



CHOOSE FOR YOUR FUTURE





CHOOSE FOR YOUR FUTURE



Proiect de educație sexuală pentru adolescenți
EDIȚIA III 2022-2023

ARGUMENT

Conceptul de educație sexuală nu este întotdeauna înțeles prin latura sa formativ-informativă, iar criticii consideră informația inoportună, afirmând că viața sexuală reprezintă un subiect intim, cu note personale și nu trebuie predată.

Adolescenții trebuie ajutați să înțeleagă importanța și / sau gravitatea experiențelor sexuale fără metode de protecție.

Părinții, de asemenea, au nevoie să-și educe copiii preventiv. Adolescența este perioada în care tinerii încearcă experiențe sociale noi, se integrează în anturaje care, de cele mai multe ori, sunt necunoscute părinților.

Cursurile de educație sexuală în licee / școli gimnaziale reprezintă un subiect controversat, apreciat de unii părinți ca mijloc de pervertire a copiilor, de stimulare a curiozității sexuale. Pentru alți părinți, aceste cursuri reprezintă un avantaj, o variantă comodă care pune la dispoziția adolescentului răspunsuri pertinente la întrebări stanjenitoare sau incomode.

Deși ne aflăm în secolul informației, într-o lume a transformărilor generaționale rapide, **există un mare risc al interpretării incorecte a informației și asimilării acesteia ca atare.** Adolescentul, format să asimileze nediscriminativ și neanalitic informația privind propria sexualitate, prezintă riscul de a păși pe un teren minat, ale cărui pericole sunt doar menționate, însă neconștientizate sau și mai grav ignorate, bazându-se pe un stereotip de genul: "Mie nu mi se poate întâmpla!".



SCOP

Creșterea accesului adolescenților la educație / informare și servicii de consiliere, cu accent pe sănătatea reproducerii, planificare familială și pe formarea valorilor privind viața de familie.

CADRU EUROPEAN ȘI MONDIAL PREZENT



<http://www.euro.who.int/fr/home>

OMS – Europa dezvoltă un cadru regional pentru punerea în aplicare a strategiei globale de prevenire și control al infecțiilor cu transmitere sexuală (ITS) 2016-2025 în regiunea europeană a OMS.

Componentele esențiale ale unui pachet de sănătate publică pentru prevenirea și tratarea infecțiilor cu transmitere sexuală sunt:

- promovarea unui comportament sexual mai sigur și a unui comportament adecvat de îngrijire a sănătății;
- programe de promovare a utilizării prezervativelor;
- integrarea controlului ITS în instituțiile de îngrijire a sănătății primare și reproductive, clinici private și alte astfel de organizații;
- servicii specifice pentru populațiile cu risc ridicat de a contacta ITS;
- gestionarea adecvată a cazurilor de ITS;
- prevenirea și îngrijirea sifilisului congenital și a conjunctivitei neonatale;
- detectarea precoce a infecțiilor simptomatice și asimptomatice;
- monitorizarea sensibilității la medicamente.

Administrarea adecvată, începând de la primul contact dintre pacienți și furnizorii de servicii medicale, este o măsură importantă de sănătate publică. Eșecul în a diagnostica și trata ITS într-un stadiu incipient poate duce la **infertilitate, sarcină ectopică, avort spontan, cancer anogenital și moarte prematură, precum și la infecții neonatale și infantile.**

Un management eficient are ca scop:

- prevenirea dezvoltării de complicații și sechele;
- scăderea răspândirii ITS în comunitate;
- oferirea de oportunități de educație sexuală orientate pentru prevenirea HIV.

Alte considerente importante au în vedere:

- cheltuielile individuale și naționale pentru îngrijirea ITS care pot fi substanțiale;
- apariția și răspândirea infecției HIV și SIDA care au complicat administrarea și controlul unor ITS;
- rezistența antimicrobiană a mai multor agenți patogeni cu transmitere sexuală care este în creștere, ceea ce face ca unele tratamente să fie ineficiente. Sunt disponibile medicamente noi, capabile să trateze infecții cu tulpini rezistente, dar acestea sunt în continuare scumpe.

Abordarea adecvată atunci când resursele sunt limitate

Diagnosticul etiologic al infecțiilor cu transmitere sexuală (ITS) este dificil în multe situații în care resursele umane și materiale sunt reduse. Acest lucru determină o creștere a costurilor și scade accesul la tratament al pacienților. În unele țări, instituțiile de sănătate nu dispun de echipamentele și de personalul instruit necesar pentru stabilirea unui diagnostic etiologic corespunzător. Abordarea bazată pe simptomatologie în ceea ce privește managementul pacienților cu ITS, promovată și dezvoltată în multe țări, permite depășirea problemelor legate de echipamente și resursa umană.

OMS a elaborat un algoritm simplificat de implementare pentru a ghida astfel personalul specializat din domeniul sănătății.

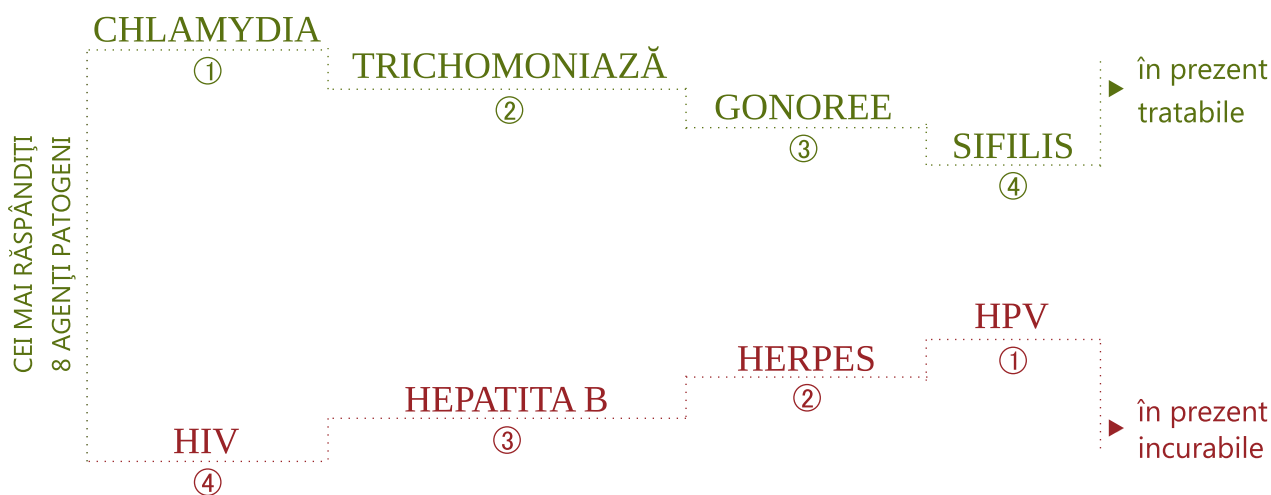
CE SUNT ITS ȘI CUM SUNT TRANSMISE?

Peste 30 de bacterii, virusuri și paraziți diferiți sunt cunoscuți ca fiind transmise prin contact sexual. Opt (8) dintre acești agenți patogeni sunt responsabili de cea mai mare incidență a bolilor cu transmitere sexuală. Dintre aceste 8 tipuri de infecții:

- **4 sunt, în prezent, tratabile:** sifilis, gonoree, chlamydia și trichomoniază
- **4 sunt infecții virale și sunt incurabile:** hepatita B, virusul herpes simplex (HSV sau herpesul), HIV și virusul papiloma uman (HPV). Simptomele cauzate de infecțiile virale incurabile pot fi reduse prin tratament parțial sau total.

Infecțiile cu transmitere sexuală sunt transmise predominant prin contact sexual: sex vaginal, anal și oral. Unele ITS pot fi, de asemenea, transmise prin mijloace non-sexuale, cum ar fi prin sânge sau produse din sânge. Multe infecții cu transmitere sexuală – inclusiv chlamydia, gonoreea, în principal hepatita B, HIV și sifilis - pot fi, de asemenea, transmise și vertical de la mamă la copil în timpul sarcinii și al nașterii.

O persoană poate suferi de o infecție cu transmitere sexuală fără a avea simptome evidente de boală. Simptomele comune ale infecțiilor cu transmitere sexuală includ: secreția vaginală modificată, secreția uretrală sau senzațiile de arsură la bărbați, ulcerările genitale și durerea abdominală, ceea ce duce frecvent la o diagnosticare tardivă a afecțiunilor.



INCIDENȚA INFECȚIILOR CU TRANSMITERE SEXUALĂ

Adolescenții activi din punct de vedere sexual reprezintă o populație cu risc crescut pentru dezvoltarea bolilor cu transmitere sexuală. În acest grup, trebuie efectuate periodic teste pentru identificarea acestor afecțiuni. În USA, în fiecare an există aproximativ 19 milioane de cazuri noi de ITS (cca 6% din populație), din care mai mult de jumătate apar la persoane cu vârsta între 15 și 24 de ani. După o estimare din 2015, aproximativ 41% din elevii de liceu din USA sunt activi sexual, iar 12% au avut mai mult de 4 parteneri.

Un studiu NHANES (2003-2004) în USA a pus în evidență faptul că 24% din adolescentele cu vârsta între 14 și 19 ani au prezentat infecții cu:

- **HPV – 18%;**
- **Chlamydia trachomatis – 4%;**
- **Trichomonas vaginalis – 3%;**
- **HSV-2 – 2%;**
- **Neisseria gonorrhoeae – 1%.**

Incidența infecției cu Neisseria gonorrhoeae în rândul fetelor cu vârsta cuprinsă între 15 și 19 ani în USA a crescut de la 442 de cazuri la 100.000 de locuitori în 2015, la 482 de cazuri la 100.000 în 2016.

Incidența infecției cu Chlamydia trachomatis în rândul fetelor cu vârsta cuprinsă între 15 și 19 ani în USA a crescut de asemenea în 2016 (3071 cazuri la 100 000) față de 2015.

Aproximativ 40% din cazurile de infecție cu Chlamydia trachomatis și Neisseria gonorrhoeae nou semnalate în cazul adolescenților, apar la indivizi ce au mai avut în trecut infecții cu transmitere sexuală, reinfecția producându-se cel mai frecvent la câteva luni după momentul primei infecții.

Infecțiile repetate cu germeni transmiși pe cale sexuală în rândul adolescenților, reprezintă un factor de risc independent pentru infecția cu virusul HIV.

86% din adolescentele HIV pozitive și 96% din adolescenții HIV pozitivi, au prezentat primele simptome de ITS cu un an înainte de pozitivarea testului HIV, ceea ce sugerează existența unui interval de timp în care se poate interveni. De aceea este foarte importantă solicitarea asistenței medicale la apariția primelor semne de ITS.

FACTORI DE RISC PENTRU ITS ÎN RÂNDUL ADOLESCENȚILOR

Factori comportamentali

- intervalul de timp de la primul contact sexual (în special pentru infecția cu HPV) – inițierea screening-ului pentru ITS în primul an de la primul contact sexual și retestarea indivizilor infectați la 3-4 luni;
- începerea activității sexuale devreme în adolescență (14-15 ani) - (în special pentru infecția cu Chlamydia trachomatis)
- parteneri multipli;
- parteneri noi;
- parteneri ce au avut parteneri multipli;
- neutilizarea prezervativului ca și metodă contraceptivă;
- consumul de alcool și/sau de droguri.

Factori biologici

- ectropionul sau imaturitatea cervicală (epiteliul columnar este mai susceptibil la infecțiile cu transmitere sexuală decât epiteliul scuamos);
- IgA secretor – adolescentele au o concentrație mai mică de IgA secretor la nivelul mucusului cervical față de femeile adulte.

CHLAMYDIA TRACHOMATIS

Peste **50 milioane** de cazuri noi pe an în întreaga lume.



INFORMAȚII GENERALE

Chlamydia trachomatis este unul din cei mai obișnuiți agenți patogeni pentru om. Dintre cele 15 serotipuri cunoscute, 4 sunt implicate în producerea trahomului, o infecție oculară ce poate conduce la cecitate. Alte 3 serotipuri determină limfogranulomatoză venerică (LGV), o boală sistemică cu transmitere sexuală. Celelalte serotipuri sunt asociate cu infecții ale tractului genital și sunt implicate de asemenea în producerea unor cazuri sporadice de conjunctivită.

Chlamydia trachomatis este cea mai frecventă cauză de cervicită la femei și uretrită la bărbați, fiind cea mai costisitoare infecție cu transmitere sexuală non-virală.

Femeile ce au în istoric o infecție cu Chlamydia trachomatis au un risc cu 30% mai mare de a dezvolta boala inflamatorie pelvină, sarcină ectopică, infertilitate de cauză tubară. Infecția repetată cu Chlamydia trachomatis crește riscul apariției complicațiilor cu încă 20%.

Infecțiile genitale cu Chlamydia trachomatis constituie o problemă majoră de sănătate, cu peste 50 milioane de cazuri noi pe an în întreaga lume.

85% din femeile cu cervicită cauzată de infecția cu Chlamydia trachomatis sunt *asimptomatice*.

Din acest motiv, femeile active sexual, trebuie incluse într-un program de screening anual, pentru depistarea acestei infecții. În restul de 15% din cazuri când simptomatologia este prezentă, aceasta include elemente nespecifice: secreție vaginală modificată, sângerare vaginală intermenstruală.

Bărbații cu uretrită sunt asimptomatici în proporție de 40-96%. Simptomele sunt reprezentate de disurie și secreție uretrală mucoasă.

Gravidele infectate au un risc de 4 ori mai mare de a naște prematur.

În lipsa diagnosticului și a tratamentului, infecția poate progresa spre o inflamație cronică severă ce poate conduce la artrită, infertilitate, sarcină ectopică, avort spontan și naștere prematură.

Transmiterea verticală a infecției este rară, dar expunerea intrapartum a fătului la trecerea prin canalul cervical poate determina oftalmie neonatală și pneumonie chlamidiană, care se pot dezvolta la aproximativ 10% din nou-născuții infectați.

Testarea anticorpilor de tip IgG este utilă în screening-ul infecției. De asemenea, poate fi folosită pentru demonstrarea unei creșteri semnificative de anticorpi, ca urmare a unei infecții recente sau recurente.

Prezența anticorpilor de tip Ig A este asociată cu o infecție activă, fie că este vorba de o infecție primară, cronică sau reinfecție.

THE VALUE OF CHLAMYDIA SCREENING

Identifying asymptomatic infections can prevent life-long health complications



Analize recomandate – Anticorpi anti-Chlamydia Trachomatis IgA, Anticorpi anti-Chlamydia Trachomatis IgG, Anticorpi anti-Chlamydia Trachomatis IgM, Cultură secreție vaginală / uretrală (+ antibiogramă), Detectarea antigenelor din secreția vaginală

Pregătire pacient – testele nu necesită o pregătire prealabilă, repaus alimentar de 6–10 ore

Probă recoltată – sânge venos, secreție vaginală / uretrală

CHLAMYDIA TRACHOMATIS

DATE STATISTICE

Figure 1. Chlamydia male-to-female ratio in 25 EU/EEA countries, 2016

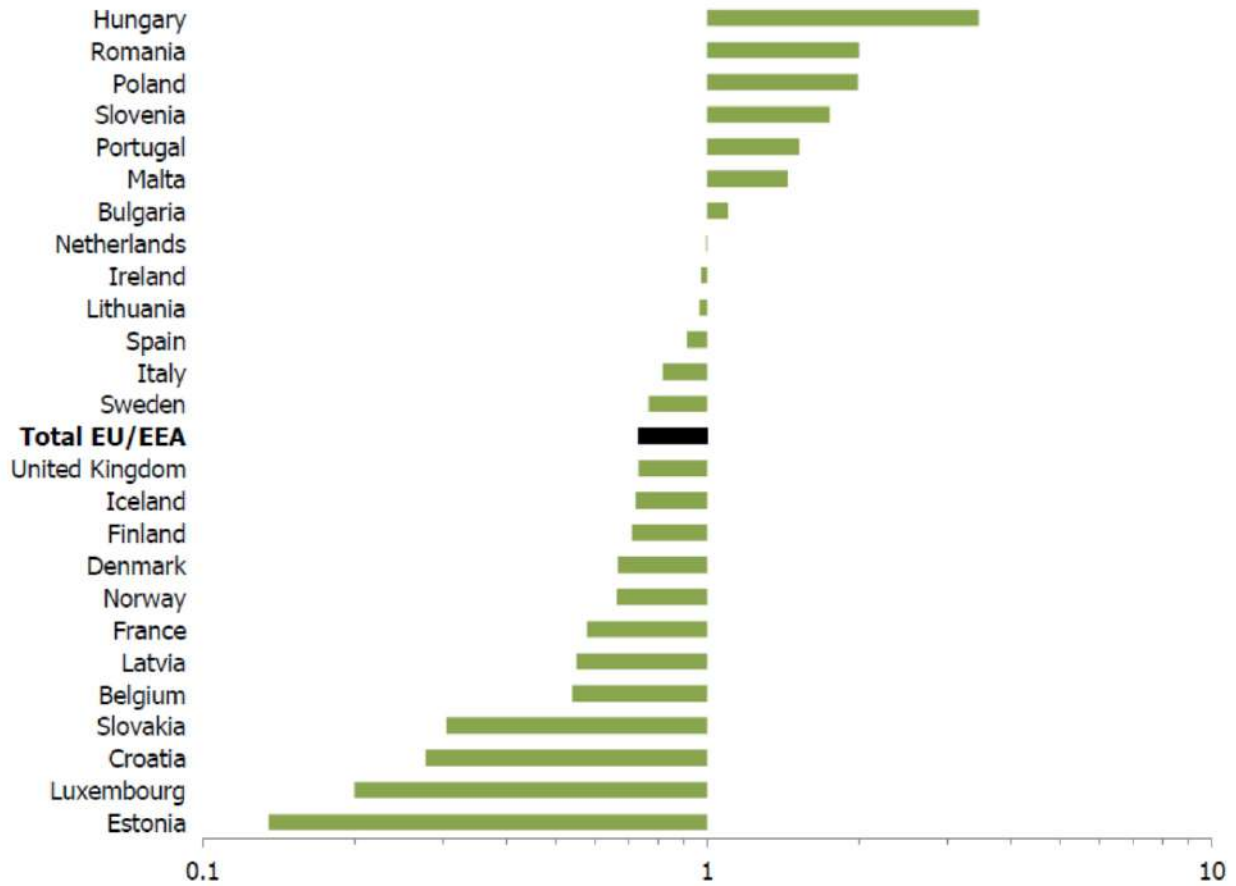
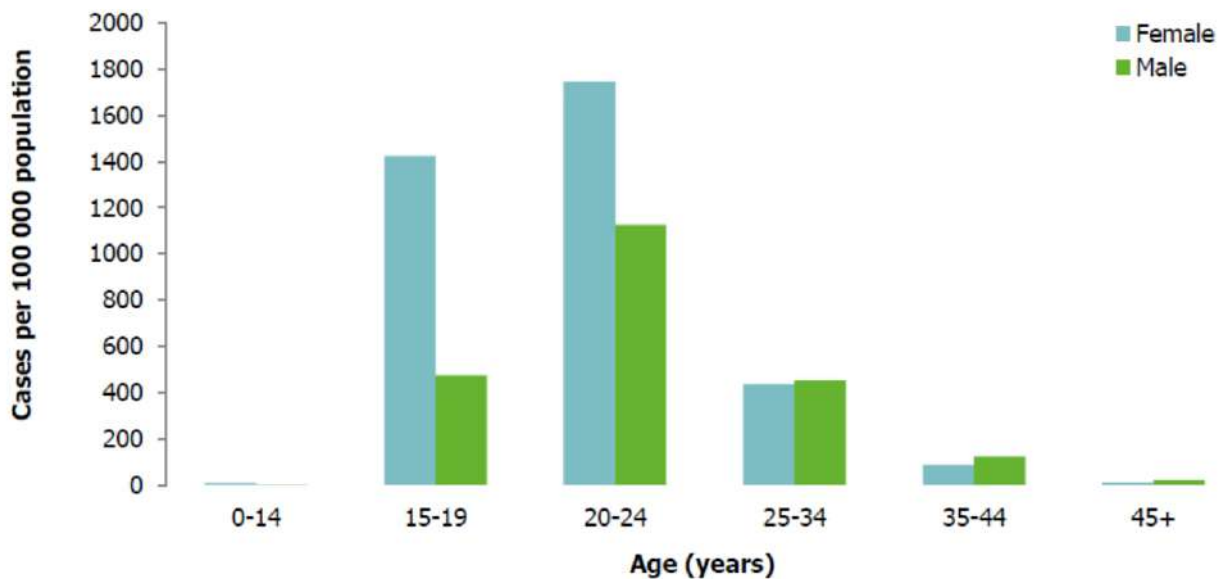


Figure 2. Distribution of confirmed chlamydia cases per 100 000 population, by age and gender, EU/EEA, 2016

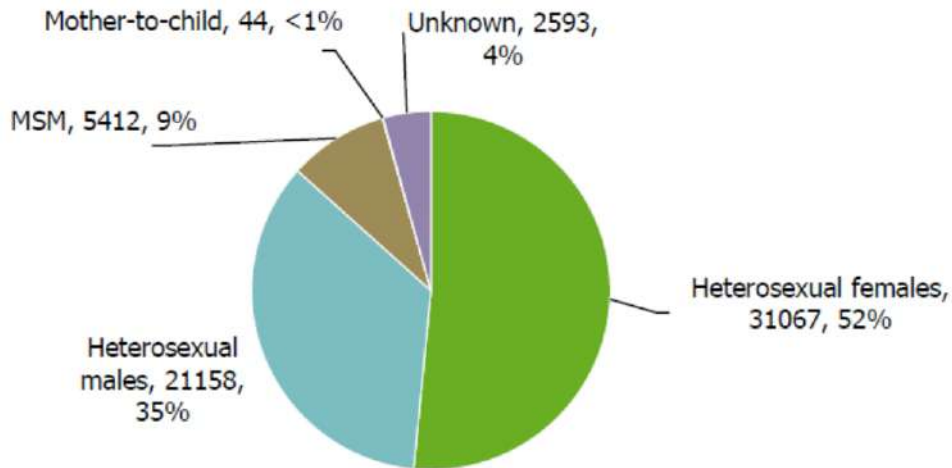


Source: Country reports from Bulgaria, Croatia, Cyprus, Denmark, Estonia, Finland, Iceland, Ireland, Latvia, Lithuania, Luxembourg, Malta, Norway, Portugal, Romania, Slovakia, Slovenia, Sweden and the United Kingdom.

CHLAMYDIA TRACHOMATIS

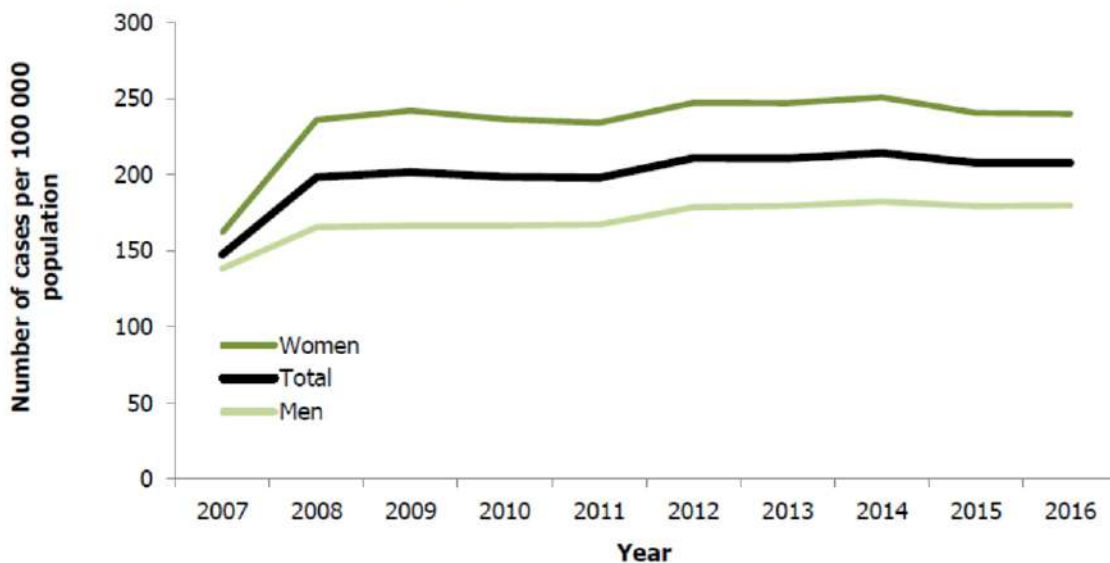
DATE STATISTIC

Figure 3. Distribution of chlamydia infections by transmission category and gender (n=60 274), EU/EEA, 2016



*Note: EU/EEA countries with ≥60% completeness in the transmission category
Data from Hungary, Latvia, Lithuania, Malta, the Netherlands, Portugal, Romania, Slovakia, Slovenia and Sweden.*

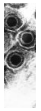
Figure 4. Distribution of confirmed chlamydia cases per 100 000 population by gender and year, EU/EEA countries reporting consistently, 2007–2016



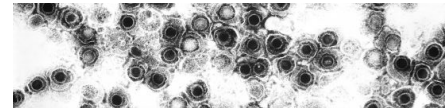
Source: Country reports from Cyprus, Denmark, Estonia, Finland, Iceland, Ireland, Latvia, Lithuania, Luxembourg, Malta, Norway, Poland, Romania, Slovakia, Slovenia, Sweden, and the United Kingdom.

Note: In 2008, the United Kingdom started including data from a screening programme targeted at 15–24-year-olds in England. This programme offers community-based testing services outside of STI clinics and resulted in a large increase of chlamydia diagnoses from 2008 onwards.

HERPES SIMPLEX



Prevalența infecțiilor cu herpes în populația generală este estimată la **70-80%** pentru **HSV-1** și aproximativ **17-25%** pentru **HSV2**.



INFORMAȚII GENERALE

Virusul herpes simplex (HSV) este un virus implicat la om în producerea de infecții acute și recurente. Transmiterea se face prin contactul apropiat cu persoanele infectate. Virusul pătrunde în mucoase (oculare, orale și genitale) și se replică local. Evoluția clinică a infecției este variabilă, iar simptomele pot fi uneori minime și pot trece neobservate. Principalele semne și simptome sunt reprezentate de erupții bucale și cutanate, leziuni ale tractului genital și herpes neonatal. La un procent redus din indivizii afectați virusul poate pătrunde în ganglionul rădăcinii senzitive a nervilor și determina infecții recurente. Virusul herpetic constituie de asemenea o cauză obișnuită de infecții la pacienții imunodeprimați (neoplazici, HIV-pozitivi).

În 1960 s-a descoperit că există două tipuri distincte de virus herpetic: HSV1 și HSV2.

HSV1 este asociat, în principal, cu infecții oculare și orale, în timp ce HSV2 determină leziuni genitale.

Prevalența infecțiilor HSV1 în populația generală este estimată la 70-80%, în timp pentru HSV2 este de aproximativ 17-25%. Deși HSV1 și HSV2 sunt transmise pe căi diferite și afectează zone diferite ale corpului există adesea o suprapunere în ceea ce privește epidemiologia și manifestările clinice ale infecțiilor produse de cele două virusuri.

Herpesul genital poate fi indus atât de HSV1 (15% din cazuri) cât și de HSV2 (85% din cazuri). Infecțiile primare HSV2 sunt dobândite în principal pe cale sexuală, fiind corelate cu debutul vieții sexuale la o vârstă foarte tânără, istoricul pozitiv pentru alte boli venerice și numărul mare de parteneri sexuali. Inițial replicarea HSV2 se produce la nivelul regiunii genitale urmată de colonizarea ganglionilor sacrați. Simptomele infecției primare includ prurit, durere locală și limfadenopatie. La femei infecția se manifestă prin apariția unor vezicule pe membranele mucoase ale labiilor și vaginului în timp ce la bărbați leziunile sunt localizate pe gland, prepuț. Adesea leziunile primare sunt însoțite de simptome sistemice cum ar fi: febră, cefalee, fotofobie, mialgii, stare de rău general. La persoanele imunodeprinuate se descriu forme atipice de herpes genital – ulcere mari hiperkeratozice.

Infecția HSV2 constituie un factor de risc pentru transmiterea HIV; la pacienții cu SIDA HSV poate produce o infecție cutaneo-mucoasă persistentă.

Herpesul neonatal, ce poate fi cauzat de oricare din cele două tipuri HSV, are implicațiile cele mai grave și este dobândit predominant inpartum, la trecerea fătului prin canalul cervical.

Adesea infecția este subclinică (lipsa raportării de leziuni genitale), mai ales la gravidele care au venit anterior în contact cu HSV1. Se consideră că frecvența infecțiilor congenitale cu HSV2 este de 1 la 2000-5000 nașteri. Transmiterea infecției în primele săptămâni de sarcină se poate asocia cu pierderea sarcinii. Infecțiile dezvoltate mai târziu pot determina microcefalie sau hidrancefalie și leziuni oculare (microftalmie, keratoconjunctivită și retinită).

Diagnosticul infecțiilor HSV este stabilit în mod obișnuit pe baza manifestărilor clinice și pe investigații de laborator cum ar fi depistarea ADN-ului viral, culturile virale și testele serologice. Diferențierea între infecțiile produse de HSV1 și HSV2 este utilă mai ales în cazul pacienților cu infecții subclinice sau care trec neobservate.

Determinarea anticorpilor față de virusul herpetic este de asemenea larg utilizată în centrele de transplant, la donatorii și primitorii de măduvă osoasă. Depistarea anticorpilor de tip IgM este utilă pentru confirmarea unei infecții active; are semnificație clinică în special în diagnosticul infecției neonatale și a encefalitei herpetice.



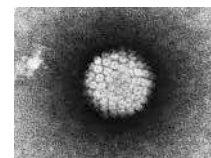
Analize și investigații recomandate – Anticorpi anti-Herpes simplex-I IgG, Anticorpi anti-Herpes simplex-II IgG, Anticorpi anti-Herpes simplex-I IgM, Anticorpi anti-Herpes simplex-II IgM, consult medical de specialitate (obstetrică – ginecologie)

Pregătire pacient – testele nu necesită o pregătire prealabilă, repaus alimentar de 6 – 10 ore

Specimen recoltat – sânge venos

HUMAN PAPILLOMA VIRUS (HPV)

În cadrul tipurilor oncogene de HPV tipul 16 determină peste 50% din cazurile de cancer cervical, iar tipul 18 este implicat în 10-20% din cazuri.



INFORMAȚII GENERALE

Infecția HPV este implicată în marea majoritate a cazurilor de cancer cervical. Pe baza potențialului oncogen tipurile genitale de HPV sunt împărțite în tipuri cu risc scăzut și tipuri cu risc crescut.

Au fost identificate peste 200 de tulpini ce dau afectare cutanată sau mucoasă cu papilomavirus uman (HPV), dintre care cel puțin 40 pot infecta zona genitală.

Majoritatea infecțiilor cu HPV sunt auto-limitate și sunt asimptomatice sau cu manifestări necunoscute încă. Sunt virusuri specifice omului.

Infecția HPV oncogenă, cu risc crescut (de exemplu, tipurile 16 și 18 ale HPV) determină majoritatea cancerelor cervicale, vulvare, vaginale, anale și orofaringiene, în timp ce infecția non-cancerigenă HPV cu risc scăzut (6 și 11) cauzează verucile genitale și papilomatoza respiratorie recurentă.

În cadrul tipurilor oncogene de HPV tipul 16 determină peste 50% din cazurile de cancer cervical, iar tipul 18 este implicat în 10-20% din cazuri.

Tipurile 16 și 18 sunt responsabile de producerea a 70% din cazurile de cancer cervical asociate cu HPV, în timp ce tipurile 6 și 11 sunt implicate în etiologia a 90% din cazurile de leziuni anogenitale benigne (condiloame).

Infecțiile cu tulpini carcinogene ce persistă peste 12 luni, cresc probabilitatea dezvoltării leziunilor canceroase; 91% din infecțiile HPV se vindecă în 24 de luni.

Cancerul de col uterin este a 4-a neoplazie ca și frecvență în cazul femeilor: 570.000 de cazuri noi de carcinom cervical invaziv fiind diagnosticate în anul 2018 la nivel mondial, înregistrându-se peste 311.000 de decese cauzate de neoplaziile cervicale anual.

Prevalența infecției cu HPV la nivel mondial este de 10%.

Cum conduce infecția cu HPV la cancer de col uterin

Deși majoritatea infecțiilor cu HPV se vindecă singure și majoritatea leziunilor precanceroase se rezolvă spontan, există riscul ca infecția cu HPV să devină cronică și leziunile precanceroase să progreseze spre cancerul de col uterin invaziv.

În cazul femeilor având un sistem imunitar normal progresul spre cancerul de col uterin durează între 15 și 20 ani. Acest interval de timp se poate reduce la unul cuprins între 5 și 10 ani în cazul femeilor cu sistem imunitar slăbit, cu ar fi cele cu infecție HIV netratată.

Factorii de risc pentru persistența HPV și dezvoltarea cancerului de col uterin

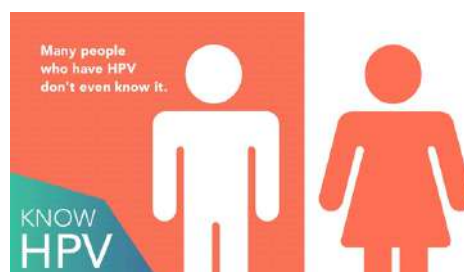
- HPV – oncogen
- Statusul sistemului imunitar – persoanele care sunt imunosupimate, cum ar fi cele sero-pozitive au șanse ridicate să contacteze infecții cu HPV persistente și o evoluție mai rapidă către cancer de col uterin
- Coinfecție cu alți agenți cu transmitere sexuală, cum ar fi: virusul herpes simplex chlamydia trachomatis și gonoree;

- Numărul de copii născuți și vârsta fragedă la prima sarcină

- Fumatul.

În țările dezvoltate există programe naționale care le permit femeilor să se vaccineze împotriva HPV și să poată efectua investigații medicale în mod regulat. Screening-ul permite identificarea leziunilor pre-canceroase în stadii în care pot fi ușor tratate. Tratamentul precoce previne în aceste țări până la 80% din cancerul de col uterin.

În țările în curs de dezvoltare există un acces limitat la aceste măsuri preventive, iar cancerul de col uterin nu este adesea identificat decât în stadiu avansat, când apar deja simptome. În plus, accesul la tratamentul unei



HUMAN PAPILLOMA VIRUS (HPV)

INFORMAȚII GENERALE (continuare)

astfel de boli, în stadiu avansat este foarte limitat.

Prevenirea primară începe cu vaccinarea împotriva HPV a fetelor cu vârste între 9-14 ani, înainte de a-și începe viața sexuală.

Alte măsuri preventive recomandate pentru băieți și fete, după caz, sunt:

- Educarea despre practicile sexuale sigure, inclusiv începerea cu întârziere a vieții sexuale;
- Promovarea și furnizarea de prezervative pentru cei care, fie și-au început viața sexuală, fie oferă servicii sexuale;
- Campanii de informare cu privire la fumat, care începe adesea în adolescență și care este un factor de risc important pentru cancerul de col uterin și alte tipuri de cancer;

Femeile care sunt active sexual ar trebui să fie investigate medical începând cu vârsta de 30 de ani.

Dacă sunt prezente semne de cancer de col uterin, opțiunile de tratament pentru cancerul invaziv includ chirurgia, radioterapia și chimioterapia.

Vaccinarea pentru HPV

În prezent există 3 vaccinuri care protejează împotriva HPV.

Studiile clinice și supravegherea post-comercializare au arătat că vaccinurile HPV funcționează cel mai bine dacă sunt administrate înainte de expunerea la HPV.

Prin urmare, OMS recomandă vaccinarea fetelor, cu vârste cuprinse între 9 și 14 ani, înainte de a începe activitatea sexuală.

Vaccinurile nu pot trata infecția cu HPV sau boala asociată cu HPV, cum ar fi cancerul.

Unele țări au început să vaccineze băieții, deoarece vaccinarea previne cancerul genital la bărbați, precum și la femei, iar două vaccinuri disponibile previn, de asemenea, negi genitali la bărbați și femei.

Vaccinarea HPV nu înlocuiește screening-ul cancerului de col uterin.

Management-ul cancerului de col uterin

Simptomele cancerului de col uterin în stadiul incipient pot fi:

- pete neregulate de sânge sau sângerare ușoară între perioadele de ciclul menstrual;
- spotting sau sângerare post-menopauză
- sângerare după actul sexual;
- creșterea secreției vaginale, uneori urât mirositoare.

Pe măsură ce cancerul de col uterin avansează, pot apărea simptome mai severe, inclusiv:

- dureri de spate, picioare și/sau pelvine persistente;
- pierdere în greutate, oboseală, pierderea poftei de mâncare;
- disconfort vaginal.

Indicațiile efectuării testului de genotipare sunt următoarele:

- monitorizarea evoluției infecției determinate de un anumit tip HPV;
- monitorizarea persistenței genotipurilor asociate cu risc crescut de cancer cervical, în special la pacientele cu citologie negativă;
- femei ≥ 30 ani cu citologie negativă și ADN-HPV detecție tipuri cu risc crescut pozitiv;
- monitorizarea eficienței tratamentului în cazul leziunilor cervicale asociate cu HPV (conizație, radioterapie sau chimioterapie);
- genotiparea pre- și postvaccinală în programe selecționate de screening;
- facilitarea investigațiilor epidemiologice referitoare la evoluția naturală a infecțiilor HPV



Analize și investigații recomandate – HPV – ADN genotipare, efectuarea testului Babeș-Papanicolaou, consult medical de specialitate (obstetrică – ginecologie)

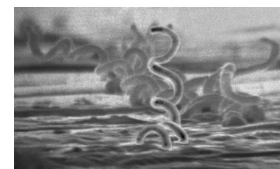
Pregătire pacienți – se va evita recoltarea probei în perioada menstruală. De asemenea, cu 48 de ore înainte de prelevarea probei, pacientele vor evita:

- raporturile sexuale;
- efectuarea dușurilor vaginale;
- folosirea tampoanelor intravaginale, contraceptivelor locale, a diverselor geluri, creme și tratamente vaginale.

Specimen recoltat – celule cervicale colectate în mediu lichid

TREPONEMA PALLIDUM (SIFILIS)

(2012) 18 milioane de cazuri de sifilis la persoane cu vârsta între 15 și 49 de ani la nivel global.



INFORMAȚII GENERALE

În 2012, OMS a estimat existența a 18 milioane de cazuri de sifilis la persoane cu vârsta între 15 și 49 de ani la nivel global.

Incidența la nivel global a fost de 1,5 cazuri / 1000 de femei și la fel și în cazul bărbaților.

Se transmite pe cale sexuală, prin contactul cu leziunile cutanate din sifilisul primar și secundar.

În urma contactului sexual cu o persoană infectată, infecția apare în 30% din cazuri.

După contact, agentul patogen difuzează rapid prin sistemul limfatic. Perioada de incubație este cuprinsă între 15 zile și 3 luni. În lipsa unei antibioterapii intercurrente care să "anihileze" sifilisul, boala se instalează progresiv și poate conduce la manifestări clinice variate.

Simptomatologia variază în funcție de stadiul bolii (sifilis primar, secundar și terțiar) și organele afectate.

Sifilisul primar:

leziunea caracteristică constă în apariția sancrului nedureros la nivelul porții de intrare, leziune ce se vindecă după câteva săptămâni chiar și fără tratament.

Sifilisul secundar:

apare la 25% din pacienții cu sifilis primar netratat după câteva luni de la infecție – febră, cefalee, erupții cutanate, stare pseudogripală, anorexie, limfadenopatii, afectare renală, hepatică, cardiovasculară, neurologică.

Sifilisul terțiar:

apare după 1-30 de ani de la primoinfecție, la 25-40% din pacienții netratați, indiferent dacă au avut sau nu simptome în primele două etape ale bolii. Pot exista manifestări cardiovasculare și neurologice.

SIFILIS PRECOCE (INFEC IOS)	
Durata de la expunere	Forme clinice
9-90 zile	Sifilis primar
6 s pt - 6 luni (4-8 s pt. de la leziunea primar)	Sifilis secundar
2 ani	Sifilis latent precoce
SIFILIS TARDIV (NEINFEC IOS)	
> 2 ani	Sifilis latent tardiv
3-20 ani	Sifilis terțiar (gomatos, cardiovascular, neurosifilis)
SIFILIS CONGENITAL	
< 2 ani de la na tere (inclusiv na terea de f t mort)	Sifilis congenital precoce
2 ani	Sifilis congenital tardiv

Analize și investigații recomandate – ținând cont de particularitățile răspunsului imun, testele pentru sifilis pot fi clasificate în 2 mari categorii:

- teste care pun în evidență anticorpi nespecifici (teste non-treponemice)
 - ✓ VDRL – Venereal Disease Research Laboratory și
 - ✓ RPR – Rapid Plasma Reagin test
 - ✓ TRUST – Toluidine Red Unheated Serum Test
- teste care pun în evidență anticorpi specifici (teste treponemice)
 - ✓ TPHA – Treponema pallidum Haemagglutination Assay – (hemaglutinare pasivă – detectează anticorpi totali IgG și IgM)
 - ✓ FTA – ABS (Fluorescent Treponemal Antibody – Absorbție de tip IgG și IgM)
 - ✓ EIA (de tip IgG și IgM)
 - ✓ CIA – Chemiluminescence immunoassay
- consult medical de specialitate (obstetrică – ginecologie / dermatologie)

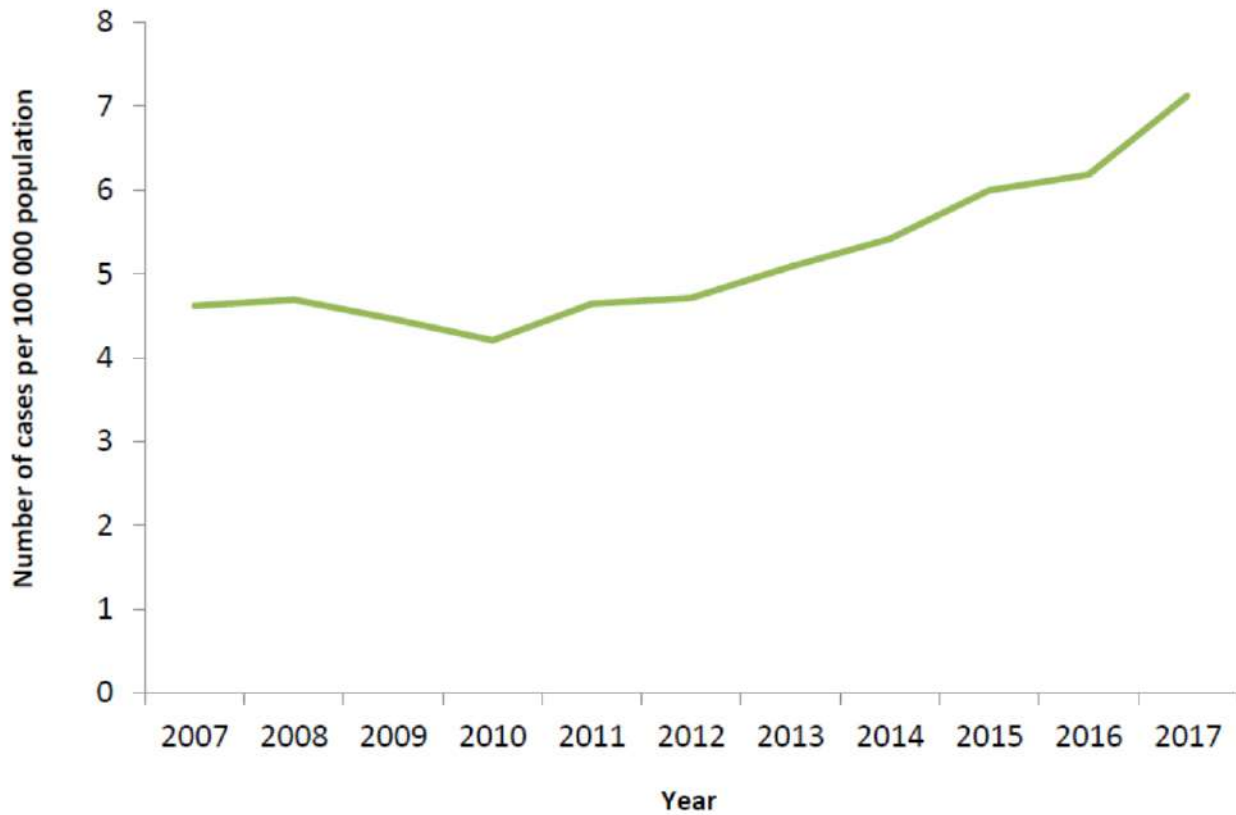
Pregătire pacient – testele nu necesită o pregătire prealabilă, repaus alimentar de 6 – 10 ore

Specimen recoltat – sânge venos



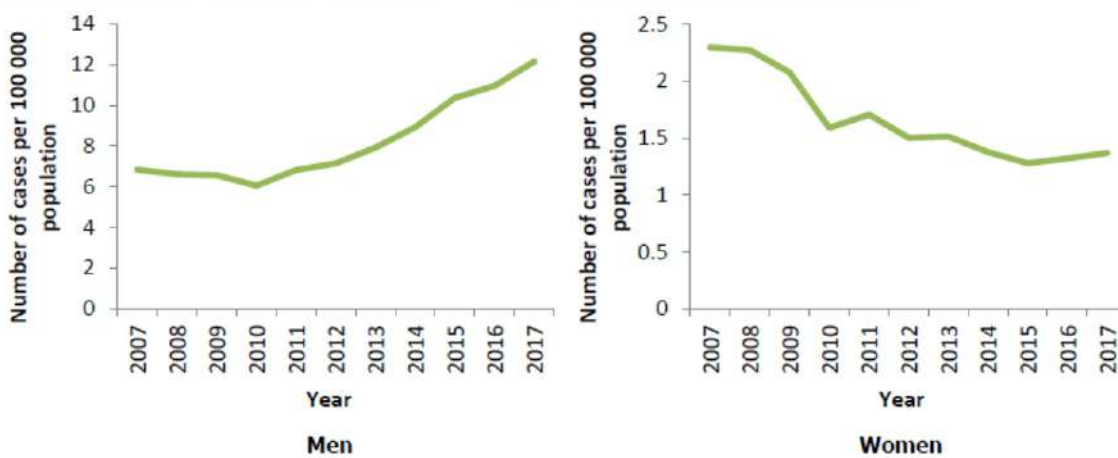
TREPONEMA PALLIDUM (SIFILIS)

Figure 2. Number of reported syphilis infections per 100 000 population by year of notification, EU/EEA countries, 2007–2017



Source: Country reports from Bulgaria, Cyprus, the Czech Republic, Denmark, Estonia, Finland, Germany, Iceland, Ireland, Italy, Latvia, Lithuania, Luxembourg, Malta, Norway, Poland, Portugal, Romania, Slovakia, Slovenia, Spain, Sweden and the United Kingdom.

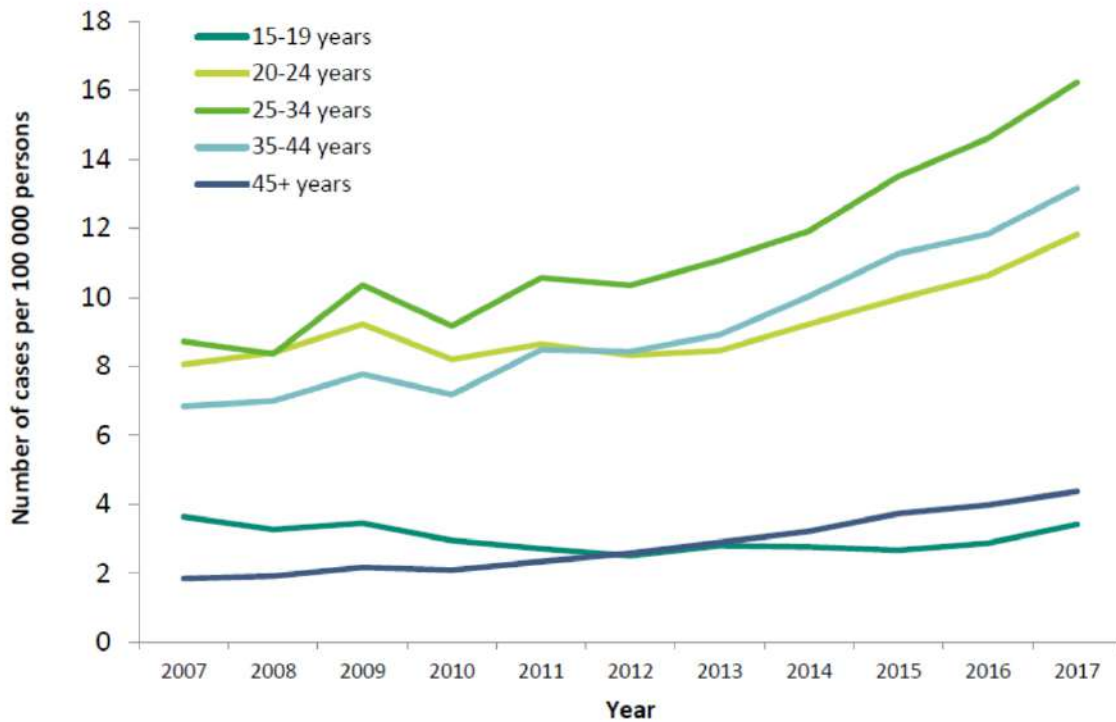
Figure 3. Number of reported syphilis cases per 100 000 persons by gender



Source: Country reports from Bulgaria, Cyprus, the Czech Republic, Denmark, Estonia, Finland, Germany, Ireland, Italy, Latvia, Luxembourg, Malta, Norway, Poland, Portugal, Romania, Slovakia, Slovenia, Sweden and the United Kingdom

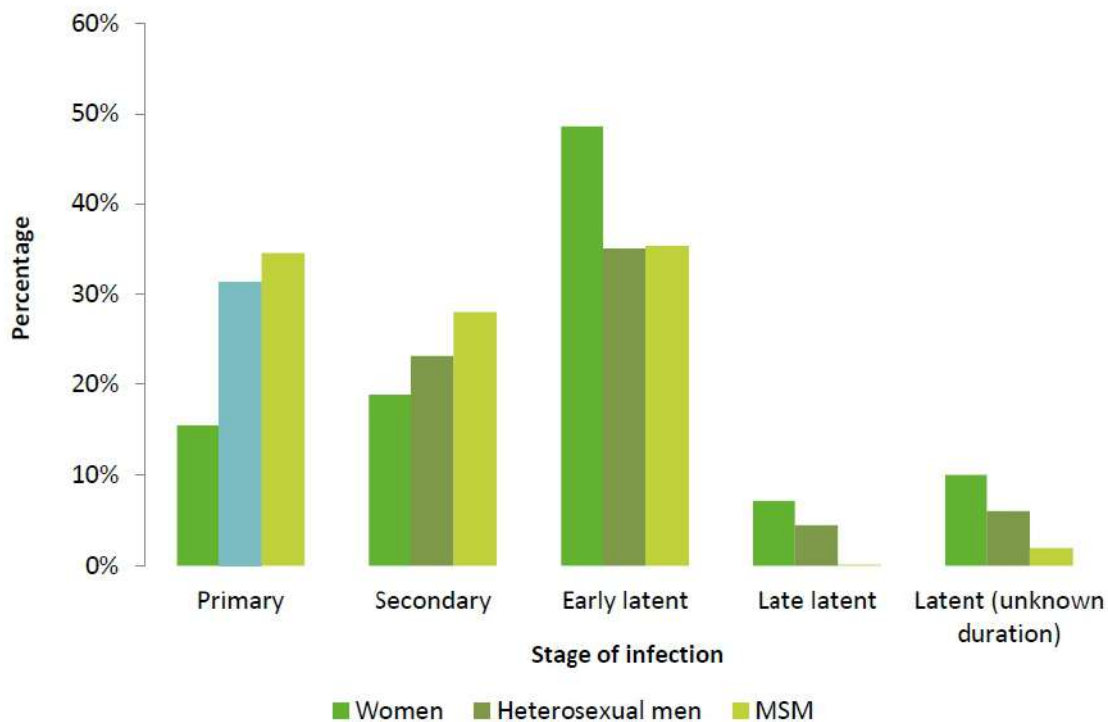
TREPONEMA PALLIDUM (SIFILIS)

Figure 4. Number of reported confirmed syphilis cases per 100 000 population by age group, EU/EEA countries, 2007–2017



Source: Croatia, Cyprus, the Czech Republic, Denmark, Estonia, Finland, Germany, Greece, Iceland, Ireland, Italy, Latvia, Lithuania, Luxembourg, Malta, Norway, Portugal, Romania, Slovakia, Slovenia, Spain, Sweden and the United Kingdom

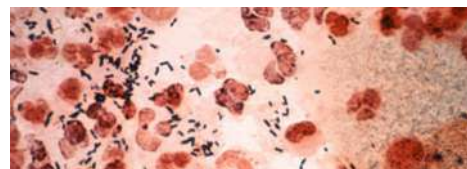
Figure 6. Distribution of reported syphilis infection stages by gender/sexual orientation, EU/EEA, 2014–2017



Source: the Czech Republic, France, Hungary, Iceland, Ireland, Latvia, Lithuania, Luxembourg, Malta, the Netherlands, Norway, Portugal, Romania, Slovakia, Slovenia, Sweden, the United Kingdom

NEISSERIA GONORRHOEAE

*Una din cele mai frecvente boli cu transmitere sexuală.
Cervicita cu Neisseria este asimptomatică
în proporție de 70%*



INFORMAȚII GENERALE

Neisseria gonorrhoeae, un diplococ Gram negativ, este agentul etiologic al gonoreei, una din cele mai frecvente boli cu transmitere sexuală.

Peste 350.000 de cazuri noi sunt diagnosticate în fiecare an în USA, iar cel mai probabil aproximativ 300.000 sunt nediate diagnosticate.

Cervicita cu Neisseria este asimptomatică în proporție de 70% și din acest motiv pacientele nu se prezintă la medic. Atunci când există, simptomele sunt nespecifice, și reprezentate de prurit vaginal, secreție vaginală modificată, uneori chiar și sângerare vaginală anormală.

La femei principala localizare a infecției este, după cum este menționat mai sus, endocervixul. Se descrie o prevalență crescută a coinfecțiilor cu Chlamydia trachomatis și Trichomonas vaginalis precum și asocierea cu vaginoza bacteriană.

La bărbați infecția este în cele mai multe cazuri (~ 60%) asimptomatică, simptomele fiind nespecifice: disurie, secreție uretrală. Perioada de incubație este de 1-10 zile.

Alte posibile localizări ale infecției gonococice sunt rectul, faringele, conjunctiva; rareori se pot produce infecții diseminate. Copiii născuți din mame infectate pot prezenta conjunctivită.

În absența tratamentului antibiotic adecvat se pot dezvolta complicații acute sau tardive, cum ar fi: epididimita sau prostatita la bărbați; boala inflamatorie pelvină, perihepatita, infertilitate, sarcini ectopice la femei.



Neisseria gonorrhoeae este un germene labil care nu supraviețuiește în probele ce sunt recoltate în afara laboratorului. Din acest motiv, diagnosticul microbiologic bazat pe cultură are valoare scăzută în aceste cazuri.

De asemenea, Neisseria gonorrhoeae, se asociază cu risc crescut de transmitere a infecției HIV. Una din cele mai bune metode de a preveni complicațiile infecțiilor cu

Neisseria gonorrhoeae este screening-ul adolescenților și adulților tineri precum și a femeilor gravide. Dacă o persoană este diagnosticată cu una sau ambele infecții toți partenerii sexuali trebuie testați și tratați corespunzător.



Analize și investigații recomandate: antigen Neisseria gonorrhoeae, ADN Neisseria gonorrhoeae, control medical de specialitate (obstetrică – ginecologie)

Pregătire pacient: nu este necesară o pregătire prealabilă

Specimen recoltat – se vor recolta probe provenite din tractul urogenital: tampon endocervical pentru femei și urina primul jet pentru bărbați.

NEISSERIA GONORRHOEAE

DATE STATISTIC

Figure 1. Distribution of confirmed gonorrhoea cases per 100 000 population by country, EU/EEA, 2017

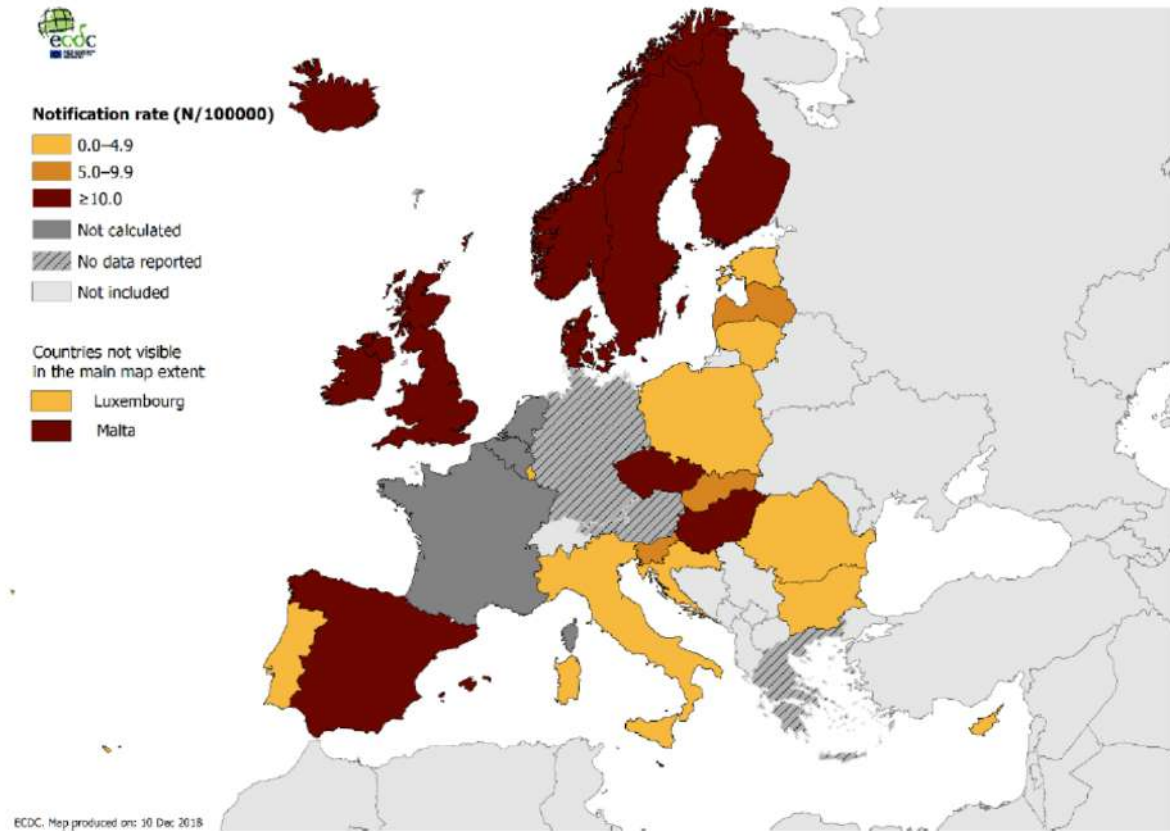
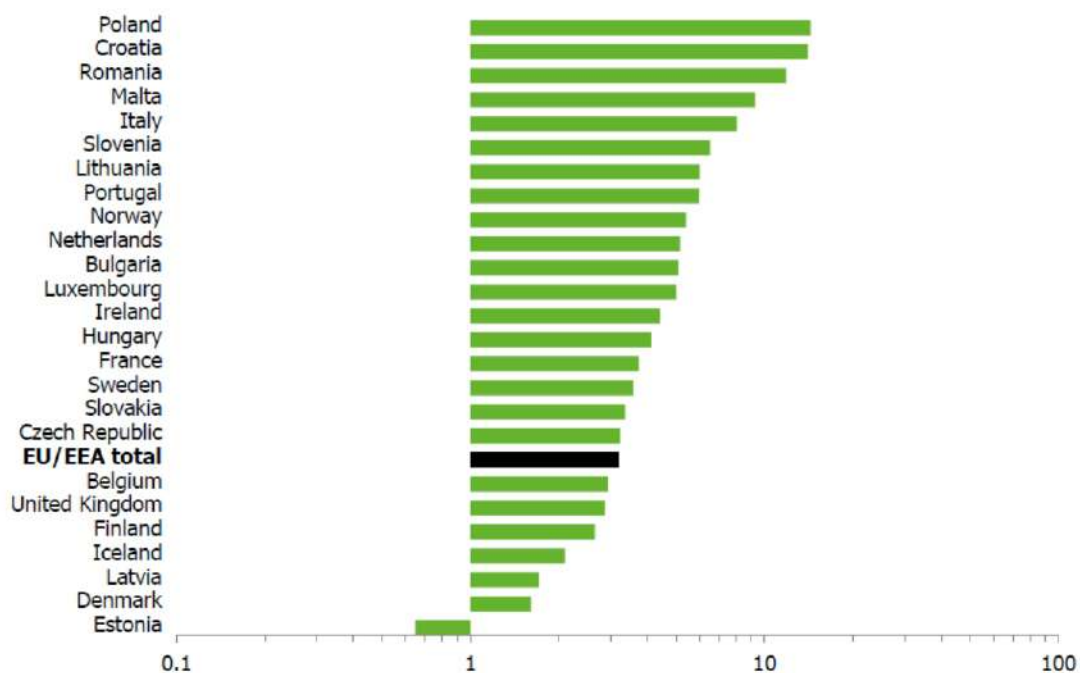


Figure 2. Gonorrhoea, male-to-female ratio in 25 EU/EEA countries, 2017

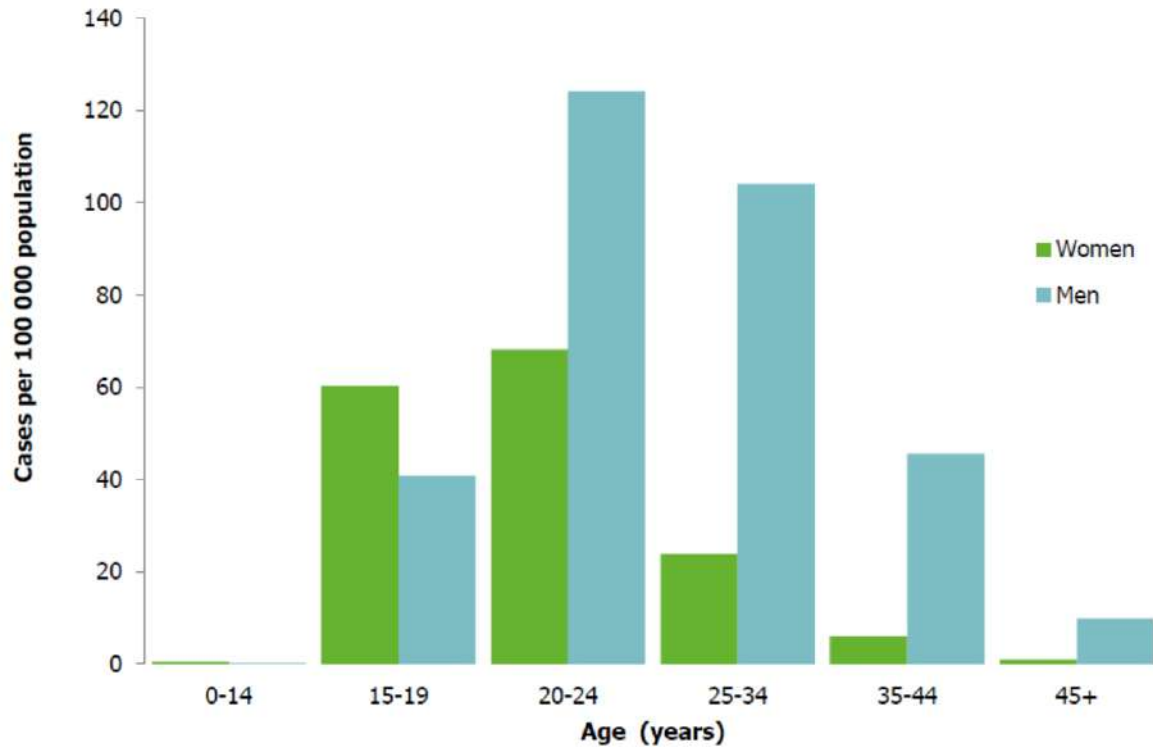


Note: Cyprus reported only two cases among men.

NEISSERIA GONORRHOEAE

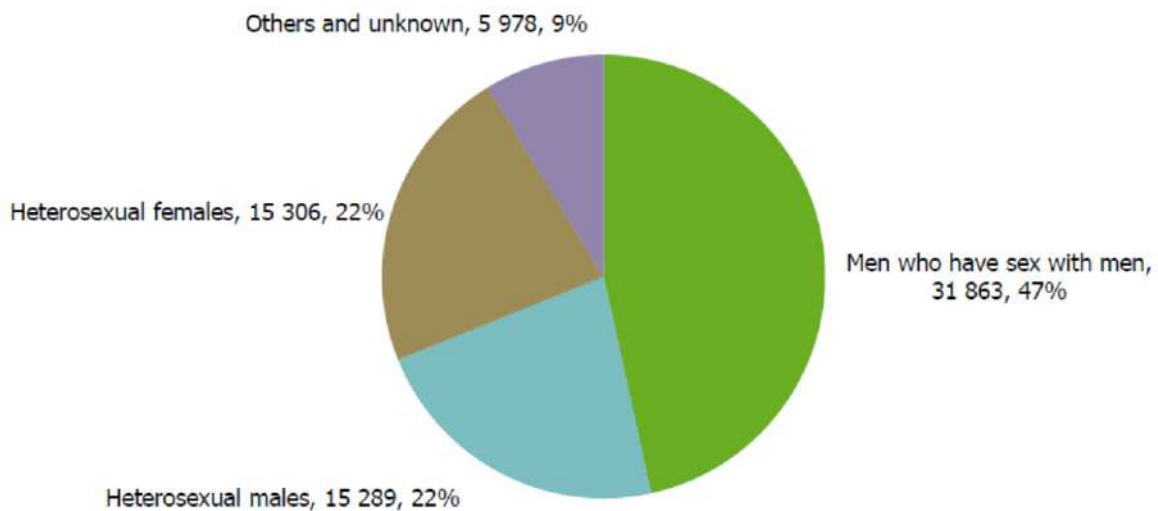
DATE STATISTICE

Figure 3. Distribution of confirmed gonorrhoea cases per 100 000 population by age and gender, EU/EEA, 2017



Source: Country reports from Cyprus, Croatia, the Czech Republic, Denmark, Estonia, Finland, Hungary, Iceland, Ireland, Italy, Latvia, Lithuania, Luxembourg, Malta, Norway, Portugal, Romania, Slovakia, Slovenia, Sweden and the United Kingdom.

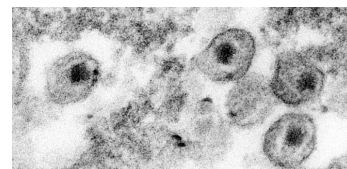
Figure 4. Percentage of gonorrhoea by transmission category and gender (n=68 436), EU/EEA, 2017



Source: Country reports from the Czech Republic, Denmark, Finland, Hungary, Iceland, Ireland, Latvia, Lithuania, Malta, the Netherlands, Norway, Portugal, Romania, Slovakia, Slovenia, Sweden and the United Kingdom.

VIRUSUL IMUNODEFICIENȚEI UMANE – HIV

La sfârșitul anului 2016, aproximativ 36,7 milioane de persoane trăiau cu HIV, iar 1,8 milioane de persoane au fost infectate în 2016 la nivel global.



INFORMAȚII GENERALE

Simptomele HIV variază în funcție de stadiul infecției. Deși persoanele care trăiesc cu HIV tind să aibă cel mai ridicat grad de infecțiozitate în primele luni, mulți dintre ei nu știu starea lor până în fazele ulterioare. În primele câteva săptămâni după infecția inițială, persoanele nu pot prezenta simptome sau boli asemănătoare gripei, inclusiv febră, cefalee, erupție cutanată sau durere în gât.

Deoarece infecția slăbește progresiv sistemul imunitar, un individ poate dezvolta alte semne și simptome, cum ar fi ganglioni limfatici umflați, pierdere în greutate, febră, diaree și tuse. Fără tratament, aceștia ar putea conduce, de asemenea, la boli grave, cum ar fi tuberculoza, meningita criptococică, infecții bacteriene severe și cancere cum ar fi limfoamele și sarcomul Kaposi, printre altele.

HIV continuă să fie o problemă majoră în domeniul sănătății publice la nivel mondial, până în prezent decedând peste 35 de milioane de persoane. În 2016, 1 milion de persoane au murit de HIV la nivel global din cauza bolilor asociate.

La sfârșitul anului 2016, aproximativ 36,7 milioane de persoane trăiau cu HIV, iar 1,8 milioane de persoane au fost infectate în 2016 la nivel global.

54% dintre adulți și 43% dintre copiii care trăiesc cu HIV primesc în prezent terapie antiretrovirală pe toată durata vieții (ART).

Acoperirea globală ART pentru femeile însărcinate și care alăptează trăiesc cu HIV este ridicată la 76%.

Regiunea africană a OMS este cea mai afectată regiune, conform datelor din 2016, cu 25,6 milioane de persoane care trăiesc cu HIV. Regiunea africană reprezintă, de asemenea, aproape două treimi din numărul global de noi infecții cu HIV.



Grupurile cu risc ridicat sunt populații care prezintă un risc mare de a se infecta cu HIV, indiferent de tipul de epidemie sau de contextul local. Acestea includ: bărbații care fac sex cu bărbații, persoanele care-și injectează droguri, persoanele din penitenciare și alte instituții privative de libertate, lucrătorii sexuali și clienții lor și persoanele transgender.

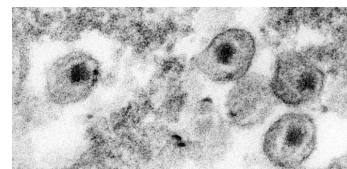
Grupurile cu risc au adesea probleme juridice și sociale legate de comportamentul lor, acest lucru ducând la o creștere a vulnerabilității la HIV și reducând accesul la programe de testare și tratament.

În 2015, aproximativ 44% dintre infecțiile noi au apărut între membrii grupurilor cu risc ridicat și partenerii lor.

Nu există nici un tratament pentru infecția cu HIV. Cu toate acestea, medicamentele eficiente antiretrovirale (ARV) pot controla virusul și pot preveni transmiterea, astfel încât persoanele cu HIV și cele cu risc crescut să se poată bucura de o viață sănătoasă, lungă și productivă.

VIRUSUL IMUNODEFICIENȚEI UMANE – HIV

Între 2000 și 2016, cazurile noi de infecții cu HIV au scăzut cu 39%, iar decesele legate de HIV s-au redus cu o treime, terapia antivirală a salvat peste 13,1 milioane de vieți în aceeași perioadă.



Se estimează că în prezent doar 70% dintre persoanele infectate cu HIV au fost diagnosticate cu prezența acestui virus. Pentru a atinge obiectivul de 90%, un număr suplimentar de 7,5 milioane de persoane ar trebui să acceseze serviciile de testare HIV. La mijlocul anului 2017, 20,9 milioane de persoane care trăiesc cu HIV au primit terapie antiretrovirală (ART) la nivel global.

Între 2000 și 2016, cazurile noi de infecții cu HIV au scăzut cu 39%, iar decesele legate de HIV s-au redus cu o treime, terapia antivirală a salvat peste 13,1 milioane de vieți în aceeași perioadă. Această realizare a fost rezultatul eforturilor susținute depuse de programele naționale HIV sprijinite de societatea civilă și de o serie de parteneri.

HIV poate fi transmis prin schimbul de diverse fluide corporale, precum ar fi sângele, laptele matern, sperma și secrețiile vaginale, de la persoanele infectate la cele sănătoase. Persoanele fizice nu se pot infecta prin contact obișnuit de zi cu zi, cum ar fi sărutări, îmbrățișări, strângerea mâinilor sau împărtășirea obiectelor personale, alimente sau apă.

Infecția cu HIV este adesea diagnosticată prin teste rapide de diagnostic (RDT), care detectează prezența sau absența anticorpilor HIV. Cel mai adesea, aceste teste furnizează rezultatele testelor de aceeași zi, informațiile fiind esențiale pentru diagnosticarea, tratamentul și îngrijirea timpurie.

Niciun test HIV nu poate oferi un diagnostic HIV-pozitiv.

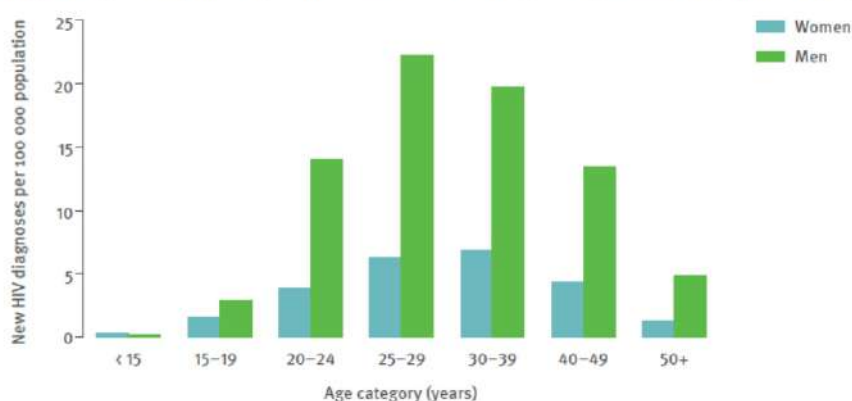
Este important ca aceste teste să fie utilizate în combinație și într-o ordine specifică care a fost validată și se bazează pe prevalența HIV a populației testate.

Este important de menționat că testele serologice detectează anticorpi produși de un individ, ca parte a sistemului lui imunitar, care luptă împotriva agenților patogeni străini, mai degrabă decât detectarea directă a HIV în sine.

Majoritatea persoanelor dezvoltă anticorpi împotriva HIV în 28 de zile de la infecție și, prin urmare, anticorpii pot să nu fie detectabili devreme, în timpul așa-numitei "ferestre imunologice".

Este recomandat, de asemenea, retestarea tuturor persoanelor diagnosticate inițial ca HIV-pozitive înainte de a se înscrie pentru îngrijire și / sau tratament, pentru a exclude eventualele erori de testare sau de raportare.

Fig. 1.2. Age- and gender-specific rates of new HIV diagnoses per 100 000 population, EU/EEA, 2017 (n = 25 210)



Analize și investigații recomandate: anticorpi anti-HIV 1/2 și / sau antigen HIV P24

Pregătire pacient: testele nu necesită o pregătire prealabilă, repaus alimentar de 6 – 10 ore

Specimen recoltat – sânge venos

VIRUSUL IMUNODEFICIENȚEI UMANE – HIV

Fig. 1.3. New HIV diagnoses, by age group (in years) and transmission mode, EU/EEA, 2017

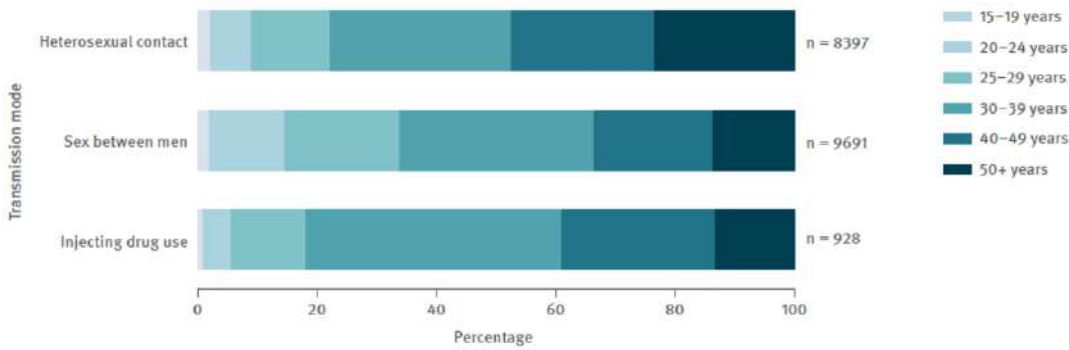
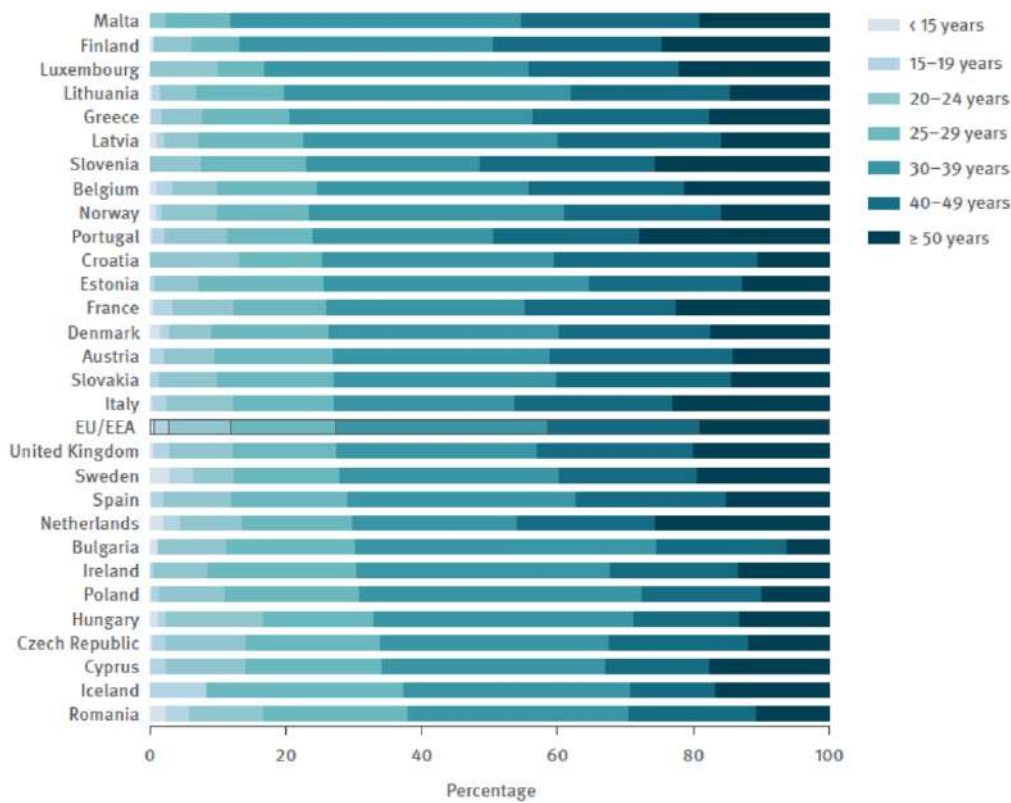
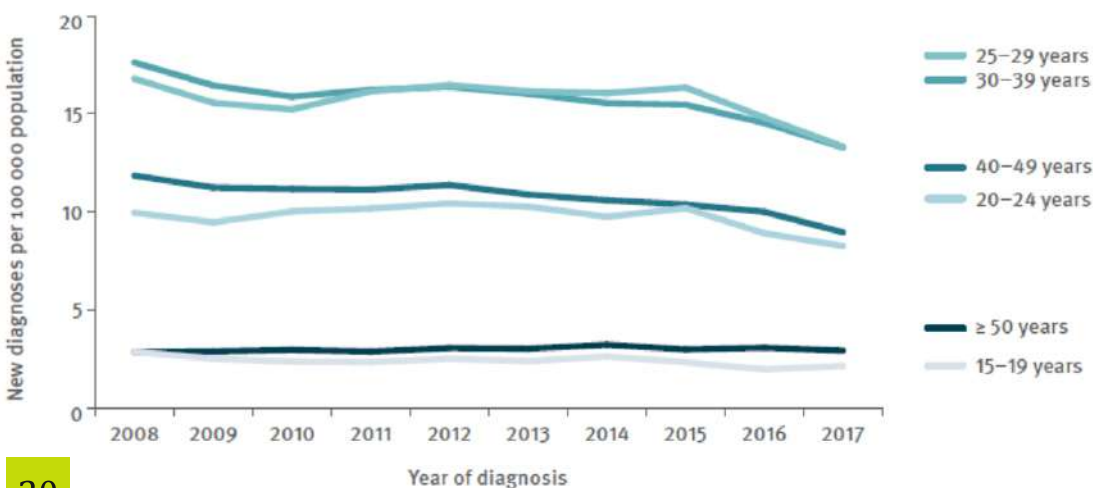


Fig. 1.4. Percentage of new HIV diagnoses, by country and age group, EU/EEA, 2017 (n = 25 255)



Note: Germany did not report data for 2017, and no cases were reported by Liechtenstein.

Fig. 1.9a. Age-specific trends in new HIV diagnoses in men, 2008–2017



VIRUSUL IMUNODEFICIENȚEI UMANE – HIV

Fig. 1.9b. Age-specific trends in new HIV diagnoses in women, 2008–2017

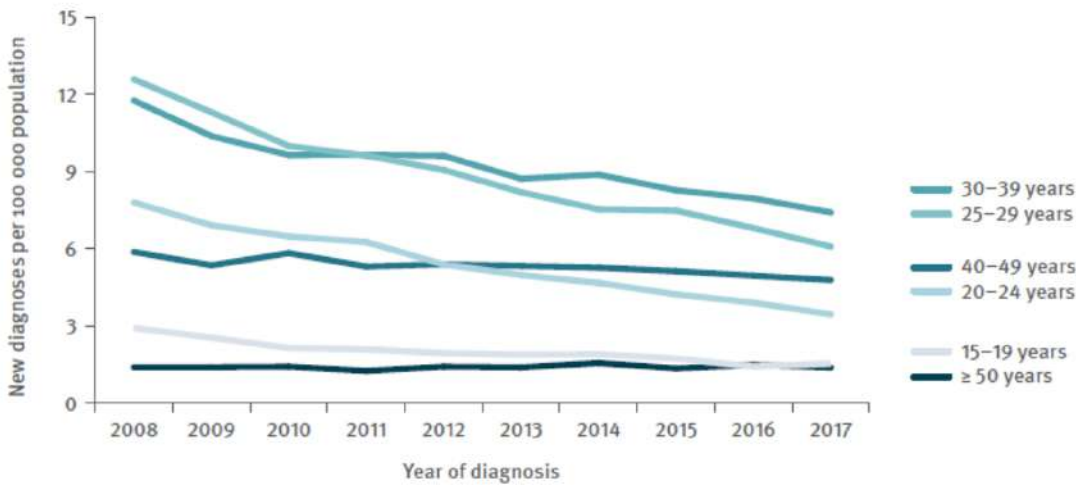
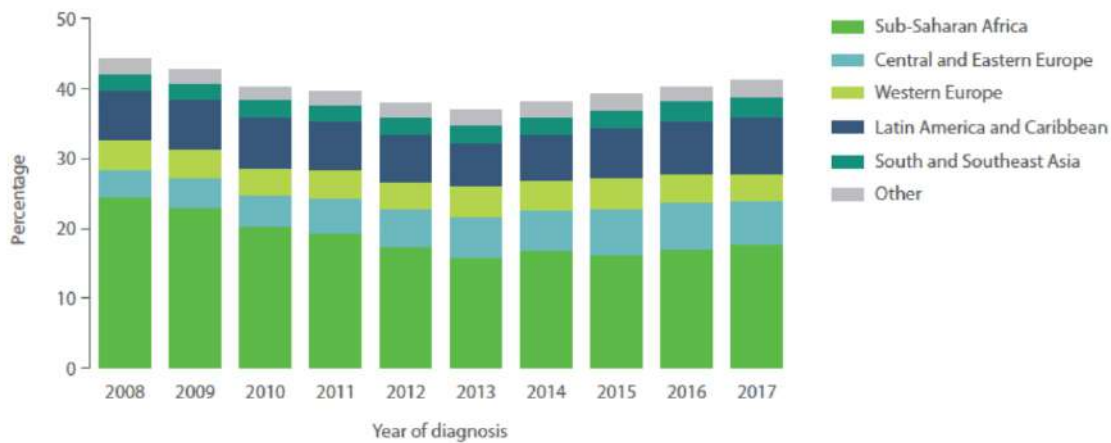
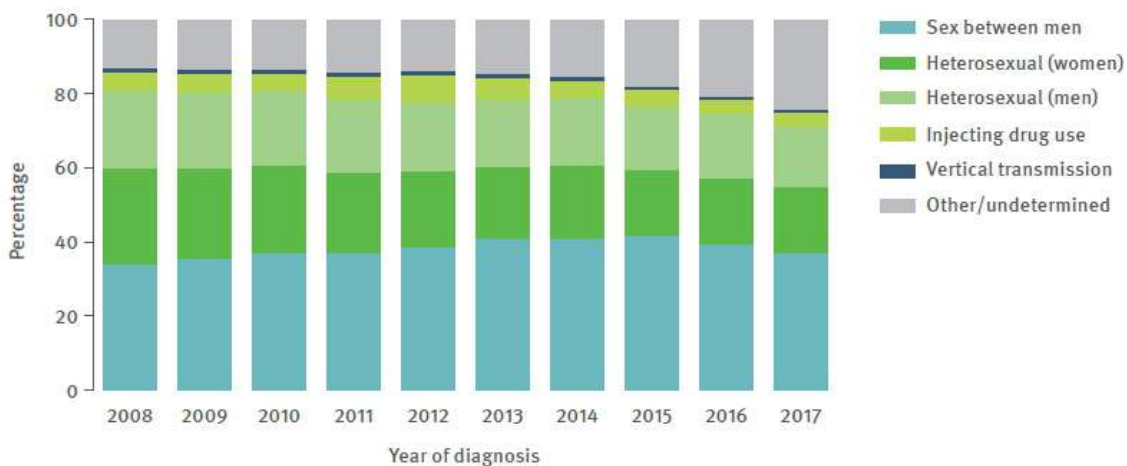


Fig. 1.10. Percentage of new diagnoses among people born abroad, by year of diagnosis and region of origin, EU/EEA, 2008–2017



Note: data from 27 EU/EEA countries included. HIV diagnoses reported by Estonia and Poland excluded due to incomplete reporting on transmission mode during some years of the period; diagnoses reported by Italy and Spain excluded due to increasing national coverage during the period

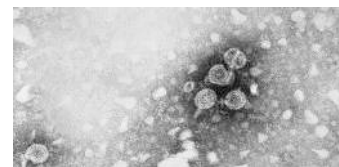
Fig. 1.11b. Percentage of HIV diagnoses, by year of diagnosis and transmission mode, adjusted for reporting delay, EU/EEA, 2008–2017



Note: data from 26 EU/EEA countries included. HIV diagnoses reported by Estonia and Poland excluded due to incomplete reporting on transmission mode during some years of the period; diagnoses reported by Germany, Italy and Spain excluded due to incomplete reporting during a portion of the period.

VIRUS HEPATIC B

Se estimează că 257 milioane de persoane sunt purtătoare ale virusului hepatitei B.



INFORMAȚII GENERALE

Hepatita B este o infecție virală care afectează ficatul, virusul fiind transmis prin contactul cu sângele sau alte lichide biologice ale unei persoane infectate.

Se estimează că 257 milioane de persoane sunt purtătoare ale virusului hepatitei B.

În 2015, hepatita B a condus la 887 000 de decese, în special din cauza complicațiilor (inclusiv ciroza și carcinomul hepatocelular).

Totuși, aceasta poate fi prevenită prin vaccinul sigur și eficient disponibil în prezent.

Un vaccin împotriva hepatitei B este disponibil începând cu 1982. Vaccinul este eficient în proporție de 95% în prevenirea infecțiilor și în dezvoltarea bolilor cronice și a cancerului hepatic din cauza hepatitei B.



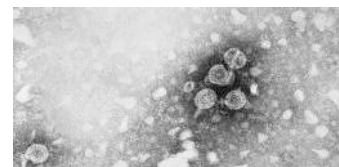
Virusul hepatitei B poate supraviețui în afara corpului timp de cel puțin 7 zile. În acest timp, virusul poate provoca infecția dacă intră în corpul unei persoane care nu este protejată de vaccin. Perioada de incubație a virusului hepatitei B este, în medie, de 75 zile, dar poate varia de la 30 la 180 de zile. Virusul poate fi detectat în decurs de 30 până la 60 de zile după infectare și poate persista și se poate evolua în hepatită cronică B.

În zonele extrem de endemice, hepatita B se răspândește cel mai frecvent de la mamă la copil la naștere (transmitere perinatală) sau prin transmitere orizontală (expunerea la sânge infectat), în special de la un copil infectat la un copil neinfecat în primii 5 ani de viață. Dezvoltarea infecției cronice este foarte frecventă la sugarii infectați de la mame sau înainte de vârsta de 5 ani.

Hepatita B se răspândește, de asemenea, prin expunerea percutanată / mucoasă la sângele infectat și la diferite lichide ale corpului: menstruale, vaginale, seminale, salivă. Transmiterea sexuală a hepatitei B se poate realiza, în special la bărbații nevaccinați care fac sex cu bărbați, persoanele heterosexuale cu parteneri sexuali multipli sau cu persoanele care practică sexul. Infecția la vârsta adultă duce la hepatită cronică în mai puțin de 5% din cazuri.

VIRUS HEPATIC B

*Herpatita B poate fi prevenită prin
vaccinul sigur și eficient disponibil în prezent*



INFORMAȚII GENERALE (continuare)

Transmiterea virusului poate apărea, de asemenea, prin reutilizarea acelor și a seringilor fie în instituțiile de îngrijire a sănătății, fie în rândul persoanelor care-și injectează droguri. În plus, infecția poate apărea în timpul procedurilor medicale, chirurgicale și dentare, prin tatuaje sau prin utilizarea de aparate de ras și obiecte similare care sunt contaminate cu sânge infectat.

Aproximativ 1% dintre persoanele care sunt purtătoare de VHB (2,7 milioane de persoane) sunt de asemenea infectate cu HIV. În schimb, prevalența globală a infecției cu VHB la persoanele infectate cu HIV este de 7,4%. Din 2015, Organizația Mondială a Sănătății a recomandat tratamentul împotriva VHB a tuturor persoanelor diagnosticate cu infecție HIV, indiferent de stadiul bolii.

Diagnosticul de laborator al infecției cu hepatită B se concentrează asupra detectării antigenului de suprafață al hepatitei B – AgHBs. OMS recomandă ca toate persoanele care donează sânge să fie testate pentru hepatita B pentru a evita transmiterea accidentală la persoanele care primesc produse din sânge.

Infecția HBV acută este caracterizată prin prezența AgHBs și a anticorpilor imunoglobulină M (IgM) la antigenul de bază, HBcAg. În timpul fazei inițiale a infecției, pacienții sunt de asemenea seropozitivi pentru antigenul hepatitei B (AgHBe). AgHBe este, de obicei, un marker al nivelurilor ridicate de replicare a virusului. Prezența AgHBe indică faptul că sângele și lichidele corporale ale individului infectat sunt extrem de infecțioase.

Infecția cronică se caracterizează prin persistența AgHBs timp de cel puțin 6 luni (cu sau fără AgHBe concomitent). Persistența AgHBs este principalul marker al riscului de apariție, mai târziu în viață, a bolii cronice de ficat și a cancerului de ficat (carcinom hepatocelular).



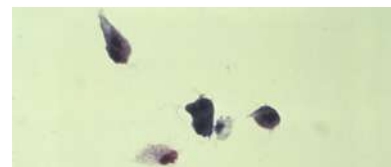
Analize și investigații recomandate: antigen HBs (AgHBs), anticorpi anti-HBs Ig M (Ac. antiHBs Ig M), anticorpi anti HBc (AcHBc), antigen HBe (AgHBe), control clinic de specialitate

Pregătire pacient: testele nu necesită o pregătire specială prealabilă, repaus alimentar de 6 – 10 ore

Specimen recoltat – sânge venos

TRICHOMONAS VAGINALIS

Aproximativ 50% din femeile infectate cu *Trichomonas Vaginalis* și aproximativ 90% din bărbații infectați nu prezintă simptome.



INFORMAȚII GENERALE

Boala este dată de un protozoar unicelular (parazit mic) – *Trichomonas vaginalis* – care se transmite pe cale sexuală de la un partener infectat. La femei, parazitul infectează de obicei vaginul, uretra, cervixul, vezica urinară precum și glandele din zona genitală. La bărbați infecția se dezvoltă la nivelul uretrei sau la nivelul prepuțului.

Aproximativ 50% din femeile infectate și aproximativ 90% din bărbații infectați nu prezintă simptome. Dacă acestea apar, acestea se întâmplă de regulă în prima săptămână de la infecție. Cu toate acestea, simptomatologia poate apare oricând între luna 1 și 6 de la infecție.

La femei

Simptomatologia poate fi mai severă în timpul sarcinii sau înainte de ciclul menstrual și poate include:

- secreții abundente gălbui sau gri-verzui, uneori cu aspect de spumă la nivel vaginal
- prurit vaginal sau iritație la acest nivel
- miros urât, anormal
- dureri la contactul sexual (dispareunie)
- zone de culoare mai roșie la nivelul organelor genitale externe sau al cervixului
- durere la micțiune (disurie) sau micțiuni frecvente
- disconfort în etajul abdominal inferior; acesta nu este un simptom comun al bolii și poate pune problema unei alte afecțiuni concomitente.

În absența tratamentului vulvo – vaginita determinată de *Trichomonas vaginalis* se cronicizează, infecția cronică putând evolua spre sterilitate.

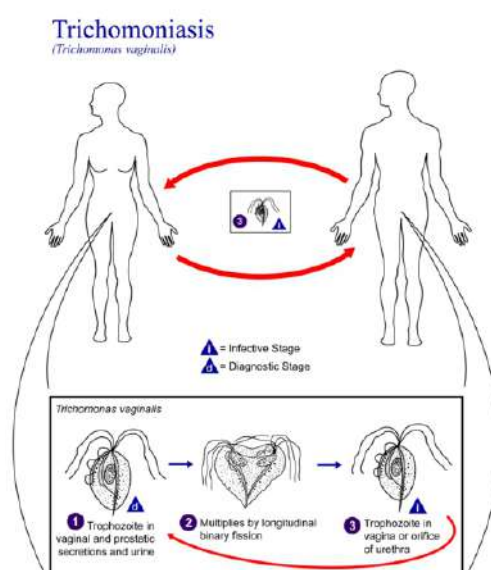
La bărbați

Aceștia prezintă rareori simptomatologie, acest lucru favorizând și diseminarea parazitului, de aceea tratamentul este absolut necesar.

Simptomele pot fi:

- secreții anormale la nivelul penisului
- senzația de arsură după micțiune
- iritație și roșeață la vârful penisului.

Simptomele din tricomoniază sunt similare cu cele ale altor boli cu transmitere sexuală cum sunt *Neisseria gonorrhoeae* sau infecția cu *Chlamydia trachomatis*.



Analize și investigații recomandate: cultură secreție vaginală, examen microscopic nativ / colorat secreție vaginală și pH, citologie cervicală, consult medical de specialitate (obstetrică – ginecologie)

Pregătire pacient: nu este necesară o pregătire prealabilă a pacientului

Specimen recoltat: secreție vaginală / uretrală

PREVENIREA ITS

Consiliere și abordări comportamentale

Consilierea și intervențiile comportamentale oferă o prevenire primară împotriva infecțiilor cu transmitere sexuală (inclusiv HIV), precum și împotriva sarcinilor nedorite. Acestea includ:

- ✓ educație sexuală cuprinzătoare, consiliere pentru ITS și HIV înainte și după testare;
- ✓ consiliere privind sexul realizat în siguranță / reducerea riscurilor, promovarea unor campanii de utilizarea a prezervativelor;
- ✓ intervenții adresate grupurilor țintă și
- ✓ educație și consiliere adaptate nevoilor adolescenților.

În plus, consilierea poate îmbunătăți capacitatea oamenilor de a recunoaște simptomele infecțiilor cu transmitere sexuală și de a crește probabilitatea ca aceștia să caute asistență medicală specializată sau să încurajeze partenerul sexual să facă acest lucru. Din păcate, lipsa de conștientizare publică, lipsa de formare a personalului medical și stigmatizarea pe termen lung a infecțiilor cu transmitere sexuală continuă să împiedice utilizarea mai eficientă a acestor intervenții.

DIAGNOSTICUL ITS

Testele de diagnostic precis pentru infecțiile cu transmitere sexuală sunt utilizate pe scară largă în țările cu venituri mari/locuitor. Acestea sunt utile în special pentru diagnosticarea infecțiilor asimptomatice. Cu toate acestea, în țările cu venituri mici și medii, testele de diagnosticare sunt în mare parte indisponibile. În cazul în care aceste sunt disponibile, ele sunt costisitoare și inaccesibile din punct de vedere geografic, iar pacienții trebuie adesea să aștepte o perioadă lungă de timp (sau să se întoarcă) pentru a primi rezultate. În consecință, monitorizarea poate fi îngreunată și îngrijirea sau tratamentul pot fi incomplete.

Singurele teste rapide și necostisitoare disponibile în prezent pentru infecțiile cu transmitere sexuală sunt pentru sifilis și HIV. Testul poate oferi rezultate în 45-60 de minute și este ușor de utilizat, cu o pregătire minimă din partea pacientului. Eforturile susținute sunt necesare în majoritatea țărilor cu venituri mici și medii pentru a se asigura că toate femeile gravide primesc un test de sifilis.

Câteva teste rapide pentru alte infecții cu transmitere sexuală sunt în curs de dezvoltare și vor determina o îmbunătățire a diagnosticului și a tratamentului ITS, în special în țările cu resurse limitate.

Organizația mondială a sănătății – OMS – Date statistice

Povara globală a infecțiilor cu transmitere sexuală (STI) rămâne ridicată în continuare. În 2016 au fost estimat un număr de peste **376 milioane de noi infecții** (mai mult de 1 milion de infecții noi pe zi) cel puțin cu una din cele patru care sunt tratabile – chlamydia trachomatis, gonoree, sifilis și trichomoniasa (tabelul 1.1). Ratele de prevalență variază, conform Organizației Mondiale a Sănătății (OMS), în funcție de regiunea geografică. (Fig. 1.1 și 1.2).

Povara STI virale este la fel de mare, cu aproximativ 417 milioane de cazuri prevalente de infecție cu virusul herpes simplex și aproximativ 291 de milioane de femei infectate cu virusul papiloma uman (HPV).

Prevenirea și controlul STI au beneficii pentru sănătate pentru publicul larg. Lăsate netratate, unele STI cresc riscul de transmitere a HIV în timpul contactului sexual neprotejat și duce la complicații, cum ar fi: boală inflamatorie pelvină (PID), infertilitate, sarcină ectopică, avort spontan, deces fetal și infecții congenitale. Mortalitatea anuală estimată referitoare la STI include 200.000 de decese neonatale și ale fătului din cauza sifilisului în sarcină și peste 280.000 de decese de cancer de col uterin datorate HPV.

- Mai mult de **1 milion de infecții cu transmitere sexuală** sunt înregistrate zilnic în întreaga lume.
- În fiecare an, există aproximativ **357 milioane de infecții noi**, cu una din patru infecții cu transmitere sexuală: chlamydia trachomatis, gonoree, sifilis și trichomonas.
- Se estimează că peste **500 de milioane de persoane** au o infecție genitală **cu virusul herpes simplex** (HSV).
- Mai mult de **290 de milioane de femei** au o infecție cu papilomavirus uman - **HPV**.
- **Majoritatea ITS sunt asimptomatice sau au simptome ușoare** care nu pot fi recunoscute ca ITS.
- ITS, cum ar fi HSV de tip 2 și sifilis **pot crește riscul de a contacta HIV**.
- Peste **900000 de femei însărcinate** au fost infectate cu **sifilis**, ceea ce a dus la apariția a aproximativ **350000 de rezultate adverse la naștere**.
- În unele cazuri, ITS pot avea consecințe grave asupra sănătății reproducerii dincolo de impactul imediat al infecției în sine (de exemplu, **infertilitatea unuia sau a ambilor parteneri** sau transmiterea de la mamă la copil).
- **Rezistența la medicamente**, în special la **gonoree**, reprezintă o amenințare majoră pentru reducerea impactului infecțiilor cu transmitere sexuală la nivel mondial.

METODE DE PROTECȚIE

- ✓ ***Atunci când sunt utilizate corect și constant, prezervativele oferă una dintre cele mai eficiente metode de protecție împotriva ITS, inclusiv HIV.***
- ✓ Prezervativele utilizate în mod consecvent și corect pot reduce șansele de a dobândi și transmite HPV și de a dezvolta boli legate de HPV (de exemplu, verucile genitale și cancerul de col uterin). Totuși, deoarece HPV poate infecta zonele care nu sunt acoperite de prezervativ, prezervativele ar putea să nu protejeze complet împotriva HPV.
- ✓ Limitarea numărului de parteneri sexuali reduce riscul de HPV. Cu toate acestea, chiar și persoanele cu un singur partener sexual pe viață pot obține HPV.
- ✓ ***Sunt disponibile vaccinuri sigure și foarte eficiente pentru 2 ITS: hepatita B și HPV.*** Aceste vaccinuri au reprezentat progrese majore în prevenirea ITS. Vaccinul împotriva hepatitei B este inclus în programele de imunizare pentru sugari în 93% din țări și a prevenit deja, conform unor estimări, decesul a peste 1,3 milioane de persoane (boala hepatică cronică și de cancer).
- ✓ Vaccinul HPV este disponibil ca parte a programelor de imunizare de rutină în 65 de țări, majoritatea cu venituri mari și medii. Vaccinarea împotriva HPV ar putea preveni decesele a peste 4 milioane de femei în următorii zece ani în țările cu venituri mici și medii, în care se produc cele mai multe cazuri de cancer de col uterin, dacă se poate obține o acoperire de vaccinare de 70%.
- ✓ ***Cercetarea pentru dezvoltarea vaccinurilor împotriva herpesului și a virusului HIV este avansată.*** Cercetarea vaccinurilor pentru Chlamydia trachomatis, gonoreea, sifilisul și trichomoniază se află în stadiile inițiale ale dezvoltării.
- ✓ Tenofovir gel, utilizat ca microbucid vaginal, a avut rezultate mixte în ceea ce privește capacitatea de a preveni infecția cu HIV, dar a demonstrat o anumită eficacitate împotriva HSV-2.

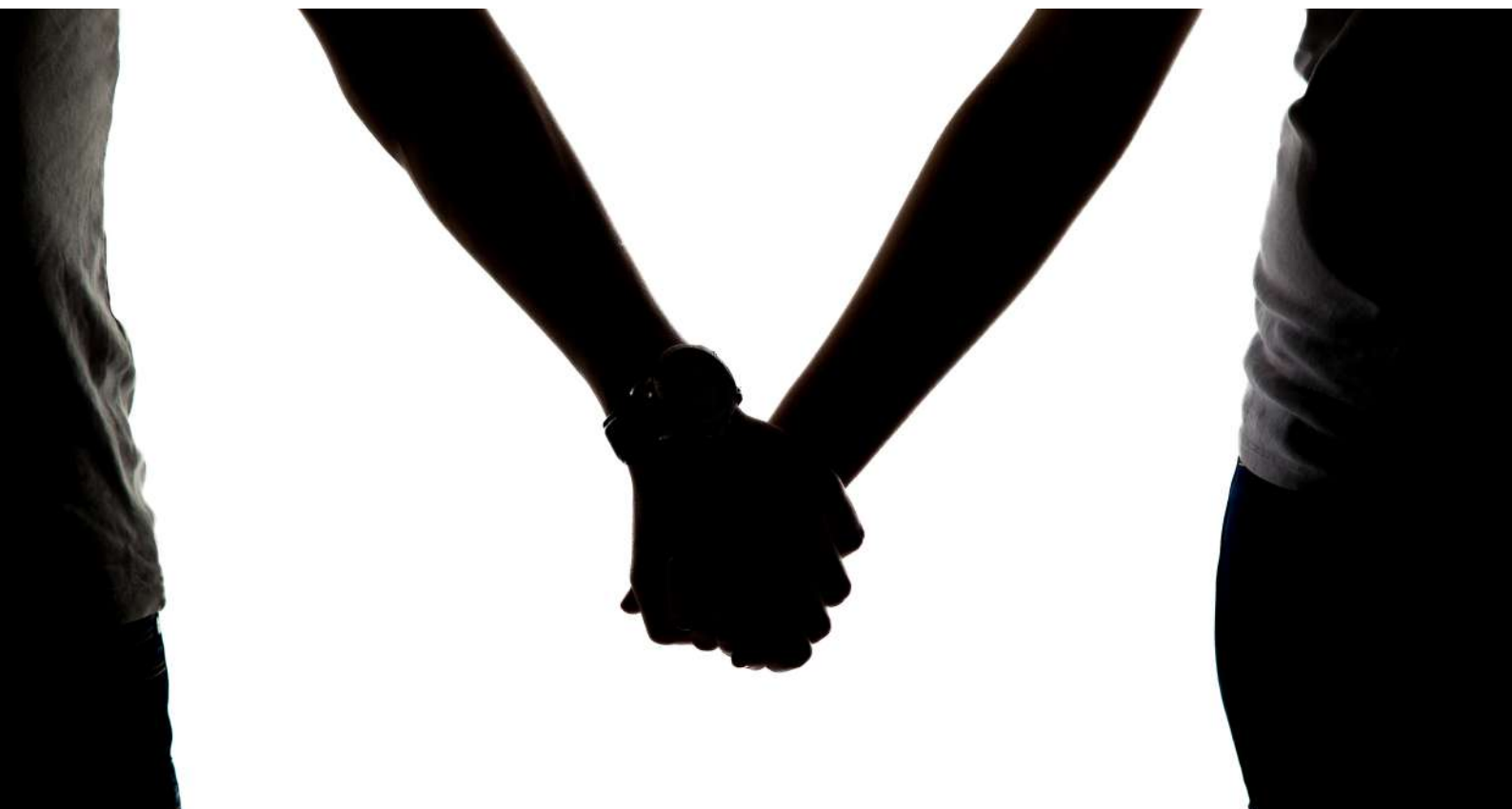
BIBLIOGRAFIE

<https://ecdc.europa.eu/en/home>

<https://www.cdc.gov/>

<http://www.who.int/en/>

<http://www.mateibals.ro/>



CHOOSE
FOR
YOUR
FUTURE