

دیگر بیماری‌های مقاربتی

دکتر حسین حاتمی، دکتر مریم حاتمی

بیماری‌های مقاربتی که باعث گرفتاری پوست و مخاط می‌شوند دارای عوامل سببی متعدد و تظاهرات بالینی متنوعی هستند که در خصوص برخی از آنها نظیر سیفیلیس، سوزاک و عفونت‌های ناشی از ویروس هرپس سیمپلکس در گفتارهای قبل به طور مفصل توضیح داده شده است و در این گفتار، اشاره مختصری به بعضی دیگر از آنها نظیر لنفوگرانولوم ونروم، شانکروئید، گرانولوم انگوینال، تریکومونیازیس، کاندیدیازیس، واژینوز باکتریال، زگیل مقاربتی، مولوسکوم کونتاژیوزوم، گال و شپش عانه خواهیم کرد.

این بیماری‌ها در تمام نقاط جهان و در تمامی فصول سال، در هر دو جنس در سنین فعالیت جنسی، ایجاد می‌گردند. دوره نهفتگی این بیماری‌ها نیز متفاوت است و مثلا در زگیل مقاربتی ممکن است از چند هفته تا چندماه و حتی چند سال، متفاوت باشد.

تشخیص این بیماری‌ها صرفا براساس علائم و نشانه‌های بالینی، امکانپذیر نیست و معمولا براساس بررسی‌های سرمی، مولکولی یا میکروبیولوژی، استوار می‌باشد. بسیاری از این بیماری‌ها به درمان دارویی، پاسخ می‌دهند و برای درمان بعضی از آنها نیاز به مداخله جراحی می‌باشد. پیشگیری نیز با رعایت تماس‌های جنسی سالم و بهداشتی، محدود کردن شرکای جنسی و درمان زودرس تماس یافتگان، امکانپذیر است.

لنفوگرانولوم ونروم

لنفوگرانولوم ونروم^۱ (LGV) یکی از بیماری‌های مقاربتی است که به وسیله سویه‌های L1 و L2 و L3 کلامیدیا تراکوماتیس، ایجاد می‌شود. این بیماری، باعث گرفتاری بافت‌های لنفاوی گردیده و به صورت تظاهرات حادی نظیر آدنوپاتی یک طرفه دردناک ناحیه انگوینال، فمورال و ایلیاک عمقی و یا پروکتیت اولسراتیو بروز می‌نماید. علاوه بر نشانه‌های موضعی، علائم عمومی نیز ایجاد می‌کند و سرانجام ممکن است عوارض آن به صورت الفانتیازیس ژنیال، تنگی رکتوم، فیستول‌های روی آلت تناسلی و رکتوواژینال ظاهر شود.

انتشار جغرافیایی

این بیماری در مناطق گرمسیری و نیمه گرمسیری آفریقا و آسیا، بسیار شایع بوده در کشورهای غربی از شیوع کمتری برخوردار است. در کشورهای غربی، لنفوگرام ونروم بیشتر در زنان روسپی، همجنس‌بازان، ملوانانی که به کشورهای با شیوع زیاد بیماری مسافرت کرده‌اند و در نظامیان و سربازانی که از کشورهای آلوده، بازگشته‌اند یافت می‌شود.

¹ *Lymphogranuloma venereum*

شیوع حقیقی بیماری، مشخص نمی‌باشد و در بعضی از درمانگاه‌های بیماری‌های مقاربتی، ۱۰٪ مراجعین، دارای آزمون مثبت فیکساسیون کمپلمان مربوط به لنفوگرانولوم ونروم می‌باشند ولی با توجه به این که بین سروتایپ‌های L3 و L2 و L1 لنفوگرانولوم ونروم و کلامیدیا تراکوماتیس سروتایپ‌های D تا K که عامل اورتریت غیرگونوکوکی و سندروم‌های وابسته به آن می‌باشند واکنش متقاطع وجود دارد، احتمالاً رقم واقعی از ۱۰ درصد نیز کمتر می‌باشد. این بیماری در سنین فعالیت جنسی، شایع‌تر است و به علت ناشناخته‌ای تظاهرات بالینی آن در مردان، خیلی مشخص‌تر از زنان و شیوع جنسی بیماری در مردان، تقریباً شش برابر زنان است ولی در مناطق شدیداً آندمی، شیوع آن در مردان، دو برابر زنان می‌باشد. بیماری‌زایی مردان آلوده برای دیگران چندان طولانی نمی‌باشد و در حدود سه هفته یعنی تا زمان بهبودی ضایعات اولیه برآورد شده ولی زنان، تا چندین ماه بعد نیز می‌توانند باعث آلودگی دیگران شوند و به نظر می‌رسد مخازن اصلی لنفوگرانولوم ونروم، زنان بدون علامت و مردان همجنس باز باشند. راه اصلی انتقال بیماری، از طریق تماس‌های جنسی است ولی در تماس‌های غیرآمیزی اتفاقی، مثلاً طی حوادث آزمایشگاهی نیز وقوع آن به اثبات رسیده و به طور کلی قابلیت انتقال آن کمتر از شانکروئید و گونوره می‌باشد.

از آنجا که بعضی از بیماران مبتلا به لنفوگرانولوم ونروم که تحت درمان، قرار می‌گیرند، گاهی دچار عود مجدد بیماری می‌گردند و می‌توانند باعث آلودگی دیگران شوند، تا یک سال بعد از درمان بایستی هر سه ماه یک بار آن‌ها را کنترل نموده عیار آزمون فیکساسیون کمپلمان سرم آن‌ها را بررسی نماییم و در صورت افزایش و یا وجود علائم بالینی باید عود مجدد را در نظر گرفته، به درمان مجدد آن اقدام نماییم. توضیح این که عیار فیکساسیون کمپلمان ۱:۶۴ یا عیار ۱:۱۶ مشروط بر این که در عرض ۲ هفته به چهار برابر افزایش یابد، با ارزش می‌باشد. کنترل بیماری، نظیر شانکروئید است.

درمان انتخابی لنفوگرانولوم ونروم، در حال حاضر شامل داکسی‌سیکلین^۱ به مقدار ۱۰۰ میلی‌گرم / ۱۲ ساعت / ۲۱ روز و داروهای جانشین، شامل اریترومایسین^۲ به مقدار ۵۰۰ میلی‌گرم / ۶ ساعت / ۲۱ روز می‌باشد و خیارک‌های متموج (Fluctuate) نیز باید تخلیه شود. بدیهی است که خانم‌های باردار مبتلا را باید با اریترومایسین، درمان نمود. تاثیر آزیترومایسین^۳ در درمان لنفوگرانولوم ونروم، به اثبات رسیده است و به مقدار ۱ گرم خوراکی، هفته‌ای یک بار و به مدت سه هفته تجویز می‌گردد و لووفلوکساسین^۴ نیز به اندازه آزیترومایسین، موثر است. افرادی که طی ۳۰ روز قبل از شروع علائم در بیمار، با وی تماس جنسی داشته‌اند باید از نظر عفونت کلامیدیایی مجرا و سرویکس، بررسی و در صورت لزوم، درمان شوند.

¹ Doxycycline

² Erythromycin

³ Azithromycin

⁴ Levofloxacin

شانکروئید^۱

شانکروئید، نوعی بیماری مقاربتی است که به وسیله باسیل گرم منفی هموفیلوس دوکری ایجاد می‌شود. این میکروارگانیسم، از طریق خراش‌های سطحی به پوست بدن راه یافته و باعث ایجاد اولسر، در همان محل می‌گردد. خودآلایی و ایجاد خیارک‌های چرک‌زای ناحیه انگوینال، جزو خصوصیات بارز این بیماری است. اولسرهای درمان نشده، با به جا گذاشتن اسکار، بهبود می‌یابند ولی عفونت اضافی می‌تواند باعث ایجاد ضایعات تخریبی موضعی مقاوم گردد.

شانکروئید، در کشورهای در حال توسعه‌ای نظیر آفریقا، هند و جنوب شرقی آسیا شایع‌تر از کشورهای صنعتی است و در ایران نیز وجود دارد و تا کنون مواردی از طغیان‌های این بیماری در بعضی از کشورها گزارش گردیده است. این بیماری در مناطق گرمسیری و نیمه گرمسیری از شیوع بیشتری برخوردار است ولی در مناطق معتدل چندان شایع نیست. از آنجا که بیماری، معمولاً از طریق مقاربت، منتقل می‌شود، شیوع جنسی آن در سنین فعالیت جنسی، به‌ویژه در سنین ۱۸-۲۴ سالگی، بیشتر است.

در مورد تاثیر جنس در شیوع بیماری، آمارهای متفاوتی ارائه شده است به طوری که نسبت گرفتاری مرد به زن را با ارقام ۱/۶ به ۱ و ۵ به ۱ و ۹ به ۱ گزارش نموده‌اند ولی آنچه مسلم است اینست که بیماری، در مردان شایع‌تر از زنان می‌باشد. این بیماری می‌تواند در زنان، بدون علامت بوده تا مدت‌ها دوام یابد و باعث موارد آلودگی زیادی شود به طوری که امروزه زنان روسپی را یکی از مهم‌ترین مخازن شانکروئید به حساب می‌آورند. ادعا شده است که مردان ختنه نشده، نیز مخزن عفونت هستند ولی این ادعا به اثبات نرسیده است. البته بر طبق گزارش‌های موجود، افراد ختنه نشده حساسیت بیشتری نسبت به شانکروئید دارند. شانکروئید در تمام دوران وجود زخم و ترشحات عقده‌های لنفاوی حاوی هموفیلوس دوکری می‌تواند به دیگران منتقل شود. این بیماری، باعث ایجاد مصونیت نمی‌شود و در نتیجه انسان ممکن است چندین بار مبتلا گردد.

درمان شانکروئید

درمان به یکی از روش‌های زیر انجام می‌شود:

- آزیترومایسین ۱ گرم / یک نوبت / خوراکی
- سفتریاکسون ۲۵۰ میلی‌گرم / عضلانی / یک نوبت
- سیپروفلوکساسین ۵۰۰ میلی‌گرم / ۱۲ ساعت / ۳ روز
- اریترومایسین ۵۰۰ میلی‌گرم / ۸ ساعت / ۷ روز

شایان ذکر است که افراد ختنه نشده و مبتلای به HIV/AIDS، پاسخ مطلوبی به درمان شانکروئید نمی‌دهند.

¹ Chancroid

کنترل شانکروئید

واکسن موثری جهت پیشگیری شانکروئید وجود ندارد و در مورد تاثیر پیشگیری دارویی نیز مطالعه دقیقی صورت نگرفته است، بنابراین به منظور کاهش شیوع بیماری، بایستی موارد شناخته شده را به شیوه مناسبی درمان نمود و به کمک بیماران شناخته شده، شرکای جنسی آنان را نیز مداوا کرد. تماس یافتگان، حتی اگر فاقد علائم بالینی هستند نیز باید با همان رژیم درمانی که تاثیر آن در شرکای جنسی آن‌ها به اثبات رسیده است درمان شوند. در مورد رعایت بهداشت فردی و استفاده از کاندوم در موقع مقاربت، نیز تاکید شده است و شستشوی ژنیتال‌ها با آب و صابون و یا شستشوی واژن با یک محلول آنتی‌سپتیک ملایم بلافاصله بعد از تماس جنسی، در بسیاری از موارد، از بروز شانکروئید، پیشگیری خواهد نمود.

گرانولوم انگوینال

گرانولوم انگوینال^۱ یا دونوانوز^۲، یکی از بیماری‌های مقاربتی ناشایع است که باعث ایجاد گرانولوم‌هایی در پوست و بافت مخاطی ناحیه انگوینال و آنژنییتال می‌گردد. به‌کندی پیشرفت می‌نماید و تمایل کمی به بهبودی خودبخودی دارد و ممکن است زمینه را جهت بروز سرطان آماده سازد. عامل این بیماری کلبسیلا گرانولوماتیس^۳ است و در حال حاضر روش‌های ساده‌ای جهت ایزوله نمودن و کشت آن وجود ندارد.

این بیماری، در هندوستان، گینه، برزیل، شمال استرالیا، غرب آفریقا و جنوب چین شایع است. وضعیت بیماری در ایران به علت عملی نبودن کشت میکروارگانیسم و در اختیار نبودن تست سرولوژی تجاری، مشخص نمی‌باشد. گرانولوم انگوینال، در شرایط اقتصادی - اجتماعی نامناسب شایع‌تر است. زنان به شکل شدیدتر بیماری، مبتلا می‌گردند و بارداری، باعث تشدید ضایعات پاتولوژی ناشی از آن می‌شود. این بیماری از طریق مقاربت واژینال یا رکتال، به دیگران منتقل می‌شود ولی امکان خودآلایی، و انتقال تصنعی از نقطه‌ای به نقطه دیگر بدن نیز وجود دارد. جهت انتقال کلبسیلا گرانولوماتیس وجود خراش‌های پوستی - مخاطی را الزامی دانسته‌اند. رویداد بیماری رابطه مستقیمی با تعداد مقاربت‌ها دارد و کنترل بیماری، نظیر شانکروئید است.

درمان انتخابی این بیماری شامل آزیترومايسين به مقدار ۱ گرم / هفته / ۶-۴ هفته است و باید آنقدر ادامه یابد تا اپیتلیالیزیشن کاملی^۴، صورت گیرد.

درمان گرانولوم انگوینال

درمان گرانولوم انگوینال، به یکی از روش‌های زیر انجام می‌شود:

- آزیترومايسين / ۱ گرم / دهان / هفته‌ای یک بار یا ۵۰۰ میلی‌گرم / روزانه / ۳ هفته (تا زمان بهبودی)

¹ Granuloma Inguinale

² Donovanosis

³ Klebsiella granulomatis

⁴ Complete Epithelialization

کامل ضایعات)

- داکسی‌سیکلین ۱۰۰ میلی‌گرم / دهان / ۱۲ ساعت / حداقل سه هفته (تا زمان بهبودی کامل ضایعات)
- سیپروفلوکساسین / ۷۵۰ میلی‌گرم / دهان / ۱۲ ساعت / حداقل سه هفته (تا زمان بهبودی کامل ضایعات)
- اریترومایسین / ۵۰۰ میلی‌گرم / ۶ ساعت / حداقل سه هفته (تا زمان بهبودی کامل ضایعات)
- کوتریموکسازول / ۲ قرص / ۱۲ ساعت / حداقل سه هفته (تا زمان بهبودی کامل ضایعات)

تریکومونیاژیس^۱

طبق تخمین سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۵، سالیانه حدود ۱۴۳ میلیون مورد عفونت تریکومونایی ایجاد می‌شود. تریکومونا واژینالیس در دوران باروری در واژن ۲۰-۱۰ درصد زنان یافت می‌شود و حدود یک پنجم زنان، حداقل یک بار در دوران زندگی خود دچار تریکومونیاژیس، می‌گردند. میزان بروز این بیماری، در گروه‌های مختلف مردم، متفاوت است و شیوع آن در هر دو جنس، به میزان فعالیت جنسی، بستگی دارد و در افرادی که فعالیت جنسی آن‌ها بسیار زیاد و دارای شرکای جنسی متعددی هستند از شیوع بیشتری برخوردار است. این بیماری در پنجاه تا هفتاد درصد زنان روسپی یافت می‌شود و طبق آمارهای موجود در کشورهای صنعتی، حدود ۱۰٪ زنان سالم و ۳۰٪ زنانی که به درمانگاه بیماری‌های مقاربتی، مراجعه می‌کنند دچار تریکومونیاژیس هستند. بسیاری از مردان، دچار عفونت بدون علامت ناشی از تریکومونا واژینالیس می‌شوند و اینگونه عفونت‌ها به نحو شایعی به خودی خود بهبود می‌یابند و لذا شیوع واقعی آن در جنس مذکر مشخص نمی‌باشد. با این حال این ارگانیزم‌ها را می‌توان از ۱۰٪ مردانی که دچار ترشح مجرا هستند و از ۴۰-۳۰ درصد مردانی که با زنان آلوده، تماس داشته‌اند، جدا نمود. این بیماری به نحو شایعی همراه با سایر بیماری‌های مقاربتی و به‌ویژه سوزاک ایجاد می‌شود.

گرچه تریکومونا واژینالیس، از طریق تماس جنسی، منتقل می‌شود ولی از طریق تماس با بعضی از وسایل و حمام و توالت آلوده نیز انتقال می‌یابد و گرچه در برابر خشک شدن، حساس است ولی در لباس‌های مرطوب به مدت ۲-۱ ساعت زنده می‌ماند و از طریق حوله نیز منتقل می‌شود. درمان این بیماری با مترونیدازول یا تینیدازول، به صویکی از روش‌های زیر انجام می‌شود:

- مترونیدازول / ۲ گرم / دهان / یک نوبت
- تینیدازول / ۲ گرم / دهان / یک نوبت
- مترونیدازول / ۵۰۰ میلی‌گرم / دهان / ۱۲ ساعت / ۷ روز

کاندیدایزیس

کاندیدا آلبیکنس را می‌توان از محیط واژن زنان سالم و بدون علامت، کشت داد. این ارگانیزم، می‌تواند از طریق ضایعات روی انگشتان یا ضایعات ژنیتال طی تماس جنسی از فردی به فرد دیگر منتقل شود ولی عوامل مساعد

¹ Trichomoniasis

کننده بروز عفونت، مهم‌تر از نحوه انتقال آن می‌باشد.

عوامل مساعد کننده

۱. حاملگی
 ۲. مصرف قرص‌های ضدبارداری
 ۳. قاعدگی
 ۴. مصرف آنتی‌بیوتیک‌ها و کورتیکواستروئیدها
 ۵. دیابت ملیتوس
 ۶. ضعف و ناتوانی و سرکوب سیستم ایمنی
 ۷. عوامل کم اهمیتی نظیر چاقی، کم خونی، هیپوپاراتیروئیدی، هیپوتیروئیدی، کم کاری غدد فوق کلیوی
- کلیه این عوامل ممکن است از طریق تاثیر بر فلور میکروبی واژن یا تاثیر بر میزان کربوهیدرات و اسیدیته واژن، محیط را جهت رشد کاندیدا مساعد نمایند. البته عوامل دیگری نظیر کاهش فعالیت ایمنی سلولی، طی بارداری و کاهش فعالیت بیگانه خواری پلی مرفونوکلرها در مبتلایان به دیابت ملیتوس و پوشیدن لباس‌های نایلونی و نظایر آن که باعث افزایش تعریق و حرارت ناحیه پرینه می‌شوند نیز می‌توانند زمینه را برای کاندیدیاژ واژن مساعد کنند.

درمان

درمان به صورت های زیر انجام می شود:

- ۱- داروهای موضعی داخل واژن
 - کرم کلوتریمازول^۱ ۱٪، ۵ گرم روزانه به مدت ۷-۱۴ روز
 - کرم کلوتریمازول ۲٪، ۵ گرم روزانه به مدت ۳ روز
 - کرم میکونازول^۲ ۲٪، ۵ گرم روزانه به مدت ۷ روز
 - کرم میکونازول ۴٪، ۵ گرم روزانه به مدت ۳ روز
 - شیاف واژینال ۱۰۰ میلیگرمی میکونازول، یک شیاف در روز به مدت ۷ روز
 - شیاف واژینال ۲۰۰ میلیگرمی میکونازول، یک شیاف در روز به مدت ۳ روز
 - شیاف واژینال ۱۲۰۰ میلیگرمی میکونازول، یک شیاف در روز به مدت ۱ روز
 - پماد ۶/۵٪ تیوکونازول^۳، مصرف ۵ گرم در یک بار استعمال داخل واژن
- ۲- داروهای خوراکی
 - یک دوز منفرد فلوکونازول ۱۵۰ میلی‌گرمی به صورت خوراکی

^۱ Clotrimazole

^۲ Miconazole

^۳ Tioconazole

واژینوز باکتریایی^۲

واژینوز باکتریایی که قبلاً به واژینیت غیراختصاصی موسوم بوده است عبارتست از واژینیتی که ناشی از عفونت رحمی و عفونت ناشی از عوامل کاملاً شناخته شده‌ای نظیر گونوکوک، کاندیدا آلبیکنس و تریکومونا واژینالیس نباشد. البته این سه عامل، خود مسئول ایجاد حدود ۵۰٪ واژینیت‌های عفونی می‌باشند و ۴۰-۵۰ درصد موارد واژینیت‌های عفونی در اثر واژینوز باکتریایی، ایجاد می‌شود و این رقم رو به افزایش می‌باشد. در بعضی از کشورهای در حال پیشرفت، شایع‌ترین علت واژینیت را در درمانگاه بیماری‌های مقاربتی تشکیل می‌دهد. عامل واژینوز باکتریایی، گاردنرلا واژینالیس است که احتمالاً همراه با بی‌هواری‌هایی نظیر گونه‌های باکترئیدس و Mobiluncus، بیماری‌زا واقع می‌شود.

درمان

قرص مترونیدازول خوراکی / ۵۰۰ میلی‌گرم / ۱۲ ساعت / ۷ روز

ژل مترونیدازول / یک اپلیکیشن / واژن / روزی یک بار / ۵ روز

کرم کلینداماسین / یک اپلیکیشن / واژن / ۷ روز

قرص تینیدازول / ۲ گرم / دهان / روزی یک بار / ۲ روز

زگیل مقاربتی^۳

ویروس پاپیلوما‌ی انسانی، شایع‌ترین عامل مولد بیماری ویروسی دستگاه تولید مثل انسان است که مشکلات عدیده‌ای را برای زنان و مردان مبتلا فراهم می‌کند و ضایعاتی به بار می‌آورد که ممکن است نهایتاً به سرطان، منجر شود.

زگیل ژنیتال که به زگیل مقاربتی و کوندیلوما آکومیناتوم، نیز موسوم است یکی از چهره‌های بالینی عفونت ناشی از ویروس پاپیلوما انسانی نوع ۶ یا ۱۱ است که معمولاً در اثر تماس جنسی از فردی به فرد دیگر منتقل می‌گردد ولی از راه‌های غیرمقاربتی نیز قابل انتقال می‌باشد. این ویروس جهت رشد و انتشار خود به محیط گرم و مرطوب، احتیاج دارد و لذا در نقاطی از بدن نظیر دستگاه تناسلی زنان، آلت تناسلی مردان ختنه نشده و ناحیه مقعد بیماریزا واقع می‌شود.

طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۴، متاآنالیز مطالعات انجام شده نشان داده است که شیوع مثبت بودن نمونه تهیه شده از واژن خانم‌ها از نظر پاپیلوما ویرس انسانی در حدود ۱۱/۷ درصد بوده ولی توزیع جغرافیایی یکسانی نداشته است، به طوری که بالاترین رقم، مربوط به ناحیه صحرای جنوبی آفریقا با فراوانی ۲۴ درصد، آمریکای لاتین و کارائیب ۱۶ درصد و جنوب شرقی آسیا و اروپای شرقی ۱۴ درصد بوده است. شایعترین انواع

¹ Fluconazole

² Bacterial vaginosis

³ Condylomata acuminata

ویروس، شامل نوع ۱۶ و ۱۸ بوده و نوع شانزده از بیشترین فراوانی، برخوردار بوده است. ابتلاء همزمان به بیش از یک نوع ویروس و یا ابتلا به یکی از انواع و ابتلا بعدی به بقیه آنها نیز به اثبات رسیده است. در دوره بارداری، به علت نامعلومی بر تعداد و اندازه زگیل‌های تناسلی، افزوده می‌شود به طوری که گاهی رشد بیش از حد این ضایعات در فضای واژن و ناحیه پرینه باعث مسدود شدن واژن و مشکل شدن زایمان طبیعی می‌گردد. ضمناً گرفتاری ناحیه "ولو" در اغلب موارد، همراه با درگیری دهانه رحم نیز می‌باشد. پاسخ درمانی در دوره بارداری، ناکامل است ولی پس از ختم بارداری، این ضایعات به طور کامل و یا تا حدودی بهبود می‌یابند و بنابراین، درمان کامل و برداشتن ضایعات با عمل جراحی در دوران بارداری، قابل توصیه نمی‌باشد.

درمان

درمان زگیل مقاربتی شامل تخریب فیزیکی و شیمیایی ضایعات است. استعمال موضعی محلول تری کلرواستیک یا بیکلرواستیک ۹۰-۸۰ درصد به صورت هفته‌ای یک بار، برای از بین بردن زگیل‌های خارجی، معمولاً موثر می‌باشد. ولی بعضی‌ها کرایوتراپی^۱، استفاده از لیزر یا رزکسیون جراحی را ترجیح می‌دهند. داروهایی نظیر پودوفیلین، پودوفیلوکس و imiquimod که در دوران غیربارداری، تجویز می‌شود در زنان باردار، به خاطر خطرات بالقوه برای مادر و جنین، قابل توصیه نمی‌باشد.

مولوسکوم کونتاژیوزوم^۲

مولوسکوم کونتاژیوزوم، نوعی بیماری عفونی است که در اثر عفونت ناشی از پاکس ویروس‌ها ایجاد می‌شود. این بیماری از طریق تماس جنسی و غیرجنسی و به‌ویژه به هنگام تماس نزدیک بدن از فردی به فرد دیگر منتقل می‌شود و نحوه انتقال عفونت، به محل آن بستگی دارد البته در مناطق گرمسیری، نوع خارج ژنیتالی آن شایع‌تر بوده و حاکی از آنست که از طریق استفاده از لباس‌های مشترک نیز منتقل می‌گردد.

ضایعات تناسلی، به نحو شایعی بر روی اسکروتوم و پنیس در مردان و در ناحیه ولو و پرینه، در زنان و کلاً در هر دو جنس در قسمت داخلی ران و بین ناف و پوبیس یافت می‌گردند و فقط باعث گرفتاری پوستی می‌شوند و به مخاطها سرایت نمی‌کنند. ویروس‌ها از طریق خودآلایی نیز از نقطه‌ای به نقطه دیگر بدن منتقل می‌گردند.

درمان

درمان مولوسکوم کونتاژیوزوم، شامل کرایوتراپی، کورتاژ ضایعات و درمان با داروهای شیمیایی نظیر podophyllin، cantharidin, iodine, tretinoin می‌باشد. استعمال موضعی کرم یا سوسپانسیون ۳٪ Cidofovir، موثر تشخیص داده شده است و داروهای تعدیل‌کننده سیستم ایمنی نظیر Cimetidine خوراکی و یا Imiquimod موضعی نیز ممکن است موثر واقع شود. در بیماران مبتلا مولوسکوم کونتاژیوزوم همراه با ایدز، درمان AIDS و

¹ Cryotherapy

² Molluscum Contagiosum

بهبود وضع سلول‌های CD4 باعث بهبودی مولوسکوم‌ها نیز می‌گردد.

گال^۱

گال یکی از بیماری‌های عفونی است که در اثر نوعی مایت به نام سارکوپس *Scabiei* ایجاد می‌شود و سالانه حدود ۳۰۰ میلیون نفر را مبتلا می‌کند. این بیماری طی تماس نزدیک از فردی به فرد دیگر منتقل می‌گردد و لذا تنها راه انتقال آن را تماس جنسی تشکیل نمی‌دهد. ولی در صورتی که از طریق تماس جنسی منتقل شود ضایعات، بیشتر بر روی ژنیتال یا در اطراف آن ظاهر می‌گردد و در غیراین‌صورت در تمام بدن یافت می‌شود. این بیماری در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه یافت می‌شود و در جنس مذکر و مؤنث، از شیوع یکسانی برخوردار است ولی در مناطق گرمسیری، در کودکان دبستانی شایع‌تر می‌باشد.

درمان

درمان این بیماری با داروهایی نظیر کرم *Permethrin*، کرم یا لوسیون *Lindane*، کرم یا لوسیون *Ivermectin*، پماد *Sulfur in petrolatum*، لوسیون *Benzoyl benzoate* و قرص‌های *Crotaminton* امکانپذیر است. باید توجه داشته باشیم که همزمان با درمان افراد آلوده، لازم است اقدامات زیر را نیز انجام دهیم:

- ۱ - درمان همزمان کلیه اعضاء خانواده و تماس یافتگان نزدیک
- ۲ - دور ریختن لباس‌های مورد استفاده و لوازم خواب افراد آلوده و یا شستن آنها با ماشین لباسشویی و خشکاندن آنها در دمای ۶۰ درجه سانتیگراد
- ۳ - رعایت بهداشت فردی و تامین مایحتاج اولیه بهداشتی برای آوارگان، بی‌خانمان‌ها و افراد ساکن موسسات نگهداری
- ۴ - کنترل طغیان‌های بیماری گال در حیوانات اهلی و بویژه در گربه، سگ، شتر، خوک و اسب

شپش پوبیس^۲

شپش پوبیس، اساساً نوعی بیماری مقاربتی است ولی از طریق پوشیدن لباس‌های آلوده دیگران نیز منتقل می‌شود. این آلودگی در سنین حداکثر فعالیت جنسی، ایجاد می‌شود و معمولاً بدون علامت، یا کم علامت است. شیوع آن در هر دو جنس، یکسان است و در نقاط مختلف جهان یافت می‌شود. ولی با بهبود وضع بهداشت فردی، در بسیاری از نقاط دنیا به سرعت، رو به کاهش می‌باشد. در صورتی که آلودگی به شپش پوبیس از طریق تماس جنسی ایجاد شده باشد معمولاً همراه با سایر بیماری‌های مقاربتی می‌باشد.

¹ Scabies

² Pubic lice

درمان

آلودگی به شپش عانه را می‌توان با تجویز داروهایی نظیر پیرترین، مالتیون، لیندین، بنزیل الکل و ایورمکتین، درمان نمود. بر زدودن شپش‌ها و تخم قابل رویت آنها از نواحی آلوده بدن و جوشاندن لباس‌ها و وسایل خواب افراد آلوده نیز تاکید شده است.

عفونت در مردان همجنس‌باز

طی چند سال گذشته مشخص شده است که افراد همجنس‌بازی که به درمانگاه بیماری‌های مقاربتی، مراجعه می‌کنند در مقایسه با افراد غیرهمجنس‌باز، نه تنها با شیوع بیشتری دچار سوزاک و سیفیلیس می‌باشند بلکه مبتلا به بیماری‌های منحصر به فردی می‌گردند که ارتباط چندانی به مقاربت طبیعی، ندارد و مثلاً با شیوع زیادی دچار هپاتیت ویروسی، ژیلداریوز، آمیبیاز، شینگلوز، عفونت‌های ناشی از ویروس سیتومگال، زگیل مقعدی و AIDS می‌شوند.

از آنجا که فعالیت‌های جنسی در این افراد به نحو شایعی موجب تماس مستقیم یا غیرمستقیم با نقاطی از بدن نظیر حلق، مجرا و غشاء مخاطی رکتوم می‌شود، عوامل بیماری‌زا باعث آلودگی این مخاط‌ها می‌گردند و نقاطی نظیر مجرا، حلق، پنیس، رکتوم و روده را گرفتار می‌کنند. بعضی از عوامل پاتوژن، ممکن است با شیوع بیشتری باعث گرفتاری بعضی از این مجاری شوند و راه انتقال آن‌ها نیز متفاوت می‌باشد.

عوامل بیماری‌زای روده‌ای، انگل‌ها و هپاتیت A و B، طی تماس دهانی-مقعدی منتقل می‌شوند و ورود تعداد بسیار کمی (۱۰-۱۰۰ عدد) از یک عامل بیماری‌زای روده‌ای از این طریق می‌تواند بیماری‌زا واقع شود. از طرفی کلامیدیا تراکوماتیس و گونوکوک، باعث آلودگی اپی‌تلیوم استوانه‌ای، مجرا، حلق و رکتوم می‌شوند و هر دو عامل از طریق مقاربت دهانی مقعدی منتقل می‌گردند. تریپونما پالیدوم و هرپس سیمپلکس و ویروس زگیل مقاربتی، باعث آلودگی اپی‌تلیوم سنگ فرشی می‌شوند و عمدتاً از طریق تماس مقعدی منتقل می‌گردند. از آنجا که مقاربت مقعدی با شیوع زیادی باعث ایجاد خراش‌ها و خونریزی‌هایی در مخاط رکتوم می‌شود، ویروس هپاتیت B و عامل ایدز (HIV) با سهولت بیشتری از طریق اینگونه خراش‌ها وارد بدن می‌گردند.

عوامل بیماری‌زای روده‌ای، معمولاً از طریق مصرف آب و غذای آلوده به مدفوع، به بدن انسان راه می‌یابند و باعث ایجاد بیماری می‌شوند ولی بعضی از انحرافات جنسی نظیر مقاربت مقعدی، تماس دهانی-مقعدی و تماس دهان با پنیس آلوده به مدفوع، باعث انتقال کامپیلوباکتر، شینگلا، سالمونلا، آنتاموبا هیستولیتیکا، ژیلداریوز و احتمالاً سایر پاتوژن‌های روده‌ای می‌گردد.

منابع

1. World Health Organization. Sexually transmitted infections (STIs) Fact sheet N°110 Updated December 2015. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/en/>. [Last accessed June, 2016].
2. Byron E. Batteiger, Ming Tan. Chlamydia trachomatis (Trachoma, Genital Infections, Perinatal Infections, and Lymphogranuloma Venereum). In: Mandell ,Douglas, Bennet's Principles and Practice of Infectious Diseases, 8th ed., 2015, PP. 2154-70.
3. Timothy F. Murphy. Haemophilus Species, Including H. influenzae and H. ducreyi (Chancroid). In: Mandell ,Douglas, Bennet's Principles and Practice of Infectious Diseases, 8th ed., 2015, PP. 2575-83.
4. Cunningham, Leveno, Bloom, Spong, Dashe, Hoffman, Casey, Sheffield. Sexually Transmitted Infections, In: Williams Obstetrics, 24th ed. 2015. pp. 1265-86.
5. Ronald C. Ballard. Klebsiella granulomatis (Donovanosis, Granuloma Inguinale) In: Mandell , Douglas, Bennet's Principles and Practice of Infectious Diseases, 8th ed., 2015, PP. 2664-66.
6. CDC, Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2015, Recommendations and Reports, June 5, 2015 / 64(RR3);1-137. Available from: <http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/tr6403.pdf>. [Last accessed June, 2016].
7. Augenbraun MH. Genital Skin and Mucous Membrane Lesions, In: Mandell ,Douglas, Bennet's Principles and Practice of Infectious Diseases, 8th ed., 2015, PP. 1341-48.
8. Infectious Diseases Protocol, 2016, Ontario Public Health Standards: Sexually transmitted Diseases. Available from:
9. http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/publichealth/oph_standards/infdispro.aspx . [Last
10. accessed June, 2016].
11. World Health Organization. Human papillomavirus vaccines: WHO position paper, October 2014. Weekly epidemiological record, 24 October 2014, 89th Year. No. 43, 2014, 89, 465–492.