

Prof. Dr. Serhat ÜNAL-Dr. Aygen TÜMER



1957 yılında Kırklareli'nin Pınarhisar ilçesinde doğdu. Lise öğrenimini Ankara Kurtuluş Lisesi'nde tamamladı. 1981 yılında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 1981-1985 yılları arasında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı'nda uzmanlık eğitimi tamamladı. Aynı bölümde 1989 yılında doçentliğe atandı. 1990-1992 yılları arasında Amerika Birleşik Devletleri Harvard Tıp Fakültesi New England Deaconess Hastanesi İç Hastalıkları Departmanı'nda enfeksiyon hastalıkları alanında uzmanlaşma eğitimi aldı. 1995 yılında İç Hastalıkları Profesörü oldu. 1997 yılından bu yana Hacettepe AIDS Tedavi Araştırma Merkezi Müdürlüğü de yapan Prof. Ünal halen Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Enfeksiyon Hastalıkları Ünitesi'nde öğretim üyesi olarak görev yapmaktadır.



1963 yılında Ankara'da doğdu. 1981 yılında TED Ankara Koleji'nden mezun oldu. 1987 yılında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Aynı yıl Kızılay Kan Merkezi Sivas Müdür Vekilliği görevini yaptı. 1989 yılında Ankara Numune Hastanesi Hızır Acil Servisi'nde 1990 yılında Dışkapı Sağlık Merkezi'nde 1997 yılında ise Ankara İl Sağlık Müdürlüğü Rub Sağlık Dispanseri'nde görev yaptı. 1997 yılından bu yana Hacettepe AIDS Tedavi Araştırma Merkezi Koordinatörlüğü yapmakta olan Tümer, evli ve iki çocuk sahibidir.

CİNSEL YOLLA BULAŞAN HASTALIKLAR

84

Cinsel yolla bulaşan hastalıklar (CYBH) sadece gelişmekte olan ülkelerin insanlarını değil tüm insanların sağlığını büyük boyutlarda tehdit eden başlıca sağlık sorunlarından birisidir. 1981 yılında HIV/AIDS hastalığının tanımlanması ile cinsel yolla bulaşan hastalıklar yeniden güncellik kazanmaya başlamıştır. Dünyada sadece bir günde 100 milyon üstü cinsel temas olduğu, bunların 910.000'inin gebelik ve 356.000'inin ise cinsel yolla bulaşan hastalıklarla sonuçlanması, CYBH'nin ne kadar önemli olduğunu vurgulamaktadır.

Sıklıkla gelişmekte olan ülkelerde olmak üzere tüm dünya ülkelerinde 15-49 yaş arası kadınların sağlıklı yaşam yıllarını azaltan nedenlerin başında gebelik ve doğum komplikasyonları gelirken, ikinci sırada CYBH ve komplikasyonları gelmektedir. Bu kadar geniş kitleye kısa sürede yayılabilen CYBH, aynı zamanda kişileri fiziksel, biyolojik, sosyal ve ekonomik yönlerden de etkilemektedir.

Cinsel yolla bulaşma özelliği olan 30'dan fazla bakteri, virüs ve parazit, 50'den fazla ise hastalık tanımlanmaktadır. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar, başlıca bulaşma yolu koruyucu bariyer olmadan, penisin vajinaya, ağıza veya anüse penetrasyonu ile gerçekleşen bir grup bu-

laşıcı hastalıktır. Bulaşma yollarının özellikleri, bıraktıkları sekeller, infertilite, ektopik gebelik, ölüm gibi önemli sonuçlara yol açmaları nedenlerinden dolayı önemli bir hastalık grubunu oluşturmaktadır. CYBH'dan korunmak, erken tanı ve tedavisinin yapılabilmesi büyük önem taşımaktadır.

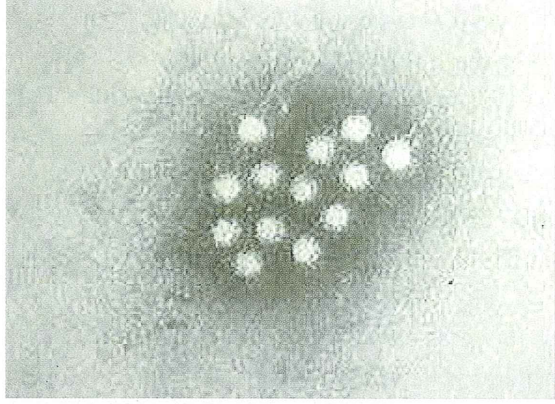
Cinsel açıdan aktif olunan her yaşta kadınlar da erkeklerde CYBH'a duyarlıdır. Vakaların üçte birini 25 yaş altı gençler oluşturmaktadır. Yılda yaklaşık 300 milyon kişide görülen cinsel yolla bulaşan hastalıklardan, 167 milyonu Trichomonas vaginalis, 89 milyonu Chlamydia trachomatis, 62 milyonu Neisseria gonorrhoeae, 12 milyonu ise Treponema pallidum ile infekte olmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), Aralık 2001 verilerine göre ise dünyada 40 milyon kişi HIV ile infekte olup epideminin başından beri 25 milyon kişi hayatını bu hastalık nedeni ile kaybetmiştir.

Ülkemizde, sağlık kuruluşuna yeterli başvuru yapılmaması, bulaşma yollarının özelliği, kişinin nereye başvuracağını tam bilemiyor olması, kayıt sistemlerinin yeterli çalışmaması nedenlerinden dolayı CYBH'a ait veriler yeterli bulunmamaktadır. HIV/AIDS hastalığının ise henüz tam kür elde edilecek tedavisi ve aşısı olmadığı için CYBH'lar arasında farklı bir yer oluşturmaktadır. Aşağıda CYBH'lardan sık görülenlerine yer verilecektir

HEPATİT A

Hepatit A virüsü (HAV), picoraviridea ailesinin bir üyesi olup, insanların dışında bazı şempanze ve maymun türlerini de infekte edebilmektedir.

Çeşitli hücre kültürlerinde zorda olsa üretilmektedir. HAV, eter, kloroform gibi çözücülerle kolay inaktive olmamaktadır. 60°C'de 1 saat



süre ile, -20°C'de yıllarca canlılığını koruyabilmektedir. Deneysel olarak kontamine edilmiş tatlı su, deniz suyu, atık su, canlı istiridye, sentetik yüzeyler üzerinde kurumuş dışkıda günlerce, aylarca infeksiyöz virüs barınabilmektedir. Kaynayan suda 5 dakikada, kuru ısı ile 180°C'de 1 saatte ve klorun uygun konsantrasyonunda HAV inaktive olabilmektedir.

Hepatit A infeksiyonunun sıklığı ülkeden ülkeye, kentten kente değişiklik göstermektedir. Hastalık bölgelerin sosyoekonomik düzeyleri ile yakından ilgilidir. Sıklıkla hastalık farkında olmadan geçirildiği için hepatit A'ya karşı vücutta oluşan antikorların tespiti ile saptanabilmektedir. Gelişmekte olan ve geri kalmış ülkelerde alt yapı ve hijyen yeterli olmadığından antikorlar çocuklukta oluşmaya başlamakta ve erişkin yaşta pek çok insan antikor taşıyor durumuna gelmektedir. Yapılan çalışmalar ülkemizin orta dereceli bir endemisiteye sahip olduğunu ve genç erişkinlerde %90'lık bir prevalansa erişildiğini göstermektedir. Türkiye geliştirmekte olan ülkeler sınıfına uymakta olup HAV ile erken dönemde karşılaşıldığını göstermektedir.

Hepatit A hastalığı için belirlenen risk grupları şunlardır:

- * Kalabalık koşullarda yaşayan askeri personel,
- * Bakımevinde kalan kişiler ve personeller,

- * Yuva, kreş personeli ve çocuklar,
- * Kanalizasyon işçileri,
- * Damar içi madde bağımlıları,
- * Oral-anal seks yapanlar,
- * Düşük endemisite gösteren bölgelerden yüksek endemisite gösteren bölgelere seyahat edenlerdir.

HAV esas olarak fekal-oral yolla, nadiren parenteral yolla bulaşmaktadır. Virüs önce bağırsaklara ulaşmakta ve oradan karaciğere geçerek çoğalmaktadır. Buradan safra kanalları ile bağırsaklara atılarak dışkı ile vücuttan atılmaktadır.

Hepatit A klinikte 3 şekilde görülebilmektedir.

I. Belirtisiz şekil: Çoğu zaman tanı konulmadan geçmektedir.

II. Subklinik İnfeksiyon: Anti-HAV IgM laboratuvar testlerinde pozitif tespit edilebilmektedir. Klinik bulgu saptanmamaktadır.

III. Klinik Akut Hepatit A: Sarılık veya sarıksız olmak üzere iki ayrı şekilde karşımıza çıkmaktadır. Klinik gidiş 4 dönemde ele alınmaktadır.

1. Kuluçka dönemi: 2-7 hafta (ortalama 4 hafta) kuluçka dönemi vardır.

2. Prodromal Dönem: Ateş, yorgunluk, halsizlik, iştahsızlık, bulantı, kusma, ishal görülebilmektedir. Bu belirtiler sarılığın başlangıcından önce 1-7 gün kadar sürebilmektedir. Sigara karşı tiksinti, üst solunum yolu infeksiyonlarına benzer tablolar ortaya çıkabilmektedir.

3. İkterik Dönem: Hiperbilirubinemiye bağlı çay rengi idrarın ortaya çıkması ile başlamaktadır. Dışkı renginde açılma, mukozalar, konjonktiva, sklera ve deride sararma görülmektedir. Yaşla beraber hastalığın şiddeti artmaktadır.

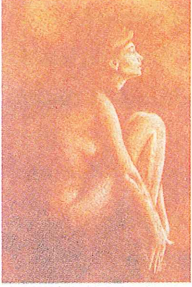
Hepatit A hastalığında kronikleşme olmamaktadır. Rekürrens olmamaktadır.

Tedavi: Özgül tedavisi bulunmamaktadır. Semptomatik tedavi yeterli olmaktadır. Aşırı kusma ve bulantıları olan hastalar yatırılarak izlenmelidir. Diğer hastalarda günlük kişisel aktivitelerin kısıtlanmasına gerek yoktur. Beslenme hastanın iştah ve isteklerine göre düzenlenmektedir.

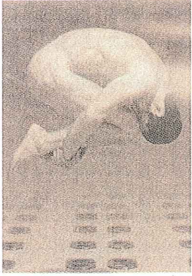
Korunma: Önemli olan temiz su ve kanalizasyon sistemlerinin sağlanmasıdır. Çünkü etken insana temel olarak fekal-oral yol ile bulaşmaktadır. Kanalizasyon suyu ile sulanmış çim ve meyvaların yenilmemesi, midye gibi deniz ürünlerinin iyice pişirilerek yenilmesi korunmada önem taşımaktadır. Kişisel hijyen ve el yıkama konusunda sağlık eğitimi yapılması koruyucu önlemlerin başında gelmektedir.

Aşılama: Korunmada aktif bağışıklama için canlı attenüe ve inaktive aşılarda geliştirilmiştir. İki doz aşılama sonrası anti-HAV antikor düzeyi hastalık doğal olarak geçirildiği zaman erişilen düzeye ulaşmaktadır. İki doz aşılama sonrası aşının koruyuculuğu en az 10 yıl sürmektedir.

Gelişmekte olan ülkelerde hepatit A hastalığı çocukluk yaşta beri sık görüldüğü için temiz içme suyu ve kanalizasyon hizmetlerinin geliştirilmesi ile beraber çocukların çok küçük yaşta aşılanması önerilmektedir. Ancak aşı giderleri, sağlık hizmet alt yapısının hazır olmaması, hastalığın çocuklarda belirtisiz geçirilip bağışıklığa yol açması ve daha öncelikli sorunların varlığı nedeniyle bu bölgelerde aşılama çalışmaları öncelikli gereksinim olarak düşünülmemektedir. Araştırmalar ülkemizin hepatit A hastalığına karşı rutin aşılama programında yer almaması gerektiğini göstermektedir, ancak aşı giderleri göz önüne alınarak bu gerçekleştirilememektedir. Eğer rutin aşılama programına başlanırsa aşılama için hedef grubun 2 yaş altı çocuklar olması önerilmektedir.



BAKTERİYEL VAJİNOZİS



Bakteriyel vajinozisin (BV) etiolojisinde tek bir bakteri bulunmamaktadır. Normalde gram pozitif içeren vajen florasının gram negatif mikroorganizmalar veya anaeroblar ile istila edilmesi sonucu bakteriyel vajinozis oluşmaktadır. Kötü kokulu bir infeksiyon meydana gelmektedir. Kişinin vajinal akıntısı balık kokulu veya pis kokulu olmaktadır. Akıntı gri-beyaz renkte, yapışkan ve vajen epiteline yapışmış durumdadır.

Hastalığın kuluçka dönemi bilinmemektedir.

Antibiyotik kullanımı, sistemik bir hastalığın varlığı, gebelik ve sıklıkla vajinal duş uygulanması normal vajen florasının bozulmasına sebep olabilmektedir. Bakteriyel vajinoziste cinsel temas ile geçiş tam olarak saptanamamıştır.

Tedavi: Semptomlar görüldüğü zaman uygulanmaktadır.

Korunma: Etkin bir korunma şekli bildirilmemektedir.

ŞANKROİD (Yumuşak Şankr)

Şankroidin sıklığı net olarak bilinmemekle beraber, tropikal ve subtropikal ülkelerde ve Amerika Birleşik Devletleri'nin bazı bölgelerinde sık rastlanmaktadır. Etkeni Haemophilus ducreyi'dir. Kuluçka süresi 4-7 gün kadardır.

Şankroid vakalarının ortalama %10'una sifiliz, genital herpes ve HIV infeksiyonu eşlik etmektedir. En erken ortaya çıkan lezyon inflamatuvar bir papüldür ve 2-3 gün içinde püstül ge-

lişmektedir. Hemen rüptüre olan püstül bölgesinde keskin sınırlı bir ülserasyon ortaya çıkmaktadır. Ülserler ağrılı olup endürasyon göstermemektedir. Ülser tabanında gri membran bulunmaktadır ve bu membran kaldırılınca kanamaktadır. Lezyonlar çoğunlukla birden fazla olup aynı hastada farklı evrelerde bulunabilmektedirler.

Ağrılı inguinal lenfadenopati şankroidin karakteristik özelliğidir. Erkeklerin %50'sinde lenfadenopati görülmektedir. Tedavi almamış vakalarda veya nadiren tedavi edilse bile lenf nodülleri fluktuasyon veren apseler haline gelebilmektedir. Ve apseler rüptüre olup deriye açılmaktadır. Kadınlarda lenfadenopatiye % 25 oranında rastlanmaktadır.

Erkeklerde ülser prepusyum, frenulum, koronal sinüs ve penis shaftında, kadınlarda ise labiumlar ve perinede sıklıkla görülmektedir.

Tanı: Ülser sekresyonunun gram boyalı preparatının kesin netice vermemesi ve kültür uygulanamaması nedeni ile tanı kliniğe dayanmaktadır. Inguinal lenfadenopati ve ağrılı ülserlerin kombinasyonu şankroid için karakteristikdir. Karanlık alan mikroskopisi sifilizi ekarte etmek için veya beraber bulunabileceği düşünülerek mutlaka yapılmalıdır. Sonuç negatif çıksa bile test 3 gün üst üste tekrarlanmalıdır. Ayrıca kişi HIV infeksiyonu yönünden de mutlaka araştırılmalıdır. İlk sonuçlar negatif olsa bile tanıdan 3 ay sonra HIV ve sifiliz yönünden tekrar kişi taranmalıdır.

Tedavi: Şankroidin tedavisi azitromisin, eritromisin, seftriakson veya siprofloksasin ile yapılabilmektedir. Siprofloksasin 17 yaş altındaki kişilerde, gebelerde ve laktasyonda kullanılmamaktadır. Tedavi başladıktan 3-7 gün sonra hasta tekrar görülmelidir. Eğer tedavi uygun yapılıyorsa 3 gün içinde ülserde semptomatik iyi-

leşme başlamakta, tam iyileşme ise tedavinin 7. gününde gerçekleşmektedir. Hastada lenfadenopati mevcutsa iyileşmesi daha uzun sürede olmakta ve sıklıkla aspirasyon gerekebilmektedir. Tedaviye erken dönemde başlanırsa apse oluşumu önlenmektedir. Eğer tedaviye başlarken apse varsa direne edilmelidir. Bu işlem birkaç kez tekrarlanabilmektedir.

Hastada klinik yönden iyileşme olmaz ise tanıda yanlışlık, eşlik eden başka bir hastalık, HIV enfeksiyonu veya verilen ilaçlara direnç sözü konusu olabileceği akla gelmelidir. Şankroid enfeksiyonu olan kişinin cinsel partneri semptomları bulunmasa bile tedavi edilmelidir.

KANDİDA VAJİNİTİ (Kandidiyazis)

Normal vajen florasında funguslar (mantarlar) bulunmaktadır. Funguslar arasında candida albicans'a sıklıkla rastlanmaktadır. Kandidiyazis çoğunlukla diabeti olan kişilerde, özellikle tetrasiklin ve ampisilin olmak üzere antibiyotik kullanımı sırasında, oral kontraseptif kullananlarda ve gebe kadınlarda görülmektedir. Candida albicans doğum sırasında anneden bebeğe geçebilmektedir.

Hastalığın kuluçka süresi 2-5 gündür.

Kandidiyazisin bulguları;

- Cinsel ilişki sırasında rahatsızlık,
- İdrar yaparken vulva ve vajende kaşıntı,
- Süt keşiği görünümünde veya peynirimsi beyaz vajinal akıntı,
- Vajen duvarlarında hiperemi ve inflamasyon,
- Vulvada ödem olarak karşımıza çıkmaktadır.

Çoğunlukla semptomların ve akıntının olduğu dönemde ve tedavi sonrası bir haftaya kadar bulaşabilmektedir. Gebelik sırasında semptomlara rastlanmayabilmektedir.

Kandidalar vajen, penis sekresyonları ile ve özellikle hastaların dışkılarının teması ile bulaşmaktadır. Cinsel temas ile geçişi ispatlanmamıştır.

Tedavi: Sadece semptomatik hastalara tedavi verilmektedir. Tedavi esnasında ve tedavi sonrası bir hafta cinsel temas yasaklanmaktadır. Hastanın iç çamaşırlarının mümkün olduğunca kuru olması tavsiye edilmelidir.

Sık tekrarlayan kandidiyaziste vajen florasının uzun süreli bozulması, gebelik, diabet hastalığı, antibiyotik kullanımı, kortizon kullanımı ve oral kontraseptif alımı gibi altta yatan başka bir neden düşünülüp araştırılmalıdır.

HEPATİT C

Hepatit C enfeksiyonu, Hepatit C virüsünün (HCV) etkeni olduğu, kan ve kan ürünleri transfüzyonu sonrası gelişen hepatitlerin %90'ından sorumlu tutulan bir hastalıktır. HCV enfeksiyonu Hepatit B virüsü ve HIV enfeksiyonu kadar kolay bulaşmamakta ancak infekte olan vakaların %50-80'inde hastalık kronik karaciğer hastalığına dönüşebildiği için önem taşımaktadır. Hastalığın kronikleşmesi sonucu siroz ve hepatoselüler karsinom gelişme olasılığı nedeni ile önemli bir sorundur.

Yapılan araştırmaların sonuçlarına göre tahminen dünya nüfusunun %3'ü bu hastalık ile infekte olup, Türkiye'de anti-HCV pozitifliği %0.3-1.8 arasında değişmektedir.

Hastalığın kuluçka süresi 60-120 gündür.

Hastalığın esas bulaşma yolu parenteral yol olup, virüs tükürük, idrar ve meni gibi vücut salgılarında da bulunduğu için yakın temas ve cinsel temas ile bulaşmanın da olabileceği düşünülmektedir.

Hepatit C hastalığının doğal seyri tam olarak bilinmemektedir. %50-60 oranında kronikleşebilmektedir ve bunların %5-20'sinde 5 yıl içinde siroz gelişmektedir.

Tedavi: Etkin bir tedavisi ve aşısı henüz bulunmamaktadır.

Korunma: Hepatit C virüsü ile karşılaşma sonrası profilaksi söz konusu olmadığı için korunma önem taşımaktadır. En iyi bilinen bulaş yolu kan ve kan ürünleri transfüzyonu ile olduğu için tarama testleri yapılmasına karşın gerekli olmadıkça transfüzyondan kaçınmak gerektiği tavsiye edilmektedir. Sağlık personeli üniversal önlemlere uyararak çalışmak zorundadır. Cinsel temas sırasında kondom kullanılması önerilmektedir.

GENİTAL HERPES

Genital herpesin etkeni Herpes simplex (HSV) olup, tekrarlayan ülserlerle karakterize viral bir hastalıktır. Etken virusün HSV-1 ve HSV-2 olmak üzere iki tipi vardır, genital herpes %90 oranında HSV-2 ile meydana gelmektedir. Cinsel temas ile bulaşmaktadır. Lezyon, lokalize eritemli bir plak şeklinde başlamakta, kaşıntı ve yanma lezyona eşlik etmektedir. Sonra eritemli zeminde gruplaşan veziküller ve bu veziküllerin spontan rüptürü ile ortaya çıkan girintili, çıkıntılı, düzensiz kenarlı ülserler karakteristik olarak ortaya çıkmaktadır. Lezyonlar birden fazla bulunmaktadır.

Genital herpes infeksiyonunun kuluçka süresi 2-20 gün kadardır. Primer infeksiyonda genel-

likle 3-4 hafta süren ateş, halsizlik ve ağrılı bölgesel lenfadenopati gibi şikayetler olmaktadır. İlk ataktan sonra %60-80 oranında rekürrense rastlanmaktadır. Rekürren infeksiyon primer infeksiyona göre daha hafif bir klinik gidiş göstermekte ve yaklaşık 10 gün kadar sürmektedir.

Erkeklerde en sık glans, prepusyum ve penis shaftına, kadınlarda ise vulva ve servikse yerleşmektedir.

Tanı: Laboratuvar tanısında kullanılan tüm testlerin duyarlılığının en yüksek olduğu evre veziküllü evredir. Tzanck testi kolay uygulanan sitolojik bir testtir. Lezyon tabanından alınan kazıntı Giemsa, Papanicolaou veya Wright boyası ile boyanıp incelendiğinde multinükleer hücrelerin görülmesi tanı koydurucudur. Ancak bu test ülserleşmiş lezyonlarda güvenilir bir yöntem değildir. Kültür, ancak teknik olanakların yeterli olduğu merkezlerde yapılabilmektedir. Genital ülseri olan her hasta ayrıca sifiliz yönünden de mutlaka araştırılmalıdır.

Tedavi: Asiklovir tedavide kullanılmaktadır. Yılda 6 ve üzeri rekürrens varsa supresyon tedavisi yapılması gerekmektedir. Supresyon tedavisi viral yayılım ve bulaşıcılığı tamamen elimine edememektedir. Ciddi ataklarda hasta hastaneye yatırılarak tedavisi düzenlenmekte ve parenteral asiklovir verilmektedir. Gebelerde kullanım güvenilirliği henüz tam olarak bilinmemektedir.

Cinsel partnerde infeksiyon saptanırsa partnerin de tedavi edilmesi gerekmektedir. Lezyonlar varlığında cinsel temastan kaçınılmalıdır. Hastalara infeksiyonun rekürrens özelliği, cinsel temas ile geçişi, bazen asemptomatik evrede de bulaş olabileceği ve kondom kullanımının gerekliliği anlatılmalıdır.

HEPATİT B

Hepatit B enfeksiyonu, Hepatit B virüsü (HBV)'nün etkeni olduğu, kadın ve erkekte sistemik enfeksiyonlara yol açabilen, kronikleşme eğilimi olan ve sık karşılaşılan cinsel yolla bulaşan hastalıklardan biridir.

Hepatit B enfeksiyonunun kuluçka süresi 6 hafta-6 ay arasındadır. HBV, kan, serum, semen, vajinal sekresyonlar, sinovyal sıvı, perikardial sıvı, peritoneal sıvı, amniyotik sıvı, beyin-omurilik sıvısı, dental işlemler sırasında kanla bulaşan tükürük, kanla bulaşık tüm vücut sıvılarında bulunmaktadır.

Bulaşma yolları:

- * Virüsü taşıyan kişilerle yapılan her türlü cinsel temas ile,
- * Virüsü taşıyan kişilerin kan veya kan ürünleri ile,
- * Anneden bebeğe gebelikte, doğum sırasında bulaşabilmektedir.

HBV vücuda girdikten sonra esas olarak karaciğer hücrelerine yerleşmektedir. Hastaların 2/3'ünde ortalama 3-7 gün süren iştahsızlık, halsizlik, bulantı, kusma, ateş, eklem ağrıları, döküntüler görülmektedir. Geriye kalan 1/3 vadede ise hastalık belirtisiz seyretmektedir.

Sarılık vakaların ancak yarısında ortaya çıkmaktadır. Sarılık gelişsin veya gelişmesin hastaların %90'ında Hepatit B hastalığı tamamen iyileşmekte ve yaşamlarının sonuna kadar bu kişiler hastalığa karşı bağışık hale gelmektedirler. Geriye kalan %10 kişide virüs kandan temizlenememekte ve bu kişiler "kronik Hepatit B taşıyıcısı" olarak adlandırılmaktadırlar. Hastalığın seyri sırasında %0.1 oranında akut karaciğer yetmezliği tablosu ortaya çıkmaktadır.

Yapılan araştırmalar Türkiye nüfusunun %5-10'unun taşıyıcı olduğunu göstermektedir.

Tedavi: Hepatit B virüsü ile enfekte olan kişi için bugün etkili olabilecek bir tedavi henüz bulunmamaktadır. Kronik hepatit gelişen hastaların bir kısmında tedavi uygulanabilmekte ancak kullanılan ilaç pahalı, yan etkileri fazla ve her hastada istenen etkiyi gösterememektedir.

Korunma: Hepatit B enfeksiyonundan korunmanın en etkili yolu hastalığa karşı aşılanmaktır. Hepatit B aşıları etkin ve güvenilir aşılar olup, en sık görülen yan etkisi aşımın yapıldığı bölgede bir kaç gün sürebilen ağrı, kızarıklık ve şişliktir. Aşımın etkili olabilmesi için 0, 1, 6. aylarda toplam 3 doz yapılması gerekmektedir. Üç doz aşılamadan sonra aşımın koruyucu etkisi %95 kişide ortaya çıkmaktadır.

GONORE

Gonorenin etkeni Neisseria gonorrhoeae'dir.

Hastalığın kuluçka süresi kadınlarda 5-10 gün, erkeklerde ise 2-5 gündür. Enfeksiyon sıklıkla cinsel temas ile bulaşmaktadır. Erkek için enfekte cinsel partnerle tek bir cinsel ilişkide bulaş olasılığı %17 civarındadır. Bu oran enfekte cinsel partnerle olan temas sayısı arttıkça orantılı olarak artmaktadır.

İdrar yaparken yanma ve üretral akıntı hastalığın belirtilerindedir. Genellikle akıntı bol ve pürülan olmaktadır. Gonokok enfeksiyonu olduğu bilinen kişi ile cinsel temasta bulunanların %40-60'ında hiçbir şikayet bulunmamaktadır.

Tanı: Üretranın içinden alınan örnekler doğrudan besiyerine ekilir. Gram boyama da yapılabilir. Bu konuda eğitim almış personel mikroskopik olarak gonore ayırımını %99 seçicilik ve %95 duyarlılık ile yapabilmektedir.

Tedavi: Antibiyotiklerle gonorenin tedavisi yapılabilir. Cinsel partnere de tedavi uygulanmalı ve tedavi sırasında cinsel temastan kaçınılmalıdır. Cinsel temas sonrası antibiyotik kullanımı, vajen içerisinin antiseptik ve antibiyotikli solüsyonlarla yıkanması ile gonore enfeksiyonlarının engellenmesi söz konusu olmamaktadır.

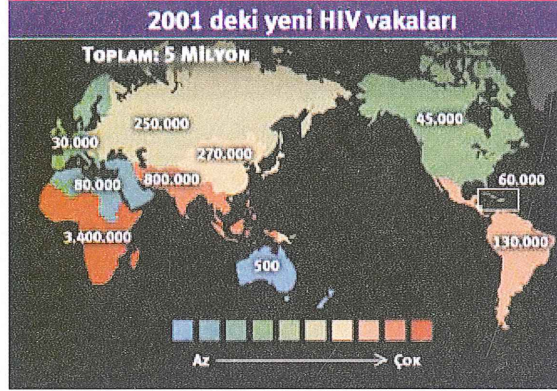
SİFİLİZ

Sifiliz, *Treponema pallidum*'un etkeni olduğu, uzun yıllardan beri bilinen cinsel yolla bulaşan bir hastalıktır. Hastalığın başlangıcından beri sistemik belirtilere yol açabilen, klinik seyri sırasında vücutta her yeri tutabilen, pek çok hastalığı taklit edebilen, fetüse geçebilen, bazen çok belirgin bulgularla seyreden, bazen de yıllarca belirtisiz kalan bir enfeksiyondur. Mukoza ya da derinin bütünlüğünü bozan lezyonlar mikroorganizma için önemli giriş kapılarıdır. Enfeksiyonun erken döneminde bulaştırıcılık en fazladır.

Hastalığın kronikleşme eğilimi bulunmaktadır. Gebe kadınlardan bebeklerine geçebildiği gibi, birbirleri ile yakın temasta olan kişilere, sifiliz ile ilgilenen hekimlere, hemşirelere, hastane personeline, kan nakli yapılan insanlara da bu hastalık düşük bir oranda da olsa bulaşabilmektedir.

Tanı: Mikroorganizmanın karanlık alan mikroskopunda canlı olarak gösterilmesi ya da serolojik testlerle konulabilmektedir.

Tedavi: Penisilin, sifiliz tedavisinde ilk tercih edilen antibiyotiktir. Parenteral penisilin G, sifilizin tüm evrelerinde önerilen ilaçtır. Doz ve tedavi süresi hastalığın evresine ve klinik bulgulara göre değişmektedir.



HIV/AIDS

İlk defa 1981 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde ve Haiti'den gelen göçmenlerde "AIDS" (Akkiz İmmün Yetmezlik Sendromu) tanımlanmıştır. 1983 yılında AIDS'e neden olan virüs HIV (İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü) izole edilmiş olup, bu virüs vücudun savunma gücünü zayıflatmakta, yıkmakta ve normal koşullarda tedavi edilebilen hastalıklar, savunma gücü yetersiz kaldığından tedavi edilememektedir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Aralık 2001 verilerine göre dünyada 40 milyon HIV/AIDS'li kişi yaşamakta olup, epideminin başından beri 24.8 milyon kişi hayatını bu hastalık nedeni ile kaybetmiştir. 2001 yılı içinde 5 milyon yeni vaka bildirilmiş olup, sadece 2001 yılı içinde HIV/AIDS hastalığı nedeni ile ölen kişi sayısı 3 milyonu bulmaktadır. Bu sayılara günde 16 000 yeni vaka ilave olmaktadır.

Türkiye'de Aralık 2001 T.C. Sağlık Bakanlığı verilerine göre 1246 HIV/AIDS vakası bulunmaktadır. Vakaların 391'i AIDS basamağında, 855'i ise HIV enfektidir. Ancak özellikle cinsel yolla bulaşan hastalıklar konusunda kişilerin sağlık kurumlarına yeterli başvurularının olmaması, kayıt sistemlerinin yeterli çalışmaması, bu sayının gerçekleri yansıtmadığını düşündürmektedir.

Bulaş Yolları:

* Cinsel temas ile: HIV her türlü cinsel temasa (homoseksüel temas, heteroseksüel temas, vajinal, oral, anal) bulaşabilmektedir. Tek bir cinsel temas virüsün bulaşı için yeterli olabilmektedir. Cinsel temas sayısı arttıkça bulaş olasılığı da orantılı olarak artmaktadır.

* Kan ve kan ürünleri ile: Kanda virüsün yoğun miktarda bulunması nedeni ile virüsü taşıyan kişilerden alınmış kan ve kan ürünleri ile hastalık bulaşabilmektedir. Ülkemizde 1987 yılından beri tüm kan ve kan ürünlerine ELISA yöntemi ile test yapıldıktan sonra hastaya verilmektedir.

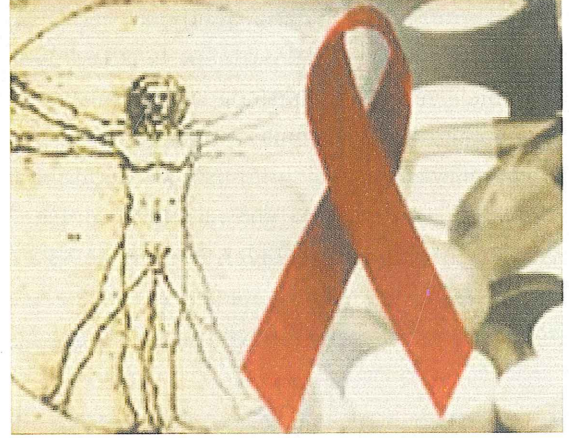
* Anneden bebeğe bulaşma: HIV gebelik süresince, doğum sırasında ve emzirme ile bebeğe geçebilmektedir.

HIV, dokunmak, el sıkışmak, sarılmak, aynı yerde oturmak, aynı saunayı, havuzu, banyoyu, tuvaleti paylaşmak, sivrisinek, böcek, arı sokması ile, giysilerin ortak kullanımı ile, telefon kulaklığı ile, gözyaşı, ter ile bulaşmamaktadır.

Korunma:

- Cinsel yolla bulaşa karşı korunma: Cinsel aktiviteden tamamen kaçınarak veya infekte olmayan partnerle monogamik bir ilişki sürdürülerek kesin olarak HIV enfeksiyonunun bulaşı önlenmektedir. Cinsel temas sırasında prezervatif (kondom, kılıf) kullanılmasının koruyuculuğu, kondomun lateks olması, doğru ve devamlı kullanılması, yırtık veya delik olmaması son kullanma tarihinin geçmemesi kaydıyla ispatlanmıştır.

* Kan ve kan ürünleri ile bulaşa karşı korunma: 1987 yılında antikor testlerinin bulunması ile kan ve kan ürünleri hastaya verilmeden önce



HIV yönünden taranmaya başlamıştır. Bu bir yasal zorunluluk olup, 1987 yılından beri de ülkemizde kan ve kan ürünleri HIV yönünden test edilmektedir. Damar içi madde kullanımı alışkanlığının önlenmesi, tedavi edilmesi, ortak enjektör kullanımı risklerinin anlatılması bu grup hastalarda HIV bulaş riskini azaltmaktadır.

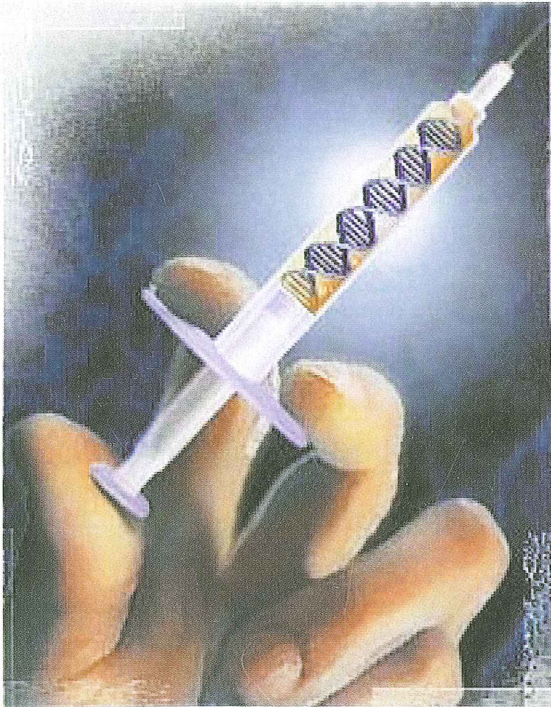
* Anneden bebeğe geçiş için korunma: Anneden bebeğe geçişte önemli olan HIV prevalansı yüksek olan bölgelerde doğurganlık yaşındaki ve HIV enfeksiyon riski belirlenmiş olan kadınlara tüm bulaş yollarını öğretebilmektedir. Eğer kadın HIV pozitif ise doğum kontrol yöntemleri öğretilmeye çalışılmaktadır. Buna rağmen gebe kalan HIV pozitif kadınlara erken dönemde kürtaj yapılması pek çok ülke tarafından kabul edilmektedir. Eğer anne adayı bebeği doğurmakta ısrarlı ise gebeliğin son trimesterinde anneye, doğumdan sonra da bebeğe antiretroviral tedavi başlanmakta ve hasta yakın takibe alınmaktadır. Vajinal doğuma göre elektif sezaryenin uygulanmasının bebeğe HIV geçişini 4-5 kat daha azalttığı belirtilmektedir. Anne sütü ile virüsün geçişi gösterildiğinden annenin bebeği emzirmemesi önerilmektedir.

Tedavi: Son yıllarda geliştirilen ilaçlarla tedavide ciddi adımlar atılmıştır. İki önemli grup ilaç vardır. Bu gruptan değişik üyelerin birarada kullanılması ile bugün artık virüsün kandaki

miktarını azaltmak, hastaların yaşam süresini uzatmak ve yaşam kalitesini artırmak mümkün olabilmektedir. Ancak ilaç tedavisi son derece güçtür. Çünkü, ilaçlar pahalı, yan etkileri fazla, günlük alınması gereken hapların miktarları ise çoktur. Kişinin ilaçlarını aldığı sürece yaşamını devam ettirmesi mümkündür.

Aşı çalışmaları için araştırmalar devam etmekte olup, henüz aşısı bulunmamıştır.

Cinsel yolla bulaşan hastalıklar tüm dünyada bir halk sağlığı sorunu olmakla birlikte görülme sıklıkları gelişmekte olan ülkelerde daha yüksektir. Gelişmiş ülkelerde bile insan sağlığına ciddi boyutlarda zarar verebilen CYBH, gelişmekte olan ülkelerde sosyo-kültürel etmenler, kişilerin eğitim durumu, yaşam biçimi, göçler, endüstrileşme, teknolojiye ilerleyememe gibi nedenlerden dolayı daha sık görülmektedir. Tüm CYBH'nin tanısının ve tedavisinin erken dönemde ve etkin olarak yapılabilmesi hem istenmeyen komplikasyonları önleyecek, hem de ekonomik olarak çok fazla bir yük getirmeyecektir.



KAYNAKLAR

1. Carne C. Sexually Transmitted Infections. BMJ 1998; 317: 129-32.
2. Centers for Disease Control and Prevention. 1998 Guidelines for Treatment of Sexually Transmitted Diseases. MMWR, Morbidity and Mortality Weekly Report 1997; 47 (No-RR-1).
3. Centers for Disease Control and Prevention. 1997 Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines. MMWR, 1997, 18-50
4. Cohen MS. Sexually Transmitted Diseases Enhance HIV Transmission: No Longer a Hypothesis. Lancet 1998; 351 (suppl 3): 5-7.
5. Committee on Prevention and Control of Sexually Transmitted Diseases, Institute of Medicine, Division of Health Promotion and Disease Prevention. The neglected health and economic impact of STDs. In: Eng TR, Butler WT, eds. The hidden epidemic, confronting sexually transmitted diseases. Washington DC. National Academy Press, 1997. P.28-69.
6. Hook EW, III, Hansfield HH. Gonococcal Infections in the Adult. In: Holmes KK, Sparling PF, Mardh PA et al., eds. Sexually Transmitted Diseases. 3rd ed. New York, Mac Graw Hill, 1999: 451-63.
7. World Health Organization and UNAIDS. Guidelines for Sexually Transmitted Infections Surveillance. WHO/CHS/HSI/99.2, WHO/CDS/CSR/EDC/99.3, UNAIDS/99.33E. World Health Organization and Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, Geneva, 1999.
8. Neyzi Olcay, Yolsal Nuray. Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Tanı ve Tedavi rehberi. İnsan Kaynakları Geliştirme Vakfı, 1997.
9. HIV and Faculty AIDS in the United States. WHO/UNAIDS, Geneva, 1999.
10. Akın, A. "Uluslararası Kararlar Panelinde Üreme Sağlığı Konusunda Türkiye'deki Uygulamalar", Sağlık ve Toplum. Sayı:3-4. Ankara, 1998.
11. On the global HIV/AIDS epidemic report. Joint United Nations Programme (UNAIDS), WHO on HIV/AIDS, 2001.
12. Piot P, Griensven F. Epidemiology of AIDS. In: Piot P, Griensven F (eds). Philadelphia, USA: Lippincott Williams & Wilkins 1998.
13. T.C. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar Daire Başkanlığı, HIV/AIDS Sürveyans Verileri, Haziran 2001.
14. Ünal S. Cinsel Temasla Bulaşan Hastalıklar. Kanra G, Akalın E (eds). Enfeksiyon Hastalıkları, 1. Baskı, Ankara: Güneş Kitabevi 1991:233-61.