγκαταλέγεται η σεξουαλική απελευθέρωση που βιώνει η νεολαία, η αύξηση της πορνείας, η έλλειψη ενημέρωσης και η άγνοια σχετικά με τους κινδύνους οι οποίοι εγκυμονούνται. Στις βιολογικές αιτίες μετάδοσης των Σ.Μ.Ν. συγκαταλέγονται η μεγάλη μεταδοτικότητα, ο βραχύς χρόνος επώασης και η έλλειψη ανοσίας.

ΚΑΤΑΤΑΞΗ

Σεξουαλικά μεταδιδόμενη λοίμωξη είναι ένας ευρύτερος όρος απ' ό,τι το σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα. Λοίμωξη είναι μια αποίκιση από ένα παρασιτικό είδος, το οποίο μπορεί να μην έχει αρνητικές επιπτώσεις. Σε μια ασθένεια η λοίμωξη οδηγεί σε μειωμένη ή μη φυσιολογική λειτουργία και στις δυο περιπτώσεις η κατάσταση μπορεί να μην παρουσιάζει σημάδια ή συμπτώματα. Το σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα (ΣΜΝ) μπορεί να αναφέρεται μόνο σε λοιμώξεις που προκαλούν ασθένειες ή μπορεί να χρησιμοποιηθεί πιο χαλαρά ως συνώνυμο της σεξουαλικά μεταδιδόμενης λοίμωξης (ΣΜΛ). Εξαιτίας της έλλειψης της πρόληψης αρκετοί ασθενείς δεν γνωρίζουν ότι έχουν μολυνθεί από κάποιο από ένα ΣΜΝ μέχρι να εξεταστούν ή να αρχίσουν να εμφανίζουν συμπτώματα της νόσου. Επιπλέον, ο

όρος σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα μερικές φορές χρησιμοποιείται δεδομένου ότι είναι λιγότερο περιοριστικός όσο αφορά άλλους παράγοντες ή τρόπους μετάδοσης. Σε γενικές γραμμές, ένα ΣΜΝ είναι μια μόλυνση που έχει αμελητέα πιθανότητα μετάδοσης με άλλα μέσα εκτός της σεξουαλικής επαφής, αλλά έχει ένα ρεαλιστικό μέσο μετάδοσης με τη σεξουαλική επαφή (Πιο εξελιγμένα μέσα-μετάγχιση αίματος, κοινή χρήση υποδερμικών βελονών-δεν λαμβάνονται υπόψη). Έτσι, μπορεί κανείς να υποθέσει ότι, αν ένα άτομο έχει προσβληθεί από ένα ΣΜΝ, π.χ. γλαμύδια, γονόρροια, έρπητα των γεννητικών οργάνων, τότε αυτά διαβιάστηκαν σε αυτό μέσω της σεξουαλικής επαφής. Οι ασθένειες σε αυτόν τον κατάλογο πιο συχνά μεταδίδονται αποκλειστικά και μόνο από τη σεξουαλική δραστηριότητα. Πολλές μολυσματικές ασθένειες, συμπεριλαμβανομένου του κοινού κρυολογήματος, της γρίπης, της πνευμονίας, και οι περισσότερες άλλες που μεταδίδονται από άτομο σε άτομο, μπορούν επίσης να μεταδοθούν κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής επαφής, εάν ένα άτομο έχει μολυνθεί, λόγω της στενής επαφής που υπάρχει. Ωστόσο, ακόμη και αν αυτές τις ασθένειες μπορούν να μεταδοθούν κατά τη διάρκεια του σεξ, δεν θεωρούνται ΣΜΝ.

ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ

Οι ασθένειες που προκαλούνται μπορεί να είναι βακτηριακές, μυκητιασικές, ιογενείς, και πρωτοζωικές.

ΒΑΚΤΗΡΙΑΚΕΣ

Μαλακό έλκος (Haemophilus ducreyi)

Το αίτιο του μαλακού έλκους είναι το βακτηρίδιο *Haemophilus ducreyi*, το οποίο εισέρχεται από το δέρμα ή τους βλεννογόνους.

Τα συμπτώματα αφορούν την εμφάνιση μικρών επώδυνων ελκών στο πέος του άνδρα και στην επιφάνεια των χειλιών του αιδοίου της γυναίκας. Τα έλκη διευρύνονται τάχιστα και αποκτούν ακανόνιστη περιφέρεια και εσχαρωτή βάση. Είναι μαλακά, εξαιρετικά επώδυνα, αιμορραγούν εύκολα και συνοδεύονται από διόγκωση των σύστοιχων βουβωνικών λεμφαδένων.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση επιτυγχάνεται με τη χορήγηση σουλφαμιδίων και τετρακυκλίνης.

ΜΗ ΓΟΝΟΚΟΚΚΙΚΗ ΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΜΟΛΥΝΣΗ

Χλαμύδια (Chlamydia trachomatis)

Η μη γονοκοκκική γεννητική μολύνση (NGGI) έχει ως την πλέον συχνή αιτία του μικροοργανισμού *Chlamydia trachomatis*. Ο οποίος είναι υπεύθυνος για το 50% των περιπτώσεων στους άνδρες και κατά 80% στις γυναίκες.

Στους άνδρες η ασθένεια εκδηλώνεται συνήθως 7-14 ημέρες μετά τη σεξουαλική επαφή με μολυσμένο άτομο. Αρχικά μολύνεται η ουρήθρα και παρατηρείται διαυγής, γαλακτώδης ή πυώδης έκκριση, καθώς και δυσφορία ή πόνος κατά την ούρηση. Η συγκεκριμένη περίπτωση χαρακτηρίζεται ως μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα (NGU) και σε ποσοστό 20% των ανδρών είναι ασυμπτωματική.

Εάν ο μικροοργανισμός, ο οποίος προκαλεί την NGU, αφορά σε χλαμύδια, υπάρχει αυξημένη πιθανότητα να εμφανιστούν επιπλοκές. Οι συγκεκριμένες επιπλοκές αφορούν σε μολύνση της ουροδόχου κύστης, η οποία συνεπάγεται ισχυρό άλγος κατά την ούρηση, καθώς και σε μολύνση του προστάτη, η οποία συνεπάγεται ισχυρό άλγος στην πυελική χώρα. Επιπρόσθετα μια ομάδα συμπτωμάτων ακολουθεί τη μη αντιμετωπισθείσα ουρηθρίτιδα από χλαμύδια, τα οποία αφορούν σε επιπεφυκίτιδα, ουρηθρίτιδα και επώδυνα οιδήματα, ορισμένων μεγάλων αρθρώσεων. Η διάγνωση τίθεται με μάλαξη του πέους κατά μήκος της ουρήθρας για να εξαχθεί σταγόνα πύου, η οποία χρωματίζεται και ελέγχεται στο μικροσκόπιο. Σε περίπτωση αδυναμίας συλλογής πύου από την ουρήθρα, ελέγχεται δείγμα πρωινών ούρων του ασθενή.

Στις γυναίκες το στο πρώτο στάδιο της ασθένειας είναι συμπτωματική κυρίως διότι σπάνια μολύνεται η ουρήθρα, αντίθετα μολύνεται ο τράχηλος που αν περιοριστεί σε εκείνο το σημείο υπάρχει αυξημένη πιθανότητα να εξουδετερωθεί από το αμυντικό σύστημα της γυναίκας. Υπάρχουν όμως περιπτώσεις επιμονής της μολύνσης χωρίς να εμφανίζει συμπτώματα, ή και επέκταση της στα εσωτερικά γεννητικά όργανα, με συνέπεια την πρόκληση φλεγμονώδους πυελικής νόσου και κίνδυνο πρόκλησης μόνιμης βλάβης στις σάλπιγγες.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση επιτυγχάνεται με τη χορήγηση αντιβιοτικών. Κατά τη διάρκεια της θεραπείας πρέπει να αποφεύγεται η χρήση αλκοόλ, καθώς και οι σεξουαλικές επαφές.

ΒΟΥΒΩΝΙΚΗ ΛΕΜΦΟΚΟΚΚΙΩΜΑΤΩΣΗ

Κοκκίωμα βουβωνικό (Klebsiella granulomatis)

Η βουβωνική λεμφοκοκκιώματωση (LGV) έχει ως αίτιο τα χλαμύδια και μεταδίδεται με κολπική, πρωκτική ή στοματική σεξουαλική επαφή με μολυσμένο άτομο.

Τα συμπτώματα εκδηλώνονται 7-12 ημέρες μετά την μόλυνση και αφορούν σε σχηματισμό φλύκταινας στην επιφάνεια του πέους του άνδρα και στην επιφάνεια των εξωτερικών γεννητικών οργάνων της γυναίκας με προσβολή των σύστοιχων λεμφαδένων, οι οποίοι διογκώνονται και καθίστανται επώδυνοι. Τα έλκη επουλώνονται με βραδύ ρυθμό, εγκαταλείποντας σημάδια, ενώ η διόγκωση των λεμφαδένων είτε υποχωρεί, είτε τα οζίδια ρήγνυνται, απελευθερώνοντας πυκνό κρεμώδες υλικό, μέσα από τις λύσεις της συνέχειας του δέρματος.

Η διάγνωση τίθεται με απλή παρατήρηση της περιοχής και επιβεβαιώνεται με ειδική εξέταση. Η θεραπευτική αντιμετώπιση επιτυγχάνεται με τη χορήγηση αντιβιοτικών.

ΒΛΕΝΝΟΡΡΟΙΑ

Γονόρροια (Neisseria gonorrhoeae)

Η βλεννόρροια έχει ως αίτιο τη *Neisseria gonorrhoeae* (Ναϊσέρια γονοκοκκική) και μεταδίδεται με τη συνουσία.

Τα συμπτώματα αφορούν συνήθως σε πυώδες έκκριμα από την ουρήθρα ή τον κόλπο, άλγος κατά την ούρηση και τη συνουσία, άλγος στους όρχεις και στο υπογάστριο στους άνδρες και ανώμαλη επώδυνη περίοδο στις γυναίκες, ενώ οι βουβωνική λεμφαδένες εμφανίζονται διογκωμένοι. Υπάρχει περίπτωση να μην εκδηλωθούν συμπτώματα, ιδίως στις γυναίκες, με αποτέλεσμα να επαυξάνει ο κίνδυνος διασποράς της νόσου λόγω μη θεραπευτικής αντιμετώπισής της.

Οι επιπλοκές, οι οποίες μπορεί να εκδηλωθούν, είναι για μεν τους άνδρες διόγκωση των όρχεων, στένωση της ουρήθρας, εξάνθημα με πυρετό και στειρώση, για δε τις γυναίκες φλεγμονή των σαλπίγγων και απόφραξη, με αποτέλεσμα τη

στείρωση. Επιπρόσθετα, πρέπει να σημειωθεί, ότι εάν μια γυναίκα η οποία πάσχει από βλεννόρροια γεννήσει, τότε είναι δυνατό να προκληθεί μόλυνση των οφθαλμών του νεογέννητου.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση επιτυγχάνεται με τη χορήγηση αμπικιλίνης και σε περιπτώσεις αλλεργικών στην αμπικιλίνη ατόμων, χορηγείται τετρακυκλίνη ή στρεπτομυκίνη. Η θεραπεία πρέπει να εφαρμόζεται και στους δυο ερωτικούς συντρόφους.

ΣΥΦΙΛΗ (Treponema pallidum)

Η σύφιλη έχει ως αίτιο το *Treponemapallidum*(ωχρά σπειροχαίτη) και μεταδίδεται κυρίως με την συνουσία με άτομο που έχει ήδη την νόσο, με την προϋπόθεση να υπάρχει κάποιο τραύμα, λύση του δέρματος ή των βλεννογόνων. Γίνεται επίσης να μεταδοθεί σπανιότερα με την άμεση επαφή και σπανιότερα με την χρήση προσωπικών αντικειμένων κάποιου πάσχοντος. Η νόσος κατά την εξέλιξη της παρουσιάζει τα εξής 3 στάδια:

1) Πρωτοπαθές στάδιο: Εκδηλώνεται τρεις εβδομάδες μετά την μόλυνση με κύριο σύμπτωμα το έλκος ενοφθαλμισμού. Το έλκος είναι ερυθράς χροιάς, σκληρό, χωρίς άλγος ή ευαισθησία, συνήθως μικρού μεγέθους. Μετά την πάροδο 2-6 εβδομάδων από την εμφάνισή του υποχωρεί χωρίς θεραπεία.

. 2) Δευτεροπαθές στάδιο: Εκδηλώνεται 6 περίπου εβδομάδες μετά την εμφάνιση του έλκους, με εξανθήματα στο θώρακα και την κοιλιακή χώρα, συνοδευόμενο από ανορεξία, άλγος στις αρθρώσεις, μυαλγίες και κεφαλαλγίες.

Αργότερα εμφανίζεται το βλατιδώδες συφιλιδικό εξάνθημα εντοπιζόμενο στον κορμό, τα

άκρα και το πρόσωπο, το οποίο μπορεί να συνοδεύεται από τριχόπτωση και μελανοδερμία. Το συγκεκριμένο στάδιο της σύφιλης, εάν δεν αντιμετωπισθεί θεραπευτικά, διαρκεί 2-3 χρόνια και χαρακτηρίζεται ως ιδιαίτερα μεταδοτικό.

3) Τριτοπαθές στάδιο: Εκδηλώνεται 10-20 χρόνια μετά το δευτεροπαθές στάδιο και συνοδεύεται από εκδηλώσεις στο δέρμα και τους βλεννογόνους, όπως είναι τα ελκυστικά οζίδια, τα φύματα και τα κομμιώματα, καθώς και από εκδηλώσεις στα σπλάγχνα, όπως είναι η συφιλιδική αορτίτις ή η νευρική σύφιλη.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση της σύφιλης πραγματοποιείται με τη χρήση πενικιλίνης, ενώ σε περιπτώσεις ευαισθησίας προς αυτή συνιστάται χορήγηση τετρακυκλινών και ερυθρομυκίνης. Η θεραπεία πρέπει να εφαρμόζεται και στους δυο ερωτικούς συντρόφους.

ΜΥΚΗΤΙΣΙΑΚΕΣ

Κολπική Μυκητίαση

Το 90% των περιπτώσεων κολπικής μυκητίασης έχει ως αίτιο το μύκητα *Candida albicans*.

Στις γυναίκες το κύριο σύμπτωμα αφορά σε έντονο κνησμό στον κόλπο και στο αιδούο, ο οποίος συνοδεύεται από την αποβολή παχύρρευστου λευκού και άοσμου κολπικού απεκκρίματος. Ο κνησμός είναι δυνατό να δευτερογενή μόλυνση, η οποία έχει ως αποτέλεσμα μικρές και εξαιρετικά επώδυνες πληγές.

Στους άνδρες η μόλυνση προέρχεται από την παρουσία μυκήτων στον κόλπο των ερωτικών τους συντρόφων και προκαλεί κνησμό στην ακροπόσθια και στη βάλανο του πέους. Σε ορισμένες περιπτώσεις παρατηρείται ουρηθρικό έκκριμα και σπανιότερα εμφάνιση μικρών επιφανειακών ελκών στη βάλανο του πέους.

Η διάγνωση τίθεται με το έλεγχο στο μικροσκόπιο δείγματος απεκκρίματος.

Η θεραπεία εφαρμόζεται με μυκητοκτόνες ταμπλέτες ή αλοιφές, των οποίων η τοποθέτηση στον κόλπο γίνεται με τη χρήση ειδικού εμβόλου. Η διάρκεια της θεραπείας εξαρτάται από το φάρμακο το οποίο έχει επιλεγεί, ενώ συνίσταται να επαλείφει ο ερωτικός σύντροφος το πέος του με μυκητοκτόνο κρέμα. Σε περιπτώσεις επίμονης ή υποτροπιάζουσας κολπικής μυκητίασης, η οποία εμφανίζεται στο 5% περίπου των γυναικών, η θεραπεία η οποία συνίσταται είναι η χρήση του φαρμάκου *ketokonazole*, το οποίο λαμβάνεται από το στόμα.

ΠΡΩΤΟΖΩΙΚΕΣ

*Τριχομονάδες (*Trichomonas vaginalis*)*

Η τριχομονάδωση έχει ως αίτιο το πρωτόζωο *Trichomonas vaginalis*, και τρόπο μετάδοσης κυρίως τη σεξουαλική επαφή με μολυσμένο άτομο.

Στις γυναίκες τα συμπτώματα αφορούν σε κνησμό, συχνουρία και έκκριση από τον κόλπο δύσοσμου και κίτρινης χροιάς υγρού. Σε ποσοστό 5% των γυναικών είναι δυνατό να μην εκδηλωθούν συμπτώματα ή αν εκδηλώνονται περιστασιακά άλγος κατά την ούρηση ή έκκριση από την ουρήθρα. Στους άνδρες η τριχομονάδωση εκδηλώνεται με μορφή ουρηθρίτιδας, ενώ είναι δυνατό, όπως και στις γυναίκες, να μην παρουσιαστεί κανένα σύμπτωμα.

Η διάγνωση τίθεται με την ανίχνευση του παρασίτου σε άμεσα παρασκευάσματα του εκκρίματος ή με την καλλιέργεια του σε ειδικά θρεπτικά υλικά.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση επιτυγχάνεται με τη χορήγηση μετρονιδαζόλης και στους δυο ερωτικούς συντρόφους.

ΙΟΓΕΝΕΙΣ ΝΟΣΟΙ

ΗΠΑΤΙΤΙΔΕΣ Α & Β

Οι ηπατίτιδες δεν αποτελούν αμιγή Σ.Μ.Ν., παραταύτα οι ιοί ΗΑV(Ηπατίτιδα Α) και ΗΒV (Ηπατίτιδα Β) μεταδίδονται και με την σεξουαλική επαφή με μολυσμένο άτομο. Η ηπατίτιδα C σπάνια μεταδίδεται με την σεξουαλική επαφή, η μετάδοση της ηπατίτιδας Δ είναι σπάνια καθώς μεταδίδεται μόνο και εάν το άτομο έχει μολυνθεί με την Β. Τέλος η ηπατίτιδα Ε μεταδίδεται με τις ίδιες οδούς όπως η Α μέσω των κοπράνων και του στόματος.

Η ΗΑV βρίσκεται σε μεγάλο ποσοστό στα κόπρανα του μολυσμένου ατόμου, τα οποία μπορεί να μεταδώσει στον ερωτικό του σύντροφο κατά τη διάρκεια στοματογεννητικής ή στοματο-πρωκτικής επαφής.

Τα συμπτώματα εμφανίζονται μετά την πάροδο 30 ημερών που ήρθε σε επαφή με το μολυσμένο σύντροφο. Το άτομο αισθάνεται αδιαθεσία και έπειτα από λίγες μέρες εμφανίζει ίκτερο. Παράλληλα, δημιουργούνται αντισώματα τα οποία τον προστατεύουν από περαιτέρω μολύνσεις.

Η ΗΒV μεταδίδεται με τον ίδιο τρόπο που μεταδίδεται και η ΗΑV και παρουσιάζει ανάλογα συμπτώματα. Εάν ένας φορέας ΗΒV έρθει σε σεξουαλική επαφή με κάποιο άτομο, και αυτή η περιέχει στοματογεννητική ή στοματοπρωκτική επαφή τότε υπάρχει μεγάλος κίνδυνος για την μετάδοση του ιού.

Τον μεγαλύτερο κίνδυνο ΗΒV ιοφορίας παρουσιάζουν οι ομοφυλόφιλοι άνδρες, οι οποίοι εύκολα μπορούν να μεταδώσουν τον ιό στον σύντροφο τους.

ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΣ ΕΡΠΙΣ

Ο γεννητικός έρπης έχει ως αίτιο τους ιούς HSV1 και HSV2, εκ των οποίων ο δεύτερος αφορά στην πλειοψηφία των μολύνσεων.

Η προσβολή από γεννητικό έρπη συμβαίνει συνήθως με γεννητική, πρωκτική ή στοματική σεξουαλική επαφή, με άτομα που μόλις είχαν αρχίσει να συνέρχονται από μόλυνση γεννητικού έρπητος. Τα πρώτα συμπτώματα εμφανίζονται σε 5-7 μέρες μετά την σεξουαλική επαφή και είναι κνησμός, στους άνδρες στο πέος, στις γυναίκες κνησμό στην έσω επιφάνεια των μεγάλων χειλέων του αιδοίου. Σε ορισμένες περιπτώσεις εμφανίζεται κεφαλαλγία και πυρετική κίνηση. Μετά την πάροδο 24 ωρών από την εκδήλωση των πρώτων συμπτωμάτων εμφανίζονται πολλά μικρά ερυθρώπα και επώδυνα εξογκώματα, τα οποία μεταμορφώνονται στη συνέχεια σε φυσαλίδες, οι οποίες περιέχουν υγρό. Σύντομα οι φυσαλίδες ρήγνυνται, εγκαταλείποντας στη θέση τους πλήθος από επώδυνα έλκη, τα οποία μετά την πάροδο 4-5 ημερών ξηραίνονται και επουλώνονται. Κατά τη διάρκεια της συγκεκριμένης περιόδου και για χρονικό διάστημα μιας περίπου εβδομάδας μετά την προσβολή από τον ιό, το άτομο αποβάλλει τον ιό από την περιοχή της μόλυνσης και μπορεί να τον μεταδώσει με όποιο άτομο έρθει σε σεξουαλική επαφή. Στο διάστημα της αρχικής προσβολής από τον ιό και ύστερα από κάθε επαφή με τη μολυσμένη περιοχή, πρέπει να ακολουθεί σχολαστικός καθαρισμός των χεριών.

Υποτροπή μπορεί να παρατηρηθεί, όταν ο ευρισκόμενος στο γάγγλιο ιός επιστρέψει δια του νεύρου στις περιοχές του δέρματος ή του βλεννογόνου, οι οποίες είχαν αρκετά μολυνθεί. Ο ιός μόλις εισέλθει στο δέρμα, μπορεί να παραμείνει σε λανθάνουσα κατάσταση μέχρι να εξαφανιστεί ή να προκαλέσει υποτροπή με την εμφάνιση πλήθους φυσαλίδων. Η υποτροπιάζουσα προσβολή είναι λιγότερο επώδυνη και μικρότερης διάρκειας από την αρχική.

Η διάγνωση τίθεται με την καλλιέργεια εκκρίματος σε ιστούς, το οποίο λαμβάνεται από τα έλκη και σε ορισμένες περιπτώσεις γυναικών με την καλλιέργεια επιχρίσματος, το οποίο λαμβάνεται από τον τράχηλο της μήτρας. Επίσης είναι δυνατό να αναγνωριστεί με τη χρήση ηλεκτρονικού μικροσκοπίου, μόριο του ιού από υλικό το οποίο έχει ληφθεί από τις φυσαλίδες.

Ως προς τη θεραπεία του γεννητικού έρπητος, πρέπει να επισημανθεί, ότι δεν

υφίστανται ειδικό φαρμακευτικό παρασκεύασμα και ως εκ τούτου χρησιμοποιούνται τοπικά πάγος ή αναλγητικές αλοιφές για την αντιμετώπιση του ισχυρού άλγους και αλοιφή acyclovir, η οποία απλώνεται επί των φυσαλίδων κάθε 6 ώρες.

Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας (ΣΕΑΑ- AIDS)

Το αίτιο του ΣΕΑΑ είναι ο ιός της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας HIV= Human Immunodeficiency Virus. Ο HIV ανήκει σε μια μεγάλη ομάδα RNA ιών τους ρετροϊούς. Σήμερα γίνεται λόγος για τύπο HIV1 και HIV2, την αναγνώριση του ιού HIV3 και πολλές ποικιλίες του, ώστε να γίνεται αναφορά σε πολυπληθιακή οικογένεια ιών.

Ο HIV ενσωματώνεται ισόβια στο γεννητικό υλικό. Προσβάλλει τα T₄ λεμφοκύτταρα με τους CD4 υποδοχείς, τα μονοκύτταρα- μακροφάγα, τα κύτταρα του Langerhans και ομάδα νευρογλοιακών κυττάρων του ΚΝΣ και του νωτιαίου μυελού. Ο HIV μέσω γνωστών και άγνωστων μηχανισμών προκαλεί προοδευτικά ελάττωση ή εξαφάνιση των T₄ λεμφοκυττάρων, λόγω δε του βασικού ρόλου τους στους μηχανισμούς της ανοσορύθμισης, οδηγεί στην πλήρη αποδιοργάνωση του ανοσοποιητικού συστήματος.

Πηγή μόλυνσης του HIV είναι μόνον ο μικροβιοφορέας άνθρωπος.

Τρόποι μετάδοσης

Οι τρόποι μετάδοσης του ιού HIV είναι οι εξής:

1. Η σεξουαλική μετάδοση: Ο ιός μπορεί να μεταδοθεί τόσο κατά την ανδρική ομοφυλοφιλική σεξουαλική επαφή, όσο και κατά την ετεροφυλοφιλική. Πρέπει μάλιστα να επισημανθεί, ότι ενώ αρχικά η λοίμωξη ήταν ιδιαίτερα συχνή, κατά κύριο λόγο, ανάμεσα στους ομοφυλόφιλους, η ετεροφυλοφιλική οδός αποτελεί πλέον σημαντικό τρόπο μετάδοσης, αφού τα μεγαλύτερα ποσοστά αύξησης της επίπτωσης της λοίμωξης αφορούν σε γυναίκες.

Η σεξουαλική πρακτική, που εγκυμονεί τον υψηλότερο κίνδυνο μετάδοσης του HIV, είναι η επαφή από το ορθό. Η αυξημένη διασπορά του ιού στους ομοφυλόφιλους βρίσκεται σε συνάρτηση με τη συχνή εναλλαγή των ερωτικών

συντρόφων, τις παθητικές σεξουαλικές επαφές και τις ευκαιρίες τραυματισμού. Αντίθετα, η μετάδοση του ιού HIV με γυναικεία ομοφυλοφιλική επαφή φαίνεται ότι είναι σπάνια, όπως επίσης σπάνια είναι και η μετάδοση με το στοματικό έρωτα.

Η μετάδοση του ιού κατά την ετεροφυλοφιλική επαφή είναι ευκολότερη από τον άνδρα στη γυναίκα παρά αντιστρόφως. Ο κίνδυνος μάλιστα είναι μεγαλύτερος κατά το αρχικό στάδιο της λοίμωξης και κατά τα τελευταία στάδια της νόσου, όταν υπάρχουν φλεγμονές ή τραυματισμοί των βλεννογόνων των γεννητικών οργάνων της γυναίκας και ιδιαίτερα του κόλπου και επιπρόσθετα, όταν συνυπάρχουν άλλα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα που προκαλούν εξελκώσεις, όπως είναι ο έρπης, το μαλακό έλκος και η σύφιλη καθώς και όταν υπάρχει συχνή πρωκτική επαφή. Αντίστοιχα η μετάδοση από την γυναίκα προς τον άνδρα είναι πιθανότερη, όταν η γυναίκα βρίσκεται στο αρχικό ή στο τελικό στάδιο της νόσου και όταν υπάρχει σεξουαλική επαφή κατά τη διάρκεια της έμμηνου ρύσης.

Τέλος, στη γυναίκα ο ιός δεν ανευρίσκεται στις ωοθήκες, αλλά σε όλη τη διαδρομή του υπόλοιπου γεννητικού συστήματος, σε αυξημένη μάλιστα συχνότητα στην εξωτερική επιφάνεια του τραχήλου, της μήτρας και πολύ συχνότερα στο βλεννογόνο του κόλπου. Αντίστοιχα, στον άνδρα, ο ιός δε ανιχνεύεται στους όρχεις, αλλά σε όλη τη λοιπή διαδρομή του σπέρματος.

2. Αιματογενώς: Με τη μετάγγιση μολυσμένου αίματος, πλάσματος ή παραγώγων αυτού, με βιολογικά υγρά, ιστούς, όργανα και σπέρμα.

Με τον αυστηρό έλεγχο της αιμοδοσίας σήμερα ο κίνδυνος της μετάγγισης σχεδόν έχει μηδενιστεί. Η μετάδοση γίνεται και με τη μεταφορά μικρής ποσότητας αίματος από κοινή χρήση βελόνων και συριγγών τοξικομανών ή τρύπημα βελόνας ή αιχμηρών αντικειμένων με μολυσμένο αίμα.

3. Προγεννητική και κάθετη μετάδοση: Είναι δυνατόν να συμβεί δια μέσω του πλακούντα ενδομητρίως, κατά τη διάρκεια του τοκετού από το αίμα και τα κοιλικά υγρά ή μετά τον τοκετό κατά τη διάρκεια του θηλασμού. Το 15-30% των νεογνών, που γεννιούνται από HIV θετικές μητέρες, μολύνονται από τον ιό, ενώ πρέπει να επισημανθεί, ότι οι μητέρες φορείς HIV που μεταδίδουν στο κύημα ή το νεογνό τους τον ιό, είναι στην συντριπτική τους πλειοψηφία χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών ή είχαν ερωτικό σύντροφο φορέα.

Η μετάδοση των τριών παραπάνω τρόπων έχει αποδειχθεί. Δεν υπάρχει ένδειξη για μολύνσεις από ιδρώτα, δάκρυα, ούρα, κόπρανα, δείγματα εντόμων καθώς και με τροφές, νερό, αέρα, κοινή χρήση συσκευών φαγητού και ποτηριών ή άλλων αντικειμένων όπως τηλεφωνικές συσκευές, χειραψία, μεταχειρισμένα ρούχα και κολυμβητικές δεξαμενές.

Κλινικές εκδηλώσεις

Χρόνος επώασης.

- a) Εκδήλωση αρχικά που μοιάζει με λοιμώδη μονοπυρήνωση, με επώαση 1-2 μήνες,
- b) Σύνδρομο γενικευμένης λεμφαδενοπάθειας με επώαση μέχρι και ένα χρόνο,
- c) Συνδυασμός λεμφαδενοπάθειας και άλλων συμπτωμάτων που καλείται ARC= AIDS RELATED COMPLEX (σύμπλεγμα σχετιζόμενο με το AIDS),
- d) Πλήρες AIDS με επώαση 6-7 χρόνια και με προοδευτική εμφάνιση σοβαρών ευκαιριακών λοιμώξεων, νεοπλάσματα Kaposi, νευρολογικών εκδηλώσεων κ.α. που χρίζονται νοσηλείας.

Κάθε άρρωστος με AIDS δεν είναι απαραίτητο να περάσει από όλα τα παραπάνω στάδια. Αναλυτικότερα, η εξέλιξη της μόλυνσης μπορεί να ακολουθήσει την εξής πορεία μεανάλογα συμπτώματα αρκεί να υπάρξουν οι κατάλληλες προϋποθέσεις για την μόλυνση. Όταν ο ιός μπει στην κυκλοφορία επιτίθεται στα T-λεμφοκύτταρα και τα καταστρέφει. Μόλις αρχίσει η καταστροφή των κυττάρων παρουσιάζονται και τα πρώτα συμπτώματα στον άνθρωπο:

Σημαντική απώλεια βάρους. Αυτό παρατηρείται στο 90% των Περιπτώσεων

Χρόνια διάρροια σε ποσοστό περίπου 65-70%. Διάρκεια διάρροιας πάνω από ένα χρόνο.

Παρατεταμένος πυρετός στο 80% περίπου των περιπτώσεων, διάρκειας πάνω από ένα μήνα

Προοδευτικά εμφανίζεται: Συνεχής βήχας- περισσότερο από ένα μήνα.

Γενικευμένη δερματίτιδα. Λεμφαδενοπάθεια, Ευκαιριακές λοιμώξεις,

καθολική μόλυνση με έρπητα, τριχωτή λευκοπλακία. Η παρουσία σαρκώματος Kaposi ή κρυπτοκοκκικής μηνιγγίτιδας αποτελούν σημαντικά διαγνωστικά στοιχεία του AIDS.

Θεραπευτική αγωγή

Είναι συμπτωματική, υποστηρικτική και ειδική για τις ευκαιριακές λοιμώξεις. Δεν υπάρχει ειδική θεραπεία με ιοκτόνο ώστε να πετυχαίνεται η ανασύσταση του ανοσοποιητικού συστήματος.

ΠΡΟΛΗΨΗ- ΠΡΟΦΥΛΑΞΗ

Η εξάπλωση του ΣΕΑΑ με ταχύτατο ρυθμό σε όλο τον κόσμο, σε συνάρτηση με τη έλλειψη θεραπευτικών σχημάτων ίασης και αποτελεσματικού εμβολίου επιβάλλουν ως κύριο μέσο προστασίας του πληθυσμού την προληπτική αντιμετώπιση του προβλήματος. Η διαδικασία αυτή περιλαμβάνει τα εξής δυο σκέλη:

- 1) Την πρωτογενή πρόληψη για προφύλαξη από το ΣΕΑΑ που αφορά στην ουσιαστική, συστηματική και συνεχή ενημέρωση όλων των κοινωνικών ομάδων για την αιτιολογία, τους τρόπους μετάδοσης της λοίμωξης και τους υφιστάμενους τρόπους προστασίας. Η ενημέρωση επιβάλλεται να πραγματοποιείται με βάση τις κλασικές αρχές της ανθρώπινης επικοινωνίας, αποφεύγοντας μεθόδους εξαναγκασμού, κοινωνικής περιθωριοποίησης και διχοτομικής συμπεριφοράς. Ιδιαίτερη σημασία πρέπει να δίδεται στην ενημέρωση και την εκπαίδευση από τη σχολική ηλικία με στόχο την αποφυγή επικίνδυνων ερωτικών συμπεριφορών, καθώς και την αποφυγή εμπλοκής με τη χρήση ναρκωτικών ουσιών, που επεκτείνουν τον κίνδυνο μετάδοσης της νόσου.
- 2) Τη μείωση στο ελάχιστο των δυσάρεστων βιολογικών και ψυχοκοινωνικών επιπτώσεων της νόσου στους ασθενείς, στους φορείς, στο οικογενειακό τους περιβάλλον, αλλά και στο κοινωνικό σύνολο ευρύτερα.

Πρόληψη της σεξουαλικής μετάδοσης

Ο κίνδυνος μετάδοσης του ιού με τη σεξουαλική επαφή αφορά στο σύνολο των ατόμων από την εφηβική ηλικία και μετά.

Οι σεξουαλικές σχέσεις αποτελούν μια φυσιολογική ανθρώπινη δραστηριότητα, που δύσκολα εποπτεύεται. Κάθε προσπάθεια, που σχετίζεται με την εφαρμογή κανόνων ορθής σεξουαλικής συμπεριφοράς είναι δύσκολη αλλά απαραίτητη για την αντιμετώπιση του προβλήματος του ΣΕΑΑ. Η ρεαλιστική προληπτική πρακτική είναι η χρήση αντισύλληψης. Επιβάλλεται όμως παράλληλα η προσεκτική επιλογή των ερωτικών συντρόφων και η αποφυγή συνηθειών στις σεξουαλικές επαφές που εγκυμονούν κινδύνους.

Προφυλάξεις για τους φορείς και τους ασθενείς με ΣΕΑΑ

Με το δεδομένο ότι οι φορείς και οι ασθενείς με ΣΕΑΑ είναι άτομα μειωμένης φυσικής αντίστασης και μολυσματικά για το περιβάλλον τους, πρέπει να τηρούν επιμελώς τις παρακάτω βασικές αρχές προφύλαξης:

- 1) Τήρηση των κανόνων ατομικής υγιεινής
- 2) Προφύλαξη, στο μέτρο του δυνατού, από διάφορες λοιμώξεις
- 3) Αποφυγή έντονης σωματικής και ψυχικής κόπωσης
- 4) Καλή διατροφή
- 5) Ειδική διαίτα σε περίπτωση εμφάνισης διαρροϊκού συνδρόμου
- 6) Λήψη φαρμάκων μόνο κατόπιν οδηγιών του θεράποντα ιατρού
- 7) Αποκλειστική χρήση των ατομικών ειδών υγιεινής
- 8) Χρησιμοποίηση βελόνων και συριγγών μιας χρήσης
- 9) Αποφυγή συχνής εναλλαγής ερωτικών συντρόφων- Επιλογή σταθερού ερωτικού συντρόφου
- 10) Χρήση αντισυλληπτικών μέτρων προστασίας
- 11) Αποφυγή του μητρικού θηλασμού
- 12) Ενημέρωση των ατόμων με τα οποία είχαν σεξουαλικές επαφές στο παρελθόν ή έκαναν κοινή χρήση ναρκωτικών
- 13) Επιμελής απολύμανση των επιφανειών που μολύνονται με το αίμα ή άλλα υγρά του σώματός τους

ΟΜΑΔΕΣ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Οι ομάδες των ατόμων, των οποίων η συμπεριφορά και οι συνήθειες, τους εκθέτουν ιδιαίτερα στον κίνδυνο της HIV λοίμωξης, καλούνται ομάδες υψηλού κινδύνου και περιλαμβάνουν:

- 1) Ομοφυλόφιλους- αμφιφυλόφιλους άνδρες
- 2) Χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών
- 3) Πολυμεταγγιζόμενους
- 4) Κατοίκους περιοχών όπου η νόσος ενδημεί
- 5) Άτομα με πολυγαμικές σχέσεις
- 6) Ερωτικούς συντρόφους ασθενών με ΣΕΑΑ
- 7) Παιδιά ασθενών με ΣΕΑΑ
- 8) Ιερόδουλες και οι πελάτες του

ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΚΟΝΔΥΛΩΜΑΤΑ

Τα γεννητικά κονδυλώματα έχουν ως αίτιο τους ιούς human papilloma viruses (HPV), οι οποίοι εισέρχονται στο δέρμα του πέους ή του αιδοίου, στους ιστούς του πέους, της ουρήθρας, του κόλπου ή στους ιστούς του τραχήλου κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής επαφής με μολυσμένο άτομο. Εμφανίζονται επί του πέους, στο αιδοίο ή γύρω από τον πρωκτό. Εκδηλώνονται κατά τη σεξουαλική ωρίμανση του ατόμου και έχουν, ως προς την εκδήλωσή τους, περίοδο αιχμής τόσο για τους άνδρες, όσο και για τις γυναίκες την ηλικία τω 25-35 ετών.

Στον άνδρα προσβάλλονται συχνότερα η ακροποσθία, ο μικρός χαλινός και το κάτω μέρος της βαλάνου του πέους, ενώ στις γυναίκες η περιοχή γύρω από την είσοδο του κόλπου και η εσωτερική επιφάνεια των μεγάλων χειλέων. Στις γυναίκες ειδικότερα και στις περιπτώσεις μη θεραπευτικής αντιμετώπισης των κονδυλωμάτων υφίσταται κίνδυνος πρόκλησης καρκίνου του τραχήλου της μήτρας μετά την περίοδο δέκα και πλέον ετών, ο οποίος έγκαιρα μπορεί να αντιμετωπιστεί με το Pap test.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση μη εκτεταμένων κονδυλωμάτων πραγματοποιείται με επάλειψή τους με την ουσία podophyllin, ενώ σε περιπτώσεις εκτεταμένων κονδυλωμάτων πραγματοποιείται καυτηριασμός με τη χρήση ηλεκτρικού καυστήρα ή ακτινών λέιζερ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9^ο

ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΖΩΗ ΚΑΙ ΩΡΙΜΑΝΣΗ ΑΜΕΑ

Όπως όλοι οι άνθρωποι έχουν δικαίωμα στην σεξουαλική ζωή έτσι και τα άτομα με ειδικές ανάγκες (Α.Μ.Ε.Α.) έχουν αυτό το δικαίωμα. Τα άτομα με ειδικές ανάγκες δεν διαφέρουν από τα άλλα άτομα απλώς έχουν κάποιες ιδιαιτερότητες, και θα πρέπει να έχουν σεξουαλική ζωή, γιατί είναι μια βιολογική ανάγκη που πρέπει να εκπληρώνεται υπό τις σωστές συνθήκες και προϋποθέσεις. Οι άνθρωποι που έχουν έναν βαθμό σωματικής ή ψυχικής αναπηρίας, δεν παύουν να έχουν σεξουαλικές κι αναπαραγωγικές ανάγκες. Βέβαια και τα δύο φύλλα, αντιμετωπίζουν κάποιες δυσλειτουργίες και προβλήματα που προέρχονται από διάφορους κοινωνικούς και ψυχολογικούς παράγοντες.

Οι φραγμοί αυτοί προέρχονται από :

- Τις αξίες και τα πιστεύω του ατόμου
- Οικονομικούς λόγους
- Την επικοινωνία
- Την εργασία και την κατοικία

Αρχικά το κοινωνικό σύνολο πρέπει να αποδεχτεί αυτά τα άτομα και μην τα περιθωριοποιεί, ώστε να μπορέσουν να ενταχτούν στην κοινωνία και να έχουν όσο το δυνατόν μια φυσιολογική ζωή. Σε μεγάλη μερίδα ΑμεΑ υπάρχει διαστρεβλωμένη αντίληψη για τον εαυτό τους και το σώμα τους. Τα περισσότερα άτομα δεν έχουν σεξουαλικές επαφές και αρκετές φορές πέφτουν θύματα σεξουαλικών παρενοχλήσεων. Τα ΑμεΑ θα πρέπει να έχουν σεξουαλική διαπαιδαγώγηση από την εφηβική ηλικία, ώστε να καταλαβαίνουν τις αλλαγές που βλέπουν στο σώμα τους αλλά και να μπορούν να εκτονώσουν την σεξουαλική ένταση που νιώθουν. Επιπλέον θα πρέπει να διδαχτούν και τις μεθόδους αντισύλληψης, ώστε να προφυλάσσονται από ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες αλλά και από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Στα ειδικά σχολεία και στα κέντρα απασχόλησης ΑμεΑ πραγματοποιούνται ημερίδες για την σεξουαλική ζωή των ΑμεΑ, όπου τους διδάσκουν τη χρήση των προφυλακτικών μέτρων.

Οι περισσότεροι γονείς δρουν υπερπροστατευτικά και στερεοτυπικά και δεν επιτρέπουν στα παιδιά τους να εκφράσουν την σεξουαλικότητα τους (μόνο 3% των γονέων επικροτούν την έκφραση σεξουαλικότητας βάσει έρευνα του Νατσόπουλου το 1993). Στις περισσότερες οικογένειες το θέμα της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης θεωρείται ταμπού και δεν επιτρέπουν στα άτομα αυτά να εκτονωθούν, η μειωμένη σεξουαλική επαφή δημιουργεί περισσότερα προβλήματα στον ψυχισμό τους.

Η συμβουλευτική θα μπορούσε να συμβάλλει καθοριστικά σε θέματα ποιότητας ζωής και σεξουαλικότητας ή αναπαραγωγής των ατόμων αυτών. Η διαχείριση μιας τέτοιας παρέμβασης, προϋποθέτει :

- Περιορισμό ατομικών εμποδίων κι αντιδράσεων
- Παροχή ψυχοσεξουαλικών γνώσεων
- Συνθήκες ψυχοσεξουαλικών γνώσεων

Η ωριμότητα είναι μια άλλη προϋπόθεση που οδηγεί στη δημιουργία και διατήρηση σχέσεων.

Τέλος θα πρέπει να ψηφιστούν νομοί οι οποίοι θα προστατεύουν τα ΑμεΑ καθώς αρκετές φορές γίνονται θύματα σεξουαλικής παρενόχλησης από άλλα άτομα με δέλεαρ κάποιο χρηματικό ποσό.

ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΖΩΗ ΚΑΙ ΔΙΑΒΗΤΗΣ

Αν και η λίμπιντο παραμένει άθικτη υπάρχουν δεισλυτουργίες εξαιτίας των περιφερικών νεύρων. Έτσι παρατηρείται μείωση της αισθητικότητας των όρχεων κι ελλιπής εφύγραση του κόλπου αντίστοιχα. Υπάρχουν 2 τρόποι υποβοήθησης:

- 1). Εμφύτευση προσθετικού υλικού
- 2). Κατανόηση άλλων ερωτογενών ζωνών και πρακτικών ευχαρίστησης

ΜΕΤΜΦΡΑΓΜΑΤΙΚΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΤΗΤΑ

Η καρδιακή λειτουργία παρουσιάζει προβλήματα και η σεξουαλική δραστηριότητα μειώνεται επειδή υπάρχει γρήγορη κι εύκολη ψυχοκαταπόνηση. Οι ανάγκες σε οξυγόνο αυξάνονται. Είθισται οι ασθενείς να ενημερώνονται από την αντίστοιχη κλινική για τη νέα αυτή πραγματικότητα της προσωπικής τους ζωής. Κι αν

πειθαρχίσουν στις νέες ιατρικές οδηγίες, η σεξουαλική τους ζωή συνεχίζεται διαφορετικά μεν ομαλά δε.

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΟ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ

Σε αυτές τις περιπτώσεις, εκτός από ψυχογενείς παράγοντες υπάρχουν και υπαρκτές σωματικές δυσλειτουργίες. Για παράδειγμα, όταν κάποιος έχει υποστεί μια ουρητηροστομία ή έχει υποστεί μια ειλεοστομία, αποτρέπονται κάποιες στάσεις του σώματος κι οδηγούμαστε σε ανικανότητα. Στην περίπτωση της κολοστομίας είναι απαραίτητη η συμβουλή ενός ειδικού για την πρακτική έκφραση της γεννητήσιας ορμής. Σίγουρα σε όλες τις περιπτώσεις, υπάρχουν εναλλακτικές πρακτικές.

ΗΜΙΠΛΗΓΙΑ

Τα αίτια της μη σεξουαλικότητας, δεν οφείλονται μόνο σε σωματικούς λόγους. Η χαμηλή αυτοπεποίθηση, η μειωμένη σωματική άσκηση, η πτώση της πνευματικότητας αλλά και ο ρόλους του ερωτικού συντρόφου, συντελούν στην ανυπαρξία σχέσεων και τεκνοποίησης ενδεχομένως.

Τα προβλήματα αυτά παραβλέπονται κατά τη φάση της αποκατάστασης, προκύπτουν όμως εντονότερα μετά. Οι ερευνητές πολλών κλινικών πειραμάτων, δεν είναι σαφείς και αισιόδοξη ως προς την αιτιολογία.

Αυτά τα άτομα, σίγουρα πρέπει να απευθυνθούν σε ειδικούς επαγγελματίες υγείας για να μειώσουν το άγχος τους.

ΚΑΚΩΣΗ ΝΩΤΙΑΙΟΥ ΜΥΕΛΟΥ

Η ύπαρξη σεξουαλικής ζωής εξαρτάται από τον βαθμό, την έκταση και τον εντοπισμό της βλάβης. Σε κάποιες περιπτώσεις με καθοδήγηση ανακαλύπτονται νέες περιοχές ευχαρίστησης και είναι δυνατόν να επιτευχθεί ψυχικός οργασμός.

ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ

Στις γυναίκες, η ύπαρξη εγκυμοσύνης, επιδεινώνει την αναπηρία.

Στους άντρες, η επίτευξη στύσης, συχνά βελτιώνεται.

Ο οργασμός και στα δύο φύλλα, δεν είναι σπάνιος.

Οδηγός για τα Α.Μ.Ε.Α

- Εξατομίκευση της συμβουλευτικής πρακτικής
- Τροποποίηση των στάσεων ενός αναπήρου
- Εκπαίδευση σε νέους στόχους και συναισθήματα
- Ενημέρωση για βελτιωτικές τεχνικές και μέσα
- Παροχή πληροφοριών αντισύλληψης
- Παραπομπή και συνεργασία με άλλες ειδικότητες
- Προβολή μεθόδων αυτοφροντίδας
- Προτροπή για νέες επιδεξιότητες

Οι άνθρωποι που είναι ανάπηροι ή έχουν ειδικά προβλήματα και ικανότητες, δεν παύουν να έχουν ανάγκες και επιθυμίες. Τα ιατρεία του Οικογενειακού Προγραμματισμού στην Ελλάδα σήμερα είναι εξειδικευμένα πλέον και μπορούν να συμβάλλουν προς την κατεύθυνση της ενημέρωσης και της εκπαίδευσης αυτών των ατόμων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10^ο

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΟΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟ

Τα κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού απαρτίζονται από μια ομάδα υγείας. Η ομάδα υγείας απαρτίζεται από άτομα διαφορετικής επιστημονικής ειδικότητας όπως είναι γιατροί και νοσηλευτές διαφόρων ειδικοτήτων, καθώς και μαίες οι οποίοι συνεργάζονται χρησιμοποιώντας ευρύτερες υπηρεσίες ενός νοσοκομείου και προσφέρουν σε ομάδα πληθυσμού της κοινότητας. Η ομάδα υγείας όμως περικλείει και άλλες ειδικότητες με σκοπό την πληρέστερη κάλυψη των αναγκών της κοινότητας. Στη διευρυμένη αυτή ομάδα ανήκουν οι κοινωνικοί λειτουργοί, οι ψυχολόγοι, οι επισκέπτες υγείας και πολλές άλλες ειδικότητες που ασχολούνται με θέματα υγείας και με την αντιμετώπιση προβλημάτων που προκύπτουν από τη διαταραχή της υγείας των ατόμων.

Τα κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού έχουν ένα χαρακτήρα περισσότερο ενημέρωσης και πρόληψης και λιγότερο ιατρικής φροντίδας και παρακολούθησης, αν και προσφέρουν κάποιες ιατρικές διεργασίες, όπως είναι η μαστογραφία που έχει ως σκοπό την πρόληψη του καρκίνου του μαστού, και το τεστ Παπανικολάου (testrap) που σκοπό έχει την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου. Και στις δυο διεργασίες ο νοσηλευτής έχει τον ρόλο του βοηθού του γιατρού.

Ο ρόλος του νοσηλευτή στα κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού είναι κυρίως συμβουλευτικός. Ο κύριος σκοπός του νοσηλευτή είναι να ενημερώνει τους έφηβους, τα ενεργώς σεξουαλικά άτομα και τα ζευγάρια που προγραμματίζουν να ξεκινήσουν οικογένεια. Στους έφηβους και στα ενεργώς σεξουαλικά άτομα κυρίως τους ενημερώνει για τις μεθόδους αντισύλληψης, για την σωστή επιλογή από την πληθώρα που υπάρχει στο εμπόριο και για την σωστή χρήση τους, που θα έχει ως αποτέλεσμα την αποφυγή μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης αλλά και την μείωση της μετάδοσης των Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων. Στα ζευγάρια που επιθυμούν να δημιουργήσουν οικογένεια ο νοσηλευτής τους συμβουλεύει να κάνουν κάποιες εξετάσεις για να εξασφαλίσουν πως και οι δυο γονείς είναι υγιείς και πως δεν θα μεταδοθεί κάποια ασθένεια στο παιδί κατά την διάρκεια της κύησης ή μετά τη γέννα του μωρού. Ο νοσηλευτής επίσης τους παροτρύνει να κάνουν εξετάσεις γονιμότητας ώστε αν υπάρχει κάποιο πρόβλημα να μπορέσουν να το επιλύσουν όσο το δυνατό γρηγορότερα. Επιπλέον μπορεί να βοηθήσει το ζευγάρι απαντώντας σε όποιες απορίες έχει σχετικά με την εγκυμοσύνη και τα προβλήματα που ίσως αντιμετωπίσουν κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης και μετά.

Τέλος ο νοσηλευτής για να επιτύχει το σκοπό του θα πρέπει να γνωρίζει και να αποδέχεται τη Φιλοσοφία και τις μεθόδους της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και να τις εφαρμόζει στην άσκηση της επιστήμης του, να έχει σαφή γνώση και να αποδέχεται τις υποχρεώσεις του και τις αρμοδιότητες του.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Ο οικογενειακός προγραμματισμός έχει σημαντική συμβολή στην ποιότητα της ζωής πολλών γυναικών στον πλανήτη. Χάρης την αντισύλληψη έχουν αποφευχθεί πολλές πρώτες εγκυμοσύνες που ήταν και ανεπιθύμητες. Ο οικογενειακός προγραμματισμός παρέχει σημαντικά κοινωνικά και οικονομικά οφέλη για ένα ζευγάρι, μια οικογένεια και γενικά όλη την κοινωνία. Υπάρχει ποικιλία αντισυλληπτικών μεθόδων, με διαφορετικά χαρακτηριστικά για να καλύψει τις διαφορετικές ανάγκες των χρηστών.

Σύμφωνα με την ιατρική κοινότητα, κάθε ζευγάρι που επιθυμεί να κάνει παιδιά θα πρέπει πρώτα να επισκεφτεί κάποιο γιατρό και να κάνει κάποιες εξετάσεις. Ο έλεγχος της γονιμότητας είναι από τις πιο ευαίσθητες αποφάσεις που μπορεί να πάρει ένα άτομο ή ένα ζευγάρι. Σημαντικό ρόλο στον οικογενειακό προγραμματισμό έχει η χρήση των αντισυλληπτικών μέτρων, γιατί ο παγκόσμιος πληθυσμός αυξάνεται με γρήγορους ρυθμούς. Επομένως, οι επαγγελματίες υγείας που ασχολούνται με την αντισύλληψη πρέπει να ικανοποιήσουν τις ανάγκες των γυναικών από διαφορετικά κοινωνικά και οικονομικά στρώματα.

Η αντισύλληψη εφαρμόζεται στα ζευγάρια για προσωπικούς λόγους. Κάθε ζευγάρι έχει το δικαίωμα να διαλέξει όποια μέθοδος αντισύλληψης επιθυμεί, είτε για να αυξήσουν το χρονικό διάστημα μεταξύ των παιδιών τους είτε για να μπορέσουν να περιορίσουν το μέγεθος της οικογενείας τους. Ο γιατρός οφείλει να τους ενημερώσει για τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα που έχει κάθε μέθοδος αντισύλληψης. Άλλες γυναίκες επιθυμούν να αποφύγουν την τεκνοποίηση για την αποφυγή μεταφοράς κάποιας ασθένειας μέσω της γέννας. Ως κοινωνική πολιτική κάποιες αναπτυσσόμενες χώρες προωθούν την αντισύλληψη για να περιορίσουν την αύξηση του πληθυσμού τους.

Συμπερασματικά, ο οικογενειακός προγραμματισμός βοηθάει τα ζευγάρια και τους νέους να πάρουν πιο υπεύθυνες επιλογές.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ξένη Βιβλιογραφία – Οικογενειακός Προγραμματισμός.

□ Gordon JD., Speroff L., 2002. Family planning, sterilization and abortion, In Handbook for clinical gynaecologic endocrinology and infertility. Lippincott Williams and Wilkins, p. 366-380.

Ξένη Βιβλιογραφία - Αντισύλληψη

Antoniou E, Daglas M, Iatrakis G, Kourounis G, Greetsas G. Factors associated with initiation and duration of breastfeeding in Greece. Clin Exp Obstet Gynecol 2005, 32:37-40.

Bender DE, Dusch E, McCann MF. From efficacy to effectiveness: selecting indicators for a community-based lactational amenorrhoea method promotion programme. J Biosoc Sci 1998, 30: 193-225.

Bozkurt N, Ozkan S, Onan A, Korucuoglu U, Aygun R, Himmetoglu O. Distribution of contraceptive use in a Turkish population. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2006 May 2 (Epub ahead of print).

Daglas M, Antoniou E, Pitselis G, Iatrakis G, Kourounis G, Creatsas G. Factors influencing the initiation and progress of breastfeeding in Greece. Clin Exp Obstet Gynecol 2005, 32:189-92. Dayal M, Sondheimer S. Contraception. In: Bader TJ (ed). Ob/Gyn Secrets. Philadelphia, Elsevier Mosby 2005.

Dunnihoo DR(ed). Fundamentals of Gynecology and Obstetrics. Philadelphia, JB Lippincott Company 1990.

Guillebaud J (ed). Contraception. Your questions answered. London, Churchill Livingstone 1993.

Ιατράκης Γ (εκδ.). Οικογενειακός Προγραμματισμός. Αθήνα, Εκδόσεις “Δεσμός” 2002. Ιατράκης Γ, Τρούλος Μ, Μοναστηριώτης Α, Τσιώνης Χ. Μέθοδοι αντισύλληψης σε δείγμα αγροτικού πληθυσμού. Ιατρική Συνεργασία 1989, 2:18.

Lu MC, Lu JS, Halfin VP. Domestic Violence And Sexual Assault. In: DeCherney AH, Nathan L (eds). Current Obstetric & Gynecologic Diagnosis & Treatment. New York, Lange Medical Books 2003.

Oats J, Abraham S (eds). Conception control. In: Fundamentals of Obstetrics and Gynaecology. Edinburgh, Elsevier Mosby 2005.

Orji EO, Adegbenro CA, Olalekan AW. Prevalence of sexual activity and family-planning use among undergraduates in Southwest Nigeria. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2005, 10:255-60.

Royston JP, Humphrey SJ, Flynn AM, Marshall J, Zarzosa-Perez A. An automatic electronic device (Rite Time) to detect the onset of the infertile period by basal body temperature measurements. *Br J Obstet Gynaecol* 1984, 91:565-73.

Scarpa B, Dunson DB, Colombo B. Cervical mucus secretions on the day of intercourse: an accurate marker of highly fertile days. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2006,125:72-8.

Anderson RA Jr, Feathergil IK, Kirkpatrick R, Zaneveld LJ, Coleman KT, Spear PG, Cooper MD, Waller DP, Thoene JG. Characterization of cysteamine as a potential contraceptive anti-HIV agent. *J Androl* 1998, 19:37-49.

Baker DA. Herpes genitalis. In: Current Therapy in Obstetrics and Gynecology.

Quilligan EJ and Zuspan FP. Philadelphia, WB Saunders Company 2000.

Carey RF, Lytle CD, Cyr WH. Implications of laboratory tests of condom integrity. *Sex Transm Dis* 1999, 26:216-20.

Carter JA, McNair LD, Corbin WR, Williams M. Gender differences related to heterosexual condom use: the influence of negotiation styles. *J Sex Marital Ther* 1999, 25:217-25.

Civic D. The association between characteristics of dating relationships and condom use among heterosexual young adults. *AIDS Educ Prev* 1999, 11:343-52.

Cone RA, Hoen T, Wong X, Abusuwwa R, Anderson DJ, Moench TR. Vaginal microbicides: detecting toxicities in vivo that paradoxically increase pathogen transmission. *BMC Infect Dis* 2006, 6:90.

Connel EB. Barrier Contraception. The Reality Female Condom. In: Current Therapy in Obstetrics and Gynecology. Quilligan EJ and Zuspan FP. Philadelphia, WB Saunders Company 2000.

Cook RL, Rosenberg MJ. Do spermicides containing nonoxynol-9 prevent sexually transmitted infections? A meta-analysis. *Sex Transm Dis* 1998, 25:144-50.

Dayal M, Sondheimer S. Contraception. In: Bader TJ (ed). *Ob/Gyn Secrets*. Philadelphia, Elsevier Mosby 2005.

D'Cruz OJ, Venkatachalam TK, Zhu Z, Shih MJ, Uckun FM. Aryl phosphate derivatives of bromo-methoxy-azidothymidine are dual-function spermicides with potent anti-human immunodeficiency virus. *Biol Reprod* 1998 , 59:503-15.

Fihn SD, Boyko EJ, Chen CL, Normand EH, Yarbrow P, Scholes D. Use of spermicide-coated condoms and other risk factors for urinary tract infection caused by *Staphylococcus saprophyticus*. *Arch Intern Med* 1998, 158:281-7.

Fu H, Darroch JE, Haas T, Ranjit N. Contraceptive failure rates: new estimates from the 1995. National Survey of Family Growth. *Fam Plann Perspect* 1999, 31:56-63.

Guillebaud J (ed). *Contraception. Your questions answered*. London, Churchill Livingstone 1993.

Guillebaud J (ed). *Contraception Today*. Barcelona, Martin Dunitz 1998.

Gupta K, Stapleton AE, Hooton TM, Roberts PL, Fennell CL, Stamm WE. Inverse association of H₂O₂-producing lactobacilli and vaginal *Escherichia coli* colonization in women with recurrent urinary tract infections. *J Infect Dis* 1998, 178:446-50.

Harrison C, Chantler E. The effect of nonoxynol-9 and chlorhexidine on HIV and sperm in vitro. *Int J STD AIDS* 1998, 9:92-7.

Heaton CJ, Smith MA. The diaphragm. *Am Fam Phys* 1989, 39:231-6.

Iatrakis GM, Shah PN, Smith JR, Kitchen VS, Barton SE. Survival of men and women with AIDS: a comparative study. *Genitourin Med* 1994, 70:290.

Kiran Kumar ST, Sharma VL, Kumar M, Shukla PK, Tiwari P, Jain RK, Maikhuri JP, Singh D, Gupta G, Singh MM. Synthesis of benzenepropanamine analogues as nondetergent spermicides with antitrichomonas and anticandida activities. *Bioorg Med Chem* 2006, 14:6593-600.

Lu MC, Lu JS, Halfin VP. Domestic Violence And Sexual Assault. In: DeCherney AH, Nathan L (eds). *Current Obstetric & Gynecologic Diagnosis & Treatment*. New York, Lange Medical Books 2003.

McAlinden P. A comparative study of the Durex Satin diaphragm and the Ortho flat coiled spring diaphragms in two Northern Ireland family planning clinics. *Br J Fam Plann* 1991, 17:84-86.

Mercer LJ. Chlamydial Infections. In: Quilligan EJ, Zuspan FP (eds). *Current Therapy in Obstetrics and Gynecology*. Philadelphia, WB Saunders Company 2000.

Musaba E, Morrison CS, Sunkutu MR, Wong EL. Long-term use of the female condom among couples at high risk of human immunodeficiency virus infection in Zambia. *Sex Transm Dis* 1998, 25:260-4.

Phillips DM, Zacharopoulos VR. Nono-xynol-9 enhances rectal infection by herpes simplex virus in mice. *Contraception* 1998, 57:341-8.

Polsky B, Segal SJ, Baron PA, Gold JWM, Ueno H, Armstrong D. Inactivation of human immunodeficiency virus in vitro by gossypol. *Contraception* 1989, 39:579-87.

Raymond E, Alvarado G, Ledesma L, Diaz S, Bassol S, Morales E, Fernandez V, Carlos G. Acceptability of two spermicides in five countries. *Contraception* 1999, 60:45-50.

Raymond EG, Chen PL, Condon S, Luoto J, Barnhart KT, Creinin MD, Poindexter A, Wan L, Martens M, Schenken R, Blackwell R. Acceptability of five nonoxynol-9 spermicides. *Contraception* 2005, 71:438-42.

Reig Majoral S, Curos Torres S, Balcells Chiglione J, Batalla Martinez C, Ezpeleta Garcia A, Comin Bertran E. Contraception: gypsy versus non-gypsy women. *Aten Primaria* 1999, 23: 63-7.

Roddy RE, Zekeng L, Ryan KA, Tamoufe U, Weir SS, Wong EL. A controlled trial of nonoxynol 9 film to reduce male-to-female transmission of sexually transmitted diseases. *N Engl J Med* 1998, 339:504-10.

Smit J, Beksinska M, Vijayakumar G, Mabude Z. Short-term acceptability of the Reality polyurethane female condom and a synthetic latex prototype: a randomized crossover trial among South African women. *Contraception* 2006, 73:394-8.

Stafford MK, Ward H, Flanagan A, Rosenstein IJ, Taylor Robinson D, Smith JR, Weber J, Kitchen VS. Safety study of nonoxynol-9 as a vaginal microbicide: evidence of adverse effects. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol* 1998, 17:327-31.

Suarez GM, Baum NH, Jacobs J. Use of standard contraceptive diaphragm in management of stress urinary incontinence. *Urology* 1991, 37:119-22.

Telles Dias PR, Souto K, Page-Shafer K. Long-term Female Condom Use Among Vulnerable Populations in Brazil. *AIDS Behav* 2006, 10(4 Suppl):67-75.

Vessey MP. Urinary tract infection and the diaphragm. *Br J Fam Plann* 1988, 13/Suppl 4:41-3.

Wittkowski KM, Susser E, Dietz K. The protective effect of condoms and nonoxynol-9 against HIV infection. *Am J Public Health* 1998, 88:590-6.

Wong ML, Chan RK. A prospective study of pharyngeal gonorrhoea and inconsistent condom use for oral sex among female brothel-based sex workers in Singapore. *Int J STD AIDS* 1999,10:595-9.

Xiao Hui D, Zou S L, Quigg J, Kaminski J, Zaneveld LJD. Comparative vaginal spermicidal studies in the stump-tailed macaque with alkyloxynol-741, nonoxynol-9 and chlorhexidine. *Contraception* 1990, 42:677-82.

Yadav SC, Gaur LN, Gupta N, Roy M, Saxena NC. Nonoxynol-9 vaginal pessary: a preliminary Indian experience. *Natl Med J India* 2006, 19:133-6.

Zimmers E, Privette G, Lowe RH, Chappa F. Increasing use of the female condom through video instruction. *Percept Mot Skills* 1999, 88: 1071-7.

Auerbach RD, Lockwood CJ. Clotting Disorders. In: James DK, Steer PJ, Weiner CP, Gonik B (eds). *High Risk Pregnancy. Management options.* Philadelphia, Elsevier Saunders 2006.

Carter C. The pill and thrombosis: epidemiological considerations. *Bailliere's Clin Obstet Gynaecol* 1997, 11:565-85.

Colman RW, Hirsch J, Marder VJ, Salzman EW (eds). *Hemostasis and thrombosis: basic principles and clinical practice.* Philadelphia, JB Lippincott 1994.

Corrao G, Tragnone A, Caprilli R, Trallori G, Papi C, Andreoli A, Di Paolo M, Riegler G, Rigo GP, Ferrau O, Mansi C, Ingrosso M, Valpiani D. Risk of inflammatory bowel disease attributable to smoking, oral contraception and breastfeeding in Italy: a nationwide case-control study. Cooperative Investigators of the Italian Group for the Study of the Colon and the Rectum (GISC). *Int J Epidemiol* 1998, 27:397-404.

Cust M. Contraception. In: Arulkumaran S, Symonds IM, Fowlie A (eds). *Oxford Hand book of Obstetrics and Gynaecology.* Oxford, Oxford University Press 2004.

Dawwod MY. Dysmenorrhea. In: Quilligan EJ, Zuspan FP (eds). *Current Therapy in Obstetrics and Gynecology.* Philadelphia, WB Saunders Company 2000.

Dayal M, Sondheimer S. Contraception. In: Bader TJ (ed). *Ob/Gyn Secrets.* Philadelphia, Elsevier Mosby 2005.

e-Κατάλογος Συνταγογραφούμενων Ιδιοσκευασμάτων. CD ΕΟΦ, Αθήνα 2004.

Farley TMM, Meirik O, Collins J. Cardiovascular disease and combined oral contraceptives: reviewing the evidence and balancing the risks. *Human Reprod Update* 1999, 5:721-35.

Farquharson RG, Greaves M. Thromboembolic Disease. In: James DK, Steer PJ, Weiner CP, Gonik B (eds). High Risk Pregnancy. Management options. Philadelphia, Elsevier Saunders 2006.

Fuhrmann U, Krattenmacher R, Slater EP. The novel progestin drospirenone and its natural counterpart progesterone: biochemical profile and antiandrogenic potential. *Contraception* 1996, 54:243-51.

Gregson J, Kirkman R. Double Dutch: looking at the usage of combined pill plus condom in girls under 25. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 1999, 4:45-8.

Guillebaud J (ed). *Contraception. Your questions answered*. London, Churchill Livingstone 1993.

Guillebaud J (ed). *Contraception Today*. Barcelona, Martin Dunitz 1998.

Hannaford PC, Owen Smith V. Using epidemiological data to guide clinical practice: review of studies on cardiovascular disease and use of combined oral contraceptives. *BMJ* 1998, 316: 984-7.

Hocking G, Kalyanaraman R, deMello WF. Better drug history taking: an assessment of the DRUGS mnemonic. *J R Soc Med* 1998, 91:305-6.

Letterie GS. A regimen of oral contraceptives restricted to the periovulatory period may permit folliculogenesis but inhibit ovulation. *Contraception* 1998, 57:39-44.

Magowan B. *Obstetrics and Gynaecology*. Edinburgh, Churchill Livingstone 1997.

Middeldorp S. Oral contraceptives and the risk of venous thromboembolism. *Gend Med* 2005, 2 Suppl A:S3-9.

Owen Smith V, Hannaford PC, Warskyj M, Ferry S, Kay CR. Effects of changes in smoking status on risk estimates for myocardial infarction among women recruited for the Royal College of General Practitioners' Oral Contraception Study in the UK. *J Epidemiol Community Health* 1998, 52:420-4.

Parazzini F, Chatenoud L, La Vecchia C, Chiaffarino F, Ricci E, Negri E. Time since last use of oral contraceptives and risk of invasive cervical cancer. *Eur J Cancer* 1998 34:884-8.

Rice C, Killick S, Hickling D, Coeling Benink H. Ovarian activity and vaginal bleeding patterns with a desogestrel-only preparation of three different doses. *Human Reproduction* 1996, 11:737-40.

Shrier LA, Goodman E, Emans SJ. Partner condom use among adolescent girls with sexually transmitted diseases. *J Adolesc Health* 1999, 24: 357-61.

Spitzer W O, Lewis M A, Heinemann L A, Thorogood M, MacRae KD. Third

generation oral contraceptives and risk of venous thromboembolic disorders: an international case control study. *BMJ* 1996, 312:83-8.

Stolley PD, Tonascia JA, Tockman MS, Sartwell PE, Rutledge AH, Jacobs MP. Thrombosis with low-estrogen oral contraceptives. *Am J Epidemiol* 1975, 102:197-208.

Titus Ernstoff L, Longnecker MP, Newcomb PA, Dain B, Greenberg ER, Mittendorf R, Stampfer M, Willett W. Menstrual factors in relation to breast cancer risk. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 1998, 7:783-9.

Vandenbroucke JP, Koster T, Briet E, Reitsma PH, Bertina RM, Rosendaal FR. Increased risk of venous thrombosis in oral-contraceptive users who are carriers of factor V Leiden mutation. *Lancet* 1994, 344:1453-7.

Vandenbroucke JP, Rosing J, Bloemenkamp KWM, Middeldorp S, Helmerhorst FM, Bouma BN, Rosendaal FR. Oral contraceptives and the risk of venous thrombosis. *N Engl J Med* 2001, 344:1527-34.

Vessey MP, Doll R. Investigation of relation between use of oral contraceptives and thromboembolic disease. *BMJ* 1968, 2:199-205.

Walker ID. Factor V Leiden: should all women be screened prior to commencing the contraceptive pill? *Blood Rev* 1999, 13:8-13.

World Health Organization (WHO). Cardiovascular disease and use of oral and injectable progestogen-only contraceptives and combined injectable contraceptives. Results of an international, multicenter, case-control study. WHO Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception. *Contraception* 1998, 57:315-24.

WHO Scientific Group. Cardiovascular disease and steroid hormone contraception. Report of a WHO Scientific Group. *World Health Organ Tech Rep Ser* 1998, 877:1-89.

Cust M. Contraception. In: Arulkumaran S, Symonds IM, Fowle A (eds). *Oxford Handbook of Obstetrics and Gynaecology*. Oxford, Oxford University Press 2004.

Dayal M, Sondheimer S. Contraception. In: Bader TJ (ed). *Ob/Gyn Secrets*. Philadelphia, Elsevier Mosby 2005.

Oats J, Abraham S (eds). Premalignant and malignant conditions of the female genital tract. In: *Fundamentals of Obstetrics and Gynaecology*. Edinburgh, Elsevier Mosby 2005.

Ryan PJ, Singh SP, Guillebaud J. Depot medroxyprogesterone and bone mineral density. *J Fam Plann*

- Reprod Health Care 2002, 28:12-5.
- Sam AP. Controlled release contraceptive devices: a status report. J Controlled Rel 1992, 22: 35-46.
- Singh K, Viegas OAC, Koh CLS, Ratnam SS. Effect of Norplant registered -2 rods on haemostatic function. Contraception 1992, 46:71-81.
- Ball DE, Marafie N, Abahussain E. Awareness and perceptions of emergency contraception among retail pharmacists in Kuwait. Pharm World Sci 2006 Jul 4 (Epub ahead of print).
- Cust M. Contraception. In: Arulkumaran S, Symonds IM, Fowlie A (eds). Oxford Hand book of Obstetrics and Gynaecology. Oxford, Oxford University Press 2004.
- Dayal M, Sondheimer S. Contraception. In: Bader TJ (ed). Ob/Gyn Secrets. Philadelphia, Elsevier Mosby 2005.
- Fagan EB, Boussios HE, Moore R, Galvin SL. Knowledge, attitudes, and use of emergency contraception among rural western North Carolina women. South Med J 2006, 99:806-10.
- Gainer E, Kenfack B, Mboudou E, Doh AS, Bouyer J. Menstrual bleeding patterns following levonorgestrel emergency contraception. Contraception 2006, 74:118-24.
- Goulard H, Moreau C, Gilbert F, Job-Spira N, Bajos N; the Cocon Group. Contraceptive failures and determinants of emergency contraception use. Contraception 2006, 74:208-13.
- Grewal M, Burkman RT. Contraception & Family Planning. In: DeCherney AH, Nathan L (eds). Current Obstetric & Gynecologic Diagnosis & Treatment. New York, Lange Medical Books 2003.
- Marafie N, Ball DE, Abahussain E. Awareness of hormonal emergency contraception

Βιβλιογραφία για την -Σεξουαλικότητα και την Εφηβεία

Βαρβόγλη Λ., (2001) "Η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση των εφήβων". Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο:
<http://health.in.gr/news/article.asp?lngArticleID=31071>
 (26/02/2007).

Δεληγεώρογλου Ε., Σαλάκος Ν., (2000) "Η αντισύλληψη στην εφηβεία"
Θέματαμαιευτικής - γυναικολογίας 4: 373-375.

Βιβλιογραφία για - Έκτρωση

Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://www.kurtaj.info/ektrosi.html>

Βιβλιογραφία για - Σεξουαλικός Μεταδιδόμενα Νοσήματα

Δαρδαβέσης Ι.Θ., 2003. Στοιχεία επιδημιολογίας, Θεσσαλονίκη, σελ. 107-125.

Βιβλιογραφία για την – Εγκυμοσύνη

<http://www.smme.gr/permalink/3018.html>

Γεωργιόπουλος Α., Μαιευτική και Γυναικολογική Νοσηλευτική, 1999.

Βιβλιογραφία για – Το γεννητικό και αναπαραγωγικό σύστημα και ορμόνες

Δρ.ΙΩΑΝΝΗΣ ΧΑΤΖΗΜΠΟΥΓΙΑΣ (2007) ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΝΑΤΟΜΙΚΗΣ ΤΟΥ
ΑΝΘΡΩΠΟΥ (σελ. 169-185) (σελ 277-278)

J.G.McGeown Συνοπτική Φυσιολογία του Ανθρώπου. (σελ 304-313)

Βιβλιογραφ'Οικογενειακός Προγραμματισμός κι Αντισύλληψη, εκδ. Έλλην 2006,
Ζωή Ρούπα-Δριβάκη, σελ.15 και 173-181