

vybrané zajímavosti z oblasti reprodukčního zdraví

VYBRANÉ ZAJÍMAVOSTI Z OBLASTI REPRODUKČNÍHO ZDRAVÍ

Publikace vznikla v rámci osvětové a informační kampaně
Labestra – Láska beze strachu,
pořádané Společností pro plánování rodiny a sexuální výchovu.
Tento materiál neprošel autorskou korekturou.

MUDr. Miroslav Havlín

ADC Sanatorium s.r.o.

Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu (SPRSV)

Dr. Radovan Haluza

GENERI BIOTECH s.r.o.

MUDr. Ivo Procházka, CSc.

Sexuologický ústav 1. LF a VFN

Česká společnost AIDS pomoc (ČSAP)

Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu (SPRSV)

MUDr. Drahomíra Polcarová

Chlamydie o.s.

Editorka: **Mgr. Zuzana Prouzová**

Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu (SPRSV)

ÚVOD

REPRODUKČNÍ ZDRAVÍ

MUDr. Miroslav Havlín

Termín reprodukční zdraví nemá jednoznačnou, obecně uznávanou definici – spíše je tolik definic, kolik autorů. Jeho definice se hodně prolínají i s obecnými definicemi zdraví či sexuálního zdraví.

První obecněji uznávaná definice je z pera autorů WHO (Světová zdravotnická organizace): „Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, a ne jen nepřítomnost nemoci nebo vady.“

Tato obecná definice zdraví byla postupně aplikována (s různými úspěchy) na lidskou reprodukci, košatila a stávala se méně přehlednou.

V roce 2002 se definice sexuálního zdraví WHO již rozrostla na delší text: „Sexuální zdraví je stav tělesné, duševní a sociální pohody ve vztahu k sexualitě; není to jen nepřítomnost nemoci, dysfunkce či vady. Sexuální zdraví vyžaduje pozitivní a uctivý přístup k sexualitě a partnerství, stejně jako schopnost mít uspokojení z bezpečného sexu prostého nátlaku, diskriminace a násilí. Aby bylo sexuální zdraví dosaženo a udrženo, musí být sexuální práva všech osob respektována, chráněna a naplňována.“

Ze zhruba stejné doby pochází definice reprodukčního zdraví z pera Geneva Foundation for Medical Education and Research a říká, že „reprodukční zdraví je stav tělesné, duševní a sociální pohody, ve všech ohledech vztažený k reprodukční soustavě, a to ve všech etapách života. Dobré reprodukční zdraví předpokládá, že lidé budou schopni uspokojujícího a bezpečného sexuálního života, budou schopni se rozmnožovat a převezmou svobodu v rozhodování o těchto otázkách.“

Z domácích luhů a hájů další varianta: „Reprodukční zdraví je schopnost oplodnit (u muže), otěhotnět, donosit a porodit zdravé dítě (u ženy). Zahrnuje oplození, početí, průběh těhotenství, nitroděložní vývoj nového jedince a porod.“ (Machová, Hananová 2002).

V rámci emailové poradny SPRSV jsem byl před časem dotázán na rozdíl mezi sexuálním a reprodukčním zdravím. Tak jsem si přisadil do velkovýroby definic i já.

Reprodukční zdraví = schopnost se úspěšně, bezproblémově množit, čili mít děti kdy si přeji bez lékařské pomoci.

Sexuální zdraví = spokojenost s celým sexuálním životem, koitálními i nekoitálními aktivitami. Reprodukční zdraví je pro většinu lidí podmnožinou sexuálního zdraví.

Nicméně nejvíce se mi líbí prostá věta, jejíž autor neznám: „Reprodukční zdraví je schopnost oplodnit, otěhotnět, donosit a porodit zdravé dítě.“

Rád vzpomínám na svého kroužkového učitele na medicíně. Byl to docent Brousil z katedry nukleární medicíny a jeho oblíbený výrok „jsou dva druhy fyziků – jedni vymýšlejí fyzikální poznatky a druzí fyzikální jednotky“ mne provází celý život. Proto přejdeme k poznatkům a definici si každý utvoří sám - či se bez ní obejde.

LIDSKÉ PAPILOMAVIRY

MUDr. Miroslav Havlín

Vraťme se do relativně nedávné historie – do 20. let minulého století. Do této doby je nejčastějším ženským onkologickým onemocněním karcinom čípku děložního, kterým onemocní cca 30% žen. Žen převážně mladých, nejčastěji ve věku 30 – 40 let, většinou matky více malých dětí.

V polovině téže dekády jsou vymyšleny teoretické principy záchytu předrakovinných stavů na čípku a na přelomu 20. a 30. let jsou rozvinuty do klinicky použitelného systému – gynekologické prevence, jejíž stěžejní náplní je záchyt prekanceróz (stavů přecházejícím karcinomu čípku).

Princip kombinace kolposkopie (prohlédnutí povrchu čípku pomocí zvláštního mikroskopu) a odběru onkologické cytologie (stěr buněk z povrchu a kanálku čípku děložního s následným obarvením a mikroskopickým zkoumáním) umí velmi přesně určit míru ohrožení ženy karcinomem. Dle výsledku je žena sledována v příslušných časových intervalech. Při zcela normálním nálezu 1x ročně, při mírných, nezávažných změnách za 3 - 6 měsíců. Pokud jsou změny výraznější (ale stále benigní) je indikováno jednoduché, obvykle ambulantní, ošetření čípku děložního a v případě nebezpečnějšího nálezu je na místě plastika čípku děložního. Cesta od normálního nálezu ke karcinomu je dlouhá – 5 až 15 let a proto jsou voleny intervaly mezi kontrolami se značným bezpečnostním koeficientem. Z uvedeného vyplývá, že žena, pravidelně docházející dle rad lékaře na preventivní prohlídky, nemůže onemocnět karcinomem čípku.

Prevence má v podstatě jeden stěžejní problém – žena na ni musí přijít. Bohužel téměř polovina naší populace gynekologickou prevencí ignoruje.

Další otázkou je, proč vzniká karcinom čípku. Na základě ohromného množství odborných prací byly určeny hlavní rizikové faktory gynekologické (časný start sexuálního života, promiskuita spojená s vyšším výskytem pohlavně přenosných nemocí, časná a rychle po sobě jdoucí porody apod.) i negynekologické (především tabakizmus, dále nemoci a medikace vedoucí ke snížení imunity). Zdůrazňuji – moderní nízkodávkovaná antikoncepce není rizikovým faktorem, byť se tak někdy uvádí na základě starších studií s vysokodávkovanými kontraceptivy (byť i v těchto pracích nebyla jednoznačně prokázána kauzální souvislost). Nicméně hlavní příčina stále unikala, až počátkem 90. let byla identifikována hlavní příčina vzniku karcinomu čípku – infekce lidskými papilomaviry.

Lidské papilomaviry (HPV) jsou velmi početnou skupinou čítající cca 120 typů. Velká část z nich se podílí na vzniku novotvarů (benigních i maligních) v mnoha lokalizacích. Asi nejznámější papilomavirovou infekcí jsou obyčejné kožní bradavice, s kterými se setkal téměř každý člověk. V gynekologii cca 10 typů se podílí na vzniku karcinomu čípku děložního (nejrizikovější jsou typy 16 a 18), další desítka typů (nejčastěji typy 6 a 11) způsobuje vznik benigních změn genitálu správně zvaných kondylomata accuminata (česky špičaté fíčky). Bohužel se uchytil otrocký překlad z angličtiny a obecněji je tato nemoc nazývána „genitální bradavice“ – i když kožní bradavice jsou sice HPV infekcí, ale jinými typy a jiného vzhledu.

Na tyto objevy hbitě zareagoval farmaceutický výzkum a na přelomu tisíciletí se začaly testovat vakcíny proti nejnebezpečnějším HPV typům. Vznikly dvě vakcíny

lišící se šíří záběru na počet typů HPV a doplňkovými imunostimulačními přísadami. V roce 2006 byly obě vakcíny uvedeny na náš trh.

Stěžejní otázka – co očkování ženě dá a nedá. Obě vakcíny působí proti nejnebezpečnějším HPV typům (16,18) a zkrříženým efektem i na další typy. Očkování ženu nezbaví povinnosti pravidelných gynekologických prohlídek – redukce rizika karcinomu čípku není absolutní a na čípku mohou vzácně (5%) vznikat i malignity jiného typu (sarkom, hemangiom apod.). Benefity jsou snížení pravděpodobnosti vzniku karcinomu čípku o 80% (je-li očkována v optimálním věku, jinak je redukce o 75-78%), z toho vyplývají lepší výsledky při gynekologické prevenci (menší pravděpodobnost častějších kontrol) a výrazná redukce ošetření čípku děložního během života. Vliv na již vzniklé prekancerózy je též výrazně pozitivní a je předmětem intenzivního studia.

Očkovací látka působící proti benigním typům HPV (6,11) redukuje výskyt kondylomat o 96-99%.

Kdy očkovat? Ve studiích, prováděných v mnoha státech světa, často s velmi odlišnou socioekonomickou úrovní a odlišným životním stylem, vyšly překvapivě shodné výsledky. Ve všech populacích byla nejvyšší imunitní odpověď mezi 11 až 13 lety, nejvyšší míra ochrany před HPV infekcí vycházela při očkování 1-2 roky před koitarche. Optimální očkovací věk v našich podmínkách je proto 11-15 let. Prolíná se zde nejvýraznější imunitní odpověď a připravenost na kontakty s HPV po startu intimního života, který nastává v průměru okolo 16-17 let. Očkování však je možné (a vhodné) v každém věkovém pásmu, výhody jsou jen o několik málo procent menší než v optimálním očkovacím věku.

Podrobnější poradu o očkování proti HPV poskytnete ženě ošetřující lékař (u mladších dětský a dorostový gynekolog či pediatr, u dospělých žen gynekolog), který na základě konkrétního zdravotního stavu a zájmu pacientky pomůže i s volbou konkrétní vakcíny.

SAMOVYŠETŘOVÁNÍ PRSU

MUDr. Miroslav Havlín

Před vznikem gynekologické prevence byl karcinom prsu druhým nejčastějším onkologickým onemocněním u žen a po nástupu a rozvoji prevence karcinomu čípku se stal nejčastější ženskou malignitou. Na rozdíl od karcinomu čípku nemá možnost skutečné prevence ve smyslu záchytu předrakovinových stavů, je zde snaha o záchyt onemocnění v co nejčasnějším (a nejlépe léčitelném) stádiu.

Karcinom znamená maligní bujení vycházející ze žláznatých struktur prsu a tvoří zhruba $\frac{3}{4}$ maligních onemocnění prsu. Má několik variant lišících se morfologií a klinickým průběhem – nicméně vůči samovyšetřování je můžeme brát jako jednu skupinu. Na prsou najdeme i maligní útvary vycházející z dalších struktur – kůže, pigmentové tkáně, vazivových či tukových struktur, cév apod. Tyto tumory mají odlišné chování – hlavně nemají tak silnou vazbu na dědičnost jako karcinom. Samovyšetřování je nastaveno i na jejich detekci.

Problematikou prsů se zabývá obor senologie (z francouzského sein = prs), což je interdisciplinární obor (integrující rentgenologii, patologii, chirurgii, onkologii,

imunologii atd.) komplexně pečující o všechna onemocnění prsu, především tumory benigní i maligní, vývojové vady, zánětlivá onemocnění, patologickou sekreci z bradavky a mnoho dalších.

Karcinomem prsu onemocní během života cca 16% žen – suché číslo, zkuste si personifikovat třeba na pracovišti, srazu přátel apod. Která je ta šestá, co onemocní? Budu to já nebo některá jiná? Poté Vám bude problematika připadat podstatně nálehavější.

Situace v naší zemi se postupně zlepšuje – stále více karcinomů je zachyceno v raných stádiích, což spolu s velkými pokroky v operativně a následné komplexní onkologické péči vede k velmi dobré léčitelnosti. Na druhou stranu přes veškerou osvětu stále významná část žen (cca 30-40%) ignoruje pravidelná zobrazovací vyšetření. O frekvenci samovyšetřování prsou nejsou exaktní čísla – ale klinická zkušenost říká, že budou ještě horší než u zobrazovacích metod.

Snahu o záchyt maligních onemocnění prsu lze rozdělit do několika kroků. Rád je přirovnávám ke stavbě domu.

ZÁKLADY

Základem budovy zvané péče o prsa je vytipování rizikových žen na základě anamnézy. Pokud najdeme v rodinné (rodové) anamnéze dvě nebo více žen s karcinomem prsu či jednu v bezprostřední genealogii (matka, sestra, dcera), významně stoupá pravděpodobnost vzniku onemocnění. Rovněž výskyt karcinomu vaječníků je rizikovým faktorem. V osobní anamnéze je (jako u všech onkologických onemocnění) nejrizikovějším faktorem tabakismus, dále všechny stavy a medikace snižující imunitu, některé hormonální dysbalance apod. Podrobněji ženě vysvětlí její osobní anamnézu její ošetřující gynekolog.

Proč tak velký důraz na anamnézu? Karcinom prsu je z velké části vrozené, geneticky podmíněné onemocnění dané genovými mutacemi označovanými BRCA 1 a 2, které nacházíme u 80 – 90% žen s karcinomem prsu a zhruba u poloviny žen s karcinomem vaječníků.

Zde si dovolím odbočku k obecně rozšířenému mýtu, že hormonální léčba (antikoncepční či substituční) zvyšuje riziko vzniku prsu. Hlavní mechanismus vzniku karcinomu je vrozená mutace buněk v mléčné liště a všechny ostatní vlivy jsou spouštěcí, nikoliv příčinné (přirovnejme si k pistoli – spoušť je dána, prst je pohyblivý). U žen do 40 let nemají hormonální léčby žádný vliv na rozvoj karcinomu prsu. U žen po čtyřicítce hormonální léčby snižují věk onemocnění – to je jejich nevýhoda. Na druhou stranu tyto ženy jsou poučeny a pečlivěji kontrolovány a mají časnější záchyt onemocnění a tím i lepší léčebné výsledky než jejich vrstevnice bez hormonální léčby – to je jejich benefit. Ve věku nad 60 let, kdy se v Evropě hormonální léčby užívají již minimálně, najdeme v obou skupinách shodný výskyt karcinomu prsu. Pozor na publikace z USA, tam je praxe hormonálních léčeb velmi odlišná a často v rozporu s evropskými zvyklostmi.

PŘÍZEMÍ

Přízemím stavby je samovyšetřování prsou. V naší zemi je haněno a otloukáno ze všech stran, ve vyspělém světě tvoří jádro péče. Uvědomme si, že každá žena má mléčnou žlázu jinou než ostatní, stejně jako otisky prstů. Individuální přístup

nic nenahradí! Každá žena se naučí znát konkrétní tvar mléčné žlázy a tukovou a vazivovou strukturu celého prsu, stejně jako vzhled kožních a pigmentových struktur na jeho povrchu. Samovyšetřování má dvě základní pravidla:

Stejný čas

Vždy vyšetřovat ve stejné fázi cyklu. Optimální je závěr menses, kdy v ženském těle dominují estrogeny a proto je mléčná žláza nejvíce kondenzovaná a pohmatově nejvíce kontrastní vůči tukovému a vazivovému aparátu celého prsu. Notorickou chybou je vyšetřovat před menses, kdy se prsa „hlásí“ zvýšenou citlivostí a napětím k prohmatání. V tyto dny pod vlivem dominujících gestagenů je mléčná žláza nateklejší – ale každý měsíc jinak. Ženy, které nemenstruují (z jakékoli příčiny) nemají cyklické změny mléčné žlázy a stanoví si nějaký den v měsíci, kdy budou vyšetřovat (prvního v měsíci, den výplaty apod.).

Stejná metoda

Metod, jak vyšetřovat prsa, je popsáno okolo dvacátky. Z toho vyplývá, že žádná není ani lepší, ani horší než ostatní. Objektivně řečeno, rozdíly mezi nimi nejsou nijak zásadní. Samovyšetření vždy začíná pohledem na prsa, kdy žena sleduje případné změny v symetrii prsou a stav kožních částí včetně bradavek. Prohmatávání vlastního prsu pak provádí dle návodu, který má k dispozici. Informačních materiálů je dostatek ve většině zdravotnických zařízení, stejně tak se dají najít na internetu.

Ženě trvá cca 1,5 – 2 roky, než se naučí dobře znát svá prsa. Pro mnoho žen je vhodné před zahájením samovyšetřování jít na zobrazovací vyšetření. Toto úvodní zobrazovací vyšetření ji hodně napoví a zvýší její jistotu při hodnocení samovyšetření. Lékaři nechtějí po ženách žádné diagnostické závěry – pokud si žena po samovyšetření řekne „je to stejné jako minule“ má měsíc volno, pokud „nejsem si jista, že je to stejné jako minule“ sviští nejkratší cestou na zobrazovací vyšetření.

Často se ženy ptají, kdy začít se samovyšetřováním. U nerizikových žen není chybou začít ve dvacátých letech života, určitě je moudré po 30. roce se pečlivě kontrolovat. Je třeba si uvědomit, že mateřství zásadním způsobem přestaví strukturu prsu a po naplnění rodičovských plánů se žena učí samovyšetřování tak trochu znova. Ženy z rizikových skupin jsou obvykle již navázané na specializované senologické pracoviště, kde jsou poučeny o vhodných postupech dle míry jejich rizika.

PRVNÍ PATRO

Prvním patrem jsou zobrazovací metody, především mamografie a sonografie, prováděné na specializovaných, kvalitně vybavených pracovištích, které mají návaznost na další specializované služby. Podle současné legislativy začínají pravidelná zobrazovací vyšetření u nerizikových žen od 45 let, odborná společnost doporučuje spíše od 40 let. Základní intervaly mezi vyšetřeními jsou dva roky, ale dle konkrétního stavu se mohou zkracovat. Rizikové ženy pochopitelně vstupují do systému v nižším věku – záleží na míře rizika.

Bohužel častým postojem žen je „byla jsem na mamografii, vše bylo v pořádku, dva roky se mi nemůže nic stát“. Zobrazovací vyšetření říká, jaký je stav prsu v danou chvíli, nemá žádný prospektivní, vědecký efekt. Ženě říká, že to, co hmatá, je v pořádku a že má v samovyšetřování pokračovat. Proto je samovyšetřování přízemím a zobrazovací metody prvním patrem.

DALŠÍ PATRA

Do druhého a dalších pater pomyslné budovy dorazí ženy, u nichž bylo v prvním patře (tj. při zobrazovacím vyšetření) vysloveno podezření na změny (benigní i maligní) v prsu. Najdeme zde specializovanější zobrazovací vyšetření (počítačová tomografie, magnetická rezonance), různé formy biopsií a následná histologická a cytologická vyšetření, chirurgickou péčí včetně plastické a komplexní onkologickou péčí.

PREVENCE POŠEVNÍCH ZÁNĚTŮ

MUDr. Miroslav Havlín

Nejčastějším gynekologickým onemocněním je zánět pochvy (kolpitis), často spojený s iritací zevního genitálu (vulvovaginitis). Setkáváme se běžně se synonymy fluor či výtok. Diagnostika a léčba tohoto onemocnění tvoří 20-40% pracovní náplně ambulantních gynekologů a nikoliv bezvýznamnou složku nemocničních pohotovostních služeb.

Příčin a forem fluoru je veliké množství – uplatňují se zde infekce bakteriemi, kvasinkami, viry i prvoky. Často se opomíjejí neinfekční, především chemické, alergické a hormonální příčiny výtoku.

Typickým a častým fenoménem je opakování poševních zánětů, tzv. recidivující kolpitis, která může přecházet až do chronického vaginálního dyskomfortu.

Hlavním obranným mechanismem pochvy je fyziologické nízké poševní pH 3,5-4. Při tomto pH se daří pouze laktobacilům, především kmeni *Lactobacillus Döderleini*. Ten produkuje především kyselinu mléčnou a peroxid vodíku, látky zodpovědné za poševní kyselost a desinfekční efekt vaginálního sekretu. Role ostatních složek obrany pochvy (imunoglobuliny, vitamíny, stopové prvky apod.) je studována, ale netvoří jasný klinicky použitelný systém. Vzestup na pH 4,5-5 a výše již znamená zvýšení pravděpodobnosti poševního zánětu. Z toho vyplývá, že hlavními předpoklady vzniku poševního zánětu je pokles počtu laktobacilů a/nebo vzestup poševního pH.

Každá žena má v pochvě přítomno okolo deseti bakteriálních kmenů, vedle dominantních laktobacilů najdeme v nevelkém množství zcela individuální směs nejružnějších mikroorganismů, se kterými je žena sžita – jde o tzv. saprofyty.

Tento mechanismus platí u ženy hormonálně aktivní, estrogenizované – tj. zhruba od menarche (nástupu menses – průměr v ČR je 12 let 3 měsíce) a končí rok či dva po menopauze (posledních menses – průměr 49 let a 3 měsíce). V dětském a předchodovém období laktobacily mají minimální význam. Na druhou stranu v těchto etapách je výskyt poševních zánětů menší než u hormonálně aktivních žen. Dále se proto budu věnovat především nejzranitelnějšímu období plné estrogenizace.

Poševní prostředí prodělává cyklické změny závislé na poměru dvou základních skupin pohlavních hormonů – estrogenů a gestagenů. Po menses v ženském těle dominují estrogeny, vaginálního sekretu je málo a je v něm minimum živin, v důsledku toho jsou mikroorganismy rády, že přežívají. V druhé polovině cyklu výrazně přibývá gestagenů, které vedou k vyšší produkci poševního sekretu a hlavně k velkému obsahu živin v něm. Prostě – mikroorganismům se prostírá bohatá hostina a tak se začnou hojně množit. Proto velká většina onemocnění vzniká či graduje v premenstruačním období.

Na základě klinické praxe proberu několik témat, ve kterých se často chybuje. Je třeba předeslat, že každá žena je jiná a následující doporučení jsou obecná, každá žena si je musí upravit podle sebe a míru. Text v žádném případě nemůže nahradit péči ošetřujícího gynekologa, je orientován spíše na předlékařskou domácí péči.

Velkým problémem naší i evropské medicíny je nadužívání antibiotik. Chyby nalézáme na obou stranách – lékařské („pro jistotu napíšeme antibiotika“) i patientské („to mi ani antibiotika nenapišete?“). Mimo to, že antibiotika srážejí celkovou imunitu, navíc u žen mění poševní mikroflóru. Hubí hodné obránce laktobacily, které jsou velmi citlivé na antibiotickou léčbu. Patogenních kmenů se antibiotická léčba dotýká obvykle méně (gauneři vydrží více). Důsledkem je v lepším případě snížení, v horším vymizení poševních laktobacilů s následným vzestupem pH. Proto je správné užívat antibiotika, pouze pokud jsou plně indikována, tj. když jejich benefit převažuje nad riziky. Během antibiotické léčby je vhodné do pochvy aplikovat boraxové globule či vaginální laktobacily.

Další ožehavou tematikou je osobní hygiena. S nadsázkou je možno říci, že ženský genitál byl sestrojen na přítomnosti vody a vzduchu a civilizační vymoženosti mu nesvědčí. Žádná kosmetika či mýdla nemají pH odpovídající fyziologické pochvě. Proto je vhodné používat produkty s nižším pH, která jsou menším zlem než ostatní. Mýdla užívat pouze jsou-li nezbytně nutná a doporučujeme velmi dobře spláchnout. Různé tzv. hygienické ubrousky či kapesníčky, deodoranty a další kosmetické produkty si musí každá žena ozkoušet, zda jí vyhovují.

Specifickou kapitolou je menstruační hygiena, kde probíhá reklamní souboj výrobců jednotlivých pomůcek. Mýty o škodlivosti tamponů byly již dávno vyvráceny. Objektívni medicínské studie nenacházejí podstatnějších rozdílů, významnější je správné zacházení s menstruační pomůckou a především přiměřené časté obměňování. Opět zdůrazňuji individuální, značně rozdílnou toleranci jednotlivých postupů. Silně nevhodné se jeví trvalé nošení slipových vložek mimo menses – pěstují se pod ní anaerobní bakterie a tak se zvyšuje zánětlivé riziko. Druhá poznámka - výtok či inkontinence moči se mají léčit a neschovávat pod vložku.

Oblékání je další obsáhlou a dosti polemickou kapitolou. Určitě je vhodné preferovat kalhotky z přírodních materiálů. Umělá vlákna při kontaktu s vlhkostí vchodu poševního spouští elektrochemické děje, které zvyšují poševní pH. Výrazný je vliv formaldehydu, který se uvolňuje především z džínoviny (nezáleží na střihu!). Nejednoznačné názory jsou na nošení těsných kalhot. S oblékáním souvisí i volba pracích prášků, aviváží a dalších produktů – opět zde platí individuální zkušenost.

Pohlavní a močový systém tvoří jeden funkční celek – nezapomínejme na termín urogynekologická onemocnění. Nejsou čistě gynekologická či urologická onemocnění – vždy jsou zasaženy oba systémy, je pouze otázkou, který více. Proto při péči o jeden systém nesmíme zapomínat na druhý. Dolní močové cesty mají jedinou úspěšnou obranu – vynikající pitný režim. Klasické hospodské heslo „každá nemoc je zanedbané pití“ zde má velkou váhu (na typu kapaliny tolik nezáleží). Minimální denní příjem tekutin je 1,5 - 2 litry. Platí při teplotách do 20 °C, při mírné pohybové aktivitě a bezproblémovém močení. Pokud je překročen některý z uvedených parametrů, přidáváme 50 - 100% tekutin navíc.

Pohlavní styk je pro poševní prostředí výrazná zátěž. Vedle mechanického dráždění zde mohou vznikat mikrooděrky na sliznici poševní (zvláště při horší lubrikaci),

transfer neznámých mikroorganismů a při ejakulaci do pochvy dochází k vzestupu poševního pH, protože sperma je lehce alkalické. Nicméně zdravá pochva si umí poradit i s touto zátěží.

Nemoci, zátěže jakéhokoliv typu, stresy apod. – zkrátka každé vybočení z všedních dnů zvyšuje potenciál k onemocnění.

Častým problémem je nedostatečná délka léčby zánětu – ženy přestanou brát léky, jakmile se jim uleví. Dobírání léků je jedním ze základních principů antimikrobiální léčby – lokální či celkové. Často se podceňuje doléčení – po každém zánětu je třeba rekonstruovat poševní prostředí, nejčastěji je na místě aplikace vaginálních laktobacilů. Bohužel část gynekologů pacientky o této problematice nepoučí – a na druhou stranu ženy často tyto informace nepožadují.

Často se setkáváme se snahami řešit gynekologické problémy negynekologickými postupy – ale pochva je dosti autonomní systém. Bohužel je zde minimum objektivních, dvojitě slepých studií a velmi mnoho dojmologie, ideologie a komerce. Mezi nejčastější negynekologické postupy patří především početná dietologická doporučení, zvláště o nevhodnosti cukru. Jeho omezení má smysl pouze u žen s poruchami glycidového metabolismu (diabetes či jeho předzvěstné formy). Pojídání laktobacilů je dosti sporné – kudy se dostanou do pochvy? Tzv. léčebné čaje (stejně jako jiné fotoprodukty) mají neznámé složení a vedle pozitivně působících složek mají i negativní, nemluvě o vlivu znečištěného životního prostředí.

V posledních letech se rozšiřuje spektrum prostředků pro domácí péči o pochvu. Především uvolnění všech vaginálních laktobacilů a boraxových globulí na podzim loňského roku výrazně rozšířilo možnosti předlékařské péče.

NOVINKY DĚTSKÉ GYNEKOLOGIE

MUDr. Miroslav Havlín

Málokterý medicínský obor má zřetelné datum narození jako gynekologie dětí a dospívajících (GDD). 12. 9. 1940 profesor MUDr. Rudolf Peter založil první ambulanci GDD na světě a o měsíc otevřel první lůžkové oddělení, obě v areálu dětských nemocnic v Praze Na Karlově. Profesor Peter během války napsal i první učebnici GDD na světě. Pro vztah české země k tomuto oboru je charakteristické, že kniha ve válkou nedotčené Praze nenašla vydavatele a vyšla v rozbombardovaném Lipsku roku 1947.

Počátkem padesátých let přešla pracoviště GDD pod Fakultu dětského lékařství UK, resp. nástupnickou 2. lékařskou fakultu UK. Pod vedením profesora Petera a jeho následníků (docenta MUDr. Karla Veselého a profesora MUDr. Jana Hořejšího DrSc.) se obor postupně rozvíjel a zapouštěl povědomí v širší lékařské i laické veřejnosti. Na uvedeném pracovišti byla vyškolená řada odborníků, kteří postupně budovali síť zprvu krajských, později i okresních specializovaných ambulancí. Rovněž vznikala menší lůžková zařízení při některých krajských nemocnicích. V Praze se vyškolila i řada zahraničních gynekologů, kteří se stali propagátory oboru ve svých zemích.

S polistopadovým vývojem došlo k decentralizaci zdravotních služeb a k částečnému rozvolnění fungující sítě ambulancí a lůžkových zařízení. V poslední dekádě se přidala i nešťastná politika výboru České gynekologicko-porodnické společnosti

(Sekce gynekologie dětí a dospívajících byla její součástí), která výrazně omezila, až téměř znemožnila další vzdělávání lékařů a ve svém důsledku by vedla k zániku této specializace, ač světové trendy jsou přesně opačné.

Dětská a dorostová gynekologové ve spolupráci s pediatry proto letos iniciovali vznik samostatné České společnosti gynekologie dětí a dospívajících (ČSGDD). Výbor České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně 19. 5. 2010 schválil její vznik a v červnu proběhly volby do výboru nově vzniklé společnosti. Základní informace jsou k dispozici na webových stránkách společnosti – www.detskagynekologie-cl-sjep.cz.

Dítě není zmenšený dospělý, ale svébytný jedinec se specifickými biologickými vlastnostmi. Proto se vyčlenila z hlavního proudu medicíny pediatrie a v jejím rámci (stejně jako u medicíny dospělých) vznikly specializované obory (např. dětská chirurgie, onkologie, ortopedie apod.) - a také gynekologie dětí a dospívajících.

Pohlavní orgány máme od narození do posledních dnů a v každé životní etapě mohou onemocnět, stejně jako kterýkoliv jiný orgán našeho těla. Smyslem a náplní GDD je včasný záchyt a léčba nemocí dětského a dospívajícího genitálu s hlavním cílem zajištění reprodukčního zdraví – tj. umožnit ženám v co nejvyšší míře bezkonfliktní mateřství.

Hlavními okruhy péče o děti a dospívající jsou diagnostika a léčba:

Výtoky a záněty vnějších rodidel • Záněty vnitřních rodidel • Patologií menstruačního cyklu • Benigních a maligních tumorů • Stavů po operacích v malé pánvi • Vrozených vývojových vad rodidel • Poruch somatosexuálního vývoje Antikoncepční zabezpečení dospívajících • Osvětová činnost

AKTUALITY O HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCI

MUDr. Miroslav Havlín

Již čtyři roky klesá v naší zemi výskyt karcinomu vaječníků. Tento příznivý trend je dán masivním nárůstem (co do počtu i délky) užívání moderní hormonální antikoncepce od počátku 90. let. Tento pokles kopíruje se zpožděním vývoj v tradičních zemích EU, kde byla moderní kontraceptiva k dispozici již v 70. letech. Moderní kontraceptiva při užívání delším než 5 let snižují riziko vzniku karcinomu vaječníků o 50 – 70%, stejně jako karcinomu endometria (sliznice dutiny děložní) a tlustého střeva. Významnější pokles karcinomu endometria se čeká až za 10 – 15 let, protože jde o onemocnění vázané na vyšší věk. O karcinomu tlustého střeva zatím nejsou přesvědčivá data k dispozici.

Drtivá většina uživatelék kombinované perorální hormonální antikoncepce se shodne na názoru, že největším problémem metody je dodržení pravidelného užívání tabletek. Celosvětový trend hormonální antikoncepce proto směřuje k přestupu na netabletové formy zachovávající vyvážený poměr estrogenů a gestagenů. Tyto metodiky výrazně zvyšují uživatelské pohodlí a zásadně redukují riziko uživatelských chyb. Jde především o vaginální kroužek NuvaRing a antikoncepční náplast Evra. Zaujímavá čísla přišla z Francie – ve věkové skupině dívek do 19 let převažovaly uživatelské netabletové forem nad uživatelkami tablet (39% ku 16%). U žen nad 20 let ještě převažovaly tabletové formy nad netabletovými (29% ku 17%).

GENETICKÉ RIZIKO PRO UŽIVATELKY HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE – MOŽNOSTI TESTOVÁNÍ

Dr. Radovan Haluza

Díky zdravotnické osvětě je dnes už široce známo, že aplikace hormonální antikoncepce může mít v kombinaci s některými rizikovými faktory nežádoucí účinky. Kromě faktorů, jichž si může být každá uživatelka antikoncepce vědoma (kouření, obezita, některé choroby jako např. diabetes), existuje i jeden zásadní faktor, jehož přítomnost u každého z nás nebývá běžně známa – faktor genetický. V současné době se na přítomnost genetických mutací rizikových při užívání hormonální antikoncepce před jejím nasazením plošně netestuje.

Nosičství některých genetických znaků je samo o sobě rizikovým faktorem pro vznik závažných stavů, z nichž je nejzávažnějším stavem hluboká žilní trombóza. Pokud nositelka těchto rizikových faktorů je ještě navíc uživatelkou hormonální antikoncepce, pak se závažně zvyšuje riziko vzniku tohoto nebezpečného onemocnění. Kombinace s dalšími uvedenými rizikovými faktory činí u těchto nositelek z užívání perorální antikoncepce rizikovou záležitostí.

Je to několik typů mutací v genech, které hrají roli v mechanismu srážení krve. V procesu srážení krve se uplatňuje množství různých enzymů a dalších biologických látek. Ve dvou z nich se pak vyskytují relativně časté mutace (tj. mutace, které nese určité významné procento osob v populaci), které má smysl vyšetřovat u těch osob, které se díky dalším rizikovým faktorům ocitají v riziku vzniku trombóz a tromboembolií. Z tohoto pohledu jsou takovými osobami i ženy užívající antikoncepci.

Detekce uvedených 2 mutací je z odborného hlediska běžná záležitost. Test lze v ČR provést v každé fakultní nemocnici a v dalších asi 10 laboratořích.

Z hlediska žen užívajících hormonální antikoncepci, kterých je u nás podle statistiky ÚZIS cca 1,15 milionu ¹, by připadlo na 1 laboratoř odhadem více než 50 tisíc žen. Z těchto čísel vyplývá nedostupnost vyšetření pro běžnou populaci: pokud by chtěly alespoň ty poučenější ženy zjistit oficiální cestou, tzv. „na pojišťovnu“, jaká je jejich genetická predispozice vzhledem k uvedeným mutacím, oficiální zdravotnictví není schopno a ani ochotno je uspokojit.

Testování těchto mutací tedy není v naší zemi před nasazením hormonální antikoncepce běžné, přesto je od září roku 2010 pro všechny ženy a dívky lehce dostupné.

Tzv. **A-TEST** vyšetřuje mutaci G1691A (tzv. Leidenská mutace) v genu pro faktor V a mutaci G20210A prothrombinového genu (faktor II).

Jedná se o vyšetření, o kterém si klientka rozhodne sama, sama si ho hradí a zařídí si sama i odběr svého vzorku. Vlastní odběr je velmi jednoduchý a spočívá ve stěru sliznice dutiny ústní jemným kartáčkem podle přehledného návodu. Odebraný vzorek klientka zašle poštou k vyšetření a za několik dní obdrží výsledek.

A-TEST však z tohoto vyšetření dělá test dobře dostupný pro každou ženu. Nezatěžuje

¹ ÚZIS: Celkem byl v roce 2009 evidován 1 milion 358 tisíc žen užívajících lékářem řízenou hormonální nebo nitroděložní antikoncepci, což je 53,4% žen fertilního věku. Vysoce převažuje antikoncepce hormonální nad nitroděložní. (83 - 89% lékářem řízené antikoncepce tvoří antikoncepce hormonální, podle kraje)

system zdravotního pojištění, protože uživatelky testu jsou samoplátkyně, a dokonce ani nemusí zatěžovat nijak jejich gynekology, protože v procesu testování nejsou nijak zavzati. Naším klientkám však doporučujeme, aby svého gynekologa o testu informovaly, především v případě pozitivního výsledku. V případě pozitivního výsledku (může být několik typů výsledků – podle toho, jaká mutace je nalezena a v jaké kombinaci heterozygot-homozygot) vydáváme pro klientku laické doporučení a pro jejího lékaře odborný závěr.

Více informací o testu najdete na www.a-test.cz

HIV INFEKCE

MUDr. Ivo Procházka, CSc.

HIV infekce je relativně krátkou dobu existující onemocnění, které se však výrazně rozšířilo po světě, takže odhady UNAIDS hovoří o tom, že s virem HIV žije 33 miliónů osob. Každý rok přibudou přibližně 4 milióny nově HIV infikovaných osob, necelé tři milióny pak každoročně na onemocnění spojená s HIV infekcí zemřou. Nejpostiženější oblastí zůstává Afrika, v níž ze způsobů šíření dominuje heterosexuální přenos. Výrazný nárůst nových případů zaznamenal v posledních deseti letech region východní Evropy. Onemocnění se v těchto zemích šíří nejvíce při injekčním užívání drog.

Českou republiku lze nadále označit za zemi s nízkým výskytem HIV infekce. Alarmující je však nárůst nových případů v posledních šesti letech, kdy v každém následujícím roce byl zjištěn dosud nejvyšší zaznamenaný počet. V roce 2009 to tedy bylo 157 případů, což je prakticky dvojnásobek proti roku 2005. Nejčastější způsob přenosu HIV je homosexuální styk (56%), přibývá ale mírně i případů heterosexuálních (31%). Naopak stále je relativně nízký počet nových případů HIV infekce u injekčních uživatelů drog (5 - 7%). Podíl infikovaných žen zůstává dlouhodobě stabilní a představuje pětinu všech nakažených. ČR patří mezi země, kde HIV infekce postihuje především mladou generaci.

Přestože je pro české pojištěnce dostupná a plně hrazená protivirová léčba, přibývá i případů AIDS. Ty nejčastěji souvisí s tzv. pozdní diagnózou, tedy stanovení HIV diagnózy až při propuknutí klinických příznaků. Podle odhadů Evropského centra pro kontrolu nemocí o své nákaze virem HIV neví dalších 20 - 25%, ale někteří experti tato čísla zpochybňují a předpokládají, že těch, kdo o své nákaze neví, je více. Celkový počet infikovaných by tedy měl být kolem 2000 (horní hranice odhadu je 3 000).

Neznalost svého HIV stavu má i zásadní epidemiologický dopad, protože pravděpodobnost, že dojde k dalšímu přenosu HIV, je 3,5x vyšší od osoby, která o své nákaze neví, než od osoby, která o své nákaze ví.

Virus HIV patří do skupiny retrovirů a dělí se na dva základní typy HIV-1 a HIV-2, přičemž HIV-2 je epidemiologicky i klinicky méně významnou variantou. Naprostá většina používaných testů na HIV infekci dokáže spolehlivě zachytit oba dva typy.

Virus HIV je velmi citlivý na vnější prostředí. Spolehlivě ho ničí teploty nad 60 stupňů Celsia, běžné dezinfekční prostředky a zaschnutí. Je relativně odolný vůči nízkým teplotám, ionizujícímu a gama záření. Virus je v organismu schopen napadnout

buňky nesoucí na svém povrchu znak CD4+, což jsou zejména T4 neboli pomocné lymfocyty.

HIV infekce je obvykle několik let bez jakýchkoli klinických příznaků. AIDS představuje pouze poslední, nejzávažnější fázi HIV infekce. Ke stanovení této diagnózy musí být splněny dvě podmínky. Jednak přítomnost tzv. AIDS definujícího onemocnění (kam patří tzv. oportunní infekce a některé nádory) a dále laboratorní nálezy (zejména pokles hladiny CD4+ buněk v séru pod 200 buněk/ml).

V minulosti osoba s diagnostikovaným AIDS prakticky až do své smrti zůstávala ve stavu hlubokého imunodeficitu. Protivirová kombinovaná léčba dokáže zlepšit imunitu i u osob s již diagnostikovaným AIDS, ale má mnohem lepší efekt při dřívějším nasazení. Pro dobrou terapeutickou odpověď je důležitá spolupráce pacienta.

Preventivní užití léků po ojedinelém vystavení riziku představuje postexpozici profylaxe (tedy krátkodobé podání kombinace protivirových léků, například při poranění zdravotnického personálu, ale i selhání kondomu při styku s HIV pozitivním).

V ČR se na HIV infekci testuje od roku 1985. Kromě dárců krve a ostatních orgánů je podle Zákona o ochraně veřejného zdraví v naší zemi od roku 2000 zavedeno povinné testování gravidních žen. Již předtím bylo rutinní praxí. Testování těhotných na HIV infekci je motivováno možností snížit riziko přenosu HIV z matky na její dítě podáním protivirových léků a dalšími opatřeními. Při dodržení této profylaxe lze odhadnout snížení rizika přenosu z 25% na méně než 5%.

Vlastní testování na HIV infekci by mělo být doprovázeno předtestovým a potestovým poradenstvím. Pozitivní výsledek testu znamená, že organismus proti viru vyrábí protilátky a byl jím tedy infikován. Poradenství je kromě objasnění spolehlivosti testu jednou z nejúčinnějších možností pokusit se o změnu rizikového chování.

Poradenství by tedy vždy mělo vést ke zjištění motivace pacienta či klienta k testování, odhadu rizikového chování (nejen konkrétního, pro který pacient přišel). Zejména je důležité pro získání dostatečně spolehlivého negativního výsledku testu, aby přišel pacient na test až 2-3 měsíce od uplynutí posledního rizikového chování. Negativita HIV testu neznamena automaticky negativitu jeho předchozích i stávajících partnerů. Pokud k přenosu zatím nedošlo, tak negativní výsledek nevylučuje, že by k němu nemohlo dojít později.

Testování na HIV na vlastní žádost by mělo být podle Dublinské deklarace všeobecně dostupné. Tento přístup odráží specifikum HIV infekce, že na rozdíl od jiných chorob se při dlouhodobém bezpříznakovém průběhu nelze orientovat podle příznaků, ale jen podle rizikivosti vlastního chování.

V běžné laboratorní praxi se využívají protilátkové Elisa testy, v posledních letech často v kombinaci s testem na antigen p 24. Protilátky se obvykle vytváří 3.-4. týden po nákaze. Toto období někdy klinicky provázejí příznaky tzv. akutní HIV infekce. Elisa test je velmi citlivý, ale relativně málo specifický, proto je případný reaktivní výsledek Elisa testu třeba potvrdit dalším, konfirmačním testem (Western-Blot). Doporučujeme, aby se pacient vždy dozvěděl až definitivní výsledek testu, tedy po jeho konfirmaci. Tzv. rychlé testy byly schváleny jen jako orientační a jen k použití ve zdravotnickém zařízení a v případě reaktivního výsledku je třeba provést standardní odběr a případnou konfirmaci.

Ročně je v České republice provedeno necelých dvacet tisíc HIV testů na vlastní

žádost a při nich je zjištěna přibližně polovina všech nových HIV pozitivních případů. Přibližně čtvrtina těchto testů je provedena anonymně.

PREVENCE PŘENOSU HIV

Z hlediska prevence je nejdůležitější trias znalostí, postojů a změny chování. Zatímco šíření informací je poměrně jednoduchým procesem, docílit změny chování, zejména na sexuálního, je podstatně složitější.

Virus HIV se přenáší především krví, některými sexuálními aktivitami (zejména nechráněným pohlavním stykem) a z matky na dítě. Běžný společenský kontakt s nakaženou osobou nepředstavuje žádné riziko. Virus je obsažen v tělních tekutinách nakažené osoby. K přenosu je zapotřebí, aby se tyto tekutiny dostaly do krevního oběhu vnímavé osoby. Kontaktem tělní tekutiny obsahující virus se sliznicí nebo otevřenou ranou může dojít k přenosu. Mezi nejrizikovější tělesné tekutiny patří:

1. Krev, včetně krve menstruační a některých krevních derivátů, představuje největší riziko.
2. Ejakulát.
3. Poševní sekret.

PŘENOS KRVÍ

Krev je z hlediska přenosu nejnebezpečnější tekutinou. Rizikové jsou zejména použité injekční jehly, ať už sdílené mezi narkomany nebo opakovaně používané v zemích se zaostalým zdravotnictvím. Důsledné používání jednorázových jehel je z hlediska prevence nutností. U injekčních toxikomanů je důležitým preventivním opatřením harm reduction strategie, které lze charakterizovat především podporou neinjekčního užívání, dále výměnou použitých stříkaček a jehel. Přenos krevní transfúzí je dnes díky testování krve ve vyspělých zemích spíše jen teoretický, přesto k němu může v důsledku opožděné tvorby protilátek dojít. Hmyzí kousnutí riziko přenosu nepředstavuje.

SEXUÁLNÍ PŘENOS

Celosvětově je sexuální přenos HIV nejčastější formou přenosu. Pravděpodobnost přenosu při jednorázovém nechráněném styku se uvádí mezi 0,05-30%, tedy rozmezí je velmi široké a záleží na mnoha faktorech (zejména na aktuálním množství viru v tělesných tekutinách nakaženého partnera, současně nákaze jinou pohlavně přenosnou chorobou, lubrikaci, subtypu viru, přítomnosti menstruační krve, stavu imunity ohroženého jedince).

K přenosu může docházet při anální i vaginální souloži. Menší riziko, ale nikoli nulové riziko představuje orální sex, zejména pokud dojde k souběžnému přenosu či expozici jiné sexuální přenosné infekce a/nebo ejakulaci do úst. Erotický polibek představuje jen teoretické riziko za výjimečných okolností. Rizikové pro přenos HIV nejsou nekoitální a masturbační aktivity (u pettingu však stále přetrvává určité riziko u jiných sexuálně přenosných chorob). Z jiných praktik přichází v úvahu takové, u nichž dojde ke styku sliznic se sexuálními sekrety či krví (například krvavé sadomasochistické aktivity, ejakulace do oční spojivky).

Anální styk je významně nebezpečnější než vaginální. To souvisí zejména se zranitelnější sliznicí, ale i s aktivní schopností střevní sliznice, která je významným imunologickým orgánem, vychytávat aktivně virus. Rovněž přenos jiných sexuálně přenosných chorob je při análním sexu častější a snadněji unikne pozornosti. Při vaginálním styku je nákazou více ohrožena žena (je vystavena většímu množství tělesných tekutin partnera než muž, sperma obsahuje vyšší koncentraci viru než vaginální sekret, je tekutinám vystavena déle a větší plochou sliznice). I v případě análního styku je většímu riziku vystaven/a příjemce/příjemkyně, zejména pokud dojde k ejakulaci.

Při orálním styku bez ejakulace do úst je riziko přenosu HIV velmi nízké. To ovšem neplatí pro přenos jiných pohlavních nemocí. Pokud dojde k ejakulaci, pak již je riziko přenosu HIV reálné.

PREVENCE SEXUÁLNÍHO PŘENOSU

Za nejčastější trias prevence se považuje ABC, tedy buď abstinence, být věrný jednomu partnerovi a kondom. Kromě toho však existují i další více či méně účinné preventivní strategie.

A – abstinence

Tato preventivní aktivita se týká především mladých lidí, kteří ještě nezahájili sexuální život. Spíše než o úplnou abstinenci, jde o oddálení začátku pohlavního života. Některé abstinence programy neinformují dostatečně o dalších možnostech prevence nebo je dehonestují a referují o nich zkresleně (například kondom).

Další cílovou skupinou, která může být oslovena programem podporujícím volbu abstinence mohou být osoby HIV pozitivní. Zejména HIV pozitivní ženy žijící bez partnera volí častěji tuto možnost.

B – být věrný

Tato zásada má smysl pouze v případě věrnosti prokazatelně HIV negativnímu partnerovi a zároveň vyžaduje dodržení věrnosti od obou partnerů. Vzhledem k nízké četnosti osob, kteří měli jediného sexuálního partnera v životě, je vhodnou alternativou zpravidla jen pro páry, které v případě navázání vážného vztahu po předchozím užívání kondomu podstoupí společně HIV test (s tím, že od posledního nechráněného styku s jiným partnerem uplynuly alespoň 2-3 měsíce). V případě porušení věrnosti nechráněným pohlavním stykem je však třeba, aby se až do dalšího testu oba partneři vrátili k používání kondomu.

Kromě metody věrnosti HIV negativnímu partnerovi se setkáváme u některých párů s metodou kombinace věrnosti a selektivního bezpečnějšího sexu. Znamená to, že se svým stálým partnerem praktikují nechráněné styky, ale v případě jiného partnera dodržují důsledně bezpečnější sex. Protože však bezpečnější sex je jen bezpečnější, tak doporučujeme těmto párům občas podstoupit HIV test.

C – kondom

Používání kondomu podstatně zmírňuje riziko nákazy virem. Použití kondomu při prevenci HIV infekce je vysoce spolehlivé, méně spolehlivé (i když také vysoké) je však při ochraně před jinými sexuálně přenosnými chorobami. Hlavní příčiny selhání kondomu spočívají v lidském faktoru, jedná se o jeho prasknutí nebo sklouznutí. Důvodem selhání kondomu není jeho propustnost, jak mylně tvrdí někteří preventivní

zejména z řad některých církví. Bylo prokázáno, že četnost selhání závisí na osobní zkušenosti. Zatímco pravidelní uživatelé mají pravděpodobnost selhání i méně než jedno procento, u občasných uživatelů dosahuje až 10%.

Kondom rovněž podstatně snižuje, i když již ne tak spolehlivě, i pravděpodobnost nákazy jinou sexuálně přenosnou nemocí. Je to proto, že například u syfilidy může být ložisko infekce lokalizováno v místě, které není kondomem chráněné a také některé z těchto infekcí lze přenést dalšími sexuálními praktikami mimo vlastní soulož. Současné vyšší rozšíření syfilidy souvisí právě s častou nákazou během orálního sexu, která navíc snadno unikne pozornosti. Rovněž povrchový kontakt genitálií bez soulože může vést k takové nákaze. Přenos kapavky či chlamydií může nastat při pouhé vzájemné onanii, tedy kontaktu rukou s genitálem partnera a následně svým.

Pokud má být chráněná soulož doplněna lubrikantem, což je nezbytné především u anální soulože, tak by se mělo jednat o lubrikant, který není na tukové bázi. Tuk totiž narušuje strukturu kondomu a snadněji dojde k jeho selhání. Pro anální sex je vhodnější použití zesílených kondomů. Použití dvou kondomů je diskutabilní, protože může vést k jejich častějšímu sklouznutí. Použití kondomu je dostatečně spolehlivé, ale soulož jím musí být chráněna po celou dobu.

Vzácně se lze setkat s alergií na latex, což lze vyřešit hypoalergenními kondomy, které neobsahují latex, ale polyuretan. Na stejném principu je založen tzv. ženský kondom – Femidom. Ten umožňuje ženě větší kontrolu nad dodržением bezpečnějšího sexu.

Během rozvoje epidemie AIDS bylo v řadě zemí dokumentováno častější používání kondomů, zejména při souloži s nahodilým partnerem. V posledních letech však opět dochází v řadě zemí k ústupu od bezpečnějšího sexu.

DALŠÍ PREVENTIVNÍ STRATEGIE

Kromě zmíněných metod existují i jiné, více či méně účinné strategie, jak redukovat riziko přenosu HIV.

Potvrzenou metodou snížení rizika přenosu HIV z ženy na muže je provedení cirkumcize (obřízky). Tato metoda je jednoznačně efektivní v zemích tropického pásma, ale není již tak ochranná v civilizovaných zemích a při análních sexu.

Na zvýšení rizika přenosu HIV se podílejí i souběžné epidemie jiných sexuálně přenosných chorob, ať již v rozvojových zemích anebo v komunitě injekčních uživatelů drog či mužů majících sex s muži. Požívání alkoholu a dalších drog včetně poppers zvyšuje četnost rizikového chování. Na častějším přenosu HIV se mohou podílet i některé méně obvyklé sexuální praktiky. Například piercing žaludu prakticky vylučuje úspěšné použití kondomu.

Velmi diskutabilní je nedávno publikované doporučení švýcarské Národní AIDS komise, že u HIV pozitivních osob s prokazatelně neměřitelnou virovou náloží a bez garantované nepřítomnosti jiné sexuálně přenosné choroby neexistuje riziko přenosu HIV při nechráněném styku do pochvy.

Možnosti vakcinace, ať již preventivní či terapeutické, se přes dlouholeté úsilí zatím nepřiblížily úspěchu.

Další výzkum se týká vývoje mikrobicidů včetně mikrobicidů vhodných pro anální sex.

Zejména v komunitě mužů majících sex s muži je častou strategií snížení rizika

používání bezpečnějších nebo alespoň méně rizikových nekoitálních sexuálních praktik. U heterosexuálů je tato strategie poměrně častá u komerčního sexu.

Nedostatečnou preventivní metodou, byť dosti rozšířenou, je používání přerušované soulože.

V dnešní době je HIV infekce spíše chronickým než fatálním onemocněním. Nicméně i přes zvyšující se nárůst případů je společensky málo viditelným onemocněním. HIV pozitivní se obávají diskriminace a stigmatizace a své onemocnění často tají i před svými nejbližšími.

SPOLEČENSKÉ ASPEKTY, NEVLÁDNÍ ORGANIZACE

HIV infekce nepředstavuje jen zdravotnický, ale celospolečenský problém. V zemích s vysokou HIV prevalencí postihuje především relativně mladé, ekonomicky aktivní a vzdělanější obyvatelstvo, přispívá k nárůstu osiřelých dětí a tím dále zhoršuje jejich ekonomické a demografické ukazatele. Již v počátcích choroby došlo k výrazné aktivizaci občanské společnosti, která tak reagovala na opožděnou činnost vládních struktur.

Podobně v České republice již v roce 1989 vznikla Česká společnost AIDS pomoc (ČSAP), která má jako hlavní cíl pomoc a podporu HIV pozitivním osobám. V roce 1999 otevřela Dům světla, který nabízí HIV pozitivním přechodné ubytování, rekondiční a vzdělávací aktivity. Z dalších občanských sdružení je významná činnost organizací Rozkoš bez rizika a Projekt Jana, které se věnují prevenci u poskytovatelek komerčních sexuálních služeb. Podobně u jejich mužských kolegů působí sdružení Projekt Šance. V devadesátých letech se významně na prevenci v gay komunitě podílelo sdružení SOHO. V současné době je systematická preventivní činnost v komunitě mužů majících sex s muži omezena kromě ČSAP prakticky jen na tři gay sdružení (Code 004, Jihočeská Lambda, Kluci.info). Efektivní jsou peer programy pro mládež, které užívá Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu a Mládež ČČK. Sdružení S nadějí proti AIDS a drogám pořádá déle než 15 let tradiční národní mezioborovou konferenci o AIDS. Podobně Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu pravidelně pořádá konference o sexuální výchově.

CHLAMYDIOVÉ INFEKCE - ZÁKEŘNÝ NEPŘÍTEL I NA CELÝ ŽIVOT

MUDr. Drahomíra Polcarová

Tato závažná problematika není v odborné lékařské ani v laické veřejnosti dostatečně známa a presentována, chybí nám systematický výzkum prevence, výzkum akutní formy chlamydiové infekce, není řešena chronická latentní infekce chlamydiemi a její následky ani není stanoven závazný postup léčby medikamenty zvláště při chronických potížích.

Nejzávažnější na této atypické bakteriální infekci je, že minimálně 70% nakažených lidí je asymptomatických (neví o své nákaze) a může infikovat své okolí.

Infekce je způsobená bakteriemi, z nichž nejznámější je asi *Chlamydia trachomatis*, tzv. sexuálně přenášena, i když to vždy nutně neplatí (viz děti). V USA se jí nakazí ročně přes tři miliony lidí. Ve Švédsku 1994 - 2001 byl nárůst nákazou chl. *trachomatis*

o 60%, v Holandsku 2002 -2004 promoření vzrostlo o 62%. V Německu se hovoří o epidemii mladistvých. Známá je pak i nemoc Lymphogranuloma venereum. Může-
me hovořit o pandemii.

Méně známá u lidí je Chlamydophilla pneumoniae (chlamydie plicní), s níž se však v dospělosti setká 50 -80% dospělé populace. V ČR je sledovaná Chlamydophilla psittaci (psitakosa, ornitosa)- získána z kontaktu s ptáky. Chlamydiemi trpí i kočky, psi, hospodářská zvířata atd.

Jak se mohou nakazit děti?

Chlamydií trachomatis při porodu infikovanými porodními cestami matek. Děti onemocní zápallem plic (10% exponovaných), někdy výtokem z rodidel, záněty spojivek (do 2 týdnů 40% exponovaných). Myslíme, že infikované děti neprospívají, a v dalším průběhu pak chronická latentní chlamydiová infekce (skrytá) může vést k poruchám imunity, chronickým zánětům s např. rozvojem astmatu, zánětů očních, dýchacích cest a kloubů, únavového syndromu a podobně. Chlamydií plicní se nakazí od rodičů, v kolektivech atd.

Jak poznáte, že potíže mají na svědomí možná chlamydie?

Populace může trpět plicní chlamydií - po zánětu dýchacích cest mohou potíže ply-
nule pokračovat. Jindy se až s odstupem času objeví opakující a chronické záněty dutin, průdušek, středouší, únavnost, svalové, kloubové bolesti aj. Infekce se přenáší kapátkami, zřejmě i krví. Pohlavní nákaza chlamydií trachomatis je možná i při jediném styku, všemi praktikami.

U žen nalezneme pálení a svědění moč. cest, časté nucené, bolesti, pálení. U polo-
viny žen je i výtok z pohlavních cest, krvácení mimo cyklus a při styku. Při vzestupu infekce a zánětu dělohy se objevuje výtok, bolesti podbříšku a zad, porucha cyklu, mohou být teploty. Chlamydie postoupí až do dutiny břišní - bolesti břicha, horečky, srůsty v břiše s chronickými bolestmi, poruchami peristaltiky. Při srůstech a špatné průchodnosti vejcovodů nastane mimoděložní těhotenství, potrat a event. neplod-
nost. Záněty se mohou nalézt až okolo jater s bolestmi v jaterní krajině. Chronická infekce zvyšuje riziko přítomnosti některých virů více než dvakrát a tedy i riziko ná-
doru čípku děložního.

U mužů jsou rovněž svědivé, pálivé úporné bolesti močových cest. Může být výtok, bolesti na hrázi spojené s trvalým pálením měchýře, zánětem varlat, nadvarlat, s je-
jich zduřením - muži jsou rovněž neplodní pro snížení hybnosti, malý počet spermií i jejich poškození. U obou pohlaví se může objevit i trojice současných zánětů: spo-
jivky oční se zarudnutím a pálením očí + kloubové záněty + záněty močové trubice.

JAKÉ JSOU JINÉ NEJČASTĚJŠÍ SUBJEKTIVNÍ POTÍŽE PACIENTŮ S CHLAMYDIOSOU?

Svaly – neklidné nohy, záškuby, trnutí, mravenčení, bolesti, nevykonnost.

Brain fog – „mozková mlha“: poruchy paměti, výbavnosti, všítipivosti, kon-
centrace atd. zřejmě při infekci, zánětlivých změnách na mozku

Poruchy srdeční funkce – atakovitě kolísající tlak, kolapsy, slabosti s těž-
kou únavou, bušením srdce (vyšetření za pár minut již bez průkazu EKG
změn). Oční potíže – záněty spojivek s pálením, řezáním, poruchami vni-
mání, orientace v prostoru.

Poruchy spánku – denního rytmu, usínání pro únavu kdykoliv.

Bolesti – svalů, bolesti břicha - pohlavních orgánů mužů i žen, močových cest. Kloubní bolesti a záněty, bolesti a pálení kůže, podkoží, svalů, fibromyalgie.

Únava – těžká, až celodenní, zhoršující se během a po zátěži, nevysvětlitelná.

Psychika – a priori netrpí pacienti psych. poruchami, pokud nevznikne zánět plem a mozku. Díky nezájmu lidé situaci zvládají obtížně - nevěří jim rodina, lékaři, přátelé - a přitom jsou ve skutečnosti těžce nemocní! Pro tento tlak a neléčení mají často i sebevražedné myšlenky.

Nepříjemné pocity – trnutí, mravenčení, kořenové bolesti, pálení, píchání, stěhovavé bolesti.

Neurolog. postižení – mj. záněty nervů, kořenů, znám pacienty s roztroušenou sklerosou – s nálezem chlamydií, zánětlivými ložisky na mozku, s ochrnutím končetin...

Zimnice a třesavky – často s bolestivými nepříjemnými pocity ve svalech, vnímáním studených končetin. Pacient má třesavku, s pocitem vnitřně vnímané horečky – ale současně má pocit, že se nemůže zahřát. V chronickém stavu bývá teplota nejčastěji mezi 36,0 - 37,0°C.

ČÍM JSOU CHLAMYDIE TAK ZÁKEŘNÉ?

Pronikají přes pohlavní cesty, dýchací systém do buněk, tkání a zde se množí. Jejich *elementární tělíska* napadají buňky - zde se mění na *retikulární tělíska*, která se dělí, a z nich vzniklá *elementární tělíska* se zase vysévají do krve (až 10 000 z jedné buňky) a opětovně infikují další tkáně. Tento cyklus běží každých 48 -72 hodin. Další, „*kryptická forma*“ přežívá ve tkáních, pokud nemá příznivé podmínky k výsevu - a teprve potom se opětovně množí a infikuje znovu tkáně. Chlamydie žijí dokonce v makrofázích - obranných imunitních buňkách! Zde tedy vidíte, jak je tato infekce špatně léčitelná v chronickém stadiu.

Chlamydie mohou žít v těle, persistovat. Nemusí vás zabít např. při zápalu plic a nedostatečném léčení infekce antibiotiky ihned jako klasický zánět, ale vytrvale vás později odebíráním živin i energie vašim tkáním oslabují, vyvolávají poruchy imunity, akcelerují pak např. aterosklerosu cévní (infarkt, mrtvice), mohou rozjet revma, roztroušenou sklerosu, nádorové bujení, apod.

DIAGNOSTIKA

Je obtížná, nicméně při uvedených potížích by se mělo po této infekci pátrat. Stěry gynekologické a ani u mužů z močové trubice např. v chronické infekci již nemusí zachytit původce nemoci, je pak třeba využít laboratorních metod z krevních odběrů. Výsledek je ovlivněn odběrem, zpracováním, kvalitou testů. Výklad hodnot a pozitivity protilátek je problematický pro lékaře a proto pacienti nejsou často dostatečně léčení. Myslím, že stanovená kritéria hodnot protilátek v chronické fázi nemusí vždy být spojena s udávanými vzestupy titrů. Existuje řada testů z tkání a krve, které jsou v ČR dosažitelné. Pokud budete mít v ruce nálezy, pak platí: protilátky s nálezem IgM jsou spojené s aktivní infekcí, IgG a IgA spolu znamenají dle potíží pacientů běžící chronickou infekci, IgG svědčí o proběhlé infekci, samotné mohou být i falešné negativní, při vysokém vzestupu mohou svědčit o infekci. Lékaři by měli vždy brát do úvahy pak i subjektivní potíže pacientů! Bohužel, při chronické infekci není zvýšená FW

(sedimentace červených krvinek), CRP (C -reaktivní protein), leukocyty (bílé krvinky), často ani jiné laboratorní nálezy neprokazují dlouho nějakou zvláštní patologii. Často i u mladších lidí je vyšší cholesterol, porucha funkce štítné žlázy.

LÉČBA

Antibiotická krátkodobá 1-3 týdenní nemusí všem pomoci, dlouhodobé antibiotické protokoly nejsou v ČR brány vážně. Vhodné jsou tetracykliny, makrolidy, chinolony. U dlouhodobých protokolů dle Vanderbilt University USA: Wheldonův/Strattonův protokol: ACC long, Azitromycin, Doxybene, Klaritromycin, Metronidazol, Arfcin atd. ... i na dobu několika let, byť to zní neuvěřitelně, současně s doplňkovou léčbou. Vhodná je imunomodulační léčba.

Musí vzniknout léčebná centra, kde by pacienti našli své lékaře pro léčbu s individuálním přístupem lékařů (jako např. u pacientů s roztroušenou sklerosou, revmatismem apod.).

PREVENCE

Nečekejme - zřejmě již dnes je 20% mladých mužů v ČR infikováno!! Zvláště u tzv. pohlavní formy můžeme informovaností zamezit nákaze v jejím šíření. A proto je nutno:

1. informovat všechny generace o chlamydiích plicních, pohlavních (bezpečnější sex!!!), jejich příznacích, komplikacích, možných doživotních následcích - škola, lékaři, masmedia
2. informovat o složitosti léčby, nutnosti léčby obou sexuálních partnerů současně atd.
3. máme kritéria pro vyšetřování žen při podezření na sexuálně přenosnou nemoc, muži by měli být varováni pak urology a dermatovenerology uvést vše do praxe!
4. povinná hlášení zjištěné dg. a zmapování situace v ČR

VÝZKUM

Vzhledem k narůstajícímu promoření populace se musí vypracovat léčebné a výzkumné projekty, které by se tématem zabíraly v komplexnosti, včetně dopadu neřešení této situace dnes a na další generace (náklady diagnostiky, léčby akutní i chronicity, autoimunity, komplikací - nákladů léčby neplodnosti, RS, revmatismu, astmatu, infarktu myokardu, invalidity...

ZÁVĚR

Právě oblast školství je jednou z oblastí, kde se mladé generaci dá ideálně a bez finančních nákladů předat maximum informací - prosíme Vás tímto o spolupráci. Mohu Vám nabídnout i zpracování tématu pro zájemce pro oblast sexuální výchovy.

Tento článek můžete použít k edukaci studentů, předejte jim prosím pak i odkazy na stránky Chlamydie o.s., kde najdou základní informace. Pokud máte internetové školní stránky - předejte studentům adresu našeho občanského sdružení do odkazů. Můžete takto velice efektivně a již od zítřka ovlivnit zdraví budoucí generace a životní osudy jednotlivých studentů a jejich rodin.

Autorka sdělení je předsedkyní Chlamydie o.s.

tel: 732 383 643, www.chlamydieos.cz

NĚKOLIK POZNÁMEK ZÁVĚREM

Mgr. Zuzana Prouzová

Pokusili jsme se pro vás tentokrát vybrat některé zajímavosti související s reprodukčním zdravím ať už úzce nebo zdánlivě vzdáleně. Texty nejsou určeny přímo k výuce, spíše k informovanosti pedagogů i studentů o tématech, která nejsou příliš známá nebo postupně upadají v zapomnění. V naší zemi přibývá párů, které mají potíže s početím dítěte a téma reprodukčního zdraví je více než aktuální. Jedním z našich cílů je zkrátit obvykle dlouhou cestu informací z oblasti zdravotnictví do školství.

Za povšimnutí z hlediska pedagogického slouží například pasáž o kondomu v kapitole o HIV, vysvětlující, jak to je s jeho spolehlivostí či nespolehlivostí. Kondom bývá často zatracován, protože někdy známe lepší metody ochrany – proti HIV úplnou sexuální abstinencí, proti nechtěnému otěhotnění hormonální antikoncepcí nebo opět abstinencí, proti původci rakoviny čípku děložního očkování... Ale mimo úplné sexuální abstinence je to pouze kondom, který mnohonásobně snižuje riziko přenosu více než sedmdesáti sexuálně přenosných infekcí a brání nechtěnému těhotenství. A čím lépe ho umíme používat, tím je riziko menší.

SPOLEČNOST PRO PLÁNOVÁNÍ RODINY A SEXUÁLNÍ VÝCHOVU

Naším hlavním cílem je podpora sexuální výchovy, výchovy k partnerským vztahům a k plánování rodiny i k rodinnému životu. V této oblasti pomáháme při přípravě pedagogů, psychologů, lékařů a dalších odborníků i široké veřejnosti včetně studentů.

Pro ně pořádáme semináře a odborná symposia, poskytujeme jim různé typy informací a materiálů. Naši odborníci zároveň poskytují rozsáhlé internetové poradenství nejen pedagogům a dalším specialistům, ale i mládeži a laické veřejnosti.

Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu (SPRSV) byla založena v roce 1991 jako nevládní nevýdělečná organizace zabývající se podporou populačního zdraví a plánování rodiny jako základního lidského práva. V tom směru vyvíjí svou činnost ve smyslu zásad International Planned Parenthood Federation (IPPF) jako plnoprávný člen této mezinárodní organizace. Další informace včetně možnosti členství lze nalézt na www.planovanirodiny.cz.

Partneři 2. ročníku Labestry v roce 2011 jsou



V rámci Labestry již vyšlo:

Fait, T., Prouzová, Z. Jak učit o antikoncepci, Praha 2010

ISBN 978-80-254-6428-1

dostupné na internetu:

http://www.planovanirodiny.cz/labestra/Jak_ucit_o_antikoncepci.pdf

VYBRANÉ ZAJÍMAVOSTI Z OBLASTI REPRODUKČNÍHO ZDRAVÍ

MUDr. Miroslav Havlín • MUDr. Ivo Procházka, CSc. • Dr. Radovan Haluza
MUDr. Drahomíra Polcarová • Editorka: Mgr. Zuzana Prouzová
Tento pracovní materiál neprošel autorskou korekturou

Grafická úprava

CITADELA grafický ateliér, s.r.o.,
U Libeňského pivovaru 10, 180 00 Praha 8

Vydavatel

Kovář Petr – CAT Publishing
Jurečkova 3, 702 00 Ostrava 1
ve spolupráci se Společností pro plánování rodiny a sexuální výchovu

Vytiskl

Tribun EU s.r.o.,
Gorkého 41, 602 00 Brno