



UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA



Ústav epidemiologie
Katedra preventivního lékařství

Martina Běhalová

**Sexuálně přenosné infekce v ČR – přehled
a trend výskytu**

*Sexually transmitted infections – abstract and
trend of incidence*

Bakalářská práce

Praha, květen 2007

Autor práce: Martina Běhalová

Studijní program: Veřejné zdravotnictví

Bakalářský studijní obor: Specializace ve zdravotnictví

Vedoucí práce: **Doc. MUDr. Martin Alexander Čelko, CSc.**

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav epidemiologie**

Katedra preventivního lékařství

Datum a rok obhajoby: 27.6.2007

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

V Praze dne 1.května 2007

Martina Běhalová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala panu Doc. MUDr. Martinovi Alexanderovi Čelkovi, CSc. za hodnotné rady a odborné vedení během mé práce.

OBSAH

OBSAH	4
SEZNAM OBRÁZKŮ	5
SOUHRN	6
SUMMARY	6
1. ÚVOD	7
2. ŠÍŘENÍ POHLAVNÍCH NEMOCÍ	8
3. VLIV MIGRACE NA ŠÍŘENÍ POHLAVNÍCH NEMOCÍ	9
4. HLÁŠENÍ INFEKČNÍCH NEMOCÍ	10
5. RIZIKOVÉ CHOVÁNÍ	CHYBA! ZÁLOŽKA NENÍ DEFINOVÁNA.
5.1. ZVÝŠENÁ PROMISKUITA	11
5.2. RIZIKOVÉ HOMOSEXUÁLNÍ CHOVÁNÍ	12
5.3. PROSTITUCE	13
5.3.1. <i>Formy prostituce</i>	13
5.3.2. <i>Historie prostituce</i>	14
5.3.3. <i>Současná situace prostituce na území ČR</i>	15
5.4. DROGOVÁ PROBLEMATIKA A JEJÍ PREVENCE	17
6. POHLAVNÍ NEMOCI V ČESKÉ REPUBLICĚ	18
6.1.1. <i>Syfilis (příjice, lues) - klinická charakteristika</i>	18
6.1.2. <i>Výskyt syfilis v České republice</i>	20
6.1.3. <i>Kapavka (gonorrhoea) – klinická charakteristika</i>	22
6.1.4. <i>Výskyt kapavky v České republice</i>	23
6.1.5. <i>Chlamydiové infekce</i>	25
7. PROBLEMATIKA HIV/AIDS	27
7.1. HIV/AIDS – HISTORICKÉ SOUVISLOSTI	27
7.2. PŮVOD INFEKCE	28
7.3. CESTY PŘENOSU HIV INFEKCE.....	28
7.3.1. <i>Sexuální přenos</i>	28
7.3.2. <i>Parenterální přenos</i>	29
7.3.3. <i>Vertikální přenos</i>	29
7.4. KLINICKÁ CHARAKTERISTIKA	30
7.4.1. <i>Primární HIV infekce</i>	30
7.4.2. <i>Asymptomatické stadium</i>	30
7.4.3. <i>Časně symptomatické stadium</i>	30
7.4.4. <i>Pozdní symptomatické stadium</i>	31
7.4.5. <i>Rozvinuté stadium</i>	31
7.5. TERAPIE HIV INFEKCE A PÉČE O INFIKOVANÉ OSOBY	31
7.6. SITUACE V ČESKÉ REPUBLICĚ	32
7.7. SITUACE V OSTATNÍCH STÁTECH.....	36
8. PROTIEPIDEMIOLOGICKÁ OPATŘENÍ A PREVENCE HIV/AIDS	38
8.1. EPIDEMIOLOGICKÁ OPATŘENÍ HIV/AIDS	38
8.2. KONKRÉTNÍ PROTIEPIDEMIOLOGICKÁ OPATŘENÍ V PREVENCI ŠÍŘENÍ HIV/AIDS.....	39
8.2.1. <i>Prevence sexuálního přenosu</i>	39
8.2.2. <i>Prevence přenosu krví</i>	40
8.2.3. <i>Prevence perinatálního přenosu</i>	40
9. ZÁVĚR	41
POUŽITÁ LITERATURA A ZDROJE	42

SEZNAM OBRÁZKŮ

OBR. 1: VÝVOJ POČTU CIZINCŮ S TRVALÝM A DLOUHODOBÝM POBYTEM NAD 90 DNÍ V ČR	10
OBR. 2: 5 NEJČASTĚJŠÍCH STÁTNÍCH OBČANSTVÍ CIZINCŮ V ČR - K 31.12.2006	10
OBR. 3: VÝSKYT POULIČNÍ PROSTITUCE V ČR.....	16
OBR. 4: POČET PŘÍPADŮ HEPATITIDY B OD ROKU 1985 DO ROKU 2005 V ČR.....	18
OBR. 5: VÝSKYT SYFILIS V ČESKÉ REPUBLICE V LETECH 1985 – 2005	20
OBR. 6: POČET CIZINCŮ A OBYVATEL ČR NEMOCNÝCH SYFILIS.....	21
OBR. 7: VÝSKYT SYFILIS V KRAJÍCH V LETECH 2000 - 2004	22
OBR. 8: VÝSKYT KAPAVKY V ČR V LETECH 1985 – 2005	23
OBR. 9: VÝSKYT KAPAVKY V KRAJÍCH V LETECH 2000 – 2004.....	24
OBR. 10: VÝVOJ SYFILIS A GONOKOKOVÉ INFEKCE V ČR V LETECH 1989 - 2005	25
OBR. 11: HIV / AIDS V ČESKÉ REPUBLICE KUMULATIVNÍ DATA K 28.2.2007.....	32
OBR. 12: ROZDĚLENÍ HIV+ PŘÍPADŮ DLE KRAJŮ V ČR KUMULATIVNÍ ÚDAJE K 28.2.2007	33
OBR. 13: HIV+ OSOBY PODLE NÁRODNOSTI	34
OBR. 14: ROZDĚLENÍ HIV+ OSOB DLE PŘENOSU V ČR KUMULATIVNÍ DATA K 28.2.2007	35
OBR. 15: HIV+ PODLE POHLAVÍ V ČR KE DNI 31.12.2006.....	35
OBR. 16: LIDÉ HIV+ A NOVĚ INFIKOVANÍ KE KONCI ROKU 2006	37
OBR. 17: POČET HIV+ V NĚKTERÝCH EVROPSKÝCH STÁTECH.....	38
OBR. 18: POČET NOVĚ INFIKOVANÝCH VIREM HIV ZA ROK 2005	38

SOUHRN

Hlavním cílem mé bakalářské práce je popsat trend výskytu a šíření pohlavně přenosných nemocí v České republice na základě aktuálních statistických údajů. Má práce pojednává zejména o výskytu „klasických“ pohlavních nemocí, jakými jsou syfilis, kapavka a chlamydiové infekce. Konkrétně se zaměřuji na období mezi lety 1996 - 2006. Na začátku své práce se zabývám popisem sociálně-politického podtextu šíření pohlavních nemocí, zvláště se snažím poukázat na vliv celosvětové migrace a rizikového chování, vedoucího k šíření pohlavních nemocí. Podrobně se také zaměřuji na výskyt HIV/AIDS a protiepidemiologická opatření, směřující k omezení vzniku a dalšího šíření této nákazy. Pro úplnější představu uvádím i počty všech nakažených ve světě, t.j. na jednotlivých kontinentech.

SUMMARY

The main objective of my bachelor thesis is to describe the trend of the incidence and propagation of sexually transmitted infections in the Czech Republic. My thesis deals mainly with the incidence of “classical“sexual diseases as syphilis, gorrhoea and Chlamydia infections in the period of 1996 – 2006. First, I describe social and political aspects of sexually transmitted infections in a worldwide context; particularly, the influence of migration and risk behaviour. I mainly focus on the HIV/AIDS incidence and its already existing preventive and ant epidemiological measures. For better comparison, I present the numbers of infected people in the world.

1. ÚVOD

Problematikou sexuálně přenosných infekcí se zabývá obor, nazývaný venerologie. Byly doby, kdy se tento obor zabýval pouze pěti klasickými pohlavními chorobami, ale postupem času věda velice pokročila a najednou to již nebylo jen pět, ale celá řada dalších pohlavně přenosných nemocí. Ve světě tak došlo k jejich tzv. etiopatogenetickému dělení. Společný název těchto nemocí není jednotný - mluví se o „pohlavně přenosných nemocech“ (PPN), chorobách či infekcích (PPI) nebo často o „sexuálně přenosných chorobách“ (STD), což je pojem přejatý z angličtiny (sexually transmitted diseases). Nově se můžeme setkat i se zkratkou STI - „sexually transmitted infections“ - jako obecnějším pojmem, protože mnohdy není přítomen klinický obraz choroby, ale pouze její původce. Mezi „klasické“ pohlavní nemoci šířící se téměř výhradně pohlavním stykem patří Gonorrhoea (kapavka), Syphilis (syfilis), Ulcus molle (měkký vřed), Lymphogranuloma venereum (bakteriální choroba) a Granuloma inguinale (vleklá bakteriální nákaza vyskytující se v tropech a subtropích). U nás podléhají první čtyři nemoci platným zákonným opatřením. Jedná se o povinné epidemiologické a statistické hlášení onemocnění, depistážní šetření (tj. epidemiologické pátrání po zdroji či kontaktu infekce) a dispenzarizaci. Pod pojmem dispenzarizace rozumíme sledování osob podezřelých z onemocnění nebo nákazy a pacientů po prokázání, léčení chorobě. Sledování se provádí systémem kontrolních vyšetření v určité době.

Mezi další nákazy šířící se převážně pohlavním stykem patří chlamydiové infekce, mykoplazmatické a virové infekce. *Chlamydia trachomatis* je nejčastěji sexuálně přenášený patogen. Promořenost populace dosahuje až 10 %. V České republice nepodléhá povinnému hlášení. Podle odhadů představuje kolem 50 % všech urogenitálních nákaz. Mykoplazmatické genitální infekce doprovázejí často infekce chlamydiové, bývají přítomny u 50 % sexuálně aktivních osob. K virovým infekcím patří HIV, hepatitida B, herpes simplex (HSV 2), moluska a lidské papilomaviry, které mohou vyvolávat i nádorová onemocnění, zjm. rakovinu děložního hrdla.

Společným znakem sexuálně přenosných infekcí je jejich šíření pohlavní cestou. Patří k chorobám, které vykazují zejména v poslední době nárůst počtu onemocnění. Představují velký zdravotní problém, především mezi mládeží

a mladými dospělými vstupujícími do sexuálního života. Postihují veškeré obyvatelstvo, ale vykazují vyšší výskyt ve velkých městech a průmyslových aglomeracích. Jsou právem označovány jako choroby sociální. Problémem pohlavně přenosných nemocí je zejména jejich častý výskyt a rozvoj rezistence na antibiotika v důsledku nesprávné (často laické) léčby. Pohlavně přenosná onemocnění přísluší do péče odborníků - venerologů.

Výskyt sexuálně přenosných infekcí (dále jen STI) je do značné míry indikátorem sociálních, sociálně psychologických a morálních jevů. Pro STI bývá velice typické, že se často sdružují a dávají vznik tzv. smíšeným infekcím s rozdílnou inkubační dobou a klinickými projevy - mnohdy s asymptomatickým průběhem. Právě díky jejich asymptomatickému průběhu dochází k snazšímu šíření, čímž představují větší riziko přenosu na sexuální partnery. Lidé, u nichž se vyskytují STI, inklinují až 300x více k HIV infekci a přenos na další osobu probíhá snadněji. V našich zeměpisných podmínkách se setkáváme zejména s kapavkou a syfilis - neznamená to však, že by se u nás díky turistickému ruchu nemohly vyskytnout i ostatní nákazy.

2. ŠÍŘENÍ POHLAVNÍCH NEMOCÍ

Řešení problémů s pohlavními chorobami není pouze záležitostí odborných lékařů, ale i věcí společenskou a politickou. Pohlavní nemoci (PN) většinou vzrůstají v dobách velkých společenských přeměn (revoluce, války apod.). V období první světové války došlo k velkému rozšíření pohlavních nemocí. Jednalo se hlavně o kapavku, měkký vřed a syfilis. To vyvolalo potřebu zvláštního zákona o potírání pohlavních nemocí (zákon č. 241/1922 Sb.), který zrušil nevěstince a zakázal jejich nové zřizování. Postupně docházelo k novelizacím tohoto zákona a některé jeho části stále ještě dodnes platí.

Po druhé světové válce byla v Československu provedena světově ojedinělá akce v oblasti prevence PN (rok 1950 - 1951), během které byli vyšetřeni obyvatelé ve věkovém rozmezí 15 - 40 let sérologicky na syfilis. Tak došlo ke zjištění všech případů a k úplné redukci čerstvých onemocnění. Naše země se naštěstí v této době vyhnula explozivnímu nárůstu pohlavních chorob. Bylo to právě díky již zmiňovanému pokrokovému československému zákonu o potírání pohlavních nemocí. K účinnosti těchto zákonných opatření v pozdější

době nepochybně přispěl i objev penicilinu, který byl poprvé použit k léčbě syfilis už v roce 1943. V neposlední řadě však také růst životní úrovně a zdravotního uvědomění obyvatelstva hrál významnou roli ve snižování výskytu pohlavních nemocí. Právě díky všem těmto okolnostem poklesl výskyt sexuálních infekcí v padesátých letech na naprosté minimum.

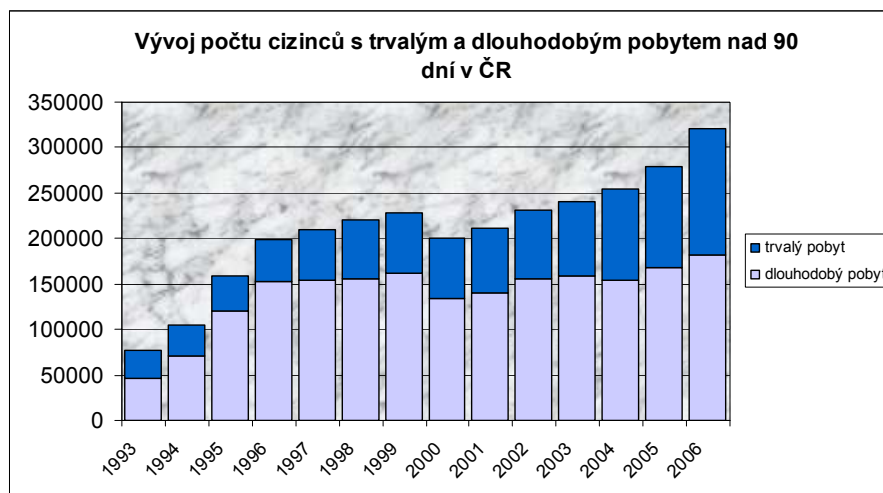
V průběhu šedesátých let se však karta obrátila a za dalších dvacet let vzrostl v evropských zemích počet nákazy kapavkou třikrát a syfilidou dokonce až pětkrát. K těmto "klasickým" nemocem však přistoupily ještě nejméně dvě desítky dalších sexuálně přenosných nákaz, které se dříve za STI nepovažovaly, nebo jejichž poznání umožnil rozvoj moderních diagnostických metod.

Dnešní doba je charakterizována vyšším výskytem PN a přesunem do nižších věkových skupin (tj. u mužů 20-24 let a u žen 15-19 let). Statistiky Světové zdravotnické organizace (dále jen WHO) jsou přímo alarmující, počet onemocnění kapavkou je odhadován na 120 milionů osob ročně a hrozí pandemie smrtící chorobou AIDS.

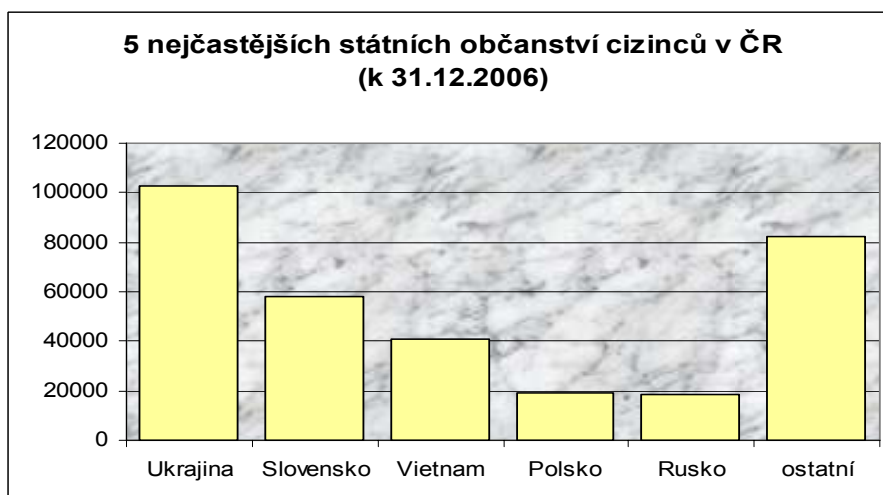
3. VLIV MIGRACE NA ŠÍŘENÍ POHLAVNÍCH NEMOCÍ

Výrazný vliv na šíření PN má migrace lidí a to nejčastěji za účelem hledání lepší práce. Lidé si chtějí zajistit své živobytí a to bohužel i provozováním prostituce. Rozšíření Evropské Unie 1. května 2004 přináší novou kvalitu tohoto migračního pohybu i do České republiky.

Trvale je cizinec oprávněn pobývat v ČR na základě povolení k pobytu, nebo na základě rozhodnutí státního orgánu o svěřeni cizince do náhradní výchovy osobě, která již je v ČR přihlášená k trvalému pobytu. Rozlišujeme mezi dvěma způsoby pobytu cizince - přechodným a trvalým. Přechodně může cizinec pobývat v ČR buď bez víza v rámci přechodného pobytu, s krátkodobým vízem (do 90 dnů), nebo s dlouhodobým vízem (nad 90 dnů). Od ledna 2006 může cizinec žádat o trvalý pobyt po 5 letech nepřetržitého pobytu na území ČR.



obr. 1: Vývoj počtu cizinců s trvalým a dlouhodobým pobytem nad 90 dní v ČR



obr. 2: 5 nejčastějších státních občanství cizinců v ČR (k 31.12.2006)

4. HLÁŠENÍ INFEKČNÍCH NEMOCÍ

Většina infekčních nemocí podléhá povinnému hlášení, které se uvádí na standardních tiskopisech (např. „hlášení infekční nemoci“, „hlášení pohlavní nemoci“ atd.). Podává jej zdravotnické zařízení, kde bylo onemocnění zjištěno a to epidemiologovi územně příslušné hygienické stanice. Tyto údaje jsou poté shrnuty a analyzovány ve Státním zdravotním ústavu v Praze, kde slouží k řízení a plánování protiepidemické práce. Zároveň jsou vyhodnocená data zpětně distribuována zainteresovaným odborníkům různých medicínských oborů.

Některé informace jsou v rámci *surveillance* zasílány do center WHO, která příslušné programy koordinují. Pod pojmem *surveillance* rozumíme soustavné získávání všech dostupných informací o procesu šíření nákazy, jejímž účelem je stanovení účinných opatření k potlačení či likvidaci dané nákazy. Cílem *surveillance* je tedy snížení výskytu nemocí a trvalé udržení dobré epidemiologické situace, zvláště pak eliminace infekčního onemocnění. Je také potřeba říci, že někteří pacienti se léčí individuálně a může proto existovat určitá podhlášenost - ne všechna onemocnění jsou hlášena a statisticky zachycena.

K zajištění povinného hlášení, evidence a analýzy výskytu infekčních nemocí v České republice slouží program EPIDAT, který je celostátně používán Hygienickou službou od 1.1. 1993. Úložiště pro EPIDAT slouží k výměně aktuálních datových souborů o výskytu infekcí mezi hygienickou službou ČR, MZ ČR a Státním zdravotním ústavem v Praze. Nezbytnou součástí povinného hlášení výskytu pohlavních nemocí je tzv. registr pohlavních nemocí (RPN) na základě zákona č. 258/2000 Sb. a vyhlášky MZd č. 440/2000Sb. Jedná se o informační systém, čerpající data ze záznamů jednotlivých krajských hygienických stanic, které tyto záznamy zpracovávají na základě jim předepsaných povinných hlášení z konkrétních zdravotnických zařízení. Kompletní export dat za celou ČR a uzavřený předchozí rok se provádí na Ústavu zdravotnických informací ČR (ÚZIS ČR) a dále je publikován v roční periodicitě v elektronické i knižní formě pod názvem „Pohlavní nemoci“. Tyto údaje i starší verze publikace jsou dostupné na internetových stránkách www.uzis.cz. V České republice patří mezi povinně hlášené pohlavní nemoci syfilis (dg. A 50 - A 53), gonokoková infekce (dg. A 54), lymphogranuloma venereum (A 55) a ulcus molle (dg. A 57). Poslední dvě zmiňovaná onemocnění se v České republice od roku 1994 již nikdy nevyskytla.

5. RIZIKOVÉ CHOVÁNÍ

5.1. Zvýšená promiskuita

Důvody k promiskuitnímu chování mohou být různé, subjektivní i objektivní - např. osamocenost. V běžném podvědomí bývá za promiskuitu považováno časté střídání sexuálních partnerů bez hlubšího citového vztahu a zpravidla v náhodných situacích. Frekvenci sexuálních kontaktů je ale těžké

hodnotit a to jednak vzhledem k obecným charakteristikám daných dobou (historickým obdobím), prostředím (společností, regionem a obcí), ale i vzhledem k individuálním rysům jako jsou věk, pohlaví, nebo vzdělanost. Ve venkovském či maloměstském prostředí je chování spoluobčanů více sledováno a také i odsuzováno, než v prostředí velkých měst. Na zvýšenou promiskuitu má nesporně negativní vliv i alkohol, toxikomanie nebo podporování sexuality literaturou, filmy či televizí. Samozřejmě i neznalost podstaty sexu a nedostatečná sexuální výchova již v období puberty mohou být příčinou promiskuitního chování.

5.2. Rizikové homosexuální chování

Za homosexuála považujeme toho, koho eroticky více přitahuje osoba stejného pohlaví, je schopen se do ní zamilovat a představuje si ji ve svých sexuálních snech a fantaziích. Většina celosvětových odhadů se shoduje v tom, že počet homosexuálů v populaci činí 2 - 5 % s větším zastoupením v mužské populaci. Samotná sexuální orientace není příčinou šíření PN mezi homosexuály, ale právě dva faktory, které ji často provázejí. Jedná se především o promiskuitní chování a některé méně obvyklé sexuální praktiky (skupinový pohlavní styk). V homosexuálních prostředích dochází stále více k nebezpečnému chování. Upouští se od používání kondomů, a to nejen z nedbalosti, ale i vědomě pro potěšení z rizika, které je velmi těžké pochopit. Průměrný počet intimních partnerů za sexuální život je cca 40 - 50. Promiskuita homosexuálů je vysvětlována různými teoriemi - např. sociálním tlakem a obavou z prozrazení homosexuality, kdy právě tento strach vede k odmítání trvalého partnerského vztahu, který by umožnil okolí snadnější identifikaci.

Od 1. července 2006 vstoupil u nás v platnost *zákon o registrovaném partnerství*, díky kterému již mohou gayové a lesbičky uzavírat registrované partnerství. Na zavedení zákona o registrovaném partnerství čekala homosexuální komunita v demokratické zemi celých 17 let. Schvalování zákona a jeho různých podob bylo dlouhodobým politickým a morálním bojem plným emotivních výroků. Dnes se tak i náš stát může řadit mezi země (např. Argentina, Austrálie, Belgie, Velká Británie, Dánsko, Finsko, Francie, Chorvatsko, Kanada, Maďarsko, Německo, Nizozemí, Slovinsko, Španělsko atd.), ve kterých mohou osoby stejného pohlaví otevřeně prezentovat a legalizovat svůj vztah. Hlavním

argumentem jeho odpůrců je ohrožení institutu rodiny. Tento zákon nepřipouští adopci dětí osobám stejného pohlaví. Pro společnost přináší ale i několik pozitiv, mezi něž patří to, že oficiální partnerské soužití povede k nižší promiskuitě u homosexuálů a k dalšímu snižování pohlavně přenosných chorob, zejména viru HIV.

5.3. Prostituce

Nemalý vliv na šíření PN má také prostituce. Již sám právní pojem prostituce je složitý, nejspíše ji můžeme definovat jako sexuální činnost za úplatu, při níž vzniká nebezpečí šíření pohlavních chorob. Tato forma sexuálních služeb provází lidstvo celou jeho historií. V obecném povědomí je na prostituci nahlíženo především jako na heterosexuální fenomén, což ovšem nemusí být přesné. Existuje také prostituce homosexuální, bisexuální a transsexuální. Dívčí prostituce je nejvíce rozšířena na ulicích, v salonech a v bytech. Sexuálně přenosnými chorobami jsou více ohrožené děti a mladé osoby provozující prostituci, protože snadněji podléhají manipulaci ze strany zákazníků a také jejich imunitní systém je více zranitelný.

5.3.1. Formy prostituce

- Salonní prostituce
- Bytová prostituce
- Pouliční prostituce
- Příležitostná prostituce
- „Call Girls“

V **salonní prostituci** můžeme najít i dívky kolem 17 let, jde o erotické podniky, masážní salony, ale i fitness centra či zařízení, nabízející speciální masáže. Nadstandardní podniky zaměstnávají dívky se znalostí cizích jazyků a odpovídající společenskou úrovní. Proto mezi nimi můžeme najít i studentky vysokých či absolventky středních škol.

Bytová prostituce byla dříve vyhraněna pouze dospělým a zralým ženám a tato charakteristika stále přetrvává. Není také výjimkou, že studentky si placeným sexem přivydělávají na úhradu drahých podnájmů.

Pouliční prostituce se vyskytuje v barech a v hotelích. Ve většině případů jde o ženy, u nichž je tato činnost základním zdrojem příjmu. Najdeme mezi nimi i nezletilé dívky a nejvíce dívky z romských rodin. Dívky na ulici nabízejí rychlý, levný a anonymní sex. Přesto většinou praktikují chráněný sex, ale někdy se neubrání agresí zákazníka, který požaduje sex bez ochrany, a proto jsou zdrojem i objektem pohlavně přenosných chorob. Najdeme je v příhraničních oblastech, proslulá je trasa E 55 - Dubí, Teplice a Cheb. Tato forma prostituce patří mezi epidemiologicky nejzávažnější.

Příležitostná prostituce, která někdy představuje i jakési zpestření všedního života, prostitutka z ní někdy hradí své mimořádné výdaje.

„**Call girls**“ je zvláštní formou prostituce, jedná se o dívky „na telefonu“, často i ženy z vyšších kruhů s vysokoškolským vzděláním.

5.3.2. Historie prostituce

Na našem území byla v roce 1885 ještě za Rakouska - Uherska zavedena tzv. **reglementace**. Ta svěřovala prostituci do péče obcí, prostitutky měly své zdravotní knížky a policie si evidovala všechny prostitutky. Jen takto zapsané ženy měly povoleno provozovat prostituci a to pouze za stálého dozoru policie. To však vedlo ke klamnému domnění, že se muži nemohou nakazit. Občasné nepřiměřené zásahy policistů vůči prostitutkám a zneužívání moci byly jedním z hlavních motivů k přijetí tzv. **aboličního zákona** (jeho hlavním propagátorem se stal v době své univerzitní kariéry profesor Tomáš Garrigue Masaryk). V roce 1922 byl schválen zákon „*O potírání pohlavních nemocí*“, což byl první aboliční zákon ve střední Evropě. Zákon zrušil reglementaci prostituce a zakázal zřizování nevěstinců. Pouliční prostituce ale nebyla tímto zákonem omezena a zcela se vymkla následné kontrole. Byla zavedena i jednotná evidence a hlášení PN bylo povinné. Nedostatky aboličního zákona na sebe nenechaly dlouho čekat. O tom svědčí následující fakta: v Praze bylo dříve 21 veřejných domů se 104 prostitutkami a po vydání zákona jejich počet vzrostl na 140 lokálů, které existovaly pod rouškou různých zábavních podniků. Výsledkem byl také silný nárůst nemocných pohlavními chorobami. Syfilis se v 90. letech 19. století

rozšířila v takové míře, o jaké historie nikdy neslyšela. Druhá světová válka přinesla Evropě veliký rozmach prostituce. Poválečným fenoménem prostituce jsou „call – girls“ a poslední roky minulého tisíciletí zaznamenaly nárůst prostituce.

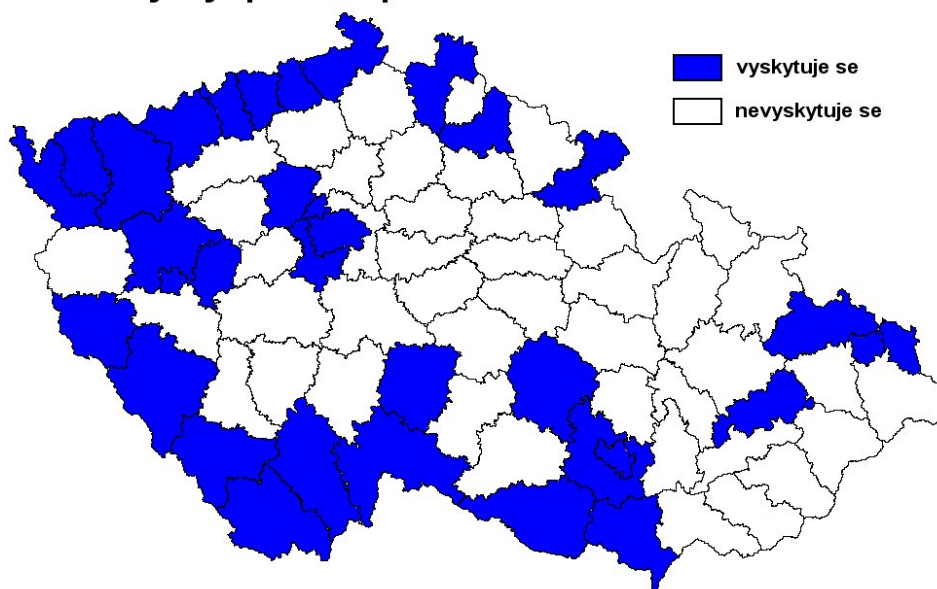
5.3.3. Současná situace prostituce na území ČR

V současné době prostituci u nás žádný zákon nezakazuje ani nepovoluje. Prostituce jako taková trestná není a pracuje se na její regulaci. Stát u nás aplikuje *aboliční* přístup a postihuje pouze jevy, které prostituci doprovázejí (nucení k prostituci, kuplířství, obchod se ženami). Vedle aboličního existují dále přístupy *represivní* a *reglementační*. Represe znamená zákaz prostituce, trestání prostituujících osob i zákazníků. Historie však ukazuje, že její použití prostituci nevymýtlí, ale pouze skryje do ilegality. Bylo by zcela naivní domnívat se, že postavíme-li prostituci mimo zákon, přestane z větší části existovat. Odborníci proto jednoznačně preferují *reglementaci*, která prostituci snáší (respektive legalizuje), ale zároveň ji však podřizuje státnímu dozoru a kontrole, včetně navazujících sociálních, zdravotních a preventivních opatření. Tento přístup uplatňuje například Rakousko, Holandsko, SRN, Švýcarsko nebo Maďarsko. Na základě zkušeností ze zahraničí není oprávněné se domnívat, že tyto problémy lze účinně řešit jiným způsobem než legalizací prostituce a jejímu podřízení státnímu dozoru a kontrole.

V dnešní době je problém prostituce také částečně důsledkem rozšíření EU na východ. Například infekce HIV je hodně rozšířená na Ukrajině, v Bělorusku a v pobaltských státech. Obáváme se proto toho, že přes otevřené hranice by mohlo docházet k zavlečení a přenosům infekce. Spolu s expanzí center prostituce byl u českých prostitutek v pohraničním regionu zaznamenán dramatický vzrůst STI a to zejména kapavky a syfilidy. Z tohoto trendu lze vyvodit, že i v prostituci se pohlavní styk uskutečňoval převážně bez ochrany, čímž se zvýšilo riziko přenosu STI a HIV/AIDS. Vývoj prostituce v příhraničních oblastech musel být proto pečlivě sledován z hlediska aspektů prevence HIV/AIDS. Asi 40 - 50 % žen jsou podle odhadu Romky ze Slovenska a Rumunska, či rusky mluvící ženy (např. z Ukrajiny). Velký problém s prostitucí se vyskytuje v Karlovarském kraji. Již zeměpisná poloha tohoto kraje jako příhraniční oblasti se Spolkovou republikou Německo (s Bavorskem na západě a Saskem na severu) svědčí o tom, že

problematika prostituce zde hraje významnou roli. Po roce 1990 se rozrůstá do stále větších rozměrů, počet nočních klubů v našich městech neustále narůstá a pouliční prostituce je ostudou našich silnic.

Výskyt pouliční prostituce v okresech ČR



obr. 3: Výskyt pouliční prostituce v ČR

Většina těchto žen navštěvuje svého gynekologa a myslí si, že jsou zdravý. Neuvědomují si však, že jejich lékaři provádí pouze standardní gynekologické vyšetření a léčbu jejich gynekologických problémů (výtoků apod.) a cílené vyšetřování na STI neprovádějí.

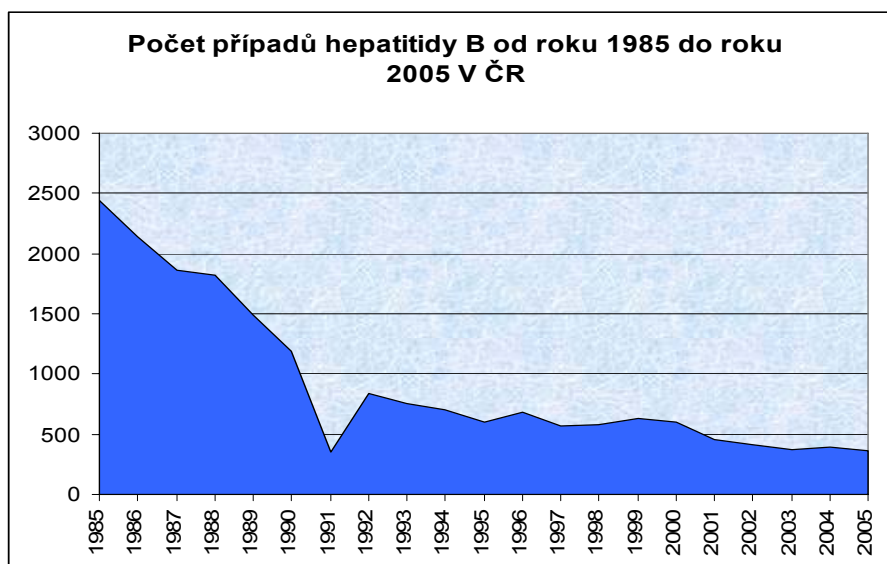
Oblast hraničící s Rakouskem se vyznačuje nízkou kriminalitou a prostitucí na propracovanější a kulturnější úrovni ve srovnání s územím hraničícím s Německem. Je to dáno strukturou obyvatel, mezilidskými vztahy a skutečností, že dřívější blokáda hranic zahrnovala 38 % území v hraničních pásmech. Co se týče prostituce, Rakušané nejsou tak aktivní jako Němci, je zde také menší počet hraničních přechodů a vývoj prostituce zde neprobíhal tak živelně jako v jiných oblastech ČR. Nejvíce se prostituce soustřeďuje v Kaplici a Jindřichově Hradci.

5.4. Drogová problematika a její prevence

Zneužívání návykových látek (včetně alkoholu) a riziko šíření HIV/AIDS spolu velice úzce souvisí. Nejzávažnějším sociálním problémem užívání drog je skutečnost, že široce postihuje populaci, která je nejvíce zranitelná - mládež. Užívání drog je v době dospívání přitažlivé z přirozené zvědavosti a touze po nových zkušenostech a zážitcích. Rozsah i závažnost drogové problematiky u nás vzrostly po roce 1989, zatím však nedosahuje takových rozměrů jako ve vyspělých evropských zemích.

U injekčních uživatelů drog hrozí velké riziko přenosu různých infekcí a to především při společném používání jehel a stříkaček. Mezi takto přenášené infekce patří mimo viru HIV i virová hepatitida B (VHB), jejíž přenos může být uskutečňován i pohlavním stykem a to homosexuálním i heterosexuálním. Výskyt je celosvětový. Ve vyspělých zemích je nejvyšší výskyt u dospívajících a mladých dospělých. Vyššímu riziku infekce VHB jsou vystaveni též pracovníci ve zdravotnictví. K snížení nemocnosti u nás nesporně přispělo očkování osob vystavených vyššímu riziku infekce, např. zdravotníků, zahájené v polovině 80. let. Nemocnost VHB se snížila také v důsledku očkování dvanáctiletých dětí od roku 2001. Ve 117 případech onemocněli v roce 2005 injekční uživatelé drog. I virová hepatitida C (VHC) je častým onemocněním u narkomanů. Nejčastějšími způsoby přenosu VHC je z 15 % přenos sexuální a v 60 % jde o přenos u narkomanů při používání nesterilních jehel.

Zatímco u nás injekční užívání drog při šíření HIV/AIDS dosud významnou roli nehraje, představují intravenózní uživatelé drog v Polsku největší skupinu HIV infikovaných osob a v Německu druhou největší skupinu. Zneužívání alkoholu i jiných návykových látek a riziko šíření HIV/AIDS spolu velice úzce souvisí.



obr. 4: Počet případů hepatitidy B od roku 1985 do roku 2005 v ČR

Proto různé kroky v oblasti prevence pohlavně přenosných infekcí těsně souvisí s protidrogovým programem a jelikož narůstá i spotřeba alkoholu, tak lze logicky předpokládat i nárůst rizikového sexuálního chování pod vlivem alkoholu. Další rizikovou skupinou jsou vězni - i zde představuje zneužívání drog významný faktor, vedoucí k rizikovému chování. Je tedy možné konstatovat, že prevence šíření HIV/AIDS a prevence zneužívání alkoholu a jiných drog spolu souvisejí tak úzce, že první je bez druhé sotva možná. Zdravotní výchovou lze docílit snížení poptávky po alkoholu a drogách v populaci a v jejich skupinách s rizikovým chováním. Dále zvýšit účinnost preventivních opatření a hledat a realizovat opatření ke snížení dostupnosti alkoholu a dalších návykových látek. V preventivních programech (zjm. u dětí a mládeže) zdůrazňovat význam sebekontroly a sebeovládání, zdraví jako životní hodnoty a odpovědnost vůči sobě i druhým. Skupinám s rizikovým chováním je třeba nabízet zdravotnické služby pro ně přijatelným způsobem při zachování anonymity i lékařského tajemství a nabízet pozitivní alternativy místo alkoholu nebo jiných drog .

6. POHLAVNÍ NEMOCI V ČESKÉ REPUBLICCE

6.1.1. Syfilis (příjice, lues) - klinická charakteristika

Jedná se o chronické infekční onemocnění, vyvolané mikroorganismem *Treponema pallidum*. Téměř výhradně se přenáší pohlavním stykem (z 95 %

případů) - tzv. *získaná syfilis*. Nevenerický způsob přenosu je velmi vzácný. Řadíme sem buď transplacentární přenos z matky na dítě, projevující se malformacemi plodu - *vrozená syfilis*. Dále může dojít k přenosu syfilis transfúzí nevyšetřené krve - např. v rozvojových zemích, nebo krví při použití kontaminovaných jehel a stříkaček u intravenózních narkomanů. Průběh infekce rozdělujeme na období časná (syfilis recens - do 2 let od infekce) a pozdní, které v dnešní době již naštěstí nevidáme. Syfilis patří do seznamu infekčních nemocí, při nichž se nařizuje izolace v lůžkových zařízeních a jejich léčení je povinné.

Získaná syfilis se rozvíjí ve třech stádiích. Nejprve se vytvoří tzv. primární léze v místě vstupu infekce do těla. To může být např. drobná oděrka na sliznici genitálu. V místě průniku (nejčastěji na genitálu, možná je i lokalizace na rtu) se objeví za 2 - 4 týdny nebolestivý tvrdý vřed. Spolu s vředem dojde k nebolestivému zduření tříselných uzlin. Vřed se spontánně za 4 - 6 týdnů zhojí. Vzácně se mohou objevit i nevýrazné celkové příznaky.

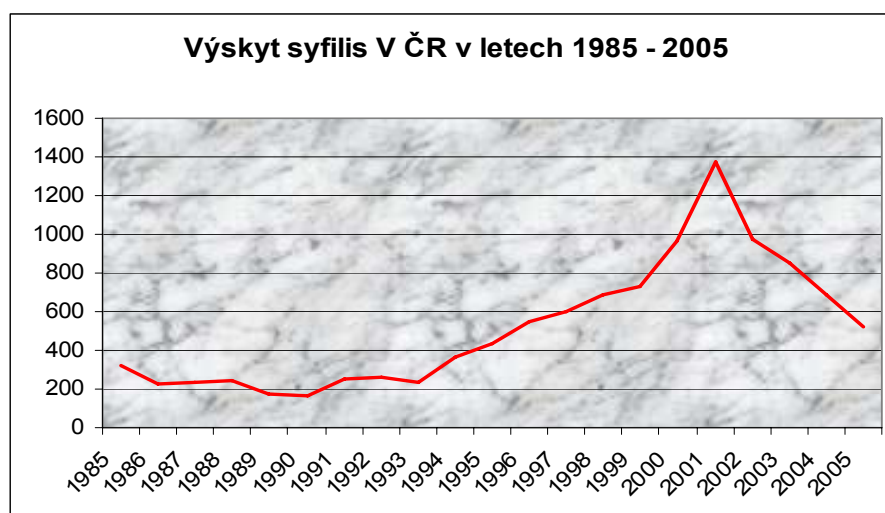
Odhojený vřed zanechává jizvu, infekce však postupuje mízní cestou do mízních přilehlých uzlin a šíří se do celého organismu. To se projeví tzv. exantémem, který je nejvíce patrný na trupu. Současně dochází k nebolestivému zduření uzlin na krku, v podpaží, v tříslech (tzv. generalizovaná skleradenitida). V ústní dutině se tvoří bílé plošky, též infekční - syfilitická angína. Pro druhé stadium syfilis jsou charakteristické další kožní projevy. Condylomata lata v místech vlhké zapáčky v podobě páchnoucích, mokvajících výrůstků (vegetací). Zhruba po dvou letech všechny příznaky mizí a onemocnění přechází do pozdní latentní fáze, kdy lze diagnózu stanovit pouze krevními testy. To však není známkou ústupu choroby. Syfilis postupuje dále a přechází ve třetí, nejzávažnější stadium, postihující různé orgány specifickým zánětem.

Za několik let po nákaze (za 5 - 10 let po primární infekci) dochází k terciálnímu stadiu pozdní syfilis. Člověk v tomto stadiu je nejméně nakažlivý pro okolí, neboť organismus uzavřel treponemy do ohraničeného chronického zánětu a infekce je omezena na některý orgán. Rozpadem zánětlivého ložiska vzniká tzv. syfilitické gumma (nekrotická vazká hmota) a je postižen především CNS, srdce a kardiovaskulární systém, klouby a kosti. K typickým změnám dochází na aortě, kde se tvoří aneuryzma. Dochází i k vzniku neurologickým (tabes dorsalis, postižení hlavových nervů, obrny či neschopnost chůze) a psychiatrickým příznakům (poruchy řeči, bludy a demence ústící do obrazu tzv.

progresivní paralýzy s celkovým rozpadem osobnosti). Toto stadium v dnešní době už nevidáme, ale bylo zcela běžné v uplynulých staletích.

Vnímavost bývá všeobecná a inkubační doba je v rozmezí 10 dní až 3 měsíců, nejčastěji 3 týdny. Základem prevence je zodpovědné sexuální chování a hlavní podmínkou je omezení počtu sexuálních partnerů. Jediným spolehlivým prostředkem k zabránění přenosu syfilis je kondom. Neléčená syfilis může vést k nevratnému poškození srdce a nervového systému. V nejtěžších případech končí úmrtím nemocného. Léčba syfilis spočívá v podávání penicilinu, nebo jiných antibiotik (Erytomycin, Tetracyklin).

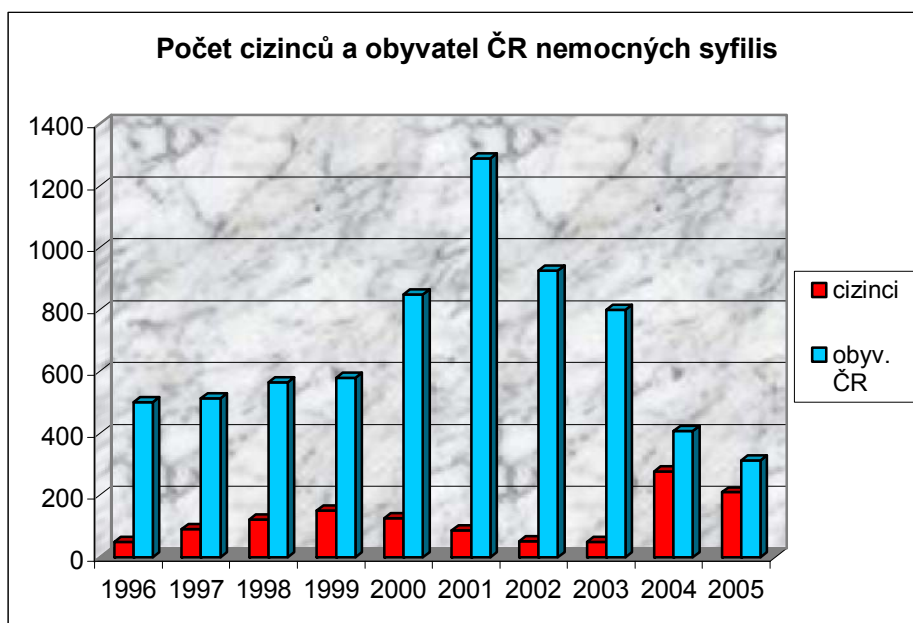
6.1.2. Výskyt syfilis v České republice



obr. 5: Výskyt syfilis v České republice v letech 1985 – 2005

Výskyt je celosvětový, zejména u mladých sexuálně aktivních lidí (zvláště u prostitutek a narkomanů). Po celé období od 60. let 20. stol. měla syfilis v ČR klesající trend až do roku 1990, odkdy opět došlo k narůstání počtu případů. Nejvyšší incidence tohoto onemocnění byla v letech 1972 - 1974, nepočítáme-li poválečné období. Případy syfilis jsou u nás hlášeny už od roku 1953, kdy se počet vyšplhal přes 400 akutních případů. V 60. letech byl pouze ojedinělý výskyt. Ke konci 60. a začátkem 70. let došlo k opětovnému nárůstu (kolem 400 případů ročně). Zvýšení výskytu bylo zaznamenáno i začátkem 80. let (přes 300 případů ročně). V letech 1990 - 1993 bylo hlášeno průměrně 150 akutních případů syfilis ročně a v roce 1996 byl zaznamenán zase výrazný vzestup. Mohla zde však existovat určitá podhlášenost. Vzrůst případů syfilis úzce souvisí s migrací.

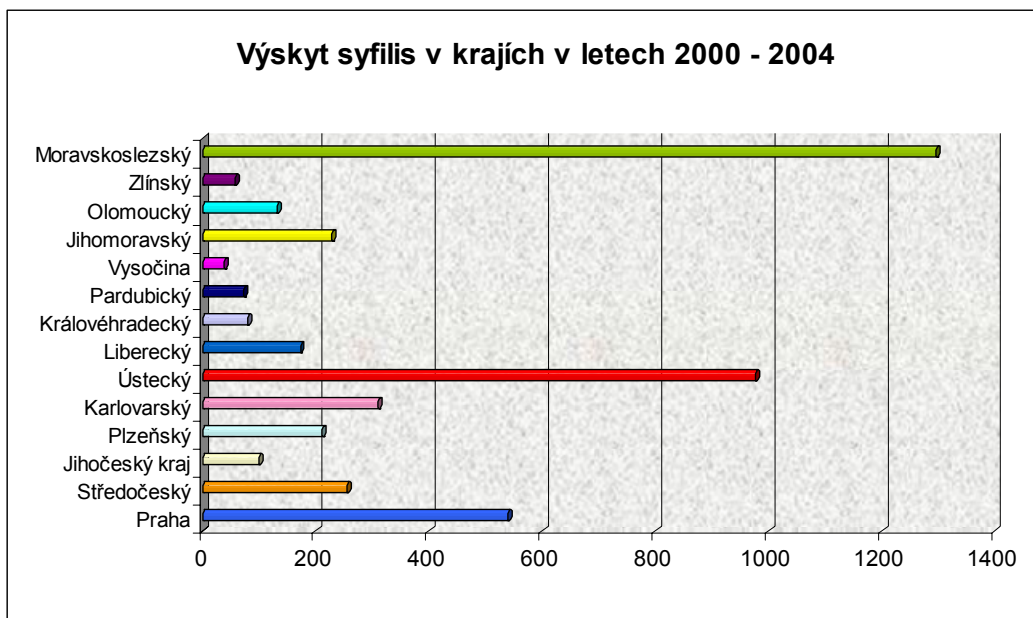
V roce 2001 byl zaznamenán plynulý nárůst, s čímž nejspíše souvisel zpřísněný a zpřesněný systém diagnostiky, depistáže, dispenzarizace a evidence PN. Určitou roli zde snad hrála i podvědomá obava z následků při neohlášení nemoci. Právě tyto důvody vedly pravděpodobně k hlášení všech případů. Od roku 2002 vykazoval vývoj syfilis sestupný charakter. Velký podíl na jeho výskytu na našem území měli nesporně i cizinci a to jak s trvalým, tak i s přechodným pobytem. Například v roce 2003 zaujímali téměř polovinu všech hlášených onemocnění, o rok později tvořili dvě pětiny všech nemocných a v roce 2005 připadalo více než 40 % případů na cizince. Vliv cizinců na nemocnost syfilis je tedy průkazný a migrační toky cizinců z východní Evropy zřejmě budou také nadále ovlivňovat vývoj incidence syfilis na území České republiky.



obr. 6: Počet cizinců a obyvatel ČR nemocných syfilis

V současnosti pozorujeme nárůst syfilis hlavně v příhraničních oblastech. Podíl na rozvoji nemoci má značný vliv i sexuální turismus či drogy. V České republice je každý rok hlášeno několik set případů časně syfilis, další stovky pozdní fáze a výjimečně se objevují i případy vrozené syfilis. Lokality s vysokou mírou prostituce (hlavně příhraniční oblasti) převažují ve výskytu syfilis nad velkými městy s průmyslovou aglomerací. Nejrizikovější skupinou v případech syfilis je kohorta 25 - 34 let u mužů a 20 - 29 let u žen. Mezi nejvíce postižené

patří obyvatelé svobodní, často pouze se základním vzděláním. U vysokoškolsky vzdělaných se syfilis vyskytuje jen velmi málo. Nejvíce postiženými oblastmi je kraj Ústecký, Moravskoslezský a hlavní město Praha. Důvod je zřejmý, jelikož se zde prolínají specificky průmyslové a turistické, často příhraniční oblasti spojené s prostitucí žen a v Praze i mužů. Naopak za „nejzdravější oblast“ považujeme Vysočinu a kraje Královéhradecký, Pardubický a Zlínský. Průměrný výskyt syfilis je v Evropě přibližně na úrovni 10 případů na 100 000 obyvatel. Incidence syfilis v ČR se dlouhodobě pohybuje pod evropským průměrem. Vysokou incidenci vykazují země východní Evropy, pobaltské republiky a další země bývalého Sovětského svazu.



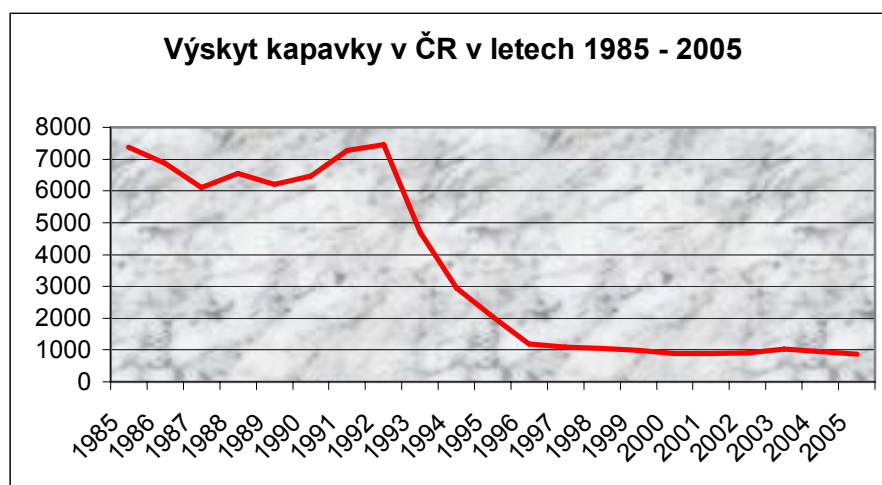
obr. 7: Výskyt syfilis v krajích v letech 2000 - 2004

6.1.3. Kapavka (gonorrhoea) – klinická charakteristika

Jedná se o pohlavní nemoc, způsobenou bakterií *Neisseria gonorrhoeae* (gonokok). Gonokok primárně infikuje sliznici urogenitálního traktu člověka. Může způsobit i zánět oční spojivky, rekta a vzácně i sliznice nosohltanu (extragenitální kapavka), nebo může postihnout klouby (metastatická kapavka). Příznaky se liší u obou pohlaví, proto rozlišujeme mužskou a ženskou kapavku. U mužů se gonokoková infekce projevuje akutním hnisavým zánětem přední části uretry a dysurií. Pouze malé procento infekcí je asymptomatických. U žen je asymptomatická forma infekce naopak velmi častá. Pokud se kapavka projeví,

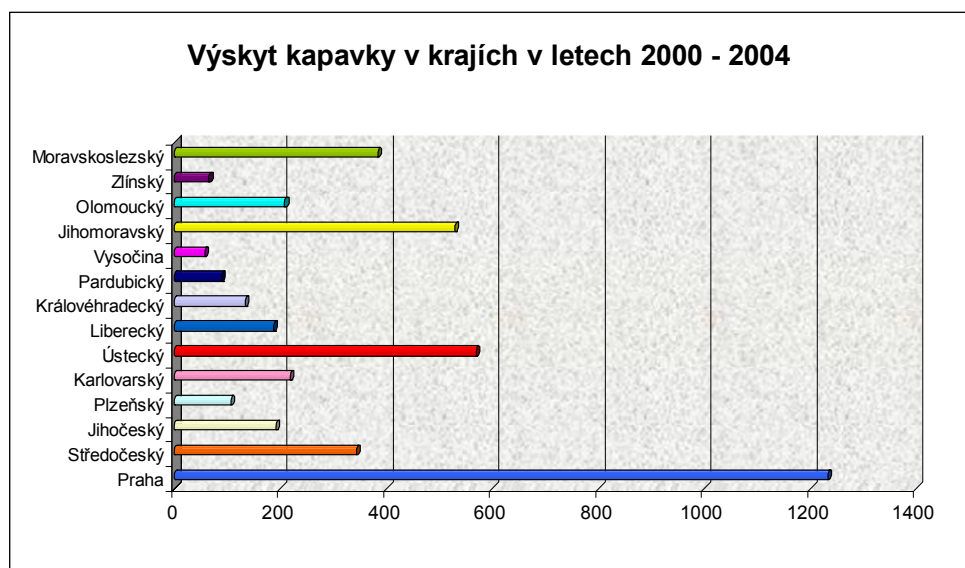
pak jako vulvovaginitida s vaginálním výtokem, cervicitida a za riziko považujeme vznik infertility a mimoděložního těhotenství. U novorozenců, exponovaných během porodu může dojít ke konjunktivitidě. Dnes se proto provádí tzv. kredeizace, tedy výplach spojivkového vaku každého novorozence antiseptickým roztokem, bezprostředně po porodu. Zdrojem je výhradně infikovaný člověk. Přenos se děje pohlavním stykem genitálním, orálním i análním. K nepohlavnímu přenosu může dojít jen výjimečně při nedodržení hygienických pravidel bezprostředně znečištěnými vlhkými předměty - jako ručníkem, žínkou či spodním prádlem. Inkubační doba se pohybuje mezi 2 až 8 dny. Mezi epidemiologická opatření patří hlavně dodržování zásad bezpečného sexu (používání kondomu), povinná a včasná adekvátní léčba nemocných a dispenzarizace včetně depistáže, trvající 6 měsíců. Při nedodržení tohoto režimu a případném vědomém nakažení jiné osoby může být dotyčný trestně stíhán. Cílem dispenzarizace je dokonalé vyléčení choroby a zabránění jejímu šíření. Nemocný je během této doby po léčbě 3x vyšetřen v týdenních intervalech. Ukáže-li se vyšetření jako negativní, je vyléčen. Smyslem tohoto postupu je pomoci odhalit další možné nakažené prostřednictvím cíleného vyhledání sexuálního kontaktu - depistáží. Kapavka je kosmopolitně rozšířená a velmi častá nákaza a to zvláště mezi mladými lidmi. V České republice bývá ročně hlášeno téměř 1000 případů onemocnění. Skutečný výskyt kapavky je však mnohem vyšší. Novorozenecká konjunktivitida je v našich podmínkách evidována jen zcela výjimečně.

6.1.4. Výskyt kapavky v České republice

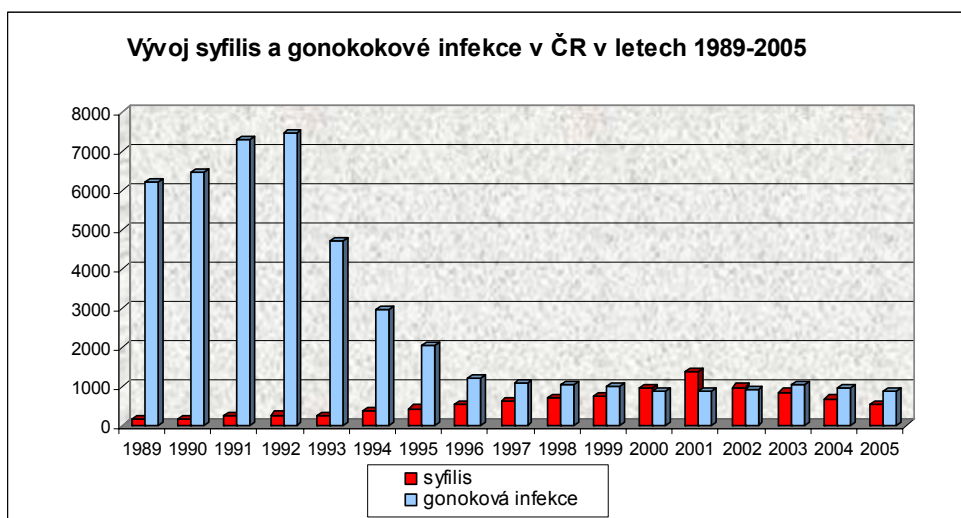


obr. 8: Výskyt kapavky v ČR v letech 1985 – 2005

Počet gonokokových infekcí vzrostl z poměrně nízkého základu necelých 3 tisíc případů v roce 1960 až na 15 tisíc v roce 1969. Pro další období byl charakteristický pokles až do počátku 90. let. Další vzestup byl přerušen rychlým poklesem hlášených případů v souvislosti se vznikem soukromých ordinací a snížením hlásící kázně tohoto onemocnění. Jako další příčinu rapidního poklesu kapavky od roku 1993 je nutno hledat i v celkovém organizačním chaosu samotného zdravotnictví a v neplnění ohlašovací povinnosti diagnostikujícími lékaři. Především se narušila depistážní síť kožních sester a svou roli nepochybně sehrál i princip bodového hodnocení. Syfilis takový osud nepotkal vzhledem k větší závažnosti nemoci. Navíc také někteří lidé s kapavkou k lékaři ani nepřijdou. Buď nevědí, že se nakazili a vyléčí se když dostanou antibiotikum na jiné onemocnění, nebo se raději léčí sami. V roce 1995 a 1996 byl charakteristický paradoxní exponenciální růst onemocněním syfilis v poměru k trvale klesajícímu počtu hlášeného onemocnění kapavkou. Z větší části jsou nejvíce nemocní muži. Nejrizikovější skupinou je kategorie 20 - 24 letých mužů a žen často se středoškolským vzděláním a stejně jako u syfilis patří svobodní lidé mezi nejvíce postižené. Nejpostiženějšími kraji jsou: Praha, Moravskoslezský a Ústecký kraj. Pokud se týče diagnostiky PN podle typů obtíží, tak u kapavky převládá zjištění pro typické obtíže, zatímco u syfilis se jedná o zjištění náhodné (sérologické).



obr. 9: Výskyt kapavky v krajích v letech 2000 – 2004



obr. 10: Vývoj syfilis a gonokokové infekce v ČR v letech 1989 - 2005

6.1.5. Chlamydiové infekce

Problematicke lidských chlamydiových infekcí je v posledním desetiletí věnována zcela zasloužená pozornost. Při intenzivním mezioborovém výzkumu stále přibývá nových poznatků o incidenci, klinické závažnosti a možných důsledcích těchto infekcí. Soustavně je upřesňován pohled na jejich patogenezi, mikrobiologii, imunologii a epidemiologii, rozšiřují se možnosti včasné laboratorní diagnostiky a jsou zaváděny nové terapeutické postupy. V širší odborné lékařské praxi nejsou tato nová fakta dostatečně známa nebo správně interpretována a často dochází k aplikaci nevhodných, někdy dokonce nesprávných diagnostických a léčebných postupů. *Chlamydia trachomatis* je nejčastěji sexuálně přenášený patogen. U mužů se chlamydiová infekce manifestuje jako negonokoková (tzv. nekapavčitá) uretritida s inkubační dobou 7 - 21 dnů a s různým stupněm dysurických potíží. Může se objevit i výtok z močové trubice. Pokud není onemocnění léčeno nebo je léčeno špatně, může se zkomplikovat a způsobit tak zánět nadvarlete (epididymitis) s bolestivým zduřením varlete, zánět prostaty a konečníku (proktitidu), nebo zánět spojivek (konjunktivitidu). Onemocnění však může probíhat i asymptomaticky. U žen onemocnění probíhá nejčastěji pod obrazem purulentní cervicitidy s možným rizikem ascendentního šíření infekce a následným rozvojem endometritidy, salpingitidy a peritonitidy v pánvi. Infekce uretry a dolního genitálního traktu se projevují dysurií, možným postkoitálním krvácením a hlenohnisavým cervikálním

sekretem. Tyto symptomy se mohou objevit až za velmi dlouhou dobu po infikujícím sexuálním styku. Neléčené infekce mohou u žen vést k závažným komplikacím v reprodukčním procesu, např. tubární sterilitě a mimoděložnímu těhotenství. U těhotných je chlamydiová infekce děložního hrdla považována za významný rizikový faktor pro vyvolání předčasného porodu. Je zde i možnost přechodu infekce na plodové obaly s rizikem jejich předčasné ruptury a odtoku plodové vody. Údaje o výskytu chlamydiové infekce u žen s předčasným porodem jsou udávány v rozmezí 20 - 70 %, naopak u zdravých gravidních žen mezi 5 - 15 %. U matek s chlamydiovou infekcí je pravděpodobnost narození dítěte s nízkou porodní hmotností až 60 %. U 30 - 50 % porodů infikovaných matek dochází k vertikálnímu přenosu infekce na dítě, nejčastěji ve formě konjunktivitidy, která může být spojena i s nasofaryngeální infekcí.

Základem prevence v přenosu chlamydiových infekcí urogenitálního traktu je partnerská věrnost. Vzhledem k závažnosti možných komplikací neléčené chlamydiové infekce je nutné speciální lékařské vyšetření (venerologické nebo urologické). Základním předpokladem úspěšného vyléčení je vyšetření a případná léčba obou (všech) sexuálních partnerů. Ale pozor, i když člověk nemá žádné potíže, neznamená to, že není chlamydiemi infikován a nemůže být infekční. Onemocnění se léčí antibiotiky nebo chemoterapeutiky se specifickým dávkováním, obvykle zvýšeným. Chlamydiové nákazy jsou mnohem častější než syfilis a kapavka. Bývají totiž příčinou většiny vleklých zánětlivých onemocnění pohlavních orgánů. Přenosnost chlamydií je velice vysoká, odhaduje se vyšší než u kapavky a v posledních letech velmi stoupá nárůst těchto onemocnění zejména u nás a v západní Evropě. V České republice nepatří mezi infekce, které podléhají povinnému hlášení, proto není prevalence nákaz urogenitálního traktu známa. Podle odhadů však představuje kolem 50 % všech urogenitálních nákaz. Prevalence *Ch. trachomatis* v nejrizikovější věkové skupině populace 15 - 30 letých je udávána mezi 5 - 15 %. Ovšem zavedení screeningu těchto infekcí s přesně stanovenými kritérii u žen a mužů v rizikových skupinách a postupné zavádění moderních vysoce senzitivních molekulárně biologických metod do laboratorní diagnostiky těchto onemocnění pravděpodobně odhalí mnohem vyšší počet infikovaných osob.

7. PROBLEMATIKA HIV/AIDS

7.1. HIV/AIDS – historické souvislosti

V relativně krátké historii AIDS lze pozorovat několik období. Poprvé začalo zhruba v polovině 70. let a je možno je označit jako „období klidu“. Během něj docházelo k šíření infekce HIV zjm. v subsaharských oblastech Afriky, ale také v USA a Karibské oblasti. Toto šíření infekce však zůstalo nepoznáno a nemohlo být tedy nějak omezováno. V roce 1981 bylo poprvé popsáno nové, dříve neznámé onemocnění člověka. Jeho podstata spočívala v selhání imunity, a proto bylo nazváno *syndromem získaného selhání imunity* - anglicky „Acquired Immunodeficiency Syndrome“ ve zkratce AIDS. První případy byly diagnostikovány v San Franciscu a v New Yorku u mladých homosexuálních mužů, kteří trpěli zvláštní formou pneumonie. Prudce stoupající počet onemocnění, jejich časová i místní souvislost i další epidemiologické údaje svědčily již od začátku o infekční etiologii AIDS. Koncem roku 1983 skupina vědců z Paříže izolovala z tkáně lymfatických uzlin homosexuálního muže nový virus, který nazvali lymfadenopatickým virem (LAV). Další skupina vědců pracujících v USA izolovala brzy poté z krve řady mužů s AIDS podobný virus, který nazvali lidský T - lymfotropní virus typ III (HTLV III). Jako typy I a II již byly koncem 70. let identifikovány lidské retroviry, odpovědné za tzv. T - buněčnou leukémii dospělých a endemickou myelopatii. Kvůli sjednocení terminologie byl nově izolovaný virus přejmenován na virus lidské imunitní nedostatečnosti (HIV I). Ten je v epidemii AIDS nejdůležitějším virem. V roce 1986 pak byl od pacientů s AIDS v západní Africe izolován další retrovirus, vyvolávající podobné příznaky jako HIV I a byl pojmenován HIV II. I když se HIV I a HIV II liší svou strukturou, jsou oba původci téhož onemocnění. HIV II je však patrně méně virulentní a jeho přenos je obtížnější. K rozvinutému onemocnění dojde méně často a mnohdy za delší dobu. Popisem prvních případů AIDS v roce 1981 začíná další období, nazývané „obdobím objevů“ a během této doby byl objeven původce onemocnění a byly objasněny způsoby jeho přenosu.

7.2. Původ infekce

Syndrom získané imunodeficiencie (dále jen AIDS) je stav, který vzniká v důsledku destrukce imunitního systému při infekci virem lidské imunodeficiencie (Human Immunodeficiency Virus - HIV). AIDS je definován na základě přítomnosti některého z indikativních onemocnění, mezi něž patří „velké“ oportunní infekce, určité nádory, kachexie a encefalopatie. Původ HIV není jasný. Kolébka AIDS se nachází v Africe a virus HIV je příbuzný s virem opičí imunodeficiencie (SIV). Jaké okolnosti vedly k adaptaci opičího viru na člověka není známo, ale nabízí se cesta poraněním opicemi při jejich lovu. HIV se začal šířit mezi lidmi v centrální Africe již začátkem 50. let. Z Afriky se HIV infekce rozšířila do Karibské oblasti a pak do USA, dále do Evropy a ostatních zemí světa. V jeho šíření se uplatnily zjm. masová turistika, sexuální promiskuita a prostituce (homosexuální i heterosexuální).

7.3. Cesty přenosu HIV infekce

HIV infekce se přenáší sexuálně, parenterálně a vertikálně. Tyto způsoby přenosu jsou určeny přítomností viru v krvi, spermatu, vaginálním sekretu a mateřském infikovaném mléku. V nepatrném množství se virus vyskytuje i v dalších tělních tekutinách (sliny, slzy), ale ty se však v šíření neuplatňují.

7.3.1. Sexuální přenos

Sexuální přenos je hlavním způsobem přenosu a s počtem partnerů značně stoupá riziko nakažení virem. Může k němu dojít při vaginálním i análním styku. Ve světě je převládajícím způsobem přenosu heterosexuální styk (70 %), počet nakažených homosexuálním stykem proti 80. létům poklesl (5 – 10 %). Vstupní branou infekce je sliznice konečníku nebo pohlavního ústrojí. Přenos umožňují mikroskopické léze, ale k infekci může dojít i neporušenou sliznicí. Riziko přenosu je vyšší z muže na ženu, než naopak. Ze statistických analýz vyplývá, že riziko infekce při jediném nechráněném styku s HIV pozitivní osobou (dále jen HIV+) se pohybuje řádově v desetinách procenta. Zvláštní kapitolu tvoří prostituce. Ve studiích ve střední Africe bylo zjištěno, že 30 - 85 % prostitutek může být infikováno. V Severní Americe a v Evropě je procento infekce

prostitutek významně nižší a její výskyt je často vázán na intravenózní aplikaci drog.

7.3.2. Parenterální přenos

K parenterálnímu přenosu může dojít společným sdílením kontaminovaných injekčních jehel a stříkaček (obvykle u uživatelů drog). U různých studovaných populací v Severní Americe se procento séropozitivních injekčních uživatelů drog pohybovalo od 4 do 80 %. Vysoká prevalence HIV infekce mezi narkomany je rovněž důsledkem jejich sexuální promiskuity. K přenosu HIV infekce transfúzími a krevními deriváty (např. u hemofiliků) by v dnešní době nemělo docházet, jelikož všechny krevní deriváty podléhají povinnému testování (v ČR od 1.6.1987). Nozokomiální infekce při dodržování elementárních zásad asepse nejsou prakticky možné. K rozšíření HIV infekce u rumunských dětí v polovině 80. let došlo mikrotransfúzími a nedodržováním základních hygienických norem při očkování. Nebyl prokázán přenos komáry či jiným bodavým hmyzem.

7.3.3. Vertikální přenos

K vertikálnímu přenosu dochází v průběhu gravidity a zjm. během porodu či při kojení. Riziko přenosu z HIV+ matky na dítě je v Evropě asi 20 - 30 %, ale lze ji snížit až na 8 % způsobem vedení porodu (vyšší riziko je při vaginálním porodu) a podáváním antiretrovirové terapie matce od 14. týdne gravidity a následně i dítěti. Průběh HIV infekce u dětí má dvě klinické formy. První formou je rychlejší průběh s klinickými a laboratorními projevy jako u dospělých (oportunní infekce), jehož příčinou je zřejmě transplacentární přenos infekce. Druhou formou je pomalejší průběh s četnými bakteriálními komplikacemi a s méně výraznou deplecí CD 4+, kdy se jedná zřejmě o perinatální přenos infekce. Některé komplikace typické pro dospělé jsou u dětí vzácné (mozková toxoplazmoza, kryptokoková meningitida, Kaposiho sarkom).

7.4. Klinická charakteristika

Od expozice viru do objevení prvních příznaků uplyne obvykle 2 - 6 týdnů, zřídka i několik měsíců.

7.4.1. Primární HIV infekce

Primární HIV infekce (primoinfekce, akutní retrovirový syndrom) probíhá často pod obrazem chřipkového onemocnění mnohdy s exantémem nebo zduřením lymfatických uzlin (syndrom infekční mononukleózy). Může se objevit průjem, nechutenství, zvracení, úbytek na hmotnosti a další necharakteristické příznaky. Laboratorně dochází k přechodnému poklesu CD4+ lymfocytů a po několika dnech dojde k sérokonverzi protilátek anti - HIV. Po 1 - 3 týdnech onemocnění postupně klinické známky vymizí a počet CD4+ lymfocytů se opět normalizuje. Tím infekce vstoupí do několikaletého asymptomatického stadia.

7.4.2. Asymptomatické stadium

Asymptomatické stadium je klinicky bezpříznakové období, trvající několik let (2 - 15 roků). Pacienti jsou buď zcela bez obtíží, nebo se objevuje persistující generalizované zduření lymfatických uzlin (tzv. perzistující generalizovaná lymfadenopatie - PGL). Je zde postupný pokles CD4+ lymfocytů. Pokud se CD4+ lymfocyty dostanou pod hranici 500 až 300/mm³, mohou se objevit první klinické příznaky, čímž infekce vstupuje do dalšího stadia. Trvá přibližně 18 měsíců až 15 let, v průměru však 8 let (závisí na míře antigenní stimulace jinými infekčními agens). Pacient je bez obtíží, s normální vnímavostí k infekcím. Může se objevit mírná lymfopenie a anemie.

7.4.3. Časně symptomatické stadium

Časně symptomatické stadium je charakterizováno výskytem některých „malých“ oportunních infekcí a některých stavů vyvolaných imunopatologickými mechanismy. Mezi malé oportunní infekce patří herpes zoster, orální kandidóza a vlasatá leukoplakie jazyka. Může se objevovat déletrvající horečka, gastrointestinální obtíže (dlouhotrvající průjmy), periferní neuropatie apod.

Zmenšování již dříve zduřelých uzlin je prognosticky nepříznivým markerem blížícího se AIDS. Dochází k dalšímu poklesu počtu CD4+ lymfocytů ($100 - 500/\text{mm}^3$). I toto stadium onemocnění může trvat několik let.

7.4.4. Pozdní symptomatické stadium

Pozdní symptomatické stadium je provázeno významným poklesem imunitních funkcí a objevují se onemocnění, definující vlastní AIDS. Počet CD4+ lymfocytů nadále klesá pod $200/\text{mm}^3$. Objevují se „velké“ oportunní infekce a již v této době může člověk některé z těchto infekcí či nádorů podlehnout. Mohou se vyskytovat pneumocystové pneumonie, kandidózy, mozková toxoplazmóza, tuberkulóza, chronická kryptosporidóza, Kaposhiho sarkom, maligní lymfomy, HIV encefalopatie, waisting syndrom a další. Trvá obvykle 1 - 4 roky.

7.4.5. Rozvinuté stadium

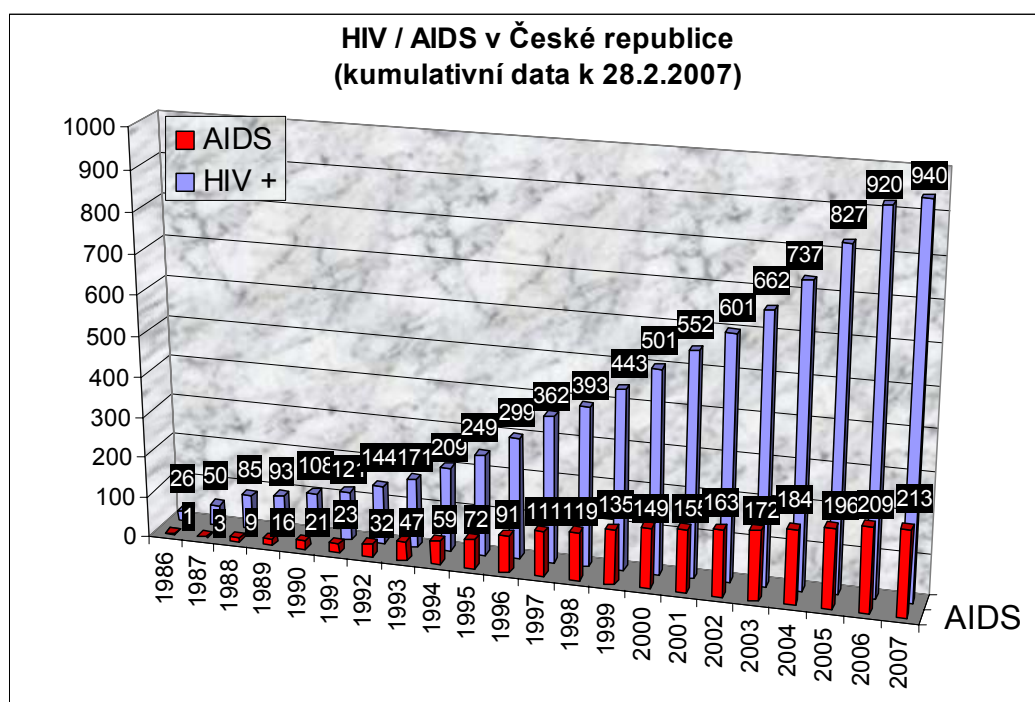
Vedle pozdního symptomatického stadia se vyčleňuje ještě rozvinuté stadium, v jehož průběhu se manifestují infekce vázané na hluboký defekt imunity. Počet CD4+ lymfocytů je menší než $50/\text{mm}^3$. Hlavními oportunními infekcemi jsou onemocnění vyvolaná cytomegalovirem a atypickými mykobakteriemi. Dochází k postupnému vyčerpání organismu, kachektizaci a nemocný umírá.

7.5. Terapie HIV infekce a péče o infikované osoby

Základem léčby HIV infekce je antiretrovirová chemoterapie, profylaxe, léčba oportunních infekcí a ostatních komplikujících stavů. Rovněž péče o správnou výživu a zdravou životosprávu je velmi důležitá. Antiretrovirová chemoterapie je zatím nejefektivnějším způsobem potlačení virové replikace a tím příznivého ovlivnění průběhu HIV infekce. Antiretrovirový účinek léků se projevuje zlepšením celkového stavu, vymizením některých celkových příznaků, vzestupem tělesné hmotnosti, snížením frekvence oportunních infekcí a vůbec prodloužením života. Cílem léčby je co nejvíce snížit virovou nálož a tedy replikaci viru na minimum, aniž by došlo k rozvoji nežádoucích účinků.

Čerstvý záchyt HIV infekce u pacienta podléhá hlášení Národní referenční laboratoři pro AIDS Státního zdravotního ústavu v Praze. Pacienta je doporučováno odeslat na specializované pracoviště - obvykle AIDS Centru FN Bulovka, nebo některému z regionálních AIDS center při infekčních klinikách a velkých infekčních odděleních. Při ošetřování HIV infikované osoby je nutné dodržovat základní bezpečnostní pravidla, která v podstatě platí pro ošetřování každého pacienta. Zdravotní stav HIV infikovaných osob je sledován formou pravidelných prohlídek a laboratorních vyšetření a na základě zjištěných výsledků je pak zaváděna antiretrovirová léčba, profylaxe oportunních infekcí a specifická léčebná opatření. Všeobecná doporučení směřují k tomu, aby pacient nezhoršil vlastní zdravotní stav a ani neohrozil infekcí další osoby. HIV infikovaná osoba by měla akceptovat některé bezpečnostní zásady.

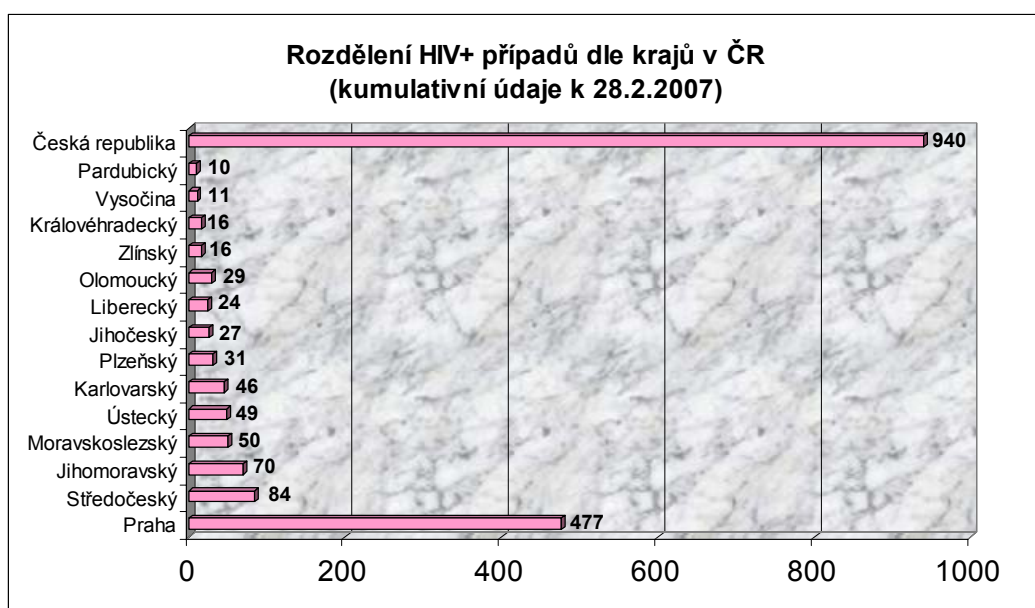
7.6. Situace v České republice



obr. 11: HIV / AIDS v České republice
(k 28.2.2007)

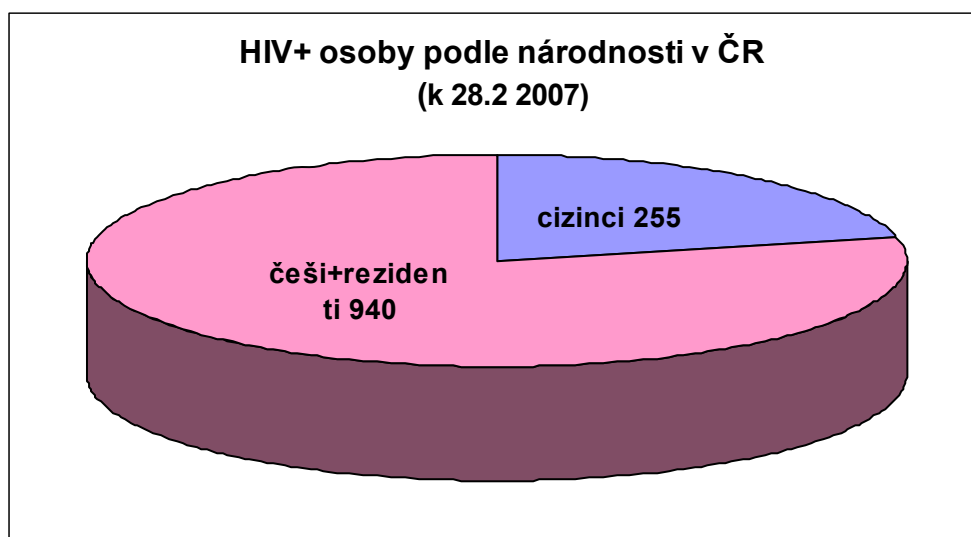
Vzhledem k ekonomické výhodnosti a představě bezpečného sexu se Česká republika stala vyhledávaným místem tzv. sexuální turistiky a to zjm. ze zemí Západní Evropy, s nesrovnatelně vyšší prevalencí HIV. Po změně

společenské, politické a ekonomické situace v České republice v roce 1989 došlo otevřením se světu k výrazné migraci obyvatel jak ze zahraničí a do zahraničí, tak i v rámci státu. Otevřením hranic došlo také k průniku narkomafií na naše území a stali jsme se také cílovou zemí obchodu s drogami. Výrazně narůstá poptávka po drogách mezi mládeží. Riziko explozivního šíření HIV infekce mezi naší toxikomanskou populací je velice vysoké. V České republice je situace na první pohled zatím příznivá, ale je nutné si uvědomit, že čísla udávající počty infikovaných virem HIV a nemocných AIDS zdaleka nevyjadřují skutečný stav.



*obr. 12: Rozdělení HIV+ případů dle krajů v ČR
(k 28.2.2007)*

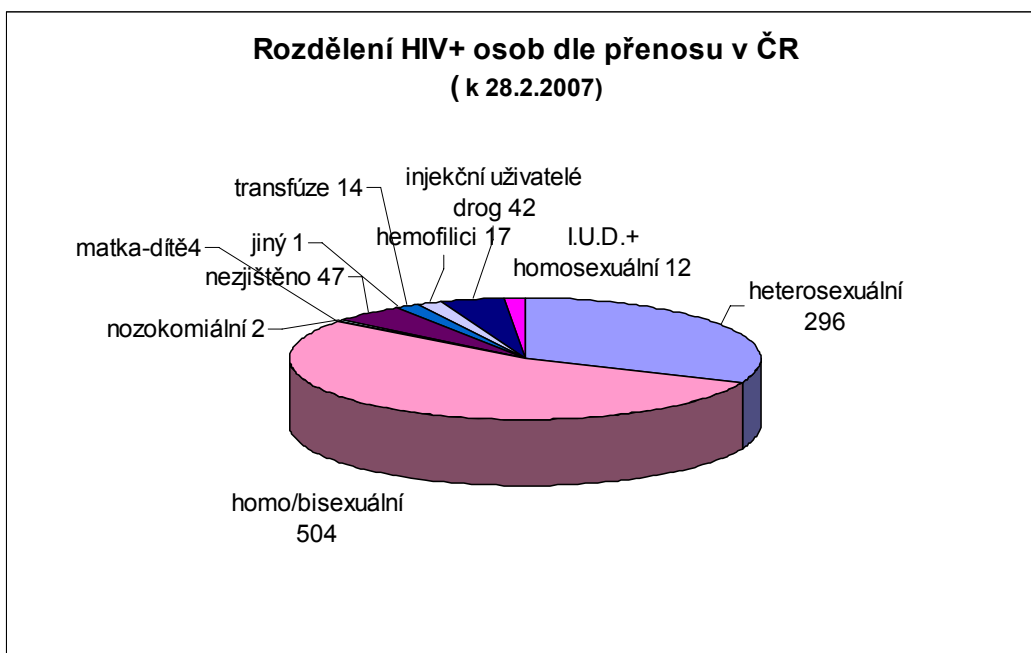
První dva případy HIV/AIDS byly zjištěny a klinicky diagnostikovány již v roce 1985 na infekční klinice FN na Bulovce v Praze. Dále byly zjištěny případy HIV pozitivitivity u dětských hemofiliků z importovaného koagulačního faktoru. Během roku 1986 začal narůstat počet HIV pozitivních případů, zejména u homosexuálů a u zahraničních studentů především z Afriky. Případy klinicky plně rozvinutého AIDS byly diagnostikovány v roce 1986. Po výraznějším vzestupu HIV pozitivitivity v letech 1986 až 1988 došlo ke zpomalení nárůstu a opětovný další rychlejší vzestup detekce HIV pozitivních se pozoroval od roku 1992.



*obr. 13: HIV+ osoby podle národnosti v ČR
(k 28.2.2007)*

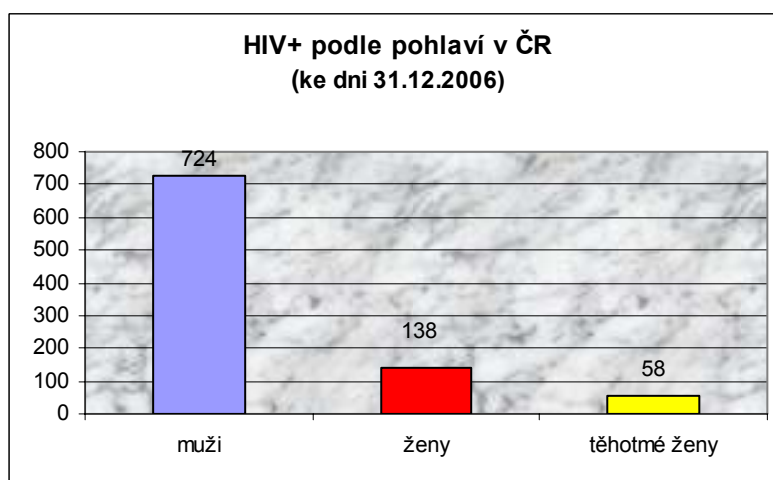
Počínaje rokem 2004 se začal nárůst HIV rapidně zvyšovat, bylo zjištěno 75 případů (dohromady 737). V 10 případech se u cizinců s přechodným pobytem rozvinula HIV+ v AIDS. Nejvíce těchto cizinců bylo z Afriky a Blízkého východu a z východní Evropy. V roce 2005 přibylo dokonce až 90 nemocných. V roce 2006 bylo zachyceno 93 nových případů HIV/AIDS, což je o 3 případy více než v roce předchozím. Byl tedy sice zaznamenán mírný nárůst počtu nových případů oproti roku 2005, ale lze optimisticky předpokládat určitou stabilizaci v procesu šíření HIV/AIDS v ČR demonstrováním sledováním ročního počtu nově diagnostikovaných případů HIV/AIDS. Z 93 nových případů HIV/AIDS v roce 2006 se v 73 případech jedná o české občany, ve 20 případech o rezidenty. Nejpostiženější lokalitou je jednoznačně hlavní město Praha (viz obr. 11). Na druhé místo se dostal kraj Karlovarský, což lze vysvětlit závažnou příhraniční problematikou.

Jelikož máme k dispozici počet nově infikovaných v tomto roce, který za pouhé 2 měsíce dosáhl 20 nově diagnostikovaných případů, lze logicky očekávat, že tento trend bude pokračovat i nadále zvyšujícím se počtem infikovaných během následujících let (cca 120 na konci tohoto roku).



*obr. 14: Rozdělení HIV+ osob dle přenosu v ČR
(k 28.2.2007)*

Homo / bisexuální styk zůstává nejčastějším způsobem přenosu v České republice, v dnešní době představuje 53,6 % všech infikovaných osob. Na druhém místě je přenos heterosexuálním stykem, vykazující trvalý nárůst od 2 % v roce 1986 až po 31,5 % ke dni 28.2.2007 (viz obr. 13). Naprostá většina infikovaných osob v ČR je ve věkové skupině 25 - 29 letých mužů. Rozdělení nových případů infekce HIV podle pohlaví ukázalo, že v r. 2006 se ženy podílely na nově diagnostikovaných infekcích ve 20,4 % (nově bylo diagnostikováno 19 HIV+ žen). Celkové zastoupení žen v kumulativním počtu HIV pozitivních ke dni 31.12.2006 činí 21,3 % (viz obr. 14).



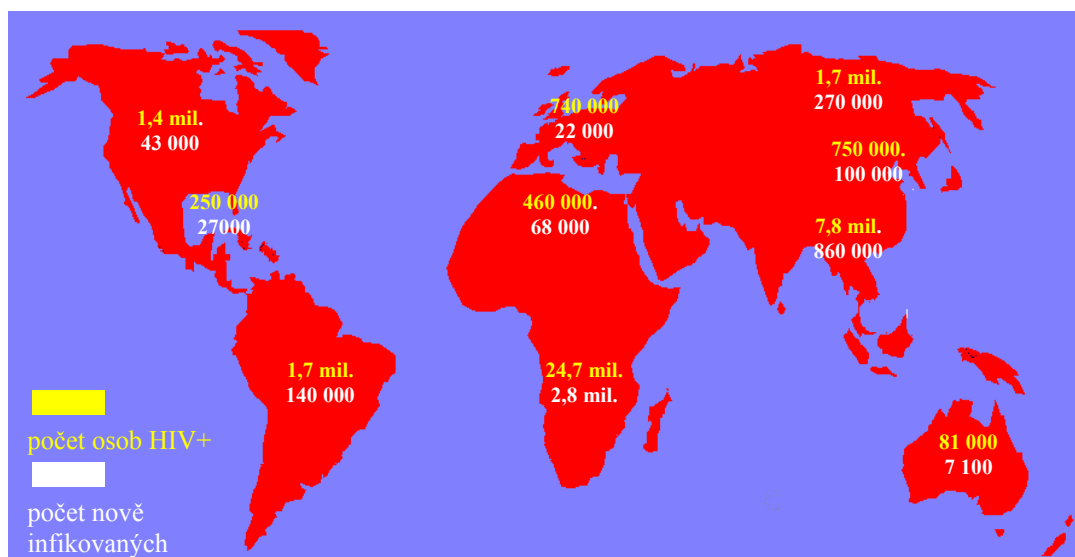
obr. 15: HIV+ podle pohlaví v ČR ke dni 31.12.2006

7.7. Situace v ostatních státech

Nákaza virem lidské HIV a s ním spojené onemocnění AIDS je celosvětově nejzávažnějším infekčním onemocněním v současné době. Jedná se o onemocnění, jehož výskyt je v řadě populací skutečnou epidemií či dokonce pandemií. Vzhledem k tomu, že postižené oblasti jsou z velké části země rozvojové, jejichž populace se i bez existence tohoto onemocnění často pohybují na hranici přežití, jsou jeho důsledky v mnoha ohledech tragické a často mnohem horší, než si mnozí z nás dokážou představit. Podle nejnovějšího reportu UNAIDS bylo v roce 2006 na světě 39,5 miliónů osob HIV pozitivních, nově onemocnělo 4,3 milionu (tj. více než 11 000 za den) a 2,9 milionu osob zemřelo na onemocnění související s AIDS. Prevalence onemocnění v populaci 15 - 49 letých činí celosvětově 1 %, nejvyšší je v oblasti Subsaharské Afriky, kde dosahuje téměř 6 %. S virem HIV zde žije podle odhadů téměř 25 milionů obyvatel, tedy více než 60 % všech nakažených a pokud se nic nezmění, v roce 2010 zde může být až 40 milionů obětí AIDS. I když Sub - Saharská oblast Afriky stále zůstává epicentrem této epidemie, rostoucí výskyt nemoci je zaznamenán i ve východní Evropě a střední Asii, kde v roce 2005 bylo zaznamenáno dalších 200 000 nově infikovaných virem HIV.

V některých zemích však dochází v posledních letech ke stagnaci či poklesu zastoupení osob HIV pozitivních. Jedná se však o země s extrémně vysokou mírou prevalence. Těmi jsou například Svazijsko, kde prevalence HIV v roce 2006 činila 33,4 %, Lesotho, Botswana a Namibie. Zatímco počet nově infikovaných zde vyvrcholil v polovině 90. let, poté poklesl a nyní opět mírně roste, počet úmrtí se plynule zvyšuje. V důsledku tohoto vývoje se v posledních letech mírně snižuje počet přežívajících infikovaných HIV. Tento trend lze stále častěji očekávat v zemích, kde je prevalence HIV/AIDS již na velice vysoké úrovni. Výrazný pokles prevalence byl zaznamenán v Zimbabwe. Naproti tomu jak v Latinské Americe, tak v Asii a východní Evropě prevalence HIV plynule roste. Nejvyšší nárůst ve srovnání s rokem 2004 byl zaznamenán právě v zemích střední Asie a východní Evropy. Postup epidemií v Asii a Tichomoří má do značné míry na svědomí dramatický nárůst v Číně. Další potenciální odhad šíření AIDS představuje Indie. AIDS se závratnou rychlostí šíří také v pobaltských státech, v Ruské federaci a ve středoasijských republikách.

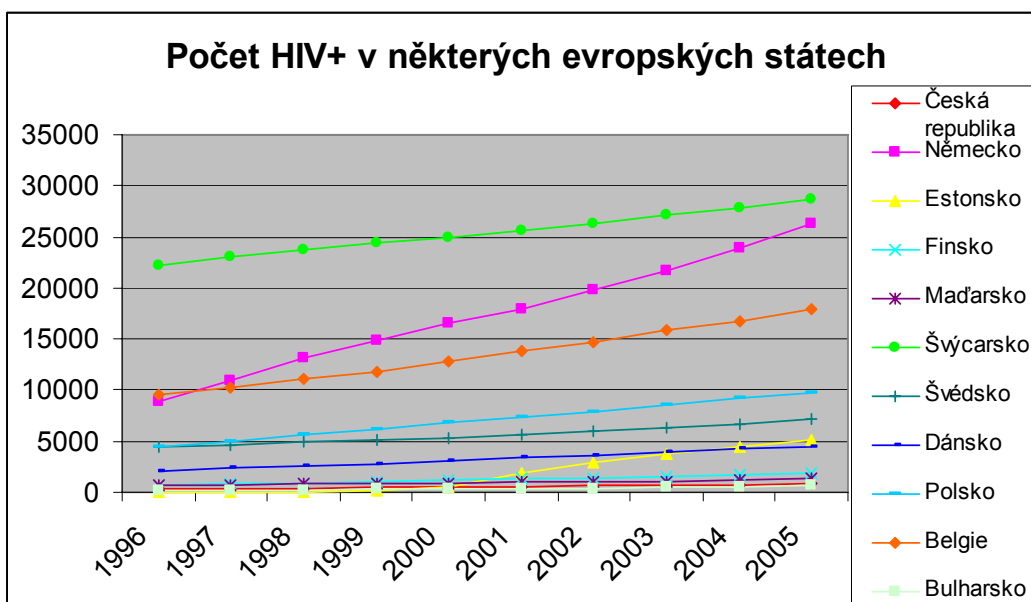
Lidé HIV+ a nově infikovaní ke konci roku 2006



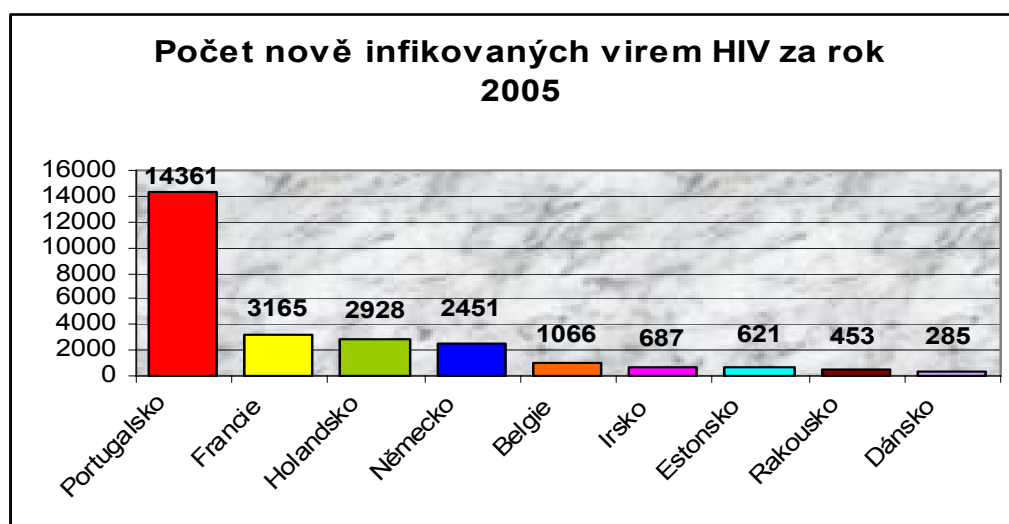
obr. 16: Lidé HIV+ a nově infikovaní ke konci roku 2006

Více než 2 miliony osob nakažených virem HIV/AIDS žijí v evropském regionu. Zatímco výskyt HIV je v zemích západní a střední Evropy stabilní, k nárůstu dochází především v zemích východní Evropy. Podle nejnovějších údajů se počet známých případů onemocnění virem HIV v zemích Evropské unie mezi lety 1998 až 2005 zdvojnásobil. Vysoký počet nově nakažených má i Portugalsko a Estonsko. V Estonsku se nahlášený počet nově nakažených zvýšil z 12 v roce 1999 na 1476 v roce 2001. V poměru k počtu obyvatel je tempo šíření nákazy v této zemi vůbec nejrychlejší v regionu - např. o 50 % rychlejší než v Rusku. Rychle narůstající epidemie je také patrná v Lotyšsku. Epidemie ve střední a východní Evropě je stále na postupu. Vedle Ruska a pobaltských zemích se nákaza HIV šíří také ve střední Asii. Naproti tomu ve střední Evropě je vývoj nákazy optimistický, epidemie je tam stále na nízké úrovni. Rozšíření je nízké hlavně v České republice, Maďarsku, Polsku a Slovensku.

Nejčastěji dochází k přenosu onemocnění heterosexuálním pohlavním stykem. 50 % případů přitom tvoří lidé od 15 do 25 let. V Rusku i v mnoha dalších zemí regionu zatím převládají nákazy uživatelů drog infikovanými jehlami. Na Ukrajině a Bělorusku se však stal hlavním způsobem přenosu nákazy heterosexuální pohlavní styk.



obr. 17: Počet HIV+ v některých evropských státech



obr. 18: Počet nově infikovaných virem HIV za rok 2005

8. PROTIEPIDEMIOLOGICKÁ OPATŘENÍ A PREVENCE HIV/AIDS

8.1. Epidemiologická opatření HIV/AIDS

Možnosti specifické imunoprevence jsou ve světě intenzivně studovány, ověřuje se účinnost několika typů vakcín. Žádná však nebude připravena k širokému použití v nejbližších letech. Hlavním a nejúčinnějším prostředkem prevence infekce HIV je široké zdravotně výchovné působení na veřejnost, včetně

sexuální výchovy na školách, zaměřené především na cestu přenosu - sexuální styk, respektive na bezpečný sex, užívání kondomů a omezení počtu sexuálních partnerů. V rámci národního programu boje proti AIDS je uplatňována řada aktivit, např. jsou organizovány různé zdravotně výchovné akce, vydávány publikace, vedeny poradny pro prevenci HIV/AIDS a telefonní linky pomoci AIDS, organizovány tzv. peer programy - využívající působení vyškolených vrstevníků a realizovány terénní sociální práce (streetwork). Další zdravotně výchovné programy jsou zaměřeny na prevenci narkomanie. Zavádí se výměnné programy jehel a stříkaček. Provádí se vyšetřování dárců krve, kostní dřeně, orgánů, tkání a spermatu na anti HIV protilátky s cílem vyloučit pozitivní osoby z dárcovství. Povinně se vyšetřují i těhotné ženy. Dále se vyšetřují (za předpokladu jejich předchozího souhlasu) prostituuující osoby a příslušníci dalších skupin s rizikovým chováním a dále osoby na vlastní žádost. Veškerá vyšetření se provádí tak, aby nedošlo k průniku informací o případné pozitivitě do jejich okolí.

8.2. Konkrétní protiepidemiologická opatření v prevenci šíření HIV/AIDS

Opatření, směřující k omezení vzniku a dalšího šíření nákazy HIV/AIDS lze rozdělit do 4 základních skupin.

8.2.1. Prevence sexuálního přenosu

HIV se šíří především sexuálním stykem. Proto bezpečné sexuální návyky jsou hlavním krokem, kterým lze další šíření nákazy HIV omezit. Příznivého výsledku je možné docílit výchovou, směřující k zásadám bezpečného sexu. Součástí informací by mělo být, jak se HIV/AIDS šíří a jak se naopak šířit nemůže. Dále jak se mohou lidé před nákazou chránit, tj. co jsou zásady „bezpečného sexu“. Mezi ně patří především: vyhnout se sexuální promiskuitě, používat po celou dobu prezervativ a vyhnout se takovým technickým praktikám, při kterých hrozí pravděpodobnost poškození sliznice. Nezbytnou součástí je i informovat, kde lze kondom získat, proč je tak důležité jeho užití a jak správně by se měl používat. Informace a výchova musí zdůrazňovat i to, že pouze sexuální abstinence nebo dlouhodobá vzájemná partnerská věrnost vylučují nákazu plně a naopak pohlavní styk s náhodnými partnery vystavuje oba partnery riziku nákazy, zjm. není-li chráněn použitím kondomu po celou dobu trvání styku.

Druhým klíčovým elementem na úseku sexuálního přenosu je zdravotní péče, která je nezastupitelná v detekci a léčení ostatních STI, které, jsou-li neléčeny, výrazně zvyšují riziko získání HIV. Součástí léčby musí být i hledání asymptomatických nákaz u kontaktů, zjm. u žen.

8.2.2. Prevence přenosu krví

K přenosu HIV/AIDS krví může dojít vždy, kdy se krev infikované osoby dostane do krevního řečiště jiné osoby. Může se tak stát při transfúzi dárcovské krve, při transplantaci orgánů, u parenterální aplikace drog u toxikomanů, je-li jehla použita více osobami bez předchozí řádné sterilizace.

Přenosu nákazy HIV/AIDS dárcovskou krví se brání účelným používáním bezpečné krve a krevních derivátů. Riziko přenosu kontaminovanou krví je vysoké. Tato cesta přenosu se však celosvětově uplatňuje v dnešní době jen okrajově. Provádí se vyšetřování všech vzorků dárcovské krve při každém darování a také rozšiřování „autotransfúzí“ má svůj nemalý vliv na předcházení infikování pacientů. Prevence přenosu ve zdravotnických zařízeních spočívá v pečlivém dodržování všech postupů, zajišťujících řádnou a účinnou sterilizaci nástrojů, používaných k parenterálním výkonům. Přenos krví mimo zdravotnická zařízení se uplatňuje zjm. u narkomanů, ale také při tetování (pokud je prováděno nesterilní jehlou) hrozí určité riziko. Teoreticky by se mohl uplatnit i přenos např. v provozovnách manikúry, pedikúry apod.

8.2.3. Prevence perinatálního přenosu

Přenos HIV u žen fertilního věku se děje především pohlavním stykem. Proto prevence tohoto přenosu je současně nejlepší cestou, jak omezit přenos HIV z matky na plod.

Sekundární prevence perinatálního přenosu pak spočívá v tom, aby se HIV+ žena vyhnula početí nebo porodu dítěte. Většina pozitivních žen si však nemusí být vědoma své positivity. Vertikální přenos u HIV+ žen lze tedy omezit antikoncepcí, popřípadě umělým přerušением těhotenství. U gravidních HIV+ žen je nutné zavést některá opatření, k nimž patří zjm. podávání Zidovudinu matce a následně i dítěti, vedení porodu císařským řezem, podávání imunoglobulinů dítěti a zabránění kojení.

9. ZÁVĚR

V současné době vykazuje málo oblastí medicíny tak vysokou dynamiku nárůstu chorob, jaká je patrná ve skupině sexuálně přenosných nemocí. Celkový počet chorob přenášených pohlavním stykem neustále stoupá. Dle odhadů WHO činí počet nových případů STD ročně 330 milionů. „Klasické“ venerické nákazy (zejména syfilis a kapavka) přenechávají své vedoucí místo infekcím chlamydiovým a virovým. Onemocnění jsou často šířena bezpříznakovými jedinci, jejichž identifikace představuje důležitý prostředek kontroly STD. Statistická data bývají navíc velice často podhodnocena a výrazná podhlášenost zde není něčím neobvyklým. Například počet skutečných případů kapavky výsoce převyšuje hlášené infekce (5 - 6x vyšší odhad). Potud je problém obou venerických chorob stejný. Při sledování vývojových trendů obou hlavních venerických onemocnění je však patrný zcela opačný průběh. Zatímco případy hlášené syfilidy od r. 1991 stále stoupají, počet hlášených případů kapavky stejným způsobem klesá.

Na vysoké podhlášenosti se podílí celá další řada faktorů - ve snaze po utajení se pacient léčí sám pokoutně, neprofesionálně, bez adekvátních léčebných schémat. Vysoký nárůst syfilis je hlavně v příhraničních oblastech. Incidence syfilis v ČR se dlouhodobě pohybuje pod evropským průměrem. Vysokou incidenci vykazují země východní Evropy, pobaltské republiky a další země bývalého Sovětského svazu. Příčinou rapidního poklesu kapavky je často neplnění ohlašovací povinnosti diagnostikujícími lékaři. Neměli bychom však zapomínat na chlamydiové infekce. Právě ony bývají mnohem častější než syfilis a kapavka, ale jelikož u nás nepatří mezi infekce podléhající povinnému hlášení, není jejich prevalence dostatečně známa.

Co se týče HIV infekce na našem území, je situace na první pohled relativně uspokojivá. Je však ale opět nutné si uvědomit, že čísla infikovaných virem HIV a nemocných AIDS

POUŽITÁ LITERATURA A ZDROJE

LITERATURA

- 1) Čelko, A.M.; Provazník, K.: **AIDS, fakta - naděje**, publikace Pasteurova institutu v Paříži
(1. české vydání Nadace pro život ve spolupráci s Centrem preventivního lékařství 3. LF VZP ČR)
- 2) Krejsek, J.; Kopecký, O.: **Infekce virem lidského imunodeficitu (HIV) a syndrom získaného imunodeficitu (AIDS)**, vychází jako příloha LKS č.2/95
- 3) Rozsypal, H.: **AIDS, klinický obraz a léčba**, Maxdorf, Jesenius, 1998
- 4) Šejda, J.: **Prevence, léčba a další aspekty HIV/AIDS**, Galén 1993
- 5) ÚZIS ČR: **Zdravotní stav České republiky**, 1999
- 6) ÚZIS ČR: **Zdravotní stav obyvatelstva České republiky**, Praha, únor 1999
(autorský kolektiv Mgr. J. Holub, Ing. J. Tvrdá)
- 7) Vaničková, E.: **Dětská prostituce**, Grada publishing 2005
- 8) Váňová, M.: **Pedagogům o prevenci AIDS**, AIDS stop
- 9) **Zdravotnická statistika ČR - Pohlavní nemoci 1996**, ÚZIS, 1997
- 10) **Zdravotnická statistika ČR - Pohlavní nemoci 1997**, ÚZIS ČR, 1998
- 11) **Zdravotnická statistika ČR - Pohlavní nemoci 1998**, ÚZIS ČR, 1999
- 12) **Zdravotnická statistika ČR - Pohlavní nemoci 1999**, ÚZIS ČR, 2000
- 13) **Zdravotnická statistika ČR - Pohlavní nemoci 2000**, ÚZIS ČR, 2001
- 14) **Zdravotnická statistika ČR - Pohlavní nemoci 2001**, ÚZIS ČR, 2002
- 15) **Zdravotnická statistika ČR - Pohlavní nemoci 2002**, ÚZIS ČR, 2003

INTERNET

- 1) **Centralized information system for infectious diseases (CISID)** -
data.euro.who.int/cisid/
- 2) **Český statistický úřad** - www.czso.cz
- 3) **Demografické informační centrum** - www.demografie.info/?cz-hiv

- 4) **Státní zdravotnický úřad** - www.szu.cz
- 5) **Stručný přehled sexuálně přenosných infekcí** - www.004.cz
- 6) **UNAIDS WHO** -
data.unaids.org/pub/EpiReport/2006/2006_EpiUpdate_en.pdf
- 7) **Ústav zdravotnických informací** - www.uzis.cz (Pohlavní nemoci 2003 - 2005)
- 8) **World health organization regional office for Europa** - www.euro.who.int/