

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Zdravotně sociální problematika pohlavně přenosných
onemocnění**
Health and social problems of venereal diseases
Diplomová práce

Autor :
Jana Němcová

Vedoucí práce :
MUDr. Jan Augustin

Datum odevzdání :
23. dubna 2007

Health and social problems of venereal diseases

The aim of the diploma work was the effort to map the problems and occurrence of sexually transmissible diseases, particularly gonorrhoea and syphilis, in Southern Bohemia in the time period 2000 – 2005. Standardized questionnaires “Report of venereal disease” of the Ministry of Health of the Czech Republic were used. The basic set is formed by patients that contracted during the period 2000 – 2005 one of the four sexually transmissible diseases subject to obligatory report to the National registry of venereal diseases of the Czech Republic. Four hypotheses were proposed for the subject.

The work is divided into two parts: a theoretical and a practical part. The current state of the issue is outlined in the theoretical part. Here are further described the most frequent sexually transmissible diseases, their prevention and also the social impact of prostitution and the effort to provide a legislative treatment to this problem.

The practical part covers the results of analyses of data from the given question-forms and their presentation in overview tables and graphs. Case studies of patients with syphilis from the Dermatovenerological department of the Hospital Ceske Budejovice are presented including an interesting photo documentation showing the clinical and epidemiological importance of this problem.

Diploma work leader: MUDr. Jan Augustin

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem svou diplomovou práci na téma Zdravotně sociální problematika pohlavně přenosných onemocnění. Vypracovala samostatně a použila pouze pramenů, které cituji a uvádím v bibliografii.

V Českých Budějovicích dne 23. 4. 2007

Podpis studenta.....

Poděkování

Ráda bych poděkovala MUDr. Janu Augustinovi za odborné vedení a konzultace při vypracování mé diplomové práce.

OBSAH

Úvod	9
1. Současný stav.....	11
1.1 Syfilis (příjice, lues).....	13
1.1.1 Charakteristika onemocnění	13
1.1.2 Primární stádium.....	13
1.1.3 Sekundární stádium.....	13
1.1.4 Terciální stádium	14
1.1.4.1 Neurolues	14
1.1.4.2 Kardiovaskulární syfilis	14
1.1.5 Kongenitální syfilis	15
1.1.6 Výskyt.....	15
1.1.7 Zdroj a inkubační doba onemocnění.....	16
1.1.8 Cesta přenosu	16
1.1.9 Vnímavost.....	16
1.1.10 Diagnostika	16
1.1.11 Léčba.....	17
1.1.12 Epidemiologická opatření	18
1.2 Kapavka - Gonorrhoea.....	19
1.2.1 Charakteristika	19
1.2.2 Původce onemocnění	19
1.2.3 Klinický obraz.....	19
1.2.4 Diagnostika	20
1.2.5 Zdroj a inkubační doba onemocnění.....	20
1.2.6 Cesta přenosu	20
1.2.7 Období nakažlivosti	21
1.2.8 Vnímavost.....	21
1.2.9 Výskyt.....	21

1.2.10	Epidemiologická opatření	21
1.3	Měkký vřed - ulcus molle	23
1.3.1	Charakteristika	23
1.3.2	Původce onemocnění a inkubační doba.....	23
1.3.3	Klinický obraz.....	23
1.3.4	Diagnostika a léčba	23
1.3.5	Výskyt.....	23
1.4	Lymphogranuloma venerum.....	25
1.4.1	Charakteristika onemocnění	25
1.4.2	Klinický obraz a inkubační doba	25
1.4.3	Diagnostika	26
1.4.4	Cesta přenosu	26
1.4.5	Vnímavost.....	26
1.4.6	Léčba.....	26
1.4.7	Výskyt.....	26
1.4.8	Epidemiologická opatření	27
1.5	Donovanosis - Lymphogranuloma inguinale.....	28
1.5.1	Charakteristika a výskyt.....	28
1.5.2	Původce onemocnění	28
1.5.3	Klinický obraz a inkubační doba	28
1.5.4	Diagnostika	28
1.5.5	Přenos infekce a opatření	29
1.6	HIV/AIDS	30
1.6.1	Historie vzniku onemocnění AIDS ve světě i u nás	30
1.6.2	Původce onemocnění	31
1.6.3	Klinický obraz.....	31
1.6.4	Diagnostika	32
1.6.5	Výskyt.....	33
1.6.6	Zdroj.....	33
1.6.7	Cesta přenosu	34

1.6.8	Inkubační doba.....	34
1.6.9	Období nakažlivosti	35
1.6.10	Vnímavost.....	35
1.6.11	Léčba.....	35
1.6.12	Epidemiologická opatření	36
1.6.13	Vyšetřování infekce HIV u dárců krve V ČR.....	36
1.7	Virová hepatitida B	38
1.7.1	Charakteristika onemocnění	38
1.7.2	Původce onemocnění	38
1.7.3	Klinický průběh VHB	38
1.7.4	Diagnostika	39
1.7.5	Léčba.....	40
1.7.6	Zdroj onemocnění	40
1.7.7	Cesta přenosu.....	41
1.7.8	Inkubační doba.....	41
1.7.9	Období nakažlivosti	41
1.7.10	Vnímavost.....	41
1.7.11	Epidemiologická opatření	42
1.8	Prostituce jako jedna z příčin šíření pohlavně přenosných nemocí	43
1.8.1	Prostituce a legislativa	46
1.8.2	Občanské sdružení "Rozkoš bez rizika"	48
2.	Cíl práce a hypotézy	50
2.1	Cíl práce	50
2.2	Hypotézy.....	50
3.	Metodika a materiál.....	51
3.1	Charakteristika základního souboru.....	51
4.	Výsledky.....	53
4.1	Tiskopis "Hlášení pohlavní nemoci	66
4.2	Práce depistážní sestry na dermatovenerologickém oddělení.....	67
4.3	Kazuistiky	67

4.3.1	Kazuistiky I.....	68
4.3.2	Kazuistika II.....	70
4.3.3	Kazuistika III.	72
5.	Diskuse	75
6.	Závěr	80
7.	Seznam použitých zdrojů	81
8.	Klíčová slova.....	84
9.	Přílohy	85

Úvod

Existence pohlavně přenosných nemocí je lidstvu známa od nepaměti. Již v Bibli najdeme popisy morových ran, zaviněných mimo jiné také nevázaným sexuálním životem. Na syfilis zemřelo mnoho významných osobností českých i světových dějin, jako například V. I. Lenin⁽⁴⁹⁾ a také světoznámý rakouský skladatel W. A. Mozart, který se prokazatelně nakazil od prostitutky.⁽²¹⁾

Později dostávala neurčitá tušení souvislostí mezi nemocemi a způsobem pohlavního života konkrétnější povahu. Klasické pohlavně přenosné nákazy, jako kapavka a syfilis, byly postupně rozpoznány jako hlavní zdravotní rizika pohlavní promiskuity. Až po druhé světové válce dostupnost antibiotik vedla mimo jiné ke snížení obavy lidí z pohlavně přenosných nemocí. Poprvé byla úspěšně antibiotika, konkrétně penicilin, užitá k léčbě syfilis v roce 1943. Byl to velice důležitý zlom v léčbě, neboť po válce i během války velice narostl počet nových případů pohlavně přenosných onemocnění, zvláště syfilis a kapavky, na stovky případů ročně. Nejvíce ohroženou skupinou i zdrojem onemocnění byli vojáci. Objev antibiotik byl tedy jeden z faktorů, které pomohly odstartovat takzvanou "sexuální revoluci". Dalšími faktory byly pokroky v antikoncepci a postupující emancipace společnosti včetně názorů na sexuální život.⁽³⁹⁾

Pro pohlavně přenosné nemoci je typické, že se zvyšuje počet původců, u kterých byl prokázán přenos pohlavním stykem. V posledních letech se sem kromě původců klasických pohlavních chorob, syfilitidy, kapavky a měkkého vředu, přiřadilo více než třicet nejrůznějších patogenů.⁽¹⁾ Klasické pohlavní infekce byly v poslední době předstíženy co do výskytu nemocemi jinými. Z hlediska celosvětového je nutno za nejzávažnější v uplynulých dvaceti letech považovat stoupající výskyt AIDS. Také řada dalších onemocnění jako genitální opary, kondylomata, ale i některá nádorová onemocnění jsou infekčního původu a jsou pohlavně přenosná.⁽⁹⁾

Sexuální život moderního člověka je determinován všemi podmínkami vývoje civilizace a změnami, za kterých se sexuální život uskutečňuje. Například mezi ně patří způsob života, nárůst rozdílů ve hmotné úrovni mezi zeměmi, nárůst všeobecné migrace

člověka, posuny v oblasti sexuálních rolí mezi pohlavími a v neposlední řadě urychlení biologického dospívání lidského druhu a tedy posun zahájení sexuálního života do nižšího věku. Podle většiny autorů nejrůznějších studií za posledních deset let pohybuje kolem 15 let, u žen o tři až čtyři roky dříve.⁽⁸⁾

Žijeme dnes v podmínkách rozvinuté pandemie AIDS. V mnoha zemích světa přibývá i klasických pohlavních nemocí. Rozvinuté země jsou postiženy vysokým výskytem tzv. nových pohlavně přenosných nemocí, jejichž příčiny byly objasněny teprve v posledních letech. Jako příklad lze uvést význam lidských papilomavirů ve vztahu ke gynekologickým nádorům.⁽¹³⁾ Pohlavně přenosné infekce jsou závažné také proto, že jejich původci svůj biologicko reprodukční cyklus dokonale přizpůsobily sexuálnímu. Jejich adaptace na lidský druh je vysoká. Některá tato onemocnění se mohou šířit někdy docela dobře i cestami zcela asexuálními.⁽⁸⁾

1. Současný stav

Problematikou pohlavně přenosných nemocí se zabývá lékařský obor venerologie. Z počátku šlo pouze o 5 klasických pohlavně přenosných chorob : syfilis (příjice, lues), kapavka, měkký vřed (ulcus molle), lymphogranuloma venerum a donovanosis (chlamydiové infekce). Postupem času a poznáním se zjistilo, že pohlavně přenosných nemocí je celá řada. Rovněž společný název těchto nemocí není zcela jednotný, mluví se o pohlavně přenosných nemocech (PPN), chorobách či infekcích (PPI). V odborné terminologii se dnes většinou používá zkratka anglického názvu - sexually transmitted diseases tedy STD.⁽⁴⁸⁾ V současné době je známo přes 30 nemocí, které mohou být přeneseny pohlavním stykem.⁽¹⁸⁾

Výskyt STD je do značné míry indikátorem sociálně - psychologických a morálních projevů ve společnosti. Na nárůstu STD se podílí nedostatečná preventivní opatření, nízká informovanost, zejména mladých lidí začínajících sexuálně žít, rodinné i jiné sociální zázemí, výchova v rodině.⁽⁴⁸⁾ Pohlavní choroby byly ještě v nedávné době počítány k chorobám sociálním. To i dnes platí, například v zemích třetího světa či v zemích s nezvládnutelnou civilizační explozí. V ekonomicky rozvinutých zemích však riziko pohlavně přenosných onemocnění lze vztáhnout na všechny sociální skupiny.⁽²⁹⁾

V posledních několika letech byl v České republice zaznamenán nárůst syfilis a naopak relativní pokles onemocnění kapavkou.⁽⁴⁰⁾

Hlášený výskyt však zdaleka nedosahuje počtu případů těchto onemocnění zaznamenaných například v poválečném období. V návaznosti na zkvalitnění diagnostických postupů a metod vyhledávání je současně pozorován nárůst výskytu chlamydiových a kvasinkových onemocnění. Rovněž problematika HIV/AIDS se stala v uplynulém desetiletí závažným globálním zdravotnicko - společenským problémem.⁽⁴¹⁾

Pohlavní choroby se vyskytují více ve velkých městech a také v příhraničních oblastech. To souvisí s turistickým ruchem, sexuální turistikou, anonymitou velkých aglomerací a volnějším morálními zásadami, než je tomu na venkově.⁽³²⁾ Jakkoliv jsou moderní léčebné postupy schopné léčit i vyléčit, s výjimkou infekce HIV/AIDS, nelze

dostatečně bránit dalšímu ohrožení jednotlivců a skupin obyvatelstva, neboť v podstatě jde o řetězovou reakci. Proto je nutné problém šíření STD chápat šířeji a to jako aspekt veřejného zdraví. ⁽¹⁹⁾

V posledních letech se i u nás při výskytu pohlavních chorob uplatňuje dříve zanedbaný faktor imigrace. Nelze vyloučit zavlečení zdrojů STD cestou turistů, přílivem zahraničních pracovních sil nebo v souvislosti s mezinárodní prostitucí. Cizí státní příslušníci jsou u nás často nelegálně a také sami neznají svůj zdravotní stav. Obdobně naši občané mohou být exponováni zdrojům infekce při pobytu v zahraničí. U nemocných se pak těžko identifikuje zdroj nákazy a možné kontakty, nákaza se pak může šířit snadněji dál.

Nejvíce ohroženou skupinou jsou mladé ženy do 18ti let věku, jejichž organismus není ještě dostatečně imunitně vybaven proti infekcím pohlavním ale i jiným polybakteriálním zánětům vnitřních rodidel. ⁽⁷⁾

Od roku 1997 převzala státní dohled nad pohlavně přenosnými onemocněními hygienická služba. Zaměstnanci hygienických stanic - orgánů ochrany veřejného zdraví - se stali i odborníci v oboru dermatovenerologie (lékaři i sestry), kteří vykonávají funkci odborných konzultantů.

V souladu s platným právním stavem je každý lékař povinen na standardizovaných formulářích "Hlášení pohlavní nemoci" hlásit každé pohlavně přenosných onemocnění v tiskopise uvedená, která se dostávají do Národního registru pohlavních nemocí v ČR. ⁽³⁶⁾

1.1 Syfilis (příjice, lues)

1.1.1 Charakteristika onemocnění

Syfilis je onemocnění probíhající v několika fázích. Klinicky primárním vředem, sekundárním výsevem puchýřků, obdobím latence a pozdními poškozeními vnitřních orgánů ve stádiu terciálním. Jde o infekční onemocnění, jehož **původce** je mikrob **Treponema pallidum**, řádu spirocheta, dobře citlivá na vnější prostředí i běžné dezinfekční prostředky.⁽¹⁴⁾

Syfilis se projevuje pestrout škálou příznaků, schopností napodobit celou řadu jiných nemocí. Může postihnout kterýkoli orgán nebo tkáň. Neléčená nebo nedostatečně léčená může být v pozdním stádiu příčinou úmrtí či invalidity nemocného.⁽⁴⁶⁾

U minimálně 95 % případů onemocnění je o infekci získanou pohlavním stykem. Jiný způsob přenosu, transfúzí, transplacentárně, při výkonu povolání je velmi vzácný. Vlivem léčby došlo v posledních letech ke změně klinického obrazu i průběhu nemoci.⁽⁴⁸⁾

1.1.2 Primární stádium

Typickým příznakem v primárním stádiu je tvrdý vřed (ulcus durum) v místě vstupu infekce do organismu (vnější pohlavní orgány, děložní čípek, prsní bradavky, okolí rekta, rty, jazyk, mandle). Objeví se 2 - 4 týdny po vstupu infekce do těla, je nebolestivý, produkující sérozní výpotek, provázený regionální zduřením uzlin. Za 4 - 6 týdnů dojde ke spontánnímu zhojení a vyléčení primárního postižení.⁽¹⁴⁾

1.1.3 Sekundární stádium

Asi u třetiny neléčených případů dojde za 8 - 12 týdnů po primární infekci a rozsevu mikroba v organismu ke vzniku sekundárního stádia. Vznikají typické vyrážky postihující kůži včetně dlaní i chodidel, jsou provázeny celkovými příznaky.⁽⁷⁾ Až v 85% případů nacházíme více či méně generalizované zduření uzlin (9. týden po infekci). Uzliny nebolí, při palpaci jsou gumovité. Zhruba u 7 % nemocných pozorujeme nejizvící ztrátu vlasů, která bývá úplná a okraje jsou neostré. Lze se setkat

i se zánětem ledvin, s postižením jater (žluté zbarvení kůže, zvětšená játra). Po několika týdnech, maximálně do jednoho roku i toto stádium spontánně vymizí a přechází do období latence.⁽⁴⁸⁾

1.1.4 Terciální stádium

Po měsících i letech latentního stádia nemoci, kdy lze infekci zjistit jen laboratorním vyšetřením, přechází třetina případů neléčené sekundární syfilis do terciálního stádia. Je nejméně nakažlivá pro okolí, neboť organismus uzavřel treponemy do ložiska ohraničeného chronického zánětu a infekce je omezena na některý orgán.⁽⁴⁶⁾

Toto stádium začíná za 5 - 20 let po primární infekci. Nejčastěji je postižen centrální nervový systém - neurolues, kardiovaskulární systém a kostní systém.⁽¹⁴⁾ Toto stádium v dnešní době nevidáme, ale bylo zcela běžné v uplynulých staletích. Trpěla jím a zemřela na ně řada významných osobností. Nebezpečí vzestupu tohoto onemocnění však nelze vyloučit, že se s ním po letech opět setkáme.⁽⁴⁷⁾

1.1.4.1 Neurolues

K neurosyfilis dochází asi u 6-7 % neléčených případů. V současné době se již málokdy objevuje v klasických formách. Zkreslení průběhu může způsobit podávání antibiotik pro zcela jiné zjevné onemocnění. Diagnóza neurolues je těžká, protože nemoc mnohdy může napodobovat zcela jiné poruchy CNS.⁽²⁰⁾

Do projevů neurolues patří zvýšený nitrolební tlak, zvýšená citlivost, obrny, abnormity v mozkomíšním moku, psychiatrické poruchy (poruchy řeči, bludy, demence až úplný rozpad osobnosti).⁽⁴⁸⁾

1.1.4.2 Kardiovaskulární syfilis

Ke kardiovaskulárním postižením dochází asi u 10 % neléčené syfilis, obvykle po 5 - 15 letech od primární infekce. Nejmírnější formou je nekomplikovaný zánět aorty, která obvykle postihuje vzestupnou aortu a bývá nejčastěji bezpříznaková, často zjištěna až při pitvě. Někdy ale vede k zeslabení aortální stěny a vzniku aneurysma - výdutě

s nebezpečím prasknutí a postižení věnčitých tepen a jejich zúžením a nedostatečností.⁽⁴⁸⁾

1.1.5 Kongenitální syfilis

Závažnou formou syfilis je kongenitální syfilis - vrozená. K přenosu syfilis z matky na dítě se děje téměř výhradně transplacentárně, velice výjimečně perinatálně nebo postnatálně.⁽¹⁵⁾

Průkaz spirochet v plodu lze již zjistit od 10. - 12. týdne těhotenství. Histologicky patrný nález bývá mezi 16. - 18. týdnem těhotenství. Při nákaze ženy v 1. polovině gravidity je nakažen plod vždy, v 24. - 32. týdnu těhotenství někdy. V posledních 6 týdnech těhotenství se nákaza většinou nepřenese.⁽⁴⁾ Riziko přenosu je tedy tím větší, čím je infekce matky čerstvější. Závažnost postižení plodu závisí také na stádiu onemocnění matky. Pokud je matka v časném infekčním stádiu v době otěhotnění, rodí se plod mrtvý s postižením jater a plic. Proto každé zvětšení jater u novorozence musí vést k rozvaze a vyloučení syfilis.⁽¹⁵⁾

Obecně je klinický obraz kongenitální syfilis velice rozmanitý, často se známky postižení objevují u přežívajících dětí až po několika týdnech.⁽²⁰⁾ Proto je nezbytné systematické klinické a laboratorní sledování všech novorozenců nemocných i suspektně nemocných matek a jejich vyšetřování za použití specifických vyšetřovacích metod.

Narozené děti postižené vrozenou syfilis ztrácejí na váze, objevují se otoky, horečky, zvětšení jater a sleziny, zvýšené hodnoty jaterních testů, těžké smrtelné záněty jater, typické jsou syfilitické výsevy na kůži.⁽⁴⁸⁾

Kongenitální syfilis je příčinou potratů, předčasných porodů s těžkými vývojovými poruchami. Může dokonce dojít i k bezpříznakové formě kongenitální syfilis s manifestací mezi 7. - 19. rokem života.⁽¹⁴⁾

1.1.6 Výskyt

Syfilis se vyskytuje na celém světě. Postihuje především mladé sexuálně aktivní osoby, dříve měla výrazný sociální charakter.⁽¹⁾ V naší republice jsou případy syfilis

hlášeny do zdravotnických statistik od roku 1953.⁽⁸⁾ Po poklesu počtu akutních případů (přes 400 případů v roce 1953, ojedinělé případy v polovině 60. let) došlo ke konci 60. let a začátkem 70. let k opětovnému nárůstu. Zvýšení výskytu bylo zaznamenáno i začátkem let 80 (přes 300 nových případů ročně). V letech 1990 - 1993 bylo hlášeno průměrně 150 případů syfilis ročně.⁽²⁾

1.1.7 Zdroj a inkubační doba onemocnění

Zdrojem onemocnění je jedině nemocný člověk v primárním či sekundárním stádiu i v prvních letech latentního stádia. Inkubační doba onemocnění je v rozmezí 10 - 90 dnů, nejčastěji 3 týdny.⁽¹⁴⁾

1.1.8 Cesta přenosu

Nejčastěji dochází k nákaze přímým kontaktem s kontaminovanými tělními tekutinami infikovaných osob, hlavně při pohlavním styku. Vzácně může dojít k přenosu infekce kontaminovanými předměty (např. jídelními příbory).⁽²⁴⁾ K profesionálním infekcím (primární postižení na ruku) dochází u zdravotníků následkem vyšetřování infekčních projevů u pacienta. Může dojít k přenosu i krevní transfúzí, je - li dárce v časném stádiu onemocnění. Transplacentární přenos nebo infekce při porodu jsou příčinou kongenitální syfilis.⁽¹⁴⁾

1.1.9 Vnímavost

Vnímavost k onemocnění je všeobecná, i když se infekce vyvine asi u 30 % exponovaných. Imunita po onemocnění je částečná, zkřížená mezi *Treponema pallidum* a nevenerickými treponemami. U včas léčených případů se nevyvine.⁽³¹⁾

1.1.10 Diagnostika

Stanovení diagnózy může být jednak mikroskopickým průkazem *Treponemy pallidum* v 1. nebo ve 2. stádiu syfilis (z primárního vředu a z kožních projevů ve 2. stádiu), jednak specifickými sérologickými testy, což je možné ve všech stádiích onemocnění, protilátky jsou v séru pozitivní od 2. týdne trvání onemocnění.⁽⁴⁸⁾

Pro včasné stanovení diagnózy a tak i včasné zahájení léčby je nutné, aby jakýkoliv vřed na genitálu byl co nejdříve vyšetřen dermatovenerologem, který provede mikroskopické vyšetření v tzv. zástinu.⁽¹⁵⁾ Do té doby nesmí být vřed jakkoli ošetřován, protože necíleně zevně, či celkově podaný lék (např. antibiotika) syfilis vyléčí, ale zato znesnadní nebo znemožní velmi cenný přímý důkaz průkazu původce. Onemocnění pak navíc může probíhat netypicky. Tím se rozpoznání i samotné zahájení léčby syfilis zpozdí.⁽³⁶⁾

Není - li přítomen žádný z projevů syfilis, provádí se vyšetření krevního séra nebo mozkomíšního moku. Odběr testů na syfilis lze provést kdykoliv. U některých skupin obyvatel (těhotné ženy, dárci krve) se provádějí testy v rámci tzv. sreeningu, tedy vyhledávání časných forem nemoci v populaci.⁽⁴¹⁾

1.1.11 Léčba

Syfilis je pohlavní onemocnění, a proto je zákonem stanoven léčebný režim i povinná hospitalizace a dispenzarizace nemocného. Léčbu syfilis zajišťuje dermatovenerologické lůžkové zařízení. Léčba probíhá v nemocnici na lůžku a spočívá v podání odpovídající dávky antibiotika dle citlivosti. V počátcích antibiotické éry byla metodou volby aplikace Penicilinu nebo Erytromycinu. První aplikace penicilinu při onemocnění syfilitidou spadá do roku 1943.⁽³⁹⁾ V návaznosti na nárůst rezistencí mikrobů vůči antibiotikům se v současných podmínkách musí aplikace antibiotik individualizovat na základě konkrétně zjištěné citlivosti.

Důležitá je délka léčby 3 - 4 týdny. Následuje dlouhodobé sledování pacienta, u časných stádií syfilis 2 roky, u pozdních celý život. Rozhodující je vyloučení orgánového postižení - oka, centrálního nervového a kardiovaskulárního systému.⁽¹⁵⁾

Neléčena nebo špatně léčená syfilis se zevně zdánlivě spontánně zhojí, ovšem generalizace onemocnění vede k systémovému postižení i s následkem smrti.⁽¹⁴⁾

Ke stanovení diagnózy, léčbě a dispenzarizaci, má oprávnění lékař - dermatovenerolog. Všechny údaje podléhají velmi přísnému lékařskému tajemství, což je důležité s ohledem na časté předsudky některých lidí vůči nemocným s lues.

1.1.12 Epidemiologická opatření

Základem je včasná diagnostika a léčba, spolupráce pacienta při vyhledávání a vyšetření všech sexuálních kontaktů nemocného dermatovenerologem. V případě, že jsou ložiska mimo oblast krytou kondomem, nemůže ani kondom vzniku nemoci zabránit.

Povinné je hlášení do Národního registru pohlavní nemoci, izolace a vyléčení nemocného, aktivní vyhledávání všech kontaktů a zdrojů onemocnění. Sérologické vyšetřování těhotných žen k prevenci kongenitální syfilis a v případě narození dítěte s vrozenou syfilis vyšetření rodinných kontaktů klinicky i sérologicky.⁽¹⁴⁾

U mladých lidí, kteří začínají sexuálně žít, je nutné co největší informovanost v oblasti sexuální výchovy a možností prevence.

1.2 Kapavka - Gonorrhoea

1.2.1 Charakteristika

Kapavka je akutní hnisavý zánět, postihující primárně sliznici močopohlavního ústrojí. Její výskyt je 10x častější než syfilis.⁽³³⁾ Může způsobit i zánět oční spojivky, konečníku a vzácně i sliznice nosu, úst a hltanu. Krevní cestou může vyvolat i onemocnění pohybového aparátu, endokardu a oční duhovky. Název pochází z řeckých slov gonos - semeno a rhoein - téci.⁽⁴⁸⁾

1.2.2 Původce onemocnění

Původcem onemocnění je gram - negativní mikrob - diplokok *Neisseria gonorrhoeae*, v medicínském žargónu nazývána gonokok. Je velice citlivý na podmínky vnějšího prostředí, mimo lidský organismus rychle hyne.⁽¹⁴⁾

1.2.3 Klinický obraz

Gonokoková infekce má odlišný průběh u mužů a žen.

U **mužů** dochází k hnisavému výtoku z močové trubice a potíží při močení - bolest, pálení a řezání při močení, za 2 - 7 dnů po vstupu infekce do těla.⁽¹⁴⁾ Hnis je hustý, žluté až zelenožluté barvy, někdy s příměsí krve. Později hnisavá sekrece ustupuje, mění se v bělavou, eventuelně čirou až sklovitou.⁽¹⁵⁾ Může i vymizet a být přítomna pouze zrána, postupně přecházet do chronicity a způsobovat další sexuální poruchy, chronický zánět prostaty a tím vést k neplodnosti muže.⁽⁴⁸⁾

U **žen** se za několik dnů po expozici infekce objevuje počáteční zánět močové trubice nebo zánět děložního hrdla a čípku, jejichž příznaky mohou být velmi mírné až přehlédnutelné.⁽¹⁴⁾ S přechodem do chronicity potíží a onemocnění může probíhat bez zjevných příznaků. Mohou následovat komplikace vedoucí k neplodnosti či ektopické graviditě. K celkovým komplikacím kapavky u žen patří vyrážka, zánět mozkových blan, zánět aorty.⁽⁴⁸⁾

U těhotné ženy s gonokokovou infekcí může dojít k přenosu onemocnění na dítě. Nejčastěji se tak děje při průchodu plodu porodním kanálem. U infikovaných

novorozenců dochází ke gonokokovému zánětu spojivek, který může způsobit slepotu, pokud není správně a rychle léčen.⁽⁴⁵⁾ Dnes se proto u všech novorozenců provádí tzv. kredeizace, tedy výplach spojivkového vaku antiseptickým roztokem, bezprostředně po porodu. Až u 1 % infikovaných vzniká septikémie vedoucí k zánětům kloubů, k poškození kůže a vzácně k zánětu mozkových blan a zánětu endokardu. Úmrtí novorozenců na gonokokové infekce jsou vzácná, s výjimkou nemocných se zánětem endokardu.⁽¹⁴⁾

U homosexuálů bývá častější záchyt rektální kapavky po análním pohlavním styku. Může probíhat zcela bez příznaků, nebo se objeví svědění kolem konečníku, bolesti při vyprazdňování stolice, ve které může být hnis či může samovolně z rekta vytékat.⁽⁴⁵⁾

1.2.4 Diagnostika

Diagnóza se stanoví na základě výsledků vyšetření z odebraného biologického materiálu :

u muže : se provádí odběr z močové trubice, rekta, nosohltanu, nosu a spojivek popřípadě i z jiných kožních či slizničních projevů.

u ženy : se provádí odběr z močové trubice, děložního hrdla, rekta, nosohltanu, nosu, spojivek a popřípadě jiných postižených orgánů.⁽⁴⁸⁾

Odebraný materiál se vyšetřuje jednak mikroskopicky, kdy je snaha o přímý průkaz původce onemocnění, tedy *Neisseria gonorrhoeae*, v mikroskopickém preparátu a jednak bakteriologicky kultivací na příslušné selektivní půdě. Také se provádějí testy citlivosti na antibiotika, což je důležité k zahájení úspěšné léčby.

1.2.5 Zdroj a inkubační doba onemocnění

Zdrojem onemocnění je jedině člověk. Inkubační doba je poměrně krátká 2 - 4 dny.⁽²³⁾

1.2.6 Cesta přenosu

Infekce se přenáší kontaktem, většinou přímým, se slizničními výpotky, téměř vždy jako výsledek sexuální aktivity. Nepřímý přenos infikovanými předměty je vzhledem

k vysoké citlivosti gonokoka na zevní prostředí je vzácný.⁽¹⁵⁾ Novorozenci a malé děti mohou onemocnět, klinicky zánět spojivek, získat asexuální cestou od infikovaných matek.⁽¹⁴⁾

1.2.7 Období nakažlivosti

Období nakažlivosti může být dlouhé, zejména u bezpříznakových onemocnění. Po zahájení terapie účinnými antibiotiky nakažlivost končí během 24 - 48 hodin.⁽¹⁴⁾

1.2.8 Vnímavost

Vnímavost k onemocnění je všeobecná. Byly prokázány protilátky po prodělaném onemocnění, avšak původci onemocnění gonokokovou infekcí jsou antigenně velmi různorodí a reinfekce jsou zcela běžné.⁽¹⁵⁾ Ženy užívající nitroděložní kontraceptiva, jako prostředek bránící početí, jsou ve vyšším riziku zánětu vejcovodů první tři měsíce po zavedení.⁽²³⁾

1.2.9 Výskyt

Gonokokové infekce se vyskytují na celém světě u obou pohlaví. Vyšší výskyt je zaznamenán u mladých sexuálně aktivních dospělých jedinců. Prevalence je nejvyšší v komunitách s nižší socioekonomickou úrovní.⁽¹⁾ V některých vyspělých zemích došlo k poklesu počtu onemocnění během posledních 20. let, nicméně znepokojujícím faktem zůstává celosvětové rozšíření rezistence na podávaná antibiotika proti této infekci.⁽¹⁴⁾

1.2.10 Epidemiologická opatření

Preventivní - prevence je založena na bezpečných sexuálních praktikách - věrnost v partnerství, nevyhledávat náhodné sexuální známosti a pokud již k náhodnému styku dojde, vždy použít kondom. Důležitá je stálá zdravotní osvěta ve všech věkových kategoriích.⁽³⁰⁾ Zmíněná preventivní opatření platí všeobecně u všech pohlavně přenosných onemocnění.

Speciální pozornost je nutno věnovat novorozeneckému zánětu spojivek - vyšetřování těhotných, kredeizace novorozenců. Depistáže v rizikových skupinách.

Preventivní screeningová vyšetření a odborná poradenská činnost v rizikových skupinách - prostitutky, prostituti, drogově závislí apod. Na formě této prevence se většinou podílejí neziskové organizace jako je La Strada, nadace Eva, Rozkoš bez rizika.

Represivní - povinné hlášení onemocnění i případu podezřelého z infekce. Povinná léčba nemocného, může být pouze ambulantní.⁽³⁴⁾ Odběr klinického materiálu na laboratorní průkaz etiologie. Vyhledání kontaktů nemocného, jejich následné vyšetření a v případě pozitivního výsledku zahájit příslušnou antibiotickou terapii.

1.3 Měkký vřed - ulcus molle

1.3.1 Charakteristika

Měkký vřed je sexuálně přenosné onemocnění genitálu, charakterizované většinou mnohočetnými, křehkými, neztvrdlými bolestivými vředy. Někdy bývají označovány jako tzv. šankroid. Vedle vředů je typické zduření tříselných uzlin tzv. bubonů.⁽⁴⁰⁾

1.3.2 Původce onemocnění a inkubační doba

Původcem onemocnění je *Haemophilus ulceris mollis*, gramnegativní štíhlá bakterie tvaru tyčky. Ve starší literatuře můžeme nalézt název *Streptobacillus*. Je citlivá na zvýšenou teplotu a vyschnutí.⁽²⁷⁾

Inkubační doba onemocnění je několik hodin až 5 dnů, nejčastěji 2-3 dny.⁽⁴⁰⁾

1.3.3 Klinický obraz

Na genitálu se objeví bolestivý vřed, který je poměrně rozsáhlý. Na spodině vředu je hnisavý výpotek hnilobně zapáchající. Spodina vředu není tvrdá, je hrbolatá a okraje jsou otřepené, při stisknutí nebo tření snadno krvácí. Nápadná je bolestivost a mnohočetnost vředů.⁽⁴⁰⁾ Velice zřídka se mohou vředy objevit i na prstech, rtech nebo krčních mandlích. Vřed přetrvává týdny a hojí se viditelnou vkleslou jizvou. U většiny nemocných jsou bolestivě zduřené tříselné uzliny.⁽²⁷⁾

1.3.4 Diagnostika a léčba

Provádí se mikroskopický průkaz původce při použití speciálního barvení a bakteriologická kultivace. Léčba je antibiotická.⁽¹²⁾

1.3.5 Výskyt

V ČR je výskyt tohoto onemocnění výjimečný, téměř nulový, naposledy zde bylo toto onemocnění diagnostikováno v roce 1991. Pokud by se však objevilo, podléhá povinnému hlášení. Ze všech okolních států je výskyt onemocnění hlášen, zejména

z Polska a Německa. Musíme počítat se změnou naší příznivé situace a možným záchytem onemocnění i u nás.⁽⁴⁶⁾

1.4 Lymphogranuloma venerum

1.4.1 Charakteristika onemocnění

V současné době Lymphogranuloma venerum celosvětově označováno za prokazatelně nejčastěji sexuálně přenosné onemocnění, jehož původcem je bakterie, konkrétně Chlamydia trachomatis. Odhad WHO je ročně 500 miliónů nových STD infekcí a z toho až 90 miliónů je připisováno právě Ch. trachomatis. Jako sexuálně přenosný patogen byla objevena až na rozhraní 60. a 70. let. Celé spektrum onemocnění, které může vyvolat, bylo definováno ještě později.⁽⁴⁸⁾

1.4.2 Klinický obraz a inkubační doba

Onemocnění velmi často začíná malou nebolestivou erozí vzhledu malého puchýřku či uzlíku na penisu nebo vulvě, která se často přehlédne, neboť rychle se hojí a nebolí. U primární eroze je inkubační doba 7- 21 dní. Za několik dnů po zhojení primárního puchýřku dochází ke zduření uzlin, které jsou tužší a mírně bolestivé. přidružují se bolesti hlavy, třesavka, horečka a bolesti kloubů.⁽³⁷⁾

U mužů se objevuje zánět močové trubice, který může být komplikován zánětem nadvarlete, dále jako zánět konečníku, prostaty nebo zánět kloubů. Infekce často vyústí v otok zevních orgánů a ve změnu jejich tvaru, tzv. saxofonový penis.⁽³¹⁾

U žen je infekce cílena do děložního hrdla, děložního čípku či vaječnicků, méně často do močové trubice či konečníku. Často se onemocnění vyskytuje společně s jinou pohlavně přenosnou infekcí, zejména s kapavkou nebo trichomoniázou - pohlavně přenosná infekce, kde původcem onemocnění je prvok Trichomonas vaginalis - Bičenka poševní.⁽⁷⁾ Průběh onemocnění bývá často bezpříznakový, u žen až v 80 % a u mužů v 50 % případech onemocnění. Pokud jsou nějaké příznaky, tak většinou obtíže při močení - pálení, řezání při močení, výtok, bolestivost. Dále se objevuje zvětšení regionálních mízních uzlin a celkové příznaky jako horečka, bolesti hlavy, bolesti svalstva. Zde je inkubační doba i několik měsíců.⁽⁴⁾

1.4.3 Diagnostika

Pokud se týká diagnostiky *Lymphogranulona venerum*, těžištěm zůstává klinický obraz, při čemž však kultivační pokus má být vždy proveden, i když naděje na izolaci původce je sotva 50%. Onemocnění se u nás od konce druhé světové války prakticky nevyskytuje, až v posledních několika letech byly zachyceny ojedinělé případy. Další diagnostickou možností je průkaz protilátek v séru nemocného.⁽⁷⁾

1.4.4 Cesta přenosu

Infekce se přenáší pohlavní i nepohlavní cestou. Sexuální přenos tvoří odhadem většinu močopohlavních nákaz. Je určován technikou pohlavního styku - orální, vaginální, anální. Nepohlavní cestou je to zejména přenos vertikální - z matky na dítě během těhotenství, perinatálně - během porodu a nepřímo - nedodržením hygieny, např. přenosem potřásněnými prsty rukou z genitálu do očí.⁽¹²⁾

1.4.5 Vnímavost

Více vnímavější k infekci jsou mladé dívky, které brzy zahajují svůj pohlavní život. Na větší vnímavosti se podílí celková nevyzrálость imunitního systému vůči infekci a polymikrobiálním zánětům. Dalším predisponujícími faktory je zvýšená frekvence styků, promiskuita, potraty, nedostatečná hygiena genitálu.⁽²⁰⁾

1.4.6 Léčba

Chlamydie je citlivá k antibiotikům s vysokým tkáňovým průnikem. Pokud není nasazena účinná terapie, mohou chlamydie přetvávat v genitálu i léta. Lékem první volby jsou většinou u nekomplikovaných infekcí antibiotika tetracyklinové řady.⁽²⁰⁾

1.4.7 Výskyt

Onemocnění *Lymphogranuloma venerum* se u nás vyskytuje vzácně. Je běžné, stejně jako trachom - onemocnění očí, v oblastech tropického a subtropického pásma - Asie, Afrika, Jižní Amerika.⁽⁵⁰⁾

1.4.8 Epidemiologická opatření

Největším problémem je velký počet bezpříznakových chlamýdiových infekcí, které se velmi lehce udržují v populaci. Následkem neléčených infekcí může být mimoděložní těhotenství, spontánní potrat, neplodnost žen zapříčiněná neprůchodností vaječníků a neplodnost mužů, pokud je infekce komplikována zánětem nadvarlat. Jediný způsob, jak ochránit reprodukční zdraví žen, jsou vyhledávací programy. Prevence je možná pouze u žen v rámci preventivních a těhotenských gynekologických prohlídek. Muži, u kterých infekce probíhá zcela bez zjevných známek onemocnění, jsou nejlepším zdrojem v dalším šíření infekce, neboť jakékoli účinné terapii se nepodrobí.⁽⁷⁾

V ČR se testování na *Chlamydie trachomatis* provádí pouze u symptomatických pacientů dermatovenerologických oddělení, eventuálně na gynekologii, a dále v případech, kdy se již projeví pozdní následky, tzv. u sterilít.³⁰ Aktivní vyhledávání infekce u těhotných žen se provádí jen výjimečně. Pokud je většina případů bezpříznaková, je u nás zachyceno velmi malé procento případů. Prevalenční studie nebyla v ČR ještě doposud provedena. Výskyt urogenitálních chlamýdiových infekcí se v okolních státech pohybuje mezi 5 až 15 % a podle podobného způsobu života se lze domnívat, že prevalence onemocnění u nás bude podobná.⁽⁷⁾

1.5 Donovanosis - Lymphogranuloma inguinale

1.5.1 Charakteristika a výskyt

Granuloma inguinale neboli Donovanosis je vleklá bakteriální nákaza, pomalu se rozvíjející, postihující kůži a podkoží genitálií a přilehlých oblastí. Vyskytuje se hlavně v tropech a subtropích. Migrací obyvatel jsou hlášeny případy v USA, Velké Británii, ale též v Evropě. U nás se běžně nevyskytuje, ale patří k nemocem podléhajícím zákonným opatřením a povinnému hlášení. Důležité je nezaměňovat s granuloma venerum.⁽³¹⁾

1.5.2 Původce onemocnění

Původcem Donovanosis je bakterie - tyčinka dříve nazývaná *Donovania granulomatis* nyní *Calymmatobacterium*. Je gram negativní a opouzdřená, stále ne zcela taxonomicky určena. Je možná její kultivace na kuřecím embryu.⁽³²⁾

1.5.3 Klinický obraz a inkubační doba

Objevují se jednotlivé nebo mnohočetné zarudlé vřídky, zejména na penisu u muže, u žen na velkých stydkých pyscích. Primární ložisko se pomalu zvětšuje a během několika dnů snadno praskne a krvácí a mění se ve vřed se zahrnutými nebo převislými okraji. Nehojící se vřed se dále šíří, mnohdy podkožně, u mužů do třísel, u žen k řitnímu otvoru. Podkožní uzlíky snadno prasknou a krvácí, což je typické právě pro toto onemocnění. Neléčená infekce způsobuje těžké následky jako rozrušení penisu nebo uzávěr močové trubice.⁽⁷⁾ Inkubační doba u muže je 14 dní a u ženy 11 dní.⁽⁴⁸⁾

1.5.4 Diagnostika

Určení původce Donovanosy může být stanovena v těch případech genitálních a perigenitálních vřidků, při nichž je průkaz *Treponema pallidum* v tzv. zástině opakovaně negativní a sérologie syfilis po čtyřech týdnech také negativní. Rovněž jsou přítomna tzv. Donovanova tělíška, což jsou v podstatě nahloučené mikroorganismy

v makrofázích pozorovatelné po obarvení Giemsovou metodou. Tato tělíška lze rovněž prokázat elektronopticky.⁽³¹⁾

1.5.5 Přenos infekce a opatření

Přenos infekce je sexuálním stykem u osob s nízkým stupněm hygieny a vysokou promiskuitou. Infekciozita je poměrně malá, původce se vyskytuje v endemických oblastech jako střevní parazit.⁽³²⁾

Epidemiologická opatření proti vzniku a šíření infekce jsou stejná jako u předchozích pohlavně přenosných onemocnění.

1.6 HIV/AIDS

1.6.1 *Historie vzniku onemocnění AIDS ve světě i u nás*

V relativně krátké historii AIDS - Acquired Immunodeficiency Syndrome, tedy syndrom získaného imunodeficitu, lze pozorovat nejméně tři období. Prvé začalo v polovině 70. let a je možno jej označit jako období klidu. Během něho docházelo k šíření infekce HIV zejména v subsaharských oblastech, ale také v USA. Toto šíření však zůstávalo nepoznáno a tedy nemohlo být nijak omezováno.⁽⁴²⁾

V 80. letech minulého století, konkrétně v roce 1981, bylo v odborné literatuře poprvé popsáno nové onemocnění člověka, jehož podstata spočívala v selhání buněčné imunity a onemocnění bylo pojmenováno jako syndrom získaného selhání imunity - AIDS. Prudce stoupající počet onemocnění, jejich časová a místní souvislost svědčily již od začátku o infekční etiologii.⁽⁴²⁾

Popisem prvních případů onemocnění AIDS, zejména u mladých homosexuálů, narkomanů a hemofyliků, tedy začíná druhé období této infekce. V roce 1983 došlo k objevení původce a objasnění způsobu přenosu. V roce 1985 se koná Mezinárodní konference o AIDS v Atlantě a po ní začíná třetí období mobilizace vědecko-technických prostředků a zdravotnických služeb v boji proti této nemoci.⁽⁴²⁾

Mezinárodní situace v 80. letech byla dosti chaotická. Objevily se spekulace o původu AIDS, o počtu infikovaných i nemocných osob. Ve většině rozvojových zemích chyběly laboratorní i personální kapacity a byla, často i záměrná, nedostatečná informovanost. Stejně tak tomu bylo i v naší zemi., chyběla odborná literatura, laboratorní techniky, odborníci, nebyl žádný internet. Informovanost naší laické i odborné veřejnosti byla potlačovaná politickým vedením země, které podporovalo názor, že AIDS - způsobem jeho přenosu a profilem postižených osob - je důsledkem životního stylu a společenských podmínek kapitalistického západu a že toto nebezpečí u nás nehrozí. To vše se odrazilo na nedostatečné osvětě, ale i zejména v přidělování finančních prostředků na zařízení a provoz laboratorní diagnostiky HIV.⁽⁴²⁾

I přes všechny obtíže se v roce 1984 podařilo Ministerstvu zdravotnictví ČSSR na základě doporučení WHO realizovat první kroky směřující k diagnostice, hlášení

a prevenci tohoto onemocnění. První laboratorně ověřený případ na tehdejší území ČSSR byl diagnostikován v roce 1985. Od samého začátku provázely boj proti AIDS velké problémy s přísně nařízenými principy důvěrnosti informací, dodržování lékařského tajemství, což se projevilo zejména při pokusech po pátrání po zdroji nákazy, či dalších kontaktech pozitivní osoby.⁽⁴²⁾

1.6.2 Původce onemocnění

HIV (Human Immunodeficiency Virus), virus lidského imunodeficitu se řadí 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 v oblastech západního pobřeží Afriky.⁽¹⁴⁾

Pro HIV virus stejně tak jako pro ostatní retroviry je charakteristická schopnost zabudovat svou genetickou informaci do genomu hostitelské buňky a vyvolat její chronickou celoživotně perzistující infekci. V současné době nemáme prostředky, které by dokázaly z infikované buňky virový genetický signál eliminovat. HIV virus napadá především buňky imunitního systému, zejména T lymfocyty. Může však přímo infikovat i řadu dalších buněk, jako jsou slizniční Langerhansovy buňky slinivky, buňky glie a další.⁽⁴⁸⁾

1.6.3 Klinický obraz

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.⁽¹⁴⁾

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 prchavá vyrážka, jindy připomínající obraz infekční

mononukleózy a jen vzácněji se objeví neurologická symptomatologie - sérózní zánět mozkových blan. V krevním obraze bývá zvýšený počet bílých krvinek. Tato primární infekce pravidelně spontánně odchází.⁽⁴⁾

Po této fázi nastává různě dlouhé období latence, kdy postižený nemívá jakékoliv potíže. V době bezpříznakového nosičství HIV infekce však dochází k postupným změnám imunitního systému, jehož nejnápadnějším výrazem je pokles T lymfocytů.

Symptomatická fáze HIV infekce je charakterizována výskytem opakovaných infekcí močopohlavního traktu, výsevem pásového oparu, zvětšením uzlin na více místech těla a celkovými příznaky, jako jsou únava, horečky, průjmy, hubnutí.⁴ V průběhu symptomatického stádia HIV je nutno počínat s nástupem oportunních infekcí, tedy infekcí postihující organismus za určitých podmínek vhodných pro daného patogena, zejména při oslabení imunitních mechanismů postiženého jedince. Důsledkem je často těžký průběh s neočekávanou lokalizací. U pacientů s HIV pozitivitou tyto infekce signalizují již nástup rozvinutého onemocnění AIDS. U postižených se vyskytují těžké záněty plic, nádory nebo dalšími projevy, jako je HIV postižení mozku a wasting syndrom (kachexie). Výskyt velkých oportunních infekcí je důsledkem těžké poruchy imunitního systému a je obvykle spojen s velkým poklesem CD4 lymfocytů.⁽¹⁴⁾

1.6.4 Diagnostika

Diagnostika HIV se opírá především o specifickou mikrobiologickou diagnostiku. Nejdůležitější principy laboratorní diagnostiky a používané metody :

Průkaz specifických HIV protilátek je spolehlivou, citlivou specifickou metodou diagnostiky HIV/AIDS. Vyžaduje odběr 5-7 ml žilní krve. Používá se i k vyšetřování krevních dárců pro zajištění bezpečnosti krevních konzerv a krevních derivátů. Pro vyloučení falešně pozitivních nálezů je třeba každý pozitivní výsledek ověřovat v systému konfirmačních testů. Při negativním výsledku je nutno stále ještě uvažovat časový faktor tak, aby se vyloučil falešně negativní nález, způsobený vyšetřením v období tzv. imunologického okénka, to je v době, kdy vyšetřovaný ještě nestačil po své

HIV infekci vytvořit detekovatelné protilátky. Délka tohoto období byla stanovena na 3 měsíce.⁽⁴⁾

Přímý průkaz viru v biologickém materiálu je velmi nesnadná a náročná metoda, která se používá jen ve speciálních případech (např. u novorozenců HIV infikovaných matek). Vyžaduje odběr 5-7 ml nesrážlivé krve.⁽¹⁵⁾

Průkaz virového genomu (virových nukleových kyselin) v biologickém materiálu, především polymerázovou řetězovou reakcí (PCR). Vyžaduje odběr 5-10 ml nesrážlivé krve.⁽¹⁵⁾

1.6.5 Výskyt

Výskyt onemocnění AIDS je celosvětový, jedná se o pandemii. V roce 2004 bylo na světě 40 miliónů infikovaných virem HIV. Více jak polovina nově infikovaných osob virem HIV je věkové skupině 15 - 24 let.⁽¹¹⁾

Celkově 95 % infikovaných virem HIV žije v zemích se středním příjmem. Nejpostiženější oblastí světa epidemií HIV/AIDS nadále zůstává subsaharská Afrika. Počet infikovaných ve východní Evropě a ve střední Asii se v období 1994 - 2004 se téměř zesateronásobil. K nárůstu nových případů HIV/AIDS dochází znepokojivým tempem i v Asii, tedy na kontinentu, kde žije přibližně polovina lidstva.⁽¹¹⁾

Bohužel nízká úroveň komunikace mezi partnery je velkým problémem, zejména u mladších věkových skupin. Další vývoj koncentruje na marginalizované subpopulace - prostitutky, prostituti, nitrožilní toxikomani, vězni, bezdomovci. S postupem epidemie HIV/AIDS se na celém světě ukazuje, že toto onemocnění nesporně postihuje více lidí z nižších socioekonomických vrstev. Má to celou řadu důvodů, jako životní styl, přístup k informacím, sociální stabilita, perspektiva, abusus alkoholu, a drog, delikvence, prostituce.⁽⁸⁾

1.6.6 Zdroj

Zdrojem onemocnění je infikovaný člověk s klinickými příznaky i bez příznaků v období latence . Nakažlivost začíná replikací viru v buňkách, tedy ještě v inkubační

době a trvá do konce života. Největší množství viru bývá vylučováno hned v počátečním období po nákaze a potom později ke konci onemocnění.⁽⁴⁾

1.6.7 Cesta přenosu

HIV virus se přenáší třemi způsoby :

- **krevní cestou** - kontaminovanou krví nebo krevními deriváty, společným užíváním jehel, stříkaček
- **pohlavním stykem** - spermatem, vaginálním sekretem
- **z infikované matky na dítě** - vertikální přenos a možný je přenos také mateřským mlékem ⁽⁴⁾

Nejčastějším způsobem přenosu HIV v ČR je i nadále sexuální přenos - přes 80% všech diagnostikovaných případů infekce HIV.⁽¹⁰⁾ Nejvíce exponovanou populační skupinou zůstávají v ČR muži mající pohlavní styk s muži (55, 6 % nově diagnostikovaných případů infekce HIV v roce 2005). Počet heterosexuálně přenášených infekcí zůstává prakticky na stejné úrovni ve srovnání s předchozími léty, stejně rak i četnost infikovaných žen. Prevalence HIV/AIDS zůstává nadále relativně nízká (80, 5 případů na milión obyvatel), nicméně v posledních třech letech má jemně vzestupnou tendenci.⁽¹¹⁾

Doposud neexistují žádné důkazy o přenosu virů HIV nepřímým kontaktem - předměty, vodou, potravinami, hmyzem, vzduchem, ani prostřednictvím slz, slin a moči.⁽²⁰⁾

1.6.8 Inkubační doba

Není dosud jednoznačně stanovena a bývá různými autory různě interpretována. V této souvislosti se častěji používá termín doba latence s rozpětím od 6 měsíců do 10 let a snad i déle.⁽⁴⁾

1.6.9 Období nakažlivosti

Infikovaná osoba je nakažlivá prakticky okamžitě po vstupu HIV viru do organismu a jeho replikaci ve vnímavých buňkách. Tedy ještě v inkubační době před rozvojem akutní infekce. Nakažlivou zůstává až do konce svého života.⁽¹⁵⁾

Stupeň nakažlivosti se liší dle množství vylučovaného viru v závislosti na fázi infekce, ve které se infikovaná osoba nachází. Největší množství viru se vylučuje v akutním stádiu, méně v období latence a jeho množství opět stoupá v období klinického stádia AIDS.⁽⁴⁾

1.6.10 Vnímavost

Vnímavost je všeobecná, vyšší u osob s jinými pohlavními chorobami. V poslední době se podle některých studií zdá, že určité imunologické parametry, např. kvalita cytologických T buněk, mohou ovlivňovat vnímavost k HIV infekci.⁽⁴⁾

1.6.11 Léčba

Základem léčby je vedle profylaxe a včasné léčby oportunních infekcí, protivirová terapie. Jejím cílem je zpomalit množení HIV viru a předejít tak ke zhroucení imunitního systému. Konečný cíl - eliminace viru v organismu - není bohužel dosud vyřešen.⁽⁴¹⁾

Existuje celá řada antiretrovirových preparátů, které působí v různých fázích replikace viru. Jejich kombinací lze dosáhnout zvýšeného účinku a omezit výskyt rezistentních variant HIV.⁽⁹⁾

Vědci se stále snaží vyvíjet nové a účinnější preparáty k boji s HIV infekcí. V současné době se hovoří o tzv. mikrobicidech. Mikrobicid je chemický prostředek používaný ženou před pohlavním stykem, který zabíjí, neutralizuje anebo blokuje virus HIV a další sexuálně přenosné patogeny. Tento prostředek by měl být na trhu koncem roku 2007. Jako výhody mikrobicidů jsou uváděny : nízká cena, zachování možnosti otěhotnět při současné ochraně před sexuálně přenosnými patogeny, možnost nepoužívat kondom a zachování tak lepšího sexuálního prožitku a kontaktu sliznic obou partnerů, konzistence navozující pocit příjemnosti a čistoty.⁽⁹⁾

1.6.12 Epidemiologická opatření

Preventivní - v současné době neexistují účinná preventivní opatření. K dispozici stále není očkovací látka ani jiné profylaktické preparáty. Jedinými opatřeními jsou: zdravotní a sexuální výchova zejména u mladých lidí, zajištění bezpečnosti krevních konzerv a krevních derivátů, programy výměny jehel a stříkaček u drogově závislých, preventivní programy sociálních terénních pracovníků - streetworkerů - rozdávání kondomů, informování o metodách bezpečného sexu a nabízení možnosti bezplatných anonymních gynekologických a venerologických vyšetření prostitutkám (např. projekty Rozkoš bez rizika Praha, Karo Cheb a další).⁽⁴¹⁾

Represivní - hlášení HIV positivity, onemocnění AIDS a úmrtí na AIDS a další vyhledávání kontaktů a zdrojů infekce. Poučení, zdravotní výchova a pomoc zdravotní i sociální HIV infikovaným osobám.

V ČR vznikla koncem roku 1989 Česká společnost AIDS pomoc, která pomáhá pozitivním HIV občanům a nemocným AIDS. Poskytuje služby preventivního i represivního charakteru pro širokou veřejnost - testování na HIV, linka AIDS pomoc, besedy o AIDS, distribuce preventivních materiálů, základní sociální poradenství pro cílové skupiny, osobní asistence, domovy pro osoby se zdravotním postižením, azylové domy, připravuje společné akce, výlety, návštěvy kin a divadel a také zde funguje psychosociální poradna.⁽⁵⁾

1.6.13 Vyšetřování infekce HIV u dárců krve v ČR

Jednou z cest, kterou se infekce HIV v minulosti šířila, byla krevní transfúze. Takto se v USA i v zemích západní Evropy nakazilo mnoho tisíc pacientů, rizikovou skupinou byli hlavně hemofilici. Nemocní v ČR byli paradoxně ochráněni nedostupností moderních léků z lidské plazmy a také výskyt HIV v populaci československých dárců byl, zjevně v důsledku omezených možností cestování běžné populace a tedy i dárců krve, relativně nízký.⁽¹⁰⁾

V ČR se dárcovská krev v transfúzní službě na HIV testuje od roku 1987. Od počátku až dodnes se testuje technikou ELISA. Ve většině případů byla HIV pozitivita zachycena u opakovaných dárců krve, tedy u dárců opakovaně poučených. Z celkového

počtu 18 HIV pozitivních dárců krve byl při následném epidemiologickém šetření v plné polovině případů identifikován jako riziková aktivita pohlavní styk mezi muži. Je znám případ mnohonásobného dárce, který v době darování krve zároveň aktivně provozoval pohlavní styk s jinými muži. tato skutečnost vyšla najevo až při zjištění HIV sérokonverze u tohoto dárce. Dárce krve vědomě prokazatelně postupoval v rozporu s návodem uvedeným v "poučení pro dárce". Podle stanoviska Nejvyššího státního zastupitelství však není uvedený postup právně postižitelný, neboť by se zřejmě nepodařilo prokázat úmysl dárce někoho poškodit - spoléhal na to, že transfúzní oddělení případnou HIV pozitivitu zjistí a na transfúzní oddělení chodil "kontrolovat si svůj zdravotní stav" při provozování rizikových aktivit.

Z uvedeného je zřejmé, že způsob výběru dárců a jejich "poučení" alespoň v některých případech selhává. Dárce buď nevěnuje poučení náležitou pozornost, nebo z něj nevyvodí adekvátní důsledky. Pomoci může pouze cílená osvěta a zdůrazňování morální odpovědnosti dárců krve.⁽¹⁰⁾

1.7 Virová hepatitida B

1.7.1 Charakteristika onemocnění

Virová hepatitida typu B (VHB) je velmi závažné onemocnění. Počet chronicky nemocných na celém světě je odhadován na 350 miliónů osob. Zdrojem infekce je člověk a nemoc nemá sezónní charakter. Vysoce infekční je nejen krevní sérum, ale i sperma. VHB je považována za nejčastější pohlavně přenosnou chorobu. Kromě popsánoho parenterálního a pohlavního přenosu u dospělých je možný i přenos vertikální z infikované matky na dítě. Akutní VHB má většinou těžší průběh a překoná-li nemocný akutní fázi, dochází obvykle k eliminaci viru a uzdravě.⁽¹⁶⁾

Do chronicity přechází VHB přibližně v 5 - 10 % případů u dospělých. Jde většinou o pacienty s mírným nebo dokonce skrytým průběhem onemocnění, kde patrně vlivem nedostatečné aktivace imunitního systému, nedojde k eliminaci infekčního agens z organismu.⁽¹⁴⁾

1.7.2 Původce onemocnění

Původcem onemocnění je virus - Hepadnavirus, se třemi důležitými antigenními strukturami - HBcAg, který se nachází v jádře DNA, HBsAg - povrchový antigen, který upozorňuje na prodělanou infekci a přítomnost viru v organismu a nakonec HBeAg antigen svědčící pro probíhající aktivní infekci VHB.

Stabilita viru je poměrně vysoká v biologickém materiálu i v zevním prostředí.⁽¹⁴⁾

1.7.3 Klinický průběh VHB

Po uplynutí inkubační doby, která je u VHB 50 - 180 dní, průměrná 90 dní, můžeme při typickém průběhu rozlišit průběh onemocnění do 4 stádií.

První stádium jsou prvotní příznaky : "chřipkové" projevy, únava, lehce zvýšená teplota, nevykonnost, trávicí obtíže, pocit na zvracení, bolesti kloubů a svalů, kožní vyrážky. První příznaky většina pacientů přechází, jen velmi vzácně vyhledá lékaře již v této fázi.

Druhá stádium je akutní fáze vlastního onemocnění. Začíná vystupňováním celkových příznaků, nemocný je unaven až schvácen, má nechut' k jídlu. Asi u poloviny nemocných je přítomna tupá bolest v pravém podžebří. Tmavé zbarvení moči a postupné zesvětlení barvy stolice. Dále u nemocného pozorujeme žluté zbarvení očního bělma, sliznice ústní dutiny i kůže. Toto stádium je provázeno typickým biochemickým a sérologickým nálezem.

Hepatitis typu B může velmi často probíhat plíživě, bez manifestní akutní fáze. Přestože jaterní zánět probíhá jen s malou intenzitou, je i takový pacient velmi infekční a rizikem pro své okolí, zejména pro svého sexuálního partnera.

Třetím stádiem je rekonvalescence. Je charakterizována postupným poklesem jaterních testů k normálním hodnotám. Chuť k jídlu se navrácí zpravidla velmi brzy, návrat k fyzickým sil je většinou pozvolnější. Je žádoucí, aby pacient dodržoval doporučená šetrící režimová opatření. U VHB může nastat po akutní fázi přechod do chronicity. Za chronickou hepatitidu se považuje stav po 6 měsících stále zvýšených jaterních testů.

Čtvrtým a posledním stádiem je úzdava nebo rozvoj chronického onemocnění. Spontánní úzdava je možná i u chronických hepatitid a to i po několika letech trvání choroby, ale tento jev je poměrně vzácný.⁽⁴⁾

1.7.4 Diagnostika

Diagnóza virové hepatitidy se stanoví na základě osobní anamnézy, klinického nálezu, a výsledků biochemických a sérologických vyšetření. V osobní anamnéze se zaměřujeme na možnost injekčního užití drog, peercing, tetováž či neodborného provádění propichování uší a jiných i odborných lékařských zákroků. Rizikovou skupinou jsou lidé promiskuitní a provozující prostituci, více ohroženi jsou také homosexuálové. Většímu riziku i přes očkování se vystavují zdravotničtí pracovníci.⁽¹⁶⁾

V klinickém obraze je nepřehlednutelný ikterus - žluté zbarvení sliznic a kůže a hepatomegalie - na pohmat zvětšená játra.

Při jaterním onemocnění lze nalézt charakteristické biochemické změny v krevním séru. Při podezření na hepatitidu se vyšetřují vždy hladiny sérových transamináz (ALT,

AST), alkalická fosfatáza, bilirubin, cholesterol. Sérologické vyšetření určí i přesné etiologické agens. Virovou hepatitidu B v akutní fázi charakterizuje nález povrchového antigenu viru hepatitidy B : HBsAg, který je nalézán v séru téměř všech pacientů v době propuknutí nemoci, později lze v séru prokázat již protilátky antiHBs. Při přetrvávání HBsAg pozitivita po dobu delší než 6 měsíců jde již o chronickou infekci.⁽¹⁴⁾

1.7.5 Léčba

Úspěšnost léčby virových hepatitid jednoznačně závisí na včas stanovené diagnóze. V diagnostickém procesu je klíčový právě první kontakt pacienta s lékařem. Správné rozhodnutí praktického lékaře a jeho doporučení jsou pro následnou léčbu nejdůležitější.

Léčba akutních hepatitid je zpravidla vedena za hospitalizace na infekčním oddělení. Terapie v akutní fázi nekomplikovaných průběhů je převážně podpurná, a cílem udržet rovnováhu vnitřního prostředí a zajistit dostatečný kalorický příjem a zabránit rozvoji jaterního selhání. Léčba je doplněna dietními a režimovými opatřeními. Jaterní dieta je v akutní fázi převážně sacharidová s vyloučením tuků a mezením bílkovin. Důležitý je také stanovení lékařského dohledu na blízké osoby a sexuální kontakty. U hepatitidy B je stanovená dispenzarizace na jeden rok.⁽²⁰⁾

K medikamentózní léčbě se užívá interferon, podává se standardně 3x týdně v podkožní injekci. Pacient si tuto injekci po zacvičení může aplikovat sám. Ambulantní léčba probíhá za pravidelných kontrol v centru, kde jsou kromě běžných testů monitorovány i virologické a imunologické parametry. U nekomplikované léčby stačí kontrola 1x za měsíc. Hlavním cílem léčby interferonem je zabránit rozvoji pozdních následků chronických hepatitid.⁽¹⁶⁾

1.7.6 Zdroj onemocnění

Zdrojem infekce je člověk - akutně nemocný nebo nosič. K infekci jsou vnímaví i šimpanzi, ale přírodní ohniska nebyla prokázána. Příbuzné zvířecí Hepadnaviry onemocnění u člověka nevyvolávají.⁽¹⁴⁾

1.7.7 Cesta přenosu

Antigen HBsAg byl nalezen ve všech tělních tekutinách, ale pro přenos infekce má zásadní význam krev a její deriváty. Dále sperma, vaginální sekret, sliny. Nejčastěji dochází k přenosu vpichem jehlou infekčního materiálu - profesionální onemocnění zdravotníků po poraněních, nozokomiální infekce, zejména u hemodialyzovaných pacientů, onemocnění v komunitách, hlavně u injekčních uživatelů drog, kteří používají společné jehly, ale i holicí strojky, zubní kartáčky apod.

Velice významný je přenos pohlavním stykem. Poslední významnou cestou přenosu infekce je vertikální přenos z matky na dítě. Matka může být akutně nemocná nebo nositelka viru.⁽⁴⁾

1.7.8 Inkubační doba

Inkubační doba onemocnění je poměrně dlouhá - 50 - 180 dní, průměrná 90 dní.⁽¹⁴⁾

1.7.9 Období nakažlivosti

Všechny osoby, u nichž se po sérologickém vyšetření krve zjistí HBsAg antigen jsou potenciálně infekční. Krev experimentálně infikovaných dobrovolníků byla infekční již několik týdnů před objevením se prvních příznaků onemocnění. Vysoká nakažlivost je také po celou dobu akutní fáze onemocnění.⁽¹⁴⁾

1.7.10 Vnímavost

Vnímavost k infekci VHB je všeobecná. U novorozenců a dětí probíhá onemocnění v mírnější formě a často skrytě. Pravděpodobnost přechodu infekce do chronicity je nepřímo závislá na věku infikované osoby - u novorozenců je to 90 %, u 1- 5 dětí 25 - 50 % a u ostatních 1 - 10 %. K chronické infekci dochází častěji u osob s poruchami imunity. Po prožitém onemocnění nebo očkování zůstávají celoživotní ochranné protilátky.⁽¹⁴⁾

1.7.11 Epidemiologická opatření

Prevence hepatitidy typu B spočívá především v ochraně před kontaktem s krví a tělesnými sekrety nemocných. Rizikem je intimní kontakt s infikovanou osobou, nechráněný pohlavní styk, společné používání hygienických potřeb apod.⁽³⁾

Důležité je také vyšetřování budoucích matek na přítomnost HBsAg positivity, aby se včas zabránilo infekci u dítěte, které je hned po narození očkováno.

Vakcinací proti VHB zabráníme i možné infekci a šíření hepatitidy typu D, která se vyskytuje spolu s probíhajícím onemocněním VHB. Očkovat se proti VHB může každý. V současné době se očkují již malé děti v rámci povinného očkování a zdravotníci v rámci zvláštního očkování dle vyhlášky č. 439/2000 Sb., o očkování proti přenosným nemocem. Jinak každý, kdo nespadá do vybraných skupin se může naočkovat, ale očkování si hradí sám. Na trhu jsou jak monovakcíny, tak i kombinovaná vakcína hepatitida A + B.⁽³⁾

Doporučit očkování by se mělo také osobám ve společné domácnosti a sexuálním partnerům nemocného s hepatidou B, stejně tak osobám drogově závislých, provozující prostituci a promiskuitním i osobám vyjíždějícím na delší do zahraničí.⁽⁴³⁾

Důležitá je také zdravotní výchova a osvěta, zejména u mladých lidí.

1.8 Prostituce jako jedna z příčin šíření pohlavně přenosných nemocí

Prostituci není snadné přesně definovat. Poskytování sexuálních služeb za peníze a jinou odměnu (včetně třeba protekce a protislužby) je v každé společnosti mnohem častějším jevem, než se na první pohled zdá. Zde je myšlena prostituce jako poskytování placených sexuálních úsluh v neosobním vztahu "pracovník - zákazník". Tak je termínu prostituce nejčastěji rozuměno. Tato forma sexuálních služeb provází lidstvo celou jeho historií. Míra právní a společenské tolerance k prostituci bývá zdrojem rozdílů v jejích projevech mezi státy.⁽¹⁾

V obecném povědomí je prostituce nahlížena především jako heterosexuální fenomén. Tedy vztah ženy, prostitutky, a jejího zákazníka, muže, a v menší míře i naopak. To ovšem není přesné. Existuje také prostituce homosexuální, bisexuální, transsexuální.⁽⁸⁾

Za hlavní příčinu prostituce bývá považována neuspokojená potřeba mužů po neosobních erotických zážitcích. Někteří odborníci vysvětlují tuto poptávku především ze sociálně kulturních a moralistických pozic. Zdá se však nepochybné, že zdrojem poptávky po erotických službách jsou biologické základy sexuální motivace člověka. I u savců je totiž vysoká kopulační aktivita provázena minimální selektivitou. Samečci tedy mají nepatrné nároky na obecnou kvalitu kopulované samičky. Stačí, že splňuje některé částečné signální požadavky. Samičky naproti tomu jsou na komplexní kvalitu kopulačního partnera podstatně náročnější.⁽⁸⁾

Motivace prostitutek k poskytování služeb je především ekonomická. Všechny ostatní motivy, ať jsou nabízeny sebepřesvědčivěji, jsou jen motivacemi druhotnými a méně významnými. Za zvláště nebezpečnou formu ekonomické motivace k prostituci je považována prostituce "heroinová". Tedy snaha získat za sexuální služby prostředky na drogu. Motivací prostituce jako sociálního jevu není nemorálnost prostitutek a jejich ziskovost, ale především vysoká poptávka mužů po neosobní kopulaci. Kdyby nebylo zákazníků, kteří jsou ochotni zaplatit nemalé peníze za erotické služby, zástupy prostitutek by jistě velice rychle prořídly.⁽²⁶⁾

Prostituce je velice složitým sociálně kulturním a politickým fenoménem, který bývá často chápán zjednodušeně. Není známa žádná mezinárodně uznávaná definice prostituce. Jedno ze základních dělení lze udělat dle toho, kde a jak se prostituce nabízí.

Pouliční prostituce ("šlapky", "stopačky")

Hotelová prostituce

Masážní salóny, veřejné domy, noční kluby a podobná zařízení

"Dívky na telefon" nebo "dívky na inzerát" (byť vlastní nebo zákazníka)⁽²⁶⁾

O rozsahu prostituce nelze získat úplně spolehlivé informace. Ne všechny prostitutky pracují na plný úvazek na stálém místě. Právě možnost rychle vydělat na pohodlné živobytí tyto ženy motivuje. Do dalšího podnikání se proto naplno pustí vždy tehdy, když utratily vydělané peníze. Toto nejstarší řemeslo vyniká obrovskou fluktuací. Některé prostitutky velmi čile mění místa pobytu. Snad jen s pracovníci masážních salónů a klubů lze zajistit kontakt na delší dobu, většinou prostřednictvím provozovatele nebo majitele těchto zařízení.

Pohled na ženy a dívky provozující prostituci je velmi často deformován falešnými představami lidí. Především se často soudí, že prostitutky jsou z nejslabších sociálních skupin a nic jiného než nabízet se za peníze jim nezbyvá. Není to zdaleka pravidlo. Velká část těchto "sociálních pracovníků" je velice dobře sociálně adaptovaná. Jsou to často studentky vysokých škol, matky s dětmi, vdané ženy. Pro ně je prostituce zdrojem vedlejších příjmů.⁽²⁶⁾

Nejproblematičtější i nejrizikovější je nejnižší sociální vrstva pouličních prostitutek. S touto podskupinou komerčních sexuálních pracovníků je velmi špatný kontakt a jsou také zdrojem mnoha rizik : od kriminality přes pohlavně přenosné nemoci až k sociální maladaptaci. Mezi pouličními šlapkami pracuje mnoho mentálně defektních dívek a žen. Také prostituce nezletilých dětí je v této podobě častější.⁽²⁵⁾

Z hlediska informací o prostituci jako sociálního fenoménu je největší nedostatek poznatků o zákaznících. Rozvoj všech forem prostituce v hetero a homosexuální podobě je v Česku v posledních čtrnácti letech založen zejména na přílivu zahraničních návštěvníků ze západní Evropy a ze severní části Ameriky. Ti využívají své

ekonomické převahy k tomu, aby si zde nakupovali levné a relativně bezpečné sexuální služby.

Existuje jistě i česká klientela. Podle průzkumů mělo sex za peníze v roce 1994 někdy v životě asi 9 % českých mužů, v roce 1998 již 14 % a v roce 2003 opět 14 % mužů. Nesporné je, že jde o muže různých sociálních vrstev. Jen pro malou část z nich jde o zkušenost častěji opakovanou. Zdá se, že komerční sexuální služby jsou živeny především cizinci. "Šlapky" kolem silnic u hraničních přechodů a prostitutky kolem parkovišť zahraničních autobusů a kamiónů tento závěr umožňují.⁽²⁵⁾

Prvním rizikem, které plyne z prostituce, je ohrožení obecné mravnosti. Není tím myšleno striktní mravní puritánství. Z existence prostituce vyplývá, že stále funguje onen neblaze proslulý dvojí morální standard, který ze sexu činí zboží. Sexuální partnerství nelze za peníze uzavřít. To lez za peníze jen předstírat.

Prostituce je často provázána sexuální delikvencí. Ženy, které byly obětí sexuálního zneužívání v dětství, se často stávají prostitutkami. Jejich řemeslo je vystavuje vysokému nebezpečí znásilnění. Nezletilé prostitutky jsou často obětí pohlavního zneužívání.⁽²⁵⁾

Je třeba opatrně hodnotit všechny pokusy o kriminalizaci prostituce. Prostituce rozhodně sama o sobě není a neměla by být trestným činem. Zejména nižší vrstvy prostitutek se často pohybují v asociálním prostředí. Bývají pachatelkami a spolupachatelkami různých deliktů, zejména krádeží a loupeží. Častými oběťmi bývají přímo jejich zákazníci. Problém společenské a právní regulace prostituce je též problémem regulace poptávky, tedy klientely.

Prostitutky jsou ohroženou skupinou z hlediska snadného přenosu pohlavně přenosných nemocí a AIDS. Nejvíce jsou ohroženy prostitutky nezletilé a ze slabých sociálních skupin. Zdravotní riziko je podmíněno vysokou sexuální promiskuitou a provozováním rizikových sexuálních praktik. Primární prevence v podobě pravidelných vyšetření na STD, propagace kondomů a lubrikačních prostředků je velice důležitá. Bohužel spolupráce nejnižších vrstev prostitutek v tomto směru je však nedostatečná. K jejich oslovení je třeba nalézt netradiční formy práce. Zejména je třeba

uvažovat o dostatku dostupných sociálních institucí a poraden, které se těmito aspekty prostituce chtějí zabývat.⁽²²⁾

Přes vše, co o prostituci víme, nelze jednoznačně tvrdit, že by prostitutky byly hlavními zdroji pohlavně přenosných nemocí a AIDS. Nikde na světě není většina případů kapavky a syfilis získána jen od prostitutky. Naprostá většina lidí získá pohlavní nákazu lehkomyšlným sexuálním stykem a s osobou zcela neznámou nebo známou pouze povrchně. Nejsou příliš řídké případy získání pohlavní nemoci nebo AIDS od stálého partnera či partnerky.

1.8.1 Prostituce a legislativa

Prostituce jako sociálně patologický jev, na který se váže řada sociálních, zdravotních i bezpečnostních rizik, není právním řádem České republiky komplexně řešena. Do jisté míry jsou právně regulované jen některé nejzjevnější problémy s ní související.⁽²⁵⁾

Je - li právní úprava doprovázená odkriminalizováním prostituce, pak nečiní větších problémů. Náklady státu se minimalizují a jeho úloha se omezuje na podporu budování zdravotních a sociálních institucí, které zmenšují rizika prostituce tím, že poskytují sociální pomoc a hygienický a zdravotnický servis.⁽⁴⁴⁾

Historie zákonné úpravy prostituce je historií sporů mezi zastánci dvou krajních řešení : reglementace a abolicie. Kriminalizace prostituce znamená též vynaložení nemalých prostředků na mravnostní policii. Ta pak svádí boj s podsvětím, které ilegální část prostituce jako výnosný obchod ochotně a rádo převezme pod svá křídla.

Reglementace znamená, že se osobám poskytující erotické služby přizná jistý právní statut. Toto opatření má jedinou výhodu v tom, jde o osoby lehce kontrolovatelné. Podléhají pravidelným lékařským vyšetřením, bez jejichž podstoupení nemají právo na licenci. Základní nevýhoda spočívá v tom, že žádnou reglementací nelze podchytit většinu těchto sexuálních pracovníků. Nevýhodou je, že reglementace vede ke kriminalizaci těch prostitutek, které "licencování" z různých důvodů odmítnou. Tím důvodem může být zejména snaha o daňový únik. Mnoho prostitutek vykonává své řemeslo takovým způsobem, který uniká jakékoli supervizi. Prostitutky se stávají

námezdními silami majitelů nevěstinců, klubů a salónů. Abolice znamená, že stát poptávku po neosobní kopulaci nepovažuje za potřebu legitimní a odmítá organizovat jakékoli hygienicky a sociálně bezpečné a "čisté instituce". Hlavním motivem abolice byla snaha zabránit masovému zneužívání prostitutek ve veřejných domech. Nevýhodou abolicionistického řešení je ztráta kontroly nad oficiálně fungujícími zařízeními pro sexuální služby.

Zastánci reglementace a abolicionizmu v minulosti i současnosti nedosáhli shody. Ani jedno z těchto dvou řešení není ideální a proto by se společnost měla snažit o nalezení kompromisu.⁽¹⁾

Zákonodárci u nás se již léta snaží schválit přijatelné znění Zákona o regulaci prostituce, který zůstává stále ve formě návrhu zákona. Jedním z cílů zákona je eliminace pouličního nabízení prostituce. Navrhovaný zákon v zásadě zakazuje nabízení prostituce na veřejných prostranstvích. Obci však umožňuje, aby si sama mohla vydat obecně závaznou vyhlášku, ve které vymezení místa, kde bude pouliční nabízení sexuálních služeb možné. Dále by obcím byla svěřena poměrně rozsáhlá oprávnění a to v regulaci nočních klubů a podobných zařízení.

Návrh zákona rovněž vymezuje podmínky, kdy dotyčná osoba může nabízet sexuální služby. Musí být starší 18 - ti let, plně způsobilá k právním úkonům, trestně bezúhonná a zdravotně způsobilá.

Prostituce je činností, která zcela naplňuje definici podnikání podle obchodního zákoníku včetně zdanění, neměla by být ale živností. Prostituce je činností natolik specifickou a vyžadující speciální úpravu - účelem je především regulace, na rozdíl od jiných druhů podnikání - že se bude jednat o podnikání na základě zvláštního právního předpisu. Návrh zákona výslovně stanoví, že prostituci nelze vykonávat v zaměstnaneckém ani v jiném obdobném poměru.⁽⁴⁴⁾

Každá osoba oprávněná k výkonu prostituce bude povinna každý měsíc absolvovat pravidelné lékařské prohlídky a vyšetření. Seznam nemocí, pro které není osoba způsobilá prostituci vykonávat, by mělo stanovit Ministerstvo zdravotnictví ČR ve vyhlášce.

Provozování zařízení pro výkon prostituce bude živností, provozovatel zařízení tedy bude muset splňovat podmínky stanovené živnostenskými předpisy. Navíc návrh zákon požaduje, aby zahájení provozu každého zařízení předcházelo také udělení povolení obcí, na jejímž území se bude nacházet.⁽⁴⁴⁾

Prostituce je mimořádně citlivě vnímána ze strany Policie ČR, která je nucena řešit širokou škálu s ní souvisejících problémů kriminálního charakteru. V rámci trestního zákona lze jednání související s prostitucí postihovat podle : par. 204 - kuplířství, par. 246 - obchodování se ženami, par. 216 - obchodování s dětmi, par. 205 ohrožování mravnosti, par. 231 - omezování osobní svobody, par. 235 - vydírání, par. 241 - znásilnění, par. 217 ohrožování mravní výchovy mládeže.⁽³⁵⁾

Počet objasněných trestních činů souvisejících s prostitucí je poměrně nízký. Při objasňování této trestné činnosti dochází k řadě problémů, které znesnadňují její vyšetřování a prokazování.

Cílem zákona by měla být i ochrana mládeže před prostitučním chováním a ochrana žen před nedobrovolnou prostitucí.⁽²⁵⁾

1.8.2 Občanské sdružení "Rozkoš bez rizika"

Rozkoš bez rizika je nestátní nezisková organizace s právní subjektivitou, registrována jako občanské sdružení, která již řadu let působí v oblasti prevence sexuálně přenosných infekcí. Cílovou skupinou této organizace jsou osoby s rizikovým chováním a životním stylem. Jedná se převážně o prostitutky z ulic i erotických klubů, v menší míře o mladé bezdomovkyně a narkomanky.

Sdružení bylo založeno v roce 1992 v Brně podle vzoru podobných zahraničních organizací PhDr. Hanou Malinovou.⁽²⁸⁾

Příjemci služeb občanského sdružení "Rozkoš bez rizika" jsou ženy a dívky, které provozují komerční sex nebo žijí promiskuitně. Hlavním cílem sdružení je zabránit dalšímu šíření sexuálně přenosných infekcí, včetně HIV/AIDS, což zahrnuje celou škálu preventivních aktivit. Od terénní sociální práce - streetwork na ulici, v klubech až po diagnostiku a léčbu sexuálně přenosných onemocnění. Působnost sdružení je

celorepubliková, převážně se soustředí na místa s vysokým výskytem komerčních sexuálních pracovišť, jako je hlavní město Praha a příhraniční oblasti.

Zdravotnická péče klade velký důraz na preventivní práci s prostitutkami, což zajišťuje tým streetworkerů. Školení pracovníci obcházejí noční kluby a podniky i pouliční prostitutky a provádějí osvětu, informují o nabídce služeb, jako například bezplatné vyšetření na pohlavně přenosné choroby. Dále organizace poskytuje sociální pomoc zejména klientkám, které chtějí ukončit svoji činnost v nabídce komerčního sexu a hledají novou práci a nový životní styl. Organizace nabízí pomoc při shánění bydlení, při vyřizování dokladů apod.⁽²⁸⁾

2. Cíl práce a hypotézy

2.1 Cíl práce

Popsat problematiku a výskyt pohlavně přenosných nemocí, zvláště pak kapavky a syfilis, na území Jihočeského kraje v letech 2000 - 2005. Formou vybraných kazuistik zdůraznit klinickou a epidemiologickou závažnost této skupiny infekcí.

2.2 Hypotézy

- a) Hlášený počet (výskyt) onemocnění kapavkou byl v roce 2005 vyšší než v roce 2000.
- b) Hlášený počet (výskyt) onemocnění syfilis byl v roce 2005 vyšší než v roce 2000.
- c) U obou diagnóz jde o malá čísla. Lze vyslovit předpoklad, že významný počet případů není hlášen a uniká léčbě. Neléčené osoby se mohou uplatnit jako zdroje šíření nákazy.
- d) Zdrojem pohlavně přenosných chorob jsou osoby v obtížné životní ekonomické situaci.

3. Metodika a materiál

Informace o situaci ve výskytu pohlavně přenosných infekcí na území Jihočeského kraje jsem čerpala :

- a) z tiskopisů "Hlášení pohlavní nemoci"
- b) ze systému hlášení, které používá hygienická služba
- c) ze zdravotnické dokumentace dermatovenerologického oddělení Nemocnice České Budějovice
- d) z rad pana primáře dermatovenerologického odd. NCB
- e) z odborné literatury.

Výzkum je ze sociologického hlediska výzkumem kvantitativním. Pro sběr dat jsem využila standardizovaných dotazníků MZČR "Hlášení pohlavní nemoci" u souboru pacientů, kteří onemocněli jednou ze čtyř klasických pohlavně přenosných onemocnění, která jsou dle zákona č.258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a vyhlášky 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, povinná hlášením do Národního registru pohlavních nemocí ČR.

Do základního souboru jsou zařazeni pacienti z let 2000 - 2005, kteří onemocněli na území Jihočeského kraje a na základě vyšetření odborného lékaře - dermatovenerologa, byla diagnóza potvrzena.

Dále byla provedena sekundární analýza ze získaných dat a pro zdůraznění závažnosti problematiky práce byly popsány kazuistiky pacientů z kožního oddělení Nemocnice České Budějovice, které mi laskavě poskytl pan primář MUDr. Jiří Horažďovský.

3.1 Charakteristika základního souboru

Základní soubor tvoří pacienti kožních, gynekologických nebo urologických oddělení na území Jihočeského kraje, která mají zákonnou povinnost každé nově zjištěné onemocnění ze čtyř klasických pohlavně přenosných onemocnění hlásit na

předepsaných tiskopisech do Národního registru pohlavních nemocí ČR. Vyplněná povinná hlášení se do registru dostávají přes pověřené pracovníky krajských hygienických stanic. Ze zmíněného registru jsem do své práce zahrnula a zanalyzovala všechna hlášená onemocnění z let 2000 - 2005.

4. Výsledky

V diplomové práci jsem analyzovala incidenci - tedy počet nově hlášených případů onemocnění syfilis a kapavkou na území Jihočeského kraje v posledních 6 letech.

Celkem bylo v absolutních číslech zaznamenáno **362** případů onemocnění a z toho **241** tj. 66,6 % případů onemocnění kapavkou a **121** tj. 33,4 % případů onemocnění syfilis.

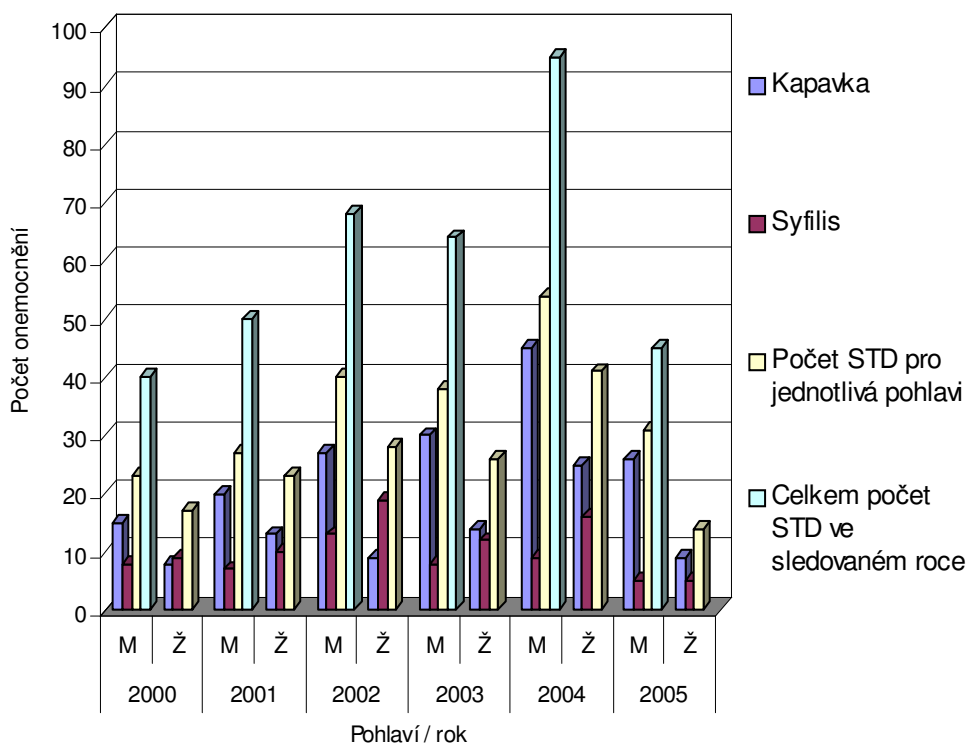
I. Kapavka a syfilis v Jčk v letech 2000 - 2005 (absolutní čísla)

Nejvyšší počet nových případů onemocnění STD na území Jihočeského kraje uváděných v absolutních číslech byl zaznamenán v roce 2004 a to 95 případů onemocnění, nejnižší incidence byla zaznamenána v roce 2000 a to 40 případů onemocnění.

Tabulka 1: rok onemocnění / počet onemocnění (dg) absolutně v Jčk

ROK	2000		2001		2002		2003		2004		2005	
	M	Ž	M	Ž	M	Ž	M	Ž	M	Ž	M	Ž
kapavka	15	8	20	13	27	9	30	14	45	25	26	9
syfilis	8	9	7	10	13	19	8	12	9	16	5	5
	23	17	27	23	40	28	38	26	54	41	31	14
celkem	40		50		68		64		95		45	

Kapavka a syfilis v letech 2000 - 2005



Graf č. 1: Počet onemocnění ve sledovaném období absolutně v Jčk

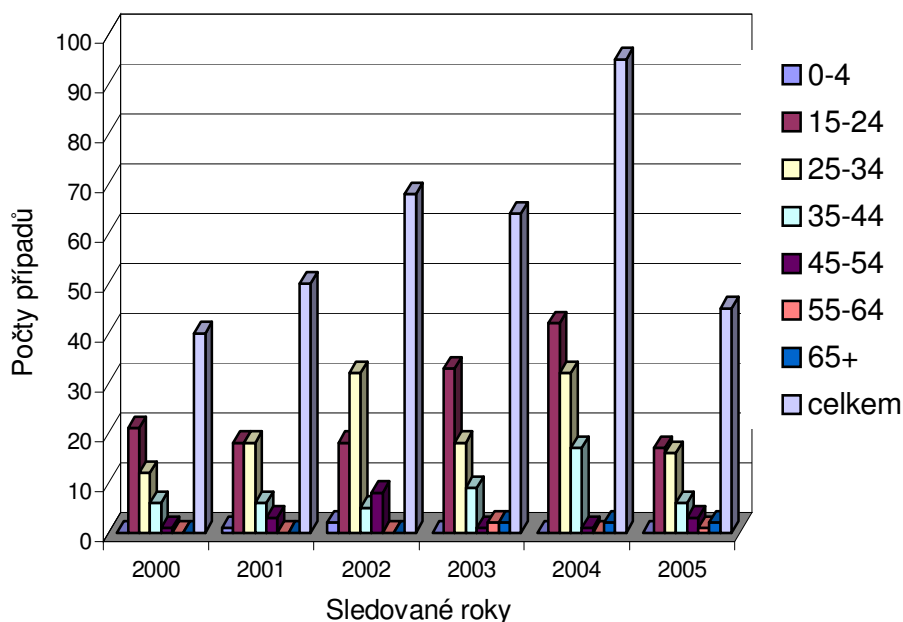
II. Věková distribuce nemocných (absolutní čísla)

Z analýzy jednoznačně vyplynula největší incidence onemocnění ve věkové skupině 15 - 24 let. Tento výsledek se shoduje i s celorepublikovými statistickými výsledky.

Tabulka 2: rok / počet případů podle věkových skupin (absolutně)

ROK	2000		2001		2002		2003		2004		2005	
VĚK	M	Ž	M	Ž	M	Ž	M	Ž	M	Ž	M	Ž
0 - 4	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0
15 - 24	11	10	10	8	14	4	17	16	20	22	9	8
25 - 34	6	6	9	9	14	18	13	5	17	15	12	4
35 - 44	5	1	5	1	4	1	6	3	14	3	6	0
45 - 54	1	0	3	0	6	2	0	1	1	0	2	1
55 - 64	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0
65 +	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1
	23	17	27	23	40	28	38	26	54	41	31	14
celkem	40		50		68		64		95		45	

Věkové složení nemocných



Graf č. 2: Počty případů dle věkových skupin

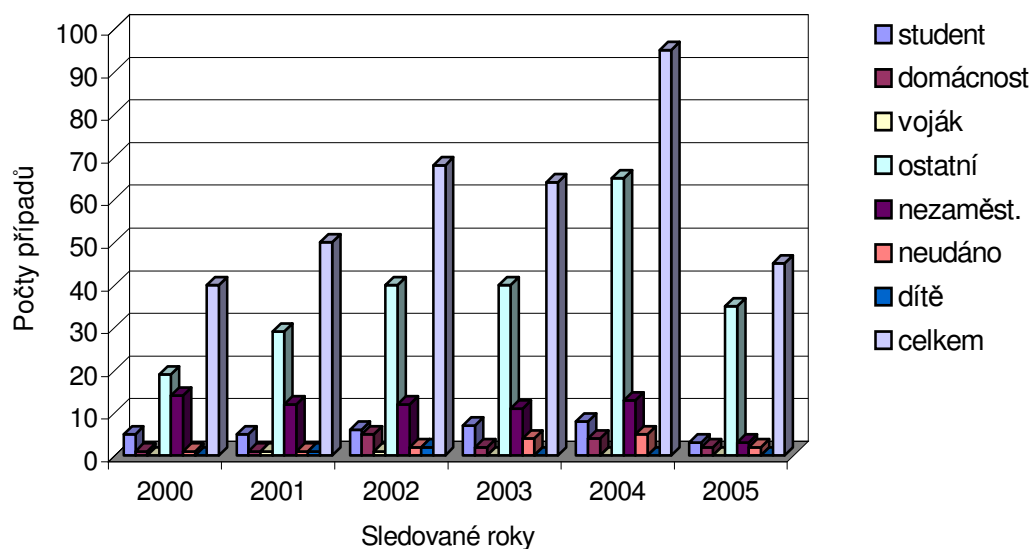
III. Ekonomická aktivita

Výpovědní hodnota tohoto údaje v dotazníku pohlavních nemocí je malá. Největší počet je zaznamenán v řádku "ostatní zaměstnanci", kam se dají začlenit skoro všechna zaměstnání - státní služba, umělci, úředníci, zdravotníci apod.

Tabulka 3 : rok / ekonomická aktivita

ROK	2000		2001		2002		2003		2004		2005	
	M	Ž	M	Ž	M	Ž	M	Ž	M	Ž	M	Ž
student	3	2	2	3	2	4	3	4	5	3	2	1
domácnost	0	1	0	1	0	5	0	2	0	4	0	2
voják	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0
ostatní	14	5	18	11	28	12	25	15	38	27	25	10
nezaměst.	6	8	5	7	6	6	7	4	8	5	3	0
neudáno	0	1	1	0	1	1	3	1	3	2	1	1
dítě	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0
	23	17	27	23	40	28	38	26	54	41	31	14
celkem	40		50		68		64		95		45	

Ekonomická aktivita



Graf č. 3: Počty případů dle ekonomické aktivity

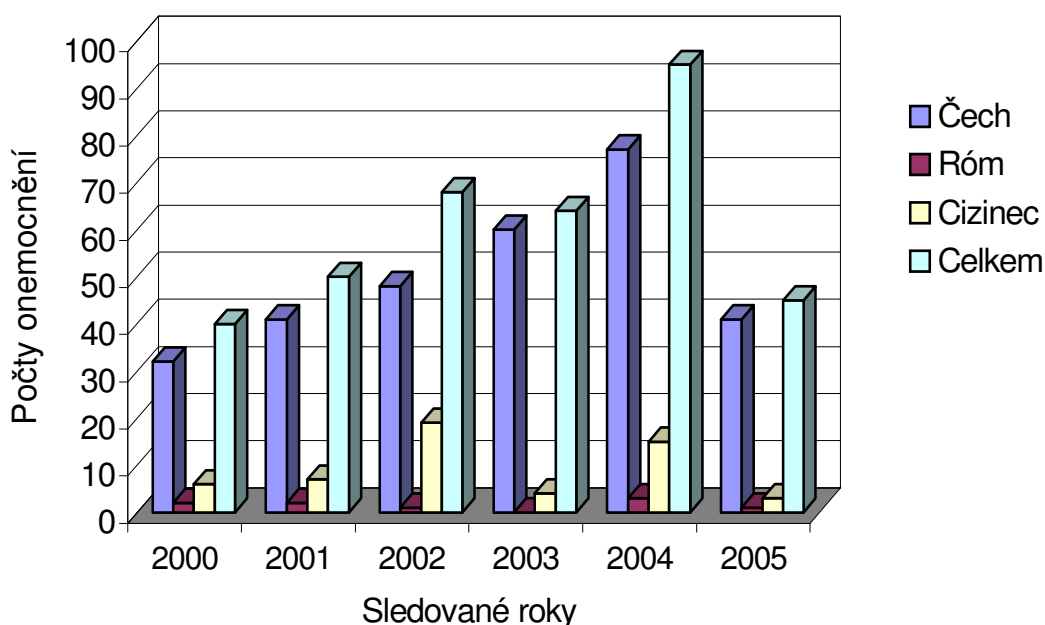
IV. Distribuce případů dle etnika (absolutní čísla)

Největší počet nemocných v absolutních číslech mají Češi a to 299 nemocných, tj. 82, 5 %. Cizinci tvoří z celkového počtu 54 případů onemocnění, tj. 14, 9 % Největší procento patří Ukrajinkám, většinou u nás živící se prostitucí, dále jsou zde zastoupeni Rumunky, Slovenky, Polky, Ukrajinci, Vietnamci, Rakušané, Moldavan. Nejvyšší počet případů onemocnění STD u cizích státních příslušníků byl zaznamenán v roce 2002 - 19 případů z celkového počtu 54, tj. 35, 1 %.

Tabulka č. 4 - rok / etnikum (absolutní čísla)

ROK	2000		2001		2002		2003		2004		2005	
Etnikum	M	Ž	M	Ž	M	Ž	M	Ž	M	Ž	M	Ž
Čech	19	13	22	19	32	16	37	23	44	33	30	11
Róm	1	1	1	1	1	0	0	0	2	1	1	0
Cizinec	3	3	4	3	7	12	1	3	8	7	0	3
	23	17	27	23	40	28	38	26	54	41	31	14
celkem	40		50		68		64		95		45	

Rozdělení nemocných dle etnika



Graf č. 4: Počty případů dle etnika

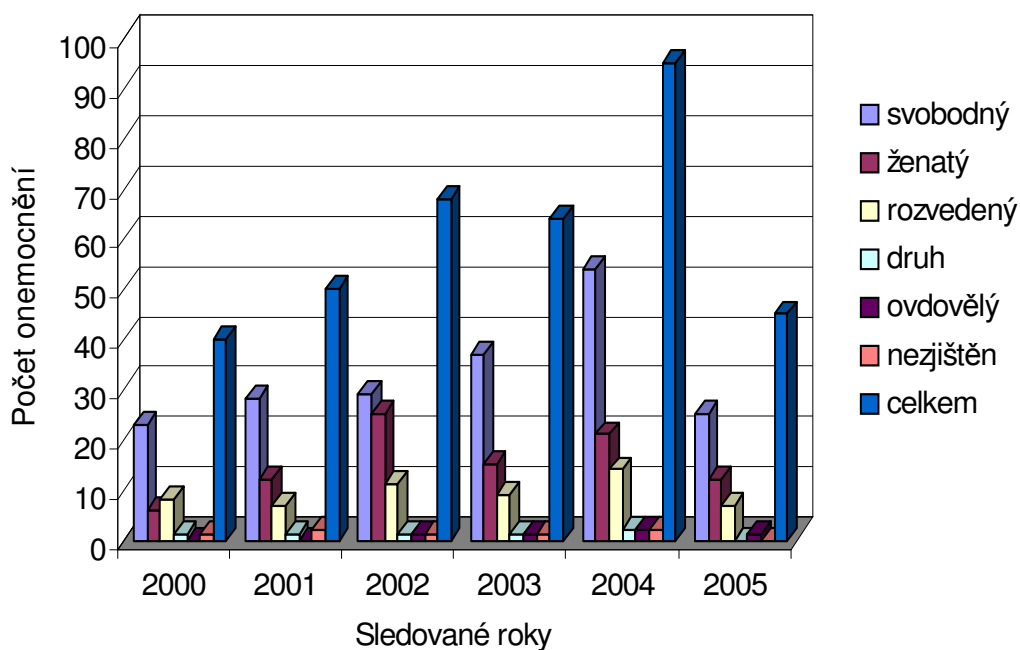
V. Rodiný stav (absolutní čísla)

Z celkového počtu nemocných ve sledovaných letech tvoří 54, 1 %, tj. v absolutních číslech 196 svobodných jedinců. Ženatí muži a vdané ženy se podílí na onemocnění pohlavně přenosným onemocněním 25, 1 %, tj. 96 případů onemocnění.

Tabulka č. 5 : rok / rodinný stav (absolutní čísla)

ROK	2000		2001		2002		2003		2004		2005	
	M	Ž	M	Ž	M	Ž	M	Ž	M	Ž	M	Ž
svobodný,á	14	9	17	11	22	7	21	16	28	26	17	8
ženatý ,á	3	3	3	9	14	11	9	6	14	7	8	4
rozvedený,á	5	3	5	2	3	8	6	3	10	4	6	1
druh	1	0	1	0	1	0	1	0	0	2	0	0
ovdovělý, á	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2	0	1
nezjištěn	0	1	1	1	0	1	1	0	2	0	0	0
	23	17	27	23	40	28	38	26	54	41	31	14
celkem	40		50		68		64		95		45	

Stav



Graf č. 5: Počty případů dle rodinného stavu

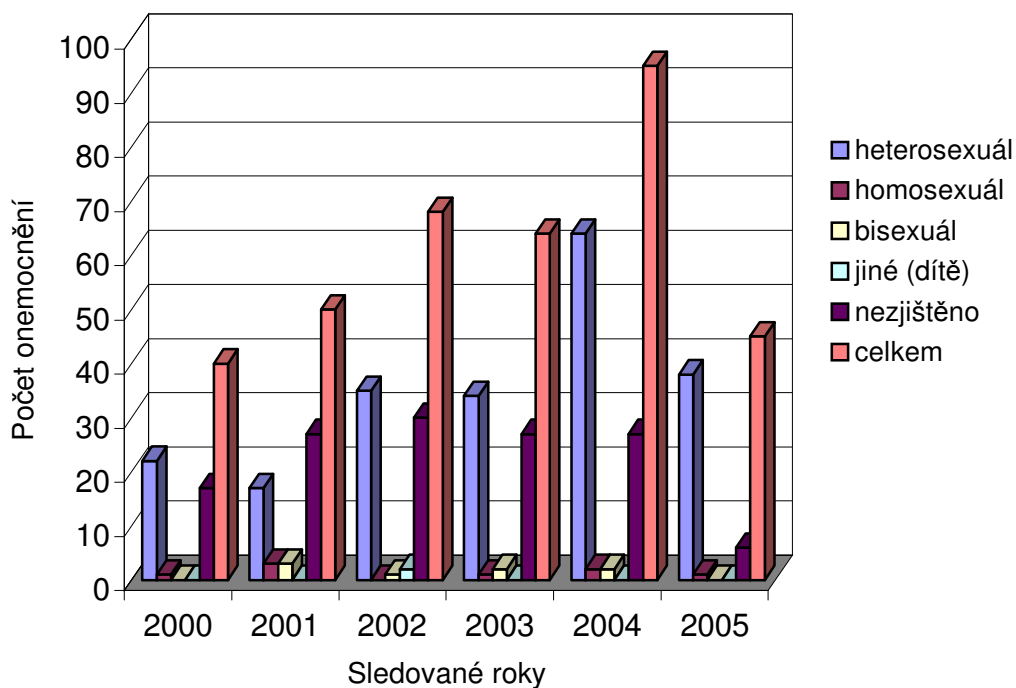
VI. Členění dle sexuální orientace (absolutní čísla)

Většina nemocných je heterosexuální orientace celých 55, 5 % z celkového počtu. Bohužel z tabulky jasně vyplývá, že v mnoha případech nemocní jsou sexuální orientaci nepřiznají - z kolonky nezjištěno je to 37, 0 %.

Tabulka č. 6 : rok / členění dle sexuálního zaměření (absolutní čísla)

ROK	2000		2001		2002		2003		2004		2005	
	M	Ž	M	Ž	M	Ž	M	Ž	M	Ž	M	Ž
heterosexuál	8	5	7	10	21	14	18	16	34	30	27	11
homosexuál	1	0	3	0	0	0	1	0	2	0	1	0
bisexuál	0	0	3	0	1	0	1	1	1	1	0	0
jiné (dítě)	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0
nezjištěno	5	12	14	13	16	14	18	9	17	10	3	3
	23	17	27	23	40	28	38	26	54	41	31	14
celkem	40		50		68		64		95		45	

Sexuální orientace



Graf č. 6: Počty případů dle sexuální orientace

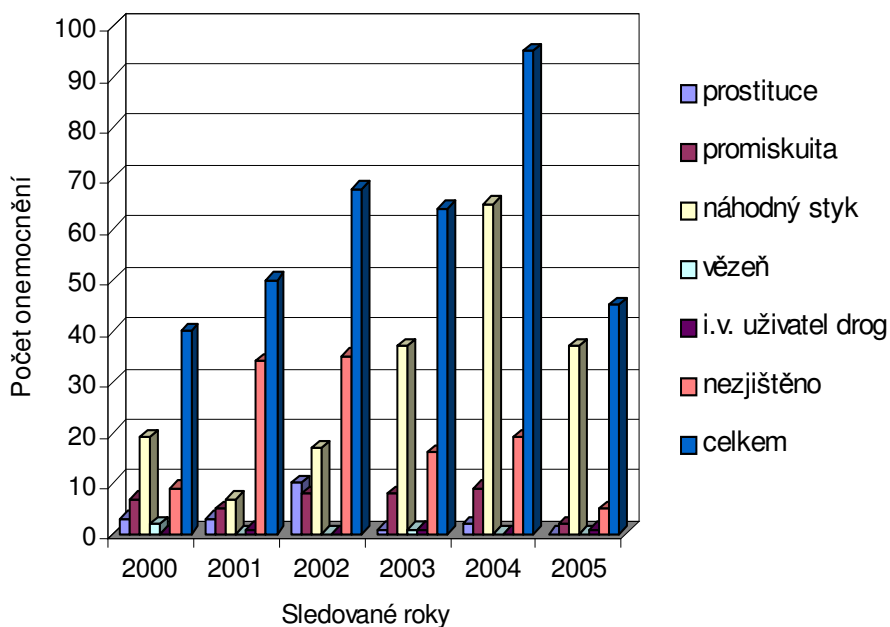
VII. Rizikové chování

Náhodný nechráněný sexuální styk v tabulce rizikového chování tvoří 43,6 %, což je z celkového počtu 362 nemocných 156 případů. Bohužel vysoké procento tvoří i nezjištěný počet případů rizikového chování a to 32,5 %.

Tabulka č.7 : rok / rizikové chování (absolutní čísla)

ROK	2000		2001		2002		2003		2004		2005	
	M	Ž	M	Ž	M	Ž	M	Ž	M	Ž	M	Ž
prostituce	0	3	0	3	1	9	0	1	0	2	0	0
promiskuita	2	5	4	1	4	4	5	3	6	3	1	1
náhodný/nechráněný styk	11	8	6	2	16	1	23	14	38	27	25	12
vězeň	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
i.v. uživatel drog	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0
nezjištěno	8	1	19	15	20	15	8	8	10	9	4	1
	23	17	27	23	40	28	38	26	54	41	31	14
celkem	40		50		68		64		95		45	

Rizikové chování



Graf č. 7: Počty případů dle rizikového chování

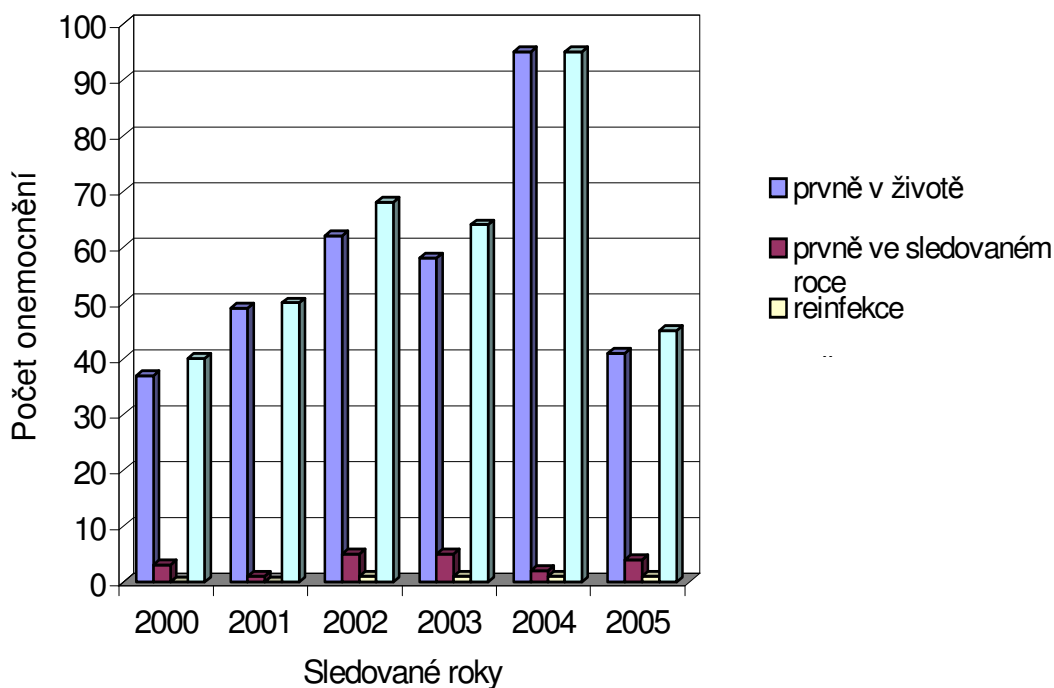
VIII. Přehled primoinfekcí a reinfekcí (absolutní čísla)

Většina infekcí STD u nemocných osob byla zachycena poprvé v životě a to 339 případů, tj. 93, 6 %. Případů reinfekce bylo zaznamenáno pouhé 4 případy z celkového počtu 362 onemocnění během sledovaných šesti let a to je 0, 1 %.

Tabulka č. 8 : rok / výskyt onemocnění (absolutní čísla)

ROK	2000		2001		2002		2003		2004		2005	
	M	Ž	M	Ž	M	Ž	M	Ž	M	Ž	M	Ž
výskyt onemocnění												
poprvé v životě	20	17	26	23	37	25	34	24	52	40	29	12
poprvé v roce	3	0	1	0	2	3	3	2	1	1	2	2
reinfekce	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1
	23	17	27	23	40	28	38	26	54	41	31	14
celkem	40		50		68		64		95		45	

Výskyt onemocnění



Graf č. 8: Počty případů dle frekvence

IX. Způsob záchytu onemocnění (absolutní čísla)

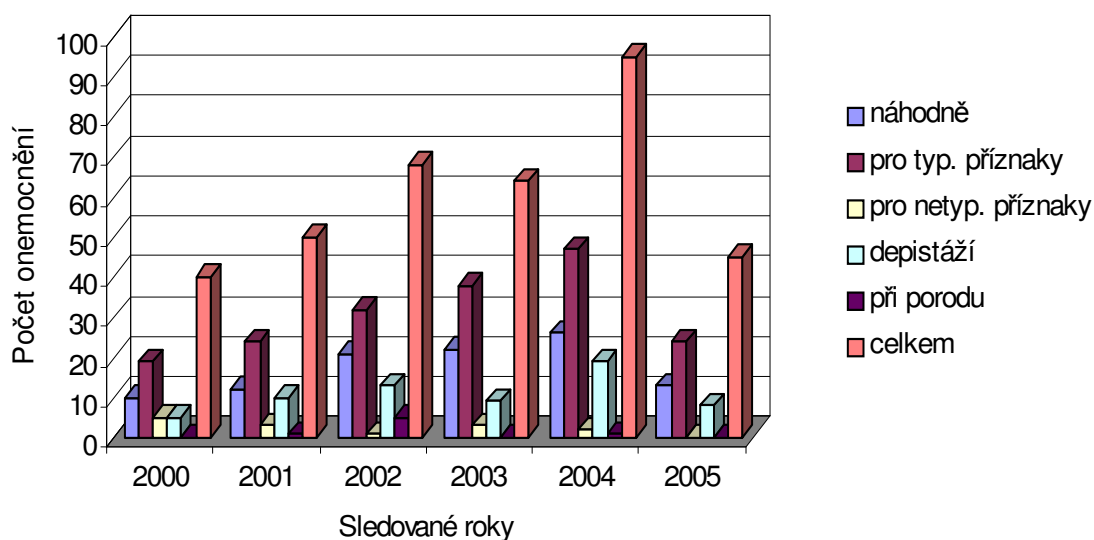
Onemocnění pohlavně přenosnou infekcí bylo ve 104 případech, tj. 28,7 %, zjištěno náhodně, tím je míněno například sérologické vyšetření pro jinou chorobu, nebo screening těhotných apod.

Pro typické zjevné příznaky onemocnění navštívilo lékaře 174 osob, tj. 48,1 %, u kterých byla také diagnóza STD později potvrzena. V této skupině nemocných převažují muži - 146 případů onemocnění, tj. z počtu 174 83,9 %. Je to dáno určitě tím, že u mužů jsou příznaky onemocnění kapavkou nebo syphilis více zjevné. Ženy mohou snadno první příznaky onemocnění přehlédnout nebo se schovávají za zcela jiné onemocnění.

Tabulka č. 9 : rok / onemocnění zjištěno (absolutní čísla)

ROK	2000		2001		2002		2003		2004		2005	
	M	Ž	M	Ž	M	Ž	M	Ž	M	Ž	M	Ž
náhodně	2	8	5	7	8	13	13	9	17	9	9	4
pro typické příznaky	16	3	19	5	27	5	18	10	31	16	19	5
pro atypické příznaky	4	1	1	2	0	1	2	1	1	1	0	0
depistáží	1	4	2	8	4	9	5	4	5	14	3	5
při porodu	0	0	0	1	5	0	0	0	0	1	0	0
	23	17	27	23	40	28	38	24	54	41	31	14
celkem	40		50		68		64		95		45	

Onemocnění zjištěno



Graf č. 9: Počty případů dle způsobu záchytu onemocnění

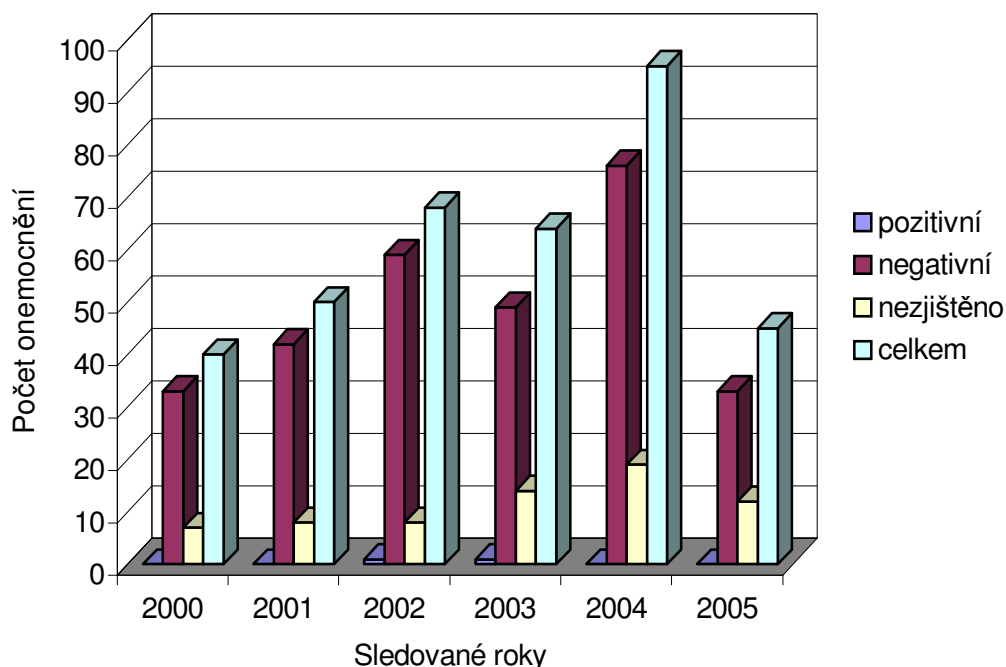
X. Vyšetření HIV positivity

Ve sledovaných letech byly díky tomuto registru zachyceny dva případy positivity HIV. V roce 2002 se jednalo o muže, cizince z Ugandy, uprchlíka, bisexuála, který svých rizikovým a nevázaným chováním nakazil minimálně jednu osobu HIV virem. U nás prokazatelně se živil jako pornoherec, za své konání byl i trestně stíhán. V druhém případě v roce 2003 to byl opět muž, Čech, prostitut a pornoherec. V 18,5 % bylo testování na HIV nezjištěno, nebo odmítnuto.

Tabulka č. 10 : vyšetření HIV positivity

HIV	2000	2001	2002	2003	2004	2005
pozitivní	0	0	1	1	0	0
negativní	33	42	60	49	76	33
nezjištěno	7	8	8	14	19	12
celkem	40	50	68	64	95	45

Vyšetření HIV



Graf č. 10: Počty případů dle výsledků vyšetření HIV

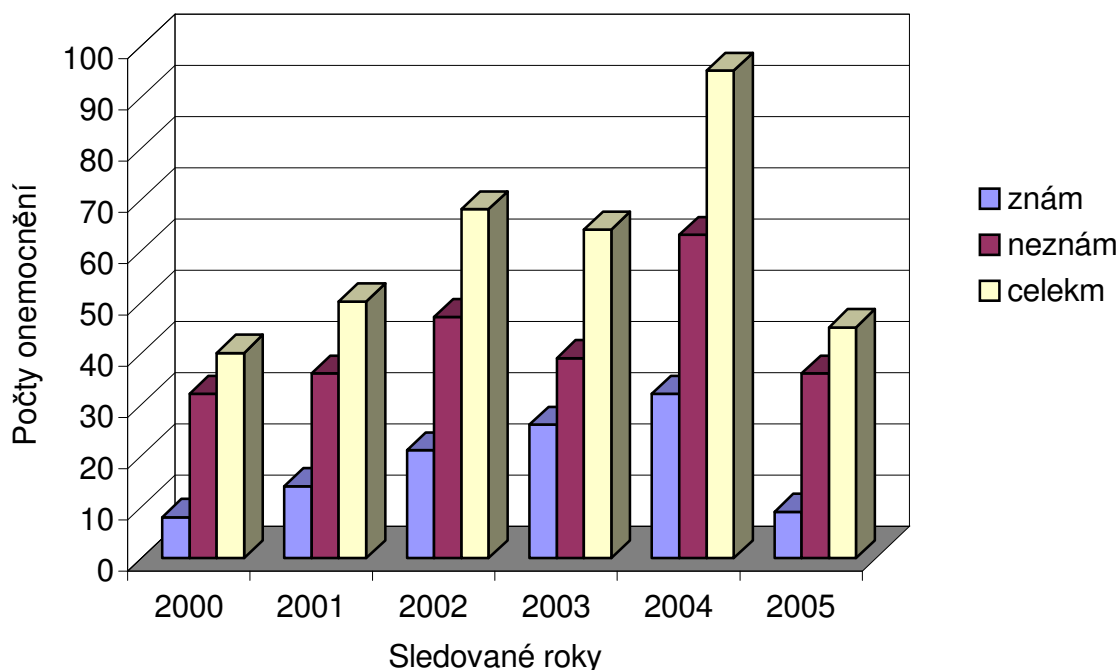
XI. Zdroj onemocnění

Zdroj onemocnění byl prokázán pouze ve 109 případech, tj. 30,1 %. Je to poměrně malé procento záchytu a odhalení zdroje onemocnění. Je to určitě dáno tím, že většina postižených udávala jednak nechráněný ale také náhodný styk s neznámou osobou i cizí národnosti. Potom se zcela nemožné pravý zdroj onemocnění STD nalézt, izolovat a přinutit k léčbě.

Tabulka č. 11 : rok / zdroj (absolutní čísla)

ROK	2000		2001		2002		2003		2004		2005	
	M	Ž	M	Ž	M	Ž	M	Ž	M	Ž	M	Ž
znám	4	4	6	8	13	8	13	12	21	11	5	4
neznám	19	13	21	15	27	20	25	14	33	30	26	10
	23	17	27	23	40	28	38	26	54	41	31	14
celkem	40		50		68		64		95		45	

Zdroj onemocnění



Graf č. 10: Počty případů dle prokázání zdroje infekce

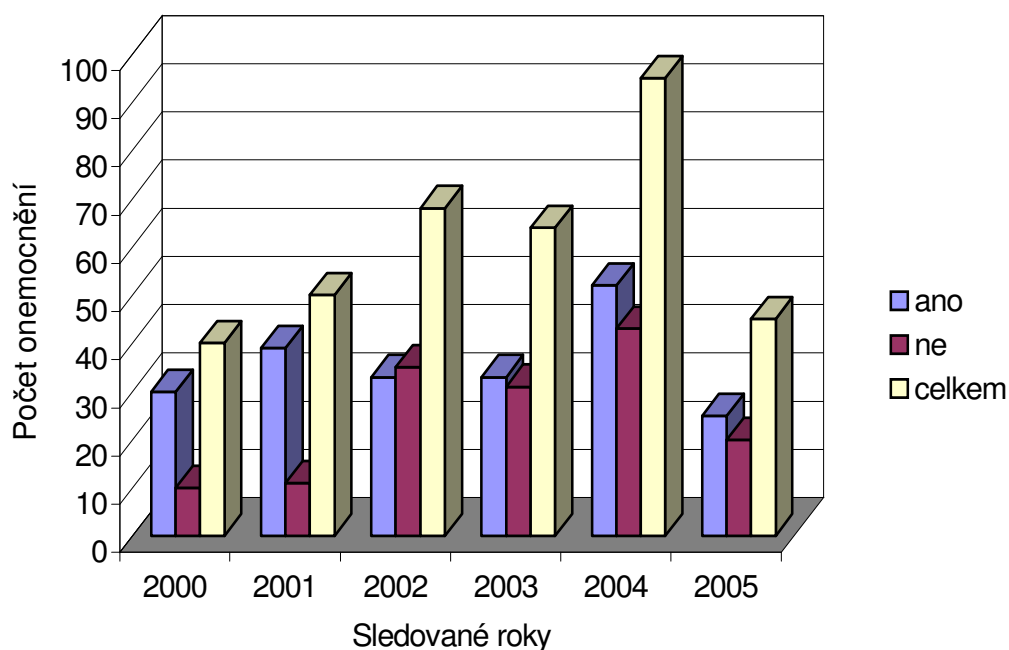
XII. Kontakty nemocných

Jako kontakt se vykazují osoby, které žijí ve společné domácnosti (tedy manžel, manželka, druh, družka a dále sexuální partneři, děti i rodiče apod.) Kontakt byl uveden v 212 případech onemocnění, tj. 58, 5 %. Každá zjištěná kontaktní osoba je informována a zajištěno odborné vyšetření. V případě pozitivního výsledku léčena. Z kategorie "kontakt" pak přechází do kategorie "případ".

Tabulka č. 12 : rok / kontakt

ROK	2000		2001		2002		2003		2004		2005	
kontakty	M	Ž	M	Ž	M	Ž	M	Ž	M	Ž	M	Ž
ano	14	16	22	17	19	14	23	10	34	18	17	8
ne	9	1	5	6	21	14	15	16	20	23	14	6
	23	17	27	23	40	28	38	26	54	41	31	14
celkem	40		50		68		64		95		45	

Kontakty



Graf č. 12: Počty případů dle uvedených kontaktů nemocných

4.1 Tiskopis „Hlášení pohlavní nemoci“

Při zpracování mé diplomové práce jsem využila databáze vedené na Krajské hygienické stanici se sídlem v Českých Budějovicích - oddělení epidemiologické informatiky a řízení očkování. Zde jsem mohla provést analýzu dat z uvedeného základního souboru.

Každý pacient, který onemocní jednou ze čtyř klasických pohlavně přenosných onemocnění, kam patří syfilis, kapavka, měkký vřed (ulcus molle), lymfogranuloma venerum, musí být nahlášen dle zákona č. 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví a vyhlášky č. 195 / 2005 Sb., kterou se upravují podmínky předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění.

Při zjištění pohlavní nemoci má každý lékař, ve většině případů se jedná o odborníka v oblasti dermatovenerologie, právní povinnost vyplnit hlášení pohlavní choroby na zvláštním tiskopisu "Hlášení pohlavní nemoci NZIS 017 1". Venerolog musí dále zajistit podrobné depistážní šetření, zajistit další kontakty a možný zdroj onemocnění k lékařskému vyšetření.

V povinném hlášení jsou osobní data o nemocném, přesná diagnóza, způsob jejího zjištění a ověření, datum vyšetření a zahájení léčby, možný zdroj a kontakty nemocného. Také je zde údaj k vyšetření protilátek HIV infekce. Pacient musí být o vyšetření na HIV informován a dát k němu svůj souhlas.

Údaje jsou z hlediska úplnosti a správnosti ověřovány krajskými konzultanty ještě před předáním do databáze Národního registru PN ČR. V současné době plní funkci krajského odborníka k této problematice primář kožního oddělení Nemocnice České Budějovice MUDr. Jiří Horažďovský.

Všechna data v dotazníku jsou přísně důvěrná. Na přesnosti vyplnění dotazníku záleží validita celého systému, který chybně vyplněný tiskopis nepřijme. Systém hlášení je součástí NZIS - Národní zdravotnický informační systém. Tento systém vydal metodiku, jak správně postupovat při vyplnění tiskopisu STD.

Ostatní pohlavně přenosné infekce jako jsou chlamydiové infekce, kondylomata, papillomaviry se hlásí odlišně. Jedná se o systém Epidat, s kterým pracují krajské hygienické stanice. Infekce se hlásí na tzv. červených hlášenkách a je zde důležité mít

laboratorní ověření, potvrzující diagnózu. diagnóza stanovená pouze na podkladě klinických příznaků i pokud je od odborného lékaře nestačí.

Do práce jsem zařadila pouze povinná hlášení do Národního registru pohlavních nemocí, tedy čtyři STD, které obsahuje tiskopis "Hlášení pohlavní nemoci" a vybrala jsem údaje, které se mi pro práci zdály nejvíce ilustrativní.

4.2 Práce depistážní sestry na dermatovenerologickém oddělení

Důležitou úlohu v ordinaci dermatologa zastává depistážní sestra. Její hlavní činností je epidemiologické šetření spočívající v objasňování zdrojů, kontaktů, což mnohdy není zcela jednoduché, ale velice důležité pro další záchyt dalších STD. Nemocní se neradi zmiňují o svých sexuálních partnerech či aktivitách, chrání je a nebo nechtějí, aby o jejich onemocnění věděli. Vnímají tyto infekce jako určité stigma své osoby. Empatii a zkušenosti depistážní sestry vidíme hned na dobře vyplněném tiskopise "Hlášení pohlavně přenosné nemoci", protože zde nejsou vyplněné kolonky typu "nezjištěno" a "neuvedeno" apod.

Sestra spolupracuje s oddělením epidemiologie KHS - orgánem veřejného zdraví a s pracovišti oboru urologie, gynekologie a porodnictví, transfúzní službou, mikrobiologie i patologie. Vede dispenzarizaci pacientů, registrace změn pobytů, předávání dokumentace mezi odděleními, kraji a hygienickými stanicemi. Aktivně se dále vzdělává ve svém oboru. Spolupracuje s dalšími venerologickými pracovišti na území ČR. Navštěvuje a eviduje osoby provozující sexuálně výdělečnou činnost, snaží se u nich o preventivní vyšetření a zdravotní výchovu a záchyt nových kontaktů. Depistážní sestra je pravou rukou dermatovenerologa.

4.3 Kazuistiky

Každý pacient, u kterého je potvrzeno onemocnění pohlavně přenosnou nemocí musí podepsat a seznámit se s poučením, které mu ukládá zákaz pohlavního styku. U onemocnění kapavkou platí tento zákaz ještě tři měsíce po ukončení úspěšné léčby.

U onemocnění syfilis může dát souhlas k pohlavnímu styku lékař dermatovenerolog dle svého odborného uvážení po vyhodnocení všech předcházejících klinických i laboratorních výsledků. Nedodržení tohoto zákazu může být posuzováno jako přestupek dle zákona 200/90 Sb., a též sankcionována finančním postihem. Důvodem je, že nemocná osoba ohrožuje zdraví ostatních osob infekční nemocí. Šíření infekční nemoci z nedbalosti nebo dokonce úmyslně může být považována za trestný čin.

Mezi preventivní opatření též patří, že osoby, u nichž je prokázáno pohlavně přenosné onemocnění, nesmí být dárci krve a krevních derivátů. Při utajení této skutečnosti opět porušuje zákon a vystavuje se trestnímu stíhání.

4.3.1 Kazuistiky I

Žena, české národnosti, rok narození 1954, bydliště okres Písek, vzdělání středoškolské, nezaměstnaná, vdaná za státního příslušníka NSR.

První příznaky onemocnění se objevily v únoru 2001. Při vyšetření na oddělení dermatovenerologie NCB byla dle laboratorních výsledků i klinického obrazu diagnostikována syfilis časná. Na těle byly znatelné projevy prvního stádia syfilis - charakteristický tvrdý vřed - ulcus durum - v oblasti konečníku a dále na trupu byl již rozpoznatelný typický syfilitická vyrážka jako projev druhého stádia syfilis (obr.č.1)

Pacientka byla hospitalizována na kožním oddělení NCB a podrobila se léčbě. Hospitalizace trvala měsíc, tedy do března 2001. Terapie v podobě injekční aplikace penicilinu probíhala bez komplikací a pacientka ji snášela dobře. Po propuštění je i nadále pacientka dispenzarizována na oddělení dermatovenerologie NCB a každý půlrok zvána na pravidelné kontrolní sérologické vyšetření.

Pravděpodobným zdrojem onemocnění byl manžel, u kterého byla také lues diagnostikována. V současné době s manželem nežije a nemá stálého sexuálního partnera.



obrázek 1 : stádium sekundární syfilis - typická syfilitická vyrážka



obrázek 2 : detail - již přeléčená syfilitická vyrážka na těle

4.3.2 Kazuistika II.

Ukrajinský státní příslušník, rok narození 1971, svobodný, heterosexuál, vzdělání základní. V současné době žije dlouhodobě v České republice a legálně je zaměstnaný jako zámečník v Českých Budějovicích.

V lednu 2000 byl doporučen k odbornému vyšetření na venerologii NCB. Důvodem byla již asi dva měsíce trvající neúspěšná léčba na urologii NCB. Pacient udal asi dva měsíce trvající svědění, pálení v močové trubici, tmavší moč, po ránu výtok z močové trubice žlutobělavé barvy. Při močení žádné problémy nepocítuje, teploty neměl. Na základě rozboru jeho sexuálních aktivit nelze vyloučit případné onemocnění pohlavně přenosnou nemocí, lékař urolog měl podezření na kapavku.

Po podrobném vyšetření na oddělení venerologie byla potvrzena a diagnostikována časná syfilis. Na penisu byly znatelné jemné eroze, uzliny v tříslech velikosti malých fazolí, na pohmat nebolestivé, na těle zjištěna poměrně velká ulcerace (obrázek č.3). Byla nařízena hospitalizace a léčba v podobě injekčních dávek penicilinu a koupele v hypermanganu. Hospitalizace trvala 26 dní. Propuštěn v dobrém stavu bez další léčby, vředy po těle byly zhojeny, zbyly pouze jizvy tmavočervené barvy. Dispenzarizován na stejném oddělení a zván na pravidelné kontroly.

Depistážním šetřením bylo zjištěno, že možným zdrojem onemocnění byla žena ukrajinské národnosti, se kterou měl nemocný pohlavní styk při krátkodobém rekreačním pobytu na Ukrajině. Pacient stačil nakazit svoji partnerku, také Ukrajinou pracující jako šička v Ostravě. Byla diagnostikována a potvrzena časná syfilis s následnou léčbou a hospitalizací v nemocnici v Ostravě.



obrázek 3 : syfilitické ulcerace na trupu



obrázek 4 : detail syfilitického vředu na trupu

4.3.3 Kazuistika III.

Žena, rok narození 1987, studentka střední odborné školy, národnost česká, bydliště okrese Prachatice.

Přijata v září 2003 na oddělení dermatovenerologie NCB na doporučení obvodního lékaře pro podezření na pohlavně přenosné onemocnění.

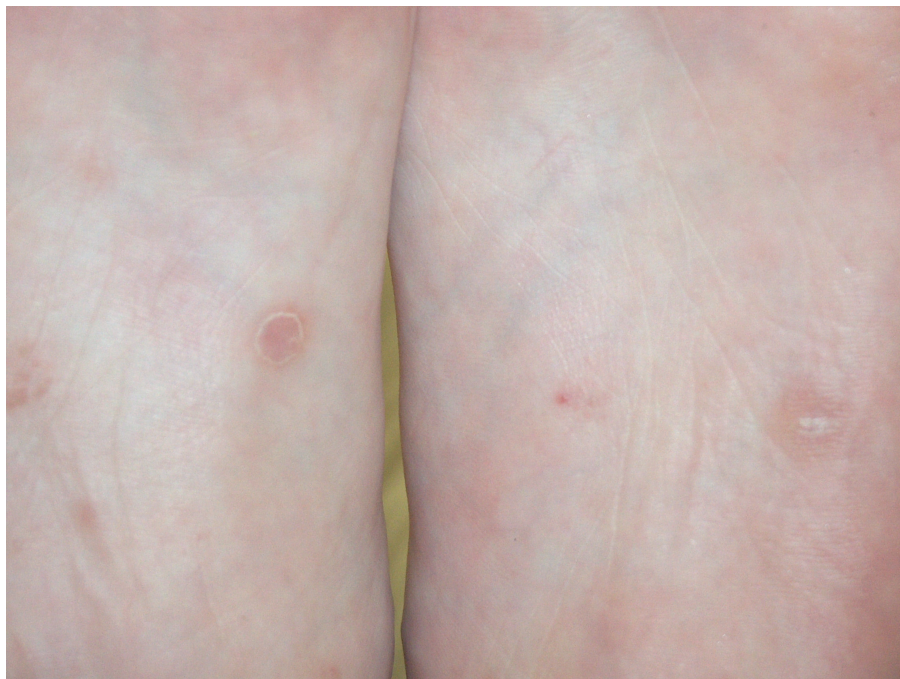
Na podkladě odborného vyšetření a laboratorního průkazu byla potvrzena diagnóza druhého stádia syfilis. Projevy - syfilitická angína (obr.č.5.) - nehojící se zánět mandlí a patra, v jazyku peercing , pod pravým prsem zjištěna nehojící se pupen zarudlý a zduřelý (obr.č.6), dále typické projevy onemocnění syfilis na dlaních ruky a ploskách nohou - jemná vyrážka (obr. č.7) a v okolí rekta a stydkých pysků (obr. č.8, 9).

Hospitalizována na kožním oddělení. Doba hospitalizace trvala 21 dní. Léčena penicilinem v injekční podobě. Po úspěšném přeléčení všech projevů syfilis dále dispenzarizována na oddělení venerologie NCB a pravidelně zvána na půlroční sérologické kontroly. Onemocnění bylo diagnostikováno na základě typických příznaků a pozitivních laboratorních nálezů. Vzhledem k jejímu životnímu stylu nelze do budoucna vyloučit další záchyt STD.

Při depistážním šetření udala nechráněný pohlavní styk s mužem, který ukončil léčbu pro syfilis na stejném oddělení v nedávné době. Dále uvedla pohlavní styk s dalšími dvěma muži. Ti byli kontaktováni a zajištěni pro vyšetření a podezření na šíření pohlavně přenosného onemocnění.



obrázek 5 : syfilitická angína



obrázek 6 : projev druhého stádia syfilis - typický výsev na ploskách nohou - již přeléčený antibiotickou léčbou



obrázek 7 : projev druhého stádia syfilis - vyrážka pod pravým prsem



obrázek 8, 9 : vyrážkové projevy stádia v okolí konečníku a stydkých pysků

5. Diskuse

Cílem mé práce bylo ilustrovat výskyt onemocnění pohlavně přenosnými nemocemi, zejména pak kapavkou a syfilis, na území Jihočeského kraje v letech 2000 - 2005. K tomuto cíli jsem vyslovila 4 hypotézy.

Má první hypotéza zní : *"Trend výskytu onemocnění kapavkou byl v roce 2005 vyšší než v roce 2000."* Tato hypotéza byla potvrzena. V absolutních počtech bylo v roce 2000 zaznamenáno 23 onemocnění vyvolaných *Neisseria gonorrhoea* a v roce 2005 se počet onemocnění zvýšil na 35. Nárůst onemocnění kapavkou byl vyšší o 34 %.

Druhá hypotéza zní : *"Hlášený záchyt onemocnění syfilis byl v roce 2005 vyšší než v roce 2000."* Tato hypotéza potvrzena nebyla. Naopak dle výsledků sekundární analýzy dat jsem došla k závěru že, počet hlášených onemocnění syfilis se v roce 2005 činil pouhých 10 a v roce 2000 17 nemocných, došlo tedy k výraznému poklesu o 70 %. Při hodnocení nárůstu výskytu u kapavky, respektive významnému poklesu u syfilis, je třeba si uvědomit několik důležitých okolností (viz hypotéza č. 3). Hlášené, zachycené a řádně léčené případy STD velmi pravděpodobně nepodávají celkovou informaci o skutečné incidenci těchto onemocnění. Zejména u kapavky je nutno předpokládat, že skutečný výskyt je významně vyšší. To je dáno řadou faktorů mezi něž například patří : faktory společenské a psychologické, které u mnoha lidí vedou ke snaze zatajovat skutečný charakter onemocnění. A to v situaci, kdy přetrvává dobrá citlivost na běžná antibiotika a je tedy možná, alespoň do určité míry, účinná léčba bez uvedení skutečné diagnózy. Faktor epidemiologického rizika v těchto případech trvá, protože osoby, které nejsou řádně léčené a které si neuvědomují nebezpečí šíření se mohou stále uplatňovat jako zdroje infekce v populaci.

Hypotéza třetí : "U obou dg jde o malá čísla. Lze vyslovit předpoklad, že významný počet případů není hlášen, uniká léčbě a může se uplatnit jako zdroj šíření nákazy." Vyslovená hypotéza je potvrzena. Výskyt hlášených případů v absolutních číslech je opravdu nízký. V období let před rokem 2000 se počty hlášených onemocnění pohlavně přenosnou chorobou počítaly na stovky. Po roce 2000 je to pouhých několik desítek

případů ročně. Domnívám se však, že nemáme k dispozici dostatek argumentů pro tvrzení, že situace ve výskytu zmíněných STD se zlepšuje.

Snahou všech odborníků zdravotnických i nezdravotnických profesí, kteří se zabývají problémem pohlavně přenosných infekcí a s tím souvisejícími otázkami sociálně patologických jevů by mělo být dobrat se postupně k pokud možno k úplným a pravdivým informacím o těchto otázkách. Jde tedy o to vytvořit funkční systém hlášení, včasné a správné diagnostiky, epidemiologické analýzy a řádné péče o osoby podezřelé z nákazy. Podmínkou k tomu je průběžná spolupráce a informovanost mezi dermatovenerology, gynekology a praktickými lékaři. Postupně by měli být eliminovány případy léčby bez řádného vyšetření diagnózy a případy zanedbání hlášení. Stále musí být kladen důraz na kontrolu režimu života osob v riziku infekce, cílenou především na dodržování stanovených opatření.

Myšlenka, že by lidé byli k sobě i sexuálnímu partnerovi zodpovědnější nebo se více byli jakéhokoliv onemocnění báli, mě zcela opouští. Naopak se mi zdá, že zejména mladí lidé stále více riskují, užívají si a neuvědomují si, i přes veškerou zdravotní a sexuální výchovu, rizika a následky svého jednání.

Tuto ideu potvrzuje i náš přední psycholog Prof. PhDr. Jaro Křivoláký, který se zabývá sociální a klinickou psychologií a také psychologií zdraví. Ve své knize se zabývá pojmem "zdravý a nezdravý sexuální život". Uvádí, že dle nejrozumnějších studií v této oblasti mladí lidé při svém prvním pohlavním styku i v dalším sexuálním životě nepoužívá účinnou ochranu proti pohlavně přenosným nemocem.⁽¹⁷⁾ Zde je nasnadě otázka : Proč tomu tak je? Mladí lidé na tuto otázku odpovídají velice často, že při prvním sexuálním styku byli situací tak zaskočeni, že dost dobře ani nevěděli, jak se mají zachovat a co mají dělat. Také uvádějí, že ke styku došlo pod vlivem alkoholu nebo jiných omamných látek, kdy byla změněna úroveň vědomí a ovlivněno vědomé rozhodování. Autor dále uvádí, že mladí lidé častěji mají strach z nechtěného otěhotnění a spokojí se s vědomím, že ochranná pilulka proti početí při pohlavním aktu postačí.⁽⁸⁾

Čtvrtá hypotéza zní : "*Zdrojem pohlavních chorob jsou osoby v obtížné sociální a ekonomické situaci.*" Podle výsledků mého rozboru je poslední hypotéza potvrzena pouze do určité míry. Lze považovat za prokázané, že šíření STD se stává rizikem ve

skupině osob s definovaným rizikovým chováním. Mezi ně nepochybně patří promiskuitní způsob života a prostituce. Do značné míry lze rovněž tvrdit, že popsané rizikové aktivity jsou typické pro některé skupiny osob, které se nacházejí v obtížné sociální a ekonomické situaci. Nelze však dogmaticky tvrdit, že většina osob v této tíživé situaci spatřuje její řešení v prostituci či promiskuitě. Na druhé straně je objektivně doplněno, že rizikové chování v celé sféře intimního života člověka je v přímé souvislosti se šířením pohlavně přenosných nemocí.

Při rozboru údajů uvedených v tiskopise "Hlášení pohlavní nemoci" jsem zjistila, že dotazované osoby uvádějí nechráněný pohlavní styk, střídání partnerů. V dotaznících se málokdy objeví osoba s vysokoškolským vzděláním, zdravotník, manažer, inženýr, umělec apod. Domnívám se, že řada osob má snahu z řady důvodů určité závažné údaje neuvádět. Jde o jistou formu disimulace.

V tiskopise je také údaj o vyšetření HIV. Z výsledků sekundární analýzy dat je velice malý záchyt HIV pozitivita pouze 0,05 %. Z celkového souboru 362 osob byla potvrzena HIV pozitivita pouze u dvou osob a to u jednoho cizince a jednoho českého občana. Tento výsledek se mi nezdá příliš pravdivý. Pokud byla potvrzena hypotéza, že většina hlášených případů onemocnění STD jsou lidé z určitých sociálně rizikových skupin jako prostitutky, prostituti, promiskuitní občané, čekala bych vyšší procento i HIV pozitivních případů. Na druhé straně je však třeba připustit, že nízký záchyt HIV pozitivita v těchto skupinách populace odpovídá celostátním údajům prezentovaných Národní referenční laboratoří pro AIDS. Důvody proč epidemiologická situace ve výskytu HIV/AIDS v ČR a v několika dalších evropských zemích je relativně příznivá zatím nejsou objasněny.

Po roce 1989 bohužel nedošlo pouze k toužebnému otevření hranic a nastolení demokratického systému v naší zemi, ale také celá situace se stala příznivou pro volný pohyb osob a všeobecnou liberalizaci poměrů. Negativním důsledkem však bylo rozšíření prostituce a vzniku rozsáhlého trhu nabídky a poptávky pro sexuální služby. To se týkalo zejména velkých měst a příhraničních oblastí. Tento jev sice odborníci předpokládali, ale nebyly k dispozici právní nástroje k její regulaci. Navíc za totality sice existovaly negativní sociální jevy, které však zcela byly pokrytecky přehlíženy.

Rizikové sexuální chování, jako brzký začátek pohlavního života, střídání partnerů, prostituce obou pohlaví, náhodní sexuální partneři, nechráněné pohlavní styky, určité sexuální praktiky roztáčí kolotoč šíření pohlavních infekcí. Ohrožen pak může být bez ohledu na věk prakticky kdokoli, kdo se takto chová, ale i nevinný, který neví nic o partnerově nevěře či nezná jeho zdravotní stav a předchozí sexuální život.

Tak jako ve světě je i u nás nejvyšší výskyt ve věkové skupině 15 - 24 let. K lékařům přicházejí pro zřejmé obtíže častěji první muži než ženy. U žen probíhá většina pohlavně přenosných onemocnění skrytě nebo příznaky nákazy jsou málo poznatelné, právě to nemotivuje ženy k včasné návštěvě u dermatologa či alespoň u gynekologa.

V posledních letech se na výskytu pohlavních onemocnění v celé České republice v určitém procentu podílejí i cizinci, kteří u nás často legálně i nelegálně provozují nejrůznější činnosti - levní pracovní dělníci i prostitutky. S cizinci nastává i další problém. Pokud se lékař ve své praxi setká s pacientem, který je podezřelý z pohlavně přenosného onemocnění nebo již je pro tuto chorobu diagnostikován, a není pojištěn a nemá finanční prostředky k úhradě vyšetření a následné léčby, nachází se lékař v poměrně složité situaci. Musí zvládnout etické a léčebné povinnosti lékaře a zároveň vzít na svá bedra riziko nemalých finančních nákladů s tím spojených. Bohužel tento jev se často týká problémových osob, které mohou a nejspíš budou infekci šířit dál.

Jedním z hlavních předpokladů úspěšného zachytu, vyšetření, léčby a v podstatě zvládnutí epidemiologického šetření s cílem omezení šíření infekce, je získání důvěry pacienta, zaručení lékařské mlčenlivosti a ryze profesionální přístup. Jakákoliv kritika pacienta a jeho moralizování se mine účinkem a pacient se už nejspíš v ordinaci neukáže.⁽⁴⁹⁾

Pohlavní choroby v sobě skrývají nejen zdravotní problém, ale někdy mnohem více tíží pocit viny, zklamání z partnerských vztahů, strachu ze společenské degradace. Můžou být příčinou manželské krize, rozvodu, kde netrpí pouze nemocní, ale také děti, partneři.⁽⁴⁹⁾ I z těchto důvodů se snaží být utajovány, samoléčeny či jinak nekvalifikovaně ošetřovány a bohužel tak snáze být šířeny dál. Rovněž "štitivost" a diskriminující chování k určitým skupinám osob, třeba jiné sexuální orientace či

k prostitutkám, je zažene spíše do kouta než do lékařských ordinací. Proto loajální přístup lékaře a zejména depistážní sestry je velice důležitý.

V předchozích odstavcích jsem snažila zmínit alespoň část širších souvislostí, které se uplatňují v problematice STD. Považuji za nutné zdůraznit, že pohlavně přenosné nemoci, respektive kontrola jejich výskytu, nejsou řešitelné pouze silami zdravotníků. Jde o problém v pravém slova smyslu celospolečenský, při jehož řešení lze efekt očekávat jen za předpokladu plné spolupráce a angažování sféry politické, legislativní, sociální a zdravotnické. Nepominutelným předpokladem je rovněž poskytování úplných a včasných informací nejširší veřejnosti.

6. Závěr

Závěrem mé diplomové práce bych ráda zhodnotila snahu zilustrovat výskyt pohlavně přenosných onemocnění, zvláště pak syfilis a kapavky, na území Jihočeského kraje v letech 2000 - 2005. Díky vstřícnosti Krajské hygienické stanice se sídlem v Českých Budějovicích jako orgánu ochrany veřejného zdraví, která mi umožnila pracovat s uloženými daty, a také díky poskytnutým materiálům pana primáře kožního oddělení Nemocnice České Budějovice se můj záměr do určité míry zdařil.

Veškeré výsledky práce, včetně přehledných tabulek, grafů i fotodokumentace mohou být použity jako informativní materiál k další práci epidemiologů, gynekologů, venerologů, urologů i studentů středních zdravotnických škol a vysokých škol. Mé závěry si přirozeně nečiní nárok na definitivní platnost. Mohou být však použity jako podklady pro diskusi například v rámci seminářů studentů fakulty.

Na základě jednoho stanoveného cíle jsem vyslovila čtyři hypotézy, z nichž dvě hypotézy byly potvrzeny, jedna potvrzena zčásti a jedna vyvrácena. Potvrzeny byly hypotézy : *"Hlášený počet onemocnění kapavkou byl v roce 2005 vyšší než v roce 2000"* dále *"U obou jde o malá čísla. Lze vyslovit předpoklad, že významný počet případů není hlášen, uniká léčbě a může se uplatnit jako zdroj šíření nákazy"*. Částečně byla potvrzena hypotéza *"Zdrojem pohlavních chorob jsou osoby rizikových skupin - prostitute, promiskuita, osoby v obtížné sociální a ekonomické situaci."* Výsledek hypotéz nebyl překvapující, ale spíše očekávaný.

Pouze jedna z hypotéz a to *"Hlášený počet onemocnění syfilis byl v roce 2005 vyšší než v roce 2000"* potvrzena nebyla. Musím ale uvést, že oproti minulým rokům se sice počet nových případů syfilis v roce 2005 nezvětšil, ale narůstá větší podíl onemocnění syfilis nad kapavkou.

Celkově se dá říci, že situace ve výskytu pohlavně přenosných onemocnění nejen v Jihočeském kraji je srovnatelná s řadou krajů ČR. Trvá stav, kdy významně nepříznivější je situace v Praze a Středočeském kraji a v některých velkých průmyslových aglomeracích. Obsažený záchyt v hlášeném systému má klesající trend, ale odborníci o tomto trendu pochybují.

7. Seznam použitých zdrojů

- [1] BUDINSKÝ, V., ZVĚŘINA, J. Vše o sexu. Sexuologie a sexuální praxe pro každého. Euromedia Group. k.s. - Ikar, Praha, 1.vydání, 2004. 335 s. ISBN 80-249-0460-8
- [2] ČTK. Kapavka a syfilis na ústupu - AIDS roste
<http://www.aktualne.centrum.cz/zdravi-a-rodina/clanek.phtml?id=233010>, září 2006
- [3] DOMORÁZKOVÁ, E. Očkování v praxi praktického lékaře. Grada Praha, 1.vydání, 1997. 114 s. ISBN 80-7169-481-9
- [4] GOPFERTO VÁ, D., PAZDIORA, P., DÁŇOVÁ, J. Epidemiologie infekčních nemocí. Univerzita Karlova Praha, Karolinum, 2002. 230 s. ISBN 80-246-0452-3
- [5] HLAVATÝ, M. Historie České společnosti AIDS pomoc v kostce
<http://www.aids-pomoc.cz>, 21.3.2007
- [6] HOLÝ, L. Syfilis
<http://www.dds.winet.cz/syfilis.htm>, listopad 2006
- [7] HRUBÁ, D., KAŠTÁNKOVÁ, V. Diagnostika, terapie a prevence chlamydiových infekcí
<http://www.cevap.cz>, duben 2003
- [8] JANIŠ, K. Z dějin sexu a erotiky. Lupus Trutnov, 1.vydání, 2004. 382 s. ISBN 80-9035-090-9
- [9] JEDLIČKA, J. Národní program boje proti AIDS. Mikrobicidy
<http://www.aids-hiv.cz/ram.htm>, 21.3.2007
- [10] JEDLIČKA, J. Zprávy z centra epidemiologie a mikrobiologie. Ročník 13, č.7, 301-303 s. SZÚ Praha, 2004. ISSN 1211-7358
- [11] JEDLIČKA, J., VÍT, M. Zprávy z centra epidemiologie a mikrobiologie. Ročník 14, č.7, 343-345 s. SZÚ Praha, 2005. ISSN 1211-7358
- [12] KAŠTÁNKOVÁ, V. Měkký vřed
<http://www.medicina.cz/verejne/mekkyvred.htm>, prosinec 2002
- [13] KAŠTÁNKOVÁ, V. Mládež a sexuálně přenosné choroby
<http://www.cevap.cz>, srpen 2000
- [14] KOLEKTIV AUTORŮ. Manuál prevence v lékařské praxi. I - V. díl souborné vydání. SZÚ Praha, 1998. 624 s. ISBN 80-7071-080-2
- [15] KOLEKTIV AUTORŮ. Přenosné choroby. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2001. 82 s. ISBN 80-7040-496-5
- [16] KREKULOVÁ, L., ŘEHÁK, V. Virové hepatitidy. Prevence, diagnostika a léčba virových hepatitid v první linii. Trinitron Praha, 1.vydání, 1998. 59 s. ISBN 80-8575-92-6

- [17] KŘIVOLAKÝ, J. Psychologie zdraví. Portál Praha, 1.vydání, 2001. 279 s. ISBN 0-7178-551-2
- [18] KŘÍŽOVÁ, L. Pohlavní choroby obecně
<http://www.anamneza.cz/modules/prevence.php3>, březen 2007
- [19] LENDEROVÁ, M. Prostituce a pohlavní choroby: historický exkurz do českého prostředí 19. a 20.století
<http://www.gyne.cz>, leden 2007
- [20] LOBOVSKÁ, A. Infekční nemoci. Univerzita Karlova Praha, Karolinum, 2002. 353 s. ISBN 80-246-0416-8
- [21] MAGAZÍN PRÁVO. Mozart zemřel na syfilis
<http://www.novinky.cz/03/88/18.html>, srpen 2004
- [22] MATĚJČEK, Z. Co, kdy a jak ve výchově dětí. Portál Praha, 1996. 143 s.
- [23] MATOUŠOVÁ, M. MF dnes. Kondom vždy pohlavní chorobu nezastaví
<http://www.zdravi.idnes.cz/sexualita.asp.html>, srpen 2006
- [24] MEDITORIAL. 28 dní. Pohlavně přenosné choroby
<http://www.28dni.cz/choroby.html>, 8.3.2007
- [25] MINISTERSTVO VNITRA ČR. Prevence kriminality. Návrh k opatření k řešení problémů souvisejících s prostitucí
<http://www.mvcr.cz>, únor 2002
- [26] NADACE STRADA. Obchodování se ženami a nucená prostituce. Podklady pro prevenční lekce
<http://www.strada.cz>, březen 2007
- [27] NOVOTNÝ, J. Nebezpečné chlamydie
<http://www.celostnimediceina.cz/nebezpecne-chlamydie.htm>, listopad 2006
- [28] OBČANSKÉ SDRUŽENÍ ROZKOŠ BEZ RIZIKA - základní informace
<http://www.rozkosbezrizika.cz>, březen 2007
- [29] PETRŽELKA, A. Chudoba je horší než promiskuita
<http://www.ceskoprotichudobe.cz>, leden 2006
- [30] PILNÁ, D. Gonokokové infekce - kapavka
<http://www.rogy.cz/poradna/odborne/choroby/kapavka.html>, leden 2007
- [31] PINEROVÁ, D. Zdraví. Čtyři nejčastější pohlavní nemoci
<http://www.prodamy.cz/ctyri-nejcastejsi-pohlavni-nemoci.html>, květen 2006
- [32] POKORNÝ, J. Pohlavní nemoci
<http://www.clowers.blog.cz/pohlavni-nemoci.htm>, říjen 2006
- [33] PROCHÁZKA, I. Pohlavní choroby-kapavka
<http://www.stripky.cz/pohlavni-choroby-kapavka.html>, květen 2005
- [34] SBÍRKA ZÁKONŮ ČESKÉ REPUBLIKY: Vyhláška 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.

- [35] SBÍRKA ZÁKONŮ ČESKÉ REPUBLIKY: Zákon č.140/1961 Sb., Trestní zákon, ve znění pozdějších předpisů.
- [36] SBÍRKA ZÁKONŮ ČESKÉ REPUBLIKY: Zákon č.258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví ve znění pozdějších předpisů.
- [37] STANKO, M. Chlamydie - nebezpečná infekce! Jak se před ní chránit. <http://www.femina.cz/?id=3591>, červenec 2006
- [38] SVOBODA, J. Sexuálně přenosné choroby <http://www.pharmanews.cz/2004-04/sexualni.htm>. duben 2004
- [39] SVOBODNÝ, P., HLAVÁČKOVÁ, L. Pražské špitály a nemocnice. Nakladatelství Lidové noviny, Praha, 1999. 16-17 s.
- [40] ŠÁCHA, P. Měkký vřed <http://www.celostnimediceina.cz/mekkyvred.htm>, červen 2004
- [41] ŠEJDA, J. Prevence, léčba a další aspekty nákazy HIV/AIDS. Zdravotnické aktuality, Galén Praha, 1999. 267 s. ISBN 80-805824-02-7
- [42] ŠEJDA, J. Zpráva centra epidemiologie a mikrobiologie. Ročník 14, č. 12, 564-565 s. SZÚ Praha, 2005. ISSN 1211-7358
- [43] ŠÍPOVÁ, I. Zdravotní rádce pro cesty do zahraničí. KHS České Budějovice, Tiskárna Johanus, 1999. 15 s.
- [44] USNESENÍ VLÁDY ČESKÉ REPUBLIKY:ze dne 28.dubna 2004, č.387 k návrhu věcného záměru zákona o regulaci prostituce.
- [45] UZEL, R. Rubrika: Pohlavně přenosné nemoci <http://www.004.cz/view.php?cisloclanku=200508102-kapavka-gonokok-neisseria>, 15.8.2006
- [46] UZEL, R. Rubrika: Pohlavně přenosné nemoci <http://www.004.cz/view.php?cisloclanku=200508103-syfilis-treponema-palidum>, 15.8.2006
- [47] UZEL, R. Sexuální život slavných <http://www.medicina.cz/verejne/syfilis.htm>, leden 2001
- [48] VOSMÍK, F. Dermatovenerologie. Karlova univerzita Praha, Karolinum, 1999. 387 s. ISBN 382-86-98
- [49] VYMĚTAL, J. Lékařská psychologie. Portál Praha, 2003. 397 s. ISBN 80-7178-740-X
- [50] WIKIPEDIE. Sexuálně přenosná nemoc <http://www.cs.wikipedia.org.cz>, leden 2007

8. Klíčová slova

Pohlavně přenosné onemocnění

Syfilis

Kapavka

HIV/AIDS

Dermatovenerologie

Prostituce

9. Přílohy

Příloha č. 1 : Tiskopis "Hlášení pohlavní nemoci".

Příloha č. 2: Graf výsečový: Celkový počet onemocnění kapavkou a syfilis v Jihočeském kraji v letech 2000 - 2005.

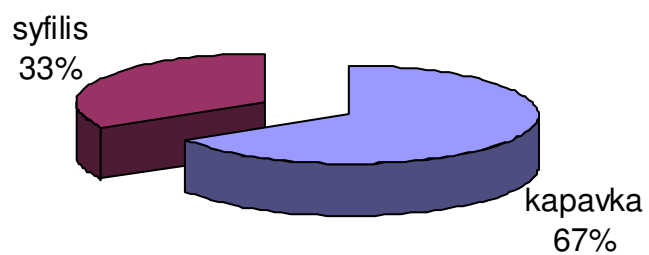
Příloha č. 3 : Graf výsečový: Celkový počet onemocnění kapavkou dle pohlaví v Jihočeském kraji v letech 2000 - 2005.

Příloha č. 4 : Graf výsečový: Celkový počet onemocnění syfilis dle pohlaví v Jihočeském kraji v letech 2000 - 2005.

Příloha č. 2

Graf: Poměr výskytu kapavky a syfilis v Jčk v letech 2000 -2005

Výskyt kapavky a syfilis v Jčk v letech 2000 - 2005



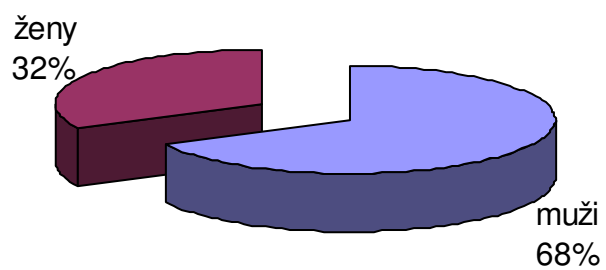
Celkový absolutní počet kapavky ve sledovaných letech: 241 případů onemocnění

Celkový absolutní počet syfilis ve sledovaných letech: 121 případů onemocnění

Příloha č. 3

Graf: Poměr výskytu kapavky dle pohlaví

Výskyt kapavky v Jčk v letech 2000 - 2005 dle pohlaví



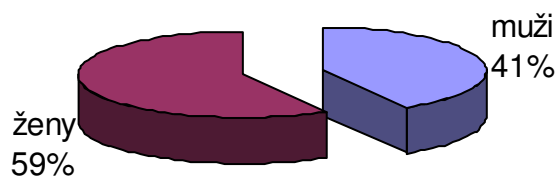
Incidence kapavky u mužů byla ve sledovaných letech 163 případů onemocnění.

Incidence kapavky u žen byla ve sledovaných letech 78 případů onemocnění.

Příloha č. 4

Graf: Poměr výskytu syfilis dle pohlaví

Výskyt syfilis v Jčk v letech 2000 - 2005 dle pohlaví



Incidence syfilis u mužů byla ve sledovaných letech v absolutních číslech 50 případů.

Incidence syfilis u žen byla ve sledovaných letech v absolutních číslech 71 případů.