



ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

Fakulta zdravotnických studií

Akademický rok: 2011/2012

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: Petra VESELÁ  
Osobní číslo: Z09B0069K  
Studijní program: B5341 Ošetrovatelství  
Studijní obor: Všeobecná sestra  
Název tématu: Pohlavní choroby - nová hrozba?  
Zadávací katedra: Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

### Z á s a d y - p r o v y p r a c o v á n í :

Zpracovat seznam odborné literatury na vybrané téma Stanovit cíl kvalifikační práce Zpracovat teoretickou a praktickou část práce požadavků FZS Popsat metodiku praktické části Vypracovat diskuzi a závěr kvalifikační práce Dodržet formální úpravu kvalifikační práce dle požadavků FZS Dodržet citační normu

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

ŠTORK JIŘÍ A KOL., Dermatovenerologie, Praha:Galén, 2008, ISBN 978-80-246-1360-4 KOLEKTIV AUTORŮ, Dermatovenerologie, dětská dermatologie a korektivní dermatologie, Praha:Triton, 2006, ISBN 80-7254-855-7 NIEDNER ROLAND, ADLER YAEL, Kožní choroby, Praha:Triton, 2010, ISBN 978-80-7387-206-9 NOVÁKOVÁ IVA, Ošetřovatelství ve vybraných oborech, Praha:Grada, 2011, ISBN 978-80-274-3422-4 JIRÁSKOVÁ MILENA, Dermatovenerologie, Praha:Karolinum, 2005, ISBN 80-2460-636-4

Vedoucí bakalářské práce:

Prof. MUDr. Vladimír Resl, CSc.

Katedra teoretických oborů

Datum zadání bakalářské práce: 31. ledna 2011

Termín odevzdání bakalářské práce: 31. března 2012



Doc. MUDr. Luboš Holubec, CSc.  
děkan

L.S.



Mgr. Lucie Kašová  
vedoucí katedry

dne

**ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI**  
**FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**2012**

**Petra Veselá**

# **FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ**

Studijní program: Ošetrovatelství B 5341

**Petra Veselá**

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

## **POHLAVNÍ CHOROBY – NOVÁ HROZBA?**

**Bakalářská práce**

Vedoucí práce: Prof. MUDr. Vladimír Resl CSc.

PLZEŇ 2012

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne: 30.3.2012

.....  
vlastnoruční podpis

Poděkování :

Děkuji Prof. MUDr. Vladimíru Reslovi CSc. za odborné vedení, cenné rady, připomínky a poskytnuté materiální podklady. Dále děkuji paní Haně Zoubkové, depistážní sestře FN Plzeň, za poskytnuté odborné materiály a informace. V neposlední řadě děkuji rodině za obrovskou podporu a pomoc.

## Obsah :

|  |    |
|--|----|
| Úvod.....  | 12 |
| 1 Historie.....  | 15 |
| 1.1 Historie dermatovenerologie ve světě.....                            | 15 |
| 1.2 Historie české dermatovenerologie.....                               | 16 |
| 2 Pohlavní nemoci .....  | 20 |
| 2.1 Chování v dospívání .....  | 21 |
| 2.2 Obecné podmínky pro přenos STI.....                                  | 22 |
| 2.3 Rozdělení STI .....  | 22 |
| 2.4 Kapavka .....  | 24 |
| 2.4.1 Kapavka ženy.....  | 24 |
| 2.4.2 Kapavka muže.....  | 25 |
| 2.4.3 Extragenitální kapavka .....                                       | 25 |
| 2.4.4 Diagnostika .....  | 26 |
| 2.4.5 Léčba.....   | 26 |
| 2.5 Syfilis.....   | 26 |
| 2.5.1 Časná syfilis (syphilis recens).....                               | 27 |
| 2.5.2 Latentní syfilis .....   | 28 |
| 2.5.3 Pozdní symptomatická syfilis .....                                 | 28 |
| 2.5.4 Vrozená syfilis (syphilis congenita) .....                         | 29 |
| 2.5.5 Diagnostika .....  | 30 |
| 2.5.6 Léčba.....   | 31 |
| 2.6 Měkký vřed .....   | 31 |
| 2.6.1 Diagnostika .....  | 32 |
| 2.6.2 Léčba.....   | 32 |
| 2.7 Čtvrtá nemoc (lymphogranuloma venereum, morbus Nicolas-Favre-Durand) | 32 |
| 2.7.1 Diagnostika .....  | 33 |
| 2.7.2 Léčba.....   | 33 |
| 2.8 Pátá pohlavní nemoc (granuloma venereum; inquinae) .....             | 33 |
| 2.8.1 Diagnostika .....  | 34 |
| 2.8.2 Léčba.....   | 34 |
| 3 Role sestry.....   | 35 |



|       |  |    |
|-------|--|----|
| 3.1   | Venerický pacient .....                        | 35 |
| 3.2   | Depistážní šetření.....                        | 37 |
| 3.2.1 | Hlavní činnost depistážních sester .....       | 37 |
| 3.2.2 | Další opatření.....                            | 38 |
| 3.2.3 | Povinnosti nemocného STI.....                  | 39 |
| 3.3   | Ochrana před přenosem STI .....                | 39 |
| 3.3.1 | Sociální metody .....                          | 39 |
| 3.3.2 | Bariérové metody.....                          | 39 |
| 4     | Legislativa.....                               | 44 |
| 5     | Výzkum.....                                    | 45 |
| 5.1   | Formulace problému .....                       | 45 |
| 5.1.1 | Hlavní problém .....                           | 45 |
| 5.1.2 | Dílčí problémy .....                           | 45 |
| 5.2   | Cíl a úkol výzkumu.....                        | 45 |
| 5.3   | Metodika výzkumu .....                         | 45 |
| 5.4   | Hypotézy.....                                  | 45 |
| 5.5   | Vzorek respondentů .....                       | 45 |
|       | Prezentace a interpretace získaných údajů..... | 46 |
| 6     | DISKUSE.....                                   | 60 |
|       | ZÁVĚR .....                                    | 63 |
|       | SEZNAM ZDROJŮ.....                             | 65 |
|       | SEZNAM GRAFŮ .....                             | 67 |
|       | SEZNAM PŘÍLOH.....                             | 70 |
|       | PŘÍLOHA A - obrázky .....                      | 71 |
|       | PŘÍLOHA B – informovaný souhlas.....           | 76 |
|       | PŘÍLOHA C – hlášení pohlavní nemoci .....      | 77 |
|       | PŘÍLOHA D – pokyny – kapavka, syfilis .....    | 79 |
|       | PŘÍLOHA E - dotazník.....                      | 83 |

## **Anotace**

Příjmení a jméno: Petra Veselá

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Pohlavní choroby – nová hrozba?

Vedoucí práce: Prof. MUDr. Vladimír Resl CSc.

Počet stran: číslované 53, nečíslované 35

Počet příloh: 5

Počet titulů použité literatury: 21

Klíčová slova: syfilis – kapavka – ochrana – kondom – prostituce

### **Souhrn:**

Práce se zabývá výzkumným šetřením v populaci od 16 do 35 let. Předmětem šetření je metodou kvantitativního výzkumu zjistit informovanost mladé populace v oblasti pohlavních nemocí, jejich přenosu a zejména ochrany proti nim.

Teoretická část se zabývá historií dermatovenerologie ve světě i u nás. Následuje popis pěti klasických pohlavních nemocí, pohled sestry na venerologického pacienta a ochrana před přenosem STI.

V praktické části jsou shrnuty a vyhodnoceny výsledky výzkumného šetření. Závěrem uvádím doporučení ke zvýšení a zlepšení informovanosti nastupující generace.

## **Annotation**

Surname and name: Veselá Petra

Department: Nursing and midwifery

Title of thesis: The venereal diseases – new threat?

Consultant: Prof. MUDr. Vladimír Resl CSc.

Number of pages: numbered pages 53, unnumbered pages 35

Number of appendices: 5

Number of literature items used: 21

Key words: syphilis – gonorrhoea – protection – condom – prostitution

### Summary:

This paper focuses research covering population between 16 and 35 years of age. The objective of the research was to find out how much young population is aware of venereal diseases, their transmission and protection against such diseases.

The theoretical part of the paper addresses history of dermatovenerology both worldwide and in the Czech Republic. The following section provides a list of five common venereal diseases, a nurse's point of view as well as information on protection against STI (Sexually Transmitted Infections).

The practical part provides a summary and evaluation of the research results. In the conclusion, increase and improvement of the young generation's awareness in this area is recommended.

## ÚVOD

Pohlavní choroby, resp. nemoci (dále PN), jsou staré jako lidstvo samo. Zabývá se jimi obor venerologie. V současnosti, při poznání etiologie mnohých nemocí, se spíše uvádí název sexuálně přenosné nemoci (STD – Sexually transmitted diseases, nebo STI – infections). Jejich výskyt byl vždy odrazem velkých hospodářsko – společenských změn. K šíření PN zpravidla docházelo v období válek a hospodářského úpadku, hlavně ve velkoměstech a průmyslových aglomeracích. V současnosti mají na nárůstu PN podíl především promiskuita, alkoholismus, prostituce a užívání drog. V dnešní době bývá závažnost pohlavních chorob podceňována, ačkoli přibližně od roku 2006 statistické údaje svědčí zvyšování jejich počtu. Klasické pohlavní choroby přestaly být hrozbou jakou kdysi bývaly, především díky zavedení antibiotik, i když některé formy STI (syfilis, kapavka, lymfogranuloma, chlamydiové infekce) jsou svým průběhem nebo kvůli komplikacím velmi závažné, a zejména to platí o život ohrožující HIV/AIDS infekci. Setkáváme se i s dalšími příčinami jako je nevhodná propagace sexu v médiích, pokles výchovného vlivu rodiny, úpadek náboženství a další vlivy. Na vině je i nárůst případů onemocnění způsobený běženci, přistěhovalci a cizinci, u nás především z některých států bývalého Sovětského svazu (Ukrajina, Bělorusko, Moldavsko). Přistěhovalci jsou infikováni některou z nemocí, ve své zemi již léčbu prodělali, často nedostatečnou. Mnohdy bývá jejich nevyлéčená nebo neléčená infekce odhalena až v rámci depistáže (aktivní vyhledávání kontaktů nemocného), např. při zahájení terapie jejich partnerky, u které se při těhotenském screeningu zjistí infekce některou z pohlavních nemocí. Také ohlašování PN v těchto zemích funguje nedostatečně, či vůbec a navíc mnoho nemocných ani nemá prostředky na své léčení. Zůstávají tedy bez léčby a rozšiřují onemocnění.

V zákonech jsou citovány čtyři pohlavní choroby : kapavka, syfilis, měkký vřed a venerický lymfogranulom. Některé zdroje uvádějí také chorobu granuloma inquinale, jako pátou pohlavní nemoc. V zákoně již uvedena není, přesto je její stručný popis v této bakalářské práci zahrnut.

V našich statistikách jsou od 2.světové války prakticky hlášeny jen syfilis a kapavka. Protože se vlivem současné značné migrace obyvatel začíná objevovat u našich západních sousedů lymphogranuloma venereum, lze očekávat, že se můžeme s tímto onemocněním začít setkávat i u nás, příp. nelze postupem času vyloučit ani výskyt granuloma inquinale.

Cílem této bakalářské práce je zjistit informovanost u mladé populace ve věku od 16 do 35 let o pohlavně přenosných nemocech a zejména ochraně před jejich přenosem. Podle opakovaných výzkumů je právě populace adolescentů a mladých dospělých do 24 let nejrizikovější skupinou pro přenos infekčních chorob.

Lze totiž pozorovat, že masivně prováděná osvětová kampaň časem opadne, dojde k příchodu dalších generací, u kterých se ukáže, že již nejsou dostatečně poučeny. Důležitá je tedy edukace permanentní, nikoli v podobě jednorázové kampaně. Právě na to, jaká je současná situace u mladistvých se snaží předložená práce odpovědět.

První kapitola teoretické části se stručně zabývá historií pohlavních onemocnění a rovněž vývojem dermatovenerologie u nás. Náplní druhé a nejobsáhlejší kapitoly jsou samy pohlavní nemoci. V práci je rozebrána pouze pětice pohlavních chorob, nikoli všechny pohlavně přenosné choroby. V další kapitole je nastíněn pohled zdravotní sestry na venerologického pacienta a její role v péči o něj. Následuje část praktická, výsledky výzkumného šetření vyjádřené v grafech, diskuse k práci a závěr, kde jsou stručně zhodnoceny výsledky práce a uvedena doporučení.

Toto téma jsem zvolila, protože v mojí rodině je hodně členů do 25 let a zajímalo mě, jak jsou vzdělaní v této oblasti, odkud čerpají informace a zda je vůbec problematika pohlavních nemocí zajímavá. Motivací pro mě bylo i zjištění nedostatku informací o STI u mých vrstevníků, ať už se zdravotnickým vzděláním či bez něj.

Dalším důvodem je můj osobní zájem o toto téma, problematice pohlavních chorob bych se chtěla věnovat i v budoucnu.

Při psaní práce jsem vycházela z předpokladu, že lidé se všeobecně o pohlavní choroby příliš nezajímají. Berou je jako něco nemravného, týkajícího se prostitutek a žijí v představě, že byly u nás již vymýceny. Mlhavé znalosti mají lidé především o AIDS, slyšeli o syfilis, kapavce a občas o chlamydiích. Předpokládám, že informovanost je menší u lidí s nižším vzděláním, absolventů učilišť a základních škol a naopak mezi středoškoláky a vysokoškoláky je vzdělanost v prevenci STI na vyšší úrovni.

Pracuji na dermatovenerologické klinice, a tak jsem měla již možnost setkat se nemocnými příjící. Překvapil mě především poměrně nízký věk pacientů s tímto onemocněním. Několik hospitalizovaných byli homosexuální muži. Jeden z nich se s námi dokonce podělil o zážitky z pražských klubů. Je až neuvěřitelné, jak hazardním způsobem lidé zacházejí se svým zdravím.

Právě tato zkušenost mě utvrdila v názoru, že mladí lidé berou otázku pohlavních nemocí na lehkou váhu a nedostatek informací o průběhu - a zejména následcích - těchto onemocnění je nenutí se před nimi adekvátně chránit. Ráda bych touto prací přispěla ke zlepšení sexuální výchovy u budoucí generace.

Výstupem by mělo být doporučení, jak zlepšit ochranu před STI zejména u lidí mladších 19 let, kteří s pohlavním životem začínají.

# 1 HISTORIE

Kapitola historie shrnuje vývoj diagnostiky a terapie STI ve světě i u nás. Mnoho českých lékařů dosáhlo světového uznání díky novým poznatkům a moderním postupům v oblasti venerologie.

## 1.1 Historie dermatovenerologie ve světě

Pokud budeme vycházet spíše z popisu nemocí a ne jejich názvu, pak podle příznaků a průběhu onemocnění lze zaznamenat výskyt pohlavních chorob již v dávných dobách. Např. v Číně v roce 2736 před.n.l. léčili rtutí vředy připomínající projevy syfilis, v Egyptě byly popisovány vředy odpovídající venerickému lymfogranulomu. V oblasti Blízkého východu rovněž věděli, že výtok z uretry se přenáší sexuálním stykem. Rituální obřízka měla zřejmě důvod hygienický a epidemiologický. Taktéž ve starém Řecku se Hippokrates a Galenos zmiňují o pohlavních nemocech. Ačkoli jejich záznamy jsou nejasné a nepřesné, Galenos jako první použil slova gonorrhoea. Ve středověku se medicína rozvíjela především v islámské oblasti, ale vlivem ortodoxního křesťanství bylo lékařům ve vědeckém rozvoji bráněno.

Stále nedořešené jsou spory o existenci syfilis v Evropě před objevením Ameriky roku 1492. Zastánci této teorie poukazují na různé znaky choroby na dochovaných obrazech a sochách (např. Sokratův sedlovitý nos). Roku 1907 bylo vědci Nubii vyšetřeno 20 000 koster, ale podezřelé byly jen tři a ani náš vědec Aleš Hrdlička, jenž v Americe zkoumal indiánské hroby z předkolumbijské doby, na kostrách známky syfilis nenašel.

V roce 1495 císař Maxmilián vydal edikt, kde oznámil šíření nemoci „Variola grossa siva francicum“. Nemoc se šířila ze Španělska, prudší a hojnější byla v zemích, odkud pocházeli žoldnéři, a postupovala stále na východ. V roce 1499 byla zaznamenána v Praze.

Až po roce 1837 přišly objektivní a seriózní vědecké objevy. Roku 1879 ve Vratislavi určil Albert Neisser gonokoka, původce kapavky, 1882 McLeod popsal granuloma venereum, 1889 Ducrey původce ulcus molle, 1905 Schaudinn a Hoffmann objevili Spirochaete pallida a Nicolas Favre roku 1913 popsal lymphogranuloma venereum. Historicky slavnými se staly Bordet-Gengouovy metody z roku 1898, na jejichž principu vytvořil v roce 1906 Wassermann reakci, označovanou jako BWR

(Bordet-Wassermannova reakce), s antigenem z jater dětí zemřelých na syfilis. Roku 1948 se závažným objevem stala specifická, vysoce pozitivní reakce Nelsonova (TPI test-Treponema pallidum imobilizační test), od níž se pak odvíjela celá škála moderních, velmi citlivých metod.

Zajímavá je také historie léčebných postupů. Zprvu byly málo účinné, např. guajakové dřevo a rtuť. V 19. století se s oblibou podával jód per os nebo v injekcích. Ehrlich a Hata objevili v roce 1906 arsenobenzoly – Salvarsan a Neosalvarsan, používané ještě za 2. světové války. Od roku 1921 se syfilis léčil také vizmutem (Alubi). U lymfogranulomu se osvědčil antimon.

Zvratem v léčbě byl objev penicilinu (Alexander Fleming, 1928), který se do praxe dostal roku 1940 a v roce 1943 byl Mahoneyem vyzkoušen při léčbě syfilis. U nás se začal rychle používat po 2. světové válce. To mělo za následek trvalý pokles výskytu pohlavních nemocí u nás i ve světě až do 60.let minulého století. Od té doby počet nových případů ročně opět pozvolna roste. (Resl, 1994)

## **1.2 Historie české dermatovenerologie**

Novověká, na kožní choroby zaměřená dermatologie, vděčí za svůj vznik Ferdinandu Hebrovi, rodáku z Brna. Díky materiálům mimořádného profesora patologické pitvy Karla Rokytanského, jenž působil ve Vídni, vytvořil patologickoanatomický systém kožních nemocí. Hebra byl velmi podporován Rokytanským a také Josefem Škodou, plzeňským rodákem, který byl primářem interního oddělení vídeňské nemocnice od roku 1841. Hebrovi se podařilo vytvořit přehlednou systematiku a vyzdvihnout důležitost oboru dermatologie, který byl mnohými přehlížen a nedoceňován.

Název dermatovenerologie vznikl již před rokem 1848, jelikož lékaři a léčitelé přijíci pokládali za nejdůležitější kožní příznaky a jejich léčbu. Tehdy se začalo formovat učení o chorobách venerických a posléze o dermatologických.

Předchůdcem kliniky na pražské lékařské fakultě bylo oddělení pro nemoci příjící, které vzniklo při Všeobecné nemocnici v Praze. Primářem oddělení se stal Alois Kraus (1791-1847). Který od roku 1841 přednášel na svém oddělení o syfilitických nemocech a chronických vyrážkách a přednášky doplňoval demonstracemi pacientů.

Po Krausově smrti 3.1.1847 (den před udělením titulu mimořádného profesora) byl habilitován jeho nástupce Johan Waller. Na tehdejší dobu publikoval



o příjici pozorování zásadního významu. V roce 1848 vyvrátil tvrzení, že příjice a kapavka mají stejného původce a zavrhl také tvrzení, že kapavčitá nákaza vede ke vzniku sekundární příjice. Waller se věnoval přednáškám z všeobecné patologie a terapie, spojené s farmakologií. Roku 1859 navždy odešel ze svého oddělení a na jeho místo nastoupil Josef Čejka. Do roku 1862 připojil Čejka kožní oddělení.

Po opakovaných nemocech však roku 1863 zemřel a na jeho místo nastoupil Vilém Petters, rodák z Blatné (1826-1875). Naléhal na zřízení dvou klinik, ale k tomu došlo až roku 1883. (Jirásková, 2004a).

Přednostou oddělení se stal roku 1876 Vilém Weiss. Byl docentem chirurgie, urologie a venerologie. Weiss v roce 1882 předal vedení oddělení Vítězslavu Janovskému (1847-1925).

O rok později, tedy 1883, se stal Janovský přednostou znovu aktivované České kliniky pro choroby kožní a pohlavní na Karlově univerzitě. Německá kožní klinika, která běžela současně s českou, byla až do roku 1906 řízena F.J.Pickem a poté K. Kreibichem (1869-1932).

Po rozdělení pražské lékařské fakulty na českou a německou byla 15.10.1883 slavnostně zahájena výuka na české lékařské fakultě.

Janovský je nejvíce znám jako zakladatel české školy oboru chorob kožních a pohlavních, byl autorem první učebnice venerologie a měl kladný přístup ke vzdělávání žen. Přednášel na ošetrovatelských kurzech a byl jedním z prvních, kteří přijímali ženy-studentky. Spolu s prof. Šambergerem založili Československou vědeckou společnost dermatovenerologickou (30.12.1922, byl jejím prvním prezidentem) a Československou společnost pro potlačování chorob pohlavních. Záhy vznikl časopis Československá dermatologie, kde několik let pracoval jako redaktor. Byl rektorem a později prorektorem University Karlovy v Praze. Ironií osudu zemřel na erysipel dolní končetiny s celkovou sepsí.

Jeho nástupcem se stal říjnu 1918 František Šamberger, jeden z jeho asistentů. Šamberger prosadil stavbu nového křídla a postupně vznikl nově vybavený ústav. Publikoval atlas chorob kožních a pohlavních, který byl svého času mezinárodně uznávaným a nejlepším dílem svého druhu. Vychoval celou řadu svých žáků a následovníků, např. prof. K. Gawalowski, prof. K. Hübschmann, doc. K. Procházka a další. (Jirásková, 2004b)

V září 1939 se přednostou dermatologické kliniky stal prof. Karel Gawalowski. V letech 1935-1939 pracoval jako ordinář kožního oddělení polikliniky.

Během tohoto období vychoval řadu výborných asistentů, kterými byli pozdější přednosta Dermatovenerologické kliniky v Plzni prof. Vlastimil Resl, přednosta dermatologické kliniky hygienické fakulty v Praze prof. Konopík a primář Kvičera, který bojoval společně s Gawalowským proti pohlavním chorobám. Prof. Gawalowski vydal roku 1931 učebnici o světloléčbě kožních chorob; byla první učebnicí tohoto druhu v Evropě. Ve své práci se zabýval bojem proti pohlavním nemocem jak na domácí půdě, tak i na poli mezinárodním. Byl autorem 3 učebnic a více jak 130 vědeckých prací v tuzemských i zahraničních časopisech. Klinikou vedl až do roku 1960, kdy ji převzal prof. Jan Konopík.

Po válce roku 1945 se stal vedoucím nově zřízené II. dermatovenerologické kliniky Fakulty všeobecného lékařství Karel Hübschmann (1890-1981). Sepsal učebnici dermatovenerologie pro ošetřovatelky a od druhého ročníku byl hlavním redaktorem časopisu Česko-slovenské dermatologie. Jeho učebnice o moderní léčbě příjice z roku 1930 ho postavila do čela protivenerického boje u nás a jeho dílo zůstalo téměř po 15 let, až do nástupu penicilinu základem pro léčbu venerických chorob. Působil jako předseda Čsl. dermatovenerologické společnosti v letech 1942-1951. Zúčastnil se vypracování novelizace zákona o potlačování pohlavních chorob. Řadil i mezi velmi dobré znalce umění, zejména malířství. Byl posledním z generace profesorů, která formovala čsl. dermatologii od vzniku Československé republiky po 1. světové válce. Na jeho klinice vyrostla řada pozdějších přednostů pražských klinik, doc. Swank, prof. Trapl, prof. Štáva, prof. Jirásek a další odborníci. Žezlo po prof. Hübschmannovi převzal v roce 1965 na tři roky prof. Jan Obrtel.

Prof. Gawalowski a prof. Hübschmann, přednostové I. a II. dermatovenerologické kliniky Fakulty všeobecného lékařství University Karlovy v Praze, odešli do důchodu shodně v 70. letech.

Z ekonomických důvodů byly obě kožní kliniky v listopadu 1997 sloučeny v jednu Dermatovenerologickou kliniku 1. Lékařské fakulty University Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice pod vedením prof. Františka Vosmíka. V roce 2001 se přednostou již sjednocené Dermatovenerologické kliniky 1. LF UK a VFN stal prof. Jiří Štokr.

Po II. světové válce vznikla v bývalém Československu další univerzitní pracoviště – 1945 FN Lékařské fakulty UK v Plzni (prof. Vlastimil Resl), v Hradci Králové (prof. Břetislav Janoušek), 1946 Univerzita Palackého v Olomouci (prof. Gustav Lejhanec), 1952 Dermatologická klinika Lékařské fakulty brněnské university

(prof. Antonín Trýb). Nejmladším univerzitním městem tehdy bylo město Košice, kde vznikla univerzita v roce 1959 a tím i kožní klinika pod vedením prof. Eugena Malého.

Prof. Václav Tomášek (1893 - 1962) byl přední osobností československé lékařské mikrobiologie, zabýval se hlavně sérologickou diagnostikou syfilidy. Prof. Leopold Pospíšil (1925 - 2005) pracoval pod vedením prof. Tomáška na Mikrobiologickém ústavu Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně. Poté na I.dermatovenerologické klinice prof. Trýba vybudoval, a do roku 1990 vedl mikrobiologickou a sérologickou laboratoř orientovanou také na diagnostiku sexuálně přenosných infekcí. Pokračovatelem prof. Trýba se stal prof. Jaroslav Horáček (1914-1991), dále vedení kliniky převzal prof. Jiří Záhejský (1930), jehož hlavními zájmy se staly, vedle dětské dermatologie, studium fyziologie kůže a problematika venerologie. Vedl sesterský IPVZ (Institut pro další vzdělávání ve zdravotnictví) a školil depistážní sestry.

V roce 1989 byla zřízena II. dermatovenerologická klinika lékařské fakulty Masarykovy university v Brně a jejím přednostou se stal prof. Zdeněk Vlašín (1930). (Jirásková, 2004c)

## 2 POHLAVNÍ NEMOCI

Řadu let se obor venerologie zabýval pouze klasickými pohlavními chorobami. Jelikož choroboplodný zárodek nemusí nutně vždy vyvolat sérii příznaků onemocnění a nakažený jedinec se tak stane přenašečem, začal se používat termín „pohlavně přenosné nákazy“. Pod tento širší název spadají tedy i bezpříznakoví nosiči onemocnění. V praxi jsou používány nejčastěji anglické zkratky STD a STI. Pro všechna onemocnění této skupiny je společná nejčastější cesta přenosu, což je pohlavní styk. Nepřímé cesty přenosu jsou málo pravděpodobné vzhledem k citlivosti patogenů k vlivům zevního prostředí. Co se týče původců onemocnění, klinických příznaků a průběhu, jedná se o nemoci zcela odlišné. Pod obor dermatovenerologie spadají zejména díky syfilidě, v jejímž průběhu jakéhokoli stadia jsou pestré kožní projevy.

Klasické pohlavní nemoci jsou přesně definované zákonem a podléhají zvláštním předpisům a nařízením. Řadíme mezi ně kapavku (gonorrhoea), syfilis (lues, příjice), měkký vřed (ulcus molle), granuloma inuinale (donovanóza, donovanosis) a venerický lymfgranulom (lymphogranuloma venereum, inuinale). V České republice se nejvíce vyskytuje kapavka a syfilis. Během posledních několika let se však začaly u našich západních sousedů objevovat i případy venerického lymfgranulomu, nemoci dříve typické pro oblast tropů.

Mezi STI v současné době patří více než 30 etiologických agens, které lze zařadit mezi houby, členovce, červy, prvoky, spirochety, bakterie, mykoplazmata a ureaplazmata, chlamydie a viry.

Zvláštní postavení mezi STI zaujímá HIV/AIDS. Jeho závažnost je natolik velká, že se záchytem, evidencí, vyšetřováním, prevencí, léčbou a organizací boje zabývá široký kolektiv odborníků z oblasti infektologie a epidemiologie, mezi něž patří i dermatovenerologové. (Resl, 2002, Göpfertová, 2002)

Mnoho studií rovněž potvrzuje vzájemnou interakci mezi HIV/AIDS infekcí a STI. STI mohou zvyšovat infekčnost nosiče nákazy a stejně tak vnímavost osoby, která je infekci vystavena. Např. probíhající chlamydiová infekce či přítomnost *Treponema pallidum* urychlují replikaci viru HIV. Syfilis a další erosivně ulcerativní STI zvyšují možnost přenosu HIV porušením slizniční bariéry a zvyšují kumulaci CD4+ T lymfocytů vnímavých na infekci HIV. Preventivní opatření proti STI jsou tedy

zároveň intervencí proti přenosu HIV infekce. Riziko přenosu u zánětlivých STI je zhruba pětinasobné a u ulcerativních STI až dvacetinasobné.

Obraz HIV-infekce se během posledních 15 let zavedením antiretrovirové kombinované terapie značně změnil a příznaky kožní se staly významným monitorem stavu imunity HIV pozitivních pacientů.. Antiretrovirová terapie se nepřetržitě progresivně vyvíjí. Téměř jednou ročně jsou uváděny a povolovány nové léky s lepším působením, jednodušším užíváním, s menšími vedlejšími účinky. Včasná diagnóza je počátkem a klíčem pro optimální terapii. (Kuklová, 2009)

Problémy spojené s pohlavními nemocemi nejsou jen záležitostí lékařů, ale i věcí společenskou, resp. politickou. K řešení těchto otázek je třeba komplexního a vědeckého přístupu. Po 2. světové válce proběhla v Československu světově ojedinělá akce PN v letech 1950-1951, během níž byli vyšetřeni sérologicky na syfilis obyvatelé mezi 15 a 40 lety. Byla tak odhalena většina případů a došlo k úplné redukci čerstvých onemocnění. Do roku 1957 se projevil pokles PN. Od té doby však docházelo k postupnému nárůstu, ale nikdy nedosáhly počty onemocnění situace těsně po válce. V současnosti dochází zejména k nárůstu případů syfilis a onemocnění chlamydiemi. Nepřímo se zvyšují i počty nakažených kapavkou, ale statisticky jsou údaje nižší, neboť se nedůsledně hlásí a nemocní se léčí sami. (Resl, 2002)

## **2.1 Chování v dospívání**

Zneklidňující je přesun nemocnosti do nižších věkových skupin, u mužů 20-24 let a u žen 15-19 let.

Významným rizikovým faktorem je nezralost pohlavního systému u dívek, kde je přítomna fyziologická ektopie cylindrického epitelu děložního hrdla a sliznice je tak vnímavější k přenosu nákazy. S předčasným zahájením pohlavního života před 17.-19. rokem života se současně zvyšuje pozdější riziko vzniku karcinomu děložního hrdla.

U dnešní mládeže vznikají pocity nepochopení mezi generacemi, a proto se těžiště problémů přesunuje z oblasti zdravotní do oblasti sociální a výchovné. Zejména mladé dívky mají sklony k promiskuitě, aby se vyrovnaly ostatním. K větší promiskuitě vede i nadužívání alkoholu a drog, podceňování nákazy a nebezpečnosti PN, snadná antikoncepce. U mužů narůstá počet homosexuálních styků z důvodu nemožnosti otěhotnění a dosažitelnosti styku.

Nemalý vliv na šíření PN má prostituce. Nemocnost u této části populace je 50-100x vyšší a počet protituuujících spíše narůstá. Za socialismu nebyla právně řešena,

postihována byla jako příživnictví. Předpokládalo se, že vymizí s vyřešením sociálních otázek. V současnosti je snaha o úpravu legislativy, která by se týkala PN i prostituce. Ve většině evropských zemí není prostituce povolena, ale je tolerována, se snahou o její regulaci. Po první světové válce se přešlo od zákonů reglementačních (tj. soustředění prostitutek do domů) k zákonům aboličním, zavedlo se povinné léčení, vědomé přenesení nákazy se stalo trestné, zavedla se jednotná evidence a povinnost hlášení PN a zrušily se veřejné domy. Optimální řešení stále neexistuje, prostituci lze evidovat policejním, živnostenským a zdravotnickým způsobem. Neoptimálnější se zdá být přístup zdravotnický, který se setkává s nejmenším odporem a prostitutky se nechávají dobrovolně vyšetřovat.

## **2.2 Obecné podmínky pro přenos STI**

Přenos STI je závislý na vnějších podmínkách. Každý případ je individuální a každý styk nemusí být infekční. Aby k infikování došlo, musejí být přítomny alespoň některé z následujících faktorů :

- množství infekční dávky a virulence agens
- technika pohlavního styku – rizikové praktiky, při heterosexuálním styku jsou ženy obecně vnímavější pro přenos STI
- frekvence pohlavních styků – více styků – větší možnost nákazy
- používání bariérové antikoncepce
- koincidence další STI – viz úvodní kapitola
- nevhodná léčba – samoléčení

(Franěk, 1998, Kašánková, 2000, Resl, 2002)

## **2.3 Rozdělení STI**

Etiologické, dle původce :

- bakteriální
- virové
- parazitární
- mykotické

Dle symptomů :

- vřed na genitálu

- zvětšené uzliny v tříslech – inkuinální lymfadenopatie, inkuinální bubo (bolestivé vs. nebolestivé, unilaterální vs. bilaterální)
- otok skróta
- zánět na glandu – balanitis, zpravidla spojená se zánětem předkožky balanoposthitis
- pálení a řezání při močení s výtokem - uretritis
- bolesti v podbřišku
- konjunktivitis

Dle nejčastější cesty přenosu :

- Infekce šířené téměř výhradně pohlavním stykem patříci ke „klasickým pohlavním nemocem“, které podléhají povinnému hlášení dle stávající legislativy ČR :
  - syfilis (lues), původce *Treponema pallidum*
  - kapavka (gonorrhoea), původce *Neisseria gonorrhoeae*
  - měkký vřed (ulcus molle), původce *Haemophilus ducreyi*
  - lymphogranuloma venereum (čtvrtá pohlavní nemoc), původce *Chlamydia trachomatis* sérotypu L1-L3
  - granuloma inkuinale (pátá pohlavní nemoc), původce *Klebsiella granulomatis*
- Infekce šířené převážně pohlavním stykem :
  - urogenitální chlamydiové infekce (*Chlamydia trachomatis* sérotypu D-K), další nekapavčité bakteriální urogenitální infekce (streptokoky, stafylokoky, enterokoky, gramnegativní aerobní a anaerobní bakterie např. *Gardnerella vaginalis*)
  - infekce vyvolané prvoky (*Trichomonas vaginalis*, *Entamoeba histolytica*, *Giardia lamblia*, *Cryptosporidium*)

- infekce mykotické – urogenitální kandidózy (*Candida albicans* aj.)
- infekce virové (HIV 1,2, herpes simplex virus HSV 1,2, human papilomavirus HPV, virus infekční hepatitidy A,B,C, cytomegalovirus, poxviry)
- infekce ektoparazitární (*Sarcoptes scabiei*, *Pediculus pubis*, *Phthirus pubis* aj.)
- infekce vyvolané L-organismy (*Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*) (Kuklová, 2009, Beneš, 2009)

## 2.4 Kapavka

Původcem kapavky je diplokok *Neisseria gonorrhoeae*, přenášený výhradně pohlavním stykem. Jedná se o nejčastější pohlavní nemoc a riziko přenosu z muže na ženu při jednom pohlavním styku je 80-90 %.

Gonokok je velmi citlivý na vyschnutí, chlad, vzdušný kyslík a světlo. Přesto může dojít k přenosu mycími potřebami, zejména u žen a malých děvčátek, ale jedná se o přenos vzácný. Kontaminace spojivky se děje rukama, u novorozenců pak průchodem porodními cestami.

Gonokoky se usazují především na povrchu sliznic krytých cylindrickým epitelem, dlaždicový je vůči nim značně odolný, a infekce se může projevit vulvovaginitidou jen u malých děvčátek, u gravidních nebo u žen v menopauze, kdy je sliznice pochvy oslabena. Gonokoky napadají sliznici močového ústrojí, oční spojivky, rekta a vzácně sliznici nosu, úst a hrtanu. Krevní cestou mohou vyvolat onemocnění pohybového aparátu, endokardu či oční duhovky. Do objevu antibiotik byla kapavka úporná a těžko léčitelná, dnes však již probíhá zpravidla lehce, krátce a bez komplikací. Častěji nepoznána a neléčena však stále zůstává kapavka u žen, hovoří se o latentním onemocnění, což má významné epidemiologické důsledky.

### 2.4.1 Kapavka ženy

Predilekční lokalizací je močová trubice a kanál děložního hrdla. Po uplynutí inkubační doby 5 - 7 dní se projevuje pálením a řezáním při močení, zarudnutím zevního ústí močové trubice s hnisavou sekrecí z jejího ústí. Potíže ale bývají málo



výrazné a kapavka přechází v chronickou formu. K infekci děložního hrdla dochází přímo při koitu a je provázena hojným, žlutozeleným výtokem. Gonokoky zůstávají lokalizované v děložním hrdle a při menstruaci se mohou šířit vzestupně do dutiny děložní, vejcovodů a na peritoneum (pelveoperitonitis). Vzniká až tzv. adnextumor, jenž se projeví jako akutní příhoda břišní.

Při přechodu do chronicity má za následek neprůchodnost vejcovodů a sterilitu. Výjimečné není ani postižení vestibulární žlázy s tvorbou abscesu, který perforuje do pochvy nebo rekta. Často zůstávají postižené vývody žláz, a stávají se tak trvalým zdrojem infekce a autoinfekce.

#### **2.4.2 Kapavka muže**

Dělíme ji na přední a zadní. Inkubační doba je kratší, 3 – 5 dní. Projevuje se od pocitů šimrání a po bodavou bolest, zejména při močení. Ústí močové trubice je zarudlé a zduřelé, sekrece nejprve hlenovitá, později hnisavá. Hnisavá sekrece ustupuje a projevem může být jen tzv. kapka po ránu s přechodem do chronicity.

Častou komplikací zánětu uretry je zánět žaludu, předkožky a zánětlivá fimóza nebo parafimóza. Přechod do zadní části močové trubice svědčí o překonání zevního svěrače a vzestupu infekce po močových a pohlavních cestách. Mohou být přítomny příznaky s retencí, krvácením, polucemi a bolestivou erekcí. Přestup infekce lze vyšetřit zkouškou dvou sklenic, kdy se nemocný vymočí do dvou špičatých nádob po sobě. Pokud se jedná o přední kapavku, je moč zakalená pouze v první sklenici, jestliže se jedná o zadní kapavku, je moč zkalená v obou sklenicích.

Závažnou komplikací zadní kapavky bývá zánět prostaty a zánět nadvarlete, spojený s postižením chámovodu a semenného provazce. Zánět zpravidla probíhá jednostranně, ale při oboustranném postižení dochází k neplodnosti.

#### **2.4.3 Extragenitální kapavka**

Postižená může být sliznice řitního otvoru, což se projeví pálením a řezáním v konečníku a nucením na stolicí. K přenosu infekce na oční spojivku dnes dochází zřídka, ale pokud ano, má těžký průběh. Dříve zánětem spojivek trpěli novorozenci, kteří se nakazili při porodu. Následoval vřed rohovky, perforace a slepota. Tomu se již od roku 1884 snažíme zabránit kredeizací, vykapáváním spojivkových vaků O-Septonexem nebo O-Framykoinem ihned po porodu. Dříve se užíval 1% roztok argenti-nitrátu, penicilin.

#### **2.4.4 Diagnostika**

Základem je mikroskopické vyšetření s barvením dle Grama (Novyho). Gonokoky se ve 1000x zvětšení jeví jako gramnegativní diplokoky. U muže se odebírá exsudát z močové trubice, u ženy exsudát z děložního hrdla nebo bartolinských žláz. Zejména u žen je nutné provést spolehlivější kultivační vyšetření (umožňuje i stanovení citlivosti na antibiotika) nebo nové vysoce citlivé metody jako Gen-Probe (vysoce citlivá a specifická metoda, rychlý test s DNA sondou, který využívá techniku hybridizace nukleové kyseliny pro detekci *Neisseria gonorrhoeae* v ženských endocervikálních vzorcích a mužských vzorcích uretrálních výtěrů; slouží i pro detekci *Trichomonas vaginalis* a *Chlamydia trachomatis*), PCR (polymerázová řetězová reakce; jedna z metod molekulární biologie, umožňuje mnohonásobné zmnožení určitého úseku DNA i z jejího nepatrného množství; DNA pak může být využita).

#### **2.4.5 Léčba**

Obecně se podávají poměrně vysoké dávky antibiotik po krátkou dobu. Dříve používané vysoké dávky antibiotik penicilinové řady ustupují se vzrůstající rezistencí do pozadí. V současné době se upřednostňují antibiotika makrolidová, chinolinové preparáty, cefalosporiny a další řady antibiotik a chemoterapeutika. U nekomplikovaných forem postačí léčba ambulantní, jinak je vhodná hospitalizace. Důležitá je také sexuální abstinence, fyzický klid a současná léčba všech partnerů. Vhodné je vyšetřit pacienta současně na ostatní STI. Léčbou kapavky se může zaléčit závažnější STI, syfilis.

Kontroly po léčbě se provádějí na základě zákonných doporučení (3 mikroskopická a kultivační vyšetření). První se provádí jeden den po skončení terapie a další v odstupu jednoho týdne, u netěhotné ženy vždy jednou intramenses. Zároveň se provede kontrola sérologie syfilis a po souhlasu pacienta i HIV. Při negativních nálezech se pacienti po 6 -7 měsících vyřazují z dispenzarizace. (Braun-Falco, 2001, Resl, 2002, Rob, 2008)

### **2.5 Syfilis**

Specifický chronický infekční zánět vyvolaný mikroorganismem *Treponema pallidum* subsp. *pallidum*. Projevuje se širokou škálou příznaků, proto je někdy používán název „opice nemocí“ (*simia morborum*). Postihuje různé orgány včetně očí, kůže, centrálního nervového systému a muskuloskeletárního systému. Jméno syfilis

obdržela nemoc již v roce 1530 od veronského básníka Giroloma Fracastora, který napsal báseň „Syphilis sive morbus Gallicus“, i když se název ujal až mnohem později. Původ českého označení příjice pochází od pražského profesora porodnictví A.Jungmana, který název odvodil od bohyně lásky Prije. (Resl, 1994)

Přenos probíhá v 90% pohlavním stykem. Infekčnost je cca 30%. Do dvou let po infekci 10 – 60%. (Zákoucká, 2007) Jiné způsoby přenosu jsou vzácné, ale může dojít k infekci krevní cestou (transfúze), vertikálnímu přenosu z matky na dítě, vzácně dochází k profesionálním vředům lékařů a porodních asistentek či k laboratorním nehodám. Tyto nákazy nazýváme syfilis nevinných (syphilis insontium).

Původce syfilis patří mezi striktně lidská treponemata, nelze je množit na kultivačních půdách. K přechovávání a množení treponemat se tedy stále využívají laboratorní zvířata, zejména králíci, v jejichž varlatech probíhá množení. Nicholsův virulentní kmen *Treponema pallidum* slouží k provádění sérologické vyšetřovací metody – Nelsonova imobilizačního testu. (Göpfertová, 2002)

Syfilis může být získaná nebo vrozená. Získaná syfilis (syphilis aquisita) se dělí na časnou a pozdní.

### 2.5.1 Časná syfilis (syphilis recens)

Probíhá do dvou let od nákazy. V prvním stádiu (**syphilis primaria**) proniká původce do poškozené i zdravé tkáně. Nejsou patrné žádné klinické příznaky a rovněž séroreakce jsou negativní. Za tři týdny po nákaze se v místě vstupu infekce do těla vytváří červená skvrna, která se postupně rozpadá a vzniká tvrdý vřed (ulcus durum), který má průměr do jednoho centimetru, mokvavý povrch a ostré okraje. Velmi často je lokalizován na zevních rodidlech, v anální oblasti, na penisu, případně v oblasti dutiny ústní. Po 4-5 dnech se začínají zvětšovat nejprve regionální mízní uzliny a později následuje zduření všech uzlin. Zduření nebývá bolestivé a může přetrvávat i několik měsíců. V tomto období je syfilis přenosná pohlavním stykem a přímým kontaktem.

Tvrdý vřed se vyhojí za 1-8 týdnů i bez léčby, ale onemocnění přechází do druhého stadia. **Syphilis secundaria** - přibližně za devět týdnů od nákazy se onemocnění generalizuje-dochází k diseminaci treponemat v organismu. Séroreakce jsou již všechny pozitivní. Nemocní mohou pociťovat celkové potíže jako bolesti hlavy, únavu, horečku, bolesti kloubů a svalů. Objevuje se kožní exantém tzv. syfilitická rozeola. Jedná se o skvrnky do 1cm v průměru, tlumeně růžové barvy, které nemocný snadno přehlédne. Rozeola sama zmizí do 1-2 měsíců, někdy s pigmentovými změnami.

V oblasti postranních partií krku jsou nazývány Venušíným náhrdelníkem. V dutině ústní dochází k zarudnutí hrdla či oválným erodovaným papulám (syphilis mucosae oris). Na genitálu, kolem konečníku a v místech vlhké zapáčky se vyskytují vyvýšené ploché výrůstky nasládlého zápachu, tzv. široká condylomata (condylomata lata). Všechny tyto projevy jsou silně infekční. Kštice bývá prořídla s pasekovitými lysinami. Zřídka lze zaznamenat zánět okostice. Postižení se nevyhýbá ani ledvinám, játrům, kloubům a nervovému systému.

### 2.5.2 Latentní syfilis

Bezpříznakové období sekundární syfilis do dvou let po infekci (syphilis sekundaria latens) přechází do bezpříznakové syphilis latens, která se řadí do pozdního neinfekčního období. I bez léčby séropozitivita slábne a může dojít až séronegativitě. Pozitivní ale zůstávají specifické reakce. Období latence může trvat 5, 10, 15 i více let. Touto fází onemocnění může končit, nebo přejít do fáze pozdní příznakové syphilis.

### 2.5.3 Pozdní symptomatická syphilis

Toto stadium lze rozdělit na tři podskupiny:

- benigní syphilis 3. stadia
- kardiovaskulární
- neurosyphilis.

**Benigní pozdní syphilis** se projevuje vznikem specifických granulomů – gummat. U neléčené syphilis se vyskytují cca v 16 % případů, dnes ovšem již vzácně. Postižena bývá nejvíce kůže a kosti, vzácněji i jiné orgány. Gummata na nosních kostech a tvářích vedou k deformacím obličeje.

**Kardiovaskulární syphilis** nastává asi v 10 % neléčené infekce, zhruba 5 – 15 let po nákaze. Nejmírnější formou je nekomplikovaný zánět ascendentní aorty. Při výraznějším postižení ale dochází ke vzniku aneurysmatu, jenž může být příčinou náhlého úmrtí. Zánět může postihnout také koronární tepny nebo aortální chlopeč a způsobit její nedostatečnost.

**Neurosyphilis** nastává asi v 6-7 % nemocných. Stanovení diagnózy je obtížné, protože nemoc napodobuje různá onemocnění CNS. Z tohoto důvodu je vyšetřován mozkomíšni mok u všech případů syphilis, zejména po prvním stadiu. Asymptomatické postižení se projevuje abnormalitami v mozkomíšním moku bez klinických projevů. Pokud se zvýší nitrolební tlak a objeví se neurologické potíže, jedná se

o meningovaskulární postižení plen a cév. Při onemocnění míchy dochází k poruchám až ztrátě citlivosti trupu a končetin. Tkáňové (parenchymatózní) postižení nastává při degeneraci nervových buněk a vláken. Rozlišujeme dva typy : progresivní paralýzu a tabes dorsalis. Při **progresivní paralýze** jsou přítomny neurologické a psychiatrické příznaky, přetrvávají živá treponemata v encefalitických ložiscích. **Tabes dorsalis** odpovídá autoimunitní reakci se vznikem jizevnatých ložisek s poruchou hluboké citlivosti a ztrátou šlachových reflexů, treponemata již nejsou přítomna v mozkomíšním moku, přetrvává lehce pozitivní séroreakce v séru.

#### 2.5.4 Vrozená syfilis (*syphilis congenita*)

Syfilitické postižení plodu je velmi těžké, ale dobře léčitelné onemocnění. Přenos z matky na dítě probíhá téměř výhradně přes placentu, zřídka při porodu a výjimečně po narození. Průkaz spirochet je pozitivní již 10. – 12. týden těhotenství, zánětlivé změny se začínají projevovat mezi 16. – 18. týdnem. Riziko přenosu nákazy na plod je tím větší, čím je infekce u matky čerstvější. Znamky onemocnění se projevují zpravidla až několik týdnů po porodu, proto je důležité systematické klinické i sérologické vyšetřování všech novorozenců nemocných a suspektních matek.

Syfilis plodu způsobuje jeho nezralost a předčasný porod (6. – 7. měsíc), případně odumření plodu v děloze. Při sonografickém vyšetření lze nalézt ztlustělou placentu.

**Časná vrozená syfilis** (*syphilis congenita recens*) je patrná na dítěti hned po porodu nebo v nejbližších týdnech po něm. Děti jsou atrofické a anemické, s širokou paletou kožních projevů. Velmi často lze nalézt hepatosplenomegalii. Typická je chronická rýma, nejprve serózní až krvavá. Způsobuje eroze kolem nosu a nad horním rtem, sekrece je bohatá na treponemata a tudíž silně nakažlivá. Stejně tak tekutina obsažená v bulách tvořících se na dlaních a chodidlech. Mohou se tvořit plošné infiltráty s napjatou, matně lesklou, hnědě červenou kůží na patách („lakové patičky“) nebo v okolí úst, kde se později tvoří praskliny a jizvy (Parrotovy jizvy). Na rentgenových snímcích lze zjistit změny na kostech. Postiženy bývají dlouhé kosti na rozhraní epifýz a diafýz. Změny jsou silně bolestivé a končí nepohyblivostí končetiny (Parrotova pseudoparalýza). Na lebce je znatelný hydrocefalus. Většina dětí s neléčenou kongenitální syfilis umírá do jednoho roku, pokud přežijí jsou často debilní, kachektické a anemické.

**Pozdní vrozená syfilis** (syphilis congenita tarda) se objevuje nejdříve 2 roky po porodu, nejčastěji v období puberty, popř. až v dospělosti. Častým příznakem bývá tzv. Hutchinsonova trias – Hutchinsonovy zuby (soudkovité horní střední řezáky), hluboký zánět rohovky se zakalením a sníženou zrakovou ostrotí, vestibulární hluchota, která bývá úplná a léčbou těžko ovlivnitelná. Některé příznaky mohou chybět. Typické jsou změny na kostech. Přítomny jsou deformity lebky („olympské čelo“ – výrazné vyklenutí dopředu), sedlovitý nos jako následek destrukce nosních kostí, perforace tvrdého patra nebo jeho deformace („gotické patro“), zduření sternálního konce klíční kosti a šavlovité tibie (konvexní směrem dopředu). Kongenitální syfilis může být také zcela bezpříznaková u lidí jinak zdravých a inteligentních, kteří se dožívají normálního věku.

### 2.5.5 Diagnostika

Diagnózu syfilis je možné stanovit přímou metodou, průkazem Treponem v tkáňovém moku, získaném ze spodiny tvrdého vředu v 1. a 2. stadiu nemoci, popř. ze zduřelých uzlin. Získaný mok se vyšetřuje pomocí speciálního mikroskopu v temném poli (v zástínu). Při prokazování může pomoci přímá a nepřímá imunofluorescence. Metoda je to náročná a někdy se musí odběr několikrát opakovat. Dále pak PCR a real time PCR.

Nepřímou metodou je vyšetření séra. Zde prokazujeme nespecifické a specifické protilátky. K nespecifickým řadíme RRR a VDRL test, klasická BWR se již neprovádí. K průkazu specifických protilátek se využívá testů TPHA, FTA-ABS a TPI, popř. SPHA. Průkaz treponemových protilátek IgM je vhodný zejména při zjišťování časných nálezů, využívá se také při testování dětí syfilitických matek. Jejich přítomnost svědčí o nákaze novorozence, ovšem jejich nepřítomnost, ale pozitivita ostatních séroreakcí ukazuje na pasivní přenos protilátek z těla matky. K průkazu těchto protilátek slouží testy SPHA a FTA-ABS IgM. Vyšetřování mozkomíšního moku se provádí při podezření na neurosyfilis a při vyřazování nemocného z evidence. Hodnotí se jeho barva, tlak, cytologie, globulinové a koloidní reakce (z křivek lze určit meningitické, paralytické, cerebrospinální postižení) a specifické a nespecifické protilátky proti syfilis.

Falešně pozitivní reakce RRR a VDRL může být u infekční mononukleózy, hepatitidy, malárie, toxoplazmózy, tuberkulózy aj. v jejich průběhu, v rekonvalescenci však mizí. Někdy je přítomna během těhotenství nebo po vakcinaci. Chronickou

pozitivitu lze nalézt po řadu měsíců až let u autoimunitních onemocnění (kolagenózy), dysproteinémií, sklerodermií aj.

### **2.5.6 Léčba**

Lékem první volby zůstává stále penicilin. Nejčastěji je využíván P-PNC, v dávce 1,5 MIU jedenkrát denně po dobu 14 dní u časně syfilis. U latentní formy se léčba prodlužuje na 15-20 dní, někdy i déle. U neurosyfilis se uplatňuje léčba K-PNC 5 MIU 4 x denně v infúzích taktéž po dobu 14 dní. Při počáteční fázi léčby je doporučena hospitalizace, jednak z důvodu možné alergické reakce na penicilin a také z důvodu možného vzniku Jarisch-Herxheimerovy reakci, která je navozena zaplavením organismu rozpadovými produkty odumřelých treponemat. Tato reakce může být provázena zimnicí, třesavkou, horečkou, bolestmi kloubů, svalů a alterací celkového stavu. Jsou popisovány i smrtelné případy, zejména u aortitidy, kdy došlo k rupturám. Této nepříjemné reakci lze předejít či ji zmírnit podáním kortikoidů celkově buď intramuskulárně nebo intravenózně před aplikací první dávky penicilinu. Na závěr léčby je aplikován Pendepon. Při alergii na PNC lze k léčbě použít doxycyklin, tetracyklin, u těhotných spiramycin. Z důvodu prevence vrozené syfilis je každá žena sérologicky testována v 1. a 2. polovině těhotenství. Ženy, které byly již léčeny, se v 1. a 2. polovině těhotenství, konkrétně ve 12.–14. týdnu a ve 28.–30. týdnu, přeléčují. (Resl, 1994, Jirásková, 2003, Štork, 2008)

## **2.6 Měkký vřed**

V našich krajích poměrně vzácné onemocnění vyvolané *Haemophilus ducreyi*. Vyskytuje se spíše v tropech a subtropích nebo přístavních městech. Onemocnění se projevuje spíše u mužů, ženy bývají bacilonosičkami. V místě vstupu mikrobů se za 3 – 5 dní po nákaze objevuje papula až pustula rozpadající se v silně bolestivý měkký vřed s navalitými, podminovanými okraji a nerovnou spodinou, která silně krvácí při dotyku. Vředy mohou být vícečetné a v těžších případech nekrotizují. Někdy lze zaměnit s *ulcus durum*, proto se každý vřed testuje v zástinu i sérologicky. Vřed při velikosti fazole již dále neroste a hojí se jizvou. Není-li včas vyléčen, zasahuje regionální lymfatické uzliny, které zduří. Uzliny postupně srůstají s kůží a vznikají píštěle, z nichž vytéká hnis s příměsí krve. Dutiny postupně vygranulují a hojí se vtaženou jizvou. Proces vede k výraznému zohyždění nemocného.

### 2.6.1 Diagnostika

Diagnózu stanovujeme mikroskopicky s barvením dle Grama, kultivačně a PCR (multiplexní). Haemophila lze prokázat mikroskopicky, z hnisu odebraného z podmínovaných okrajů vředu.

### 2.6.2 Léčba

Antibiotika či kotrimoxazol. (Resl, 1994, Jirásková, 2003)

## 2.7 Čtvrtá nemoc (lymphogranuloma venereum, morbus Nicolas-Favre-Durand)

Pohlavně přenosné onemocnění vyvolané Chlamydia trachomatis sérotyp L1-3. Jedná se o intracelulárního parazita, který se množí uvnitř buňky. Před rokem 2003 bylo onemocnění lymphogranuloma venereum (dále LGV) považováno za chorobu vyskytující se pouze v tropech a subtropích a jen zřídka v Evropě. Zavlečena bývala z východní Asie a Afriky. V posledních letech však dochází k velkému epidemickému nárůstu tohoto onemocnění, zejména mezi homosexuály ve velkoměstech Nizozemí, Velké Británie, Francie a Německa, k šíření dochází také do dalších zemí v Evropě, Severní Americe a Austrálii. Častá bývá koinkidence s dalšími STI – nejčastěji HIV, hepatitis C a syfilis. V naší republice nebyl hlášen žádný případ LGV od 2. světové války. O posledních případech pojednává Hübschmann v letech 1932 a 1941. Toto onemocnění se vyučuje na lékařských fakultách v rámci diferenciální diagnostiky, praktickou zkušenost s ním nemají ani starší lékaři. Z toho důvodu není v dostatečné úrovni ani laboratorní diagnostika, proto se musel materiál až do nedávné doby posílat k vyšetření do zahraničí.

Při klasickém průběhu vzniká během inkubace 14 (3-30) dní první stadium s malou nebolestivou papulovezikulou na genitálu. Ta se rozpadne v malý vřídek, jež se rychle zhojí. U žen se tvoří primární léze na vulvě, ve vagíně či na cervixu, ale často uniknou pozornosti. Za jeden až několik týdnů následuje druhé stádium, kdy dochází ke zduření spádových lymfatických uzlin s tvorbou abscesů a píštělí s hnisavým výtokem - hojí se vtaženou jizvou (klimatické bubo). U žen a u infekce rekta mužů jsou postiženy uzliny pararektální, intraabdominální a paraaortální. U mužů se v průběhu lymfatických cév penisu tvoří abscesy (bubonuli). Při vzniku orálních lézí následuje submaxilární a krční lymfadenopatie. Mohou být přítomny celkové příznaky (horečka, bolesti hlavy, kloubů, zimnice, třesavka), nespecifické exantémy, popř.



postižení CNS, jater aj. Komplikací může být proktitida, periproktitida až rektální striktura. Ve třetím stadiu dochází vlivem jizvení k chronickému edému až elefantiáze či distorzi penisu (tzv. „saxofonový penis“).

Symptomatologie případů, vyskytujících se v nedávné době v Evropě, se výrazně odlišovala od klasického klinického obrazu. V 99% byli postiženi homosexuální muži. Dominovaly proktokolitidy, v menší míře byly zjištěny inkuinogenitální projevy a byly zaznamenány i asymptomatické infekce.

### **2.7.1 Diagnostika**

K vyšetření se zasílá uretrální nebo endocervikální výtěr, vzorek moči, stěr ze spodiny vředu a aspirát ze zduřelých lymfatických uzlin. Pro přímý průkaz *Ch.trachomatis* jsou používány vysoce citlivé a specifické metody (PCR), případně metody na zjištění chlamydiového antigenu (imunofluorescenční testy, ELISA testy). Sérologická diagnostika je nespolehlivá, zejména u akutních infekcí se bývá většinou negativní. U pozdní infekce může naopak pozitivita upozornit na nutnost provedení přímého průkazu infekce. Imunofluorescenční testy nebo ELISA testy nedokáží rozlišit jednotlivé sérotypy, ale přítomnost protilátek upozorňuje na prodělanou nebo probíhající infekci *Ch.trachomatis*, nejčastěji sérotypů D-K. Při podezření na infekci LGV je nutno nejprve odebrat z postiženého místa materiál na detekci DNA *Ch.trachomatis* metodou PCR. K následné sérotypizaci je možné využít molekulárně-genetické analýzy genů.

### **2.7.2 Léčba**

Na léčbu LGV lze podávat doxycyklin nebo makrolidová ATB. Bubony se punktuji před provalením a striktury se dilatují. (Snake, 2011, Braun-Falco, 2001)

## **2.8 Pátá pohlavní nemoc (granuloma venereum; inkuinale)**

Chronické, mírně nakažlivé onemocnění z tropických krajín, způsobené *Calymmatobacteriem granulomatis* – *Donovania granulomatis*, projevující se ulcerujícími pomalu progredujícími projevy. Postižení jsou zpravidla příslušníci barevných ras. Inkubační doba trvá dny až měsíce (17-50 dní). *Donovanova* tělíska jsou přítomna i ve střevě, může tady dojít k nákaze stolicí nebo při análním styku. Důležitou roli hraje i špatná hygiena. Nemoc začíná na zevních genitáliích jako vezikula nebo pustula a je nebolestivá. Léze pomalu roste a mění se v nehojící se vřed. V okolí

vznikají sekundární léze a splývají s původním vředem. Dochází ke zduření podkožní tkáně za vzniku pseudobubonů, které se rozpadají a mohou vést k znetvoření.

### **2.8.1 Diagnostika**

Mikroskopický průkaz Donovanových tělísek ve vzorku granulační tkáně.

### **2.8.2 Léčba**

K léčbě se využívá streptomycin, doxycyklin, tetracyklin, erytromycin a trimethoprim se sulfamethoxazolem. (Resl, 1994)

### **3 ROLE SESTRY**

Nezastupitelnou roli v péči a o venericky nemocného a v komunikaci s ním, má kromě lékaře také sestra. Je důležitým spolupracovníkem lékaře, asistuje při odběru vzorků a pomáhá získávat od pacienta důležité informace, které se stávají základem pro depistážní šetření.

#### **3.1 Venerický pacient**

Venerický pacient je člověk, který se ať už vlastní vinou, vlivem okolností či zcela nevině dostane na venerologické pracoviště za účelem vyšetření k vyloučení či potvrzení pohlavní nákazy. Důvodem zpravidla bývá zbavit se podezření z onemocnění pohlavní chorobou, nechat se vyšetřit a v případě prokázání nákazy podstoupit adekvátní léčbu.

Mnoho klientů přichází již preventivně kvůli obavám z přenosu nákazy krátce po rizikovém pohlavním styku, jiní po vzniku podezřelých klinických příznaků, někteří až po opakovaných výzvách zaslaných z venerologického pracoviště, na základě depistážního šetření. Další dají na doporučení ostatních lékařů a jsou i tací, kteří se vyšetřit vůbec nedají, ačkoli by měli. Toto rozhodnutí není ovlivněno věkem, národností příslušností ani vzděláním.

U většiny klientů je první návštěva provázena stresem a úzkostí. Bojí se sahat na kliky, nosí si vlastní ručníky jako podložky na gynekologický stůl, schovávají se za černé brýle, či jen po telefonu zjišťují informace a návštěvu velmi zvažují. Stres pramení především ze strachu z možné diagnózy a z pocitu viny ze selhání v partnerském vztahu. Zde je důležité pacienta ujistit, že se nikdo další o jejich diagnóze nedozví.

Reakce pacientů jsou rozmanité, nejčastější je obviňování kohokoli a čehokoli, ale popírání vlastní viny. Tradiční výmluvy bývají, že kapavku lze chytit ze záchodového prkénka, v bazénu, z průvanu či snad od domácího mazlíčka. Rovněž klienti, kteří se živí placenými sexuálními službami, se bojí přiznat svoji činnost. Nikdo není hrdý ani na návštěvy erotických salónů v rámci alkoholových večírků. Jinak počestní a věrní partneři pod nápojem stresu a špatného svědomí často trpí psychosomatickými obtížemi, hypertenzí a končí na interním oddělení (rozvinutá venerofobie). Zpětně pak tito lidé hodnotí pohlavní styk s prostitutkou jako svoje

ponížení a čekání na výsledek venerologického vyšetření je pro ně natolik traumatizujícím zážitkem, že se dalším prohřeškům již zdaleka vyhnou.

Ve snaze o utajení se někteří klienti léčí sami. Lihem a česnekem si vytírají genitální afekce, vypalují je cigaretou, a dokonce byl zaznamenán pokus o provedení obřízky kuchyňským nožem. Jiní mají nedůvěru k antibiotické léčbě, tak užívají homeopatika. Nezřídka se objevuje i preventivní samoléčitelství u prostitutek či pornoherců, často praktikované jejich manažery.

Ne nadarmo se říká, že venerickému pacientovi se nedá důvěřovat. Do poslední chvíle zapírají, dělají z personálu hlupáky, popírají nevěru se záměrem chránit sebe či svého partnera, který se pravděpodobně již také infikoval. Nezodpovědnost je typická vlastnost pro lidi, kteří považují velké množství sexuálních partnerů za hrdinství a rizikový sex bez kondomu je přímo láká a vzrušuje. Je pro ně novým adrenalinovým sportem.

Lehkomyslnému jednání některých klientů nezabrání ani akademický titul. K vyšetření se dostávají inženýři, právníci, ale i lékaři vracející se ze služebních cest. Na rozloučenou s cizí zemí podnikli nechráněný sex s prostitutkou. Dohledání kontaktů je nereálné.

Smutné jsou případy žen nucených k prostituci. K vyšetření se dostanou, až když mají klinické příznaky nemoci, a zpravidla mají infekcí několik. Bývají pod vlivem omamných látek, nepojištěné, insolventní jelikož veškerý výdělek je jim odebrán. Zjistit jména klientů je zhora nemožné.

Naprosto nevědomě dojde k nákaze při znásilnění nebo pohlavním zneužívání dětí. Děti se mohou nakazit i při společném koupání s infikovanými rodiči. Je znám také případ, kdy byl kojeneček ohrožen nákazou kapavkou dudlíkem, který olizovala matka s kapavčitou faryngitidou.

Potěšujícím faktem je skutečnost, že se v poslední době objevují mladí lidé, kteří se nechávají testovat na přítomnost protilátek na HIV před zahájením nového vztahu. Jsou i tací, kteří po zjištění nákazy STI u svojí osoby, pošlou na vyšetření i svoje sexuální partnery. Zdali se jedná i v tomto případě o zodpovědnost, je na pováženu.

Bezmocní jsou lidé důvěřiví a závislí na svých partnerech, kteří je zklamou. Náleží sem i lidé, jejichž zdraví závisí na zdravotní a finanční politice státu a jeho postoji k ochraně veřejného zdraví. Neexistují prozatím žádná legislativní opatření řešící úhrady vyšetření STI u nepojištěných osob včetně cizinců, kteří nemohou platit

nemalé náklady. Ti se pak snaží absolvovat vyšetření na cizí doklady. Druhou skupinou jsou naopak cizinci, pro něž peníze nejsou žádný problém; členové mafií z východního bloku. Nárůst nakažených cizinců je pozorován od roku 1990, jedná zejména o občany z bývalého SSSR. (Kaštánková, 2003)

## **3.2 Depistážní šetření**

Epidemiologické a depistážní služby mají na našem území dlouhou tradici. Již po první světové válce začaly vznikat týmy vysoce specializovaných lékařů a sester. Tato činnost je velice specializovaná a vyžaduje odpovídající vzdělání zdravotníků. Je nutný kvalifikovaný, vysoce odborný a individuální přístup k nemocnému. V případě potřeby se depistážní služby provádí i v terénu. Zodpovědnost za celé depistážní šetření má lékař venerolog.

Dle aktualizovaných směrnic evropských společenství, má každá osoba, která diagnostikuje onemocnění pohlavní chorobou, povinnost nahlásit tuto skutečnost orgánu ochrany veřejného zdraví. Spadají sem případy potvrzené, pravděpodobné a také případy úmrtí na tato onemocnění. Data hlásí jednou měsíčně i laboratoře. U pozitivních případů vzniká povinnost provést depistážní šetření, cílené vyšetření u všech kontaktů a dispenzarizaci. Hlášení pohlavní nemoci (HPN) je podáváno Národnímu registru pohlavních nemocí (dále NRPN) v Praze. NRPN napomáhá při tvorbě, údržbě a dostupnosti datové základny v oblasti sledování výskytu PN v rámci ČR, čímž přispívá k trvalému zvyšování kvality a efektivity zdravotní péče.

V současnosti je depistáž značně opomíjena, protože výrazně ubylo depistážních sester. Z finančních důvodů není ani možné laboratorní vyšetřování rizikových skupin. Výdaje s tím spojené jdou na vrub určitého dermatovenerologického pracoviště a ne na náklady státu, to je důvod k menšímu vyšetřování a levnější léčbě. (Kaštánková, 2000, Resl, 2002)

### **3.2.1 Hlavní činnost depistážních sester**

Nemocný je poučen o infekčnosti, druhu a rizicích svého onemocnění a musí podepsat písemné poučení. Hlavním úkolem je zjišťování zdrojů a kontaktů ohrožených osob (rodina). Dále kontrola a zajištění hlášení do regionálního registru, evidence osob, sběr statistických dat, spolupráce s epidemiology, pediatry, urology, gynekology, transfúzní službou a někdy policií (trestné činy). Cíleně se zaměřuje na heterosexuální, homosexuální a bisexuální styky, promiskuitu, četnost a zjištění partnerů, dárčovství

krve, pobytu v cizině, toxikománii a rodinu tzn. osoby ohrožené. Dispenzarizuje osoby a registruje změny v jejich pobytu. Důležitá je spolupráce s dermatoverologickými pracovišti po celé ČR, příp. hlášení závažných případů do zahraničí. Součástí je také apelace na výchovu k bezpečnému sexuálnímu chování a informovanosti o STI.

Důležité místo má poradenství, tzv. counseling, což je forma řízeného rozhovoru. K jeho základním principům patří motivace nemocného, věnovat mu dostatek času a nepřerušovat ho při sdělování. Je nutné ujistit pacienta o důvěrnosti a anonymitě vyšetření. Je důležité aktivně naslouchat. Rozhovor je důležitý především při sdělování diagnózy HIV/AIDS. (Jirásková, 2003, Resl, 2002, Záhejský, 1989)

### 3.2.2 Další opatření

- kredeizace novorozenců po porodu
- vyšetření těhotných na lues 2x během gravidity
- sérologické vyšetření na lues u dárců krve, kostní dřeně, tkání, orgánů a spermatu.
- vyšetření nemocného STI na další PN a odběr sérologie na lues + HIV
- dispenzarizace – viz níže

Kapavka – evidence 3 měsíce, po léčbě 3x kontrolní vyšetření – u mužů 24-48 hodin po léčbě, dále za týden a příp. ještě za týden. U gravidních žen se postupuje stejně. Negravidní ženy se vyšetří za 24-48 hodin po léčbě, za týden po léčbě a 2x po sobě intramenses. Před zahájením léčby a 3 měsíce po léčbě se nemocný vyšetřuje na RRR, TPHA, HbsAg, anti HCV, HIV. Při negativitě dochází k ukončení sledování.

Syfilis – odběr kompletní sérologie + výtěry STI. Při prvozáchytu choroby kontrolní odběry krve po PNC léčbě. První rok 5x ročně, druhý rok 2x ročně a dále v pětiletých intervalech. Podmínkou ukončení sledování je negativní sérologie i likvor, klinické, neurologické, psychiatrické, interní a oční vyšetření. Při splnění těchto podmínek je vyřazení možné již po dvou letech, v opačném případě je nemocný sledován až do 65 let věku, vyřazen je až úmrtím. Toto schéma je platné pro nemocné se získanou i vrozenou syfilis. Osoby, označené jako zdroj nebo ohrožené, příp. v zajišťovací léčbě (těhotné), jsou sledovány půl roku. Rovněž jsou sérologicky kontrolovány a léčeny děti syfilitických žen, ať už byly nebo nebyly léčeny v těhotenství. (Resl, 2002)

### **3.2.3 Povinnosti nemocného STI**

Nemocný je povinen se podrobit vyšetření, léčení a kontrolám a dodržovat veškeré pokyny od zdravotnického personálu. Nesmí ohrozit nákazou jiné osoby, porušení je hodnoceno jako trestný čin dle §226 trestního zákona. Musí udat zdroj nákazy, pokud je mu znám. (Jirásková, 2003)

## **3.3 Ochrana před přenosem STI**

### **3.3.1 Sociální metody**

Kromě úplné abstinence a masturbace doporučují zastánci bezpečného sexu některou z následujících metod, které mohou minimalizovat riziko přenosu STI během sexuální aktivity:

- monogamie - sex s jediným partnerem, ale nutno upozornit, že mnoho monogamních lidí bylo infikováno STI od nemonogamního partnera
- poznání svého partnera, zvláště ověření jeho zdraví před stykem
- léčba existujících STI
- pro nemonogamní lidi redukce počtu sexuálních partnerů, zvláště anonymních sexuálních partnerů, co též redukuje potenciální nákazu STI
- vyhnutí se rekreačním drogám včetně alkoholu, protože zvyšují pravděpodobnost, že partneri mohou být nedbalí k jiným pravidlům bezpečného sexu (Resl, 2002)

### **3.3.2 Bariérové metody**

Vedle spolehlivého partnera obvykle bývá - v souvislosti s předcházením nákaze některou z pohlavních chorob - zmiňován také kondom. I když jde o velice rozšířený, dostupný a v podstatě jediný prostředek ochrany před tímto druhem onemocnění, přesto kolem něj panují mnohé nejasnosti. Účinnost se při správném používání pohybuje kolem 90%.

Původ slova kondom (anglicky „condom“) je obvykle uváděn do souvislosti s doktorem jménem Condom nebo Quondam, který byl osobním lékařem anglického krále Karla II. Vyráběl prý kondomy pro krále. Podle další teorie je toto slovo odvozeno z latinského „condus“, což znamená nádržka, či nádoba.

Již ve Starém Egyptě přibližně 1350 let před našim letopočtem lze zaznamenat první zmínky o předchůdci dnešního kondomu, který chránil muže před nemocemi a infekcemi. První doklad o použití kondomu se nachází na rytinách v jeskyni Combarelles v jižní Francii, které vznikly v období 100 - 200 n.l. První snahy vyrobit kondom zahrnovaly použití tkaných látek, které se napouštěly směsí olejů a bylin, ale výrobky nebyly příliš efektivní. Kolem roku 1500 se při syfilitických epidemiích používaly plátěné kondomy. Do stejné doby spadá i první použití spermicidů. V r.1564 vyrobil Ital Gabrielle Fallopius plátěné pouzdro, které vyzkoušel na 1100 mužích jako profylaktickou pomůcku. Podle jeho záznamů se žádný z účastníků pokusu syfilidou nenakazil. První efektivní kondomy byly vyrobeny z ovčího střeva nebo jiné zvířecí blány a jsou stále dostupné (v ČR dostupné nejsou). Jsou žádané pro svou lepší schopnost přenášet tělesné teplo a hmatové vjemy v porovnání se syntetickými kondomy, ale nejsou natolik efektivní v prevenci těhotenství a infekce.

Sériová výroba gumových kondomů začala kolem roku 1850 jako výsledek vulkanizace pryže, kterou objevil Charles Goodyear v r. 1844. V procesu vulkanizace se surový kaučuk zpracovává pomocí síry a vysoké teploty, tím se mění v pevný a elastický materiál. První kondomy byly vyráběny jako omyvatelné a opakovaně použitelné, ovšem byly silné jako duše na kolo a po stranách měly velké švy. Jiný typ, známý jako „Americký kondom“ pak zakrýval jen žalud.

Příchod latexových kondomů nastal v roce 1912 v Německu. Po první světové válce byl prodej kondomů zakázán ve Francii, jako reakce na snižování porodnosti. Antikoncepce byla ilegální také ve Španělsku. Evropské armády ale pokračovaly v nabízení kondomů svým členům, jako ochranou před STI zejména v zemích, kde nebyly dostupné pro běžnou populaci. Výroba latexových kondomů byla pro gumárenské firmy vzhledem k technologickým postupům bezpečnější než výroba kondomů gumových. Při jejich výrobě často hrozilo riziko požáru. Další výhodou byl větší komfort pro zákazníky, latexový kondom byl mnohem tenčí a pevnější. Neopomenutelnou výhodou byla také delší trvanlivost, jež byla až 5 let oproti třem měsícům u kondomů gumových. První evropský latexový kondom byl expedován z gumárenské společnosti v Londýně v roce 1929. Roku 1932 se stala londýnská gumárenská prvním výrobcem latexových kondomů v Evropě, nazvaným Durex. Před zahájením vlastní výroby sloužila jako velkosklad pro kondomy vyráběné v Německu.

Dvě z mála míst, kde se kondomy během tohoto období staly více omezeným zbožím, byla fašistická Itálie a nacistické Německo. V Německu byl v roce 1933



schválen zákon, který nařídil, že kondomy smí být prodávány v prostých hnědých obalech a pouze v lékárnách jako prevence infekce.

V roce 1935 bylo americkými biochemiky testováno na 2000 kondomů a bylo zjištěno, že 60% z nich propouštělo vodu a vzduch. Odhadovalo se tedy, že před zabalením je testováno cca 25% vyrobených kondomů. V roce 1937 podala návrh US Food and Drug Administration třídít kondomy jako drogy. Zkušební zařízení navrhl Arthur Young (bratr majitele gumárenské spol.) roku 1938.

Za II. světové války se staly kondomy povinnou součástí výbavy amerických vojáků, jako ochrana před STI. Vojáci je pak dále distribuovali mezi ostatní uživatele.

Po druhé světové válce dosáhla incidence STI nejvyšších hodnot od dob I. světové války, ačkoli se armáda snažila i nadále o propagaci kondomů. Zřejmě to bylo důsledkem zahájení léčby syfilis a kapavky penicilinem (do ČSR poprvé dovezen UNRA, tj. americkým zásobováním osvobozených oblastí. PNC použili jako první v ČSR lékaři v Plzni. V r. 1948 – 1952 vznikla v ČSR penicilinka), díky čemuž je všichni začali považovat za mnohem menší hrozbu. V roce 1957 uvedl Durex na trh první lubrikovaný kondom. V roce 1960 bylo Japonsko největším uživatelem kondomů na světě. V tom samém roce debutovala na trhu první antikoncepční pilulka, ale kondom zůstal silným soupeřem. Oblíbený byl zejména u britských svobodných žen v letech 1966-70. Začaly vznikat manufaktury také v SSSR. U.S. Agency for International Development použila kondomy k řešení „světové populační krize“, během níž byly stovky milionů kondomů doručeny do Indie. V 60.-70. letech došlo ke zpřísnění kritérií na výrobu kondomů.

Důležitým milníkem se stalo datum 3.7.1981, kdy se objevila první zmínka o nemoci AIDS. O rok později začal být považován za STI. To mělo za následek velké propagační akce se zaměřením vyděsit uživatele smrtelnou nemocí. Od roku 1990 bylo možné kondomy sehnat ve všech prodejních řetězcích. Téhož roku přišla firma Durex s polyuretanovým kondomem, který mohou používat lidé s alergií na latex. Každý rok se zvyšoval prodej kondomů až do roku 1994. V prosinci 1995 byla uveřejněna zpráva, že pandemie AIDS byla zažehnána. Firmy na výrobu kondomů změnilly svoje hororové reklamy na humorné.

V dnešní době se tyto firmy zabývají novinkami v oblasti designu a zlepšováním komfortu pro uživatele, ale princip výroby zůstává v podstatě stejný.

Latexové kondomy jsou baleny v rolovací formě, jsou určeny k nasunutí na konec penisu a pak natažení přes penis v erekci. Průzkumy ukázaly, že mnoho

uživatelů neví, jak správně kondom nasadit, což má za následek jeho natržení a sklouznutí (např. v rámci grantu IgA MZ, 1998-2000, DVK VFN v Praze, MUDr.I.Kuklová, MUDr.V.Kaštánková, doc.MUDr.R.Pánková, CSc., MUDr.R.Trýzna a RNDr..M.Dražďáková, kteří se snažili o analýzu rizikového chování pacientů).

Za nevýhodu kondomů lidé považují to, že jejich natažení může přerušit milostnou předehru. Někteří uvádějí, že limitují jejich prožitek, protože eliminují kožní kontakt a redukují senzorickeou stimulaci. Mezi jinými i tyto nevýhody kondomů jsou často uváděny jako důvody, proč je někteří lidé nepoužívají.

### **Selhání kondomu**

Nejvíce selhání kondomu je pro jejich chybné použití. To vedlo některé experty k požadavku za dřívější a jasnou sexuální výchovu, ale tyto snahy limitují skupiny protestující proti předmanželskému sexu, které se domnívají, že vysvětlení použití kondomů a jiných antikoncepčních prostředků mládeži podpoří podobné chování.

### **Bezpečná ochrana**

Pokud jde o jeho spolehlivost, můžeme kondom podle výsledků dostupných studií v případě, že se skladuje a používá správně, považovat za naprosto spolehlivý prostředek ochrany před nákazou. Často se v této souvislosti cituje výzkum, kdy bylo vybráno 245 párů, ve kterých byl jeden z dvojice HIV pozitivní a u druhého bylo bezpečně prokázáno, že nakažený není. Polovina všech párů přitom kondom používala při každém styku, druhá polovina jen někdy. V případě dvojic, které kondom používaly pokaždé, nedošlo ani k jednomu přenosu infekce, zatímco u těch, kdo v tomto nebyli důslední, došlo k nákaze u každého desátého páru.

Vždy ale musíme počítat s tím, že kondomy nepropouští původce pohlavních chorob pouze tehdy, pokud jsou výrobcem testované a byly správně skladovány. To znamená, že je nevystavujeme vyšším než pokojovým teplotám, nepřijdou do styku se slunečním světlem, a nemáme je ve vlhkém prostředí. V opačném případě nám výhody latexu budou k ničemu. Pokud to tedy shrneme: spolehlivost tohoto způsobu ochrany je daná především tím, že víme jak s nimi zacházet, než tím, co pro nás firmy udělají při jejich vývoji.

### **Další výhody**

Ve srovnání s dalšími prostředky mají kondomy ale i jiné výhody. V první řadě jsou cenově dostupné a neexistuje pouze jeden typ, na který si člověk musí zvyknout. V současnosti jsou na trhu různé druhy, které lze zvolit podle toho, jaký tvar a velikost danému člověku vyhovuje. Prodej kondomů není vázán na lékařský předpis a

navíc jsou dostupné prakticky všude a téměř kdykoliv. Za podstatnou výhodu můžeme považovat také to, že jejich užívání nevede k žádným vedlejším účinkům (pokud pomineme kontaktní alergii na latex).

Jak jsme ale už naznačili, ani jejich používání není zcela bez problémů, není vždy snadné myslet na to, jestli jsme balíček s kondomem měli na správném místě, a nenosili jsme jej například zmačkaný roky v peněžence a podobně. Ani sama doba skladování není neomezená: zpravidla je doba, po kterou se dá bezpečně používat (doba expirace vyražená na obalu) pouze 3 až 5 let. V situaci, kdy je delší dobu na nevhodném místě, se doba expirace výrazně zkracuje.

### **Testování kondomů**

Základním a nejdůležitějším testem je elektrotest. Každý kondom jím musí projít (nápis na krabičce 100% electronically tested). Spočívá v tom, že se kondom natáhne na kovový trn a zkouší se, zda jím projde elektrický výboj. Nezabrání-li kondom přechodu elektrického proudu mezi dvěma vodícími formami, značí to vadu. Pokud je poškozen, nesmí být vyexpedován.

Následující testy probíhají už jen na vzorcích z jednotlivých sérií (šarží) a pokud nevyhoví, ničí se celá série.

Norma ISO 4074 stanoví minimální tažnost kondomů 700 % a pevnost v tahu 39 N. V praxi to znamená, že z původních 18 cm se prodlouží na 126 cm a unese téměř čtyřkilové závaží.

Podle normy ISO 4074 musí kondom pojmout minimálně 18 litrů vzduchu, ale většinou je to podstatně více. (Kuklová, 2009, Weiss, 2010, Wikipedia, 2011)

## 4 LEGISLATIVA

- Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví.
- Zákon č. 471/2005 Sb., úplné znění zákona o ochraně veřejného zdraví.
- Vyhláška MZ ČR č. 195/2005 Sb., podmínky předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění.
- Směrnice č. 30/1968 Věstníku MZ, o opatření proti pohlavním nemocem, v částce 51/1968 Sb.
- Věstník MZ z prosince 1997, částka 10, standardy vyšetřovacích postupů STD.

(Zákoucká, 2007)

## **5 VÝZKUM**

### **5.1 Formulace problému**

#### **5.1.1 Hlavní problém**

Šíření pohlavních nemocí u populace mladší 19-ti let.

#### **5.1.2 Dílčí problémy**

Nedostatečná informovanost, kampaňovitá osvěta, medializování sexu, zneužívání návykových látek, prostituce, migrace obyvatel.

### **5.2 Cíl a úkol výzkumu**

Zjistit informovanost o pohlavních chorobách, pohlavně přenosných chorobách a ochraně před jejich přenosem u lidí od 16-ti do 35-ti let.

### **5.3 Metodika výzkumu**

Vybrala jsem skupinu lidí mezi 16-35 lety, rozdílného vzdělání. Výzkum probíhal od 5. do 28.ledna 2012 v Plzni a okolí. Rozdala jsem 140 dotazníků o 22 otázkách. Šest otázek bylo zaměřeno na vědomosti respondentů a zbytek měl informativní charakter. Vrátilo se 126 vyplněných dotazníků, návratnost byla 90%.

### **5.4 Hypotézy**

1. Předpokládám, že lidé s vyšším vzděláním (SŠ, VŠ) jsou lépe informováni o ochraně proti přenosu STI než lidé se vzděláním nižším (ZŠ, OU).
2. Domnívám se, že více jak polovina dotázaných získává informace z internetu nebo časopisů.
3. Domnívám se, že více jak polovina dotázaných má obavy před nákazou virem HIV, ale neberou v potaz i možnou nákazu STI.
4. Předpokládám, že proti přenosu STI se chrání cca 30% lidí z celkového počtu dotázaných.

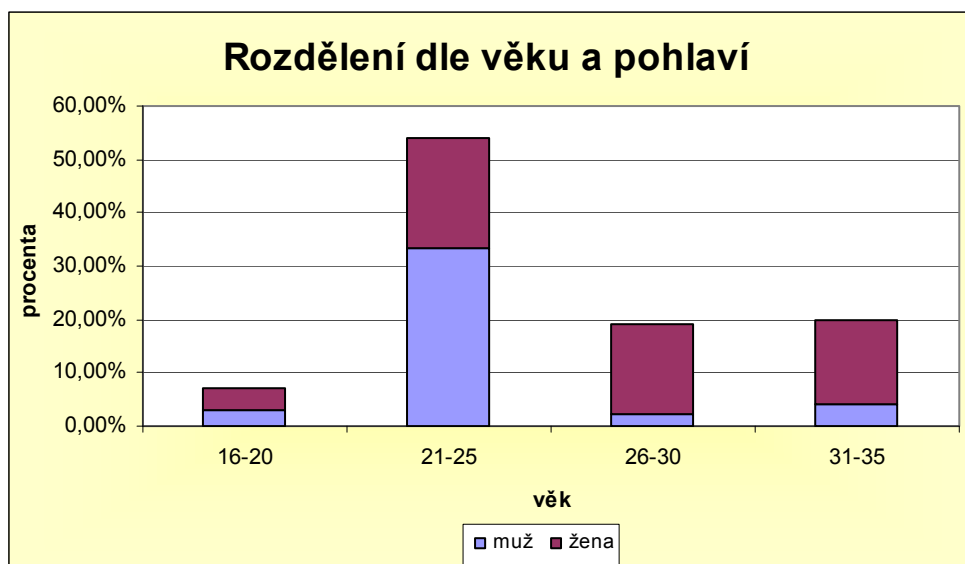
### **5.5 Vzorek respondentů**

Vzorek respondentů tvořila skupina lidí rozdílného vzdělání, muži i ženy ve věku od 16 do 35 let. Výzkumného šetření se zúčastnilo také 30 zdravotníků.

## Prezentace a interpretace získaných údajů

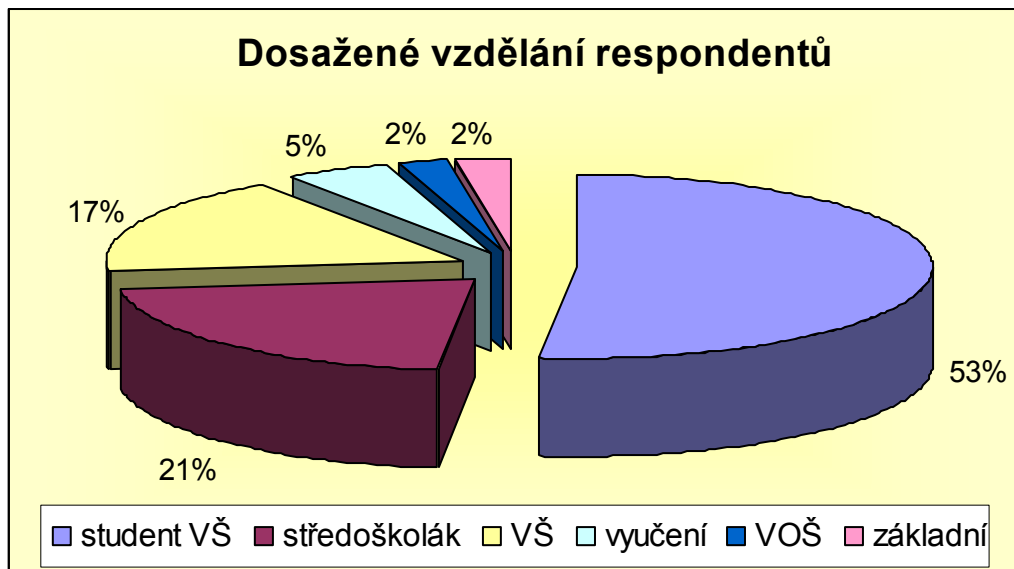
Graf č.1 znázorňuje informace o věku a pohlaví respondentů. Výzkumného šetření se zúčastnilo celkem 126 respondentů (100%), z toho 54 mužů a 72 žen. Nejvíce respondentů bylo ve věku 21-25 let, celkem 68 (53,97%), 42 mužů a 26 žen. Ve věku 31-35 vyplnilo dotazník 25 respondentů (19,84%), 5 mužů a 20 žen. Ve věku 26-30 celkem 24 respondentů (19,05%), 3 muži a 21 žen a ve věku 16-20 let 9 respondentů (7,14%), 4 muži a 5 žen.

Z celkového počtu 126-ti respondentů se výzkumného šetření zúčastnilo 30 zdravotníků.



Graf č. 1: Rozdělení dle věku a pohlaví

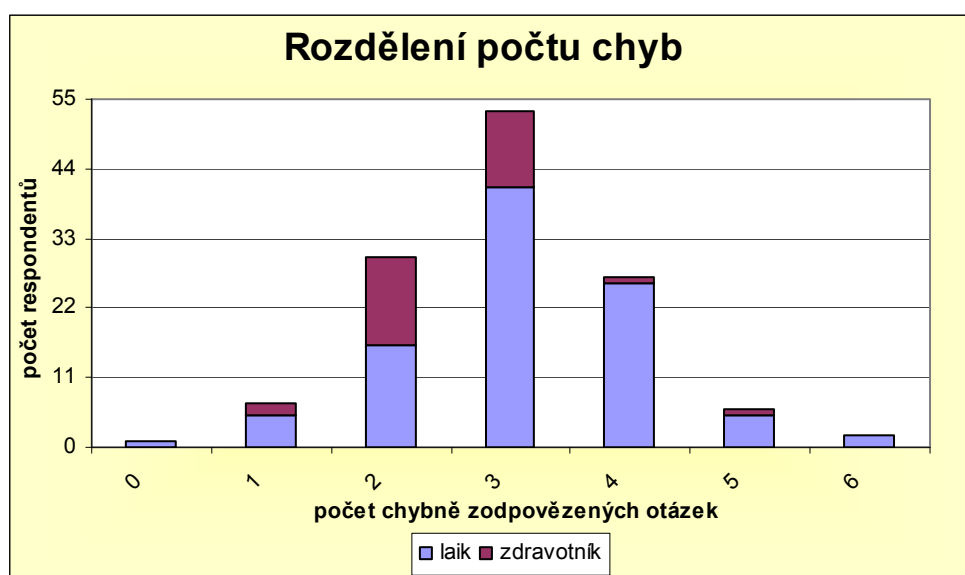
Graf č. 2 znázorňuje nejvyšší dosažené vzdělání respondentů. Nejpočetnější skupinu tvořili studenti vysokých škol – 53% (65 respondentů), 21% středoškoláků (27), 17% s dokončeným vysokoškolským vzděláním (22), 5% vyučených (6), a po 2% s dokončenou vyšší odbornou školou (3) a se základním vzděláním (3).



*Graf č. 2: Dosažené vzdělání respondentů*

Dotazník obsahoval šest otázek zaměřených na znalosti respondentů o STI. Graf č. 3 ukazuje, v kolika otázkách respondenti nejčastěji chybovali. Údaje jsou hodnoceny z celkového počtu.

Nejčastěji se respondenti dopouštěli 3 chyb, a to v 53 případech, z toho bylo 12 respondentů se zdravotnickým vzděláním. Ve 30 případech se respondenti dopustili 2 chyb, z toho 14 zdravotníků. Čtyřikrát chybovalo 27 respondentů, mezi nimi 1 zdravotník. Jedné chyby se dopustilo 7 respondentů, z toho 2 zdravotníci. Pět chyb udělalo 6 respondentů, mezi nimi 1 zdravotník. Ani jednu vědomostní otázku nezodpověděli správně, a tudíž se dopustili 6-ti chyb, 2 respondenti, laici. Všech šest otázek zodpověděl správně jediný respondent, student VŠ, laik.

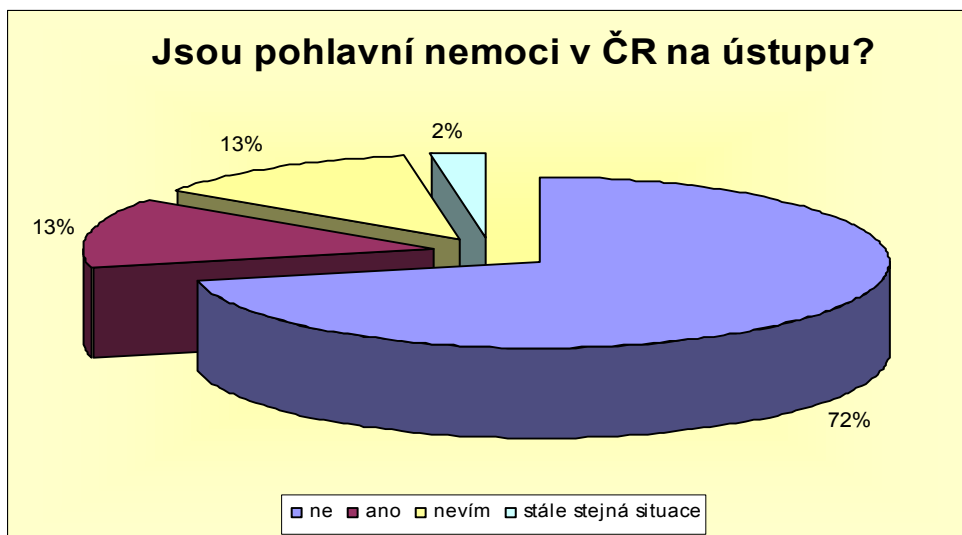


Graf č. 3: Rozdělení počtu chyb

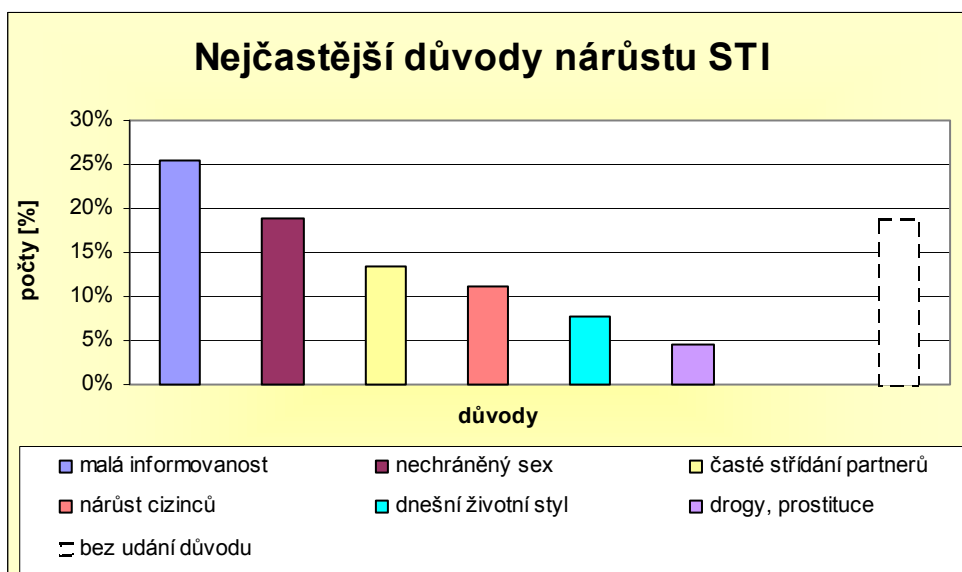


V grafu č. 4 a 5 jsou zhodnoceny názory respondentů, co se týče šíření STI v ČR. Měli se vyjádřit, zda se domnívají, že jsou STI v ČR na ústupu či nikoliv, případně uvést důvod svého názoru. V 72% (90 respondentů) se respondenti domnívají, že **STI v ČR na ústupu nejsou** a jako nejčastější důvod uvedli **malou informovanost populace**, v celých 25,56% (23 respondentů). Dále uvádějí provozování nechráněného sexu v 18,89% (17). Na dalším místě byla jmenována promiskuita, a to v 13,33% (12). V 11,11% (10) dávají respondenti nárůst pohlavních nemocí za vinu přílivu cizinců. Dnešní moderní a uspěchaný životní styl uvedlo jako důvod 7,78% (7) a vinu zneužívání drog a prostituci udělilo 4,44% (4). 18,89% (17) se k názoru nevyjádřilo.

Ve 13% (17) uvedli respondenti názor, že STI jsou na ústupu, dalších 13% (16) neví a ve 2% (3) se domnívají, že je situace stejná.



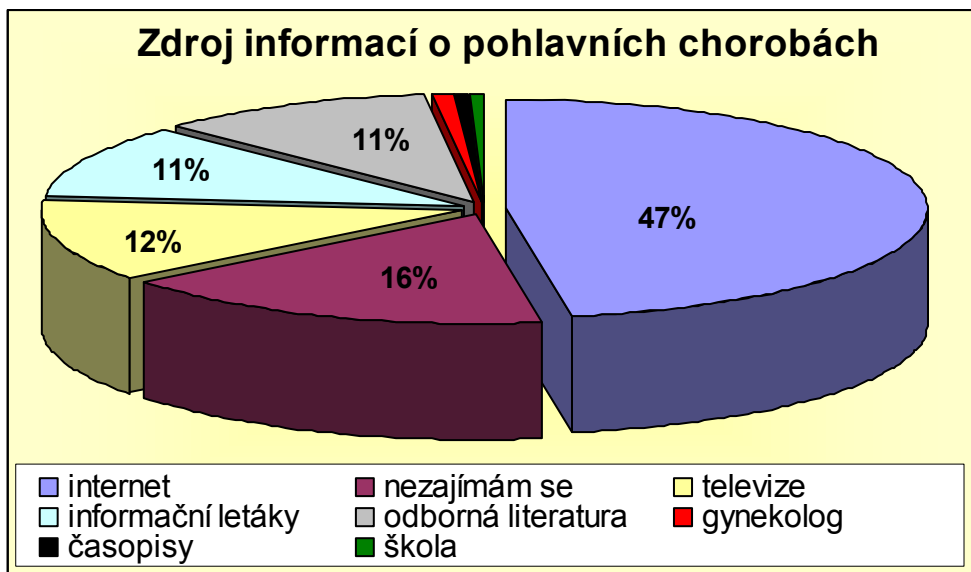
Graf č. 4: Jsou pohlavní nemoci v ČR na ústupu



Graf č. 5: Nejčastější důvody nárůstu STI

Graf č. 6 znázorňuje zdroje, ze kterých respondenti čerpají informace o STI. Jedná se o zdroje informací, které využívají aktuálně.

Nejčastějším zdrojem informací je bezpochyby **internet**, který uvedlo **47,50%** respondentů (76), na dalším místě byla uváděna televize, a to v 11,88% (19). Zhruba ve stejném poměru využívají respondenti k získávání informací informační letáky, ty byly uvedeny v 11,25% (18), a odbornou literaturu v 10,63% (17). Shodně po 0,63% (1) byly zdrojem informací uvedeny časopisy, škola a gynekolog.

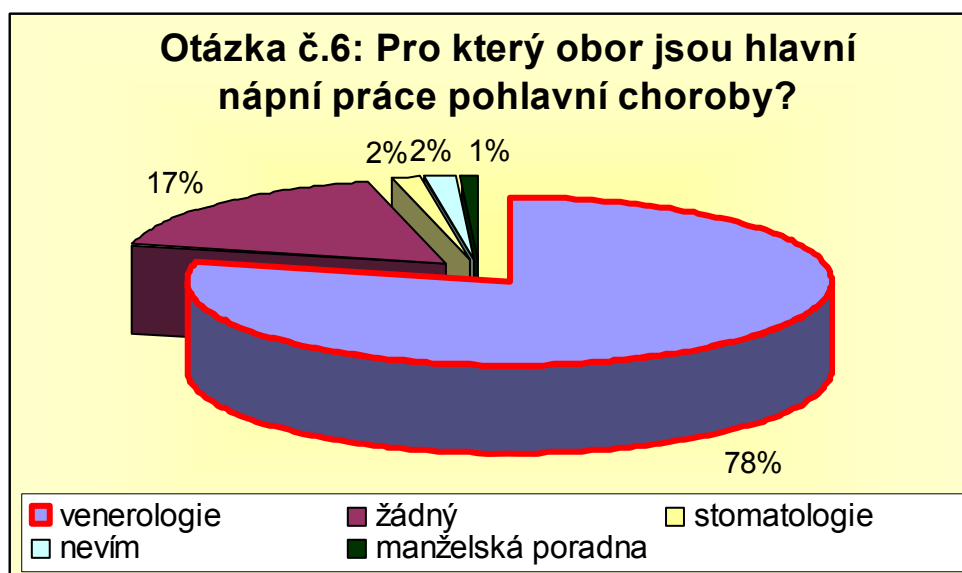


*Graf č. 6: Zdroj informací o pohlavních chorobách*

V grafu č. 7 jsou vyhodnoceny odpovědi na jednu z šesti znalostních otázek.

**Otázka č. 6 Určete obor, jehož hlavní náplní práce jsou pohlavní nemoci?**

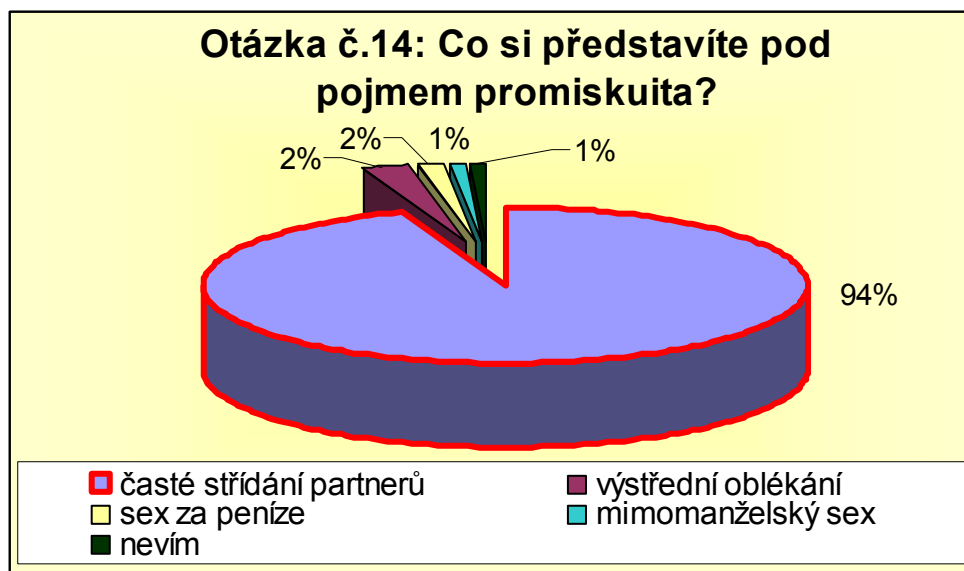
Správnou odpověď, **venerologie**, určilo **78%** respondentů (99). V 17,46% (22) respondenty neoslovil žádný z uvedených oborů. Stomatologii tipovalo 1,59% (2) a stejný počet respondentů nevěděl. Jeden z dotazovaných uvedl manželskou poradnu. Chirurgii nevybral nikdo z dotazovaných.



*Graf č. 7: Otázka č.6*

Graf č. 8 je zhodnocením otázky č.14 **Co si představíte pod pojmem promiskuita?**

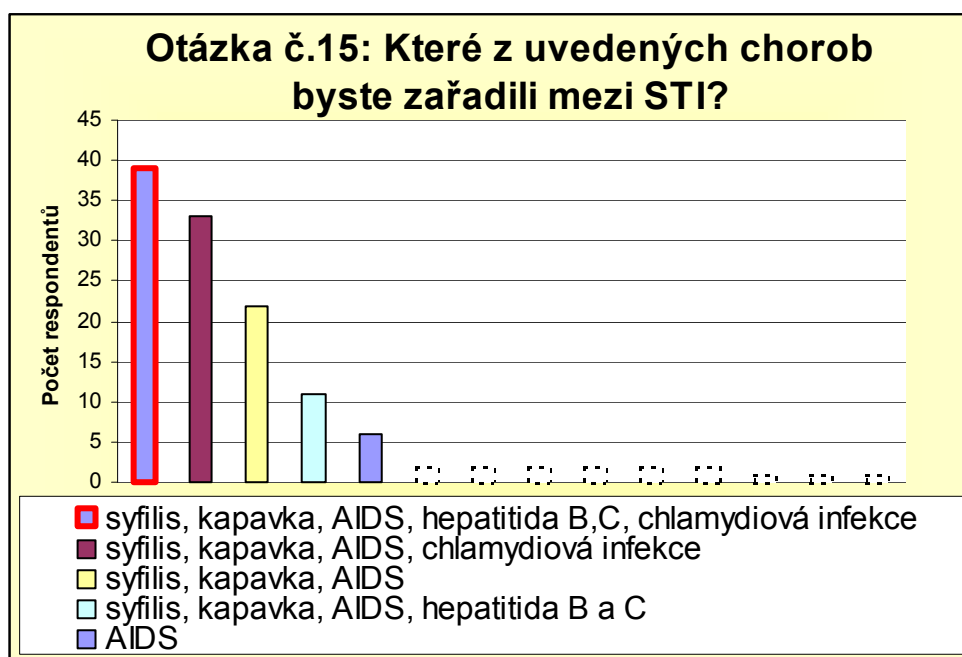
Správná odpověď, **časté střídání partnerů**, byla označena v **94%** (119). Překvapivě v 2,38% (3) vybrali respondenti výstřední oblékání. V 1,59% (2) uvedli odpověď sex za peníze a 0,79% (1) uvedlo mimomanželský sex. Jeden respondent nevěděl.



Graf č. 8: Otázka č.14

V grafu č. 9 jsou výsledky odpovědí na otázku č. 15 **Které z uvedených chorob byste zařadil/a mezi STI?**

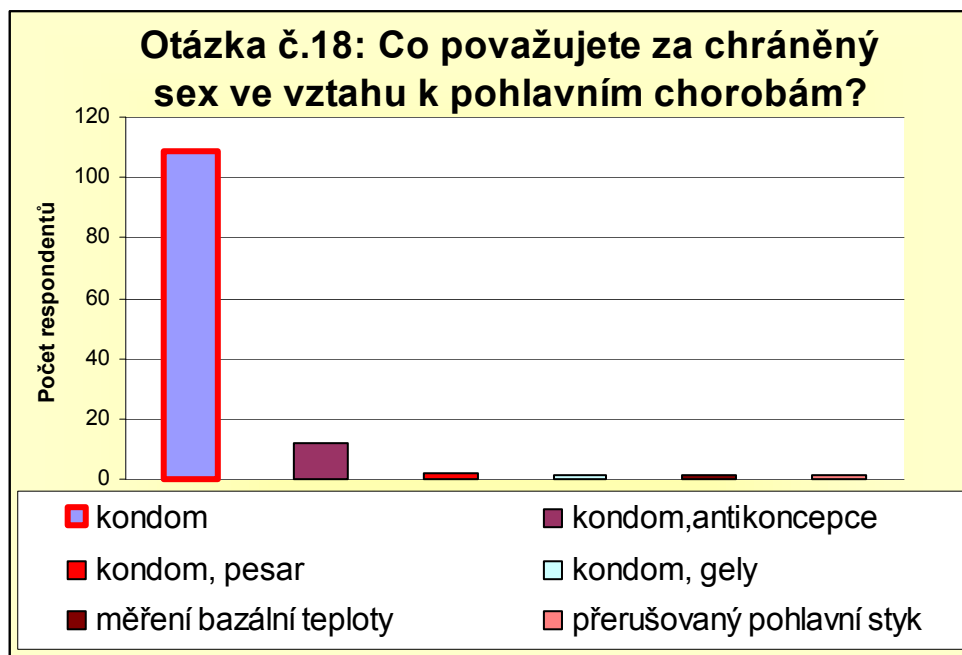
Všechny možné správné odpovědi vybralo jen **30,95%** (39) – syfilis, kapavka, AIDS, hepatitida B, C, chlamydiová infekce. 26,19% (33) vynechalo hepatitidu B, C. Dalších 17,46% (22) uvedlo syfilis, kapavku a AIDS. 8,73% (11) vybralo všechny možnosti správně, ale nezařadili mezi STI chlamydiovou infekci. Pouze AIDS vybralo jako možnou odpověď 4,76% (6). Zbylé odpovědi byly zpravidla kombinací dvou STI, dva respondenti uvedli rýmu a další dva nevěděli vůbec.



*Graf č. 9: Otázka č.15*

V grafu č. 10 jsou znázorněny výsledky odpovědí na otázku č. 18 **Co považujete za pojem „chráněný sex“ ve vztahu k pohlavním chorobám?**

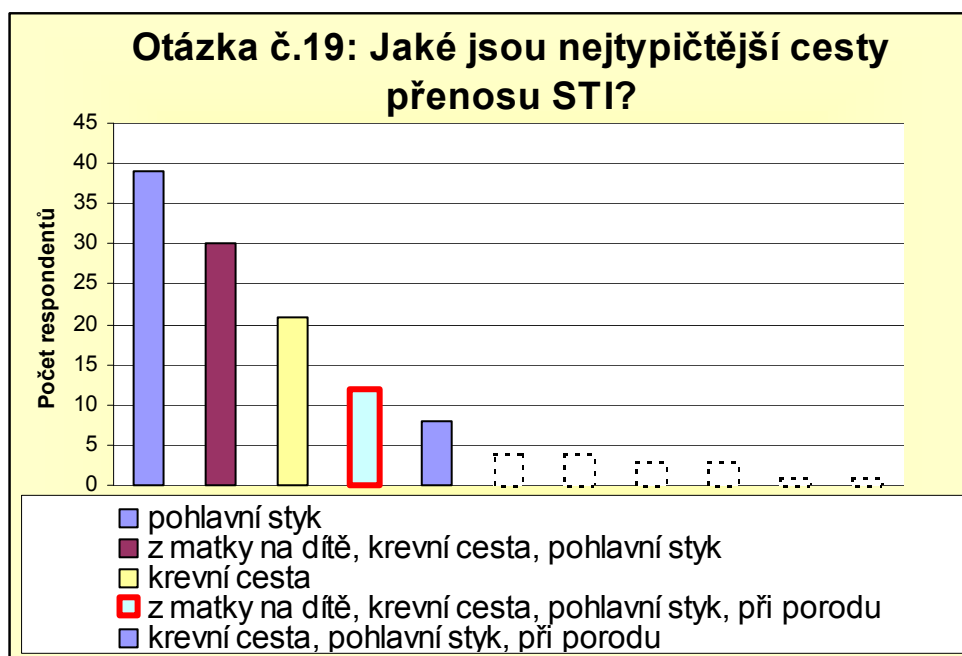
Správnou odpověď, **kondom**, označilo **86,51%** (109). Ke kondomu vybralo antikoncepci 9,52% (12). Kondom a pesar uvedlo 1,59% (2). Po 0,79% (1) bylo označeno měření bazální teploty, přerušovaný pohlavní styk, kondom a gely.



Graf č. 10: Otázka č.18

Graf č. 11 znázorňuje výsledky odpovědí na otázku č. 19 **Jaké jsou nejtýpčtější cesty přenosu STI?**

Nejvíce respondentů označilo pouze pohlavní styk, 30,95% (39). Druhá nejčastější odpověď byla : krevní cestou, z matky na dítě (transplacentárně) a pohlavní styk, a to ve 23,81% (30). Jenom krevní cestu zvolilo 16,67% (21). Pouhých **9,52%** (12) vybralo všechny správné možnosti – **z matky na dítě, krevní cestou, pohlavním stykem a při porodu**. Dalších 6,35% (8) označilo možnosti : krevní cestou, pohlavním stykem a při porodu. V ostatních případech se zpravidla jednalo o kombinaci dvou možností přenosu. V jednom případě bylo jmenováno i podání ruky, které jako cestu přenosu lze uznat, ovšem nepatří mezi nejtýpčtější pro STI. Možnost kapénkové infekce nevybral nikdo.

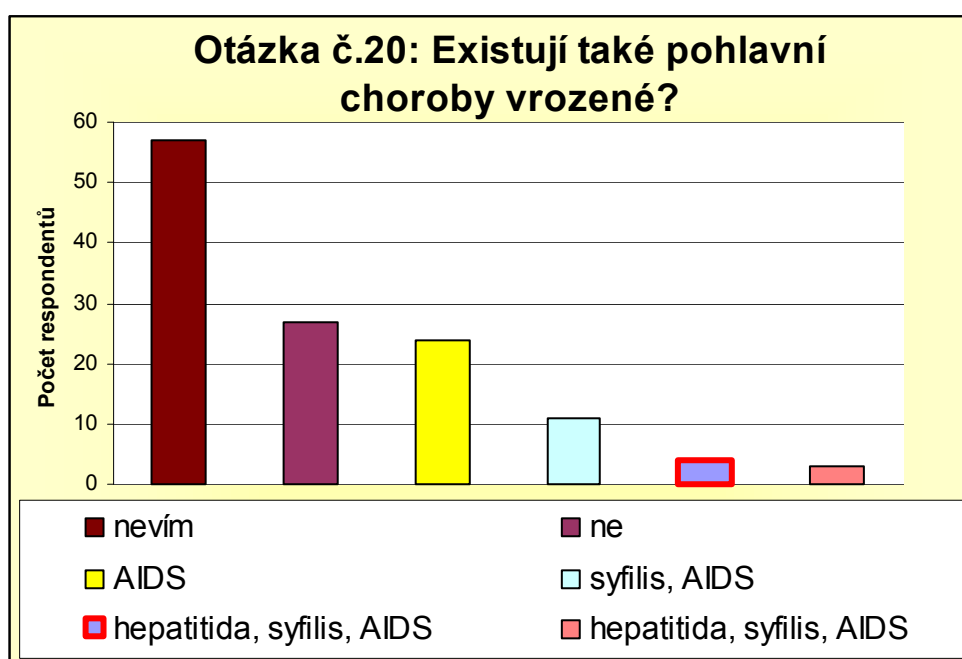


Graf č. 11: Otázka č.19

V grafu č. 12 jsou uvedeny výsledky otázky č. 20 **Existují také pohlavní choroby vrozené?**

Celkem 45,24% (57) respondentů nevědělo. Ve 21,43% (27) bylo uvedeno, že vrozené pohlavní nemoci neexistují. O vrozené HIV pozitivitě mělo povědomí 19,05% (24). Kromě AIDS vybralo také syfilis 8,73% (11). Dalších **3,17%** (4) uvedlo navíc k AIDS a syfilis ještě **hepatitidu B a C**, což bylo považováno jako nejlepší možná odpověď. Kapavku, syfilis a AIDS označily 2,38% (3).

**I kdybychom považovali za správné tři poslední odpovědi, součet by činil pouhých 14,28% tedy 18 respondentů z celkového počtu 126-ti.**



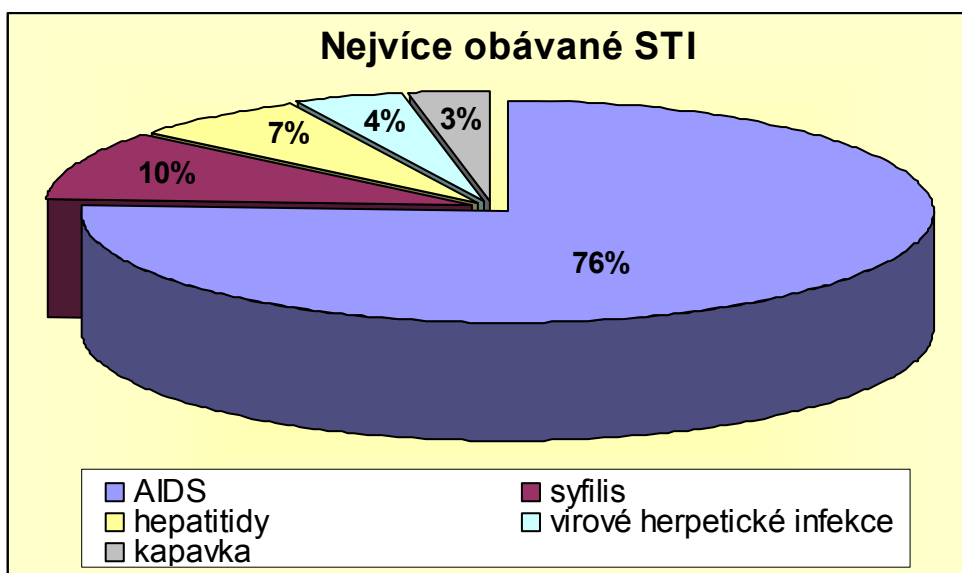
Graf č. 12: Otázka č.20



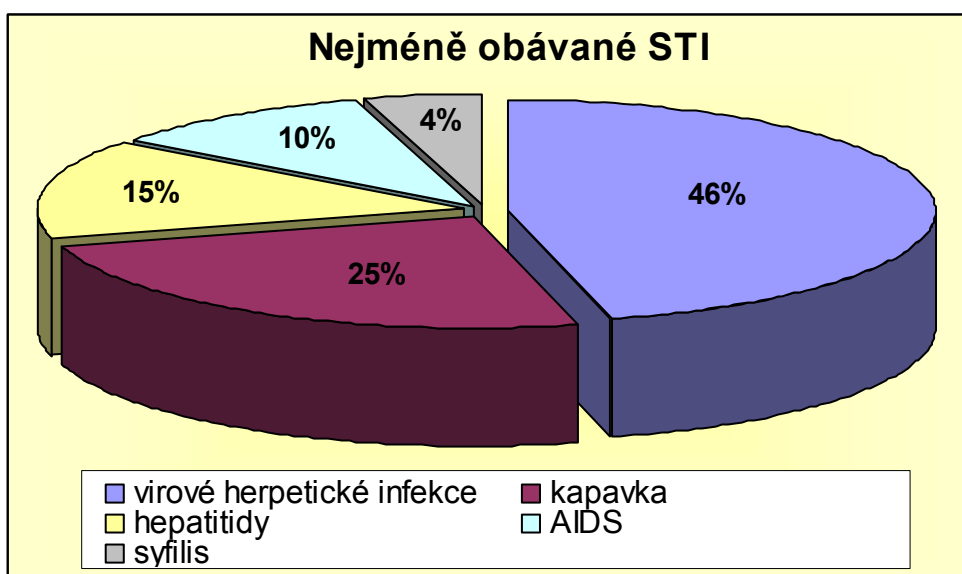
Následující grafy znázorňují obavy respondentů před STI. V otázce měli za úkol sestavit žebříček nejobávanějších STI ve vztahu k jejich osobě. Graf č. 13 znázorňuje nejobávanější STI a graf č. 14 naopak nejméně obávané STI.

Nejčastěji se respondenti obávají nákazy **AIDS**. Uvedlo jej **75,74%** (103). Dalších 10,29% (14) se nejvíce obává nemoci syfilis. Hepatitidy uvedlo jako nejobávanější 6,62% (9), herpetické infekce – 4,41% (6) a kapavka je nejvíce ohrožující pro 2,94% (4).

Jako nejméně ohrožující uvedlo 46,07% (41) herpetické infekce. Kapavku uvedlo 24,72% (22). Hepatitid se nejméně obává 14,61% (13). Nákazu AIDS nepovažuje za hrozbu 10,11% (9) a syfilis neohrožuje 4,49% (4).



Graf č. 13: Nejvíce obávané STI

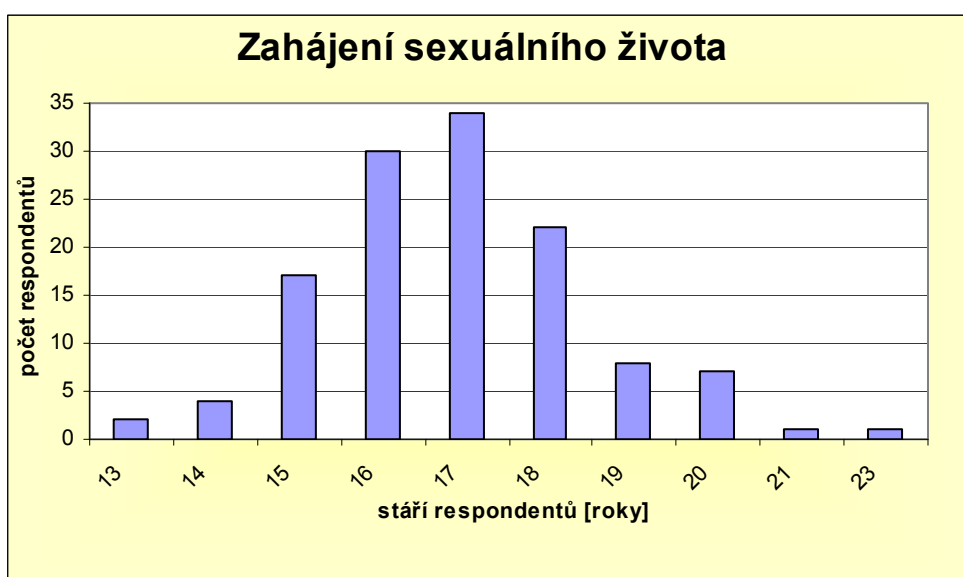


Graf č. 14: Nejméně obávané STI

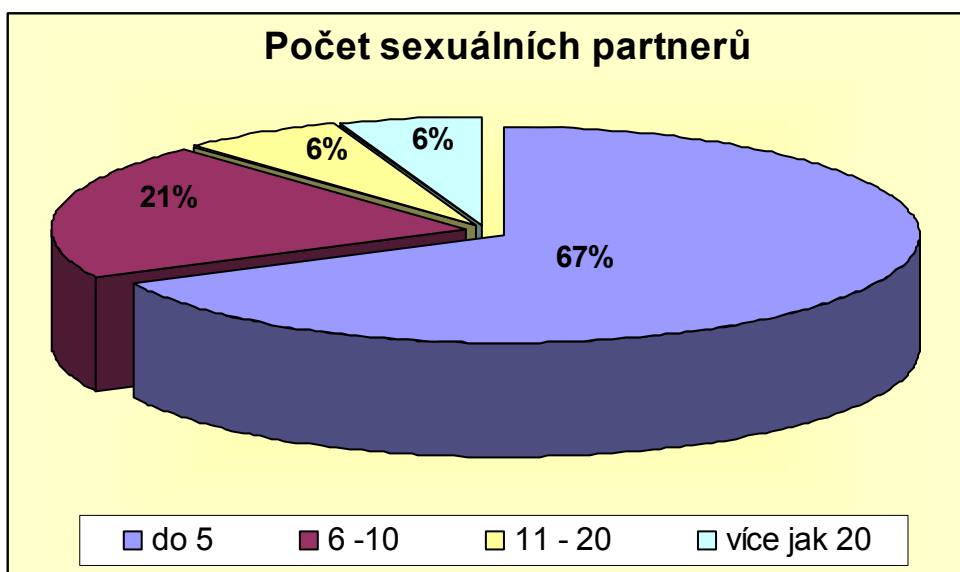
Grafy č. 15 a 16 znázorňují v kolika letech zahájili svůj pohlavní život a kolik vystřídali sexuálních partnerů.

Nejčastější věkovou hranicí pro zahájení sexuálního života je ve 34 případech 17 let. Druhou nejčastější je 16 let, a to ve 30-ti případech. 22 dotázaných uvedlo 18 let, v 15-ti letech začalo se sexem 17 dotázaných. 8 dotázaných uvedlo 19 let, 7 uvedlo 20 let a dva dotázaní překonali hranici 20-ti let. Na druhé straně se našli 4 dotázaní, kteří začali se sexem již ve 14-ti letech a 2 dokonce ve 13-ti.

Co se týká počtu sexuálních partnerů, uvedlo 67% (85) 1-5 partnerů., 21% (26) dotázaných 6-10 partnerů, 6% (8) vystřídalo 11-20 partnerů a posledních 6% (7) dokonce více než 20. Nejvyšším počtem partnerů byla suma 45.

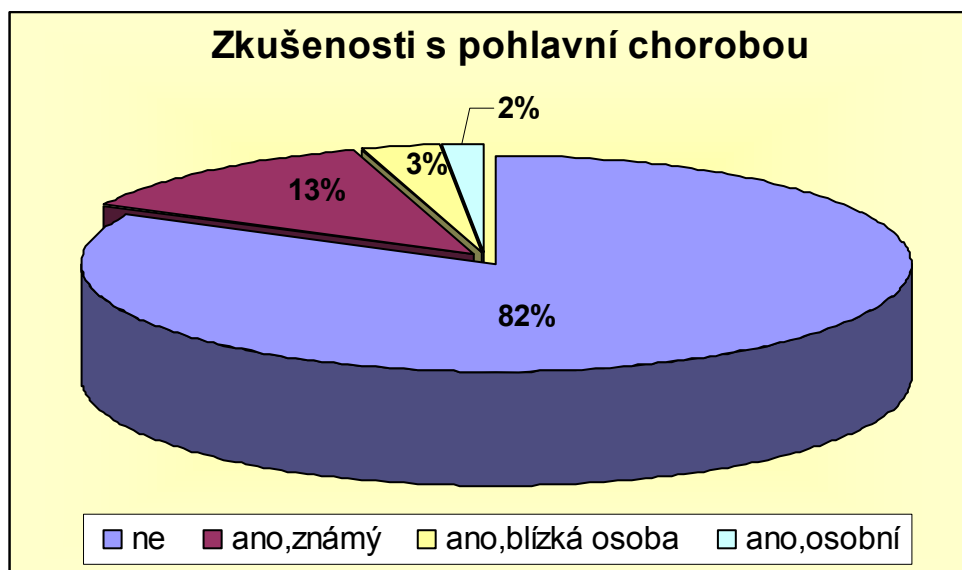


Graf č. 15: Zahájení sexuálního života



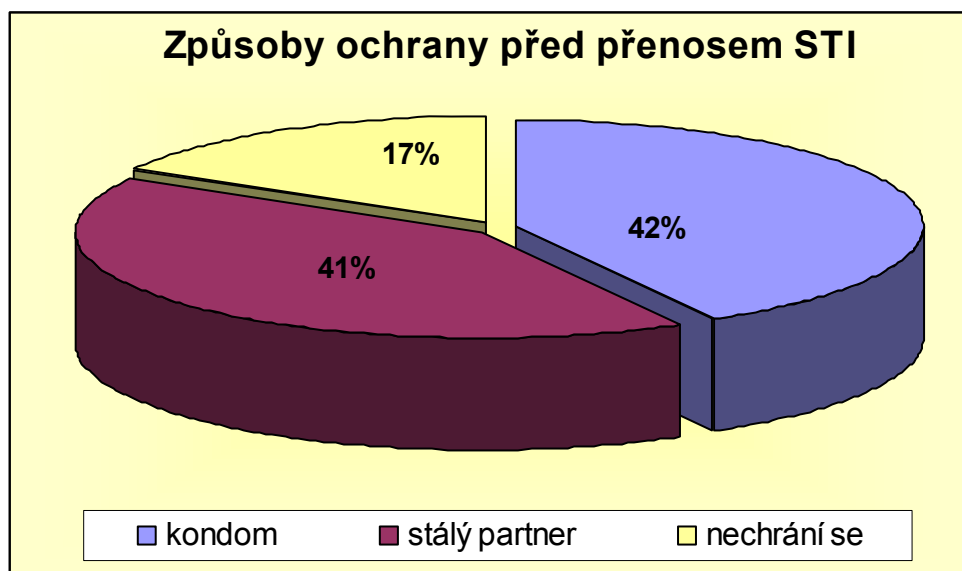
Graf č. 16: Počet sexuálních partnerů

Graf č. 17 ukazuje zkušenosti respondentů s pohlavní nemocí. Nikdy se s ní nesešlo 82% (104) dotázaných. 13 % (16) se s STI setkala u známého v širším okolí. Blízký člověk onemocněl u 3% (4) a osobní zkušenost s STI potvrdila 2% (2).



Graf č. 17: Zkušenosti s pohlavní chorobou

Graf č. 18 znázorňuje způsoby ochrany před STI uvedené respondenty. Pro 42% (53) je ochranou před přenosem STI **kondom**. Dalších 41% (52) nestřídá partnery a má jednoho stálého partnera a zbylých 17% (21) se nechrání vůbec.



Graf č. 18: Způsoby ochrany před přenosem STI

## 6 DISKUSE

Cílem výzkumného šetření bylo zjistit informovanost mladé generace od 16 do 35 let o pohlavně přenosných nemocech a zejména ochraně před jejich přenosem. Šetření probíhalo formou kvantitativního výzkumu dotazníkovou technikou. Dotazníky obsahovaly 22 otázek, z nichž 6 bylo zaměřeno na vědomosti respondentů, ostatní otázky byly informativního charakteru.

Nejohroženější skupinou, jak už bylo zmíněno v teoretické části, jsou lidé mezi 21 a 24 lety. Právě tato věková kategorie byla nejvíce zastoupena i v tomto výzkumném šetření, tvořila více jak polovinu dotázaných. Starší věková kategorie od 26 do 35 let činila celkem skoro 40% a nejmladší kategorie 16-20 let pouhých 7%. Malá účast nejmladší skupiny byla zapříčiněna značnou neochotou k vyplňování dotazníků.

Výzkumného šetření se zúčastnilo celkem 126 respondentů s rozdílným vzděláním, z toho bylo 30 zdravotníků. Nejpočetnější skupinu tvořili studenti vysokých škol (53%), byli mezi nimi i lidé pracující, kteří momentálně studují vysokou školu kombinovanou formou. Vysokoškoláci a středoškoláci tvořili celkem druhou největší skupinu, dohromady 38%. Lidé s nižším vzděláním, tj. s dokončenou základní školou a vyučením tvořili pouhých 9% z celkového počtu. Díky tomuto nepoměru nebylo možné objektivně potvrdit či vyvrátit první hypotézu, která předpokládala, že lidé s vyšším vzděláním jsou lépe informováni o STI než lidé se vzděláním nižším.

Dotazník obsahoval 22 otázek, z nichž šest mělo prověřit znalosti dotazovaných. Nejvíce se chybovalo třikrát. Ve stejném poměru se lidé dopouštěli dvou a čtyř chyb, stejně tak jedné a pěti chyb. Našli se dva respondenti, kteří nezodpověděli ani jednu otázku dobře. Jeden jediný dotazovaný odpověděl všechny otázky správně, byl to student VŠ a neměl zdravotnické vzdělání.

V otázce sedm se měli dotazovaní vyjádřit, zdali jsou v ČR pohlavní nemoci na ústupu, či nikoliv. Téměř tři čtvrtiny dotazovaných zastávají názor negativní, z nichž takřka třetina přisuzuje tuto skutečnost malé informovanosti populace. Dále byl jmenován nechráněný sex, promiskuita, přívál cizinců, dnešní životní styl, drogy a prostitute.

Hypotéza druhá se v podstatě potvrdila. Téměř polovina dotázaných využívá k získávání informací internet. Dalšími zdroji jsou televize, informační letáky, odborná literatura a v nejmenší míře škola, časopisy a odborný lékař. O STI se vůbec nezajímá 16% z dotázaných. Výsledky jsou rozdílné nežli údaje zjištěné Doc. Kuklovou v roce

2000, kdy se v rámci grantu pomocí dotazníků se svými kolegy snažila o analýzu rizikového chování pacientů.

Tehdy byly na prvním místě časopisy a media, pak odborná literatura, rodina a škola. Nutno podotknout, že mezi respondenty bylo větší zastoupení populace do 25 let.

Otázka číslo šest patřila ke znalostním otázkám. Více než tři čtvrtiny dotázaných zařadilo správně venerologii jako obor, jehož hlavní náplní jsou pohlavní nemoci. Žádný z vyjmenovaných nevybralo 17%. Zůstávajících 5% oslovila stomatologie, manželská poradna nebo nevěděli.

Na znalostní otázku číslo 14 : Co je promiskuita, odpovědělo správně 94% dotázaných. Jedno procento nevědělo a zbylých pět označilo ostatní možnosti, tedy výstřední oblékání, sex za peníze a mimomanželský sex

Jednou z nejdůležitějších otázek byla číslo 15, kde respondenti měli označit nemoci, které podle nich patří mezi STI. Všechny správné možnosti zvolila třetina z celkového počtu. Správná odpověď byla : kapavka, syfilis, AIDS, hepatitidy B, C a chlamydiová infekce. Ostatním vždy nějaká varianta odpovědi chyběla. V 5 % se jako jediná odpověď objevil AIDS.

Vcelku kladně dopadla otázka číslo 18, kde měli respondenti určit, jaký pro ně význam ve vztahu k pohlavním nemocem má pojem chráněný sex. Použití kondomu označilo takřka 87%. Kondom vybralo primárně dalších 12%, ale k němu zařadily ještě pesar nebo hormonální antikoncepci. Další varianty patřily mezi metody čistě antikoncepční; měření bazální teploty, spermicidní gely a přerušovaný styk.

Problematictější byla otázka číslo 19, kde byly jmenovány možné cesty přenosu, a respondenti měli vybrat nejtypičtější pro STI. Pouhých 9,5%, tedy 12 dotázaných, dokázalo správně určit všechny cesty přenosu STI – pohlavní styk, transplacentárně, krevní cestou, při porodu. Největší počet respondentů, jedna třetina, uvedl pouze pohlavní styk. Zbylé možnosti byly kombinací dvou či třech možností.

Také otázka číslo 20 se jevila jako sonda do nevědomostí české populace. O existenci vrozených pohlavních nemocí neví více než polovina dotázaných! Alespoň AIDS uvedla pětina dotázaných a pouhá 3%, tedy 4 respondenti, uvedli syfilis, AIDS a hepatitidy, což bylo považováno za nejlepší možnou odpověď. Celkem správně odpovědělo dohromady 14% dotázaných, ti měli uvedený vždy AIDS a syfilis.

Názory se lišily při sestavování žebříčků závažnosti pohlavních nemocí vzhledem ke konkrétní osobě dotazovaného. Nejvíce respondentů se obává nemoci

AIDS, více než tři čtvrtiny dotázaných. Desetina se nejvíce obává syfilis, 7% hepatitid a zbývajících 7% kapavky a herpetických infekcí. Naopak nejméně obávané STI - desetina dotázaných uvedla AIDS až na posledním místě, jako nejméně obávanou STI. Syfilis je nejmenší hrozbou pro 4%. Téměř polovina dotázaných se neobává virových herpetických infekcí, čtvrtina nemá obavy z kapavky a 15% z hepatitid.

Částečně se tedy potvrdila hypotéza třetí, která předpokládala obavy populace před HIV/AIDS infekcí, ale ignoraci možného přenosu další STI. Najdou se i takoví, pro něž ani HIV/AIDS infekce nepředstavuje závažné nebezpečí.

Navazuje další otázka, vztažená na ochranu před STI. Kondomem se chrání 42% dotázaných, což částečně vyvrací čtvrtou hypotézu, která předpokládá používání kondomu asi ve třetině případů. Stejný počet dotázaných má stálého partnera. Posledních 17% se nechrání vůbec. Ve srovnání s výzkumem Doc. Kuklové bylo dosaženo téměř opačných výsledků. Respondentů, kteří nepoužívali kondom vůbec nebo zřídka byly tři čtvrtiny. Zbylá čtvrtina kondom většinou použila. Rozdílné výsledky jsou dány skladbou respondentů u obou výzkumných šetření. Doc. Kuklová prováděla šetření mezi venerickými pacienty, z nichž asi 15% bylo uživateli drog.

Velmi rozmanité byly odpovědi při dotazu na věk zahájení sexuálního života. Nejčastěji bylo uvedeno 16-17 let (30 a 34). Stejný počet dotázaných začal se sexem v 18 letech anebo v 15. Pouze dva dotázaní překročili hranici 20 let. Šest respondentů uvedlo věk prvního sexuálního styku 13-14.

S věkem zahájení sexuálního života nepřímo souvisí i počet vystřídáných sexuálních partnerů. Do pěti partnerů vystřídalo 67% dotázaných. Mezi 6-10 uvedlo 21%, 11-20 uvedlo 6% dotázaných. Více než 20 stihlo vystřídát sedm respondentů, přičemž maximální počet byl 45 sexuálních partnerů.

## ZÁVĚR

Výskyt pohlavních nemocí vždy býval ukazatelem společenských a výchovných jevů ve společnosti. Po preventivní akci v ČSSR v padesátých letech zaměřené na PN došlo k úplné eliminaci nových případů. Od 60. let počet nových případů opět zvolna narůstá.

Nejohroženější skupinou pro přenos STI jsou lidé mezi 21-24 lety. Cílem předložené bakalářské práce bylo zjistit informovanost mladé populace mezi 16 a 35 lety o STI pomocí dotazníkového šetření, metodou kvantitativního výzkumu.

V teoretické části byla popsána historie pohlavních nemocí ve světě a vývoj oboru dermatovenerologie u nás. Rozebrána byla pětice pohlavních nemocí a ochrana proti jejich přenosu.

V praktické části jsou již prezentovány a interpretovány výsledky výzkumného šetření. Byly vysloveny čtyři hypotézy. První hypotézu se nepodařilo potvrdit. Předpoklad, že lidé s vyšším vzděláním jsou lépe informováni o STI než lidé se vzděláním nižším, nebylo možné objektivně dokázat. Počet vysokoškolsky a středoškolsky vzdělaných respondentů významně převyšoval počet respondentů se základním vzděláním a vyučených.

Hypotéza druhá se v podstatě potvrdila. Téměř polovina dotázaných využívá k získávání informací internet. Dále byla uvedena televize, informační letáky, odborná literatura a na posledních místech škola, časopisy a odborný lékař.

Částečně se potvrdila hypotéza třetí, jejímž předpokladem byly obavy alespoň poloviny respondentů před HIV/AIDS infekcí, ale ignorace možné nákazy některou z dalších STI. Tři čtvrtiny dotázaných mají obavy před nákazou HIV/AIDS, zbylá čtvrtina má obavy nejvíce z ostatních STI. Desetina dotázaných nemá z nákazy HIV/AIDS obavy vůbec.

Čtvrtá hypotéza se potvrdila také částečně. Kondomem se chrání téměř polovina dotázaných oproti předpokládané třetině.

Příčin nárůstu nových případů STI, včetně vrozené syfilis je celá řada. Kromě promiskuity, nízkého věku prvního sexuálního styku a nedostatečné bariérové antikoncepce je také narušení depistážního systému a zrušení povinnosti návštěv poraden u gravidních. Nemalou měrou přispívá i příliv cizinců z východního bloku, zejména z bývalého SSSR, kde dochází k explozivnímu nárůstu HIV/AIDS, zatímco

v zemích západní Evropy je situace prozatím stabilizovaná. Migrací obyvatel z těchto chudých zemí se pro ČR stává reálným nebezpečím šíření HIV/AIDS infekce.

Prevenčí proti přenosu této infekce a ostatních STI je mezioborovou záležitostí. Vzdělávání populace je třeba provádět kontinuálně a systematicky, nikoliv kampaňovitými jednostranně zaměřenými akcemi, které časem utichnou. Pouze společným bojem proti kriminalitě, prostituci, šíření drog a zejména důslednou osvětou nastávající generace se může podařit eliminovat výskyt a negativní dopad STI nejen v ČR, ale na celém světě.



## SEZNAM ZDROJŮ

- BENEŠ, Jiří. *Infekční lékařství*. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-644-1.
- BRAUN-FALCO, Otto et.al. *Dermatologie a venerologie*. Bratislava: Osveta, 2001. ISBN 80-8063-080-1.
- ČERNÝ, Zdeněk. *Infekční nemoci*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1997. ISBN 80-7013-241-8.
- FRANĚK, Jiří. Syndrom rizikového chování v dospívání. *Medicína: odborné fórum lékařů a farmaceutů*. [online]. Praha: Wald press, 1998, 5., 4., s. 4 [cit. 2012-01-02]. Dostupné z: [http://zdrava-rodina.cz/med/med498/m498\\_40.html](http://zdrava-rodina.cz/med/med498/m498_40.html)
- GÖPFERTOVÁ, Dana, Petr PAZDIORA a Jana DÁŇOVÁ. *Epidemiologie infekčních nemocí: Učebnice pro lékařské fakulty*. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0452-3.
- JIRÁSKOVÁ, Milena. Pionýři české dermatologie a syfilidologie. *Dermatovenerologie: Referátový výběr*. Praha: Czechopress, 2004a, roč. 46, 1/2004, s. 51-55. ISSN 1213-9106.
- JIRÁSKOVÁ, Milena. Pionýři české dermatologie a syfilidologie. *Dermatovenerologie: Referátový výběr*. Praha: Czechopress, 2004b, roč. 46, 2/2004, s. 50-53. ISSN 1213-9106.
- JIRÁSKOVÁ, Milena. Pionýři české dermatologie a syfilidologie. *Dermatovenerologie: Referátový výběr*. Praha: Czechopress, 2004c, roč. 46, 4/2004, s. 60-63. ISSN 1213-9106.
- JIRÁSKOVÁ, Milena. *Dermatovenerologie: Učební texty pro bakaláře*. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0636-4.
- KAŠTÁNKOVÁ, Věra. *Rizikové chování dospívajících a jeho prevence: Mládež a sexuálně přenosné choroby*. Praha: Free Teens Press, 2000. ISBN 80-902898-0-0.
- KAŠTÁNKOVÁ, Věra. Venerický pacient. *Zdravotnické noviny: Lékařské listy* [online]. 2003, 5.(33), 8 [cit. 2011-12-29]. Dostupné z: <http://www.zdn.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/venericky-pacient-156105>
- KUKLOVÁ, Ivana. *Získaná syfilis v pražské populaci. Vývojové tendence a souvislosti, sérologická diagnostika*. Praha, 2009. Habilitační práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta.

- RESL, Vladimír, Jiří VOLTR a Karel PIZINGER. *Venerologie*. Praha: Karolinum, 1994. ISBN 80-7066-828-8.
- RESL, Vladimír a kol. *Dermatovenerologie: učební texty pro bakalářské studium*. 2. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0456-6.
- ROB, Lukáš, Alois MARTAN a Karel CITTEBART. *Gynekologie*. 2. Praha: Galén, 2008. ISBN 978-80-7262-501-7.
- SNAKE, S., V. RESL, J. HRABÁK a D. HRUBÁ. Lymphogranuloma venereum : už i u nás?. *Česko-slovenská dermatologie*. Praha: Olympia, 2010, roč. 85, č. 3, s. 164-168. ISSN 0009-0514.
- ŠTORK, Jiří et al. *Dermatovenerologie*. Praha: Galén, 2008. ISBN 978-80-246-1360-4.
- WEISS, Petr et al. *Sexuologie*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2492-8
- WIKIPEDIA. *History of condoms* [online]. b.r. [cit. 2012-03-01]. Dostupné z: [http://en.wikipedia.org/wiki/History\\_of\\_condoms](http://en.wikipedia.org/wiki/History_of_condoms).
- ZÁHEJSKÝ, Jiří a kol. *Vybrané kapitoly z dermatovenerologie pro depistážní sestry*. Brno: Institut pro další vzdělávání zdravotníků v Brně, 1989. ISBN 80-7013-009-1.
- ZÁKOUCKÁ, Hana. Syfilis – tradiční choroba, současný problém II. In: *Státní zdravotní ústav* [online]. 27.12.2007 [cit. 2012-01-10]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/tema/prevence/syfilis-tradicni-choroba-soucasny-problem-ii>

## SEZNAM GRAFŮ

|  |    |
|--|----|
| <i>Graf č. 1: Rozdělení dle věku a pohlaví</i> .....           | 46 |
| <i>Graf č. 2: Dosažené vzdělání respondentů</i> .....          | 47 |
| <i>Graf č. 3: Rozdělení počtu chyb</i> .....                   | 48 |
| <i>Graf č. 4: Jsou pohlavní nemoci v ČR na ústupu</i> .....    | 49 |
| <i>Graf č. 5: Nejčastější důvody nárůstu STI</i> .....         | 49 |
| <i>Graf č. 6: Zdroj informací o pohlavních chorobách</i> ..... | 50 |
| <i>Graf č. 7: Otázka č.6</i> .....                             | 51 |
| <i>Graf č. 8: Otázka č.14</i> .....                            | 52 |
| <i>Graf č. 9: Otázka č.15</i> .....                            | 53 |
| <i>Graf č. 10: Otázka č.18</i> .....                           | 54 |
| <i>Graf č. 11: Otázka č.19</i> .....                           | 55 |
| <i>Graf č. 12: Otázka č.20</i> .....                           | 56 |
| <i>Graf č. 13: Nejvíce obávané STI</i> .....                   | 57 |
| <i>Graf č. 14: Nejméně obávané STI</i> .....                   | 57 |
| <i>Graf č. 15: Zahájení sexuálního života</i> .....            | 58 |
| <i>Graf č. 16: Počet sexuálních partnerů</i> .....             | 58 |
| <i>Graf č. 17: Zkušenosti s pohlavní chorobou</i> .....        | 59 |
| <i>Graf č. 18: Způsoby ochrany před STI</i> .....              | 59 |

## SEZNAM ZKRATEK

|          |   |
|----------|---|
| AIDS     | angl. Acquired immunodeficiency syndrome, syndrom získané imunodeficiency.  |
| anti HCV | protilátky proti hepatitidě typu C  |
| ATB      | antibiotika   |
| BWR      | Bordetova-Wassermannova reakce  |
| CNS      | centrální nervový systém  |
| DNA      | angl. Deoxyribonucleic acid, deoxyribonukleová kyselina   |
| ELISA    | angl. Enzyme-Linked Immuno Sorbent Assay, nejpoužívanější imunologická metoda k detekci protilátek a antigenů               |
| FTA-Abs  | angl. FTA (Fluorescent Treponemal Antibody) - Abs (absorption), fluorescenční - absorpční test, specifický treponemový test |
| HbsAg    | angl. Hepatitis B surface Antigen, australský antigen, antigen na povrchu viru hepatitidy B                                 |
| HBV      | hepatitida typu B   |
| HIV      | angl. Human immunodeficiency virus, virus lidské imunodeficiency  |
| HPV      | angl. Human papilloma virus, lidský papilomavirus   |
| IgM      | imunoglobulin M   |
| IPVZ     | Institut pro další vzdělávání ve zdravotnictví v Brně   |
| K-PNC    | krystalický penicilin, penicilin draselná sůl   |
| LGV      | Lymphogranuloma venereum  |
| NRPN     | Národní registr pohlavních nemocí   |
| PCR      | angl. polymerázová řetězová reakce  |
| PN       | pohlavní nemoc  |
| P-PNC    | procain penicilin   |
| RRR      | rychlá reaginová reakce   |
| RT-PCR   | angl. Real time PCR, detekce přírůstků již během replikace DNA  |
| STD      | angl. Sexually transmitted diseases, sexuálně přenosné nemoci   |
| STI      | angl. Sexually transmitted infections, sexuálně přenosné infekce  |
| SPHA     | angl. Solid phase hemadsorption, specifická sérologická metoda k vyšetření syfilis  |

|      |   |
|------|---|
| TPHA | angl. Treponema pallidum haemagglutination assay, specifická sérologická metoda k vyšetření syfilis   |
| TPI  | Treponema pallidum imobilizační test  |
| VDRL | angl. venereal disease research laboratories test, vyhledávací test na přítomnost nespecifických protilátek , sérologický netreponemový test proti kardiolipinu |

## **SEZNAM PŘÍLOH**

PŘÍLOHA A - obrázky

PŘÍLOHA B – informovaný souhlas

PŘÍLOHA C – hlášení pohlavní nemoci

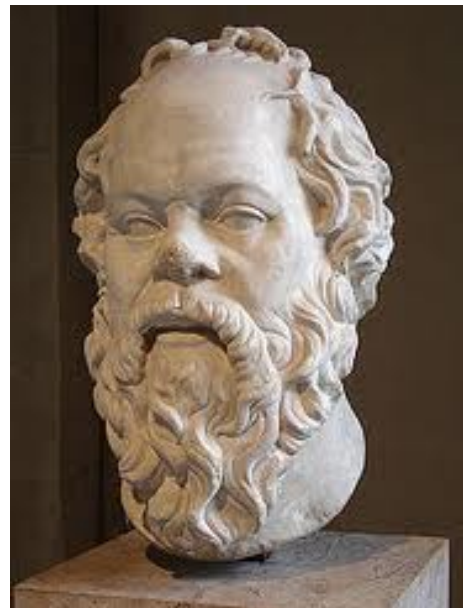
PŘÍLOHA D – pokyny – kapavka, syfilis

PŘÍLOHA E - dotazník

# PŘÍLOHA A - OBRÁZKY



Obr.č. 1: strana z *De Morbo Gallico*, r. 1564, Gabriele Fallopio popisuje první použití kondomu proti přenosu syfilis



Obr.č. 2 : Sókrates



Neisser

Obr.č. 3 : Albert Neisser



Obr.č. 4 : Ferdinand Hebra



Obr.č. 5 : Alexander Fleming



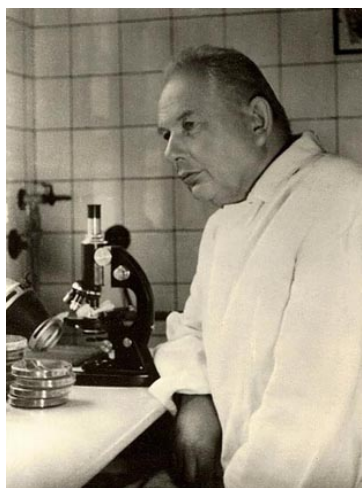
**Obr.č. 6 : Vilém Ignác Petters**



**Obr.č. 7 : Vítězslav Janovský**



**Obr.č. 8 : Karel Gawalowski**



**Obr.č. 9 : Václav Tomášek**



**Obr.č. 10 : Leopold Pospíšil**



**Obr.č. 11 : Antonín Trýb**

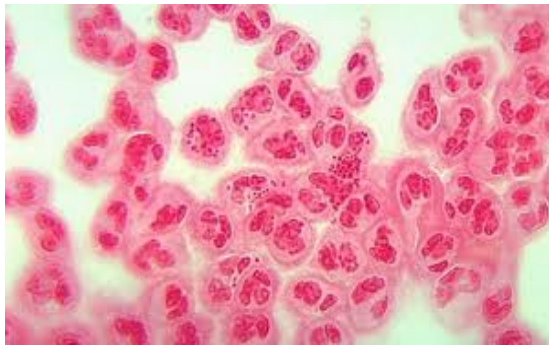


**Obr.č. 12 : Hutschinsonovy řezáky  
(syphilis congenita)**



**Obr.č. 13 : Perforace patra (perforovaná gumma)**

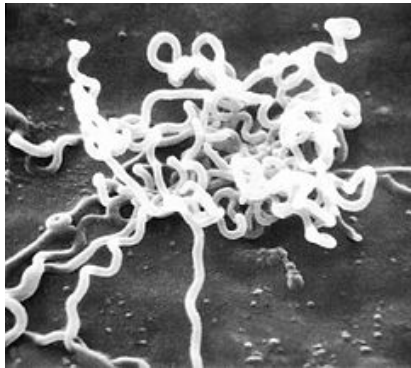




Obr.č. 14 : *Neisseria gonorrhoeae*



Obr.č. 15 : Kapavčitá konjunktivitída



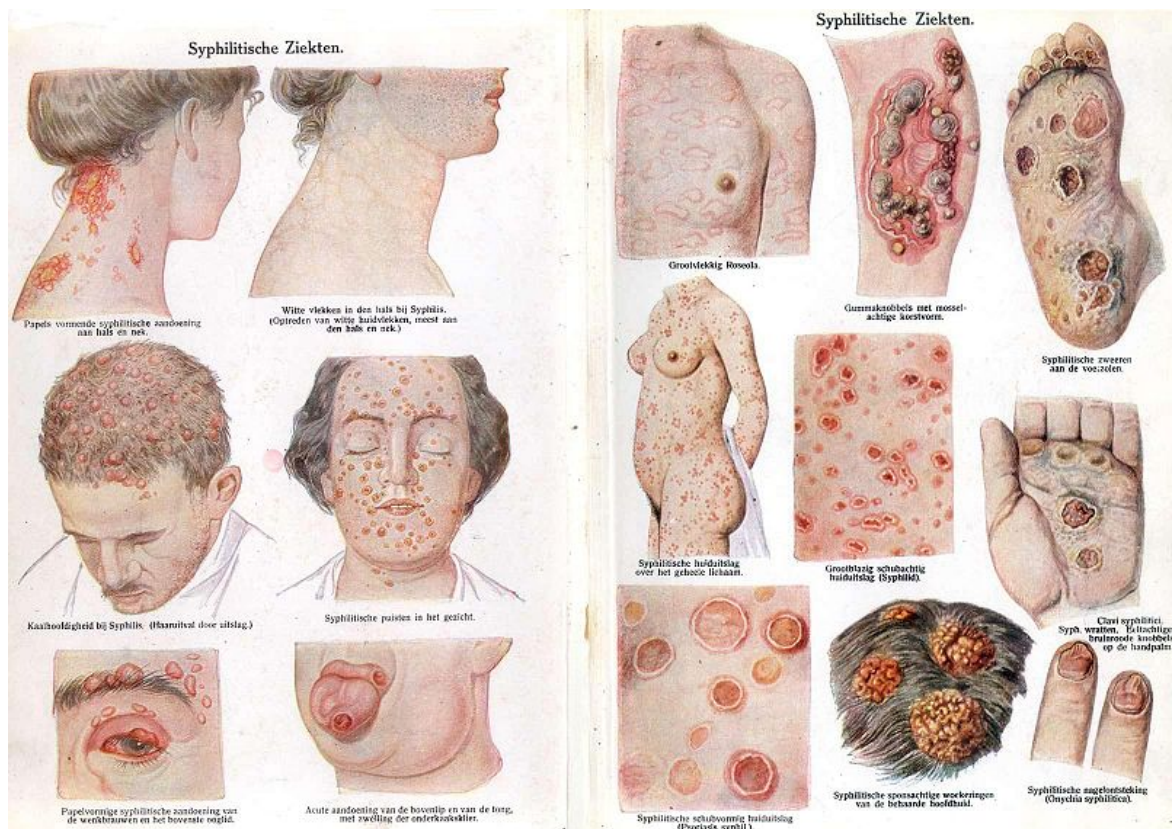
Obr.č. 16 : *Treponema pallidum*



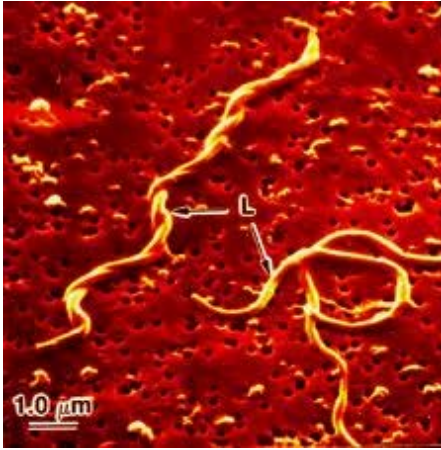
Obr.č. 17 : Roseola zad



Obr. č. 18 : Ulcus durum



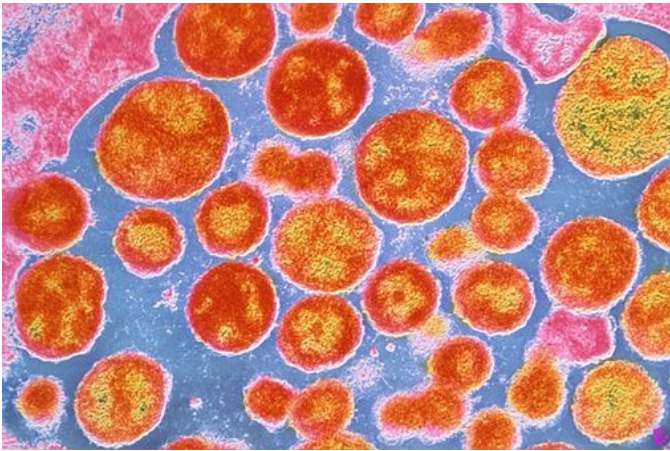
Obr.č. 19 : Eruptivní léze II. stadia syphilis



*Obr.č. 20 : Haemophilus Ducreyi*



*Obr.č. 21 : Ulcus molle*



*Obr.č. 22 : Chlamydia trachomatis*



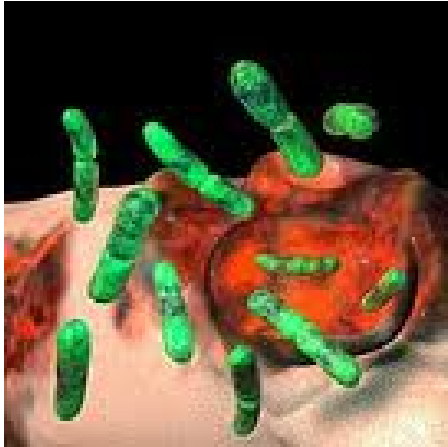
*Obr.č. 23 : Ulcus molle*



*Obr.č. 24 : Lymphogranuloma venereum*



*Obr.č. 25 : Lymphogranuloma venereum*



*Obr.č. 26 : Klebsiella granulomatis*



*Obr.č. 28 : Granuloma inguinale*



*Obr.č. 27 : Granuloma inguinale*



*Obr.č. 29 : Příklad na testování kondomů elektrickým výbojem*



# PŘÍLOHA C – HLÁŠENÍ POHLAVNÍ NEMOCI

**UPOZORNĚNÍ:**  **VYPLŇUJTE** vždy samostatně p o u z e list s černým a modrým tiskem, jedná se o SAMOPROPISOVACÍ TISKOPIS!

DŮVĚRNÉ

## HLÁŠENÍ POHLAVNÍ NEMOCI

**A**  
IČ/PČZ           odd.            rodné číslo            č. obce byd.

Zdravotnické zařízení .....

Adresa bydliště ..... Okres .....

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

### Ekonomická aktivita

01. dítě
02. žák, student
03. v domácnosti
04. voják základní služby
05. voják profesionál
06. zaměstnanec MV
07. ostatní zaměstnanec
08. důchodce invalidní
09. důchodce starobní
10. nezaměstnaný
11. jiná .....
12. neudána

### Vzdělání

1. základní neukončené
2. základní ukončené
3. střední odborné
4. úplné střední odborné
5. úplné střední všeobecné
6. bakalářské
7. vysokoškolské
8. dítě předškolního věku
9. nezjištěno

### Stav

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

### Etnikum

1. Čech
2. Rom
3. cizinec

### Sexuální zaměření

1. heterosexuál
2. homosexuál
3. bisexuál
4. jiné .....
5. nezjištěno

### Sexuální chování

- (zakroužkujte i kombinaci uvedených možností)
1. prostitute
  2. promiskuita
  3. náhodný styk
  4. jiné .....
  5. nezjištěno

### Sexuální a ostatní rizika

- (zakroužkujte i kombinaci uvedených možností)
1. styk s cizincem
  2. nechráněný styk
  3. alkoholik
  4. i. v. uživatel drog
  5. vazba
  6. vězeň
  7. bezdomovec
  8. jiná .....
  9. nezjištěna

### Vyšetření HIV

1. pozitivní
2. negativní
3. nezjištěno

### Výskyt onemocnění

1. poprvé v životě
2. poprvé ve sled. roce
3. reinfekce

### Onemocnění zjištěno

1. náhodně
2. pro typické potíže
3. pro atypické potíže
4. depistáží
5. při porodu
6. při úmrtí

### Gravidita / týden

1. ano
2. ne
1. akutní
2. chronická

**Datum 1. návštěvy:** den   měsíc   rok

**Datum vyšetření:** den   měsíc   rok

**Datum zahájení léčby:** den   měsíc   rok

**Datum vyšetření HIV:** den   měsíc   rok

### Diagnóza potvrzena

(zakroužkujte i kombinaci uvedených možností)

01. kultivačně
02. serologicky
03. mikroskopicky
04. LCR, GEN-PROBE
05. v zástínu
06. netreponem, testy (RRL, VDRL)
07. anti syfilis EIA
08. anti syfilis IgM EIA
09. TPI test
10. TPHA
11. 19 S IgM SPHA
12. FTA-ABS
13. pitva
14. jinak .....

### Léčení

1. ambulantně
2. při hospitalizaci
3. neléčen

### ATB/druh

01. Amoxicilin
02. Azithromycin
03. Benzathin-Penicilin
04. Benzyl-Penicilin
05. Ceftriaxon
06. Doxycyklin
07. Erythromycin
08. Ofloxacin, Ciprofloxacin
09. Spectinomycin
10. Tetracyklin
11. jiná ATB .....

### Kombinace s jinými sexuálně přenosnými nemocemi

(s A 49.3, A56, A60, A63, A64, B20.8, B37.3, B37.4, B85, B86, N34.1)

1. ano
2. ne

DG1

DG2

DG3

### Zdroj

1. znám
2. neznám

### Kontakty

1. ano
2. ne

## B Diagnózy dle podrobného seznamu MKN - 10

### A 50 VROZENÁ SYFILIS:

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

### A 51 ČASNÁ SYFILIS:

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

### A 55 LYMPHOGRANULOMA VENEREUM (CHLAMYDIOVÝ):

### A 57 CHANCROID - ULCUS MOLLE:

Datum hlášení den   měsíc   rok

Razítko a podpis lékaře \_\_\_\_\_

### A 52 POZDNÍ SYFILIS:

- .0 - kardiovaskulární syfilis
- .1 - neurosyfilis s příznaky
- .2 - asymptomatická neurosyfilis
- .3 - neurosyfilis, NS
- .7 - jiná pozdní syfilis s příznaky
- .8 - pozdní syfilis, latentní
- .9 - pozdní syfilis, NS

### A 53 JINÁ A NEURČENÁ SYFILIS:

- .0 - latentní - neurč. jako časná nebo pozdní
- .9 - syfilis, NS

### A 54 GONOKOKOVÁ INFEKCE:

- .0 - dolního pohl. a moč. ústrojí bez abscesu periuretrálních a přídát. žláz
- .1 - dolního pohl. a moč. ústrojí s abscesem periuretrálních a přídát. žláz
- .2 - pelvipéritonitida a jiné gonokokové infekce pohl. a moč. ústrojí
- .3 - oka
- .4 - svalové a kosterní soustavy
- .5 - gonokoková faryngitida
- .6 - řiti a rektu
- .8 - jiné gonokokové infekce
- .9 - gonokokové infekce, NS

**C** DEPISTÁŽNÍ ŠETŘENÍ pohlavní nemoci

DŮVĚRNÉ

Jméno nemocného: ..... Rozený / á: ..... R. Č.: .....

Adresa bydliště: .....

Zaměstnání: ..... Pracoviště: .....

Hospitalizace/Zdrav. zařízení: .....

od den   měsíc   rok     do den   měsíc   rok    

Dispenzarizace/Zdrav. zařízení: .....

od den   měsíc   rok    

## ZDROJ NÁKAZY:

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

## KONTAKTY A DALŠÍ OHROŽENÉ OSOBY (manžel/ka, živ. partner/ka, děti, rodiče, sourozenci, atd.)

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

Vyplnil: .....

Razítko a podpis lékaře:

Datum den   měsíc   rok

# PŘÍLOHA D – POKYNY – KAPAVKA, SYFILIS

NÁRODNÍ  
CENTRUM PODPORY  
ZDRAVÍ



## POKYNY PRO NEMOCNÉ KAPAVKOU

by mohli vznést i žalobu o poškození zdraví.

Současný stav vědy umožňuje nemoc zcela vyléčit. **Při nákaze kapavkou může dojít k přenosu ostatních pohlavně přenosných infekcí** jako je syfilis, trichomonáza, nákaza chlamydií nebo virem HIV, která je nejzávažnější, neboť je příčinou nemoci AIDS. Proto se pacientům s těmito infekcemi doporučuje, aby podstoupili i **krvní zkoušku na HIV**, jelikož je významné procento těch, kteří mají těchto nákaz současně více.

a informace ve většině případů ambulantní léčby jsou známy pouze omezenému okruhu zdravotníků (lékař, laborant, sestra). Za hospitalizace je kolektiv zdravotníků samozřejmě poněkud větší. Diagnostika se nesdílje (ani nesmí) na pracoviště. Neuvádí se na potvrzení o pracovní neschopnosti, karty jsou uloženy pouze na kožních odděleních a nikdo nepovolovaný k nim nemá přístup. Pro zdravotníky je to péče o nemocné s tímto přístupem jako k jiné infekční nemoci.

Lékaři jsou vzdálení jakémkoliv vyhrůžování, vždy se snaží s každým nemocným dohodnout, ale u **nezodpovědných jedinců je možno využít zákonných norem** proti vědomému šíření infekčních nemocí, ohrožování zdraví jiných osob či ustanovení o nucené hospitalizaci (např. nezletilých) apod.

**Následující pravidla jsou ověřena praxí a zkušenostmi:**

- Zadržovat se pohlavního styku podle rady lékaře po dobu infekčnosti a kontrol.
- Informovat svého partnera (y).
- Přivést na vyšetření své partnery nebo ohrožené osoby, nebo uvést všechny zdroje a kontakty a pomoci je vyhledat, třeba při využití naší depistážní služby. Je to důležité i ve vlastním zájmu, neboť tyto jedinci

Napsal doc. MUDr. Vladimír Rešl  
Recenzovala MUDr. Soňa Křemenová  
Vydalo Národní centrum podpory zdraví, Praha 1995  
I. vydání  
Vytiskl EPAVA OLOMOUC  
Náklad 95 000 výtisků  
Neprodejně



Na podkladě vyšetření Vám odborný lékař sdělil, že máte kapavku. Onemocnění patří mezi **nejčastější přenosná, nakažlivá pohlavní onemocnění (STD-sexually transmitted diseases).**

**Je vyvoláno** mikroskopickým zárodkem, žijícím na sliznicích močového a pohlavního ústrojí. Vně organismu podléhá rychle zevním vlivům a hygie. Z těchto důvodů dochází k nálezům převážně **po pohlavním styku. Nepřínou cestou** může k přenosu dojít především osobní hygieny (houbami, zinkami, ručníky, nočními nádobami apod.) nebo spodním a ložním prádlem. Znečištěným dosud vlhkým kapavčím hnisem. Nepohlavním stykem jsou nejvíce ohroženy malé děti, u dospělých je nepohlavní nákaza velmi vzácnou výjimkou.

Kapavka se **projevuje** u dospělých hnisavým zánětem sliznic močového a pohlavního ústrojí, který se vyvíjí 4 - 7 dní po naze. Zůstane-li nemocný bez léčby, přechází akutní zánět po několika týdnech do chronického stadia a může být i příčinou závažných komplikací.

**U muže** bývá prvním příznakem kapavčitého onemocnění lehké svědění až pálení v přední části močové trubice a slabý hlenovitý výtok, dále se mohou dostavit až řezavé bolesti, hlavně při močení. Výtok se mění na hnisavý, ústí močové trubice i předkožka se často zanítí. Někdy tuto nelze stáhnout zpět přes žalud, jindy naopak může zpět přetažená předkožka žalud uskfřinovat. V takových případech lze pozorovat i bolestivost a zánět příslušných mízních cév a tříselných uzlin. Zánět zachvátí celou močovou trubici, někdy se objeví i zvýšená teplota. Naopak existují i muži, kteří mají tak malé obtíže, že je mohou přehlédnout a nemoc pak přechází do chronického stavu.

Ráno, když nemocný dělá dobu nemocil, prozrazuje se onemocněním kapkou řídkého hlenohnisu v ústí močové trubice. Ke zmožení výtoku dochází pouze po pohlavním vzrušení nebo po požití alkoholu. Bolesti při močení ustávají, nemocný je však stále zdrojem nákazy a je ohrožen tím, že nemoc postupně na vyšší úseky močového a pohlavního ústrojí. Nekomplikovaná kapavka

se u muže hojí většinou bez následků. Komplikací je zánět nadvarlat, vedoucí ke slepení vývodu semene, příp. neplodnosti nebo k zánětu prostaty, méně často ke zúžení močové trubice nebo k tvorbě píštělí.

**U ženy** je postižena kapavkou především sliznice močové trubice a děložního hrdla. Sliznice pochvy u dospělých žen nebývá postižena. Hlavním příznakem je hnisavý výtok a lehké pálení. Výtoku žena zřídka věnuje pozornost a nepřidá-li se jiná komplikace, může onemocnění i přehlédnout. Některé ženy si uvědomí, že jsou nemocné, teprve tehdy, jsou-li svými partnery označeny za zdroj nákazy. Zárodky kapavky mohou napadnout další úseky močového a pohlavního ústrojí, často jsou zachváčeny velké žlázy ve stydkých pyscích, kdy po zatlakání se odměšuje nepatrné množství hnisu. Zánět může být bouřlivý a vést ke vzniku hlízy (opouzdřený zánět). Závažnou komplikací je pak přestup nákazy na dělohu a vejcovody; projevující se krvácením (metroragií) nebo zánětem v malé pánvi napodobujícím náhlou příhodu břísni, jako např. zánět slepého střeva. Takový zánět, poměrně častý, pak vede i ke slepení vejcovodu a neplodnosti.

**U mužů i u žen** může vést sliznice močového a pohlavního ústrojí onemocněním kapavkou i oční spojivka. Postihuje převážně novorozene infikované matkou za porodu. Včasně vykapávání spojivkových vaků slabým desinetickým roztokem je nařizováno. U dospělých jde zpravidla o hrubé porušení hygienických zásad, dojde-li k přenosu kapavčité nákazy do očního vaku. Oko je ohroženo zřídka, rohovka a oslepnutím. Vyplavení kapavčích zárodků do krve a přenosu nákazy do kloubní výstelky, šlachové pochvy nebo dokonce na vnitřní orgány se staly díky účinné moderní léčbě raritou.

Nemocné kapavkou může **spolehlivě a účinně léčit pouze odborný lékař**. Pokorní léčení vede většinou k podávkování léku, nemoc přechází z akutního stadia do chronického, aniž by se nemocný vyléčil, a nelze zabránit opakované naze od nevyšetřené a neléčeného partnera.

Z hlediska morálního, etického a z důvodu ochrany

dalších zdravých lidí, mnohdy i nevinných dětí, měl by **nemocný s vědomím vlastní zodpovědnosti zachovávat určitá pravidla**, která mají za cíl zamezit šíření infekce a pomoci vyhledat ohrožené či nemocné osoby.

Je třeba dodržovat ve vlastním zájmu určitou životosprávu. Doporučuje se nedržívát dítěta, zákaz požívání alkoholu a omezení sportovních výkonů. Tíže onemocnění i další okolnosti určují, zda se zvolí ambulantní léčba nebo pobyt na lůžku. Během léčení a v průběhu kontrolních vyšetření po vyléčení není možný pohlavní styk po dobu, kterou upřesní ošetřující lékař. Termíny kontrolních vyšetření určuje lékař a pacient je má dodržovat. U žen se provádí alespoň jedna kontrola za menstruace. Nemocný kapavkou se má v určitých termínech před léčbou a po ní podrobit i vyšetření krve na protilátky proti HIV a původci syfilisu. Během léčení a po dobu kontrol nesmí pacient darovat krev.

Na podkladě shora uvedených skutečností je zřejmé, že je nejlepší se svěřit se všemi svými problémy lékaři specializovanému. **Všichni zaměstnanci venereologických pracovišť jsou nejen povinni, ale i speciálně školeni zachovávat lékařské tajemství**

**POTVRZUJI PŘÍJEM "POKYNU PRO NEMOCNÉ KAPAVKOU"**

.....  
podpis

.....  
datum



Na podkladě shora uvedených skutečností je zřejmé, že nejlepší východiskem ze vzniklých problémů je **důvěřovat lékařům** - specialistovi a plně s ním spolupracovat. **Všichni zaměstnanci venerologických pracovišť jsou speciálně školeni v zachování lékařského tajemství** a informace jsou ve většině případů ambulantní léčby známy pouze úzkému okruhu zdravotníků (lékař, laborant, sestra; u lůžek je samozřejmě okruh pracovníků mírně větší). Pro tento personál se jedná o běžnou péči o nemocné, bez jakýchkoli senzací, s přístupem jako k jiným infekčním nemocem. Bez svolení nemocného nelze informace o této nemoci někde použít.

Z hlediska morálního, etického, a z důvodů ochrany dalších zdravých lidí a mnohdy i nevinných dětí **má nemocný, resp. měl by mít, povinnost zachovávat určitá pravidla**, která mají za cíl zamezit šíření, vyhledat zdroje infekce, ohrožené či nemocné osoby a chránit samotného nemocného před následky a komplikacemi této nemoci.

Jsmo vzdálení jakémukoli vyhrožování, ale **proti nezodpovědným jedincům je možné využít zákonných norem**, jako je vědomé šíření infekčních nemocí, ohrožování zdraví jiných osob apod.

**Následující pravidla jsou ověřena praxí a zkušenostmi**, a proto je vědomě dodržujte ke svému prospěchu:

- Zadržte se pohlavního styku po dobu doporučenou lékařem (většinou po dobu infekčnosti a po dobu kontroly).
- Odložte sňatek a postupujte dle rady lékaře.
- Informujte o své situaci partnera(y), ev. ve spolupráci s lékařem.
- Přiveďte na vyšetření své partnery či ohrožené osoby, nebo využijte naši depistážní služby, která je vyhledává sama (epidemiologické šetření).
- Uveďte všechny osoby, se kterými jste měl pohlavní či jiný úzký styk, což je důležité i ve vašem zájmu, neboť nejjistější jedinci by vás mohli příp. žalovat o poškození jejich zdraví.
- Dodržujte i nadále pravidla bezpečnějšího sexu hlavně tím, že budete mít stálého partnera a budete používat kondom, neboť ten vás může ochránit před infekcí a případným těhotenstvím.

Tyto pokyny vycházejí ze skutečnosti, že současný stav vědy nám umožňuje nemoc zcela vyléčit, nebo její postup zastavit. **Každý nemocný musí však pamatovat na tu okolnost, že přestálé onemocnění přijíci neposkytuje nikdy ochranu před novou nákazou.** Kdo onemocněl přijíci, nesmí být nikdy dárce krve, ani když byl zcela vyléčen.

**Při nálezce dochází často k přenosu dalších pohlavně přenosných nemocí (STD)**, takže lékař musí provést vyšetření i na další infekce. Nejčastější kombinace je s kapavkou, chlamydiovou nákazou, trichomonázou a v posledních letech pak s nejzávažnější pohlavně přenosnou nemocí, způsobenou virem HIV - s nemocí AIDS. Proto doporučujeme, abyste si dali provést **ikrevní zkoušky k určení protilátěk proti viru HIV**, a to před léčbou syfilis a při kontrolách, neboť náleza může probíhat po určitou dobu skrytě a není hned prokazatelná. Ve svém zájmu můžete o své nemoci informovat i jiné lékaře, neboť tak odstraníte zbytečné tápání a případné chyby v diagnostice jiných chorob.

Napsal doc. MUDr. Vladimír Resl, recenzovala MUDr. Soňa Křemenová, vydalo Národní centrum podpory zdraví, Praha, 1995, 1. vydání, tisk WENDY Melník, náklad 90 000 výtisků, neprodejné



## pro nemocné přijíci



Národní centrum podpory zdraví

Na podkladě vyšetření Vám odborný lékař sdělí, že máte příjici, resp. syfilis, lues. Onemocnění patří mezi **závažně pohlavně přenosné infekce (STD - sexually transmitted diseases)**. Nemoc je způsobena mikroorganismem šroubovicového tvaru, spirochetou (Treponema pallidum), která je velmi citlivá na zevní vlivy, proto mimo tělo člověka rychle zhymne. Skoro 100 % přenosů se uskutečňuje **pohlavním stykem**. Výjimečně za příznivých podmínek se můžeme nakazit i nepohlavním stykem. **Nepohlavní způsob přenosu nákazy** může ohrozit všechny příslušníky rodiny, hlavně děti (lžbání, mazlení, užití předmětů bezprostředně po nemocném). Syfilis je zvláštní nemoc, přezdvíá se i „opice nemoc“ pro její vlastnost napodobovat řadu dalších chorob. Má také většinou charakteristický časový průběh, který je nutný nejen pro určení doby nákazy, ale i fáze, resp. stadia a závažnosti onemocnění. Infekci lze většinou získat pohlavním stykem, pak se jedná o tzv. příjici získanou, nebo se lidský plod nakazí od nemocné matky, což je příjice vrozená.

**Získaná syfilis** (dosud neléčená) probíhá ve 3 stadiích.

**1. stadium** vzniká po inkubační době 2 - 3 týdnů, ale různými vlivy (např. při náhodné léčbě) se tato může prodloužit až na 110 dní. Prvním příznakem je oděrka nebo zatvrdlina, příp. vřed, většinou nebolestivý, který může být spojen s tvrdým otokem. Nachází se v místě prvního vstupu infekce. V 5. - 6. týdnu po infekci dochází opět k nebolestivému zduření mizních uzlin, zprvu nejbližších původnímu ložisku. Asi 9. týden začnou zduřovat uzliny i jiné po těle.

Tím nemoc přechází do **2. stadia**, charakterizovaného na kůži vyrážkou různého vzhledu, přičemž se hlavně v místech vlhké zapářky vyvíjejí široce nasadající výrůstky, zvané široké kondylomy, s vlhkým, často rozštěleným povrchem, které jsou rovněž silně nakažlivé. Vyrážky i ostatní projevy se mohou i spontánně hojit, takže nemoc má fáze latentce (skrytého průběhu). U některých postižených může období výrazek probíhat tak málo nápadně, že si jich méně pozorný nemocný ani nevšimne.

**3. stadium:** Nemoc se může po době latentce opět projevit. Příznaky mají sklon se stále více seskupovat, shlukovat a tvořit až hrboly. Tyto nazýváme gummaty proto, že časem změkknou a po provalení produkují lepkavou

žlutou tekutinu, podobnou arabské gumě. Vzniká vřed, hojí se jizvou. Gummata mohou být nejen na kůži, ale vyskytují se i v játrech, svalech, kostech, na jazyku, v mozku, v cévách. Tak může např. při postižení srdečnice dojít k náhlému úmrtí prasknutím této cévy.

Nemoc také vede k degenerativním pochodům nervového systému, často až za 10 - 15 let po infekci, a způsobuje pak závažná onemocnění mozku a míchy, tabes dorsalis (míšň úbytě), a progresivní paralyzu, mající několik klinických forem. Nemoc končí bez léčby úplnou demencí a rozpadem životních funkcí, takže nemocný musí být umístěn v psychiatrické léčebně. Projevy pokročilé příjice jsou ohrožení i nemocní, kteří se léčí nedbale, léčení přerušili předčasně nebo docházeli k lékářské nepravdělně.

U **vrozené příjice** záleží na době, kdy se matka infikovala, a na délce těhotenství. V případě časně neléčené infekce, kdy plod je zaplaven treponematy, je buď potracen, nebo mrtvě porozen, případně je živý a těžce postižený typickými, různorodými projevy vrozené příjice. Takto podaný průběh je jen nepatrným zlomkem znalosti a zkušenosti, které musí lékař o nemoci vědět, a také vlastní léčba a vyšetřování jsou značně složitá.

Je nutno zdůraznit důležitý moment, že nemoc je snáze zvládnutelná do období mezi 1. a 2. stadiem, tj. v době mezi počátkem postižení mizních uzlin a jejich zduřením po celém těle. V této době vznikají v těle protitělky proti spirochetě, které jsou lékáři schopni určit krevním vyšetřením, a tak i v období bezpříznakového stanovit diagnózu. Testy jsou zpravidla pozitivní po 3 týdnech po vzniku vředu, tj. asi za 6 týdnů po nález. Přesnější metoda, tzv. Nelsonův test, bývá pozitivní poněkud později. Změna krevních zkoušek z negativních na pozitivní je důležitým mezníkem v průběhu onemocnění.

**Léčení** chronické infekční nemoci, jako je příjice, předpokládá aktivní spolupráci ze strany nemocného. Je třeba zachovávat nejen pravidelnost v léčení, ale dodržovat též určitou životosprávu. Doporučuje se umírněnost v tělesných výkonech, je správné začít s léčením na nemocničním lůžku, kde lze pohodlně zachovávat i všechna potřebná hygienická opatření. Ostých nebo zbytečný strach, že dojde k prozrazení povahy nemoci, nejsou na místě. Běžným průvodním

jevem na začátku léčení bývá zvýšení teploty přes 39°C a celková nevolnost. Nemocní, léčení v období negativní krevních zkoušek, tj. do 6 týdnů po nález, jsou bezpečně zbaveni všech zárodků. U těch, kteří přišli na léčení později, vymizí rovněž všechny příznaky, někdy se však nepodaří léčením změnit pozitivní reakce v krvi na negativní, někde v těle přetrvávají ve tkáních zárodky ukryté, a proto jsou všichni nemocní ponecháni v lékářských kontrolách, když jsou úplně bez obtíží. Těm, jimž zůstaly známky prodělaného onemocnění ve formě pozitivních krevních zkoušek, se doporučuje sdělit tuto skutečnost nastávajícímu manželovi nebo manželce před uzavřením sňatku. Provdané ženy, které onemocněly příjici současně s manželem, mají odsunout možnost počati dítěte do doby určené lékařem. Ženy, které přestaly přijici a nebyly vyřazeny z evidence, tj. přetrvávají u nich pozitivní krevní testy, se musí poradit s ošetřujícím lékařem při každém těhotenství. Přenos příjice pupečnickovým krevním oběhem na plod je u žen řádné a dostatečně dlouho léčených málo pravděpodobný. Přesto je v zájmu matky a dítěte provést za těhotenství zajišťovací léčení.

podpis

datum

## POTVRZUJI PŘÍJEM „POKYNU PRO NEMOCNÉ PŘÍJICI“

## **PŘÍLOHA E - DOTAZNÍK**

**Dobrý den. Ráda bych Vás poprosila o spolupráci ve výzkumném šetření, které má za úkol zjistit informovanost mladé generace o pohlavních a pohlavně přenosných chorobách (STI). Toto téma je stále pro spoustu lidí tabuizované, ačkoli by to mělo být právě naopak. Nízká informovanost má za následek šíření pohlavně přenosných chorob bohužel i mezi lidmi mladšími 15-ti let. Je to důsledek stále se snižujícího věku, kdy lidé začínají s pohlavním životem. Tento dotazník je intimní, proto jsou veškeré údaje anonymní.**

**Výsledky výzkumného šetření budou součástí mojí bakalářské práce. Pokud budete mít jakékoli dotazy, můžete mě kontaktovat na níže uvedené emailové adrese.**

**Celý dotazník by Vám neměl zabrat více než 15 minut a u většiny otázek je několik možných odpovědí.**

**Děkuji Vám za spolupráci.**

**Petra Veselá, studentka FZS ZČU v Plzni.**

**kontakt : [sestrapeta@seznam.cz](mailto:sestrapeta@seznam.cz)**

1. Vaše pohlaví

muž

žena

2. Váš věk

16 – 20

21 – 25

26 – 30

31 – 35

3. Vaše vzdělání

základní

vyučení

středoškolák

vysokoškolák

student VŠ

jiné .....

4. Vaše sexuální orientace

heterosexuál

homosexuál

jiné .....

5. Máte zdravotnické vzdělání ?

ano

ne

6. Víte, pro který obor jsou hlavní náplní práce pohlavní choroby?

stomatologie

venerologie

chirurgie

manželská poradna

žádný z uvedených

7. Myslíte si, že jsou pohlavní choroby v ČR na ústupu či nikoliv ? Uveďte proč.

.....  
.....  
.....  
.....

8. Nechával/a jste se někdy anonymně testovat na přítomnost HIV v krvi?

ano

ne

uvažuji o tom

9. Odkud jste získal/a první informace o sexu ?

rodiče

základní škola

střední škola

televize

časopisy

kamarádi

jiné .....

10. Souvisely s tím také informace o pohlavních chorobách ?

ano

ne

11. Máte zkušenosti s pohlavní chorobou ?

ano, osobní

ano, blízká osoba

ano, známý

ne, nikoho takového neznám

jiné .....

12. V kolika letech jste zahájil/a svůj sexuální život ?

.....

13. Kolik jste měl/a sexuálních partnerů ?

do 5

6 – 10

11 – 20

více – kolik ? .....

14. Co si představíte pod pojmem promiskuita ?

sex za peníze

časté střídání sexuálních partnerů

mimomanželský sex

výstřední oblékání

15. Které z uvedených chorob byste zařadil/a mezi STI ?

syfilis

kapavka

AIDS

hepatitida B, C

rýma

chlamydiová infekce

16. Odkud získáváte informace o pohlavních chorobách nyní ?

internet

informační letáky

televize

odborná literatura

jiné .....

nezajímám se o to

17. Pokud se o toto téma nezajímáte, uveďte proč ?

.....

18. Co považujete za „chráněný sex“ ve vztahu k pohlavním chorobám ?

- použití kondomu
  - užívání antikoncepce
  - měření bazální teploty
  - jiné
- .....

19. Jaké jsou nejtypičtější cesty přenosu STI ?

- podáním ruky
- z matky na dítě – přes placentu (transplacentárně)
- krevní cestou – např. kontaminovaná injekční stříkačka (drogově závislí)
- pohlavním stykem
- při porodu
- kýchnutím, kašláním (kapénkovou infekcí)

20. Existují také pohlavní choroby vrozené ?

- ano – uveďte které.....
- ne
- nevím

21. Jak se Vy osobně chráníte před přenosem STI ?

.....

.....

22. Sestavte žebříček závažnosti STI podle toho jak velkou hrozbu podle Vás představují ?

( 1 – nejméně závažná, 5 – nejzávažnější, případně označte pro Vás stejně závažné stejnou číslicí )

- syfilis
- AIDS
- kapavka
- hepatitidy

virové herpetické infekce ( HPV, condylomata accuminata-bradavičnaté výrůstky na genitálu, herpes genitalis-opar na genitálu )

