

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav epidemiologie 3. LF UK



Petra Rychtaříková, DiS.

**Pohlavně přenosné infekce, trend jejich
výskytu po roce 1989 v okrese Nymburk**

*Sexual transmitted infections, trends and distribution
after 1989 in district Nymburk*

Bakalářská práce

Praha, červenec 2010

Autor práce: Petra Rychtaříková, DiS.

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Bakalářský studijní obor: Veřejné zdravotnictví

Vedoucí práce: **MUDr. Jana Dáňová, Ph.D.**

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav epidemiologie 3. LF**

Datum a rok obhajoby: 15. 9. 2010

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně a použila výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Prohlašuji, že odevzdaná tištěná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do Studijního informačního systému – SIS 3. LF UK jsou totožné.

V Praze dne 18. srpna 2010

Petra Rychtaříková, DiS.

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí bakalářské práce MUDr. Janě Dáňové, Ph.D. za cenné rady, připomínky a metodické vedení práce.

Obsah

OBSAH	5
ÚVOD	7
1. LEGISLATIVA	9
2. „KLASICKÉ CHOROBY“	10
2.1 KAPAVKA.....	10
2.1.1 Původce, klinický obraz, diagnóza.....	10
2.1.2 Cesta přenosu, léčba, prevence	12
2.2 SYFILIS (LUES) – PŘÍJICE	14
2.2.1 Původce, klinický obraz, diagnóza.....	14
2.2.2 Cesta přenosu, léčba, prevence	16
2.3. VENERICKÝ LYMFAGRANULOM.....	18
2.3.1 Původce, klinický obraz, diagnóza.....	18
2.3.2 Cesta přenosu, léčba, prevence	18
2.4 ULCUS MOLLE – MĚKKÝ VŘED	19
2.4.1 Původce, klinický obraz, diagnóza.....	19
2.4.2 Cesta přenosu, léčba, prevence	20
2.5 GRANULOMA INGUINALE	21
2.5.1 Původce, klinický obraz, diagnóza.....	21
2.5.2 Cesta přenosu, léčba, prevence	21
3. DALŠÍ VYBRANÉ POHLAVNĚ PŘENOSNÉ INFEKCE	22
3.1. AIDS – ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME.....	22
3.1.1 Původce, klinický obraz, diagnóza.....	22
3.1.2 Cesta přenosu, léčba, prevence	24
3.2 HEPATITIDA B	25
3.2.1 Původce, klinický obraz, diagnóza.....	25
3.2.2 Cesta přenosu, léčba, prevence	26
3.3 TRICHOMONIÁZA.....	27
3.3.1 Původce, klinický obraz, diagnóza.....	27
3.3.2 Cesta přenosu, léčba, prevence	27
3.4 VEŠ MUŇKA	28
3.4.1 Původce, klinický obraz, diagnóza.....	28
3.4.2 Cesta přenosu, léčba, prevence	29
3.5 KONDYLOMATA	30
3.5.1 Původce, klinický obraz, diagnóza.....	30
3.5.2 Cesta přenosu, léčba, prevence	31
3.6 KANDIDÓZA	32
3.7 SVRAB.....	34
3.7.1 Původce, klinický obraz, diagnóza.....	34
3.7.2 Cesta přenosu, léčba, prevence	35
3.8 HERPES SIMPLEX	37
3.8.1 Původce, klinický obraz, diagnóza.....	37
3.8.2 Cesta přenosu, léčba, prevence	38
3.9 MOLUSKA	39
3.10 CHLAMYDIOVÉ INFEKCE	40
3.10.1 Původce, klinický obraz, diagnóza.....	40
3.10.2 Cesta přenosu, léčba, prevence	41
4. PREVENCE POHLAVNĚ PŘENOSNÝCH INFEKČÍ	43
4.1 PREVENCE FORMOU HRY.....	43
4.1.1 Metodika hry.....	44
4.1.2 Praktický průběh hry.....	45
4.1.3 Popis jednotlivých stanovišť.....	46
4.1.4 Hodnocení celé hry	53

4.2 DALŠÍ DRUHY PREVENCE	53
5. VÝSLEDKY	54
5.1 TREND VÝSKYTU POHLAVNÍCH NÁKAZ.....	54
5.2. VÝSKYT „KLASICKÝCH“ POHLAVNÍCH NÁKAZ VE STŘEDOČESKÉM KRAJI A V OKRESE NYMBURK	56
6. DISKUSE.....	66
ZÁVĚR.....	68
SOUHRN.....	69
SUMMARY	70
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	71
SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ	72
SEZNAM PŘÍLOH.....	74
PŘÍLOHY	75

Úvod

Téma své práce „Pohlavně přenosné infekce, trend jejich výskytu po roce 1989 v okrese Nymburk“ jsem si vybrala vzhledem k tomu, že se jedná o choroby, které vykazují zejména v poslední době nárůst počtu onemocnění. Představují velký zdravotní problém, především mezi mládeží a mladými dospělými vstupujícími do sexuálního života. Průběh těchto onemocnění je často bezpříznakový, což má vliv na jejich další šíření, proto představují větší riziko přenosu na sexuální partnery [11].

Sexuálně přenosné choroby tvoří skupina onemocnění, která jsou přenášena z člověka na člověka přímým kontaktem, nejčastěji pohlavním stykem. Původci těchto chorob jsou velice citliví na zevní fyzikální i chemické vlivy, proto je možnost přenosu mimopohlavním způsobem velice vzácná [12].

Dříve se těmto nemocem říkalo „nemoci pohlavní“, dnes se používá nové označení, „onemocnění přenosná sexuálním stykem“ a tento název se také používá na celém světě v mezinárodním označení „sexually transmitted diseases“ – STD, nebo také „sexually transmitted infections“ – STI.

Dříve se venerologie zabývala pouze klasickými pohlavními chorobami – kapavka, syfilis, ulcus molle, lymfogranuloma venereum a granuloma inguinale, ale rozvojem moderních diagnostických metod se zjistilo, že původců, kteří způsobují pohlavně přenosné nemoci, je mnoho. Může se jednat o bakterie, viry, prvoky, plísňe i parazity.

Rozšíření seznamu sexuálně přenosných nemocí ještě neznamena, že bychom se klasických nákaz, jako je kapavka a příjice, už nemuseli obávat. Několik epidemií syfilidy na našem území v poslední době a zejména její explozivní růst v některých postkomunistických zemích zcela jasně svědčí o tom, že když se spojí lehkomyšlnost s neznalostí, svou trochou ještě přispěje promiskuita a náhoda, může být náhle na zdraví ohrožena poměrně velká skupina obyvatelstva. Pohlavní choroby postihují veškeré obyvatelstvo a mohou být přičítány k chorobám sociálním, protože se z pochopitelných důvodů vyskytují hlavně ve velkých městech, v průmyslových aglomeracích a v příhraničních oblastech, kde je vysoká sexuální turistika.

Největší zájem v posledních letech vzbuzuje sexuálně přenosná nemoc spočívající v selhání obranyschopnosti lidského organismu proti řadě běžných

nakažlivých nemocí a některých nádorů. Je to syndrom získaného selhání imunity – Acquired immunodeficiency syndrome – AIDS.

Důležitou součástí boje proti pohlavním nákazám je prevence. Nejúčinnějším preventivním opatřením je dodržování zásad „bezpečného sexu“ - zdravý sexuální partner a zachování párové sexuální věrnosti. Naproti tomu střídání partnerů, skupinový sex, řemeslná prostituce a nevybíravé styky s neznámými osobami představují hlavní nebezpečí všech výše uvedených nákaz včetně smrtelného nebezpečí HIV/AIDS [8].

1. Legislativa

„ Klasické pohlavní choroby“ podléhají v současnosti platným zásadám § 62 odst. 1 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů

„Osoba poskytující péči, která zjistí infekční onemocnění, podezření na takové onemocnění nebo úmrtí na ně, vylučování původců infekčních onemocnění nebo se o těchto skutečnostech dozví, je povinna ohlásit toto zjištění neprodleně, způsobem a v rozsahu upraveném prováděcím právním předpisem příslušnému orgánu ochrany veřejného zdraví. Současně zajistí podle druhu a rozsahu jí poskytované zdravotní péče bezodkladně provedení prvních nezbytných opatření k zamezení šíření onemocnění včetně odběru biologického materiálu a jeho vyšetření. Další opatření provádí podle pokynu orgánu ochrany veřejného zdraví [10]

a § 1 odst. 1, písmenu e) vyhlášky Mzdr.č. 195/2005 Sb., kterou se upravují podmínky předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a hygienické požadavky na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče, které upravují povinnost hlášení přenosných onemocnění, tedy i sexuálních, ve znění pozdějších předpisů

O pohlavní nemoci, včetně podezření na takové onemocnění (příjice/syfilis/, kapavka/gonorrhoea/, měkký vřed /ulcus molle/, čtvrtá pohlavní nemoc/Lymphogranuloma venereum/, Granuloma venereum/Donovanosis/ a pohlavní nemoci, vyvolané původci virových akantomů) a o úmrtí a podezření z úmrtí na ni se podává na formuláři označeném "Hlášení pohlavní nemoci [9].

Standardy léčebných a vyšetřovacích postupů pohlavních nákaz jsou zakotveny ve Věstníku Mzdr. rok 1997 částka 10.

Povinnému hlášení podléhají infekční nemoci uvedené v Mezinárodní klasifikaci nemocí MKN 10

- vrozená syfilis A 50
- časná syfilis A 51
- pozdní syfilis A 52
- gonokoková infekce A 54
- lymfogranuloma venereum A 55
- chancroid – ulcus molle A 57
- anogenitální infekce, původce: Herpes simplex A 60
- jiné nemoci přenášené převážně sexuálně A 63

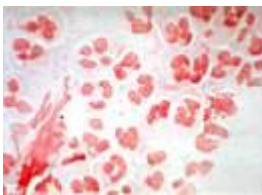
2. „Klasické choroby“

2.1 Kapavka

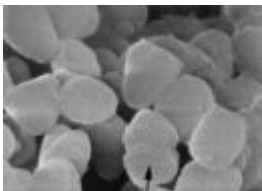
Kapavka je vysoce nakažlivé onemocnění vyvolané bakteriální infekcí. Patří mezi nejčastější sexuálně přenosné nemoci. Infekce bývá častěji zjištěna u mužů než u žen a postihuje hlavně věkovou skupinu mezi 15–35 lety, proto hlavně u mladých žen se jedná o nebezpečné onemocnění, které může mít negativní vliv na reprodukční schopnost.

2.1.1 Původce, klinický obraz, diagnóza

Původce - gonokok *Neisseria gonorrhoeae* (Gram-negativní diplokok). Je velmi citlivý na zevní prostředí a mimo lidský organismus velmi rychle hyne.



Obrázek 1 - Původce kapavky - gonokoky *Neisseria gonorrhoeae*



Obrázek 2 – Elektronový mikroskop - *Neisseria gonorrhoeae*

Gonokok infikuje sliznici močopohlavního ústrojí člověka, dále sliznici nosohltanu, konečníku a oční spojivku (extragenitální kapavka). Vzácně může postihnout i klouby (tzv. metastatická kapavka).

U neléčené nebo nedostatečně laicky léčené kapavky pak může být průběh onemocnění komplikován postižením dalších orgánů s možnými trvalými následky (např. poruchy plodnosti apod.).

Gonokok vyvolá na sliznici prudký akutní zánět s výraznými potížemi. Akutní kapavka, není-li řádně vyléčena, přejde do vleklého - chronického stadia s minimálními příznaky, avšak s postupným šířením na další orgány močopohlavního systému. Klinické příznaky se liší u obou pohlaví, proto mluvíme o mužské a ženské kapavce.

2.1.1.1 Kapavka u muže

Akutní přední se projevuje akutním hnisavým zánětem močové trubice po inkubační době 5-7 dní. Objevuje se bolest a pálení při močení (dysurie) a silný hlenohnisavý zelenožlutý výtok. Otvor močové trubice je zduřelý a zarudlý, častá je balanitida nebo zánětlivá fimóza. Neléčený akutní průběh postupně slábne a přechází ve vleklý se slabým výtokem či ranní kapkou v močové trubici nebo je i bezpříznakový.



Obrázek 3 - Kapavka - typický žlutozelený výtok z ústí močové trubice

Akutní zadní kapavka vzniká při přestupu infekce z močové trubice za zevní svěrač močového měchýře do ústí semenných vývodů prostaty, semenných váčků a chámovodů. K příznakům patří nucení na močení, bolestivost při ukončení močení, v moči může být příměs krve. U neléčených forem zadní kapavky později dochází k infekci prostaty a objevují se bolesti oblasti rekta. Ve večerních hodinách tělesná teplota přesahuje 38 °C. Může být přítomna i bolestivá defekace. Další komplikací může být postižení semenných váčků, kde destrukce epitelu pak může vést k závažným poruchám plodnosti. Postižením nadvarlete vzniká kapavčitá epididymitida, která bývá jednostranná. Projevuje se celkovými příznaky, horečkou, zarudnutím a bolestivým asymetrickým zduřením šourku [2].

2.1.1.2 Kapavka u ženy

Za několik dní po expozici se objevuje počáteční uretritida nebo cervicitida, jejichž příznaky mohou být velmi mírné a přehlédnutelné.

Prvními příznaky jsou pálení a řezání při močení a hlenohnisavý výtok z uretry. Poté se vyvíjejí zánětlivé změny na cervixu. Hnisavý výtok vyvolává zánětlivé podráždění sliznic v oblasti malých a velkých stydkých pysků (edém, zarudnutí, eroze až ulcerace). Kapavčitá infekce často postihuje i bartolinské žlázy.

Neléčená kapavka přechází asi po 2. – 6. týdnu do chronického stádia. Ascendentní infekcí se mohou u ženy vyvinout závažné komplikace, působící sterilitu, časté je též mimoděložní těhotenství nebo i komplikace ohrožující život

(peritonitis, endometritis, salpingitis). Chronická kapavka probíhá u ženy téměř bez větších subjektivních i objektivních příznaků [11].

2.1.1.3 Kapavka u dětí

Novorozenci se při průchodu porodními cestami mohou infikovat kapavčitou infekcí do spojivkového vaku. Z konjunktivitidy se vyvíjí keratitida a ta může být příčinou oslepnutí, proto byla již v roce 1894 zavedena tzv. kredeizace – povinné vkapávání 1% argenti-nitrátu do spojivkového vaku ihned po narození, dnes se kromě argenti-nitrátu používají též Ophtalmo-Septonex kapky.

K infekci u malých dětí dochází buď přenosem od nemocné matky, nebo od jiných lidí v přímém kontaktu s dítětem. K přenosu může dojít ložním prádlem, mycí houbou, ručníkem apod. [11].

2.1.1.4 Jiné typy

Rektální kapavka bývá u homosexuálních mužů při análním pohlavním styku. Může probíhat asymptomaticky, svěděním kolem konečníku, bolestmi při vyprazdňování stolice, ve které může být hnis či může samovolně vytékat.

Faryngeální kapavka postihuje sliznici nosohltanu. Vyskytuje se jako důsledek nechráněného orálně – genitálního sexu. Typické je zarudnutí a otok sliznice úst a hltanu. Možné jsou i lehké zažívací obtíže.

Diagnóza - Laboratorní diagnóza je nezbytná k určení etiologie onemocnění, důležitá je kultivace a následná identifikace gonokoka, včetně určení citlivosti na antibiotika. Pro detekci *Neisseria gonorrhoeae* je k dispozici i bezkultivační průkaz pomocí ko-aglutinace, nejnověji jsou zaváděny metody PCR. Rovněž mikroskopický průkaz je pro etiologickou diagnózu důležitý.

2.1.2 Cesta přenosu, léčba, prevence

Přenos - pohlavním stykem genitálním, orálním i análním. K nepohlavnímu přenosu může dojít výjimečně při nedodržení hygienických pravidel bezprostředně znečištěnými vlhkými předměty - jako ručníkem, žínkou, spodním prádlem.

K přenosu kapavky dochází i z matky, která má kapavku, na dítě při průchodu porodním kanálem. U dítěte vyvolá kapavčitá infekce prudký hnisavý zánět spojivek, který dříve vedl u dětí k těžkému poškození zraku. Dnes se proto

provádí tzv. kredeizace, tedy výplach spojivkového vaku každého novorozence antiseptickým roztokem, bezprostředně po porodu.

Inkubační doba je krátká, 2-4 dny.

Léčba je povinná, zpravidla probíhá ambulantně antibiotiky, komplikovaná za hospitalizace. Při správné léčbě je nemocný zcela vyléčen. Neodborná léčba a samoléčení může vést k výše uvedeným komplikacím a k ohrožení dalších lidí.

Prevence - spočívá v důsledném používání kondomu. Při zjištění varovných signálů majících souvislost s pohlavním stykem, s partnerskou nevěrou, rizikovým pohlavním stykem- náhodné, neznámé známosti, nechráněné pohlavní styky - je třeba ihned vyhledat dermatovenerologa. Do doby stanovení diagnózy je třeba se vyvarovat pohlavního styku. Jakékoliv snahy o samoléčení či podcenění příznaků může situaci později ze zdravotního hlediska jen komplikovat a napomáhat šíření infekce [2].



Obrázek 4 - Kapavka - exantémy na dlaních

2.2 Syfilis (lues) – příjice

Syfilis (lues, příjice) je chronické infekční, celkové onemocnění, které probíhá ve třech stádiích, kdy se střídá období klinické manifestace a období bezpříznakové, latentní.

2.2.1 Původce, klinický obraz, diagnóza

Původce - *Treponema pallidum*, spirocheta, citlivá na vlivy vnějšího prostředí i na běžné dezinfekční prostředky.



Obrázek 5 - Původce syfilis - *Treponema pallidum*

Celkem vyčleňujeme 3 fáze, které jsou charakteristické svými příznaky. Příjice se projevuje pestrou škálou příznaků, schopností napodobit celou řadu nemocí. Může postihnout kterýkoliv orgán nebo tkáň. Neléčená nebo nedostatečně léčená může být v pozdním stadiu příčinou úmrtí či invalidity pacienta (postižení srdečně - cévního aparátu, centrálního nervového systému, kůže, kostí apod.).

Průběh infekce rozdělujeme na období časně (syfilis recens - do 2 let od infekce) a pozdní syfilis.

Podle způsobu nákazy dělíme pak na syfilis získanou (acquisita) a vrozenou (kongenitální či syfilis congenita).

2.2.1.1 Syfilis acquisita – získaná příjice

I. primární stádium – syfilis primaria

První fáze onemocnění začíná v místě vstupu infekce do těla. To může být např. drobná oděrka na sliznici genitálu. V místě průniku (nejčastěji na genitálu, možná je i lokalizace na rtu) se objeví za 2-4 týdny nebolestivý tvrdý vřed (ulcus durum, šankr).

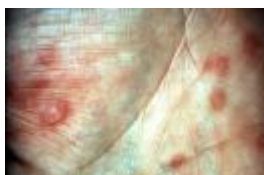


Obrázek 6 - Primární syfilitický vřed na penisu

Má špekovitou barvu s tuhým okolím i otokem předkožky u muže. Spolu s vředem dojde k nebolestivému zduření regionálních uzlin. Vzácně se mohou objevit nevýrazné celkové příznaky. Za 4-6 týdnů dochází ke zhojení i neléčené primární léze. Asi u třetiny neléčených případů dojde za 8-12 týdnů po infekci v důsledku bakteriémie ke vzniku sekundárního stádia.

II. Sekundární stádium – syphilis secundaria

Odhojený vřed zanechá jizvu, infekce však postupuje mízní cestou do mízních přilehlých uzlin a šíří se do celého organismu. To se projeví tzv. makulopapulózním, symetrickým, generalizovaným exantémem, což je vyrážka (často velmi nevýrazná) nejvíce patrná na trupu.



Obrázek 7 - Symptom sekundární syfilis - exantém na dlaních

Exantém během několika týdnů zmizí a může se opakovat. Současně dochází k nebolestivému zduření uzlin na krku, v podpaží, v tříslech. V ústní dutině se tvoří bílé plošky, též infekční - syfilitická angína.



Obrázek 8 - Symptom sekundární syfilis - bělavé skvrny na jazyku a postižení sliznice dutiny ústní

V tomto dvouletém období časný syfilis se mohou střídat období příznaků i období bezpříznaková (latence). Zhruba po dvou letech všechny příznaky mizí a onemocnění přechází do pozdní latentní fáze, kdy lze diagnózu stanovit pouze krevními testy. To však není známkou ústupu choroby. Naopak. Syfilis postupuje dále a přechází ve třetí, nejzávažnější stadium, postihující různé orgány specifickým zánětem.

III. Terciární stádium – syphilis tertiaria - pozdní

Organismus uzavřel treponemy do ohraničeného chronického zánětu a infekce je omezena na některý orgán. Rozpadem zánětlivého ložiska vzniká tzv.

syfilitické gumma- chronický intersticiální zánět (nekrotická vazká hmota). Pro toto stadium je 5-20 let po primární infekci typické postižení především centrálního nervového systému, kardiovaskulárního systému, kostí a kloubů. K typickým změnám dochází na aortě (aneurysma-výduť). Zánět destruuje nosní přepážku, perforuje tvrdé patro, zánětem jsou postiženy kosti, je postižena nervová tkáň, což vede k příznakům neurologickým (tabes dorsalis, postižení hlavových nervů, obrny, neschopnost chůze) a psychiatrickým (poruchy řeči, bludy, demence, ústící do obrazu tzv. progresivní paralýzy s celkovým rozpadem osobnosti).



Obrázek 9 - Ulcerace jazyka ve stádiu terciální syfilis

Toto stadium naštěstí v dnešní době nevidáme, ale bylo zcela běžné v uplynulých staletích. Trpěla jím a zemřela na ně řada významných osobností. Vzhledem k současnému výraznému vzestupu tohoto onemocnění však nelze vyloučit, že se s ním, bohužel, po letech budeme opět setkávat.

2.2.1.2 Syphilis congenita – vrozená příjce

Vzniká v důsledku intrauterinní infekce plodu, je příčinou potratů, předčasných porodů s těžkými vývojovými poruchami.

Diagnóza – je stanovena na základě klinického obrazu, epidemiologické anamnézy a výsledků laboratorních vyšetření. Syphilis je prokazatelná nálezem treponem ze spodiny primární léze při mikroskopickém vyšetření. Sérologicky lze vyšetřovat krev a cerebrospinální mok. Sérologické testy většinou nejsou reaktivní v primárním stádiu syfilis.

2.2.2 Cesta přenosu, léčba, prevence

Přenos - téměř výhradně pohlavním stykem. Infekční je I. a II. stadium choroby. Asi 5 % případů je infikováno jinou, než pohlavní cestou. Mezi ně patří transplacentární přenos z matky na dítě nebo infekce při porodu (vrozená syphilis). Vstupní branou pro treponemy od infikovaného člověka může být kůže a sliznice kdekoliv, nejčastěji však v oblasti pohlaví a ústní dutiny v závislosti na způsobu

intimního styku. Vzácně může dojít k přenosu infekce kontaminovanými předměty (např. jídelní příbory, sklenice). Teoreticky možný je i přenos krevní transfuzí - teoreticky proto, že každý dárcce krve je testován.

Inkubační doba je v rozmezí 10 - 90 dnů, nejčastěji 3 týdny.

Léčba - Syfilis je pohlavní choroba, a proto je zákonem stanoven léčebný režim i povinná dlouhodobá dispenzarizace. Léčbu syfilis zajišťuje dermatovenerologické lůžkové zařízení. Léčba probíhá v nemocnici na lůžku a spočívá v podání odpovídající dávky antibiotika.

Prevence - Základem je včasná diagnostika a léčba, spolupráce pacienta a vyšetření všech sexuálních kontaktů nemocného. Sérologické vyšetřování těhotných k prevenci kongenitální syfilis a vyšetřování dárců krve [2].

2.3. Venerický lymfogranulom

Jedná se o velmi infekční onemocnění přenášené především sexuálním stykem. Toto onemocnění patří do seznamu nemocí, na něž se vztahují zákonná opatření boje proti sexuálně přenosným chorobám.

2.3.1 Původce, klinický obraz, diagnóza

Původce - specifické sérotypy bakterií *Chlamydia trachomatis* (sérotypy L1, L2, L3). U nás se venerický lymfogranulom nevyskytl od roku 1991, což neznamená, že by se u nás nemohl znovu objevit díky cestovnímu ruchu. Častý je v tropických a subtropických zemích, v Evropě vzácný.

Na začátku se objeví malá nebolestivá papula, uzlík nebo útvar připomínající bradavici na penisu, který lze často přehlédnout. Zánětlivý proces postupuje do mízních uzlin v okolí genitálií, u mužů tříselných, u žen častěji pánevních. Dochází ke zhnisání uzlin. Zhnisané uzliny vytváří abscesy, které perforují píštělemi, ze kterých vytéká zbarvený sekret. Zánět postupuje do okolních tkání, což může vést k proktitidě, zúžení konečníku a píštěli. K proktitidě dochází také následkem análního styku, kde je infekce rekta častá právě u homosexuálních mužů. Může dojít k elefantiáze genitálii u obou pohlaví. Horečka, zimnice, bolesti hlavy, kloubů a nechutenství k jídlu jsou typickými symptomy. Průběh onemocnění u neléčených případů je dlouhodobý, i když obvykle ne smrtelný.



Obrázek 10 - Ženský genitál postižený lymfogranuloma venereum

2.3.2 Cesta přenosu, léčba, prevence

Přenos - Přímý kontakt s lézemi infikovaných lidí, nejčastěji pohlavním stykem.

Inkubační doba má poměrně značné rozpětí od 7 do 21 dní, výjimečně do několika měsíců.

Léčba - povinná, používají se antibiotika.

Prevence - Používání kondomu, vyhnout se rizikovým stykům s domorodým obyvatelstvem při cestách v rozvojových zemích [2].

2.4 *Ulcus molle* – měkký vřed

Měkký vřed, jako pohlavní choroba, podléhá zákonným opatřením boje proti sexuálně přenosným chorobám. Na základě povinného hlášení tohoto onemocnění víme, že se v ČR nevyskytl od roku 1991, ale v rozvojových zemích je výskyt velmi častý.

2.4.1 Původce, klinický obraz, diagnóza

Původcem je *Haemophilus Ducrey*, gramnegativní tyčka o délce 1,5 - 2,0 um, citlivá na zvýšenou teplotu a vyschnutí.

Na začátku onemocnění se objeví drobná papula červené barvy, která rychle (během několika hodin) přechází v pustulu a vřed okrouhlého nebo oválného tvaru o průměru 3 až 20 mm s podminovanými, otřepenými okraji. Snadno krvácí. Nápadná je bolestivost a mnohočetnost vředů, které vznikají nejprve z primárního vředu, kde došlo k prvnímu průniku, do těla, později jeden z druhého a je tak možné je pozorovat v různém stupni vývoje. Nejčastější lokalizací u mužů je předkožka, žalud, oblast uzdičky. Vředy mimo oblast genitálií nacházíme jen výjimečné (prsty, rty a krční mandle). Vřed přetrvává týdny a odhojuje se viditelné vkleslou jizvou. Ke zduření mizních uzlin dochází během několika dnů až týdnů. Extrémní je v oblasti třísel, které může být jednostranné i oboustranné, vždy bolí. Zduřené uzliny jsou velmi velkých rozměrů a nazývají se bubony (bubo - česky dýměj). Kůže nad bubony zčervená, srůstá s kůží, vznikají píštěle, z nichž vytéká žlutozelený hnis z abscedovaných mizních uzlin. Dutina se vyplní granulacemi a dohojí se vtaženou jizvou.



Obrázek 11 - Měkký vřed - muž s rozvinutým onemocněním

Diagnostika - mikroskopický průkaz při použití speciálního barvení a bakteriologická kultivace. Anamnesticky důležitý je údaj o pobytu v subtropické nebo tropické oblasti.

2.4.2 Cesta přenosu, léčba, prevence

Přenos infekce probíhá výhradně pohlavním stykem, nakažlivost je vysoká, převažují mužská onemocnění a to především u gayů.

Inkubační doba je krátká, 3-5 dní.

Léčba – podáváme antibiotika, sulfonamidy.

Prevence - Důsledné používání kondomu při všech typech sexuálního styku [2].

2.5 Granuloma inguinale

Toto onemocnění bylo prvně popsáno v roce 1882. V současné době se vyskytuje na Nové Guinei, v Austrálii, Indii, na Karibských ostrovech, v Africe, tropických a subtropických zemích. V našich zemích, v Británii a v USA je toto onemocnění vzácné.

2.5.1 Původce, klinický obraz, diagnóza

Původce byl zjištěn v roce 1905 Donovanem – je jím bakterie *Calymmatobacterium granulomatis*.

Předpokládá se, že jde o střevní mikroorganismus, který vyvolává onemocnění autoinokulací nebo při sexuálním styku, při němž je pochva kontaminována střevními bakteriemi.

Vzniká jeden až několik podkožních uzlíků, které se na povrchu kůže erodují tak, že vznikají granulomatózní, ostře ohraničené, obvykle nebolestivé vředy, snadno krvácejí a postupně se zvětšují. Současně je doprovází i zvětšení mizních uzlin, nejsou však postiženy. Vředy se hojí jizvou. Zbujelá tkáň má sklon k rozpadu a znetvoření, případně k úplnému rozrušení genitálu nebo uzávěrům močové trubice. Genitál je postižen v 90 procentech případů, třísla v 10 procentech, řitní krajina v 5 až 10 procentech, vzdálenější oblasti v 1 až 5 procentech případů. U mužů postihují nejčastěji předkožku, u žen stydké pysky. Ze vzdálenějších míst jsou to hlava, ústa, rty, hrdlo, obličej, ale i játra, hrudník, kosti.

2.5.2 Cesta přenosu, léčba, prevence

Přenos onemocnění je možný buď autoinokulací nebo při sexuálním styku, při němž je pochva kontaminována střevními bakteriemi.

Inkubační doba se pohybuje v rozmezí 8 až 80 dní.

Léčba – podáváme antibiotika, sulfonamidy.

Prevence - Neexistuje žádná ochranná metoda, která by chránila proti tomuto onemocnění. Jakmile zjistíte na genitálu nebo v tříslech jakékoliv projevy, navštivte lékaře [2].

3. Další vybrané pohlavně přenosné infekce

3. 1. AIDS – *Acquired Immunodeficiency Syndrome*

3.1.1 Původce, klinický obraz, diagnóza

Původce - HIV (*Human Immunodeficiency Virus*), virus lidského imunodeficitu, řadí se do čeledi *Retroviridae*, rodu *Lentivirus*.

HIV se vyskytuje ve dvou typech značených jako HIV-1 a HIV-2, které se liší ve složení povrchových struktur. Oba typy se také odlišují geografickým výskytem, patogenitou, klinickým obrazem a některými epidemiologickými charakteristikami. V Evropě a na americkém a asijském kontinentu se vyskytuje převážně HIV 1, HIV 2 zůstává lokalizován zejména v oblastech západního pobřeží Afriky. HIV-1 se dělí na řadu subtypů značených alfabetycky.

Infekce HIV se projevuje pestrým klinickým obrazem. Od získání nákazy do vzniku plně rozvinutého onemocnění AIDS obvykle uplyne řada let (průměrně 10,5 let) a s tím, jak dochází k postupnému zhoršování imunitních funkcí, se mění i hlavní klinické příznaky.

Krátce po expozici - za 3-8 týdnů - přibližně u 50 % infikovaných dochází k příznakům primoinfekce - akutní HIV infekce. Ta obvykle probíhá pod obrazem chřipkovitého onemocnění, často s prchavým exantémem, jindy připomínající syndrom infekční mononukleózy a jen vzácněji se objeví neurologická symptomatologie - serózní meningitida či polyradikuloneuritida. V krevním obraze bývá leukopenie, někdy s lymfopenií či atypickou lymfocytózou. Tato primární HIV infekce pravidelně spontánně odchází.

Po této fázi pacient vstupuje do různě dlouhého období latence, kdy nemívá jakékoliv obtíže. Symptomatická fáze HIV infekce je charakterizována výskytem recidivující orofaryngeální kandidózy či kandidové vulvovaginitidy, výsevem herpes zoster, recidivujícími adnexitidami, postupným zmenšováním předtím zduřelých uzlin a často i celkovými příznaky, jako jsou únava, horečky, průjmy a hubnutí.

V průběhu symptomatického stadia HIV je nutno počítat s nástupem tzv. velkých oportunních infekcí, jejichž výskyt indikuje zařazení pacienta do klinické kategorie stadia AIDS-onemocnění - charakterizované výskytem některé z tzv.

velkých oportunních infekcí, některými nádory nebo dalšími projevy, jako je HIV encefalopatie a wasting syndrom (kachexie).

Indikativní onemocnění pro klasifikaci HIV infekce jako rozvinutého onemocnění AIDS:

pneumocystová pneumonie, toxoplazmová encefalitida, ezofageální, tracheální, bronchiální nebo plicní kandidóza, chronický anální herpes simplex nebo herpetická bronchitida, pneumonie nebo ezofagitida, CMV retinitida, generalizovaná CMV infekce (kromě jater a sleziny), progresivní multifokální leukoencefalopatie, recidivující salmonelová bakteriémie, recidivující pneumonie v průběhu 1 roku, chronická intestinální kryptosporidióza, chronická intestinální isosporóza, extrapulmonální kryptokoková infekce, diseminovaná nebo extrapulmonální histoplazmóza, diseminovaná kokcidioidomykóza, tuberkulóza, diseminovaná nebo extrapulmonální atypická mykobakteriíóza, Kaposiho sarkom, maligní lymfomy (Burkittův, imunoblastický a primární cerebrální lymfom), invazivní karcinom děložního hrdla, HIV encefalopatie, wasting syndrom



Obrázek 12 - AIDS – Kaposiho sarkom



Obrázek 13 - AIDS – Kaposiho sarkom na kotníku

Diagnostika - Průkaz specifických HIV protilátek je spolehlivou, citlivou a specifickou metodou diagnostiky HIV/AIDS. Vyžaduje odběr 5-7 ml venózní krve. Používá se i k vyšetřování krevních dárců pro zajištění bezpečnosti krevních konzerv a krevních derivátů. Přímý průkaz viru v biologickém materiálu (obvykle mononukleární buňky periferní krve). Velmi nesnadná, náročná, zdlouhavá a z hlediska profesionální infekce nebezpečná metoda používaná jen pro speciální

případy (např. u novorozenců HIV infikovaných matek). Vyžaduje odběr 5-10 ml nesrážlivé krve.

Průkaz virového genomu (virových nukleových kyselin) v biologickém materiálu, především polymerázovou řetězovou reakcí (PCR). Vyžaduje odběr 5-10 ml nesrážlivé krve. Další specializované laboratorní metody se provádějí jen v referenční laboratoři.

3.1.2 Cesta přenosu, léčba, prevence

Přenos - krevní cestou HIV kontaminovanou krví nebo krevními deriváty, společným používáním jehel, stříkaček, eventuálně roztoku drogy u injekčních uživatelů drog, při krvavých sexuálních praktikách, **pohlavním stykem** - spermatem, vaginálním sekretem při homo- i heterosexuálním styku, **z matky na dítě** - vertikální přenos (antenatálně, perinatálně, ev. mateřským mlékem).

Inkubační doba obnáší průměrně 3 týdny.

Léčba - vedle profylaxe a včasné léčby oportunních infekcí je důležitá protivirová terapie. Jejím cílem je alespoň zpomalit množení HIV a předejít tak zhroucení imunitního systému. Konečný cíl protiretrovirové terapie - eliminace viru z organismu - není dosud vyřešen. Základním lékem zůstává azidothymidin (AZT). U gravidních žen AZT podávaný během těhotenství snižuje možnost přenosu HIV infekce na novorozence.

Prevence - Protože největší riziko je spjato se sexuálním životem, je prevence spojena zejména se změnami sexuálního chování. Existují dvě strategie prevence: věrnost jednomu partnerovi a bezpečný sex. Mezi praktiky bezpečného sexu patří použití kondomu a případně lubrikačního gelu při každé souloži do pochvy nebo do konečníku. Drogám je pochopitelně lepší se vyhnout, zejména jejich injekčnímu užití, ale pokud k nim člověk sáhne, měl by mít vždy jen svou jehlu, stříkačku a roztok drogy [7].

3.2 Hepatitida B

Hepatitida B je dlouhodobě celosvětovým problémem, který postihuje především rozvojové země a sociálně slabší vrstvy v zemích vyspělých. Přenáší se krví, sexuálním stykem a také se může dítě nakazit při porodu. K infekci stačí malé množství krve. Proti hepatitidě B je možné se očkovat, nyní patří do souboru pravidelného očkování, který absolvují děti. Těhotné ženy jsou na přítomnost tohoto onemocnění testovány v rámci screeningu.

3.2.1 Původce, klinický obraz, diagnóza

Původce – onemocnění vyvolává **DNA virus** patřící do čeledi *Hepadnaviridae*. Tento virus je velmi odolný (proti nízkému pH, některým dezinfekčním látkám i teplotě). Jediné, co ho spolehlivě zničí, je var. Přednostně napadá jaterní tkáň.

Příznaky onemocnění se odvíjí od toho, do jakého stadia hepatitida B dospěla. Akutní projevy až v polovině případů probíhají s minimem symptomů nebo mohou imitovat chřipku. Stejně jako u jiných hepatitid se přidává také nechutenství, nevolnost, zvracení a další trávicí obtíže. Nemoc také provází únava a svědění kůže. V druhé polovině případů dochází k ikteru, který je doprovázený světlou stolicí a tmavou močí. Za to může zvýšená hladina krevního barviva bilirubinu. Ta roste z mnoha různých důvodů, jedním z nich je také jaterní nedostatečnost. Asi dva pacienti ze sta se dostanou k závažnému, tzv. fulminantnímu, průběhu hepatitidy B. Ta často končí jaterní selháním a někdy i smrtí. V dalších stádiích dochází např. k úbytku hmotnosti a projevům v jiných orgánových systémech. Nemocné trápí záněty kloubů, postižení ledvin nebo také cévní stěny.

Komplikace - výskyt chronické formy hepatitidy B se liší podle toho, ve kterém věku pacient onemocní. U novorozenců přechází do chronicity až 90% případů, v dětství kolem 30%. V dospělosti do tohoto stadia dospěje mezi 5 a 10% pacientů. Komplikacemi jsou jaterní cirhóza, selhání a také vznik hepatocelulárního karcinomu. Právě díky očkování se jeho výskyt snížil, a proto je považováno také za první očkování „proti rakovině“, i když virus hepatitidy B není jediným faktorem jeho vzniku. Další komplikací je nosičství viru, kdy pacient nemá žádné obtíže ani nález na játrech, ale onemocnění se od něj šíří dál.

Diagnostika - Hepatitida B se diagnostikuje z krevního séra, pomocí detekce antigenů a protilátek. Podle toho, které antigeny jsou v krvi přítomné, se dá určit, o jaké stadium hepatitidy B se jedná. Pro akutní, chronickou, nosičství i očkování je typický jiný nález. Využívají se imunoanalytické metody (ELISA, RIA). Hepatitidu B také provází zvýšení hladin jaterních enzymů. Ty mohou narůstat až mnohonásobně a se zlepšováním stavu jejich hladiny postupně zase klesají.

3.2.2 Cesta přenosu, léčba, prevence

Přenos krví i ostatními tělesnými tekutinami. Velmi snadno se šíří při sexuálním styku, při porodu, jehlami mezi uživateli nitrožilních drog. Někdy se objeví mezi pacienty dialyzačních center nebo po transplantacích, zejména kostní dřeně.

Inkubační doba je 30 – 180 dnů, s průměrem okolo 70.

Léčba – u chronického onemocnění se využívá pegylovaný nebo konvenční interferon a antivirotika. U akutní hepatitidy se využívá spíše symptomatické léčby, užívají se látky na podporu jater (hepatoprotektiva) a je nutné dodržovat jaterní dietu.

Prevence - důležitou prevencí je vyhnout se rizikovému sexuálnímu styku nebo se při něm aspoň chránit. U narkomanů se různá centra snaží dbát na to, aby používali sterilní jehly a „měli každý svou“. Proti hepatitidě B se běžně očkuje [5].

3.3 Trichomoniáza

3.3.1 Původce, klinický obraz, diagnóza

Původcem je prvok *Trichomonas vaginalis* - bičenka poševní. Je to pohyblivý prvok se 4 bičíky a undulující membránou.



Obrázek 14 - Bičenka poševní - *Trichomonas vaginalis*

U ženy se projevuje jako kolpitida s petechiemi a někdy s tečkovanými rudými skvrnami jahodového vzhledu a hojným řídkým, zpěněným zelenožlutým výtokem nasládlého zápachu. Může také vyvolávat uretritidu nebo cystitidu s obtížemi při močení, ale často probíhá asymptomaticky. Neléčená infekce přechází do chronického stádia s následnými gynekologickými komplikacemi.

U mužů probíhá nákaza obvykle velice mírně s postižením prostaty, semenných váčků nebo uretry. Často se vyskytuje jako duální infekce s kapavkou.

Diagnostika – opírá se o přímý mikroskopický průkaz pohyblivého prvoka z vaginálního nebo uretrálního stěru nebo o kulturační průkaz.

3.3.2 Cesta přenosu, léčba, prevence

Přenos – kontaktem s vaginálními nebo uretrálními sekrety infikovaných osob během pohlavního styku. Největší význam v procesu šíření této nákazy mají asymptomatictí nosiči trichomonád, tedy zejména infikovaní muži.

Inkubační doba je 4-20 dní, průměrná 7 dní.

Období nakažlivosti trvá po celou dobu infekce, což může u neléčených případů představovat i několik let.

Léčba - stejná jak u mužů, tak u žen pomocí metronidazolu. Nutná je současná terapie všech sexuálních partnerů infikované osoby kvůli zabránění reinfekcí, což je základní zásada u všech STD. Během léčby je nutná naprostá sexuální abstinence obou partnerů až do ukončení terapie.

Prevence - používání kondomu zabrání přenosu trichomonád [7].

3.4 Veš muňka

3.4.1 Původce, klinický obraz, diagnóza

Veš muňka, latinsky *Phthirus pubis* (*Pediculosis pubis*), česky muňka, filcka se u lidí vyskytuje na ochlupených místech, převážně kolem genitálu. Při silném napadení ji můžeme nalézt také v ochlupení na břicho, na prsou, v podpaží a dokonce i v obočí a na řasách, popř. vousech. Samička je velká 1,5 – 2 mm, sameček 1-1,3 mm.



Obrázek 15 - Mikroskopický obrázek muňky

Samička, přichycená pevně ke kořeni chlupu, klade pevně lpící vajíčka (hnidy), která postupně odrůstají s chlupem.

Onemocnění nazýváme peduculosis pubis, patří mezi choroby přenášené pohlavním stykem (STD) a jako infekční podléhá povinnému hlášení.

Životní cyklus muňky je poměrně rychlý. Samičky žijí asi 3 týdny, za tuto dobu snesou 20 - 40 vajíček, z nichž se za 7 dní líhnou larvy, které dospějí do 14 dní, a cyklus se znovu opakuje.

Na kůži se objevují škrábance s drobným bodovitým krvácením, patrným na spodním prádle, strupy, hnisání i ekzémy. Při výskytu popsaných projevů třeba neprodleně vyhledat kožního lékaře! Při delším pobytu muňek v ochlupení dochází účinkem enzymu v jejich slinách, které působí na krevní barvivo, ke vzniku modrých skvrn (maculae coeruleae).



Obrázek 16 - Ochlupení napadené muňkou

Diagnostika - Muňka je vidět pouhým okem při důkladném zkoumání ochlupení jako tmavě hnědá až žlutohnědá tečka přichycená u základny chlupu.

Snadno je identifikovatelná pod mikroskopem, stejně jako hnidy, přichycené na chlupu. Hnidy na chlupech při zmačknutí mezi nehty charakteristicky lupnou.

3.4.2 Cesta přenosu, léčba, prevence

K **přenosu** dochází nejčastěji při pohlavním styku, sdílením šatstva, pokrývkami a ložním prádlem. Přenos je možný i z podhlavníků v prostředcích hromadné dopravy, vlacích apod.

Léčba - mezi spolehlivá (volně prodejná) léčiva patří především Jacutin gel (Hermal, D), který ničí nejen vši, nýbrž i vajíčka (hnidy). Z jiných volně prodejných přípravků je to Difusil H 92 – P (Lybar, CZ), Orthosan H (Lybar, CZ) a Stop-Antiparasiten Shampoo (Nova Argentina, I), které hubí jen dospělé jedince a jejich aplikaci je třeba po 6-8 dnech opakovat.

Prevence - je nezbytné bedlivě prohlédnout a též přeléčit všechny sexuální partnery (hlavní zásada u všech STD), případně spolubydlící nebo členy domácnosti, vždy současně stejným postupem a přípravkem. Kartáče na vlasy a hřebeny důkladně vyčistit nebo zničit. Veškeré části oděvů, ručníky, spací pytle i ložní prádlo, které mohou poskytovat parazitům úkryt, musí být znehodnoceny nebo ošetřeny některým insekticidním přípravkem nebo postupem [2].

3.5 Kondylomata

Condylomata accuminata (genitální, venerické bradavice, špičaté kondylomy, “fíčky”) jsou velmi rozšířená a jejich počet v populaci neustále stoupá. Je to u nás jedna z nejčastějších STD.

3.5.1 Původce, klinický obraz, diagnóza

Původce – jedná se o infekční virové (**HPV - lidský papilomavirus 6, 11**) onemocnění, patřící do skupiny chorob přenášených pohlavním stykem (STD).

Kondylomata jsou bradavičnaté útvary, které se vyskytují v místech vlhké zapáčky na genitáliích a v jejich okolí, v tříslech: u muže v předkožkovém vaku, na vnitřním listě předkožky za okrajem žaludu, na uzdičce, na žaludu samotném a v zevním ústí močové trubice; dále kolem análního otvoru a na hrázi.

Nejdříve se tvoří malé bělavě až růžové výrůstky, které se časem zvětšují co do velikosti i do počtu. Mají bradavičnatý rozeklaný povrch a mění se v květákovité útvary, které mohou po čase pokrývat rozsáhlé plochy zevního genitálu. Tlakem ze stran se mohou oplošťovat a vytvářet výrůstky podobné kohoutímu hřebínku. Někdy na povrchu a v záhybech mokvají, pokrývají se hnisem a páchnou. Pokud nejsou odstraněny, odumírají a prorůstáním vaziva se oplošťují. Pak mohou napodobit **condylomata lata** sekundární syfilis a prorůstají-li do análního otvoru, mohou se podobat též hemoroidům. Výjimečně prorůstají celý mužský pohlavní úd (tzv. **condyloma giganteum**). Některé typy viru se mohou zvrhnout ve zhoubný nádor.

Špičatá kondylomata se častěji vyskytují: při fimóze, tj. vrozeném nebo získaném zúžení předkožky, která se stěží dá přetáhnout zpět přes žalud; při chronických zánětech močové trubice; při opruzení (intertrigu) v místech vlhké zapáčky v tříslech nebo kolem řiti a vůbec při špatné hygieně.



Obrázek 17 - Špičaté kondylomy v okolí rekta

3.5.2 Cesta přenosu, léčba, prevence

Přenos - riziko nákazy je značné jak při genitálním, tak při análním styku. Onemocnění se přenáší jen intenzivním přímým stykem s projevy bohatými na viry. Infekce HPV virem však může být asymptomatická, virus je přítomen v epidermis a přenos infekce je možný, proto potenciálně infekční může být každý.

Inkubační doba je zhruba 2 měsíce.

Léčba - dermatovenerologové používají zmražení (kryalizaci) a následné použití cytostatika podofylinu. Léčba je možná též spálením elektrokauterem nebo se provádí přímo chirurgické odstranění. V některých místech, kde jsou kondylomata malých rozměrů, lze použít rychlé vyškrábnutí ostrou chirurgickou lžičkou. Samoléčba není možná, není možné si zakoupit žádný volně prodejný lék na toto onemocnění.

Prevence - ochrana před tímto sexuálně přenosným onemocněním neexistuje. Hlavním rizikem je promiskuita, někdy zanedbaná hygiena. Kondom chrání sporadicky. Doporučují se běžná hygienická opatření po styku. Při podezřelých projevech na genitálu je třeba včas vyhledat kožního lékaře [2].

3.6 Kandidóza

Původce - kandidózy jsou infekce, patřící do skupiny nemocí přenášených pohlavním stykem (STD), způsobené kvasinkou ***Candida albicans***.

Kandidy jsou přítomny na sliznici dutiny ústní a tlustého střeva, kde se vyskytují zcela přirozeně jako součást mikrobiální flóry. Na sliznici může vyvolat onemocnění, jestliže vláknité buňky začnou prorůstat sliznicí, pronikají do tkáně a vyvolají zánětlivou reakci s destrukcí tkáně. Rozvoji infekce napomáhá snížení imunity, u pacientů s AIDS (kandidóza v oblasti orofaryngeální, tzv. soor), u pacientů s cukrovkou a při léčbě infekcí (např. angíny) širokospektrálními antibiotiky, u starých a sešlých osob a u obézních lidí se sníženou úrovní hygieny.

Kožní kandidóza vzniká v místech vlhké zapáčky, tj. v tříslech, pod prsy, v podpaží a pod kožními řasami u obézních osob. U mužů též v předkožkovém vaku, u žen v pochvě a na vulvě i jako profesionální onemocnění - u cukrářů, u osob, které pracují ve vlhku nebo máčejí dlouhodobě kůži bez patřičné ochrany – např. při mytí nádobí. U nich se může vyvinout zánět nehtových valů. Na kůži je často kandidóza druhotnou komplikací prostého opruzení v tříslech nebo kolem konečníku, zvláště při nedostatečné hygieně. Na začervenalé, vlhké, macerované kůži se objeví puchýřky se zkaleným obsahem, které prasknou. Vzniknou tak eroze s lemem cárovitě se olupující kůže, mokváním. Postižené plochy jsou citlivé, pálí.



Obrázek 18 - Akutní kandidóza perianální oblasti

Na sliznicích (dutiny ústní, genitálu) je charakteristický bělavý povlak lpící k povrchu živě červených sliznic, po jehož snesení se objeví bolestivé eroze. U mužů je postižen žalud a vnitřní list předkožky žluto-bíle povleklými erozemi provázenými palčivým svěděním až bolestivostí. V dutině ústní se projevuje podobně, často znemožňuje přijímání potravy a polykání. Je častá u pacientů s AIDS, kde přechází až do jícnu (kandidová esofagitida), časté jsou tzv. infekční koutky (anguli infectiosi) s bolestivými prasklinami.



Obrázek 19 - Balanopostitis candidomycetica - postižení žaludu a předkožky

Inkubační doba se předpokládá 2-5 dnů.

Léčba - kandidy nejsou citlivé na antibiotika užívaná k léčbě bakteriálních infekcí. K léčbě se používají antimykotika, antiseptika. Podle intenzity a rozsahu postižení celkově nebo ve formě místní (obklady, koupele, roztoky, krémy, zásypy). Léčbu kvasinkových infekcí by měl vždy vést lékař.

Důležitá je prevence - hygiena, redukce tělesné váhy, šetrná léčba antibiotiky [2].

3.7 Svrab

Svrab je časté infekční kožní onemocnění, přenosné z člověka (vzácněji zvířete) na člověka, které patří do skupiny chorob přenosných pohlavním stykem.

3.7.1 Původce, klinický obraz, diagnóza

Původcem je mikroskopický roztoč *Sarcoptes scabiei* (zákožka svrabová). Roztoč žije celý život v kůži člověka. Mimo hostitele samička přežívá maximálně 2-3 dny. Dospělá samička zákožky má velikost 0,3-0,4 mm, sameček je poloviční. Oplodněná samička se zavrtává do škáry kůže a vytváří chodbičku, kde během svého 30 denního života denně klade 2-3 vajíčka. Larvy se líhnou za 3-4 dny, kompletní vývoj trvá 10-14 dní. Pouze 10 % vajíček přežívá do dospělosti. Průměrný počet dospělých samečků na kůži nakaženého pacienta je asi 11; u norského svrabu tisíce až miliony.



Obrázek 20 - Roztoč - zákožka svrabová v nákresu



Obrázek 21 - Zákožka svrabová pod mikroskopem

Pro podezření na nákazu svědčí následující příznaky:

- Intenzivní až kruté noční svědění po zahřátí pod pokrývkou.
- Vyrážka na charakteristických místech kůže – zejména tam, kde je malá tloušťka kůže – genitál, třísla, podbřišek, kolem pupku, podpaží, prsní bradavky, mezi prsty ruky, u malých dětí na dlaních.
- Zpravidla současný výskyt u členů domácnosti a u všech sexuálních partnerů.
- Charakteristické jsou dvojice drobných pupínek spojených náznakem malé chodbičky.

Vlivem škrábání je typický obraz u neléčeného svrabu časem zkreslen druhotnou infekcí s hnisáním, ekzematizací a šířením kožních projevů na další místa. Postupně může být postižen celý kožní povrch, kromě obličeje a kštice.



Obrázek 22 - Postižení penisu četnými chodbičkami - zákožka svrabová

Svrab u čistotných osob – tzv. “svrab lepších lidí”

Svrab se může vyskytnout i u osob s vysokou hygienickou úrovní. Diagnóza je pak velmi obtížná, protože kožní příznaky jsou málo zřetelné, necharakteristické nebo chybí.

Svrab norský (*Scabies norvegica*)

Jedná se o vzácnou, zato však závažnou formu svrabu, která vyvolává lokální nebo regionální epidemie, obvykle nemocniční. Postižení bývají oslabení pacienti s poruchou imunity (včetně HIV infekcí). Je vysoce nakažlivý, protože v olupující se kůži jsou tisíce až miliony roztočů.

Svrab přenosný ze zvířat

Kočky a psi mohou být postiženy svrabem. Roztoč může být kontaktem přenesen na člověka, ale není schopen se na lidském těle množit. Začátek symptomů bývá obvykle náhlý a objevuje se asi 10 dní po přenosu roztoče. Vyrážky jsou obvykle mírnější a ztrácejí se za 4-6 týdnů. Z člověka na člověka se nepřenáší.

Svrab se vyskytuje celosvětově v 30letých cyklech s 15letým intervalem mezi epidemiemi, ale poslední pandemie, která začala v r. 1964, tento limit přesáhla. V ČR je scabies v pořadí čtvrté nejčastější infekční onemocnění. Postiženy jsou všechny věkové skupiny s nejvyšším výskytem u 15-19letých.

3.7.2 Cesta přenosu, léčba, prevence

Přenos onemocnění se děje přímým těsným tělesným kontaktem, zejména při pohlavním styku. Je proto zařazen mezi STD – choroby přenášené pohlavním

stykem. A jako infekční onemocnění podléhá povinnému hlášení. Další cestou přenosu je kontaminované ložní prádlo, ručníky, šatstvo. Šíření onemocnění napomáhá nízká úroveň hygieny (např. v ubytovnách, hotelích, ústavech sociální péče) a promiskuita. Onemocnění svrabem bývá často nemocnými pocíťováno jako ostuda vzhledem k předsudku, že jde o nemoc špinavých a zanedbaných lidí. Svrab však postihuje všechny vrstvy populace. Onemocnění se nepřenáší běžným denním stykem – např. podáním ruky, dotykem.

Inkubační doba je 14 až 21 dní. Období nakažlivosti končí po řádně ukončené léčebné (antiskabiesní) kůře, kterou řídí dermatolog, a po provedení všech příslušných hygienických opatření.

Léčba - Léčbu svrabu má řídit kožní lékař. Léčba má odpovídat klinickému stavu onemocnění a podle toho se vybírají vhodné preparáty (Skabacid, Jacutin, sirná mast). Léky musí být aplikovány, kromě obličeje, od brady dolů všude (i za nehty). Bezpodmínečně nutná je současná léčba všech členů domácnosti a všech sexuálních partnerů. Je nutné provést všechna hygienická opatření, s nimiž vás seznámí lékař (vyvařit ložní prádlo a vyžehlit napařovací žehličkou). Co nelze vyvařit, pověsit na dobře větrané místo na 14 dní.

Prevence - ochrana jiná než opatrnost při výběru sexuálních partnerů neexistuje. Dbejte též základních hygienických pravidel při ubytování – vyprané lůžkoviny apod. [2].

3.8 Herpes simplex

3.8.1 Původce, klinický obraz, diagnóza

Původce - je osm typů **herpetických virů** způsobujících různá onemocnění. *Herpes simplex virus (HSV)* má dva typy - 1 a 2. Typ 1 způsobuje dobře známé opary na rtech. Typ 2 způsobuje opar na genitálu, další herpetické viry (typ 3) - Varicella zoster virus - pásový opar, EB virus - infekční mononukleózu atd. Typ 8 pak způsobuje Kaposiho sarkom u nemocných AIDS. Jednoznačně odlišit jednotlivé typy lze pouze laboratorními testy.

HSV1: Herpes simplex virus vytváří na kůži známý opar, nejčastěji na rtu, ale může se objevit i jinde na kůži. Opar se během několika dní zcela zahojí. K prvnímu setkání s virem HSV 1 dochází u většiny populace obvykle v časném věku. Virem HSV 1 či 2 se nakazíme většinou (primoinfekce) zcela bez příznaků. Asi u 1 % osob, které se poprvé setkají s HSV, se objeví právě opar (který se v průběhu života může kdykoliv opět objevit jako tzv. recidivující opar). Průběh může být i komplikovaný, např. herpetická vulvovaginitida (zánět pochvy), gingivostomatitida (zánět dásní a ústní dutiny), keratokonjunktivitida (postižení oka), herpetická meningoencefalitida (postižení mozku) nebo dokonce jako novorozenecká seps. Proto např. rodička ani nikdo ze zdravotníků na porodním sále nesmí mít čerstvý opar.

Virus zůstává v člověku po celý život a je obvykle latentní, tedy nezpůsobuje žádné příznaky onemocnění. Jeho reaktivace je možná několika způsoby, k nimž patří horečka, opalování na slunci – často na horách při lyžování – a vůbec jakýkoliv stres. Takovéto “probuzení” viru, který přežívá v nervové tkáni, se projeví jako opar – tedy skupinkou puchýřků s čirým obsahem, který se po několika dnech zkalí, puchýřky praskají a sekret zasychá v podobě lpících stroupků. Po jejich odloučení se opar bez jizvy zahojí. Při nesprávném ošetřování se může druhotně infikovat bakteriemi, vznikne bolestivý vřídek a hojení je pak delší.

HSV2: Genitální herpes (herpes genitalis nebo progeneralis), čili opar na genitálu se vyskytuje zejména u dospělých osob a patří mezi sexuálně přenosné nemoci - STD. U mužů se opar vytváří na žaludu, předkožce. U žen se vytváří nejčastěji v oblasti stydkých pysků.

Infikována může být i sliznice dutiny ústní v závislosti na sexuálních praktikách. Výskyt onemocnění vyvolaného HSV 2 začíná v období sexuální aktivity, při výskytu u dětí je třeba myslet na možnost sexuálního zneužívání. Opar na genitálu vypadá podobně jako opar na rtu. Pokud se ložiska rozpadnou ve vřed, silně bolí.

Výskyt viru herpes simplex je celosvětový. Postihuje v různých oblastech 50-90 % populace.



Obrázek 23 - Opar na pokožce penisu způsobený virem *Herpes simplex*

3.8.2 Cesta přenosu, léčba, prevence

Přenos - HSV 1 je zprostředkován slinami nosiče viru. K přenosu **HSV 2** dochází obvykle při pohlavním styku. Typ 1 i 2 mohou být přeneseny při orálně - genitálním, orálně - análním nebo análně - genitálním styku.

Inkubační doba je 2-12 dní.

Léčba - je možná antivirovými – virostatickými přípravky (acyklovir). Každý opar na genitálu by měl být vyšetřen lékařem – dermatovenerologem, zejména z důvodu odlišení od jiných STD, např. primárního stadia syfilis!!! Na počínající iniciální stadium oparu na rtu lze doporučit volně prodejny Herpesin či Zovirax. Opary na genitálu je lepší před lékařským vyšetřením nijak neošetřovat, abychom předešli možnému zkreslení následujících potřebných vyšetření, např. mikroskopického vyšetření k vyloučení syfilis.

Do jakýchkoliv pupínek na genitálu proto nikdy neďoubejte ani nerýpejte. Pupínky HSV obsahují aktivní virus a jejich obsah je vysoce infekční!

Prevence - užívání kondomu při sexuálních praktikách snižuje riziko infekce, avšak pokud se projevy nalézají mimo oblast krytou kondomem, pak kondom nechrání! [2]

3.9 Moluska

Moluska (*molluscum contagiosum*) jsou infekční onemocnění kůže vyvolané virem (*poxvirus*). Projevuje se charakteristickými pupínky s centrální vkleslinou. Jde o běžné onemocnění u dětí, kde se přenáší nahodilým kontaktem. U dospělých je řazeno k chorobám přenosným sexuálním stykem (STD).

Typické moluskum je hladké, polokulovité, barvy kůže nebo narůžovělé či nažloutlé a na vrcholu má vkleslinu (pupík). Velikost je v průměru 2-5 mm, ojedinělá moluska mohou dosahovat velikosti až 1,5-2 cm. Vyskytují se ve skupinách, především kolem genitálií a břicha, v podstatě se však mohou vyskytnout kdekoliv na kůži i osamoceně. Na kůži jich bývá přibližně dvacet i sto; zejména u dětí. Někdy mohou moluska zhnisat. Nákaza bez lékařského zásahu může trvat několik měsíců až let.



Obrázek 24 - Moluska - charakteristické pupínky



Obrázek 25 - Molusky napadený mužský genitál

Inkubační doba je od 3 týdnů do 3 měsíců.

Léčba - používají se destruktivní metody, např. rozrušení sterilní jehlou s následným zajódováním nebo skalpelem, kryalizace (zmrazení) tekutým dusíkem (u dětí po předchozím znecitlivění) nebo aplikace lokálních cytostatik. Po čase je třeba však kůži zkontrolovat, neboť onemocnění může recidivovat.

Prevence - ochrana spočívá v běžných hygienických opatřeních. Proti sexuálnímu přenosu neexistuje spolehlivá ochrana. Kondom nechrání, jelikož pupeny se vyskytují mimo oblast penisu. Jako u všech virových kožních onemocnění je při rozsáhlém výskytu molusek třeba pamatovat na možnost infekce HIV virem, a proto je vhodné nechat si udělat testy [2].

3.10 Chlamydiové infekce

Chlamydiové nákazy patří mezi bakteriální onemocnění přenosná sexuálním stykem (STD).

3.10.1 Původce, klinický obraz, diagnóza

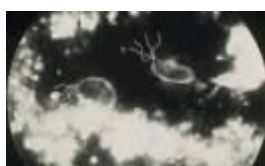
Chlamydia trachomatis sérotypu D-K jsou původci zánětů urogenitálního traktu mužů i žen, postihují též oční spojivku, tzv. konjunktivitida. V důsledku přibývajících nových poznatků, lepší diagnostiky i značného rozšíření v populaci jejich význam v problematice STD stále vzrůstá. Chlamydie jsou v populaci rozšířenější více než syfilis a kapavka.



Obrázek 26 - *Chlamydia trachomatis* - původce chlamydiové uretritidy

Chlamydia trachomatis typu L1, L2 a L3 jsou původci pohlavní choroby zvané lymphogranuloma venereum.

Chlamydia trachomatis typu A-C jsou původci endemického trachomu postihujícího oko.



Obrázek 27 - *Chlamydia trachomatis* - původce trachomu oka

Další druhy chlamydií jsou *Chlamydia pneumoniae* a *Chlamydia psittaci*, u člověka způsobující dýchací onemocnění.

U mužů vyvolává bakterie *Chlamydia trachomatis* nejrůznější zánětlivá onemocnění pohlavních a močových orgánů. Nejčastěji bývá postižena močová trubice, nadvarle, konečník, spojivka oka. Pokud se projeví jak v oku, tak v močové trubici a postihne i klouby, nazýváme toto postižení jako Reiterův syndrom. Až 50 % mužů nemá žádné nebo má pouze velmi diskrétní projevy nákazy chlamydií a

infekce probíhá velmi často oligo a asymptomaticky. U žen je asymptomatických přenašeček až 80 %.

Chlamydia trachomatis D-K jsou původci asi 60 % uretritid u mužů (hovoříme též o nekapavčitých uretritidách). Často je infekce asymptomatická (bezpříznaková). Po inkubační době 10-20 dní objeví pálení (dysurie) a nažloutlý výtok různé intenzity. V průběhu chlamydiové uretritidy je charakteristický výtok různé intenzity od ranní kapky, zavlhnutí až po profusní výtok. Příznaky jsou obvykle podobné lehčímu průběhu kapavky. Pokud není onemocnění léčeno nebo je léčeno špatně, může se zkomplikovat a způsobit tak zánět nadvarlete (epididymitis) s bolestivým zduřením varlete, zánětem prostaty nebo zánětem konečníku (proktitidou) a zánět spojivek (konjunktivitida).

U žen vyvolává infekce ***Chlamydia trachomatis D-K*** cervicitidu (zánět čípku), velmi často je asymptomatická. Avšak komplikace neléčené infekce může vést i k závažným gynekologickým zánětům s následným rizikem mimoděložního těhotenství nebo neplodnosti.

Trachom

Prudký zánět spojivkového vaku oka způsobený opět ***Chlamydií trachomatis*** (sérotypu A-C). Trachom se přenáší především v rozvojových zemích při špatných hygienických podmínkách od dospělých mezi děti. Zejména je to oblast Afriky kolem Nilu. Pro nás je to nákaza exotická, i když se i u nás mohou vyskytnout importované případy.



Obrázek 28 - Na fotografii je trachom oka

3.10.2 Cesta přenosu, léčba, prevence

Přenosnost chlamydií je velmi vysoká, odhaduje se vyšší než u kapavky a v posledních letech velmi stoupá nárůst těchto onemocnění zejména u nás a v západní Evropě.

Přenos - přímý kontakt s lézemi infikovaných lidí, nejčastěji pohlavním stykem.

Léčba - vzhledem k závažnosti možných komplikací neléčené chlamydiové infekce je nutné speciální lékařské vyšetření (venerologické nebo urologické). Základním předpokladem úspěšného vyléčení je vyšetření a případná léčba obou (všech) sexuálních partnerů. Onemocnění se léčí antibiotiky nebo chemoterapeutiky se specifickým dávkováním, obvykle zvýšeným.

Inkubační doba má poměrně značné rozpětí od 7 do 21 dní, výjimečně do několika měsíců.

Prevence - používání kondomu, vyhnout se rizikovým stykům s domorodým obyvatelstvem při cestách v rozvojových zemích [2].

4. Prevence pohlavně přenosných infekcí

Prevence pohlavně přenosných infekcí je založena na pěti hlavních pilířích:

1. na osvětě v rizikových populacích a na šíření informací o bezpečném sexu;
2. na vyhledávání a identifikaci asymptomatických osob a též symptomatických infikovaných osob, které však nejspíše samy nevyhledají lékařskou pomoc;
3. na účinné diagnostice a léčbě infikovaných pacientů;
4. na léčbě a osvětě sexuálních partnerů osob nakažených pohlavní nemocí;
5. na preexpoziciční vakcinaci, je-li k dispozici [1].

4.1 Prevence formou hry

Domnívám se, že osvěta populace je v boji proti šíření pohlavně přenosných infekcí jedním z nejdůležitějších pilířů, proto bych v další části mé práce chtěla seznámit s projektem „Hrou proti AIDS“, který byl podpořen z grantů č. 87/1999, 187/2000 a 30/2003 Programu podpory zdraví a Národního programu boje proti AIDS.

Jedná se o interaktivní projekt primární prevence HIV/AIDS, jehož cílem je dát mládeži možnost netradičním způsobem, tj. hrou, osvojit si základní znalosti o možnostech přenosu viru HIV, ostatních pohlavně přenosných infekcí, ochraně před nežádoucím těhotenstvím a přemýšlet o vlastních postojích a chování v možných rizikových situacích.

Předlohou programu byl projekt německé Spolkové centrály pro zdravotní osvětu, který byl České republice nabídnut k realizaci na jaře 1998 při setkání českých a německých zdravotníků. Prezentace projektu v České republice se uskutečnila na podzim téhož roku, kdy došlo zároveň k zaškolení českých moderátorů. Příznivý ohlas u mládeže, rodičů, pedagogů i odborníků Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy ČR podnítil vznik českého projektu. Se souhlasem německého partnera a za podpory Ministerstva zdravotnictví České republiky byla realizována Okresní hygienickou stanicí v Klatovech a Státním zdravotním ústavem v Praze (Národní referenční laboratoří pro AIDS) česká obdoba tohoto projektu – Program „Hrou proti AIDS“. Tento projekt vychází z potřeb a možností České republiky. Jeho předností je mobilita a jeho jednoduché využití v terénu sítí hygienických stanic. Pilotní kolo proběhlo v Klatovech v říjnu 1999. Do roku 2008 probíhal tento program jako pilotní projekt SZÚ NRL pro AIDS. Dne 11.2.2008 byl

tento program zavzat do Národního programu řešení problematiky HIV/AIDS v ČR, a to Usnesením vlády pod č.j. 130.

Tohoto projektu se v několika předchozích letech (2004 – 2007) účastnila i Krajská hygienická stanice Středočeského kraje se sídlem v Praze, územní pracoviště Nymburk - protiepidemické oddělení a oddělení hygieny dětí a mladistvých, kde jsem zaměstnaná. Tento projekt jsme realizovali ve spolupráci se Střední zdravotnickou školou Nymburk, která nám poskytla prostory a personální zabezpečení. V našem případě jsme oslovovali pouze 8. ročníky základních škol okresu Nymburk. Za dobu konání projektu prošlo hrou celkem 2190 žáků z 55 základních škol okresu Nymburk. V rolích moderátorů se vystříдалo celkem 163 studentů Střední zdravotnické školy Nymburk.

4.1.1 Metodika hry

Projekt je primárně určen pro žáky 2. stupně základních škol, zejména pro žáky 8. -9. třídy, žáky středních škol a učilišť, vojáky základní služby a zvláštní skupiny, např. mladé klienty na odvykací terapii, diagnostické a výchovné ústavy, rodičovské skupiny apod., obsahově není určen pro žáky 1. stupně základní školy. Před zahájením akce a v jejím průběhu je vhodné provést písemnou informaci školám, místnímu úřadu, možným spolupracovníkům, médiím a prezentovat hru ředitelům škol, učitelům a dalším zájemcům.

Samotný cyklus trvá cca 90 minut, tj. asi dvě vyučovací hodiny. Za jeden den lze realizovat se stejným moderátorským obsazením maximálně 3 cykly.

Pro celou akci je zapotřebí minimálně 6 osob, z toho 5 zaškolených moderátorů k jednotlivým stanovištím a 1 další osoba, která má na starosti organizaci, dodržování časového harmonogramu, může případně plnit funkci náhradníka. Doporučuje se zaškolení většího počtu moderátorů pro případnou alternaci na jednotlivých stanovištích. Organizátorem projektu by měla být osoba, která má kvalitní vědomosti a zkušenosti z problematiky HIV/AIDS a ostatních pohlavně přenosných infekcí a ovládá problematiku antikoncepce. Organizátor zodpovídá za personální výběr a kvalitní zaškolení jednotlivých moderátorů.

Organizátory mohou být např. epidemiologové event. lékaři jiných profesí majících blízko k problematice HIV/AIDS a sexuálně přenosných infekcí,

pracovníci pedagogicko-psychologických poraden, kontaktních a krizových center apod.

Moderátory se mohou stát osoby, které absolvovaly zácvik v moderování jednotlivých stanovišť projektu „Hrou proti AIDS“.

Možnými institucemi pro personální zajištění hry jsou hygienické stanice a zdravotní ústavy, ostatní zdravotnická zařízení, pedagogicko-psychologické poradny, centra sociální pomoci, poradenská centra, občanská sdružení, Mládež Českého červeného kříže a další.

Pro realizaci projektu se doporučuje zajistit tělocvičnu, sál, klubovnu či výstavní síň s volnou plochou minimálně 80 m², která umožňuje rozmístění pěti stanovišť tak, aby se účastníci jednotlivých stanovišť vzájemně nerušili. Pro jednotlivá stanoviště je zapotřebí cca 15 m² volné plochy. Hru je možno realizovat za příznivého počasí i na volném prostranství.

Po skončení akce je vhodné provést závěrečné hodnocení se spolupracovníky, poděkování všem spolupracovníkům, kteří se zúčastnili a informovat média.

4.1.2 Praktický průběh hry

4.1.2.1 Úvod

Před samotným zahájením organizátor zajistí pozornost účastníků a takové podmínky, aby byl dobře viděn a slyšen. Přivítá účastníky hry, představí se a stručně akci charakterizuje se zdůrazněním těchto momentů:

- jedná se o týmovou interaktivní hru s prvky soutěže
- zdůrazní, že na intenzitě jejich zapojení do hry bude záviset jak jejich subjektivní pocit spokojenosti s hrou tak i množství a kvalita informací, které získají
- přestože se jedná o hru, téma je pro všechny zúčastněné velmi závažné
- představí stručně moderátory a spoluorganizátory

4.1.2.2 Vlastní průběh hry

Účastníci se rozdělí do pěti zhruba stejně velkých skupin (týmů) po cca 10 osobách. Optimální je rovnoměrné zastoupení obou pohlaví v jednotlivých týmech. Každý tým si zvolí svého mluvčího a ten obdrží hrací kartu, na kterou si jednotlivé

týmy zapíše svůj název, který si společně vymyslí. Hrací karta slouží k zaznamenávání bodového ohodnocení týmu na jednotlivých stanovištích. Týmy se střídají u jednotlivých stanovišť po cca 15 minutách a poté se přesouvají ve směru hodinových ručiček k dalšímu stanovišti. Momentem, kdy všechny skupiny absolvují všech 5 stanovišť, hra končí. Mluvní odevzdají organizátorovi hrací karty ke konečnému bodovému vyhodnocení.

jméno / název skupiny		<input type="text"/>
	body	
①	Cesty přenosu HIV	<input type="text"/>
②	Láska, sexualita a ochrana před HIV	<input type="text"/>
③	Zábrana nechtěného těhotenství, pohlavně přenosných nemocí a HIV	<input type="text"/>
④	Sexualita řečí těla	<input type="text"/>
⑤	Život s HIV / AIDS	<input type="text"/>
	celkem	<input type="text"/>

Obrázek 29 - Hrací karta

4.1.2.3 Způsob hodnocení hry a závěr

Každému týmu je vypočteno celkové skóre, hodnoceny jsou jak znalosti, tak i aktivita týmu. Maximální dosažitelné bodové hodnocení se u jednotlivých stanovišť liší podle náročnosti.

Tým s nejvyšším bodovým ziskem je hodnocen jako první a ostatní týmy končí společně na druhém místě. Záměrem hry je, aby se nikdo z účastníků necítil jako poražený. Vítězný tým je odměněn (trička, tužky, sladkosti apod.).

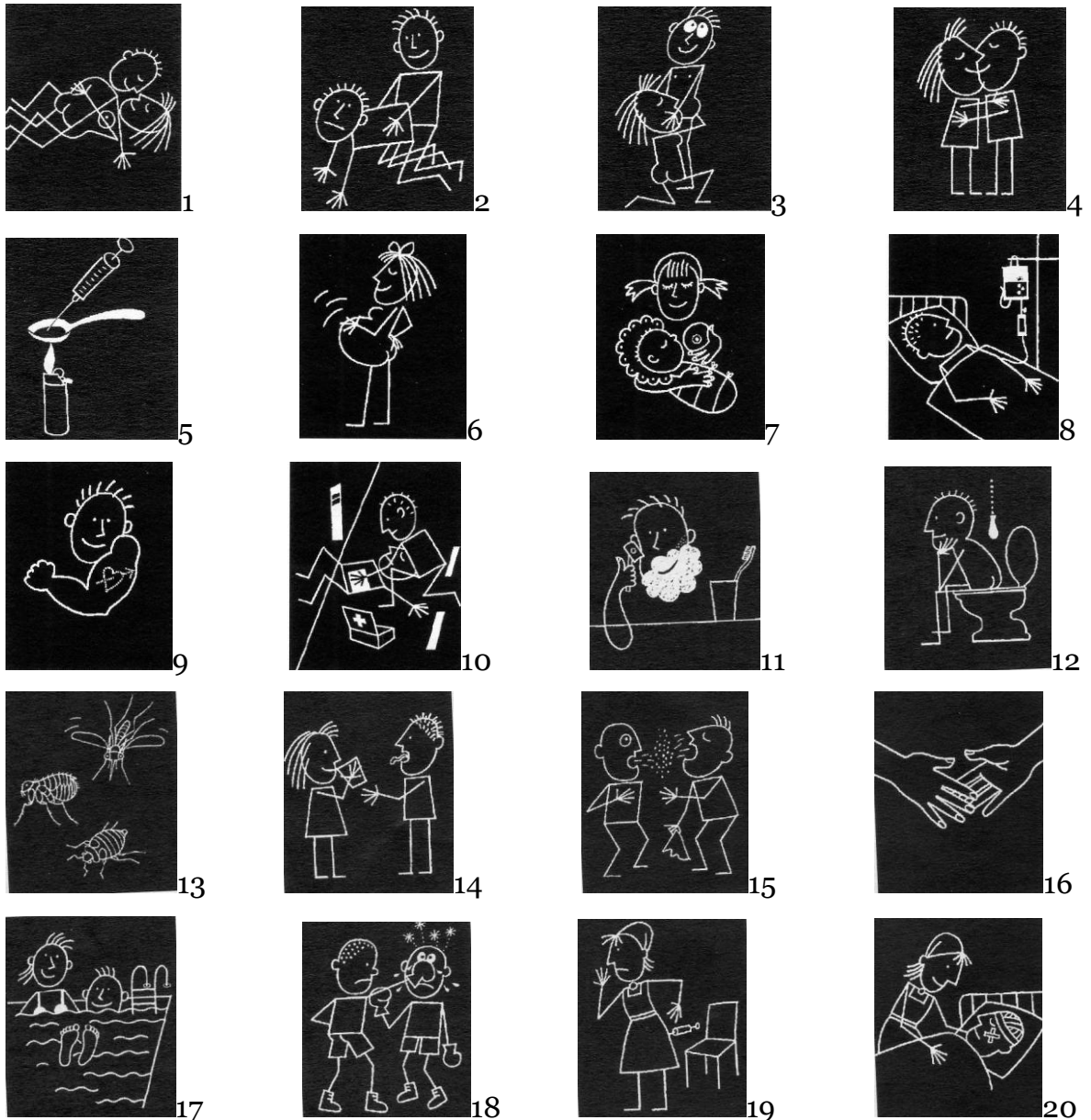
4.1.3 Popis jednotlivých stanovišť

4.1.3.1 Stanoviště č. 1: Cesta přenosu viru HIV

Účelem tohoto stanoviště je ověřit a prohloubit znalosti účastníků o jednotlivých způsobech přenosu infekce virem HIV.

Popis stanoviště: na panelu je umístěno 15 obrázků (ze sady tvořené celkem 20 obrázky), na kterých jsou znázorněny různé situace vztahující se k možnosti přenosu infekce HIV. Pod každým obrázkem je nastavitelný terčík se

čtyřmi barevnými výsečemi. Úkolem účastníků hry je posoudit riziko nákazy infekce virem HIV nastavením terčičků na barevnou výseč, a to na principu „semaforu“. Výchozí barva je bílá. Ostatní barvy: červená = vysoké riziko, oranžová = existuje určité riziko a zelená = bez rizika



Obr. č. 1 Vaginální styk

Obr. č. 2 Anální styk

Obr. č. 3 Orální styk

Obr. č. 4 Líbání

Obr. č. 5 Injekční užívání drog

- Obr. č. 6 Přenos z matky na dítě
- Obr. č. 7 Kojení
- Obr. č. 8 Transfúze
- Obr. č. 9 Tetování
- Obr. č. 10 První pomoc
- Obr. č. 11 Pomůcky na holení, kartáčky na zuby
- Obr. č. 12 Společné používání toalety
- Obr. č. 13 Komáři a krev sající hmyz
- Obr. č. 14 Společné používání sklenic, nádobí a příborů
- Obr. č. 15 Kašlání a kýchání
- Obr. č. 16 Podání ruky a běžný společenský styk
- Obr. č. 17 Bazén
- Obr. č. 18 Box a podobné sporty
- Obr. č. 19 Poranění zdravotnického pracovníka o jehlu
- Obr. č. 20 Ošetřování pacienta u lůžka

Moderátor vysvětlí pravidla hry tohoto stanoviště, ověří si, zda účastníci pochopili, co jednotlivé obrázky znázorňují, a vyzve účastníky, aby u jednotlivých obrázků nastavili barvu výseče, která odpovídá danému riziku. Úkol končí, když skupina se shodne na nastavení barev u všech 15 obrázků. Poté moderátor prodiskutuje jednotlivé situace a přidělí body za správné odpovědi.

4.1.3.2 Stanoviště č. 2: Zábрана nechtěného těhotenství, pohlavně přenosných infekcí a HIV

Účelem tohoto stanoviště je podat přehled o různých antikoncepčních metodách a jejich účinnosti při zábraně početí a prevenci pohlavně přenosných infekcí včetně HIV.

Popis stanoviště: v centru panelu je umístěn obrázek objímajícího se chlapce a dívky, k dispozici je sada různých antikoncepčních prostředků a dalších ochranných pomůcek (hormonální antikoncepční preparáty, bariérové ochranné prostředky, nitroděložní tělíška, chemické ochranné prostředky a rubrikanty a pomůcky pro přirozené plánování rodičovství).

Moderátor vysvětlí účastníkům, že bude jejich úkolem v daném časovém limitu popsat a charakterizovat účinnost jednotlivých antikoncepčních preparátů a

pomůcek. Účastníci mají za úkol označit jejich účinnost ve vztahu k zábraně těhotenství a k ochraně před STD a HIV.

U každé z metod moderátor diskutuje s týmem nejen výhody, ale i nevýhody a nežádoucí účinky těchto preparátů a pomůcek. Moderátor klade důraz rovněž na výhody sexuální zdrženlivosti a vzájemné partnerské věrnosti. Za každou správnou charakteristiku preparátu / pomůcky získává tým body.

4.1.3.3 Stanoviště č. 3: Láska, sexualita a ochrana před HIV (kostka štěstí)

Účelem tohoto stanoviště je pomoci formovat osobní postoje k partnerskému vztahu, sexualitě a ochraně před HIV.

Popis stanoviště: stanoviště je vybaveno stolkem s hrací kostkou a pěti skupinami otázek provedenými v různých barvách, které korespondují s barvami na kostce.

Oranžová – skupina otázek týkající se přenosu a způsobu přenosu HIV/AIDS

1. Páry, které jsou si po léta věrné, se už infekce nemusí bát. Je to pravda?
2. Jak se mohou dva lidé, kteří se chtějí pomilovat, chránit před infekcí HIV?
3. Mnoho narkomanů se nakazilo HIV. Čím jsou narkomani ohroženi? Jak se mohou před infekcí chránit?
4. Jaký způsob ochrany před HIV je pro tebe nejbezpečnější?
5. Chrání test HIV před infekcí HIV?
6. Které antikoncepční prostředky chrání před HIV a které před těhotenstvím?
7. Co by mohlo lidi přimět k nechráněnému pohlavnímu styku, přestože jsou dobře informováni?
8. Co si počneš, když si tvůj přítel/přítelkyně „ze zásady“ nechce chránit?
9. Existují vedle používání kondomu ještě jiné možnosti jak se chránit před infekcí?

Žlutá - skupina otázek týkající se partnerských vztahů

1. Mluvíš se svým přítelem/přítelkyní o věrnosti? Co pro tebe věrnost znamená?
2. Dovedeš si představit, že si se svým přítelem/přítelkyní promluvíš o AIDS, než se spolu poprvé pomilujete?

3. Kdy pro tebe začíná nevěra?
4. Láska je pro mě
5. Když miluje muž jiného muže, pak je to pro mě....
6. Když miluje žena jinou ženu, pak je to pro mě...
7. Kde a jak se s někým seznamuješ?
8. Jak flirtuješ?
9. Máš vysněný typ? Jaký je tvůj partner?

Zelená - skupina otázek týkající se kondomu

1. Čeho si musíš všimnout, když kupuješ kondom,
2. Proč mají kondomy často vlhký a kluzký povrch? Proč nesmíme v žádném případě používat žádné krémy nebo jiné mastné lubrikační prostředky?
3. Někteří tvrdí, že kondomy jsou nepohodlné a že překázejí.
4. Nafoukni kondom, až praskne.
5. Vezmi si kondom a předved' jednotlivé body, na které musíme při jeho používání dávat bezpodmínečně pozor.
6. Uved' 5 jiných označení pro „kondom“.
7. Chceš si koupit kondomy, kde bys je koupil?
8. Kondomy jsou velice roztažitelné, zkus natáhnout kondom na délku 1 metru.
9. Jak a kde by se měly kondomy uchovávat?

Modrá - skupina otázek týkající se zodpovědnosti v partnerských vztazích

1. Tvůj přítel/tvoje přítelkyně se chce s tebou pomilovat. Ty si myslíš, že je na to ještě příliš brzy. Jak mu/jí to vysvětlíš?
2. Představ si, že bys jednoho dne přenocoval/a u svého přítele/své přítelkyně. Není ale ještě jasné, jestli se spolu vůbec pomilujete. Jak by ses na to připravil/a?
3. Vyjmenuj 3 důvody pro používání kondomu.
4. Co bys odpověděl/a, když tvůj přítel/tvoje přítelkyně říká, že s kondomem to nepotěší?
5. Otázka pro chlapce: Co o tom soudíte, když děvčata mají u sebe kondom?
Otázka pro děvčata: Co o tom soudíte, když chlapci mají u sebe kondom?
6. Jací lidé jsou nejvíce ohroženi HIV?

Červená - skupina otázek smíšených

1. Tvůj přítel/tvoje přítelkyně tvrdí, že jeho/její test HIV byl negativní. Můžeš předpokládat, že skutečně není infikován/a?
2. Co je bezpečný sex?
3. Chrání přerušovaná soulož před nákazou HIV?
4. Kolik litrů vzduchu se vejde do kondomu?
5. Platí tvrzení: kdo se nechává pravidelně testovat se nemůže nakazit?
6. Jaké existují sexuálně přenosné nemoci kromě AIDS?
7. Kde ve vaší blízkosti jsou poradny AIDS?
8. Měl by být test na HIV protilátky dobrovolný?
9. Kde si můžete nechat udělat test na HIV protilátky?

Bílá – nemá přiřazeny otázky, znamená „házej znovu“

Moderátor vysvětlí účastníkům, že v průběhu časového limitu bude jejich úkolem házet kostkou a podle barvy, která padne, si vytáhnou otázku ze skupiny otázek s korespondujícím barevným označením. Úkolem soutěžícího je zodpovědět otázku na kartičce. Úkolem moderátora je zhodnotit odpověď a motivovat skupinu k diskusi. Za každou správně zodpovězenou otázku jsou přiděleny týmu body.

4.1.3.4 Stanoviště č. 4: Sexualita řečí těla (pantomima)

Účelem tohoto stanoviště je vyjádření pocitů a situací vztahujících se k lásce, partnerství a sexualitě pomocí „řeči těla“. Toto stanoviště zároveň slouží k uvolnění atmosféry mezi soutěžícími.

Popis stanoviště: k dispozici je celkem 16 dílků skládačky (puzzle), které složené tvoří obrázek milenecké dvojice. Dílky obrázku se postupně umísťují na panel, na němž je umístěna zmenšená předloha obrázku jako celku. Každý dílek skládačky je označen číslem 1 – 16. Současně je k dispozici 16 očíslovaných kartiček, na kterých jsou stručně charakterizovány postoje a situace vztahující se k lásce, partnerství a sexualitě.

Postoje a situace: být nesmělý, bušení srdce, být gay/lesbická, žárlit, cucflek, nešťastná láska, hádat se, rozejít se, vyznání lásky, flirtovat, mazlit se, francouzské líbání, říkat „ne“, bezpečný sex, smířit se a být těhotná.

Moderátor vysvětlí účastníkům, že v průběhu časového limitu si postupně budou vytahovat kartičky. Jejich úkolem je beze slov předvést situaci uvedenou na kartičce. Zbývající členové skupiny hádají, o jakou situaci se jedná. Po splnění úkolu umístí účastník na tabuli díl skládačky s odpovídajícím číslem. Po předvedení všech 16 situací a umístění všech dílků skládačky na tabuli složí soutěžící tým obrázek jako celek. Za každou uhodnutou situaci získává tým body.

4.1.3.5 Stanoviště č. 5: Život s HIV/AIDS

Účelem tohoto stanoviště je navodit v účastnících pocit tolerance a pochopení osob infikovaných virem HIV, případně odstranit některé předsudky a milné názory na HIV/AIDS.

Popis stanoviště: na panelu je znázorněna postava dívky a chlapce, do jejichž okolí se umísťuje 10 obrázků, které představují různá témata vztahující se k životu osob s HIV/AIDS.

Obr. č. 1 - osoba u počítače jako symbol zaměstnání

Obr. č. 2 - sport jako symbol volného času

Obr. č. 3 - přátelé jako symbol sociálních vazeb

Obr. č. 4 - telefon jako symbol komunikace

Obr. č. 5 - odběr krve jako symbol potvrzení diagnózy

Obr. č. 6 - rodina jako symbol péče a zázemí

Obr. č. 7 - lahvička s léky jako symbol terapie

Obr. č. 8 - dům jako symbol běžných společenských kontaktů

Obr. č. 9 - červená stužka s nápisem ČSAP – symbol solidarity s HIV+ osobami

Obr. č. 10 - voják jako symbol omezení některých společenských činností osob žijících s HIV/AIDS

Moderátor vyzve účastníky, aby se posadili na židle rozmístěné v půlkruhu okolo magnetické tabule. Poté je vyzve, aby si představili fiktivního člověka – muže nebo ženu. Podle zvoleného pohlaví se do středu tabule umístí buď obrázek dívky, nebo chlapce. Účastníci této postavě vyberou jméno a definují její společenské postavení (rodina, partnerské vztahy, práce, volný čas apod.). Moderátor účastníkům sdělí, že tato osoba je HIV+ a vyzve skupinu k tomu, aby vytvořili životní příběh této postavy. Pomůckou k popisu jednotlivých důležitých životních

situací a aspektů života lidí s HIV/AIDS jsou výše popsané symboly, které se umístí okolo postavy zobrazené na tabuli. Je vhodné, moderuje-li toto stanoviště HIV+ osoba. Body se přidělují dle závislosti na znalostech, postojích a aktivitě týmu.

4.1.4 Hodnocení celé hry

Maximální bodový zisk v celé hře je 100 bodů. Je třeba zdůraznit, že získávání bodů není hlavním cílem hry, ale jen využitím přirozené soutěživosti mladých lidí s cílem jejich aktivního zapojení do hry [4].

Dle mého názoru a pozitivních ohlasů zúčastněných žáků „ Hra se nám moc líbila“, „Určitě jsme se dozvěděli spoustu nových informací“, „ Bude se ta hra konat i příští rok?“, „Můžeme si vzít ty letáky?“..... se tento typ primární prevence v okrese Nymburk osvědčil a bylo by přínosné, kdyby zde tento projekt mohl pokračovat i v následujících letech.

4.2 Další druhy prevence

Jako hlavní opatření proti všem sexuálně přenosným nemocem se uplatňuje tzv. bezpečný sex, jenž spočívá v takových postupech, při nichž se žádné tělesné tekutiny jednoho partnera nedostanou na sliznice pochvy, úst, řitě nebo očí, ani na žádné sebemenší poranění kůže druhého partnera.

Dalším spolehlivým způsobem prevence pohlavních chorob je dlouhodobý vztah s jedním neinfikovaným partnerem.

A v neposlední řadě patří k preventivním metodám přenosu a vzniku pohlavních chorob použití mužských kondomů, které jsou účinné jako prevence proti přenosu infekce HIV, redukuje riziko přenosu kapavky, lues, chlamydiových infekcí nebo trichomoniáz. Je třeba upozornit na skutečnost, že kondomy jsou účinnější při prevenci vzniku těch infekcí, které se šíří prostřednictvím slizničních povrchů. Menší význam mají při prevenci chorob přenášených kožním kontaktem, například herpetických infekcí [1].

5. Výsledky

5.1 Trend výskytu pohlavních nákaz

Při sledování vývoje epidemiologické situace ve výskytu hlášených pohlavních nemocí v ČR – syfilis a kapavky - se zdá, že rokem 1990 končil poměrně uspokojivý stav, kdy počet obou těchto onemocnění měl sestupnou tendenci a bylo možno ho považovat za relativně stabilizovaný. V souvislosti se společenskými změnami, otevřením hranic, konzumní a tržní orientací společnosti i v oblasti sexu, z toho vyplývajícím rychlým vzrůstem různých forem neregulované a nekontrolované prostituce heterosexuální i homosexuální došlo k výraznému vzestupu hlášených případů pohlavních nemocí v roce 1991 a v následujícím roce. Otevření hranic umožnilo volný pohyb osob, import pohlavních chorob a rozvoj sexuálního průmyslu.

Ve vývoji pohlavních nákaz můžeme pozorovat určité nové trendy od roku 1991, kdy došlo ke zvýšení celkového počtu onemocnění syfilitidou. Poněkud jiný vývoj můžeme pozorovat v počtu hlášených případů kapavkou. V roce 1993 došlo k poklesu hlášených případů kapavkou a k dalšímu snížení počtu hlášených případů došlo v následujících letech. Tyto počty bohužel neodrážely snížení skutečného výskytu onemocnění v populaci, který byl minimálně 5 až 6x větší, ale byly odrazem jiných příčin, jako je nižší kázeň lékařů, neprovádění depistáží zdrojů a kontaktů, neprovádění dispenzární péče o nemocné s pohlavní nákazou, samoléčitelství, neodborná distribuce léků osobami parazitujícími na prostituci, absence zdravotních regulačních opatření týkajících se prostituce a jiné příčiny.

Rozdíly v trendech hlášených případů syfilis a kapavky v těchto letech mohly být kromě jiného způsobeny rozdílným klinickým vzhledem počátečních příznaků onemocnění – syfilis patří k STD manifestujícím se ulcerózními projevy v oblasti genitálu, pro které je pacient spíše odeslán k venerologovi, kdežto kapavka se projevuje zánětem postižených orgánů, který obvykle není odborníky správně rozlišen a bývá chybně léčen.

V roce 1996 došlo ke změně systému zdravotní péče, postupu privatizace, rozpadu depistážního systému a selhání ohlašovací povinnosti u nově zjištěných onemocnění nedermatology – především praktickými lékaři, gynekology i lékaři jiných oborů.

Došlo k dramatickému nárůstu počtu pacientů s časnou syfilis a se syfilis kongenitální, což bylo možné přičítat nekontrolovatelné prostituci v pohraničních oblastech a ve velkých městech, narůstající turistice a větší migraci obyvatelstva.

V roce 1996 MZ ČR rozhodlo o začlenění kontroly pohlavních nemocí do státního zdravotního dozoru zajišťovaného hygienickou službou. Od 1. 1. 1997 převzala na pokyn hlavního hygienika ČR hygienická služba státní dohled nad těmito chorobami.

Od roku 1997 můžeme pozorovat trvalý trend poklesu počtu hlášení gonokokových infekcí a vzrůst počtu hlášení syfilis až do roku 2001, kdy se tyto trendy obrací a dochází k nárůstu počtu gonokokových infekcí a k poklesu syfilitických nákaz.

Po celé sledované období si prvenství ve výskytu počtu pohlavních nákaz drží severní Čechy, obdobná situace je v západních Čechách, na jižní Moravě a severní Moravě. Nejnižší výskyt pohlavních nákaz je v jižních Čechách. Co se týká krajů, nejvíce případů syfilis a gonokokových infekcí hlásí kraje Moravskoslezský, Ústecký, Karlovarský a samotná Praha.

Nesmíme zapomenout ani na cizince pobývající v naší republice, kteří v posledních letech zaujímají velkou část z počtu hlášených pohlavních nemocí. Převažují cizinci ze zemí bývalého Sovětského svazu. Nejvíce jich je původem z Ukrajiny, Ruska, Moldavska, Běloruska a Gruzie [3].

5.2. Výskyt „klasických“ pohlavních nákaz ve Středočeském kraji a v okrese Nymburk

V této části práce jsem zmapovala výskyt „klasických“ pohlavních nákaz ve Středočeském kraji a v okrese Nymburk. Tuto lokalitu jsem si vybrala proto, že bydlím v Nymburce, který do této oblasti spadá.

K dispozici jsem měla materiály mapující výskyt pohlavních nákaz ve Středočeském kraji od roku 1997 do současnosti [6].

Rok 1997

V roce 1997 bylo ve Středočeském kraji hlášeno celkem 125 případů onemocnění pohlavními chorobami. Onemocnění Lymfogranuloma venereum a chancroid – ulcus molle nebylo za sledované období hlášeno.

Syfilis si zachovává stoupající tendenci výskytu. Bylo hlášeno celkem 50 nových případů onemocnění syfilis, časná syfilis byla hlášena ve 41 případech. Syfilis je diagnostikována v přibližně stejném počtu u mužů i žen. Podle věkových skupin je největší počet onemocnění ve věkové skupině 25-29letých.

Hlášení gonokokové infekce má na rozdíl od syfilis klesající tendenci. Celkem bylo hlášeno 75 onemocnění. Vzhledem k pohlaví je kapavka častěji diagnostikována a hlášena u mužů, tento trend je dlouhodobý. Nejvíce je postižena skupina 20-24letých.

V okrese Nymburk bylo hlášeno 6 případů časně syfilis, 1 případ jiné a neurčené syfilis a 7 případů gonokokových infekcí.

Rok 1998

Stejně jako v minulém roce byly z této skupiny onemocnění hlášeny pouze syfilis a gonokokové infekce. Celkem bylo hlášeno 98 případů, z toho bylo 44 případů syfilis a 54 případů onemocnění kapavkou. Ve srovnání s předchozím rokem došlo k poklesu počtu obou těchto nákaz. V případě syfilis nebyl rozdíl mezi onemocněním mužů a žen, obě pohlaví byla zastoupena rovnoměrně. Největší nemocnost byla ve věkové skupině 30-34 let.

Vývoj nemoci u kapavky byl charakterizován pokračujícím sestupným trendem. Z celkového počtu 54 onemocnění bylo 37 u mužů a 17 u žen. Z věkových skupin byly nejvíce postiženy osoby 25-29leté a 20-24leté.

V okrese Nymburk byl hlášen 1 případ časný syfilis a 1 případ pozdní syfilis. Gonokoková infekce nebyla hlášena.

Rok 1999

Ze skupiny pohlavně přenosných nákaz byly hlášeny pouze syfilis a kapavka. Celkem bylo hlášeno 126 případů těchto nákaz.

Syfilis bylo hlášeno celkem 65 onemocnění. U obou pohlaví došlo k vzestupu počtu onemocnění. Nejvyšší nemocnost byla ve skupině 25-29letých. Byly hlášeny 3 případy syfilis congenita.

Gonokokových infekcí bylo celkem hlášeno 61 případů, z těchto případů bylo 47 mužů a 14 žen. Podle věku je nejvyšší výskyt ve věkové skupině 15-19letých. Oproti minulému roku dochází k přesunu hlášených do nižších věkových skupin.

V okrese Nymburk byly hlášeny 2 případy vrozené syfilis, 1 případ pozdní syfilis a 5 případů gonokokových infekcí.

Rok 2000

Ze skupiny pohlavně přenosných nákaz byly hlášeny pouze syfilis a kapavka. Celkem bylo hlášeno 128 případů onemocnění těmito nákazami.

Celkem bylo hlášeno 58 onemocnění syfilis, mezi pohlavími převažovali muži. Bylo hlášeno 1 onemocnění syfilis congenita. Nejvyšší nemocnost byla hlášena ve věkové skupině 30-34letých.

Oproti předchozímu roku vzrostl počet gonokokových infekcí. Celkem bylo hlášeno 70 onemocnění. Z celkového počtu onemocnění bylo 49 mužů a 21 žen. Z věkových skupin byly nejvíce postiženy osoby 20-24leté.

V okrese Nymburk byl hlášen 1 případ časný syfilis, 1 případ pozdní syfilis a 3 případy gonokokových infekcí.

Rok 2001

Stejně jako v roce 2000 byly ze skupiny pohlavně přenosných nákaz hlášeny pouze syfilis a kapavka. Celkem bylo hlášeno 124 případů onemocnění těmito nákazami.

Celkem bylo hlášeno 75 onemocnění syfilis. Epidemiologická situace byla charakterizována vzestupem časných forem syfilis. Mezi pohlavími převažovaly

ženy, nejvyšší nemocnost byla ve skupině 30-34letých. Bylo hlášeno 1 onemocnění syfilis congenita.

Ve vývoji nemocnosti u kapavky je charakteristický sestupný trend. Celkem bylo hlášeno 49 onemocnění. Z celkového počtu onemocnění opakovaně převládají muži, kterých bylo hlášeno 34, zatímco žen pouze 15. Nejvíce byly postiženy osoby 20-24leté a 25-29leté.

V okrese Nymburk byly hlášeny 2 případy časný syfilis, 1 případ pozdní syfilis a 2 případy gonokokové infekce.

Rok 2002

Hlášeny byly pouze syfilis a kapavka. Celkem bylo hlášeno 127 případů těchto onemocnění. Vzestup pozorujeme u onemocnění kapavkou, naopak pokles se projevil u syfilitických nákaz.

Onemocnění syfilis bylo hlášeno celkem ve 45 případech. U časných forem byl zaznamenán rovněž pokles. Co se týká pohlaví, je výskyt rovnoměrný, 24 mužů a 21 žen. Kongenitální syfilis nebyla v tomto roce hlášena.

Sestupný trend ve vývoji nemocnosti kapavkou zaznamenaný v předchozích letech byl vystřídán nárůstem počtu hlášených případů. Celkem bylo hlášeno 82 onemocnění, z toho bylo prokázáno 53 onemocnění u mužů a 29 u žen. Podle věku je nejvyšší nemocnost ve věkové skupině 20-24letých.

V okrese Nymburk byly hlášeny 2 případy pozdní syfilis a 3 případy gonokokové infekce.

Rok 2003

Jako v předchozích letech byly hlášeny pouze syfilis a kapavka. Celkem bylo hlášeno 125 případů onemocnění těmito nákazami.

Syfilitických onemocnění bylo hlášeno celkem 41. U mužů došlo k poklesu výskytu těchto onemocnění, naopak u žen byl pozorován vzestup. Největší nemocnost byla hlášena ve věkové skupině 25-29letých. Vrozená syfilis nebyla tento rok hlášena.

Pokračuje mírně vzestupný trend ve vývoji nemocnosti kapavkou. Celkem bylo hlášeno 84 případů onemocnění. Z celkového počtu onemocnění převládají opakovaně muži, kterých bylo hlášeno 55, zatímco žen pouze 29. Nejvyšší nemocnost se ukázala ve skupině 20-24letých.

V okrese Nymburk byly hlášeny 2 případy onemocnění syfilis a onemocnění gonokokovou infekcí nebylo hlášeno žádné.

Rok 2004

Hlášeny byly pouze syfilis a kapavka. Celkem bylo hlášeno 120 těchto onemocnění.

Syfilis – celkem bylo hlášeno 35 onemocnění. Ve srovnání s rokem 2003 pozorujeme pokles. U časných forem došlo rovněž k poklesu. Nejvyšší nemocnost byla ve věkové skupině 25-29letých. Bylo hlášeno 1 onemocnění syfilis congenita.

Oproti roku 2003 nedošlo k podstatné změně v počtu hlášených onemocnění gonokokovou infekcí. Bylo hlášeno 85 případů. Z 85 onemocnění bylo 45 mužů a 40 žen. Poměr mužů a žen byl vzácně vyrovnaný, v minulých letech byla vzhledem k asymptomatickému průběhu onemocnění u žen vždy značná převaha mužů. Podle věku je nejvíce zasažena věková skupina 20-24letých.

V okrese Nymburk byl hlášen pouze 1 případ gonokokové infekce.

Rok 2005

Stejně jako v roce 2004 byly ze skupiny pohlavně přenosných nákaz hlášeny pouze syfilis a kapavka. Celkem bylo hlášeno 137 případů onemocnění těmito nákazami.

Celkem bylo hlášeno 39 onemocnění syfilis, což značí vzestup ve srovnání s rokem 2004. Pokud se týká pohlaví, došlo oproti roku 2004 k vzestupu výskytu u obou skupin. Nejvyšší nemocnost byla ve skupině 25-29letých. V průběhu roku 2005 nebyl hlášen žádný případ onemocnění vrozenou syfilis.

Počet hlášených gonokokových onemocnění je oproti roku 2004 vyšší. Celkem bylo hlášeno 98 onemocnění, což je druhý nejvyšší počet za předchozích 10 let. Z tohoto počtu hlášených případů jich bylo 61 u mužů a 37 u žen. Projevila se typická převaha hlášených mužů, zatímco u žen je počet hlášených onemocnění převážně nižší. Nejvíce postižena byla skupina 20-24letých, na druhém místě jsou 25-29letí.

V okrese Nymburk byl hlášen 1 případ časný syfilis, 1 případ pozdní syfilis a 4 případy gonokokové infekce.

Rok 2006

Jako v předchozích letech byly hlášeny pouze syfilis a kapavka. Celkem bylo hlášeno 135 případů onemocnění těmito nákazami.

Syfilitických onemocnění bylo hlášeno celkem 40. Tento počet je s předchozím rokem srovnatelný, nákaza se objevovala častěji u mužů. Nejvyšší nemocnost se ukázala ve věkové skupině 30-34letých. Ani tento rok nebyla hlášena kongenitální syfilis.

U gonokokových infekcí došlo oproti roku 2005 k poklesu počtu hlášených onemocnění. Celkem bylo hlášeno 95 případů, z nichž 64 u mužů a 31 u žen. Převaha mužů má setrvalý charakter. Podle věku je nejvyšší nemocnost ve věkové skupině 20-24letých, následuje věková skupina 25-29letých.

V okrese Nymburk byl zaznamenán 1 případ časný syfilis, 4 případy pozdní syfilis a 2 onemocnění gonokokovou infekcí.

Rok 2007

Rovněž v tomto roce byly z povinně hlášených pohlavně přenosných nákaz hlášeny pouze syfilis a kapavka. Celkem bylo hlášeno 162 případů těchto nákaz. Ve srovnání s rokem 2006 zaznamenáváme celkový vzestup.

Syfilis – celkem bylo hlášeno 68 případů onemocnění, což je druhý nejvyšší výskyt v předchozích 10 letech. Došlo k vzestupu časných forem syfilis. Vyšší počet onemocnění byl hlášen ve skupině mužů. Nejvyšší nemocnost byla ve věkové skupině 20-24letých. Oproti roku 2006 pozorujeme posun do nižší věkové skupiny. Kongenitální syfilis nebyla tento rok hlášena.

Ve vývoji nemocnosti u kapavky nedošlo oproti roku 2006 k podstatným změnám. Celkem bylo hlášeno 94 případů onemocnění, což značí pokles o 1 případ oproti předchozímu roku. Z celkového počtu nemocných převládají opakovaně muži, kterých bylo hlášeno 63, žen hlášeno 31. Z věkových skupin byly nejvíce postiženy osoby 20-24leté stejně jako v roce 2006.

V okrese Nymburk byly hlášeny 3 případy časný syfilis, 2 případy pozdní syfilis a 4 případy gonokokové infekce.

Rok 2008

Hlášeny byly pouze syfilis a kapavka. V roce 2008 bylo celkem hlášeno 174 případů onemocnění pohlavními chorobami. Oproti roku 2007 lze pozorovat celkový vzestup počtu onemocnění.

Celkem bylo hlášeno 88 případů onemocnění syfilis, což představuje nejvyšší počet onemocnění za posledních 10 let. Při srovnání počtu hlášených mužů a žen s rokem 2007 došlo k vzestupu u obou skupin, počet nemocných mužů je větší než počet nemocných žen. Onemocnění syfilis congenita nebylo v tomto roce hlášeno. Podle věku je nejvyšší nemocnost ve skupině 20-24letých, na druhém místě jsou 15-19letí.

Ve srovnání s rokem 2007 došlo k poklesu výskytu gonokokových nákaz. Z 86 hlášených případů onemocnění bylo zjištěno 63 u mužů a 23 u žen. Nejvíce postižena byla věková skupina 20-24letých stejně jako v roce 2007.

V okrese Nymburk byly hlášeny 4 případy onemocnění časnou syfilis a 7 případů gonokokových infekcí.

Rok 2009

Stejně jako v roce 2008 byly ze skupiny pohlavně přenosných nákaz hlášeny pouze syfilis a kapavka. Nahlášeno bylo celkem 162 případů onemocnění. Jedná se o pokles oproti roku 2008.

Syfilis bylo hlášeno celkem 99 případů, což představuje oproti předchozímu roku nárůst o 11 případů. Pokud se týká pohlaví, došlo oproti roku 2008 k vzestupu výskytu u obou skupin, více se onemocnění vyskytovalo u mužů – 56 případů, ženy onemocněly ve 43 případech. Z věkových skupin byly nejvíce postiženy osoby 25-34leté, následuje věková skupina 35-44letých. V tomto roce nebyl hlášen žádný případ kongenitální syfilis.

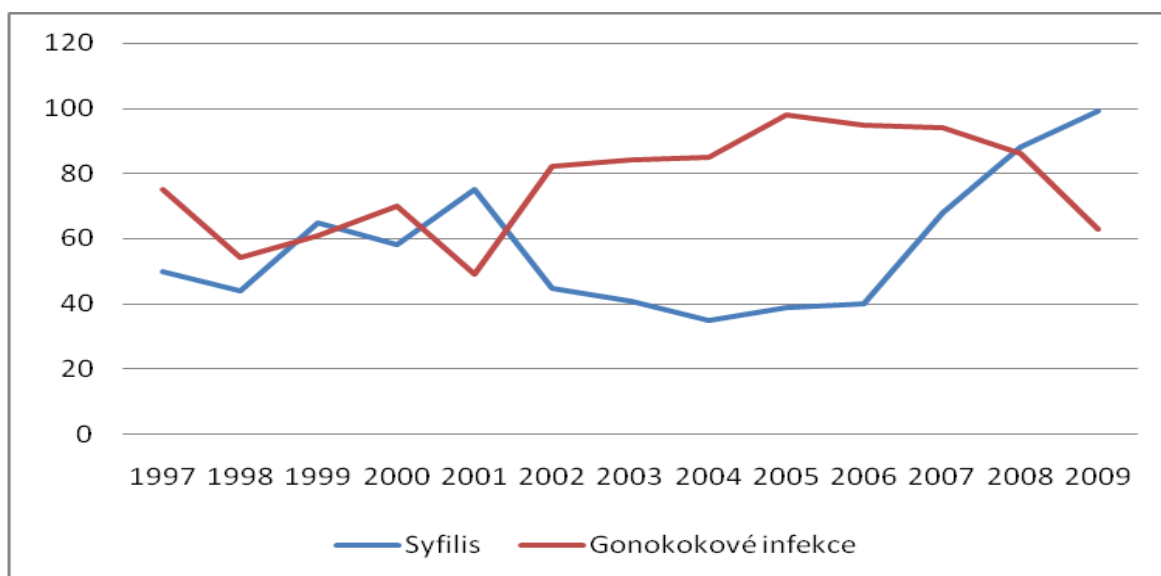
Pokračuje sestupný trend ve vývoji nemocnosti kapavkou. Celkem bylo v tomto roce hlášeno 63 případů. Z tohoto počtu hlášených případů jich bylo 43 hlášeno u mužů a 20 u žen. Nejvyšší nemocnost se ukázala ve věkové skupině 25-34letých stejně jako u syfilis, na druhém místě je věková skupina 20-24letých.

V okrese Nymburk byly hlášeny 2 případy časně syfilis a 3 případy onemocnění pozdní syfilis. Gonokoková infekce byla hlášena 1 [6].

Tabulka 1 - Vývoj počtu onemocnění pohlavními nákazami ve Středočeském kraji v letech 1997 - 2009

Rok	Syfilis	Gonokokové infekce
1997	50	75
1998	44	54
1999	65	61
2000	58	70
2001	75	49
2002	45	82
2003	41	84
2004	35	85
2005	39	98
2006	40	95
2007	68	94
2008	88	86
2009	99	63

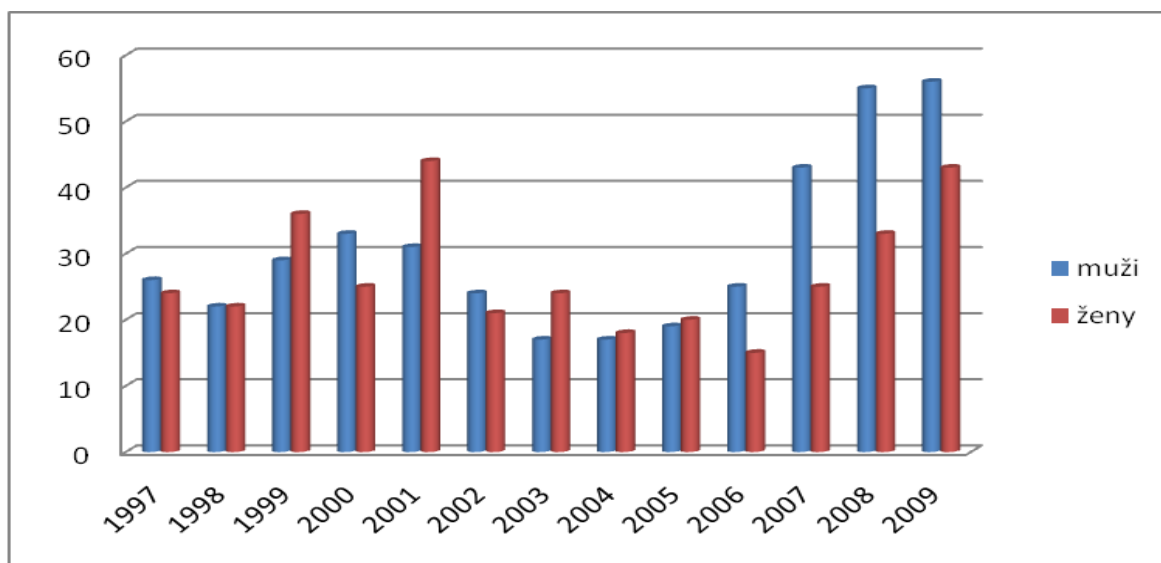
Graf 1 - Vývoj počtu onemocnění pohlavními nákazami ve Středočeském kraji v letech 1997-2009



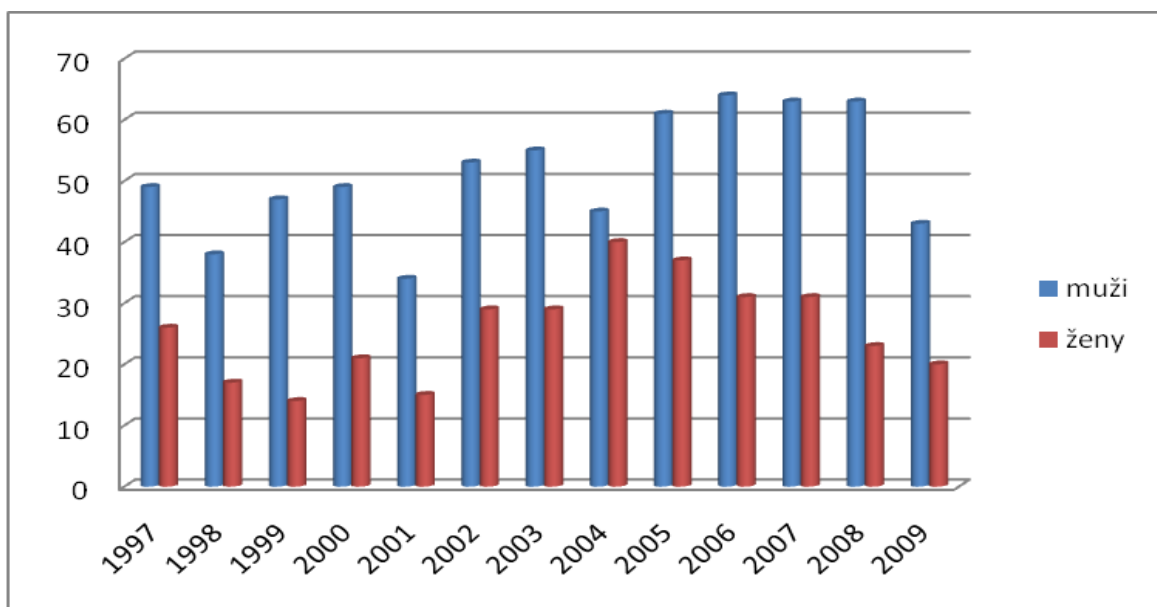
Tabulka 2 - Počet hlášených onemocnění pohlavními nemocemi podle pohlaví ve Středočeském kraji v letech 1997 – 2009

Rok	Syfilis			Gonokokové infekce		
	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem
1997	26	24	50	49	26	75
1998	22	22	44	38	17	55
1999	29	36	65	47	14	61
2000	33	25	58	49	21	70
2001	31	44	75	34	15	49
2002	24	21	45	53	29	82
2003	17	24	41	55	29	84
2004	17	18	35	45	40	85
2005	19	20	39	61	37	98
2006	25	15	40	64	31	95
2007	43	25	68	63	31	94
2008	55	33	88	63	23	86
2009	56	43	99	43	20	63

Graf 2 - Syfilis - počet hlášených onemocnění pohlavními nemocemi podle pohlaví ve Středočeském kraji



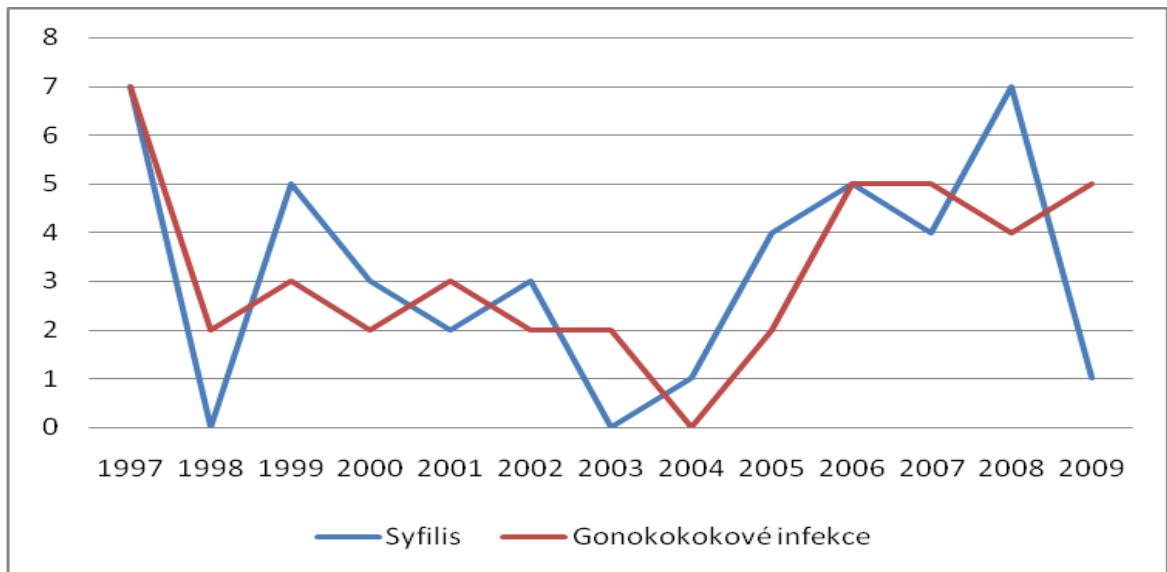
Graf 3 - Gonokokové infekce - počet hlášených onemocnění pohlavními nemocemi podle pohlaví ve Středočeském kraji



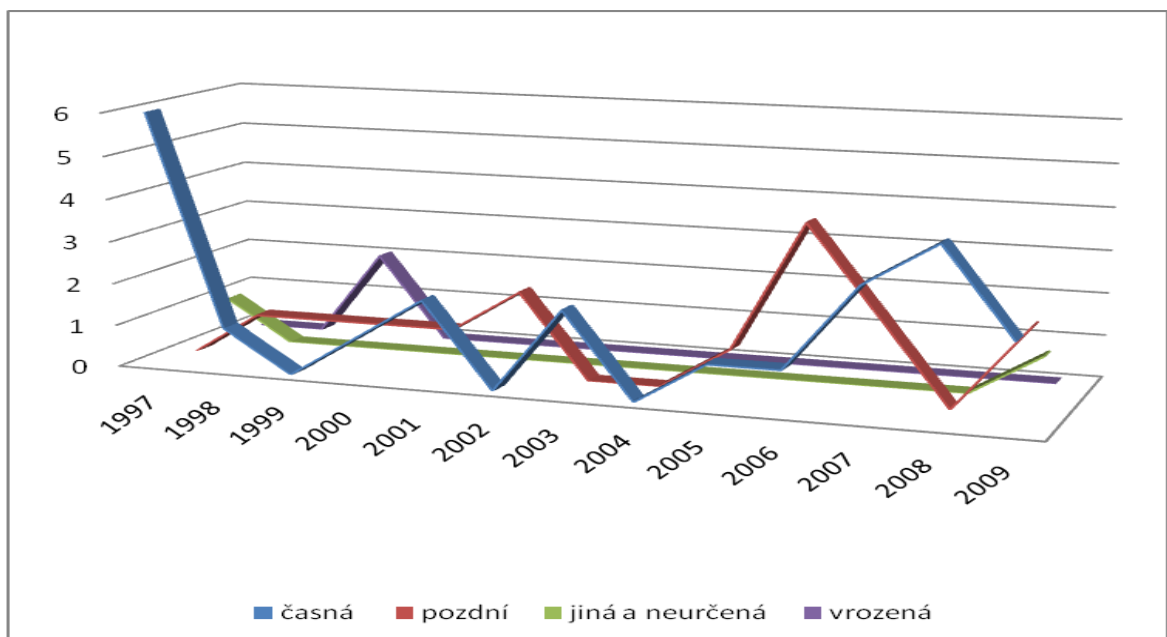
Tabulka 3 - Vývoj počtu onemocnění pohlavními nákazami v okrese Nymburk v letech 1997-2009

Rok	Syfilis				Gonokokové infekce
	časná	pozdní	jiná a neurčená	vrozená	
1997	6	0	1	0	7
1998	1	1	0	0	0
1999	0	1	0	2	5
2000	1	1	0	0	3
2001	2	1	0	0	2
2002	0	2	0	0	3
2003	2	0	0	0	0
2004	0	0	0	0	1
2005	1	1	0	0	4
2006	1	4	0	0	5
2007	3	2	0	0	4
2008	4	0	0	0	7
2009	2	2	1	0	1

Graf 4 - Vývoj počtu onemocnění pohlavními nákazami v okrese Nymburk v letech 1997-2009



Graf 5- Syfilis (jednotlivé typy) - vývoj počtu onemocnění v okrese Nymburk v letech 1997 – 2009



6. Diskuse

Pohlavně přenosné infekce jsou dnes velmi častým a rozšířeným zdravotním problémem, neboť se jedná o široké spektrum onemocnění s mnoha typy původců (bakterie, viry, prvoci, plísňe i parazité), která postihují především mladé, sexuálně aktivní lidi. Domnívám se, že již skutečnost, vyplývající z výsledků šetření, kde lze například výskyt syfilis pozorovat převážně ve věkové skupině 25-29letých a 30-34letých a výskyt gonokokových infekcí ve věkové skupině 20-24letých s občasným přestupem do věkové skupiny 25-29letých, je důvodem k tomu, abychom tomuto tématu věnovali svou pozornost.

Z výsledků je dále patrné, že výskyt přenosných infekcí je častější u mužů než u žen, na čemž se zřejmě podílí i fakt, že muži mají více sexuálních partnerek. Tato skutečnost může být ale ovlivněna také tím, že u mužů infekce způsobují více obtíží a jsou proto častěji nuceni vyhledat lékařskou pomoc. Dle mého názoru je ale jen otázkou času, kdy začne stoupat počet onemocnění také u žen, neboť došlo ke změně sexuálního chování a časnějšímu zahájení sexuálního života.

Trend výskytu „klasických“ pohlavně přenosných infekcí ve Středočeském kraji, v průběhu sledovaného období poukazuje na protichůdný směr. Když došlo k poklesu syfilitických nákaz, byl pozorován vzestup nákaz gonokokových a naopak. V posledních letech dochází ke zvyšování počtu syfilitických nákaz, gonokokových infekcí naopak ubývá. Počty hlášených onemocnění kapavkou, ale dle mého názoru neposkytují obraz o skutečné situaci, neboť zde hraje roli asymptomatický průběh kapavky u žen, podhlášenost případů onemocnění, samoléčitelství a nehlášení případů onemocnění praktickými lékaři a gynekology, kteří často tato onemocnění diagnostikují.

V okrese Nymburk nelze pozorovat stejný charakter výskytu „klasických“ sexuálně přenosných infekcí jako ve Středočeském kraji, neboť křivka výskytu syfilitických a gonokokových nákaz ukazuje podobný charakter.

Dále bych chtěla poukázat na fakt, že byly hlášeny případy vrozené syfilis, která může mít v určitých případech vážný zdravotní dopad jak na plod, tak na novorozence. Za této situace je nutno trvat nepřetržitě na vyhledávacích vyšetřeních těhotných žen ve spolupráci s gynekology.

Závěrem bych chtěla poukázat na skutečnost, že sexuálně přenosné infekce prokazatelně poškozují zdraví, a proto je dle mého názoru třeba snižovat počty

těchto onemocnění. Toho můžeme dosáhnout včasnou diagnostikou, účinnou léčbou a v neposlední řadě též důsledným vyhledáváním zdrojů a kontaktů. Ovšem jako nejdůležitější „zbraň“ v boji proti vzniku a šíření sexuálně přenosných infekcí vidím zdravotnickou osvětu mladých lidí před začátkem jejich pohlavního života, kde by měl být kladen největší důraz na primární prevenci těchto onemocnění.

Závěr

Pohlavní nákazy představují velmi závažný celosvětový problém, který si zaslouží zvýšenou pozornost, neboť celkový počet chorob přenášených pohlavním stykem bohužel stoupá, přičemž „klasické pohlavní nemoci“ jsou v relaci k infekcím chlamydiovým a virovým v ústraní.

Stoupající trend výskytu pohlavních chorob skrývá nové riziko, a tím je současná možná nákaza virem lidského imunodeficitu HIV. V roce 1998 byla s konečnou platností potvrzena hypotéza, podle níž přítomnost ostatních pohlavně přenášených chorob zvyšuje riziko přenosu vyvolané virem HIV. Zánětlivý, ulcerózní nebo jinak poškozený terén usnadňuje při rizikovém sexuálním chování vstup HIV do organismu a jeho další přenos.

I když je většina pohlavně přenášených chorob dobře léčitelných, je u bakteriálních infekcí patrný rozvoj rezistence a virové infekce jsou prakticky neléčitelné nebo jen velmi obtížně.

Souhrn

Tématem mé bakalářské práce jsou pohlavně přenosné infekce a trend jejich výskytu v okrese Nymburk. Myslím si, že toto téma je aktuální a velmi zajímavé, neboť se jedná o rozmanité a široké spektrum onemocnění.

Cílem mé práce je poukázat na celosvětově velmi závažný problém výskytu pohlavních nákaz. K nárůstu incidence pohlavních nákaz dochází v důsledku rostoucí prostituce, promiskuity, rizikového sexuálního chování a sexuálního turismu.

Svou práci jsem rozdělila na dvě části: teoretickou a praktickou.

V teoretické části popisuji jednotlivá onemocnění z hlediska jejich původce, klinického obrazu, diagnostiky a prevence, která je velmi důležitá v boji proti těmto nákazám.

Praktickou část jsem zaměřila na zmapování jejich výskytu v okrese Nymburk a je zde popsána jedna z forem primární prevence sexuálně přenosného a v současnosti velmi diskutovaného onemocnění HIV/AIDS. Jedná se o interaktivní hru, která dává mládeži možnost osvojit si základní znalosti o možnostech přenosu HIV, ostatních pohlavně přenosných infekcích a přemýšlet o vlastních postojích a chování v možných rizikových situacích.

K práci je přiložena obrazová dokumentace jednotlivých onemocnění a tabulky s grafy, vztahující se k výskytu těchto onemocnění.

Summary

My graduation theses is focused on sexually transmitted diseases and trend of their frequency in Nymburk region. I am convinced this subject matter is actual and very interesting for their various and wide spectrum.

Goal of my work refers to global serious problem of frequency of sexually transmitted diseases. Increase of incidence of sexually transmitted diseases is caused by growing prostitution, sexual promiscuity, risk sexual behaviour and sexual tourism.

In theoretical part of theses I describe particular disease in terms of their etiological agent, clinical picture, diagnostic and preventive that is very important in fight against described diseases.

Practical part is focused on description of their appearance in region Nymburk and further I am focused on one of the most serious forms primary prevention sexually transmitted and presently very discussed disease HIV/AIDS. I am concerned of interactive performance which gives young people possibility gets up basic knowledge ways of transmission HIV virus, other sexually transmitted diseases and think about self attitudes and behaviour in possibly risk situations.

Graphic documentation of particular diseases and tables with graphs relating to appearance of these diseases is attached.

Seznam použité literatury

1. -FRO-: Sexuálně přenosné choroby. [on-line]. 2003. Dostupnost z www: http://www.pharmanews.cz/2004_04/sexualni.htm
2. -STD-: STD 004. [on-line]. 2005. Dostupnost z www: <http://www.004.cz/std-004>
3. KŘEMENOVÁ, S. a KŘEMEN, J. Aktuální problematika výskytu a evidence pohlavně přenosných nákaz v ČR. *Marketing pro zdraví*, 1997, č. 4, s. 21-31.
4. KUBÁTOVÁ, A., JEDLIČKA, J., MRUŠKOVIČOVÁ, L., MRAVČÍK, V., PRŮCHOVÁ, E., ŠUPKOVÁ, V.. *Hrou proti AIDS*. Praha: Zdravotní ústav se sídlem v Plzni, KHS Plzeňského kraje se sídlem v Plzni a Státní zdravotní ústav Praha, 2003.
5. LékařiOnline.CZ: Hepatitida B. [on-line]. 2010. Dostupnost z www: <http://www.lekari-online.cz/infekcni-lekarstvi/zakroky/hepatitida-b>
6. Materiály Krajské hygienické stanice Středočeského kraje se sídlem v Praze územního pracoviště Nymburk
7. PROVAZNÍK, K. a spolupracovníci. *Manuál prevence v lékařské praxi I. – V. díl souborné vydání*. Praha: Státní zdravotní ústav, 1998, s. 364 – 484.
8. UZEL, R.: Sexuálně přenosné choroby. [on-line]. 2001 – 2005. Dostupnost z www: <http://www.planovanirodiny.cz/clanky/sexualne-prenosne-choroby>
9. Vyhláška Mzdr. č. 195/2005 Sb., kterou se upravují podmínky předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a hygienické požadavky na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče, které upravují povinnost hlášení přenosných onemocnění, tedy i sexuálních, ve znění pozdějších předpisů
10. Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů
11. ZÁRUBA, F., VOSMÍK, F., ZÁHEJSKÝ, J., BUCHVALD, J., JIRÁSEK, L.. *Dermatovenerologie*. Praha: Scientia medica, 1994, s. 215 – 230.
12. ZDRAVCENTRA.CZ: STD – Sexuálně přenosné choroby. [on-line]. 2009. Dostupnost z www: <http://www.ulekare.cz/clanek/std-sexualne-prenosne-choroby-1184>

Seznam obrázků, tabulek a grafů

Obrázek 1 - Původce kapavky - gonokoky <i>Neisseria gonorrhoeae</i>	10
Obrázek 2 – Elektronový mikroskop - <i>Neisseria gonorrhoeae</i>	10
Obrázek 3 - Kapavka - typický žlutozelený výtok z ústí močové trubice.....	11
Obrázek 4 - Kapavka - exantémy na dlaních.....	13
Obrázek 5 - Původce syfilis - <i>Treponema pallidum</i>	14
Obrázek 6 - Primární syfilitický vřed na penisu.....	14
Obrázek 7 - Symptom sekundární syfilis - exantém na dlaních	15
Obrázek 8 - Symptom sekundární syfilis - bělavé skvrny na jazyku a postižení sliznice dutiny ústní.	15
Obrázek 9 - Ulcerace jazyka ve stádiu terciální syfilis	16
Obrázek 10 - Ženský genitál postižený lymfogranuloma venereum	18
Obrázek 11 - Měkký vřed - muž s rozvinutým onemocněním.....	19
Obrázek 12 - AIDS – Kaposiho sarkom	23
Obrázek 14 - AIDS – Kaposiho sarkom na kotníku	23
Obrázek 15 - Bičenka poševní - <i>Trichomonas vaginalis</i>	27
Obrázek 16 - Mikroskopický obrázek muňky	28
Obrázek 17 - Ochlupení napadené muňkou	28
Obrázek 18 - Špičaté kondylomy v okolí rekta	30
Obrázek 19 - Akutní kandidóza perianální oblasti.....	32
Obrázek 20 - Balanopostitis candidomycetica - postižení žaludu a předkožky.....	33
Obrázek 21 - Roztoč - zákožka svrabová v nákresu.....	34
Obrázek 22 - Zákožka svrabová pod mikroskopem	34
Obrázek 23 - Postižení penisu četnými chodbičkami - zákožka svrabová.....	35
Obrázek 24 - Opar na pokožce penisu způsobený virem Herpes simplex	38
Obrázek 25 - Moluska - charakteristické pupínky	39
Obrázek 26 - Molusky napadený mužský genitál	39
Obrázek 27 - <i>Chlamydia trachomatis</i> - původce chlamydiové uretritidy	40
Obrázek 28 - <i>Chlamydia trachomatis</i> - původce trachomu oka	40
Obrázek 29 - Na fotografii je trachom oka	41
Obrázek 30 - Hrací karta	46

Tabulka 1 - Vývoj počtu onemocnění pohlavními nákazami ve Středočeském kraji v letech 1997 - 2009	62
Tabulka 2 - Počet hlášených onemocnění pohlavními nemocemi podle pohlaví ve Středočeském kraji.....	63
Tabulka 3 - Vývoj počtu onemocnění pohlavními nákazami v okrese Nymburk v letech 1997-2009.....	64
Graf 1 - Vývoj počtu onemocnění pohlavními nákazami ve Středočeském kraji v letech 1997-2009.....	62
Graf 2 - Syfilis - počet hlášených onemocnění pohlavními nemocemi podle pohlaví ve Středočeském kraji	63
Graf 3 - Gonokokové infekce - počet hlášených onemocnění pohlavními nemocemi podle pohlaví ve Středočeském kraji	64
Graf 4 - Vývoj počtu onemocnění pohlavními nákazami v okrese Nymburk v letech 1997-2009.....	65
Graf 5- Syfilis (jednotlivé typy) - vývoj počtu onemocnění v okrese Nymburk v letech 1997 – 2009	65

Seznam příloh

Příloha č. 1: Formulář „Hlášení pohlavní nemoci“

Příloha č. 2: Formulář „Depistážní šetření pohlavní nemoci“

Přílohy

Příloha č. 1

HLÁŠENÍ POHLAVNÍ NEMOCI

Důvěrné

A

IČO/PČZ: odd.: rodné číslo: č. obce byd.

Zdravotnické zařízení:

Adresa bydliště

Okres

(Pozn.: V následující části dotazníku vždy zakroužkujte odpovídající možnost.)

Zaměstnání

1. žák a student
2. žena v domácnosti
3. sex. výdělečně činní
4. nezaměstnaný
5. důchodce
6. vězeň
7. vazba
8. voják zákl. služby
9. voják profesionál
10. zaměstnanec MV
11. bezdomovec
12. dítě
13. zaměstnan
14. jiné
15. neznámo

Etnika

1. Čech
2. Rom
3. cizinec

Rizikové chování

(zakroužkujte i kombinaci uvedených možností)

1. homosexuál
2. bisexuál
3. i. v. narkoman
4. alkoholik
5. prostituce
6. promiskuita
7. jiné
8. nejištěno

Vzdělání

1. základní neukončené
2. základní ukončené
3. střední odborné
4. úplné střední odb.
5. úplné střední všeob.
6. bakalářské
7. vysokoškolské
9. nejištěno

Stav

1. nejištěno
2. svobodný /á
3. ženatý / vdaná
4. rozvedený /á
5. ovdovělý /á
6. druh / družka

Četnost onemocnění

1. první v životě
2. první v roce
3. recidiva
4. reinfekce
5. zjištěno při porodu
6. zjištěno při úmrtí

Datum 1. návštěvy: den měsíc rok

Datum vyšetření: den měsíc rok

Diagnóza:

Diagnóza potvrzena

(zakroužkujte i kombinaci uvedených možností)

1. kultivačné
2. serologicky
3. mikroskopicky
4. biochemicky
5. v zástinu
6. DFTAP test
7. VDRL
8. RRR
9. TPI test
10. TPHA
11. 19S IgM SPHA
12. FTA - ABS
13. pířva

Datum zahájení léčby: den měsíc rok

ATB / druh

1. Amoxicilin
2. Augmentin
3. Azithromycin
4. Azithreonam
5. Ceftriaxon
6. Deoxyrmykoin
7. Doxycylin
8. Erythromycin
9. Minocyclin
10. Netilmycin
11. Ofloxacin
12. PNC
13. Rulid
14. Spectinomycin
15. Sumamed
16. Trobicin
17. TTC
18. Zinnat

Léčen

1. ambulantně
2. hospitalizace
3. neléčen

Onemocnění vyhledané

1. náhodně
2. pro typické potíže
3. pro atypické potíže
4. depistáží

Vyšetření HIV

1. pozitivní
2. negativní
3. nejištěno

Zdroj

1. znám
2. neznám

Kontakty

1. ano
2. ne

Gravidita

1. ano
2. ne

Měsíc

Datum vyšetření HIV: den měsíc rok

B

Diagnózy dle podrobného seznamu MKN - 10

A50 VROZENÁ SYFILIS:

- .0 - časná s příznaky (do 2 let od narození)
- .1 - časná, latentní
(bez klin. projevů, s poz. serolog. reakcí a neg. testem v likvoru)
- .2 - časná vrozená syfilis, NS
- .3 - pozdní vrozená syfil. okulopatie
- .4 - pozdní vrozená neurosyfilis
(juvenilní neurosyfilis)
- .5 - jiná pozdní s příznaky (2 a více let po narození)
- .6 - pozdní, latentní
(bez klin. projevů, s pozd. serolog. reakcí a neg. testem v likvoru)
- .7 - pozdní vrozená syfilis, NS
- .9 - vrozená syfilis, NS

A51 ČASNÁ SYFILIS:

- .0 - primární genitální syfilis
- .1 - primární řitní syfilis
- .2 - primární syfilis jiných lokalizací
- .3 - sekundární syfilis kůže a sliznic
- .4 - jiná sekundární syfilis
- .5 - časná syfilis, latentní
(získaná bez klin. projevů s poz. serolog. reakcí a neg. testem v likvoru do 2 let po infekci)
- .9 - časná syfilis, NS

A55 LYMPHOGRANULOMA VENEREUM (CHLAMYDIOVÝ):

A57 CHANCROID - ULCUS MOLLE:

Kombinace s jinými převážně sexuálně přenosnými nemocemi: (patří sem komb. s dg. A56, A59, A60, A63, A64, B20.8, B37.4)

1 - ANO
2 - NE

Vyplnil:

Datum:

Razítko a podpis lékaře

NZIS 017 1

Příloha č. 2

Důvěrné

C DEPISTÁŽNÍ ŠETŘENÍ pohlavní nemoci

Jméno nemocného : rozený / á : r.č.

Adresa bydliště :

Zaměstnání : pracoviště :

ZDROJ NÁKAZY :

Příjmení			
Jméno			
Věk			
Adresa bydliště			
Okres			
Rodinný stav			
Pracoviště			
Zaměstnání			
Popis osoby			
Datum a místo koitu			
Jiné údaje			
Vyšetření u :			
Léčen u :			
DG			
Depistáž odeslána datum, kým			
Předán adresa zdrav. zařízení			
Poznámka			

KONTAKTY RODINNÉ

Životní partner - příjmení : jméno :

Datum narození : pracoviště : zaměstnání :

Adresa bydliště : okres :

Výslovně uvést, nebyl -li v kritické době koitus :

Další ohrožené osoby (včetně ostatních členů rodiny - rodiče , sourozenci , děti)

Příjmení			
Jméno			
Věk			
Adresa bydliště			
Okres			
Rodinný stav			
Pracoviště			
Zaměstnání			
Popis osoby			
Datum a místo koitu			
Jiné údaje			
Vyšetření u :			
Léčen u :			
DG			
Depistáž odeslána datum, kým			
Předán adresa zdrav. zařízení			
Poznámka			

V..... dne : 199...

Razítko a podpis lékaře

NZIS 017 1