



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ



**«Εκτίμηση του επιπέδου ενημέρωσης και γνώσης
των γυναικών , όσον αφορά τις κολπίτιδες και
αξιολόγηση των τρόπων πρόληψης αυτών»**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

των

Ευαγγελία Τσιούκη, Έλενα Παναγιωτίδου και Μαρία Πόπα

(ΑΕΜ: MA01401, MA01462, MA01425)

Επιβλέπων : Παναγιώτης Εσκιτζής

*Γυναικολόγος – Μαιευτήρας, Επίκουρος καθηγητής στο Τμήμα Μαιευτικής του
Πανεπιστημίου Δυτικής Μακεδονίας*

Πτολεμαΐδα Οκτώβριος, 2022

Copyright © 2022 – Ευαγγελία Τσιούκη, Έλενα Παναγιωτίδου και Μαρία Πόπα

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας εργασίας, εξ ολοκλήρου ή τμήματος αυτής, για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα.

Οι απόψεις και τα συμπεράσματα που περιέχονται σε αυτό το έγγραφο εκφράζουν αποκλειστικά τον συγγραφέα και δεν αντιπροσωπεύουν τις επίσημες θέσεις του Πανεπιστημίου Δυτικής Μακεδονίας.

Ως συγγραφέας της παρούσας εργασίας δηλώνω πως η παρούσα εργασία δεν αποτελεί προϊόν λογοκλοπής και δεν περιέχει υλικό από μη αναφερόμενες πηγές.

Ευχαριστίες

Στο πέρας της προπτυχιακής μας εργασίας, θα θέλαμε να απευθύνουμε την εγκάρδια ευγνωμοσύνη μας στους καθηγητές και εκπαιδευτές του Τμήματος Μαιευτικής της Πτολεμαΐδας, που με την πείρα και ικανότητά τους, μεταλαμπάδευσαν πολύτιμες γνώσεις γύρω από την επιστήμη της Γυναικολογίας και της Μαιευτικής με απώτερο σκοπό να μας θωρακίσουν και να μας προετοιμάσουν για την μετέπειτα επαγγελματική σταδιοδρομία μας, Ευχαριστούμε ιδιαίτερος των επιβλέπων καθηγητή μας κ. Εσκιτζή Παναγιώτη για την καθοδήγηση και την άμεση βοήθεια που μας παρείχε κατά την διάρκεια εκπόνησης της εργασίας μας. Τέλος, θέλουμε να ευχαριστήσουμε τις οικογένειες και τους φίλους μας που ήταν κοντά μας και μας στήριξαν σ όλη την πορεία των σπουδών μας και που γνωρίζουμε πως θα βρίσκονται πάντα συμπαραστάτες στην εξέλιξη μας.



Περίληψη

Η κολπίτιδα αποτελεί, την συνηθέστερη αιτία επίσκεψης των γυναικών στο γυναικολόγο τους. Πρόκειται για μια μικροβιακή λοίμωξη ή φλεγμονή που προκαλεί συμπτώματα όπως κνησμό, αίσθημα καύσους, παθολογικές εκκρίσεις και ερεθισμό στο αιδοίο και τον κόλπο. Παρόλα αυτά υπάρχουν περιπτώσεις γυναικών που είναι ασυμπτωματικές καθ' όλη την διάρκεια της λοίμωξης. Εμφανίζεται συνήθως μετά από μόλυνση του κόλπου ή του αιδοίου από κάποιο παθογόνο μικροοργανισμό, αλλά μπορεί να εμφανιστεί και μετά από λανθασμένες συνήθειες που έχουν ορισμένες γυναίκες. Ανάλογα με τον αιτιολογικό παράγοντα, η κολπίτιδα μπορεί να σχετίζεται με δυσμενή παθολογικά αποτελέσματα, τα οποία μπορεί να επηρεάσουν τη φυσιολογική λειτουργία του κόλπου, τόσο σε κυοφορούσες όσο και σε μη κυοφορούσες γυναίκες. Διακρίνεται α) σε βακτηριακή που κατέχει το μεγαλύτερο ποσοστό εμφάνισης β) σε μυκητιασική, γ) σε τριχομοναδική όπου ανήκει και στην κατηγορία των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων ,δ) σε αερόβια που προκαλείται και αυτή από βακτήρια, ε) σε αποφολιδωτική, στ) σε ατροφική που αφορά κυρίως μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες και κάποιες φορές εμφανίζεται δίχως να υπάρχει συγκεκριμένη αιτία λοιμώδους φύσης. Σε κάθε περίπτωση πάντως, πρέπει να λαμβάνεται η κατάλληλη αγωγή με σκοπό την άρση των συμπτωμάτων και την διατήρηση υγιούς γυναικολογικής εικόνας.

Λέξεις Κλειδιά:

Κολπίτιδα , Μικροβιακή λοίμωξη , Κνησμός , Εκκρίσεις , Κόλπος , Παθογόνος Μικροοργανισμός , Φυσιολογική μικροχλωρίδα , Βακτηριακή , Μυκητιασική , Τριχομοναδική , Αερόβια , Ατροφική.



Abstract

Vaginitis is the most common reason women visit their gynecologist. It is a microbial infection or inflammation that causes symptoms such as itching, burning sensation, abnormal discharge and irritation in the vulva and vagina. Nevertheless, there are cases of women who are asymptomatic throughout the infection. It usually occurs after an infection of the vagina or vulva by some pathogenic microorganism, but it can also occur after wrong habits that some women have. Depending on the causative agent, vaginitis may be associated with adverse pathological outcomes, which may affect the normal function of the vagina, both in pregnant and non-pregnant women. It is distinguished a) in bacterial, which has the highest percentage of occurrence b) in fungal, c) in trichomonad which also belongs to the category of sexually transmitted diseases, d) in aerobic which is also caused by bacteria, e) in exfoliating, f) in atrophic which mainly concerns postmenopausal women and sometimes occurs without a specific cause of an infectious nature. In any case, the appropriate treatment must be taken in order to remove the symptoms and maintain a healthy gynecological image.

Key Words: Microbial infection, Itching, Secretions, Vagina, Pathogenic Microorganism, Normal microflora, Bacterial, mycotic, Trichomoniasis, Aerobic, Atrophic.



Πίνακας περιεχομένων

Ευχαριστίες	1
Περίληψη	2
Abstract	3
Πίνακας περιεχομένων.....	4
Λίστα Εικόνων	7
1. Εισαγωγή	9
1.1 Φυσιολογικό κολπικό μικροβίωμα	10
1.2 Παθολογικό κολπικό μικροβίωμα	11
2. Ορισμοί, Διάγνωση και Αντιμετώπιση	13
2.1 Βακτηριακή κολπίτιδα.....	13
2.1.1. Επιδημιολογικά και κλινικά χαρακτηριστικά της Β.Κ.....	13
2.1.2. Συμπτώματα και διαγνωστική εξέταση	13
2.1.3. Κύηση και Β.Κ.	15
2.1.4. Θεραπεία.....	16
2.2 Αερόβια κολπίτιδα.....	16
2.2.1. Συμπτώματα και διαγνωστική εξέταση	16
2.2.2. Θεραπεία.....	17
2.3 Κολπίτιδα από Τριχομονάδα, Τριχομοναδική ή αλλιώς τριχομονίαση.....	17
2.3.1. Μετάδοση	18
2.3.2. Συμπτώματα.....	19
2.3.4. Παράγοντες κινδύνου	20
2.3.5. Συσχέτιση με παθολογικές καταστάσεις	21
2.3.6. Διάγνωση	21
2.3.7. Κύηση και Τ.Κ.....	23
2.3.8. Θεραπεία.....	23
2.4 Κολπίτιδα μη οφειλόμενη σε λοίμωξη	25



2.4.1. Συμπτώματα και αντιμετώπιση	25
2.4.2. Παράγοντες κινδύνου	25
2.4.3. Συσχέτιση με παθολογικές καταστάσεις	26
2.5 Κολπίτιδα από Candida Albicans	26
2.5.1. Συμπτώματα.....	27
2.5.2. Προδιαθεσικοί παράγοντες.....	28
2.5.3. Παθογένεση	29
2.5.4. Διαγνωστική εξέταση	29
2.5.4.1. Αναφορά στην μέθοδο ELISA (Enzyme-linked Immunosorbent Assay).....	29
2.5.5. Κύηση και Μ.Κ.	30
2.5.6. Θεραπεία.....	30
2.5.7. Υποτροπιάζουσα.....	31
2.5.8. Συσχέτιση της Μ.Κ. με ανώμαλα κολπικά επιχρίσματα	32
2.6 Αποφολιδωτική φλεγμονώδης κολπίτιδα	32
2.6.1. Συμπτώματα, Κλινική Εξέταση και Θεραπεία	32
2.7 Κολπίτιδα οφειλόμενη σε ανεπάρκεια οιστρογόνων.....	32
2.7.1. Αίτια	33
2.7.2. Παθοφυσιολογία.....	34
2.7.3. Ιστοπαθολογία	35
2.7.4. Συμπτώματα και Κλινική Εξέταση.....	35
2.7.5. Θεραπεία.....	36
2.7.6. Διαφορική διάγνωση	37
2.7.7. Επιπλοκές	37
3. Ερευνητική Ανάλυση του Ερωτηματολογίου	38
3.1 Μέθοδος της έρευνας	38
3.2 Διαδικασία έρευνας - Χορήγηση ερωτηματολογίου	38
3.3 Διερεύνηση Ερωτηματολογίου	38



3.2.1. 1η Ενότητα	38
3.2.2. 2η Ενότητα	39
3.2.3. 3η Ενότητα	39
3.4 Ανάλυση διαγραμμάτων.....	39
Συμπεράσματα Μελέτης.....	53
Βιβλιογραφία (APA)	55
Βιβλιογραφία Εικόνων (Πηγες)	58



Λίστα Εικόνων

Εικόνα 1 - Πίνακας Διαφορικής διάγνωσης Μυκητιασικής, Τριχομοναδικής, Βακτηριακής κολπίτιδας.....	10
Εικόνα 2 - Κύριοι παράγοντες γενετικών λοιμώξεων	12
Εικόνα 3 - (1) Clue cells , (2)Φυσιολογικά επιθηλιακά κύτταρα με Lactobacillus .	14
Εικόνα 4 - Κριτήρια Nugent	15
Εικόνα 5 - Πρωτόζωο τριχομονάδα.....	18
Εικόνα 6 – Τριχομονίαση	19
Εικόνα 7 - Κλινικη εικόνα, αιμορραγικές πετέχειες.....	20
Εικόνα 8 - Διαγνωστική εξέταση, καλλιέργεια κολπικού υγρού.....	22
Εικόνα 9 - Διαγνωστική εξέταση Τεστ ΠΑΠ	22
Εικόνα 10 - Μυκητιασική κολπίτιδα (Candida Albicans)	27
Εικόνα 11 - Μυκητιασική κολπίτιδα	28
Εικόνα 12 - Ατροφία κόλπου.....	34
Εικόνα 13 - Πίτα κατανομής ηλικίας (Ερώτηση 1).....	40
Εικόνα 14 - Πίτα κατανομής τόπου γέννησης (Ερώτηση 2)	40
Εικόνα 15 - Πίτα κατανομής οικογενειακής κατάστασης (Ερώτηση 3).....	41
Εικόνα 16 - Πίτα κατανομής μορφωτικού επιπέδου (Ερώτηση 4).....	41
Εικόνα 17 - Πίτα κατανομής για έναρξη σεξουαλικής επαφής (Ερώτηση 5)	42
Εικόνα 18 - Πίτα κατανομής για χρήση προφύλαξης (Ερώτηση 6)	42
Εικόνα 19 - Πίτα κατανομής για ιστορικό κολπίτιδας (Ερώτηση 7).....	43
Εικόνα 20 - Συγκριτικό Ραβδόγραμμα κατανομής απαντησεων (Ερώτηση 8)	43
Εικόνα 21 - Συγκριτικό Ραβδόγραμμα κατανομής απαντήσεων (Ερώτηση 9)	44



Εικόνα 22 - Συγκριτικό Ραβδόγραμμα κατανομής απαντήσεων (Ερώτηση 10)	44
Εικόνα 23 - Συγκριτικό Ραβδόγραμμα κατανομής απαντήσεων (Ερώτηση 11)	45
Εικόνα 24 - Πίτα κατανομής απαντήσεων (Ερώτηση 12)	46
Εικόνα 25 - Συγκριτικό Ραβδόγραμμα κατανομής απαντήσεων (Ερώτηση 13)	46
Εικόνα 26 - Πίτα κατανομής απαντήσεων (Ερώτηση 14)	47
Εικόνα 27 - Συγκριτικό Ραβδόγραμμα κατανομής απαντήσεων (Ερώτηση 15)	47
Εικόνα 28 - Πίτα κατανομής απαντήσεων (Ερώτηση 16)	48
Εικόνα 29 - Συγκριτικό Ραβδόγραμμα κατανομής απαντήσεων (Ερώτηση 17)	48
Εικόνα 30 - Πίτα κατανομής απαντήσεων (Ερώτηση 18)	49
Εικόνα 31 - Συγκριτικό Ραβδόγραμμα κατανομής απαντήσεων (Ερώτηση 19)	49
Εικόνα 32 - Συγκριτικό Ραβδόγραμμα κατανομής απαντήσεων (Ερώτηση 20)	50
Εικόνα 33 - Πίτα κατανομής απαντήσεων (Ερώτηση 21)	50
Εικόνα 34 - Συγκριτικό Ραβδόγραμμα κατανομής απαντήσεων (Ερώτηση 22)	51
Εικόνα 35 - Συγκριτικό Ραβδόγραμμα κατανομής απαντήσεων (Ερώτηση 23)	51




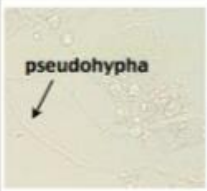

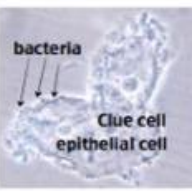


1. Εισαγωγή

Η επιστήμη γύρω από την γυναικολογία, ξεκινάει πρώτα από τη διερεύνηση του κοιλιακού μικροβιώματος και τον διαχωρισμό του φυσιολογικού από το παθολογικό, η γνώση των οποίων, είναι απαραίτητη για την πρόληψη και αντιμετώπιση παθολογικών καταστάσεων. Σύμφωνα με την επιστημονική βιβλιογραφία, το φυσιολογικό μικροβίωμα είναι υπεύθυνο για την άμυνα και καταστροφή παθογόνων μικροβίων χάρη στους πολυάριθμους αερόβιους και αναερόβιους μικροοργανισμούς (γαλακτοβάκιλλοι) στον κοιλιοτράχηλο. Αντιθέτως, το παθολογικό μικροβίωμα είναι υπεύθυνο για το συχνότερο γυναικολογικό πρόβλημα, τις κολπίτιδες, μία μικροβιακή φλεγμονώδη κατάσταση. Τα είδη της κολπίτιδας είναι ανάλογα με τον μικροβιακό παράγοντα που θα προκαλέσει τη φλεγμονή, Έτσι έχουμε την βακτηριακή που αποτελεί την συχνότερη, την μυκητιασική, την τριχομοναδική, την αερόβια, την αποφολιδωτική και την ατροφική, όλες τους ικανές να διαταράζουν την υγεία των γυναικών. Η παρούσα εργασία είναι αποτέλεσμα βιβλιογραφικής ανασκόπησης με σκοπό να διερευνηθούν οι επιπτώσεις της κολπίτιδας τόσο σε γυναικολογικό, όσο και σε μαιευτικό επίπεδο. Στο πρώτο κεφάλαιο αναλύουμε την φυσιολογική και παθολογική μικροχλωρίδα του κόλπου και πώς αυτά τα δύο επηρεάζουν την άμυνα του γεννητικού συστήματος. Στο επόμενο κεφάλαιο, γίνεται λόγος για τα διαφορετικά είδη κολπίτιδας και εξετάζονται τα κλινικά χαρακτηριστικά, τα συμπτώματα, η μετάδοση, η διαγνωστική και θεραπευτική εξέταση, καθώς και οι παθολογικές συνέπειές τους κατά τη διάρκεια της κύησης. Στο τελευταίο κεφάλαιο της εργασίας, εξετάζουμε με τη χρήση ερευνητικού ερωτηματολογίου, α) τι είδους γνώση και



ενημέρωση έχουν οι γυναίκες σχετικά με τις κολπίτιδες, β) από πού τις έχουν αποκτήσει και γ) τους τρόπους πρόληψης και αντιμετώπισης αυτών.

Vaginal Discharge			
	Candidiasis	Trichomoniasis	Bacterial vaginosis
Discharge			
	White	Green/yellow	Gray/white
Color			
pH	< 4.5	> 5	> 4.5
Amine odor w/ KOH	Negative	Positive	Positive
Wet mount	<ul style="list-style-type: none"> • WBC • Spores • Pseudohyphae 	<ul style="list-style-type: none"> • WBC • Motile trichomonads 	<ul style="list-style-type: none"> • Few WBCs • Clue cells
			

Εικόνα 1 - Πίνακας Διαφορικής διάγνωσης Μυκητιασικής, Τριχομοναδικής, Βακτηριακής κολπίτιδας

1.1 Φυσιολογικό κολπικό μικροβίωμα

Ο βλεννογόνος του γυναικείου κόλπου αποτελείται από ένα στρωματοποιημένο, μη κερατινοποιημένο πλακώδες επιθήλιο, που καλύπτεται από μία βλεννώδη στιβάδα κολποτραχηλικού υγρού. Κατά την εφηβεία ξεκινάει η ανάπτυξη των γαλακτοβάκιλλων, λόγω της διέγερσης των οιστρογόνων, ενός βακτηρίου από τους πολυάριθμους αερόβιους και αναερόβιους μικροοργανισμούς που κατοικούν στον γυναικείο κόλπο. Τα είδη των γαλακτοβάκιλλων (*Lactobacillus*) είναι υπεύθυνα για την άμυνα και καταστολή των παθογόνων μικροοργανισμών, και παράγουν γαλακτικό οξύ το οποίο διατηρεί χαμηλό το pH από το εύρος 6 έως 8. (Ανθουλάκη, 2019) (Fettweis, J. M., και συν., 2014)



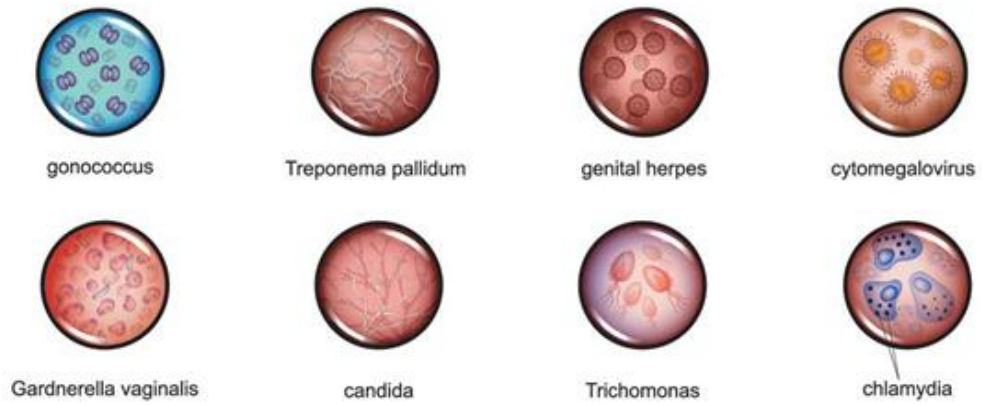
Επιπρόσθετα, ο γυναικείος κόλπος παράγει καθημερινά σε μη παθολογικές λοιμώδεις καταστάσεις περίπου 1,5 gr κολπικές εκκρίσεις, προερχόμενες κατά μεγάλο ποσοστό από τον τράχηλο της μήτρας. Η σύσταση των εκκρίσεων οφείλεται στα πλακώδη κύτταρα που έχουν πέσει από το κολπικό τοίχωμα, και τους προσδίδει ένα λευκό ή υπόλευκο χρώμα με αυξημένη πυκνότητα. Οι εκκρίσεις του κόλπου, συμβάλλουν στην ομαλή διατήρηση του ενδοκολπικού μικροβιώματος, δημιουργώντας τις κατάλληλες συνθήκες φυσιολογικής υγρασίας, που αποτρέπει την ξηρότητα και τον ερεθισμό του εσωτερικού του γυναικείου γεννητικού συστήματος. (Charles R. B. Beckman, et al., 2018)

1.2 Παθολογικό κολπικό μικροβίωμα

Υπάρχουν όμως περιπτώσεις, όπου η φυσιολογική μικροχλωρίδα του κόλπου προσβάλλεται από την είσοδο παθογόνων μικροοργανισμών οδηγώντας σε κολπίτιδα ή σε κάποιο σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα. Η είσοδος αυτή στις περισσότερες περιπτώσεις αλλοιώνει το φυσιολογικό μικροβίωμα του κόλπου. Συγκεκριμένα, προκαλεί αλλαγές στο pH και επηρεάζει την ποσότητα των γαλακτοβάκιλλων, καθώς και τα πλακώδη επιθηλιακά κύτταρα. Επιπλέον, παρατηρούνται αλλαγές στην ποσότητα και την όψη των κολπικών εκκρίσεων και σε ειδικές περιπτώσεις προκαλείται και έντονη δυσσομία αυτών. Οι συχνότεροι μικροοργανισμοί που προσβάλλουν την κολπική κοιλότητα είναι η *Candida albicans* ένας μύκητας που προκαλεί την μυκητιασική κολπίτιδα, το *trichomonas vaginalis* ένα πρωτόζωο που ευθύνεται για την τριχομοναδική κολπίτιδα, η *Gardnerella vaginalis* (κ.α. βακτήρια που θα αναφερθούν παρακάτω) που ανήκει στην ομάδα των βακτηρίων που προκαλεί την βακτηριακή κολπίτιδα. Κάποιοι μικροοργανισμοί, όπως ο στρεπτόκοκκος και ο εντερόκοκκος βρίσκονται στη φυσιολογική χλωρίδα του κόλπου, παρόλα αυτά ενδέχεται να σχετίζονται με λοιμώξεις της κολπικής κοιλότητας. Θα πρέπει λοιπόν να γίνει ο απαραίτητος έλεγχος σε περίπτωση, που η εκάστοτε γυναίκα αντιληφθεί κάποια εμφανή αλλαγή στην κοιλότητα του κόλπου. (Charles R. B. Beckman, et al., 2018) (Ανθουλάκη, 2019) (Fabrice Atassi, Dominique Brassart, Philipp Grob, Federico Graf, & Alain L. Servin, 2006)



CAUSATIVE AGENTS OF GENITAL INFECTIONS



Εικόνα 2 - Κύριοι παράγοντες γενετικών λοιμώξεων



2. Ορισμοί, Διάγνωση και Αντιμετώπιση

2.1 Βακτηριακή κολπίτιδα

Ως βακτηριακή κολπίτιδα (bacterial vaginosis) , ορίζεται η σημαντική μείωση και εξαφάνιση των γαλακτοβάκιλλων που συνδράμουν στην υγιή μικροχλωρίδα του κόλπου και η δυνητική υπερανάπτυξη πολλών αναερόβιων οργανισμών στον κόλπο, μεταξύ των οποίων ανευρίσκεται η Gardnerella vaginalis, το Mycoplasma, η Prevotella, το Atopobium vaginae, ο Peptostreptococcus και το fusobacterium. (Deitra, Shannon, & Cashion, 2013)

2.1.1. Επιδημιολογικά και κλινικά χαρακτηριστικά της Β.Κ.

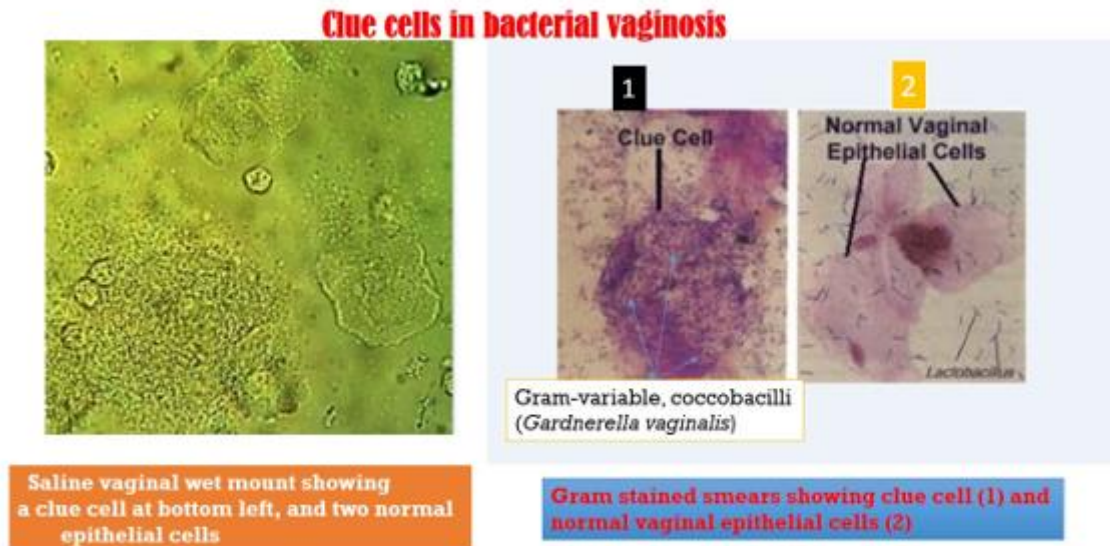
Σύμφωνα με τα επιδημιολογικά στοιχεία η Β.Κ. πρόκειται για μια από τις πιο συχνές κολπίτιδες, και εμφανίζεται στο 30% του γυναικείου πληθυσμού. Από αυτό το ποσοστό, το 50% των περιπτώσεων εμφανίζεται ασυμπτωματικό, ενώ το υπόλοιπο έχει εμφανής συμπτωματολογία που επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες. Μελέτες μας δείχνουν πως η συχνότητα εμφάνισης της Β.Κ. αυξάνεται από περιβαλλοντικά και εθνικά προδιαθεσικά χαρακτηριστικά , καθώς ανευρίσκεται στο 30-50% των Αφρο-Αμερικανών και στο 10-20% των Καυκάσιων γυναικών. Επίσης σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη της λοίμωξης έχει η κοινωνικοοικονομική κατάσταση της γυναίκας, η προσωπική υγιεινή, η λήψη αντιβιοτικής αγωγής. Το κάπνισμα αυξάνει τις πιθανότητες , καθώς επίσης και η εναλλαγή πολλαπλών συντρόφων αποτελεί παράγοντα κινδύνου. Ωστόσο, υπάρχει σημαντική διαφοροποίηση στον γυναικείο πληθυσμό για την επίπτωση της Β.Κ. στις εγκυμονούσες και στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες. (Ανθουλάκη, 2019)

2.1.2. Συμπτώματα και διαγνωστική εξέταση

Τα συμπτώματα της Β.Κ. που την διαφοροποιούν από τις άλλες κολπικές λοιμώξεις είναι η αλκαλοποίηση του pH σε τιμές άνω του 4,5 λόγω της αύξησης των αναερόβιων βακτηριδίων στον κόλπο. Ένα ακόμα σύμπτωμα είναι η ανίχνευση των < clue cells >, δηλαδή συρρικνωμένων επιθηλιακών κυττάρων στα οποία προσκολλώνται πολυάριθμα βακτηρίδια και η χαρακτηριστική οσμή < ψαριού > η οποία απελευθερώνεται με την προσθήκη υδροξειδίου του Καλίου (KOH) στις κολπικές εκκρίσεις κατά την εξέταση με τον κολποδιαστολέα γνωστό κι ως θετικό < whiff test >. Επίσης η χαρακτηριστική για την Β.Κ. οσμή μπορεί να παρατηρηθεί και κατά την συνουσία, επειδή το σπέρμα απελευθερώνει κολπικές αμίνες. Επιπρόσθετα, η Β.Κ. μπορεί να αναγνωρισθεί από την



παρουσία αυξημένων λευκο κίτρινων με λεπτή υφή υγρών μαζί με αίσθημα ήπιου κνησμού και ερεθισμού. (Charles R. B. Beckman, και συν., 2018)



Εικόνα 3 - (1) Clue cells , (2)Φυσιολογικά επιθηλιακά κύτταρα με Lactobacillus

Αποδεδειγμένα το Τεστ Παπανικολάου και οι κολπικές καλλιέργειες για G- vaginalis δεν αποτελούν έγκυρες και αξιόπιστες μεθόδους διάγνωσης της Β.Κ. όπως συμβαίνει με άλλες κολπικές λοιμώξεις. Η διαγνωστική εξέταση που θεωρείται η καταλληλότερη και δίνει ένα έγκυρο αποτέλεσμα για την ανίχνευση της Β.Κ. είναι τα κλινικά κριτήρια όπως τα περιέγραψε πρώτος ο Amsel καθώς και η βαθμολογία Nugent. (Jane Mashburn CNM, 2010)

Τα κριτήρια Amsel χρησιμοποιούνται σε συμπτωματικές γυναίκες και από αυτά θα πρέπει να είναι θετικά τρία από τα τέσσερα.

- 1)ομοιογενείς παθολογικές εκκρίσεις
- 2)ph κόλπου μεγαλύτερο από 4,5
- 3)θετική δοκιμασία αμίνης < whiff test >
- 4)παρουσία των < clue cells > στην Gram χρώση



<i>Lactobacillus</i>	score	<i>Gardnerella Bacteroides</i>	score	<i>Mobiluncus</i> (Gramαρνητικά κυρτά βακτηρίδια)	score	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ SCORE (άθροιση των επιμέρους score)
>30	0	0	0	0	0	0-3= αρνητικό
5-30	1	<1	1	<1	1	4-6 χωρίς clue cells= αρνητικό
1-4	2	1-4	2	1-4	1	4-6 με clue cells= θετικό
<1	3	5-30	3	5-30	2	≥7= θετικό
0	4	>30	4	>30	2	

Φωκάς Σπ, Φωκάς Στ, Κλινική μικροβιολογία και αντιβιογράμμα, 2015.

Εικόνα 4 - Κριτήρια Nugent

Κάτι που είναι πολύ σημαντικό να αναφερθεί, είναι η συσχέτιση της Β.Κ. με σημαντικές παθολογικές καταστάσεις, όπως είναι η φλεγμονώδης νόσος της πυέλου, οι μετεγχειρητικές λοιμώξεις, ο ιός της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας (HIV) και ο ιός του απλού έρπητα (HSV).

2.1.3. Κύηση και Β.Κ.

Ύστερα από σχετικές έρευνες έχει αποδειχθεί πως η Β.Κ. μπορεί να εμφανιστεί σε συμπτωματικές και ασυμπτωματικές γυναίκες στην διάρκεια της κύησης, προκαλώντας δυσμενείς εκβάσεις και επιπλοκές υψίστης σημασίας. Έχει συσχετιστεί με αυξημένα ποσοστά πρόωρου τοκετού, αποβολών 1ου τριμήνου, χαμηλού βάρους γέννησης νεογνών, πρόωρη ρήξη εμβρυικών υμένων, χοριοαμνιονίτιδα, ενδομητρίτιδα μετά τον τοκετό, επιμόλυνση του νεογνού, σαλπιγγικής αιτιολογίας υπογονιμότητα σε συνδυασμό με τα Chlamydia. Όλα αυτά τα συμπτώματα μπορούν και πρέπει να αντιμετωπιστούν επί της κύησης με δύο συνιστώμενα σχήματα θεραπείας, είτε με μετρονιδαζόλη 500mg ή 250mg από του στόματος για 7 ημέρες, είτε με κλινδαμυκίνη 300mg επίσης από το στόμα για 7 ημέρες. Κανένα απο τα δύο δεν έχει τερατογόνο δράση και υπάρχει θετική ανταπόκριση της θεραπείας όσον αφορά την μείωση της εμφάνισης του πρόωρου τοκετού. (ΣΟΥΚΟΥ, 2017)



2.1.4. Θεραπεία

Η συνιστώμενη θεραπεία για την Β.Κ. η οποία είναι αποτελεσματική στο 60% των περιπτώσεων είναι τα αντιβιοτικά. Πιο γνωστό και αξιόπιστο σχήμα θεραπείας είναι η μετρονιδαζόλη (flagyl) 500 mg 2 φορές από το στόμα για 7 ημέρες, η μετρονιδαζόλη σε γέλη 0,75% ή κολπικό υπόθετο 1 φορά ενδοκολπικά για 5 ημέρες και η κλινδαμυκίνη σε κρέμα 2% 1 φορά ενδοκολπικά για 7 ημέρες. Υπάρχουν ακόμα και ενδοκολπικά σκευάσματα με λακτοβακίλλους για την ενίσχυση της κολπικής χλωρίδας. Μερικές από τις παρενέργειες που μπορεί να εμφανιστούν κατά την λήψη αγωγής της μετρονιδαζόλης είναι η έντονη μεταλλική γεύση στο στόμα, το επίχρισμα στη γλώσσα, κάποιες αντιδράσεις από το κεντρικό νευρικό σύστημα και διαταραχές στο ουροποιητικό, ακόμα κατά την διάρκεια της θεραπείας απαγορεύεται η κατανάλωση αλκοόλ γιατί έχει ως συνέπεια ναυτίες, εμέτους και κεφαλαλγίες. Όσον αφορά την θεραπεία του συντρόφου δεν συνιστάται, καθώς η ανταπόκριση της θεραπείας και η πιθανότητα υποτροπής της κολπίτιδας δεν έχουν μεγάλη συσχέτιση με τον σύντροφο. (ΑΝΑΣΤΑΣΙΑΣ, 2020) (Charles H. Livengood III, Jessica L. Thomason, & Gale B. Hill, 1990)

Σε φορείς HIV η Β.Κ. υποτροπιάζει περισσότερο στις οροθετικές γυναίκες και αντιμετωπίζεται το ίδιο με τις οροαρνητικές. (Nyirjesy, Paul MD, McIntosh, Matthew J. PhD, Steinmetz, Jana I. MS, Schumacher, Robert J. PhD, & Joffrion, James L. BS, PMP, 2007)

2.2 Αερόβια κολπίτιδα

Ως αερόβια κολπίτιδα (aerobic vaginitis) ορίζεται η μικροβιακή παθογένεση του κόλπου, προερχόμενη από αερόβιους μικροοργανισμούς της εντερικής κοιλότητας όπως Escherichia Coli, Staphylococcus, Enterococcus, Streptococcus και διαγνώσθηκε πρώτη φορά το 2002. Παρουσιάζει αρκετά κοινά με την Β.Κ. όπως τον μειωμένο αριθμό γαλακτοβάκιλλων, το υψηλό pH και την υπερέκκριση των υγρών του κόλπου, πράγμα που οδήγησε σε λανθασμένη διάγνωση συμπτωμάτων και μη ικανοποιητική διαχείριση των ασθενών. (ΠΑΝΤΕΛΗ, 2018)

2.2.1. Συμπτώματα και διαγνωστική εξέταση



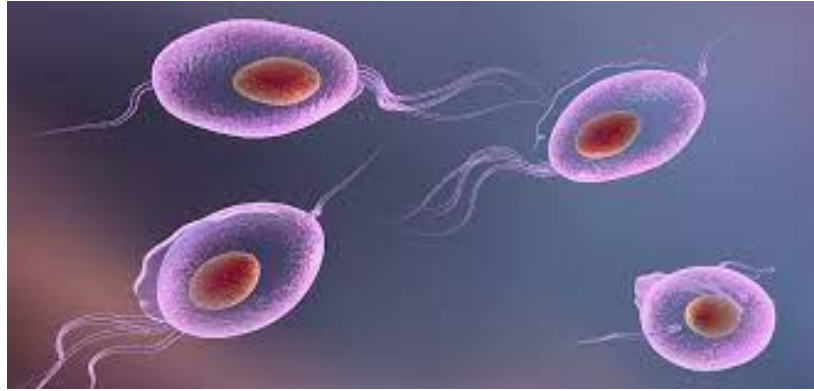
Η αερόβια κολπίτιδα χαρακτηρίζεται από τα εξής συμπτώματα : φλεγμονώδη πυώδη έκκριση, παχύρρευστη με κιτρινοπράσινο χρώμα και οσμή σάπιου(όχι ψαριού όπως στη Β.Κ.) , υπάρχει ακόμα το αίσθημα καύσους και η κολπική ερυθρότητα με πολλά σημεία διάβρωσης ή ελκών, όπως και η δυσπαρέυνοια που είναι από τα κύρια κλινικά χαρακτηριστικά. Στην διαγνωστική εξέταση περιλαμβάνεται η μικροσκόπηση του κολπικού επιχρίσματος με χρήση φάσης αντίθεσης, η οποία υπολογίζεται με την παρουσία ή μη των γαλακτοβάκιλλων, της φλεγμονής, των λεμφοκυττάρων και των ανώριμων επιθηλιακών κυττάρων. (Ασημούλα, 2008) (Gilbert G.G. Donders, Gert Bellen, Svitrigaile Grinceviciene, Kateryna Ruban, & Pedro Vieira-Baptista, 2017)

2.2.2. Θεραπεία

Σύμφωνα με τις οδηγίες του IUSTI/WHO η καλύτερη συνιστώμενη θεραπεία για την αερόβια κολπίτιδα είναι με clindamycin cream 2% 5mg για 7-21 ημέρες, η οποία κλινδαμικίνη είναι δραστικά αποτελεσματική για τα στελέχη *stephylococci* και *streptococci*, αλλά και στα αναερόβια. Επίσης, αντιμικροβιακά κατά της συγκεκριμένης κολπίτιδας που λειτουργούν επιτυχώς είναι τα κολπικά υπόθετα kanamycin ή moxifloxacin. Ωστόσο, για τις πιο σοβαρές καταστάσεις συστήνεται ο συνδυασμός ενδοκολπικής clindamycin και ενδοκολπικών στεροειδών σαν το Hydrocortisone 300-500 mg για 7-21 ημέρες ή και το κολπικό ένεμα Predfoam. (Ανθουλάκη, 2019)

2.3 Κολπίτιδα από Τριχομονάδα, Τριχομοναδική ή αλλιώς τριχομονίαση.

Πρόκειται για μια ιάσιμη ,σεξουαλικά μεταδιδόμενη, λοιμώδη κατάσταση που οφείλεται σε ένα παράσιτο του γεννητικό συστήματος που ονομάζεται *Trichomonas vaginalis* και ανήκει στην οικογένεια των μαστιγοφόρων πρωτόζωων. (Margarita V, Fiori PL., & Rappelli P., 2020)



Εικόνα 5 - Πρωτόζωο τριχομονάδα

2.3.1. Μετάδοση

Η λοίμωξη μεταδίδεται κυρίως με την σεξουαλική επαφή. Η κολπική μικροχλωρίδα ενδεχομένως να υποστεί αλλαγές, οι οποίες θα επιτρέψουν την επιβίωση και την μετάδοση του *Trichomonas vaginalis*, ιδιαίτερα σε πισίνες και υδρομασάζ, όπου ο μικροοργανισμός αυτός έχει την τάση να επιβιώνει. Μετάδοση μπορεί να συμβεί και με την κοινή χρήση μολυσμένων αντικειμένων. Φαίνεται ότι η μεταδοτικότητα της τριχομονίαση είναι σχετικά μεγάλη αν αναλογιστούμε ότι το 25% των κολπικών μολύνσεων προκαλούνται από το *T.vaginalis*. Επιπλέον το 70% των μολύνσεων των ανδρών γίνεται μετά από μια μοναδική σεξουαλική επαφή με μια γυναίκα με τριχομονάδα. Ωστόσο, η μετάδοση από άνδρα σε γυναίκα έχει μεγαλύτερο ποσοστό μεταφοράς της νόσου. Το παράσιτο αυτό εντοπίζεται στο κόλπο, το τράχηλο την ουρήθρα της γυναίκας και του άνδρα αλλά και στους αγωγούς του Skene. (Charles R. B. Beckman, και συν., 2018)



Trichomoniasis



About 3% of women and a total of 3.7 million persons in the U.S. population have *Trichomonas vaginalis*, a sexually transmitted parasitic infection curable with a single dose of the right antibiotics, but most infected people never get tested or treated.

Εικόνα 6 – Τριχομονίαση

2.3.2. Συμπτώματα

Η κλινική εικόνα της λοίμωξης περιλαμβάνει :

- άφθονες κολπικές δύσοσμες εκκρίσεις οι οποίες μπορεί να είναι αφρώδεις με λευκό-πράσινο προς γκρι χρώμα και να είναι υδαρές,
- ερυθρότητα του κόλπου,
- δυσπαρέυνια,
- δυσουρία,
- κνησμός αιδοίου,
- αίσθημα καύσους και
- αιμορραγικές πετέχειες οι οποίες δίνουν την χαρακτηριστική εικόνα «φράουλας» στο τράχηλο.



Εικόνα 7 - Κλινική εικόνα, αιμορραγικές πετέχειες

Παρόλα αυτά το ποσοστό ασυμπτωματικών γυναικών αγγίζει το 50%.

Όσο για τους άνδρες, η τριχομονίαση μπορεί να προκαλέσει επιδιδυμίτιδα, προστατίτιδα ή μη-γονοκοκκική ουρηθρίτιδα, αν και ένα μεγάλο ποσοστό είναι ασυμπτωματικοί. (Γεώργιος Μ. Ιατράκης, 2018)

2.3.4. Παράγοντες κινδύνου

Η λοίμωξη αυτή έχει μεγαλύτερα ποσοστά εμφάνισης :

- στη μαύρη φυλή,
- σε γυναίκες ηλικίας >40 ετών (11%)
- αλλά και <24 ετών
- σε φυλακισμένες έγκλειστες γυναίκες όπου ο κίνδυνος εμφάνισης είναι πιο αυξημένος.

Παράγοντα κινδύνου αποτελούν επίσης :

- η ύπαρξη πολλαπλών σεξουαλικών συντρόφων κατά τη διάρκεια ενός έτους,
- η πρόωρη έναρξη σεξουαλικών επαφών,
- η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ καθώς και
- η μόλυνση από βακτηριακή κολπίτιδα.
- η μόλυνση από *Neisseria Gonorrhoeae*



Εννοείται πως όσες δεν ακολουθούν τακτικούς γυναικολογικούς ελέγχους ή ανήκουν σε χαμηλό μορφωτικό επίπεδο έχουν επίσης αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης της λοίμωξης. (Thomas A. Peterman, et al., 2009)

2.3.5. Συσχέτιση με παθολογικές καταστάσεις

Η τριχομοναδική κολπίτιδα έχει αναφερθεί ότι συνδέεται με :

- ενδομήτρια καθυστέρηση της ανάπτυξης (FGR),
- χαμηλό βάρος γέννησης,
- πρόωρη ρήξη μεμβρανών,
- έκτοπη κύηση,
- υπογονιμότητα και
- πρόωρο τοκετό, όπου η πιθανότητά του είναι 1,4 φορές μεγαλύτερη. Ο κίνδυνος πρόωρου τοκετού, ίσως να οφείλεται και στην θεραπεία με μετρονιδαζόλη που ακολουθείται σε αυτή τη περίπτωση.

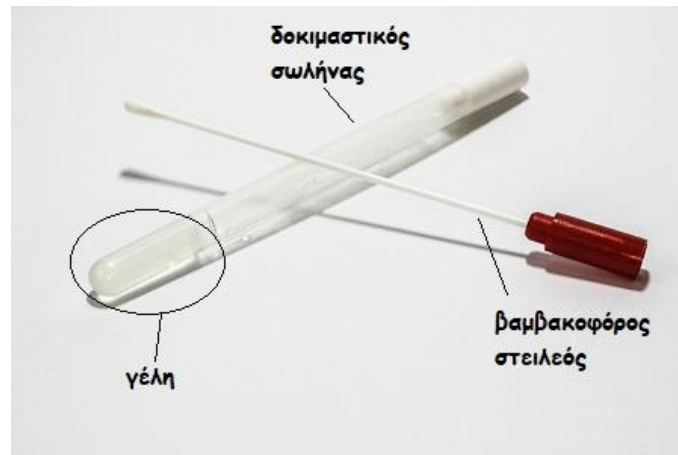
Άλλες παθολογικές καταστάσεις με τις οποίες σχετίζεται είναι :

- η φλεγμονώδης νόσος της πυέλου (PID),
- η ενδομητρίτιδα, και
- ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας για τον οποίο αναφέρεται 2,1 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης.

Υπάρχει επίσης αυξημένος κίνδυνος προσβολής από τον ιό HIV καθώς οι τριχομονάδες διευκολύνουν τη μετάδοσή του. Παρόλα αυτά οι συνέπειες που προκαλεί ο συνδυασμός τους είναι ακόμα άγνωστες. (Elissa V Klinger, Saidi H Kapiga, Noel E Sam, Said Aboud, Cheng-Yen Chen, Ronald C Ballard, & Ulla Larsen, 2006)

2.3.6. Διάγνωση

Η διάγνωση γίνεται με : Μικροσκοπική εξέταση των κολπικών εκκρίσεων σε φυσιολογικό ορό, ωστόσο είναι μια εξέταση που έχει χαμηλή ευαισθησία ανίχνευσης γύρω στο 44%-70%. Καλλιέργεια, που στις γυναίκες λαμβάνεται δείγμα από τις κολπικές εκκρίσεις τους ,ενώ στους άνδρες απαιτείται μπατονέτα ουρήθρας σπέρμα ή ίζημα ούτων. (Ricardo Gomes Vancini & Marlene Benchimol, 2008)



Εικόνα 8 - Διαγνωστική εξέταση, καλλιέργεια κολπικού υγρού

Την εξέταση OSOM με 82%-95% ευαισθησία, που είναι ένας ανοσοχρωματογραφικό προσδιορισμός που ανιχνεύει παθογόνα αντιγόνα στα κολπικά επιχρίσματα. Την Afirm VP III μια εξέταση με ανιχνευτή νουκλεϊκού οξέος που προσδιορίζει την *Trichomonas vaginalis* καθώς και τις *C.albicans* και *G.vaginalis*. Το NAAT μια εξέταση με ευαισθησία 60%-70% που γίνεται στις γυναίκες, προκειμένου να γίνει η διάγνωση της τριχομονάσης με λήψη δείγματος από τον κόλπο και τον ενδοτράχηλο ή από τα ούρα. Το APTIMA T που έχει 97% ευαισθησία και μπορεί να χρησιμοποιηθεί και στους άνδρες. Τη δοκιμασία Soloana trichomonas όπου γίνεται γρήγορη ανίχνευση του DNA της τριχομονάσης με ποσοστό ευαισθησίας >98%. Το τεστ ΠΑΠ ,αν και σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί να ανιχνεύσει τη τριχομοναση δεν θεωρείται διαγνωστική μέθοδος λόγω χαμηλής ευαισθησίας. (ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑ, 2013)



Εικόνα 9 - Διαγνωστική εξέταση Τεστ ΠΑΠ



Στην εργαστηριακή διάγνωση παρατηρούνται οι μικροοργανισμοί της τριχομονάδας με το χαρακτηριστικό τους σχήμα και τα 4 κινητά μαστίγια, αυξημένα πολυμορφοπύρρηνα λευκά αιμοσφαίρια, φυσιολογικά επιθηλιακά κύτταρα. Το pH του κόλπου είναι >4,5 συνήθως είναι 5,0-6,0. (Κλεόπας Χαραλάμπους, Ασημίνα Ροδοπούλου, & Ιωάννης Μαλάς, 2020)

2.3.7. Κύηση και Τ.Κ.

Η τριχομοναδική κολπίτιδα σχετίζεται με δυσμενή έκβαση της εγκυμοσύνης. Συγκεκριμένα, όπως προαναφέρθηκε έχει συσχετιστεί με χαμηλό βάρος γέννησης, FGR, πρόωρο τοκετό, πρόωρη ρήξη μεμβρανών, έκτοπη κύηση και υπογονιμότητα. Οι συμπτωματικές έγκυες ανεξάρτητα από την εβδομάδα κύησης θα πρέπει να θεραπεύονται και να ελέγχονται. Το θεραπευτικό σχήμα που προτείνεται λοιπόν είναι μετρονιδαζόλη 2 g σε μια δόση για τις συμπτωματικές έγκυες. Η τελευταία ενώ διαπερνά τον πλακούντα δεν φαίνεται να επηρεάζει άμεσα την ανάπτυξη του εμβρύου, ούτε υπάρχουν στοιχεία που να δείχνουν μεταλλαξιογόνες επιδράσεις στο βρέφος ή τερατογέννηση. Η αγωγή για την ΤΚ ενδεχομένως να ανακουφίσει τη γυναίκα από τα συμπτώματα και να ελαττώσει τη μετάδοση στο σεξουαλικό σύντροφο. Η περιγεννητική μετάδοση της ΤΚ είναι σπάνια αλλά μπορεί να αποτραπεί με την χορηγούμενη θεραπεία η οποία και θα εμποδίσει τη λοίμωξη των γεννητικών οργάνων και του αναπνευστικού συστήματος του νεογνού. Στην περίπτωση ασυμπτωματικών εγκύων ανάλογα με την εβδομάδα κύησης κρίνεται το όφελος της θεραπείας. Όσον αφορά την περίοδο της γαλουχίας η μετρονιδαζόλη εκκρίνεται στο μητρικό γάλα και λαμβάνεται από το βρέφος, αλλά δεν έχουν φανεί μέχρι στιγμής ανεπιθύμητες επιδράσεις στα βρέφη. Παρόλα αυτά οι κατευθυντήριες οδηγίες συστήνουν η έναρξη του θηλασμού να γίνει 12-24 ώρες μετά τη μητρική θεραπεία για να ελαττωθεί η έκθεση του βρέφους. Η θεραπεία με τινιδαζόλη δεν συστήνεται σε έγκυες και θηλάζουσες γυναίκες. (CDC.GOV, Trichomoniasis, 2022)

2.3.8. Θεραπεία

Η μοναδική κατηγορία φαρμάκων που είναι αποτελεσματική για την θεραπεία της τριχομονάσης είναι οι νιτροϊμιδαζόλες που χορηγούνται από το στόμα ή παρεντερικά. Σε περίπτωση που δεν ληφθεί η απαραίτητη αγωγή η λοίμωξη μπορεί να διαρκέσει από μήνες έως χρόνια. Η θεραπεία λοιπόν ενδέχεται να εμποδίσει τη μετάδοση και μειώνει τα



συμπτώματα της λοίμωξης. Το θεραπευτικό σχήμα που συνήθως ακολουθείτε από τις γυναίκες με τριμονιάση είναι μετρονιδαζόλη 500 mg από το στομα 2 φορές την μέρα για 7 μέρες ή 2 gr από το στόμα σε εφάπαξ δόση. Το τελευταίο σχήμα συνιστάται να το ακολουθούν και οι ερωτικοί σύντροφοι των γυναικών. Κάποιες φορές μπορεί να χορηγηθεί στη γυναίκα αγωγή με κολπικά υπόθετα μετρονιδαζόλης σε συνδιασμό με δισκία μετρονιδαζόλης και ταυτόχρονη χορήγηση δισκίων στον άνδρα.

Εναλλακτικό θεραπευτικό σχήμα για γυναίκες και άνδρες είναι η τινιδαζόλη 2 gr από το στόμα σε 1 μοναδική δόση. Η τινιδαζόλη προκαλεί λιγότερες γαστρεντερικές παρενέργειες και έχει μεγαλύτερα ποσοστά αποτελεσματικής ίασης σε σχέση με την μετρονιδαζόλη. Σε κάθε περίπτωση οι γυναίκες που λαμβάνουν αγωγή για *T.vaginalis*, καθώς και οι σεξουαλικοί τους σύντροφοι, πρέπει να συμβουλευούνται να απέχουν από σεξουαλικές επαφές μέχρι να ολοκληρωθεί η θεραπεία και να είναι και οι δύο ασυμπτωματικοί. Αναγκαία επίσης κρίνεται και η αποφυγή κατανάλωσης αλκοόλ κατά την διάρκεια της αγωγής έτσι ώστε να αποφύγουμε μια πιθανή αντίδραση τύπου δισουλφιράμης η οποία μπορεί να οδηγήσει σε άλλες ανεπιθύμητες ενέργειες. (CDC.GOV, Trichomoniasis, 2022)

Επιπλέον θα πρέπει να γίνουν εξετάσεις για άλλα ΣΜΝ όπως είναι η γονόρροια, τα χλαμύδια, το HIV και η σύφιλη. Σε όλες τις γυναίκες που είναι σε σεξουαλικά ενεργές και έλαβαν θεραπεία για τη συγκεκριμένη λοίμωξη θα πρέπει να γίνεται ένας επανέλεγχος 3 μήνες μετά την πρώτη θεραπεία, επειδή ο κίνδυνος επαναμόλυνσης είναι ιδιαίτερα υψηλός. Άκρως σημαντική λοιπόν κρίνεται η χρήση ανδρικού προφυλακτικού κατά τη σεξουαλική επαφή έτσι ώστε να αποφευχθεί η μετάδοση αυτής της λοίμωξης. Εξίσου σημαντική κρίνεται και η θεραπεία όλων των σεξουαλικών συντρόφων των γυναικών, που διαγνώστηκαν με τριχομονάδα, έτσι ώστε να αποφευχθεί ο κίνδυνος επαναμόλυνσης. (ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑ, 2013)

Η αγωγή που συστήνεται είναι η μετρονιδαζόλη 2 gr σε 1 δόση ή τινιδαζόλη 500 mg 2 φορές την μέρα για 1 εβδομάδα ή μετρονιδαζόλη 500 mg 2 φορές την μέρα για 1 εβδομάδα. Στην περίπτωση υποτροπιάζουσας λοίμωξης, η οποία οφείλεται σε αποτυχία της χορηγούμενης θεραπείας, σε επαναμόλυνση της γυναίκας από σύντροφο που δεν έλαβε θεραπευτική αγωγή ή σε έλλειψη προσκόλλησης. Η συχνότερη αιτία υποτροπιάζουσας λοίμωξης είναι η επαναμόλυνση. Εάν μια γυναίκα λάβει αγωγή μετρονιδαζόλης 500 mg 2 φορές τη μέρα για 1 εβδομάδα και επαναμολυνθεί από σύντροφο που δεν έλαβε αγωγή



τότε συνιστάται θεραπεία ίδιου σχήματος. Εάν δεν οφείλεται σε επαναμόλυνση τότε θα λάβει αγωγή με μετρονιδαζόλη ή τινιδαζόλη 2 gr 1 φορά ημερησίως για 1 εβδομάδα. (Γεώργιος Μ. Ιατράκης, 2018)

Στην ειδική περίπτωση άμεση αλλεργικής αντίδρασης στην αγωγή συντήνεται η απευαισθητοποίηση στη μετρονιδαζόλη με ταυτόχρομη συννενόηση με αλλεργιολόγο. Εναλλακτικές θεραπείες που έχουν χρησιμοποιηθεί σε περιπτώσεις αλλεργίας είναι το βορικό οξύ ή η παρομομυκίνη. (Deitra, Shannon, & Cashion, 2013)

Σε φορείς HIV με ταυτόχρονη τριχομοναδική κολπίτιδα, η θεραπεία εκλογής είναι μετρονιδαζόλη 500mg δυο φορές την ημέρα για μια εβδομάδα.

2.4 Κολπίτιδα μη οφειλόμενη σε λοίμωξη

Ο πιο χαρακτηριστικός τύπος της συγκεκριμένης κολπίτιδας είναι η αλλεργική αντίδραση, που οδηγεί σε αλλεργική κολπίτιδα. Ενδεχομένως, να προκαλείται μετά από επαφή κάποιο ξένου σώματος με την κολπική κοιλότητα, όπως για παράδειγμα ένα ξεχασμένο ταμπόν εντός του κόλπου ή ένα ξεχασμένο διάφραγμα αντισύλληψης το οποίο μπορεί να προκαλέσει κολπικό τραύμα. Η κολπίτιδα αυτή μπορεί επίσης, να προκληθεί μετά από ερεθισμό του κολπικού τοιχώματος λόγω άμεσης αλλεργικής αντίδρασης σε χημικές ουσίες, όπως τα αντισηπτικά που χρησιμοποιούν κάποιες γυναίκες στις κολπικές τους πλύσεις. Εκτός από τα προαναφερθέντα, αλλεργικές αντιδράσεις έχουν παρατηρηθεί μετά την κολπική χρήση αρωματικών σαπουνιών, κολπικών σπρέι (αποσμητικών συνήθως), μωρομάντηλων αλλά και μετά τη χρήση απορρυπαντικών και μαλακτικών για τα ρούχα, ακόμα και σε συγκεκριμένα είδη προφυλακτικών καθώς και εσφουράχων ιδιαίτερος των συνθετικών. (Charles R. B. Beckman, et al., 2018)

2.4.1. Συμπτώματα και αντιμετώπιση

Οι γυναίκες, ίσως παρατηρήσουν συμπτώματα ερεθισμού, κνησμού και έντονης δύσοσμης κολπικής έκκρισης και ενόχλησης κατά την σεξουαλική επαφή. Η αντιμετώπισή της αλλεργικής κολπίτιδας λοιπόν, γίνεται με την άρση του παράγοντα που προκάλεσε την αλλεργική αντίδραση και με την μελλοντική αποφυγή του. (Richard Amsel, και συν., 1983)

2.4.2. Παράγοντες κινδύνου

Ευνοϊκός παράγοντας για την ανάπτυξη κολπίτιδας είναι και η ανοσοκαταστολή της γυναίκας. Ασθένειες όπως το AIDS κ.ά. που επηρεάζουν το ανοσοποιητικό σύστημα, ο



σακχαρώδης διαβήτη, οι χημειοθεραπείες και συγκεκριμένα είδη φαρμάκων επηρεάζουν άμεσα τον αμυντικό μηχανισμό του οργανισμού με αποτέλεσμα να δημιουργείται ευνοϊκό περιβάλλον για την ανάπτυξη κολπίτιδας. (Richard Amsel, και συν., 1983)

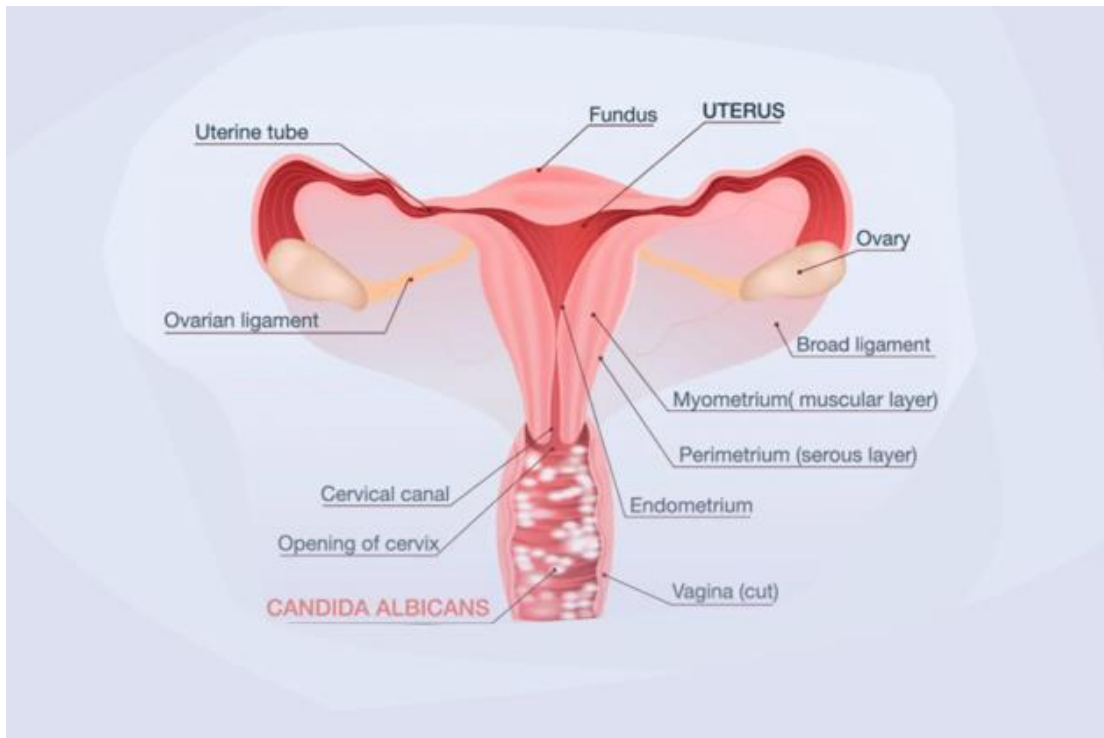
Ένας άλλος τύπος κολπίτιδας, που δεν οφείλεται σε άμεση λοίμωξη είναι αυτός που προκαλείται μετά την συνεχή χορήγηση αντιβιοτικών φαρμάκων. Αυτό συμβαίνει, διότι τα αντιβιοτικά φάρμακα δεν έχουν την δυνατότητα να διακρίνουν τα μικρόβια που πρέπει να εξουδετερώσουν, με αποτέλεσμα να καταστρέφουν μικρόβια τα οποία ζουν φυσιολογικά στον ανθρώπινο οργανισμό. Ο συνηθέστερος τύπος κολπίτιδας που αναπτύσσεται μετά την συνεχή λήψη αντιβιοτικών είναι η μυκητιασική κολπίτιδα που θα αναπτυχθεί παρακάτω. (Γεώργιος Μ. Ιατράκης, 2018)

2.4.3. Συσχέτιση με παθολογικές καταστάσεις

Άλλες καταστάσεις που δεν οφείλονται σε άμεση λοίμωξη είναι ο λειχήνας και το σύνδρομο τοξικού shock . Όσον αφορά το λειχήνα πρόκειται για μια φλεγμονώδη πάθηση του δέρματος η οποία είναι χρόνια και εμφανίζεται στην γεννητική περιοχή. Διακρίνεται σε 3 κατηγορίες (σκληρυντικός, ομαλός, απλός), είναι αγνώστου αιτιολογίας και προκαλεί κυρίως κνησμό, αίσθημα καύσου, δυσπαρεύνια κ.ά. Το σύνδρομο τοξικού shock είναι μια σπάνια πάθηση που οφείλεται στην ύπαρξη ξένου σώματος εντός του κόλπου ή στην κατακράτηση ταμπόν. Χαρακτηρίζεται από μια υπερανάπτυξη των σταφυλοκόκκων η οποία εκκρίνει μια τοξίνη προκαλώντας shock σε συνδυασμό με εμετούς , πυρετό, διάρροια και ένα ερυθματώδες εξάνθημα. (Richard Amsel, και συν., 1983)

2.5 Κολπίτιδα από Candida Albicans

Η μυκητιασική ή καντιντιασική κολπίτιδα (MK) είναι μία φλεγμονή του κόλπου η οποία αφορά κυρίως γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας. Έως και το 90% όλων των γυναικών θα παρουσιάσει το λιγότερο μία φορά στη ζωή του MK, ενώ ένας αρκετά μεγάλος αριθμός εμφανίζει ασυμπτωματική MK. Σε κορίτσια προεφηβικής ηλικίας που διατηρούν σωστές συνθήκες υγιεινής αποτελεί σπάνιο φαινόμενο. (Β. Παπαεμμανουήλ, Α. Παπαδημητρίου, Δ. Ντούμας, & Ν. Γεωργογιάννης, 2008)



Εικόνα 10 - Μυκητιασική κολπίτιδα (Candida Albicans)

Προκαλείται από διάφορους μικροοργανισμούς όπως η *C. Glabrata* και *C. Tropicalis*. Κύριο αίτιο όμως της ΜΚ είναι ο μύκητας *Candida Albicans* (ωίδιο το λευκάζον), ευκαιριακά παθογόνος μύκητας του γενετικού και γαστρεντερικού συστήματος, που ευθύνεται για το 85-90% των περιπτώσεων.

Η εμφάνιση λοίμωξης από τον βλαστομύκητα *C. Albicans* εξαρτάται από δύο παράγοντες:

- Τη λοιμογόνο ικανότητα του μύκητα και
- Την ικανότητα του ξενιστή να εμποδίσει ή να μειώσει την παθογονικότητα του μύκητα

Η παθογονικότητα του μύκητα θεωρείται πως προκύπτει όταν ο μύκητας μετατρέπεται μόνος του από αποικιστής σε παθογόνος. Επομένως ο αριθμός των βλαστοκυττάρων που υπάρχουν ίσως να είναι υπεύθυνος για τα κλινικά συμπτώματα που εμφανίζονται. Χαρακτηριστικά, πολυάριθμα βλαστοκύτταρα στον κόλπο προκαλούν σοβαρά συμπτώματα, ενώ ολιγάριθμα συνοδεύονται από απλό αποικισμό. (Σιώχου Α., Σιώχου Ι., Ιωαννίδου Μ., Βασιλόπουλος Γ., & Καπάδοχος Θ., 2007)

2.5.1. Συμπτώματα

Η ΜΚ μπορεί να είναι τόσο συμπτωματική όσο και ασυμπτωματική, η οποία αποτελεί έως και το 25 % των περιπτώσεων. Οι γυναίκες με μυκητιασική κολπίτιδα μπορεί να



εμφανίσουν ένα ή και περισσότερα από τα επακόλουθα συμπτώματα: κνησμό (>85 %), δυσουρία (33%), καύσο, πόνο, υπερέκκριση γαλακτώδους κολπικού υγρού και δυσπαρεύνια. Πολλές φορές τα κολπικά υγρά φέρουν πλάκες (Arul-Kumaran & Morgan) . Η γενετική περιοχή χαρακτηρίζεται από ερυθρότητα και οίδημα (24%). Σε σοβαρές καταστάσεις η φλεγμονή εντοπίζεται μέχρι και στις μηρογεννητικές περιοχές. Τέλος, μετά από σεξουαλική επαφή και κατά την εμμηνορρυσία τα συμπτώματα μπορεί να γίνονται ακόμα πιο έντονα. (Jack D. Sobel, και συν., 1998)



Εικόνα 11 - Μυκητιασική κολπίτιδα

2.5.2. Προδιαθεσικοί παράγοντες

Η υπερβολική κατανάλωση υδατανθράκων, η κύηση, η λήψη αντιβιοτικών ευρέως φάσματος, η λήψη αντισυλληπτικών χαπιών, η συστηματική και παρατεταμένη χρήση κορτιζόνης, η χρήση σερβιέτας εκτός των ημερών εμμήνου ρήσεως πιστεύεται πως ευνοούν την εμφάνιση της μυκητιασικής κολπίτιδας. Η υποτροπιάζουσα ΜΚ εμφανίζεται στο 5-10% των γυναικών και ορίζεται ως 3 ή περισσότερα επεισόδια λοίμωξης ανά έτος. Ωστόσο, ενοχοποιούνται η θεραπεία με ανοσοκατασταλτικά, η θεραπευτική χορήγηση ορμονών, ο μη ελεγχόμενος σακχαρώδης διαβήτης, μόλυνση με τον ιό HIV καθώς και καταστάσεις έντονου άγχους και στρες.

Η επίδραση των οιστρογόνων είναι καθοριστικής σημασίας για την εξέλιξη της κολπίτιδας. Κατά τη διάρκεια του εμμηνορρυσιακού κύκλου τα οιστρογόνα που παράγονται οδηγούν το κερατινοποιημένο κολπικό επιθήλιο να γίνει πιο παχύ και τελικά να απορριφθεί.



Ωστόσο, σε τέτοιες καταστάσεις αυξημένης οιστρογονικής δραστηριότητάς οι γυναίκες είναι πιο επιρρεπείς στις κολπίτιδες. Αυτό αποδεικνύεται άλλωστε και από το γεγονός πως γυναίκες σε προεφηβική και μετεμμηνοπαυσιακή ηλικία(που τα επίπεδα των οιστρογόνων είναι χαμηλά) σπάνια εμφανίζουν κολπίτιδα. (Brian M. Peters, Junko Yano, Mairi C. Noverr, & Paul L. Fidel Jr, 2014)

2.5.3. Παθογένεση

Τα οιστρογόνα συμβάλλουν στην προσκόλληση του *C.Albicans* στα κολπικά επιθηλιακά κύτταρα,ενώ ταυτόχρονα το *C.Albicans* κωδικοποιεί μια πρωτεΐνη που δεσμεύει οιστρογόνα (EBP), οδηγώντας τελικά στη μείωση της προστατευτικής ανοσίας στην κολπίτιδα.

Το pH του κόλπου και η σύνθεση της βακτηριακής μικροχλωρίδας του καθορίζουν επίσης την εμφάνιση της MK. Το pH του κόλπου μιας ενήλικης γυναίκας παραμένει σταθερά όξινο στο 4,5 με σκοπό να εμποδίσει την υπερανάπτυξη μικροοργανισμών. Όταν το pH αυξάνεται είναι πιο εύκολο να αναπτυχθεί κολπίτιδα. Επιπρόσθετα τα αντιβιοτικά διαταράσσουν τα ήδη υπάρχοντα βακτήρια του βλεννογόνου, μεταβάλλοντας με αυτό τον τρόπο το υγιές περιβάλλον του κόλπου. (Jack D. Sobel, και συν., 1998)

2.5.4. Διαγνωστική εξέταση

Η διάγνωση της καντιντιασικής κολπίτιδας στηρίζεται στο ιστορικό, στην κλινική εξέταση, στη μικροσκοπική εξέταση και στην καλλιέργεια του δείγματος. Ωστόσο υπάρχει μια σύγχυση σχετικά με το πότε υφίσταται απλός αποικισμός του κόλπου από *Candida* και πότε μυκητιασική κολπίτιδα. Οι περισσότεροι επιστήμονες υποστηρίζουν πως είναι MK όταν συνυπάρχουν και συμπτώματα και κλινικά σημεία αιδοιοκολπίτιδας και θετική καλλιέργεια ή μικροσκοπική εξέταση του κολπικού δείγματος για *Candida*. Απλός αποικισμός θεωρείται όταν η καλλιέργεια είναι θετική χωρίς όμως κλινικά σημεία ή συμπτώματα.

Κατά την εξέταση του κολπικού εκκρίματος φαίνονται τα χαρακτηριστικά σπόρια και νημάτια.

2.5.4.1. Αναφορά στην μέθοδο ELISA (Enzyme-linked Immunosorbent Assay)

Πρόκειται για μια ανοσοενζυμική μέθοδο η οποία ανιχνεύει ποσοτικά και ποιοτικά το πολυσακχαριδικό αντιγόνο mannan του κυτταρικού τοιχώματος της *C.Albicans* στον ορό του αίματος. Χαρακτηρίζεται από ιδιαίτερη ακρίβεια και ευαισθησία με ποσοστό



αξιοπιστίας έως και 90 %. Ταυτόχρονα δίνεται η δυνατότητα να εξεταστούν πολλά δείγματα μαζί σε μια μικροπλάκα και τα αποτελέσματα του mannan μπορούν να συντηρηθούν για 6 μήνες στους -20 βαθμούς κελσίου. Στις γυναίκες με ΜΚ εισάγονται με σύριγγα 10ml αποστειρωμένου νερού στον κόλπο και στη συνέχεια το έκπλυμα εισρροφάται. Έπειτα κάθε έκπλυμα αραιώνεται σε δεκαπλάσια ποσότητα σε απεσταγμένο νερό και από το διάλυμα που προκύπτει 0,1 ml καλλιεργούνται σε τρυβλία διαμέτρου 8,5 εκ. με Sabouraud glucose agar, στο οποίο είχε προστεθεί 0,5g/l του αντιβιοτικού χλωραμφενικόλη. Τις επόμενες 48 ώρες οι αποικίες αφήνονται να αναπτυχθούν στους 37 βαθμούς κελσίου. Έπειτα γίνεται διαχωρισμός των *C. Albicans* από άλλους μύκητες με τη μέθοδο εκβλάστησης του σωλήνος (Germ tube test) και με το σύστημα API 20 Aux, το οποίο χρησιμοποιείται για την αναγνώριση των πιο συχνά συναντώμενων ζυμομύκητων. Έτσι, οι γυναίκες που δεν εμφανίζουν κλινικά σημεία δίνουν αρνητική καλλιέργεια και δεν ανευρίσκονται επίπεδα mannan στα κολπικά εκπλύματα. Αντίστοιχα στις γυναίκες με σοβαρά κλινικά συμπτώματα και θετική καλλιέργεια εντοπίζονται αυξημένα επίπεδα mannan. (B. Παπαεμμανουήλ, Α. Παπαδημητρίου, Δ. Ντούμας, & Ν. Γεωργογιάννης, 2008)

2.5.5. Κύηση και Μ.Κ.

Κατά τη διάρκεια της κύησης αυξάνεται η συχνότητα της μυκητιασικής αιδοιοκολπίτιδας (Ιατράκης 2015). Σε έγκυες γυναίκες η *Candida* ευθύνεται μέχρι και για το 45% συμπτωματικής κολπίτιδας, ενώ αντίστοιχα σε μη έγκυες φτάνει το 45% (Freitag & Gravett). Οι μεταβολές της κολπικής χλωρίδας, η αύξηση του γλυκογόνου και η ελάττωση της μητρικής κυτταρικής ανοσίας οδηγούν κάποιες φορές σε πολλαπλασιασμό της *Candida* και κατά συνέπεια σε κολπίτιδα. Ωστόσο πολύ σπάνια μολύνεται το αμνιακό υγρό. Η αγωγή που προτιμάται συνήθως περιλαμβάνει εφάπαξ χορήγηση κολπικού υπόθετου ή 3ήμερη ή 7ήμερη χρήση κολπικών αλοιφών ή κολπικών υπόθετων που εφαρμόζονται μία φορά την ημέρα.

2.5.6. Θεραπεία

Η αντιμετώπιση της μυκητιασικής αιδοιοκολπίτιδας περιλαμβάνει αντιμυκητιασικά φάρμακα τα οποία χορηγούνται τοπικά με τη μορφή κολπικών αλοιφών ή υπόθετων (μικοναζόλη, εκοναζόλη, τικοναζόλη κ.ά) και σε σοβαρές και επίμονες καταστάσεις με συστηματική αγωγή από το στόμα (ιτρακοναζόλη-Sporanox, φλουκοναζόλη -Fungustatin, κετοκοναζόλη-Fungoral). Ωστόσο η τελευταία θεωρείται πως προκαλεί σοβαρή ηπατίτιδα.



Σε ορισμένες βιβλιογραφίες φαίνεται πως προτιμάται η χορήγηση φλουκοναζόλης από το στόμα. Σπάνια έχει παρενέργειες οι οποίες είναι ήπιες και ανακουφίζονται από τα συμπτώματα για τουλάχιστον 72 ώρες μετά τη λήψη ενός μόνο δισκίου 150 mg, το οποίο κοστίζει λιγότερο από πέντε ευρώ (Sobel 2013). Έχει διαπιστωθεί πως η αγωγή που λαμβάνεται από το στόμα προκαλεί σε κάποιες περιπτώσεις γαστρεντερικές διαταραχές, προσωρινές διαταραχές της ηπατικής λειτουργίας, κεφαλαλγία και εξάνθημα σε αντίθεση με τις τοπικές θεραπείες που σπάνια ίσως προκαλέσουν ερεθισμό. Επιπρόσθετα οι θεραπείες από το στόμα διαρκούν μία ή δύο περισσότερες ημέρες από τις τοπικές. Επομένως για την επιλογή της κατάλληλης θεραπείας θα πρέπει να ληφθούν υπόψη το κόστος, η επιθυμία της ασθενούς και οι αντενδείξεις.

Προκειμένου όμως να δοθεί η κατάλληλη θεραπεία είναι απαραίτητο να προσδιοριστεί αν η κολπίτιδα είναι επιπλεγμένη ή όχι. Σε μια επιπλεγμένη η τοπική θεραπεία είναι πιο αποτελεσματική από μια από του στόματος εφάπαξ θεραπεία και διαρκεί από 10 έως 14 ημέρες.

Διάκριση επιπλεγμένης από μη επιπλεγμένη:

ΕΠΙΠΛΕΓΜΕΝΗ

- Υποτροπιάζουσα μόλυνση
- Σοβαρή μόλυνση
- Μόλυνση με μύκητες Candida εκτός του C.Albicans
- Γυναίκες με μη ελεγχόμενο σακχαρώδη διαβήτη, με ανοσοκαταστολή, εγκυμονούσες

ΜΗ ΕΠΙΠΛΕΓΜΕΝΗ

- Όχι τόσο συχνή μόλυνση
- Ήπια έως μέτριας βαρύτητας μόλυνση
- Κυριότερη αιτία C.Albicans
- Όχι γυναίκες με ανοσοκαταστολή

2.5.7. Υποτροπιάζουσα

Ποσοστό 5%-15% θα επανεμφανίσουν μυκητιασική αιδοιοκολπίτιδα έως και 4 φορές μέσα στο χρόνο. Σε τέτοιες περιπτώσεις προτείνεται η προφυλακτική χορήγηση κετοκοναζόλης 100 mg την ημέρα ή φλουκοναζόλης 150mg την εβδομάδα για μερικούς μήνες (Oats & Abraham 2005). Παράλληλα θα πρέπει και ο σύντροφος να λαμβάνει θεραπεία, να τηρείται καλή υγιεινή και να ελέγχεται ο σακχαρώδης διαβήτης όπως και κάθε άλλος προδιαθεσικός παράγοντας. (MARION K. OWEN & TIMOTHY L. CLENNEY, 2004)



2.5.8. Συσχέτιση της Μ.Κ. με ανώμαλα κολπικά επιχρίσματα

Ορισμένοι επιστήμονες υποστηρίζουν πως η μυκητιασική λοίμωξη αποτελεί μία πιθανή αιτία κυτταρικής ατυπίας (Kumar et al 2011) και σχετίζεται βραχυπρόθεσμα ή μακροπρόθεσμα με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου.

2.6 Αποφολιδωτική φλεγμονώδης κολπίτιδα

Η αποφολιδωτική φλεγμονώδης κολπίτιδα (Desquamative Inflammatory Vaginitis – DIV) είναι μια ασυνήθιστη πάθηση, χωρίς συγκεκριμένη αιτιολογία, στα πλαίσια χρόνιας φλεγμονώδους κολπίτιδας. Αφορά γυναίκες της Καυκάσιας φυλής κυρίως και τα συμπτώματα είναι παρόμοια με αυτά της κολπίτιδας οφειλόμενης σε έλλειψη οιστρογόνων και της τριχομοναδικής. Παρουσιάζεται συνήθως σε γυναίκες που βρίσκονται στην αναπαραγωγική ηλικία με φυσιολογική ορμονική λειτουργία και χωρίς κάποιο σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα. Πιο σπάνια εμφανίζεται σε προ-εμμηνοπαυσιακές ή σε γυναίκες μετά από κύηση. (Orna Reichman & Jack Sobel, 2014)

2.6.1. Συμπτώματα, Κλινική Εξέταση και Θεραπεία

Συμπτώματα

Οι κύριες ενδείξεις της DIV είναι :

- Πυώδης έκκριση
- Αιδοιοκολπικό ερεθισμό
- Δυσπαρέυνια

Κατά την εξέταση με κολποδιαστολέα διαπιστώνονται σημάδια φλεγμονής με ερυθρότητα και πετέχειες. Μπορεί να παρουσιάζονται σημεία του ομαλού λειχήνα ή και πέμφιγες. Ταυτόχρονα στο τεστ αμινών δεν παράγεται κάποια οσμή, ενώ το pH συνήθως είναι πάνω από 4,6. Μικροσκοπικά παρατηρούνται πολλά πολυμορφοπύρρηνα λευκοκύτταρα και ανώριμα παραβασικά κολπικά επιθηλιακά κύτταρα. Στις καλλιέργειες δεν ανιχνεύονται βακτήρια, ιοί και ζυμομύκητες.

Παρόλο που τα κορτικοστεροειδή και το τοπικό βορικό οξύ μειώνουν τα συμπτώματα της DIV, η ανακούφιση είναι προσωρινή και μετά τη διακοπή τους συχνά υποτροπιάζει η ασθενής.

2.7 Κολπίτιδα οφειλόμενη σε ανεπάρκεια οιστρογόνων



Η ατροφική κολπίτιδα είναι μια συμπτωματική φλεγμονώδης διαδικασία που χαρακτηρίζεται από λεπτό κολπικό επιθήλιο, μυϊκή ατροφία, μειωμένη ελαστικότητα και ελαττωμένες κολπικές εκκρίσεις. Οι ουρογεννητικοί ιστοί αναπτύσσονται εξαρτώμενοι από οιστρογόνα, συνεπώς σε υπο οιστρογονικές περιπτώσεις υφίστανται μετασχηματισμό. Επηρεάζει ορισμένες προεμμηνόπαυσιακές γυναίκες και το 10% έως 50% των μετεμμηνόπαυσιακών γυναικών.

2.7.1. Αίτια

Μια υπο οιστρογονική κατάσταση μπορεί να είναι μέρος της φυσικής φυσιολογικής εμμηνόπαυσης ή να προκληθεί από

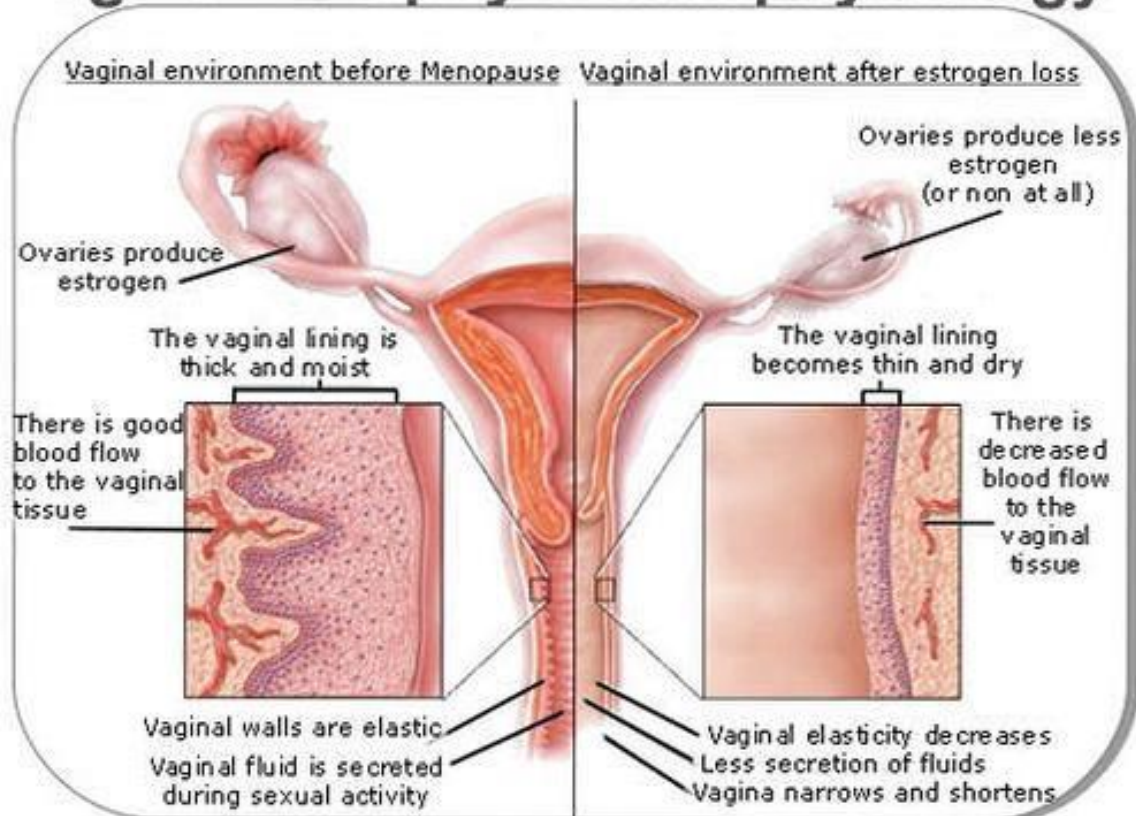
- κάποιο χειρουργείο
- Ακτινοβολία ή χημειοθεραπεία
- Φάρμακα (εκλεκτικοί ρυθμιστές υποδοχέα οιστρογόνου, εκλεκτικοί αποικοδομητές υποδοχέα οιστρογόνου και αντιγοναδοτροπίνες)
- Δυσλειτουργία υποθαλάμου

Ταυτόχρονα, κάποιες προεμμηνόπαυσιακές γυναίκες είναι πιθανό να βρεθούν σε υποοιστρογονική κατάσταση κατά την περίοδο της γαλουχίας.

Συγκεκριμένα, παρατηρείται μείωση των λακτοβάκιλλων που αποτελούν μέρος της φυσιολογικής χλωρίδας του κόλπου. Οι λακτοβάκιλλοι είναι Gram θετικά, αερολυτικά αναερόβια ή μικροαερόφιλα βακτήρια, σε σχήμα ράβδου, που δεν σχηματίζουν σπόρια. Η μείωση των λακτοβάκιλλων έχει ως αποτέλεσμα την ραγδαία ανάπτυξη παθογόνων μικροοργανισμών του δέρματος και του ορθού. (Stika, 2010)



Vaginal Atrophy: Pathophysiology



Εικόνα 12 - Ατροφία κόλπου

2.7.2. Παθοφυσιολογία

Τα γυναικεία γεννητικά όργανα, το κατώτερο ουροποιητικό σύστημα και τα γύρω αγγεία αναπτύσσονται με παρόμοιους υποδοχείς οιστρογόνων. Ο Α-υποδοχέας των οιστρογόνων είναι ενεργός στην προεμμηνόπαυση και μετά την εμμηνόπαυση και βρίσκεται στην μήτρα και την υπόφυση. Ο Β-υποδοχέας, που εντοπίζεται στις ωοθήκες, είναι ενεργός κατά την προεμμηνόπαυση κυρίως και είναι υπεύθυνος για την ωοθηκική ανεπάρκεια που προκαλείται στην εμμηνόπαυση. Η υποοιστρογονική κατάσταση έχει ως αποτέλεσμα την μείωση των πλακωδών κυττάρων, την διάσπαση των ινών ελαστίνης στον αιδοιοκολπικό ιστό και την ένωση των ινών κολλαγόνου. Όλα αυτά προκαλούν ελάττωση της λίπανσης, ξηρότητα, μειωμένη ελαστικότητα και στένωση του κόλπου. Οι λακτοβάκιλλοι χρησιμοποιούν το γλυκογόνο που περιέχουν τα επιφανειακά πλακώδη κύτταρα του κολπικού επιθηλίου (τα οποία φυσιολογικά αναπτύσσονται όταν τα επίπεδα των οιστρογόνων είναι 30-40 pg/ml) και δημιουργούν τον όξινο pH του κόλπου 3,5 έως 5,0. Καθώς στην εμμηνόπαυση τα οιστρογόνα είναι λιγότερα από 20 pg/ml αναπτύσσονται



λιγότερα πλακώδη επιθηλιακά κύτταρα με αποτέλεσμα να παράγεται λιγότερο γαλακτικό οξύ και άρα υψηλότερο pH (5,0 έως 7,5). Κατά συνέπεια ο κόλπος είναι πιο ευάλωτος σε άλλα παθογόνα, όπως είναι η Gardnerella vaginalis, το μικρόβιο Prevotella, τα βακτήρια Atorobium και ο Στρεπτόκοκκος. (Shelley A. Flores & Carrie A. Hall., 2021)

2.7.3. Ιστοπαθολογία

Όπως προαναφέρθηκε, στην ατροφική κολπίτιδα εντοπίζονται μειωμένα επιφανειακά πλακώδη κύτταρα, αυξημένα παραβασικά, μειωμένοι γαλακτοβάκιλλοι και φυσιολογικά έως χαμηλά ποσοστά από ουδετερόφιλα. Ταυτόχρονα, εκτός από την ελάττωση του κολλαγόνου και της ελαστίνης, έχουμε και μείωση των αιμοφόρων αγγείων της υποβλεννογόνιας στοιβάδας γεγονός που καθιστά τον βλεννογόνο του κόλπου λεπτό, εύθραυστο και με μειωμένες εκκρίσεις. (Shelley A. Flores & Carrie A. Hall., 2021)

2.7.4. Συμπτώματα και Κλινική Εξέταση

Τα συμπτώματα της ατροφικής κολπίτιδας περιλαμβάνουν

- Ξηρότητα στο αιδοίο και τον κόλπο
- Δυσπαρεύνια
- Κνησμό
- Ανώμαλες κολπικές εκκρίσεις
- Πόνο στα μικρά χείλη μετά τη συνουσία ή βαθύτερα στον κολπικό θόλο
- Πόνο στην ουρήθρα
- Υποτροπιάζουσες λοιμώξεις του ουροποιητικού συστήματος
- Αιματουρία
- Ακράτεια ούρων

Στην κλινική εκτίμηση φαίνεται πως ο δείκτης κολπικής ωρίμανσης (VMI) είναι η αναλογική σχέση μεταξύ των επιφανειακών, ενδιάμεσων και παραβασικών κυττάρων του κολπικού ιστού. Καθώς στην ατροφική κολπίτιδα παρατηρείται αύξηση των παραβασικών κυττάρων, ο δείκτης VMI θα είναι χαμηλότερος. Σημειώνεται πως μια υποοιστρογόνος κατάσταση έχει δείκτη VMI 0 έως 49, ενώ μια υπεροιστρογόνος 65-100.

Πριν πραγματοποιηθεί η εξέταση με τον κολποδιαστολέα, πραγματοποιείται συλλογή κολπικού επιχρίσματος για τον καθορισμό του δείκτη κολπικής ωρίμανσης(VMI),λήψη και καθορισμός του pH των κολπικών εκκρίσεων και καλλιέργειες. Κατά την εξέταση με κολποδιαστολέα διαπιστώνεται υποοιστρογονικός ιστός, με ελαττωμένη ελαστικότητα και



εκκρίσεις, καθιστώντας την είσοδό του πιο δύσκολη. Ταυτόχρονα ο κοιλικός ιστός έχει χρώμα ανοιχτό ροζ και εμφανίζει μειωμένες εκκρίσεις. Αν υπάρχουν κοιλικές εκκρίσεις τότε μπορεί να είναι πυώδεις και το pH του κόλλου όπως προαναφέρθηκε είναι αυξημένο. Κατά την ανάμειξη του κοιλικού εκκρίματος με μερικές σταγόνες 10% υδροξειδίου του καλίου (ΚΟΗ), διαδικασία γνωστή ως τεστ αμινών, δεν παράγεται κάποια οσμή. Ταυτόχρονα ,μικροσκοπικά, παρατηρούνται ανώριμα παραβασικά κοιλικά κύτταρα με ή χωρίς λευκοκύτταρα, ενώ στις κοιλικές καλλιέργειες υπάρχει ποικιλία εντερικών ή άλλων βακτηριδίων. (Ανθουλάκη, 2019)

2.7.5. Θεραπεία

Η θεραπεία της ατροφικής κολπίτιδας ξεκινά χορηγώντας στην ασθενή διάφορα ενδοκοιλικά οιστρογόνα ώστε να διαπιστωθεί το πιο αποτελεσματικό για την εκάστοτε ασθενή. Τα ενδοκοιλικά προϊόντα οιστρογόνων, η κρέμα συζευγμένων οιστρογόνων (εμπορική ονομασία Premarin), η κρέμα οιστραδιόλης, το δισκίο οιστραδιόλης, ο κοιλικός δακτύλιος οιστραδιόλης και το διαδερμικό έμπλαστρο οιστραδιόλης προσφέρουν μια σχετική ανακούφιση από τα συμπτώματα και αντιμετωπίζουν το πολύ όξινο pH του κόλλου. Συστήνεται να χρησιμοποιείται η χαμηλότερη δυνατή δόση για να αποφευχθεί η συστηματική έκθεση στα οιστρογόνα, όπως επίσης προτείνεται η μείωση της θεραπείας μετά την εμφάνιση θετικών αποτελεσμάτων, αν και ορισμένοι ασθενείς χρειάζονται θεραπεία εφ' όρου ζωής.

Εναλλακτικές ή και πρόσθετες θεραπείες περιλαμβάνουν εκλεκτικούς ρυθμιστές υποδοχέων οιστρογόνων, σύμπλοκα οιστρογόνων εκλεκτικών ιστών, οιστριόλη, πλάσμα πλούσιο σε αιμοπετάλια, βότανα και άλλα φυσικά προϊόντα. Η οσπεμφαίνη, ένας εκλεκτικός ρυθμιστής υποδοχέων οιστρογόνου, έχει εγκριθεί από τον FDA για συμπληρωματική θεραπεία σε ασθενείς με δυσπαρεύνια ή για χρήση σε ασθενείς που δεν είναι υποψήφιοι για θεραπεία με οιστρογόνα.

Ο δείκτης κοιλικής ωρίμανσης (VMI) μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της θεραπείας με οιστρογόνα.

Οι κίνδυνοι που προκύπτουν από την θεραπεία με τα οιστρογόνα περιλαμβάνουν καρκίνο του μαστού, διάφορους οιστρογονοεξαρτώμενους καρκίνους του μαστού και της μήτρας, υπερπλασία ενδομητρίου, θρομβοεμβολικές διαταραχές, ηπατική νόσο, καρδιαγγειακές παθήσεις, αδιάγνωστη κοιλική αιμορραγία, , ημικρανίες, αλλεργία στο οιστρογόνο ή στο προϊόν φορέα.



Η θεραπεία με λέιζερ φαίνεται πως βοηθάει στην αναδιάπλαση των ινών κολλαγόνου και των αιμοφόρων αγγείων και βελτιώνει την κολπική χλωρίδα. (Shelley A. Flores & Carrie A. Hall., 2021)

2.7.6. Διαφορική διάγνωση

Παθήσεις με παρόμοια συμπτώματα είναι η κολπική και αιδοιοκολπική ατροφία, η αιδοιοκολπική σκλήρυνση, ο λειχήνας, η αιδοιοκολπική δερματίτιδα, η αιδοιοκολπική καντιντίαση, η φλεγμονώδης κολπίτιδα χωρίς ατροφία, η αποφολιδωτική φλεγμονώδης κολπίτιδα, τα αιδοιοκολπικά νεοπλάσματα και άλλες λοιμώξεις ή δυσλειτουργίες του ουρογεννητικού συστήματος. (Charles R. B. Beckman, και συν., 2018)

2.7.7. Επιπλοκές

Μη θεραπεία της ατροφικής κολπίτιδας μπορεί να οδηγήσει σε κνησμό προκαλώντας με αυτό τον τρόπο ουλές από το ξύσιμο. Ο λεπτός βλεννογόνος μπορεί να υποστεί βλάβη , ενώ η ασθενής είναι πιθανό να εμφανίσει άλλα ουρογεννητικά προβλήματα.



3. Ερευνητική Ανάλυση του Ερωτηματολογίου

3.1 Μέθοδος της έρευνας

Η παρούσα έρευνα αποτελεί μελέτη των στοιχείων που συλλέχθηκαν για τις παθολογικές καταστάσεις που συμβαίνουν στις κοιλίτιδες με την χρήση του ερωτηματολογίου και με την ποσοτική μέθοδο ανάλυσης των ερευνητικών δεδομένων, έτσι συγκεντρώθηκαν πληροφορίες οι οποίες συσχετίστηκαν με την εκτίμηση του επιπέδου ενημέρωσης και γνώσης των γυναικών, όσον αφορά τις κοιλίτιδες και την αξιολόγηση του τρόπου πρόληψης αυτών.

3.2 Διαδικασία έρευνας - Χορήγηση ερωτηματολογίου

Το παρόν ερωτηματολόγιο είχε ως στόχο να χορηγηθεί σε γυναίκες όλων των ηλικιακών βαθμίδων για την σωστή διεκπεραίωση και αξιολόγηση της ερευνητικής μελέτης, και η διαδικασία περιελάμβανε την:

- 1) την δημιουργία του ερωτηματολογίου
- 2) την ηλεκτρονική ανάρτηση του
- 3) την ενημέρωση και αποστολή μέσω των Μέσων Κοινωνικής Δικτύωσης
- 4) την άμεση ηλεκτρονική συμπλήρωση
- 5) την συλλογή των απαντήσεων

Επίσης το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο έχει συλλεχθεί με την πλατφόρμα της Google μέσω των Google Forms και πραγματοποιήθηκε την χρονική Απρίλιος - Μάιος του 2022, με συμμετοχή 376 άτομα, ήταν ανώνυμο με εκούσια συμμετοχή και ο χρόνος συμπλήρωσης δεν ήταν άνω των 5 λεπτών. Ολόκληρο το ερωτηματολόγιο παρατίθεται στο παράρτημα.

3.3 Διερεύνηση Ερωτηματολογίου

Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο δομικά απαρτίζεται από τρεις ενότητες, σχετικά με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, την αξιολόγηση της γνώσης και ενημέρωσης για τις κοιλίτιδες και του τρόπου πρόληψης αυτών.

3.2.1. 1η Ενότητα



Στα δημογραφικά στοιχεία περιλαμβάνονται ερωτήσεις για :

- Ηλικία
- Τόπο γέννησης
- Οικογενειακή κατάσταση
- Εκπαίδευση
- Έναρξη σεξουαλικής ζωής
- Χρήση προφυλακτικού

3.2.2. 2η Ενότητα

Στην αξιολόγηση της γνώσης και ενημέρωσης για τις κολπίτιδες περιλαμβάνονται ερωτήσεις που εξετάζουν :

- την αναγνώριση της κολπίτιδας και των συμπτωμάτων της
- τις γνώσεις για την μετάδοση
- τις γνώσεις για την θεραπεία

3.2.3. 3η Ενότητα

Στην αξιολόγηση του τρόπου πρόληψης περιλαμβάνονται ερωτήσεις για:

- την ενημέρωση πάνω στα θέματα πρόληψης και αντιμετώπισης της κολπίτιδας

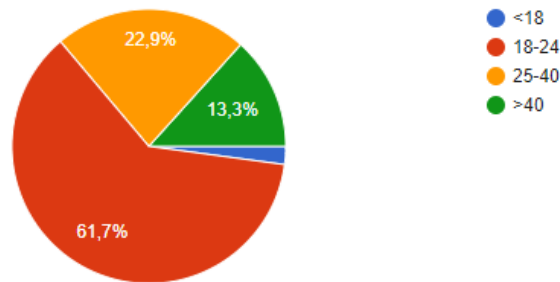
3.4 Ανάλυση διαγραμμάτων

Παραθέτουμε τα διαγράμματα με την μορφή εικόνας που έχουν ληφθεί από τα εργαλεία της Online πλατφόρμας **Google Forms** (www.google.com/forms/about) :



1) Τι ηλικία έχετε;

376 απαντήσεις

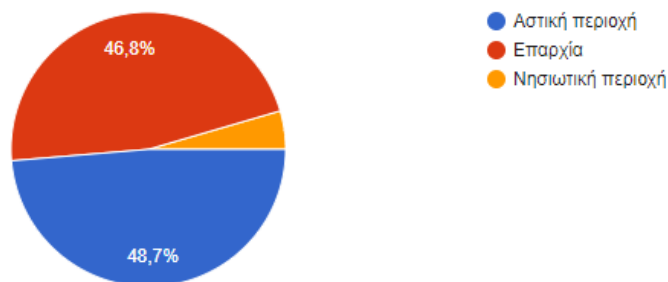


Εικόνα 13 - Πίτα κατανομής ηλικίας (Ερώτηση 1)

Στο παραπάνω διάγραμμα έχει απαντηθεί η ερώτηση 1 όπου ρωτάμε την ηλικία των γυναικών που συμμετείχαν στην συγκεκριμένη έρευνα, και φαίνεται πως το 61,7 % πρόκειται για ηλικίες 18 με 24, στο 22,9 % έχουμε ηλικίες από 25 έως 40, στο 13,3 % έχουμε ηλικίες άνω των 40, ενώ ένα μικρό ποσοστό έχουν οι ηλικίες κάτω των 18. Από αυτό το ποσοστό καταλαβαίνουμε πως ανταποκρίθηκαν περισσότερο νεότερες ηλικίες λόγω ίσως του συγκεκριμένου θέματος αλλά και της χρήσης των Μ.Κ.Δ. όπου και διαδόθηκε.

2) Πού έχετε γεννηθεί;

376 απαντήσεις



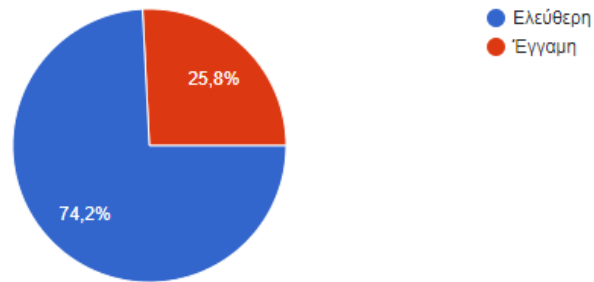
Εικόνα 14 - Πίτα κατανομής τόπου γέννησης (Ερώτηση 2)

Στην ερώτηση για τον τόπο γέννησης το μεγαλύτερο ποσοστό απάντησε αστική περιοχή με 48,7 % , ενώ μικρή απόκλιση έχει με 46,8 % η επαρχία.



3) Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;

376 απαντήσεις

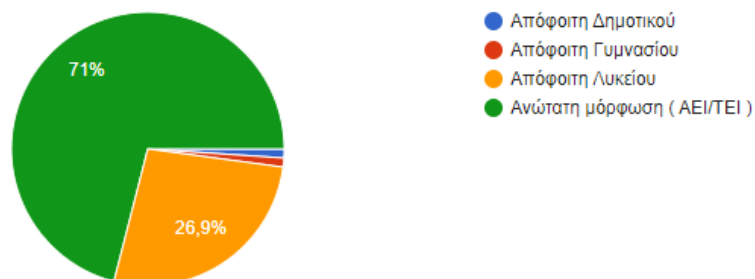


Εικόνα 15 - Πίτα κατανομής οικογενειακής κατάστασης (Ερώτηση 3)

Στο διάγραμμα για την οικογενειακή κατάσταση βλέπουμε πως το 74,2 % δήλωσε ελεύθερη και το 25,8 % έγγαμη, ποσοστό που αποδεικνύει πως τα περισσότερα άτομα που απάντησαν είναι γυναίκες νεότερης ηλικίας.

4) Ποιο είναι το μορφωτικό σας επίπεδο;

376 απαντήσεις



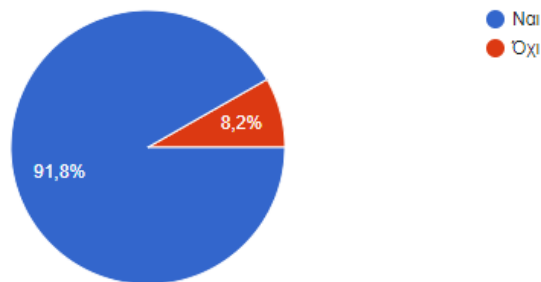
Εικόνα 16 - Πίτα κατανομής μορφωτικού επιπέδου (Ερώτηση 4)

Στην ερώτηση που ενδιαφερόμαστε για το μορφωτικό επίπεδο των γυναικών που συμμετείχαν στην έρευνα, βλέπουμε πως το 71 % διαθέτει ανώτατη μόρφωση και το 26,9 % είναι απόφοιτοι του Λυκείου αποτελέσματα αρκετά ικανοποιητικά για την μόρφωση και την γενική αντίληψη των συμμετεχόντων.



5) Έχετε ξεκινήσει τις σεξουαλικές σας επαφές;

376 απαντήσεις

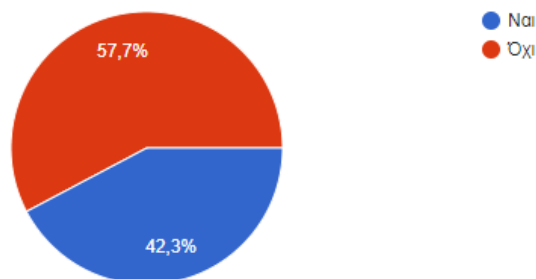


Εικόνα 17 - Πίτα κατανομής για έναρξη σεξουαλικής επαφής (Ερώτηση 5)

Στο παραπάνω διάγραμμα για την έναρξη των σεξουαλικών επαφών φαίνεται πως η πλειοψηφία απάντησε “Ναι” με ποσοστό 91,8 % και το υπόλοιπο 8,2 % “Όχι”.

6) Χρησιμοποιείτε προφυλάξεις σε όλες τις σεξουαλικές σας επαφές;

376 απαντήσεις



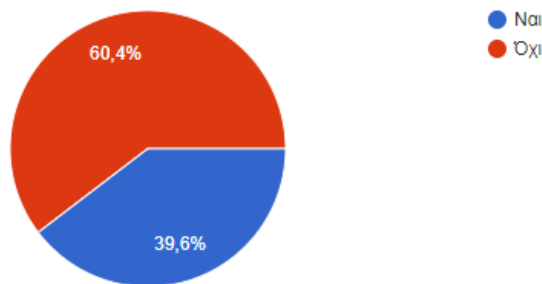
Εικόνα 18 - Πίτα κατανομής για χρήση προφύλαξης (Ερώτηση 6)

Στην συγκεκριμένη ερώτηση σύμφωνα με το διάγραμμα φαίνεται πως το μεγαλύτερο ποσοστό επιλέγει να μην χρησιμοποιεί προφυλάξεις σε όλες τις σεξουαλικές επαφές με 57,7 % , ενώ το 42,3 % απάντησε “Ναι”, μια μικρή σχετικά διαφορά ανάμεσα στις συμμετέχοντες σύμφωνα με τα δεδομένα.



7) Έχετε ιστορικό κολπίτιδας;

376 απαντήσεις

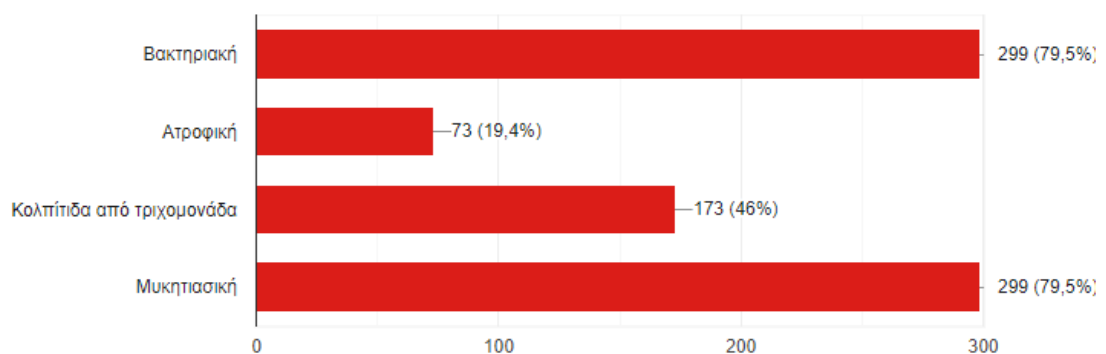


Εικόνα 19 - Πίτα κατανομής για ιστορικό κολπίτιδας (Ερώτηση 7)

Στην ερώτηση για το αν υπάρχει ιστορικό κολπίτιδας το 60,4 % απάντησε “Όχι” και το 39,6 % απάντησε “Ναι”.

8) Ποια από τις παρακάτω κολπίτιδες γνωρίζετε; (περισσότερες απο μία απαντήσεις)

376 απαντήσεις



Εικόνα 20 - Συγκριτικό Ραβδόγραμμα κατανομής απαντησεων (Ερώτηση 8)

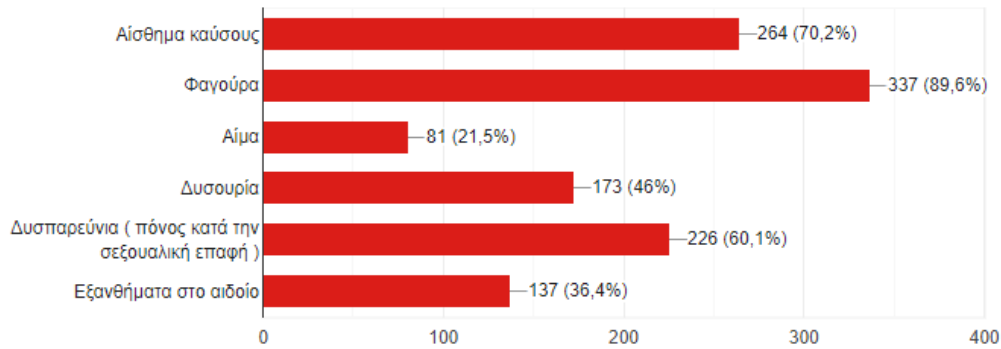
Στο παραπάνω διάγραμμα παρατηρείται πως η πλειοψηφία των γυναικών, που απάντησαν στο παρόν ερωτηματολόγιο, γνωρίζει κατά κύριο λόγο την ύπαρξη της βακτηριακής κολπίτιδας, καθώς και της μυκητιασικής εφόσον τα ποσοστά τους κυμαίνονται στον ίδιο αριθμό δηλαδή 79,5%. Από την άλλη μεριά φαίνεται πως η κολπίτιδα από τριχομονάδα, η οποία ανήκει στα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, είναι κατά πολύ μικρότερο ποσοστό γνωστή σε σχέση με τις προαναφερθείσες γεγονός που αποδεικνύεται από το ποσοστό των γυναικών που την επέλεξαν στην συγκεκριμένη ερώτηση το οποίο είναι 46%.



Τέλος η ατροφική κολπίτιδα κατέχει το μικρότερο ποσοστό απάντησης αφού μόνο το 19,4% των γυναικών γνώριζε την ύπαρξη της.

9) Ποια από τα παρακάτω θεωρείτε ότι είναι συμπτώματα κολπίτιδας; (περισσότερες απο μία απαντήσεις)

376 απαντήσεις

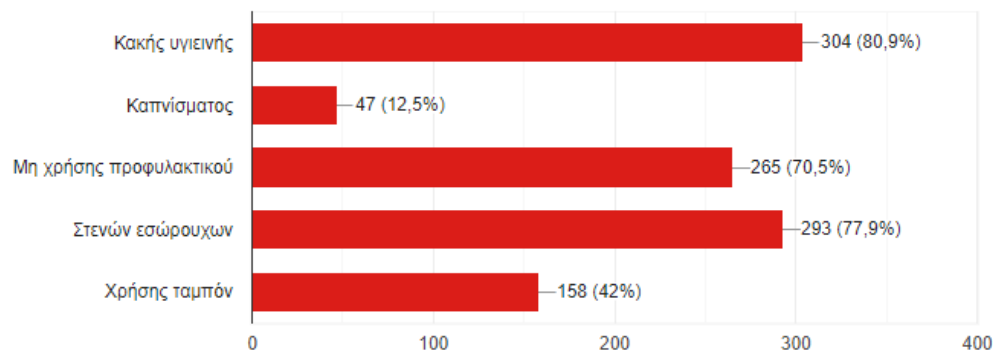


Εικόνα 21 - Συγκριτικό Ραβδόγραμμα κατανομής απαντήσεων (Ερώτηση 9)

Όσον αφορά τα συμπτώματα της κολπίτιδας στο παραπάνω διάγραμμα φαίνεται πως η απάντηση με το μεγαλύτερο ποσοστό είναι αυτή της φαγούρας με 89,6%. Το αίσθημα καύσους κατέχει το 70,2% των απαντήσεων ενώ η δυσπαρέυνια απαντήθηκε από το 60,1%. Η δυσουρία επιλέχθηκε από το 46% των γυναικών ενώ τα εξανθήματα στο αιδοίο από το 36,4%. Τέλος η απάντηση με το μικρότερο ποσοστό επιλογής είναι το αίμα με 21,5% επιλογής.

10) Θεωρείτε ότι οι κολπίτιδες είναι αποτέλεσμα: (περισσότερες απο μία απαντήσεις)

376 απαντήσεις



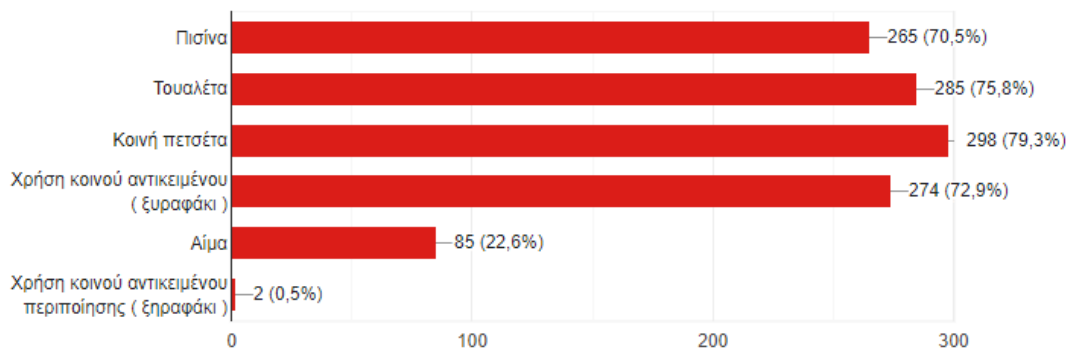
Εικόνα 22 - Συγκριτικό Ραβδόγραμμα κατανομής απαντήσεων (Ερώτηση 10)



Στη παραπάνω ερώτηση παρατηρείται πως το 80,9% των γυναικών απάντησε την κακή υγιεινή ως το πιο συχνό αποτέλεσμα κολπίτιδας. Ακολουθεί η απάντηση των στενών εσωρούχων με 77,9 % των γυναικών να την επιλέγει. Από την άλλη μεριά η μη χρήση προφυλακτικού απαντήθηκε από το 70,5 % ενώ η χρήση ταμπόν από το 42% των γυναικών. Το κάπνισμα τέλος επιλέχθηκε από το 12,5 % ως αποτέλεσμα κολπίτιδας.

11) Ποιους από τους παρακάτω θεωρείτε τρόπους μετάδοσης της κολπίτιδας;
(περισσότερες απο μία απαντήσεις)

376 απαντήσεις



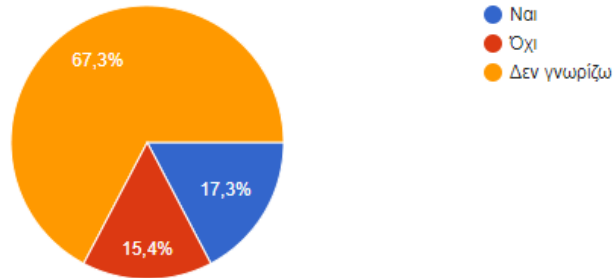
Εικόνα 23 - Συγκριτικό Ραβδόγραμμα κατανομής απαντήσεων (Ερώτηση 11)

Στη συγκεκριμένη ερώτηση που αφορά τους τρόπους μετάδοσης η απάντηση με το μεγαλύτερο ποσοστό επιλογής είναι η χρήση κοινής πετσέτας με το 79,3% των γυναικών να την επιλέγει. Η τουαλέτα επιλέχθηκε από το 75,8%, ενώ η χρήση κοινού αντικειμένου 72,9% και η πισίνα απαντήθηκε από το 70,5% και . Τέλος το αίμα φαίνεται να επιλέχθηκε μόνο από το 22,6% των γυναικών.



12) Θεωρείτε ότι η βακτηριακή κολπίτιδα συνδέεται με πρόωρο τοκετό και αποβολή;

376 απαντήσεις

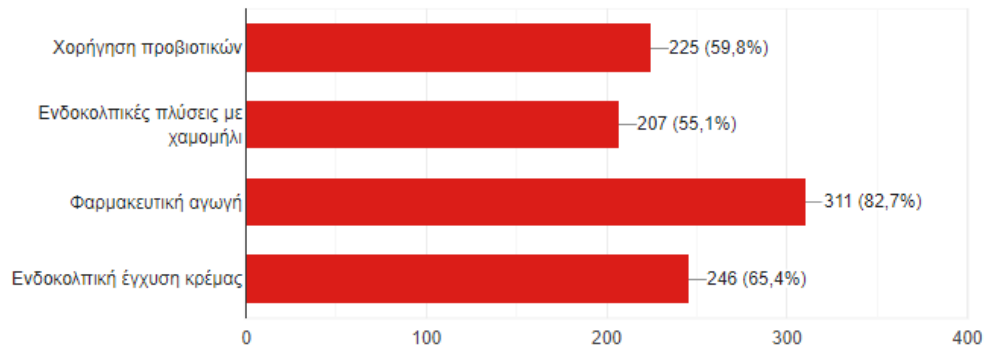


Εικόνα 24 - Πίτα κατανομής απαντήσεων (Ερώτηση 12)

Στο παραπάνω διάγραμμα φαίνεται πως το 67,3% των γυναικών δεν γνωρίζει αν η βακτηριακή κολπίτιδα συνδέεται με πρόωρο τοκετό. Από την άλλη μεριά το 17,3% απάντησε “Ναι” ενώ το 15,4% απάντησε “Όχι”.

13) Επιλέξτε σωστούς τρόπους αντιμετώπισης (περισσότερες απο μία απαντήσεις)

376 απαντήσεις



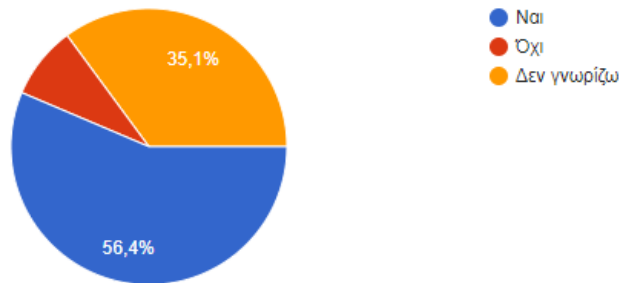
Εικόνα 25 - Συγκριτικό Ραβδόγραμμα κατανομής απαντήσεων (Ερώτηση 13)

Στο παραπάνω διάγραμμα παρατηρούμε ότι η φαρμακευτική αγωγή απαντήθηκε από το 82,7% των γυναικών. Ποσοστό 65,4% φαίνεται να έχει η ενδοκολπική έγχυση κρέμας ενώ, το 59,8% των γυναικών επέλεξε τη χορήγηση προβιοτικών. Τέλος, οι ενδοκολπικές πλύσεις με χαμομήλι επιλέχθηκαν από το 55,1% των γυναικών.



14) Πιστεύετε πως η επανειλημμένη χορήγηση αντιβιοτικής αγωγής, μπορεί να οδηγήσει σε κολπίτιδα;

376 απαντήσεις

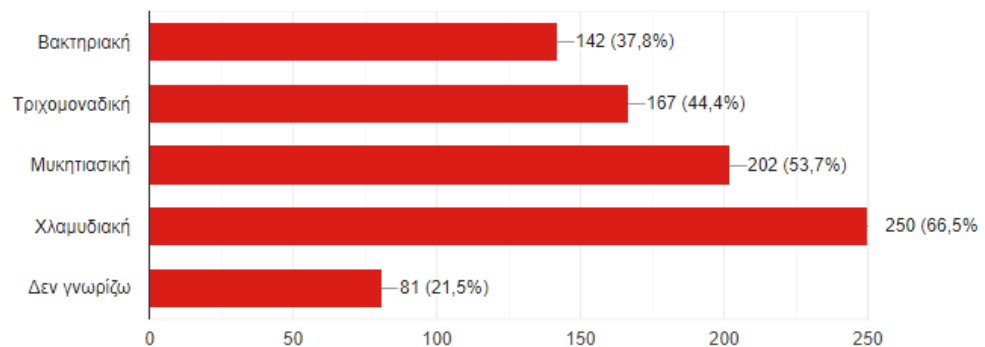


Εικόνα 26 - Πίτα κατανομής απαντήσεων (Ερώτηση 14)

Στη παραπάνω ερώτηση που αφορά την συσχέτιση της επανειλημμένης χορήγησης αντιβιοτικής αγωγής, το 56,4% απάντησε “Ναι”, ενώ το 35,1% δεν γνωρίζει την απάντηση. Τέλος το 8,5% των γυναικών απάντησε “Όχι”.

15) Σε ποια από τις παρακάτω κολπίτιδες θεωρείτε πως πρέπει να λάβει και ο σύντροφος αγωγή; (περισσότερες απο μία απαντήσεις)

376 απαντήσεις



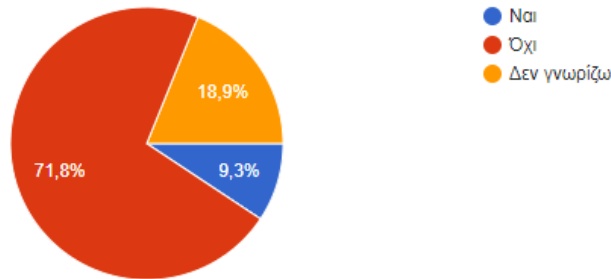
Εικόνα 27 - Συγκριτικό Ραβδόγραμμα κατανομής απαντήσεων (Ερώτηση 15)

Στην προαναφερθείσα ερώτηση η χλαμυδιακή κολπίτιδα απαντήθηκε από το 66,5% των γυναικών, η μυκητιασική από το 53,7% , η τριχομοναδική από το 44,4% ενώ η βακτηριακή από το 37,8% των γυναικών που συμμετείχαν. Τέλος το 21,5% επέλεξε ότι δεν γνωρίζει.



16) Θεωρείτε πως κατά την λήψη αγωγής για την κολπίτιδα επιτρέπονται οι σεξουαλικές επαφές;

376 απαντήσεις

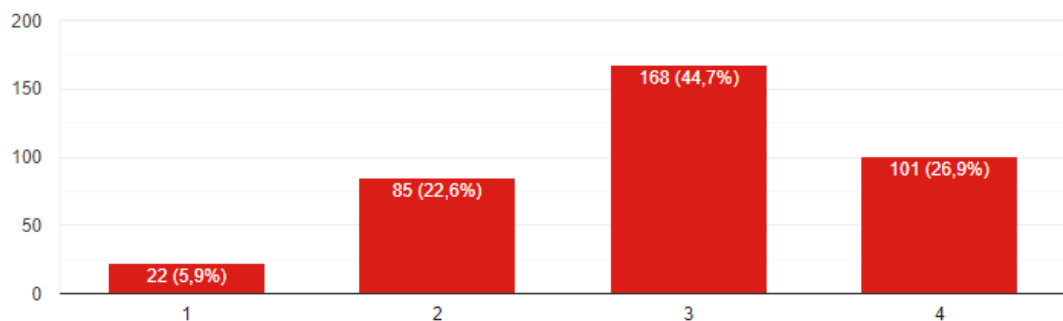


Εικόνα 28 - Πίτα κατανομής απαντήσεων (Ερώτηση 16)

Στο παραπάνω διάγραμμα σχετικά με το αν επιτρέπονται οι σεξουαλικές επαφές κατά τη λήψη αγωγής το 71,8 % απάντησε πως δεν επιτρέπονται, το 18,9% ότι δεν γνωρίζει και το 9,3% ότι επιτρέπονται.

17) Γνωρίζετε αν η κολπίτιδα επηρεάζει την σεξουαλική διάθεση; (1=καθόλου, 2= λίγο, 3= αρκετά, 4= πάρα πολύ)

376 απαντήσεις



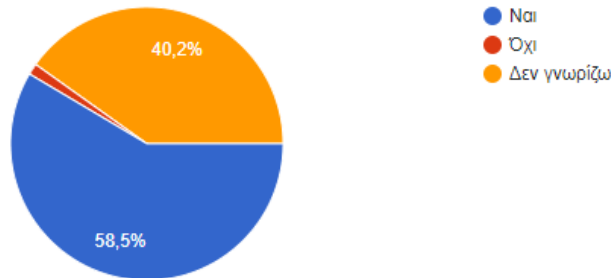
Εικόνα 29 - Συγκριτικό Ραβδόγραμμα κατανομής απαντήσεων (Ερώτηση 17)

Στο παρόν διάγραμμα φαίνεται πως το 44,7% των γυναικών που συμμετείχαν στην έρευνα θεωρεί ότι η κολπίτιδα επηρεάζει αρκετά τη σεξουαλική διάθεση, το 26,9% πιστεύει πως επηρεάζει πάρα πολύ, το 22,6% λίγο, ενώ το 5,9% καθόλου.



18) Κατά την άποψή σας, στην εγκυμοσύνη μπορεί να επανεμφανιστεί η κολπίτιδα;

376 απαντήσεις

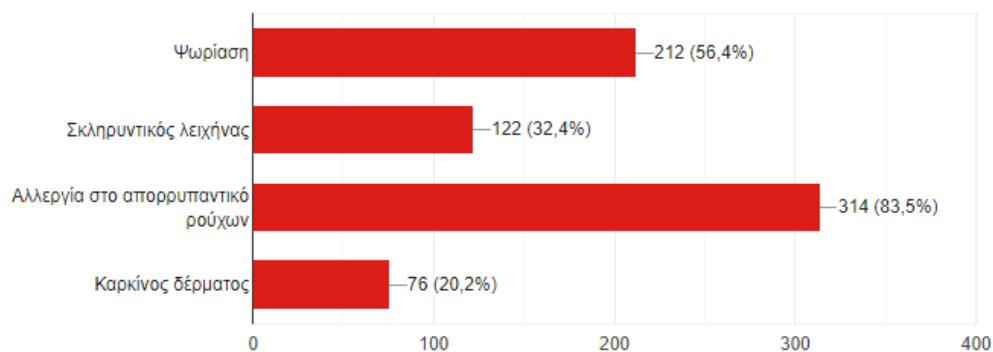


Εικόνα 30 - Πίτα κατανομής απαντήσεων (Ερώτηση 18)

Στην παρούσα πίτα απεικονίζεται η γνώμη των γυναικών όσον αφορά την επανεμφάνιση κολπίτιδας κατά την εγκυμοσύνη. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός πως σχεδόν οι μισές από τις γυναίκες με ποσοστό 40,2% απάντησαν ότι δεν γνωρίζουν, ενώ το άλλο μισό με ποσοστό 58,5% απάντησε πως μπορεί να επανεμφανιστεί. Αξιοσημείωτο είναι πως καμία γυναίκα δεν απάντησε ότι δεν μπορεί να επανεμφανιστεί.

19) Ο κνησμός δεν συνδέεται αποκλειστικά με κολπίτιδα. Σε ποιο από τα παρακάτω μπορεί να εμφανιστεί; (περισσότερες απο μία απαντήσεις)

376 απαντήσεις



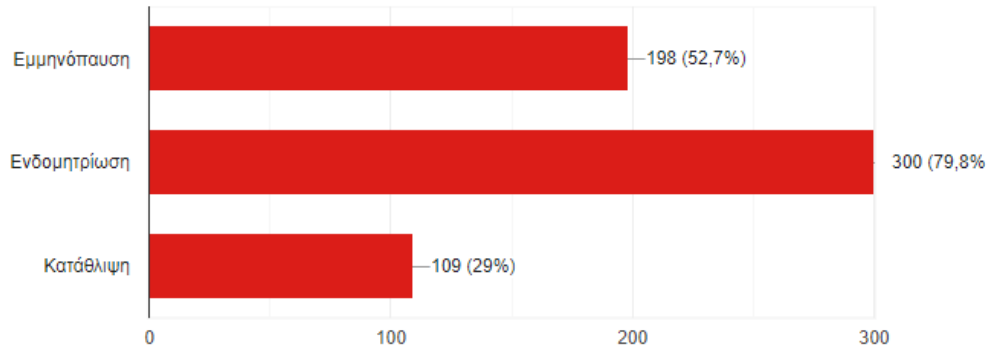
Εικόνα 31 - Συγκριτικό Ραβδόγραμμα κατανομής απαντήσεων (Ερώτηση 19)

Όπως απεικονίζεται παραπάνω το 83,5% των συμμετεχόντων στην έρευνα επέλεξε ότι ο κνησμός εμφανίζεται πέρα από κολπίτιδα και σε αλλεργία στο απορρυπαντικό ρούχων, το 56,4% στην ψωρίαση, το 32,4% στον σκληρυντικό λειχήνα και το 20,4% στον καρκίνο του δέρματος.



20) Η δυσπαρεΰνια (πόνος στην διάρκεια της σεξουαλικής επαφής) δεν είναι σύμπτωμα μόνο τις κολπίτιδας, σε τι άλλο μπορεί να οφείλεται; (περισσότερες απο μία απαντήσεις)

376 απαντήσεις

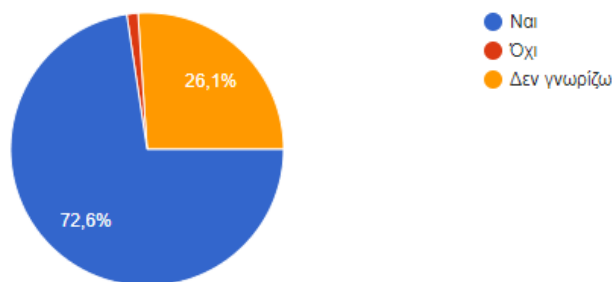


Εικόνα 32 - Συγκριτικό Ραβδόγραμμα κατανομής απαντήσεων (Ερώτηση 20)

Στην ερώτηση σχετικά με την συσχέτιση της δυσπαρεΰνιας με άλλες παθήσεις το 29% των γυναικών διάλεξε την κατάθλιψη, το 52,7% , δηλαδή σχεδόν οι μισές συμμετέχουσες, την εμμηνόπαυση , ενώ έκπληξη προκαλεί το γεγονός πως η πλειοψηφία των γυναικών με ποσοστό 79,8% επέλεξε την ενδομητρίωση.

21) Θεωρείτε ότι στην Ελλάδα είναι συχνό φαινόμενο η κολπίτιδα;

376 απαντήσεις



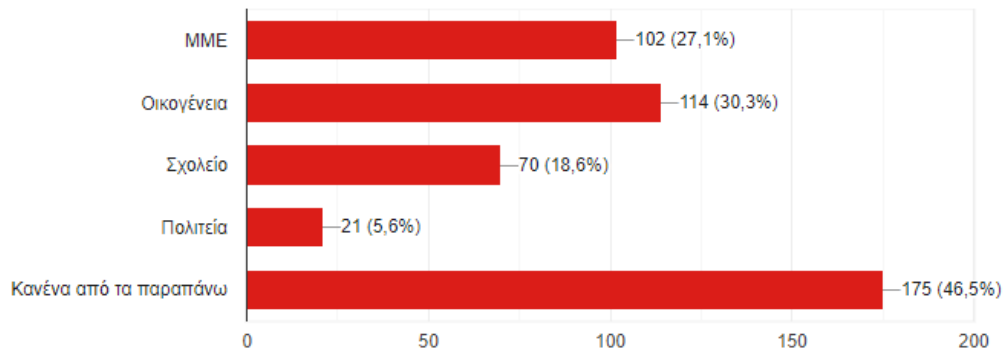
Εικόνα 33 - Πίτα κατανομής απαντήσεων (Ερώτηση 21)

Στο συγκεκριμένο διάγραμμα φαίνεται πως το 72,6% απάντησε “Ναι” πως είναι συχνό φαινόμενο η κολπίτιδα στην Ελλάδα, και το 26,1% “δεν γνωρίζω” και καμία δεν απάντησε “όχι” .



22) Από πού έχετε ενημερωθεί σχετικά με τις κολπίτιδες; (περισσότερες απο μία απαντήσεις)

376 απαντήσεις

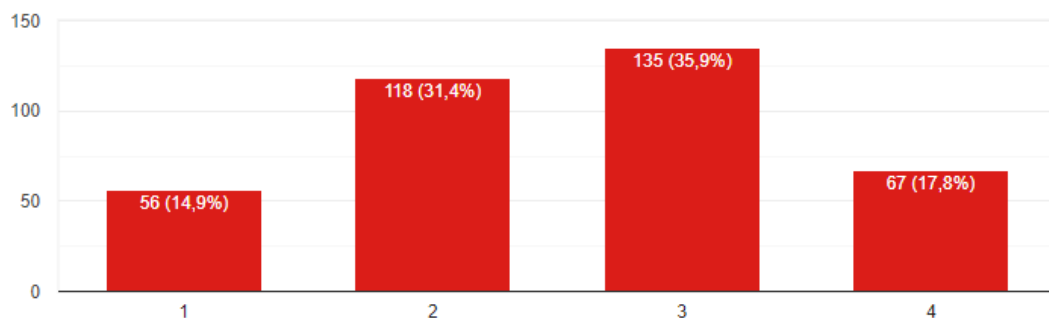


Εικόνα 34 - Συγκριτικό Ραβδόγραμμα κατανομής απαντήσεων (Ερώτηση 22)

Αξιολογώντας τα παραπάνω αποτελέσματα σχετικά με την ενημέρωση για τις κολπίτιδες είναι έκδηλη η αναποτελεσματικότητα των φορέων αγωγής. Το 30,3 % των γυναικών πληροφορήθηκαν για τις κολπίτιδες από το οικογενειακό τους περιβάλλον, το 27,1% από τα Μέσα Μαζικής Τηλεόρασης, μόλις το 18,6 % από το σχολείο και το 5,6% από την πολιτεία. Τέλος προκαλεί έκπληξη το ποσοστό 46,5% των γυναικών που σημείωσαν ότι πληροφορήθηκαν από αλλού.

23) Πιστεύετε πως είστε επαρκώς ενημερωμένη σχετικά με τις κολπίτιδες; (1= καθόλου, 2=λίγο, 3=μέτρια, 4=αρκετά καλά)

376 απαντήσεις



Εικόνα 35 - Συγκριτικό Ραβδόγραμμα κατανομής απαντήσεων (Ερώτηση 23)

Στην τελευταία ερώτηση του ερωτηματολογίου, οι γυναίκες κλήθηκαν να απαντήσουν πόσο επαρκώς ενημερωμένες σχετικά με τις κολπίτιδες θεωρούν πως είναι. Το 35,9%



σημείωσε πως είναι μέτρια ενημερωμένο, το 31,4% λίγο, το 17,8% αρκετά καλά και το 14,9% καθόλου. Είναι φανερό πως οι γυναίκες δεν έχουν λάβει την απαραίτητη πληροφόρηση .



Συμπεράσματα Μελέτης

Σκοπός της συγκεκριμένης μελέτης ήταν να διερευνηθούν τα επίπεδα γνώσης και ενημέρωσης των γυναικών, σχετικά με τις κολπίτιδες και επιπλέον μέσω αυτής να δούμε γενικά την προσωπική κατάσταση και συμπεριφορά απέναντι σ' αυτές, καθώς και τους τρόπους πρόληψης και αντιμετώπισης που επιλέγουν.

Η πραγμάτωση της έρευνας έγινε με την χρήση ανώνυμου ερωτηματολογίου το οποίο για πρακτικούς λόγους αποφασίστηκε να είναι σε ηλεκτρονική μορφή και για την καλύτερη διευκόλυνση, διανεμήθηκε μέσω των Μ.Κ.Δ. σε γνωστούς και αγνώστους των υπεύθυνων προπτυχιακών φοιτητριών.

Σύμφωνα λοιπόν με τα αποτελέσματα που συγκεντρώθηκαν από την έρευνα, φαίνεται πως η γνώση επηρεάζεται από την ηλικία και το εκπαιδευτικό επίπεδο των γυναικών. Ειδικότερα, κοπέλες νεότερης ηλικίας και όσες έχουν επίπεδο εκπαίδευσης ΑΕΙ-ΤΕΙ φαίνεται να είναι καλύτερα ενημερωμένες για τις παθολογικές καταστάσεις της κολπίτιδας, αλλά και για τον τρόπο ίασής της. Επίσης, η περιοχή καταγωγής έδειξε πως δεν είχε σοβαρή ένδειξη επιρροής, που έρχεται σε αντίθεση με τους δείκτες της οικογενειακής κατάστασης, της έναρξης της σεξουαλικής επαφής, της χρήσης προφύλαξης και του ιστορικού κολπίτιδας που αποτελούν σημαντικούς δείκτες της έρευνας.

Με βάση τα στατιστικά αποτελέσματα της έρευνας, διαφαίνεται πως η πλειοψηφία γνωρίζει περισσότερο την βακτηριακή και μυκητιασική κολπίτιδα και λιγότερο τις υπόλοιπες. Ακόμα, υπάρχει σχετικά επαρκής γνώση για τα συμπτώματα και τους παράγοντες που την προκαλούν. Πρέπει να τονιστεί πως υπάρχει λανθασμένη αντίληψη για τους τρόπους μετάδοσης, όπως για παράδειγμα η τουαλέτα, η κοινή πετσέτα κ.α.

Σε μία ερώτηση μαιευτικού περιεχομένου για την σύνδεση του πρόωρου τοκετού και των αποβολών από βακτηριακή κολπίτιδα το 67,3% απάντησε “δεν γνωρίζω”, μια αρκετά ανησυχητική απάντηση.

Είναι αρκετά θετικό πως στους τρόπους αντιμετώπισης δεν φάνηκε ελλιπής γνώση, όπως και στην ερώτηση για την επανειλημμένη χρήση αντιβίωσης. Όσον αφορά στην ερώτηση για τη χορήγηση αγωγής στον σύντροφο σχετικά με την κολπίτιδα της γυναίκας, υπήρξε μεγάλο ποσοστό που απάντησε σωστά. Επίσης σωστά απαντήθηκαν και οι ερωτήσεις α) για την αποχή από την σεξουαλική επαφή κατά την διάρκεια της φαρμακευτικής αγωγής, και β) για την επανεμφάνιση κολπίτιδας στην διάρκεια μιας εγκυμοσύνης.



Επιπρόσθετα, σε δύο ερωτήσεις για συμπτώματα που δεν συνδέονται μόνο με την κολπίτιδα (κνησμός, δυσπαρέυνια), φάνηκε από τις απαντήσεις πως οι περισσότερες γυναίκες έχουν ελλιπή γνώση για γενικά γυναικολογικά παθολογικά προβλήματα.

Τέλος, στα αποτελέσματα των τελευταίων ερωτήσεων σχετικά για το αν θεωρούν πως η κολπίτιδα είναι συχνό φαινόμενο στην Ελλάδα , και αν και από πού θεωρούν επαρκή την πηγή ενημέρωσής τους για το θέμα αυτό, γίνεται φανερά κατανοητή η απουσία ενδιαφέροντος από το κράτος και την κοινωνία για την επαρκή κατάρτιση σωστής σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης και επιμόρφωσης σε θέματα υγείας. Τα προαναφερθέντα, πρέπει να ξεκινάνε από τις σχολικές μονάδες στην παιδική ακόμα ηλικία και να υποστηρίζονται από την οικογένεια και από άλλους φορείς μέσα από ενημερωτικές εκδηλώσεις και σωστή προβολή από τα Μ.Μ.Ε. με μοναδικό σκοπό την μεταλαμπάδευση γνώσης που θα καθορίσει την ευαισθητοποίηση, την υιοθέτηση υγιούς σεξουαλικής συμπεριφοράς, την πρόληψη για μελλοντική ασφαλή ευημερία και την εξέλιξη της επιστήμης γύρω από τον άνθρωπο.



Βιβλιογραφία (APA)

- 1) Brian M. Peters, Junko Yano, Mairi C. Noverr, & Paul L. Fidel Jr. (2014). *Candida Vaginitis: When Opportunism Knocks, the Host Responds*. doi:<https://doi.org/10.1371/journal.ppat.1003965>
- 2) CDC.GOV. (2022). Trichomoniasis. Retrieved from <https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/trichomoniasis.htm>
- 3) Charles H. Livengood III, Jessica L. Thomason, & Gale B. Hill. (1990). Bacterial vaginosis: Diagnostic and pathogenetic findings during topical clindamycin therapy. doi:[https://doi.org/10.1016/0002-9378\(90\)91187-H](https://doi.org/10.1016/0002-9378(90)91187-H)
- 4) Charles R. B. Beckman, Frank W. Ling, William N. P. Herbert, Douglas W. Laube, Roger P. Smith, Robert Casanova, . . . Patrice M. Weiss. (2018). *Μαιευτική και Γυναικολογία* (1η Ελληνική Έκδοση ed.). Κωνσταντάρας. doi:ISBN: 978-9-60608-014-2
- 5) Deitra, L. L., Shannon, E. P., & Cashion, K. (2013). Νοσηλευτική Μητρότητας. 8η Έκδοση, 95-96. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος. doi:ISBN: 978-960-7875-67-9
- 6) Elissa V Klinger, Saidi H Kapiga, Noel E Sam, Said Aboud, Cheng-Yen Chen, Ronald C Ballard, & Ulla Larsen. (2006). A Community-based study of risk factors for *Trichomonas vaginalis* infection among women and their male partners in Moshi urban district, northern Tanzania. doi:10.1097/01.olq.0000222667.42207.08
- 7) Fabrice Atassi, Dominique Brassart, Philipp Grob, Federico Graf, & Alain L. Servin. (2006). Lactobacillus strains isolated from the vaginal microbiota of healthy women inhibit *Prevotella bivia* and *Gardnerella vaginalis* in coculture and cell culture. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1574-695X.2006.00162.x>
- 8) Fettweis, J. M., Brooks, J. P., Serrano, M. G., Sheth, N. U., Girerd, Edwards, D. J., & Strauss, J. F. (2014). The Vaginal Microbiome Consortium, Jefferson, K. K., & Buck, G. A. *Differences in vaginal microbiome in African American women versus women of European ancestry*. doi:<https://doi.org/10.1099/mic.0.081034-0>
- 9) Gilbert G.G. Donders, Gert Bellen, Svitrigaile Grinceviciene, Kateryna Ruban, & Pedro Vieira-Baptista. (2017). Aerobic vaginitis: no longer a stranger. doi:<https://doi.org/10.1016/j.resmic.2017.04.004>
- 10) Jack D. Sobel, Sabastian Faro, Rex W. Force, Betsy Foxman, William J. Ledger, Paul R. Nyirjesy, . . . Paul R. Summers. (1998). Vulvovaginal candidiasis: Epidemiologic, diagnostic, and therapeutic considerations. doi:[https://doi.org/10.1016/S0002-9378\(98\)80001-X](https://doi.org/10.1016/S0002-9378(98)80001-X)



- 11) Jane Mashburn CNM, M. F. (2010). Etiology, Diagnosis, and Management of Vaginitis. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2006.07.005>
- 12) Margarita V, Fiori PL., & Rappelli P. (2020). Impact of Symbiosis Between *Trichomonas vaginalis* and *Mycoplasma hominis* on Vaginal Dysbiosis: A Mini Review. *Front Cell Infect Microbiol.* doi:10.3389/fcimb.2020.00179
- 13) MARION K. OWEN, & TIMOTHY L. CLENNEY. (2004). Management of Vaginitis. Retrieved Αυγουστος 2022, from <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2004/1201/p2125.html#afp20041201p2125-b7>
- 14) Nyirjesy, Paul MD, McIntosh, Matthew J. PhD, Steinmetz, Jana I. MS, Schumacher, Robert J. PhD, & Joffrion, James L. BS, PMP. (2007). The Effects of Intravaginal Clindamycin and Metronidazole Therapy on Vaginal Mobiluncus Morphotypes in Patients With Bacterial Vaginosis. doi:10.1097/01.olq.0000235152.98601.d7
- 15) Orna Reichman, & Jack Sobel. (2014). Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology. Σελ. 1042-1050. doi:<https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2014.07.003>
- 16) Ricardo Gomes Vancini , & Marlene Benchimol. (2008). Entry and intracellular location of *Mycoplasma hominis* in *Trichomonas vaginalis*. doi:10.1007/s00203-007-0288-8
- 17) Richard Amsel, Patricia A. Totten, Carol A. Spiegel, Kirk C.S. Chen, David Eschenbach, & King K. Holmes. (1983). Nonspecific vaginitis. doi:[https://doi.org/10.1016/0002-9343\(83\)91112-9](https://doi.org/10.1016/0002-9343(83)91112-9)
- 18) Shelley A. Flores, & Carrie A. Hall. (2021). Atrophic Vaginitis. Retrieved Αυγουστος 2022, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK564341/>
- 19) Stika, C. S. (2010). "Atrophic vaginitis." *Dermatologic therapy* 23.5. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1529-8019.2010.01354.x>
- 20) Thomas A. Peterman, Lin H. Tian, Carol A. Metcalf, C. Kevin Malotte, Sindy M. Paul, John M. Douglas, Jr, & RESPECT-2 Study Group. (2009). Persistent, Undetected *Trichomonas vaginalis* Infections? doi:<https://doi.org/10.1086/595706>
- 21) ΑΝΑΣΤΑΣΙΑΣ, Π. (2020). ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΚΟΛΠΟΤΡΑΧΗΛΙΚΟΥ ΜΙΚΡΟΒΙΩΜΑΤΟΣ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΗ ΕΚΒΑΣΗ. ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗ. Retrieved from <https://repo.lib.duth.gr/jspui/handle/123456789/11439>
- 22) Ανθουλάκη, Ξ. (2019). Κύηση και κολπική χλωρίδα - Μεταπτυχιακή Εργασία. Retrieved 2022, from <https://repo.lib.duth.gr/jspui/handle/123456789/12597>



- 23) Ασημούλα, Σ. (2008). Συχνότητα εμφάνισης βακτηριακής κολπίτιδας σε γυναίκες συμπτωματικές και ασυμπτωματικές αναπαραγωγικής ηλικίας 18 έως 45 ετών. Retrieved from https://www.researchgate.net/profile/Theodore-Karadohos/publication/40542758_Frequency_of_development_of_bacterial_vaginitis_in_symptomatic_and_asymptomatic_women_of_reproductive_age_aged_18_-_45_years_old/links/58c1dd53aca272e36dcc8907/Frequency-of-devel
- 24) Β. Παπαεμμανουήλ, Α. Παπαδημητρίου, Δ. Ντούμας, & Ν. Γεωργογιάννης. (2008). Προσδιορισμός του πολυσακχαριδικού αντιγόνου-mannan-του κυτταρικού τοιχώματος της *Candida albicans* για τη διάγνωση της καντιντιασικής κολπίτιδας. Retrieved Αυγουστος 2022, from https://www.iatrikionline.gr/ELL_M_4_2008/10%20papaemmanouil.pdf
- 25) Γεώργιος Μ. Ιατράκης. (2018). Οικογενειακός προγραμματισμός, σεξουαλική αγωγή και στοιχεία γυναικολογίας. Ζεβελεκάκη. doi:ISBN: 9786188367845
- 26) ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑ, Κ. Ο. (2013). Κολπίτιδες. Retrieved from <https://hsog.gr/wp-content/uploads/2017/11/kolpitudes.pdf>
- 27) Κλεόπας Χαραλάμπους, Ασημίνα Ροδοπούλου, & Ιωάννης Μαλάς. (2020). Γνώσεις, στάσεις και απόψεις φοιτητών νοσηλευτικής γύρω από τα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα – Μια περιγραφική ανασκόπηση. Retrieved from https://apothesis.lib.hmu.gr/bitstream/handle/20.500.12688/10043/MalasIoannis_RodopoulouAsimina_CharalampousKleopas2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- 28) ΠΑΝΤΕΛΗ, Α. Χ. (2018). ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΚΟΙ ΚΑΙ ΒΙΟΧΗΜΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΜΟΝΟΙ ΤΟΥΣ Η' ΚΑΙ ΣΕ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΕΚΒΑΣΗΣ ΤΟΥ ΠΡΟΩΡΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ. Θεσσαλονίκη. Retrieved from <http://ikee.lib.auth.gr/record/298580>
- 29) Σιώχου Α., Σιώχου Ι., Ιωαννίδου Μ., Βασιλόπουλος Γ., & Καπάδοχος Θ. (2007). ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΜΥΚΗΤΙΑΣΙΚΗΣ ΚΟΛΠΙΤΙΔΑΣ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΑΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΕΣ, ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ 18 ΕΩΣ 45 ΕΤΩΝ. Retrieved Αυγουστος 2022, from https://www.researchgate.net/profile/Georgios-Vasilopoulos/publication/49597384_Frequency_of_mycotic_vaginitis_development_in_symptomatic_and_asymptomatic_women_of_reproductive_age_aged_18_to_45_years_old/links/57ab0df408ae7a6420bf3858/Frequency-of-mycoti
- 30) ΣΟΥΚΟΥ, Ε. (2017). ΒΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ. ΛΑΡΙΣΑ. Retrieved from <https://ir.lib.uth.gr/xmlui/bitstream/handle/11615/49212/17072.pdf?sequence=1>



Βιβλιογραφία Εικόνων (Πηγες)

- Εικόνα 1 - Πίνακας Διαφορικής διάγνωσης Μυκητιασικής, Τριχομοναδικής, Βακτηριακής κολπίτιδας - Πηγή εικόνας:
<https://pzarganis.com/youngwomen/colpitis.html>
- Εικόνα 2 - Κύριοι παράγοντες γενετικών λοιμώξεων - Πηγή εικόνας:
<https://www.gynaikologos-christakis.gr/gyneekologia/sexually-transmitted-diseases>
- Εικόνα 3 - (1) Clue cells , (2) Φυσιολογικά επιθηλιακά κύτταρα με Lactobacillus - Πηγή εικόνας: <https://universe84a.com/collection/bacterial-vaginosis/>
- Εικόνα 4 - Κριτήρια Nugent - Πηγή εικόνας:
https://repo.lib.duth.gr/jspui/bitstream/123456789/11439/1/PapavasileiouA_2020.pdf
(σελ.17)
- Εικόνα 5 – Πρωτόζωο τριχομονάδα - Πηγή εικόνας:
<https://obstetric.gr/index.php/gyneekologia/gyneekologika-themata/kolpitida/trixomonadiki-kolpitida>
- Εικόνα 6 – Τριχομονίαση - Πηγή εικόνας:
<https://pzarganis.com/youngwomen/colpitis.html>
- Εικόνα 7 - Κλινικη εικόνα, αιμορραγικές πετέχειες - Πηγή εικόνας:
<https://obstetric.gr/index.php/gyneekologia/gyneekologika-themata/kolpitida/trixomonadiki-kolpitida>
- Εικόνα 8 - Διαγνωστική εξέταση, καλλιέργεια κολπικού υγρού - Πηγή εικόνας:
<https://www.mothersblog.gr/mama/ygeia/story/78337/okto-syxnes-erotiseis-gia-to-test-papanikolaoy-zitoyn-apantisi>
- Εικόνα 9 - Διαγνωστική εξέταση Τεστ ΠΑΠ - Πηγή εικόνας:
<https://www.onmed.gr/ygeia-eidhseis/story/365213/exeligmeno-test-pap-kanei-diagnosi-toy-karkinoy-ton-oothikon-kai-toy-endomitrioy>
- Εικόνα 10 - Μυκητιασική κολπίτιδα (Candida Albicans) - Πηγή Εικόνας:
<https://www.omgyno.com/el/osa-prepei-na-gnorizis-gia-tin-mikitiasiki-kolpitida/>



- Εικόνα 11 - Μυκητιασική κολπίτιδα - Πηγή εικόνας:
<https://mortakis.hpvinfocenter.gr/aidoiokolpitida-vulvovaginitis/>
- Εικόνα 12 - Ατροφία κόλπου - Πηγή εικόνας:
<https://www.matkarismiltiadis.gr/yphresies/klimaktirios-emmhnoaysh/oyrogennitiko-syndromo-emmhnoayshs/>
- Εικόνα 13 - Πίτα κατανομής ηλικίας (Ερώτηση 1) - [Google Forms](#)
- Εικόνα 14 - Πίτα κατανομής τύπου γέννησης (Ερώτηση 2) - [Google Forms](#)
- Εικόνα 15 - Πίτα κατανομής οικογενειακής κατάστασης (Ερώτηση 3) - [Google Forms](#)
- Εικόνα 16 - Πίτα κατανομής μορφωτικού επιπέδου (Ερώτηση 4) - [Google Forms](#)
- Εικόνα 17 - Πίτα κατανομής για έναρξη σεξουαλικής επαφής (Ερώτηση 5) - [Google Forms](#)
- Εικόνα 18 - Πίτα κατανομής για χρήση προφύλαξης (Ερώτηση 6) - [Google Forms](#)
- Εικόνα 19 - Πίτα κατανομής για ιστορικό κολπίτιδας (Ερώτηση 7) - [Google Forms](#)
- Εικόνα 20 - Συγκριτικό Ραβδόγραμμα κατανομής απαντήσεων (Ερώτηση 8) - [Google Forms](#)
- Εικόνα 21 - Συγκριτικό Ραβδόγραμμα κατανομής απαντήσεων (Ερώτηση 9) - [Google Forms](#)
- Εικόνα 22 - Συγκριτικό Ραβδόγραμμα κατανομής απαντήσεων (Ερώτηση 10) - [Google Forms](#)
- Εικόνα 23 - Συγκριτικό Ραβδόγραμμα κατανομής απαντήσεων (Ερώτηση 11) - [Google Forms](#)
- Εικόνα 24 - Πίτα κατανομής απαντήσεων (Ερώτηση 12) - [Google Forms](#)
- Εικόνα 25 - Συγκριτικό Ραβδόγραμμα κατανομής απαντήσεων (Ερώτηση 13) - [Google Forms](#)
- Εικόνα 26 - Πίτα κατανομής απαντήσεων (Ερώτηση 14) - [Google Forms](#)



- Εικόνα 27 - Συγκριτικό Ραβδόγραμμα κατανομής απαντήσεων (Ερώτηση 15) - [Google Forms](#)
- Εικόνα 28 - Πίτα κατανομής απαντήσεων (Ερώτηση 16) - [Google Forms](#)
- Εικόνα 29 - Συγκριτικό Ραβδόγραμμα κατανομής απαντήσεων (Ερώτηση 17) - [Google Forms](#)
- Εικόνα 30 - Πίτα κατανομής απαντήσεων (Ερώτηση 18) - [Google Forms](#)
- Εικόνα 31 - Συγκριτικό Ραβδόγραμμα κατανομής απαντήσεων (Ερώτηση 19) - [Google Forms](#)
- Εικόνα 32 - Συγκριτικό Ραβδόγραμμα κατανομής απαντήσεων (Ερώτηση 20) - [Google Forms](#)
- Εικόνα 33 - Πίτα κατανομής απαντήσεων (Ερώτηση 21) - [Google Forms](#)
- Εικόνα 34 - Συγκριτικό Ραβδόγραμμα κατανομής απαντήσεων (Ερώτηση 22) - [Google Forms](#)
- Εικόνα 35 - Συγκριτικό Ραβδόγραμμα κατανομής απαντήσεων (Ερώτηση 23) - [Google Forms](#)