

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

je pro mne ctí zahájit jubilejní 25. kongres ČLS JEP se širokou tematikou pohlavně přenosných chorob. Není to poprvé, co jsou právě tyto choroby náplní našich kongresů. Již předchozí kongres s podobnou tematikou ukázal, že o tyto choroby je u nás (ale i ve světě) mimořádný zájem. Odborné garance dnešního kongresu se ujalo celkem 6 našich odborných společností, jejichž výčet je uveden v programu.

Naše kongresy jsou koncipovány z pohledu potřeb zejména praktických lékařů, ale i dalších relevantních lékařů v praxi v jiných odbornostech. Navštěvovány jsou proto, že poskytují koncizní přehled epidemiologie, diagnózy i terapie a prevence prostředky, které má praktický lékař k dispozici a které lze úspěšně použít pro pacienty.

Věřím, že i dnešní kongres bude pro Vás přínosný především z tohoto odborného hlediska.

prof. MUDr. Jaroslav Blahoš, DrSc.

Předseda České lékařské společnosti J. E. Purkyně

Prezident kongresu

V anglosaské literatuře se termín pohlavně přenosné nemoci nebo venerické nemoci postupně nahrazuje termínem pohlavně přenosné infekce. Důvodem je skutečnost, že osoba může být potenciálním zdrojem nákazy pro jinou osobu i bez projevů nemoci.

Obecná definice pohlavně přenosných infekcí se v jednotlivých pracích a textech liší, nejčastěji však zahrnuje skupinu nemocí, které se významně často přenášejí sexuálním kontaktem, často mají projevy přímo v oblasti pohlavních orgánů a léčba sexuálního partnera může zabránit rekurenci nebo dalšímu šíření nemoci. Jedná se o širokou a heterogenní škálu infekcí, které mohou způsobit gynekologické, urologické, dermatologické i celkové infekční klinické manifestace. Proto je namístě multidisciplinární přístup k diagnostice a léčbě.

25. kongres ČLS JEP by právě chtěl upevnit spolupráci mezi lékaři jednotlivých specifických, kteří pečují o osoby s pohlavně přenosnými nákazami a ukázat i nové možnosti prevence a léčby těchto nemocí.

doc. MUDr. Jozef Záhumenský, Ph.D.

Předseda sekce infekčních nemocí v gynekologii a porodnictví ČGPS

Odborný garant kongresu

**Kongres se koná pod záštitou primátora hlavního města Prahy
doc. MUDr. Bohuslava Svobody, CSc.**

DATUM A MÍSTO KONÁNÍ

13. června 2012
Hotel DAP
Vítězné náměstí 4, Praha 6
www.daphotel.cz

POŘADATEL

Česká lékařská společnost J. E. Purkyně

PREZIDENTI KONGRESU

prof. MUDr. Jaroslav Blahoš, DrSc.
předseda České lékařské společnosti J. E. Purkyně
prof. MUDr. Peter Krišťufek, CSc.
prezident Slovenské lékařské společnosti

ODBORNÁ GARANCE

Česká gynekologická a porodnická společnost ČLS JEP
Česká urologická společnost ČLS JEP
Společnost infekčního lékařství ČLS JEP
Sekce infekčních nemocí ČGFS ČLS JEP
Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP
Venerologická sekce ČDS ČLS JEP
Odborná společnost praktických dětských lékařů ČLS JEP
Slovenská lékařská společnost

SEKRETARIÁT KONGRESU

AMCA, spol. s r.o.
Academic and Medical Conference Agency
Vyšehradská 320/49
128 00 Praha 2
amca@amca.cz
www.amca.cz

tel.: +420 221 979 351
mobil: +420 731 496 060
fax: +420 221 979 352

Akce má charakter postgraduálního vzdělávání a je garantována ČLS JEP ve spolupráci ČLK a ČAS (ohodnocena kredity) jako akce kontinuálního vzdělávání. Účastníci obdrží potvrzení o účasti.

Vzdělávací akce je pořádána dle stavovského předpisu číslo 16 České lékařské komory (ev. č. akce 29591, č. akreditace: 0004/16/2006). Pasivní účast: 6 kreditů, aktivní účast: 1) hlavní autor přednášky: 20 kreditů, 2) spoluautor přednášky: 10 kreditů.

Česká asociace sester souhlasí s přiznáním kreditních bodů dle vyhlášky č. 321/2008 Sb. (registrační číslo: ČAS/KK/1498/2012). Pasivní účast: 4 kredity, aktivní účast: 1) hlavní autor přednášky: 10 kreditů, 2) spoluautor přednášky: 5 kreditů.

9.00 Slavnostní zahájení

9.10 – 10.40

Blok I.

Předsedající: Vaňousová D., Záhumenský J.

1. Epidemiologie Ca cervicis uteri v ČR, Evropě a ve světě
Čelko A. M., Centrum preventivního lékařství 3. LF UK a FNKV, Praha
2. Sexuální chování a sexuálně přenosná onemocnění
Zvěřina J., Sexuologický ústav 1. LF UK a VFN, Praha
3. Tropická pohlavně přenosná onemocnění – co si můžeme přivést z dovolené
Stejskal F., I. infekční klinika 2. LF UK a NNB, Praha, Ústav imunologie a mikrobiologie 1. LF UK a VFN, Praha, Infekční oddělení, KN Liberec
4. Herpes genitalis
Holub M., Klinika infekčních a tropických nemocí 1. LF UK a NNB, Praha
5. Kdy a proč poslat pacienta k venerologovi
Vaňousová D., Dermatovenerologická klinika 2. LF a NNB, Praha, Canadian Medical Care, Praha

10.40 – 11.10

Kávoová přestávka

11.10 – 12.50

Blok II.

Předsedající: Arenberger P., Kučera E.

6. Vývojové trendy sexuálně přenosných onemocnění
Kuklová I., Dermatovenerologická klinika 1. LF UK a VFN, Praha
7. Kůže jako marker HIV infekce, synergismus a význam STD ve vztahu k HIV
Zákoucká H.¹, Resl V.², ¹Státní zdravotní ústav, Praha, ²FZS ZČU, Plzeň
8. Diferenciální diagnostika ulcerací na genitálu
Procházka P.¹, Resl V.², ¹Venerologická ambulance Kartouzská, Medicentrum Beroun, spol. s r.o., ²FZS ZČU, Plzeň
9. Současné názory na některé infekce dolního genitálního traktu žen
Mašata J., Gynekologicko-porodnická klinika 1. LF UK a VFN, Praha
10. Problematika STIs u těhotných žen
Záhumenský J., Gynekologicko-porodnická klinika 3. LF UK a FNKV, Praha
11. Sponzorovaná přednáška: Význam stanovení HPV16 a HPV18 ve světle nových amerických doporučení pro skrining cervikálního karcinomu
Bálková O., Roche s.r.o., Diagnostics Division, Praha

12.50 – 14.00

Oběd

14.00 – 15.40

Blok III.

Předsedající: Dvořák V., Matoušková M.

12. Problematika HPV infekce u žen
*Dvořák V.¹, Herzogová J.², ¹Centrum ambulantní gynekologie a primární péče, Brno,
²Dermatovenerologická klinika 2. LF UK a NNB, Praha*
13. Endoskopické nálezy u hlubokého pánevního zánětu
Kučera E., Gynekologicko-porodnická klinika 3. LF UK a FNKV, Praha
14. ~~Intersticiální cystitida, jedná se o léčitelný zánět?—
Zámečník L., Urologická klinika 1. LF UK a VFN, Praha—~~
15. Management diagnostiky a léčby chronických zánětů dolních močových cest
Matoušková M., Urocentrum Praha, s.r.o.
16. Algický syndrom pánevní
Valová Z., Zámečník L., Urologická klinika 1. LF UK a VFN, Praha
17. Pozdní důsledky STI (urologie)
Vidlář A., Urologická klinika, FN Olomouc

**Bude předneseno v rámci
přednášky č. 16**

15.40 – 16.00

Kávová přestávka

16.00 – 17.30

Blok IV.

Předsedající: Kuklová I., Machala L.

18. HPV infekce u mužů
Matoušková M., Urocentrum Praha, s.r.o.
19. HIV/AIDS
Machala L., Klinika infekčních, parazitárních a tropických nemocí 3. LF UK a NNB, Praha
20. Postexpoziční profylaxe HIV
Rozsypal H., Klinika infekčních a tropických nemocí 1. LF UK a NNB, Praha
21. Problematika syfilis u HIV pozitivních pacientů
Jilich D., Klinika infekčních, tropických a parazitárních nemocí 1. LF UK a NNB, Praha
22. Sexuální přenos VHB a VHC
*Aster V., Klinika infekčních a tropických nemocí 1. LF UK a NNB, Praha, Infekční oddělení,
KN Liberec*

17.30

Zakončení kongresu

FINANČNÍ PARTNER



PARTNER



2. SEXUÁLNÍ CHOVÁNÍ A SEXUÁLNĚ PŘENOSNÁ ONEMOCNĚNÍ

Zvěřina J.

Sexuologický ústav 1. LF UK a VFN, Praha

Pro lidi má pohlavní styk vysokou individuální hodnotu. Vše, co významně snižuje sexuální rozkoš, je pak pro ně značnou ztrátou. Přesto se můžeme snažit redukovat riziko na absolutní minimum, bez ohledu na náklady. Naše propagace "bezpečnějšího sexu" má své limity. Použití kondomu může u některých lidí zvýšit sexuální prožitek tím, že odstraní strach z přenosu infekce. Avšak současně může způsobit ztráty, které subjekt nese nelibě. Jestliže většina lidí získává při nechráněném pohlavním styku vysokou rozkoš při poměrně nízkém riziku mortality, pak není divu, že mnozí nerespektují naše volání po „bezpečnějším sexu“. Tato skutečnost není argumentem proti používání kondomů, které snižují nejen riziko akvizování HIV, ale též ostatních sexuálně přenosných nemocí. Jen je třeba respektovat, že lidé činí svá rozhodnutí podle individuálního rozpoznání rizika.

"Nebezpečný sex" můžeme definovat zejména těmito charakteristikami: Předčasné zahájení partnerského sexu, Sexuální promiskuita /skupinový sex/, Anonymní sex, Prostituční sex, Riskantní sexuální praktiky /nechráněný styk, anální koitus/. Podíváme-li se na průzkumy sexuálního chování české populace, pak je zřejmé, že zdaleka ne všichni lidé akceptují a v praxi dodržují zásady „bezpečnějšího sexu“.

Za významnou také považujeme skutečnost, že se příliš nemění zdroje informací o sexualitě. Dominují zde často zcela nerealistické informace od vrstevníků a neselektovaná záplava informací z masmédií. Velmi málo se stále v sexuální výchově uplatňují školy, kde je zřejmě největší rezerva.

J.Z.

Apolinářská 4, 128 00 Praha 2, jaroslav.zverina@vfn.cz

3. TROPICKÁ POHLAVNĚ PŘENOSNÁ ONEMOCNĚNÍ – CO SI MŮŽEME PŘIVÉZT Z DOVOLENĚ

Stejskal F.

I. infekční klinika 2. LF UK a NNB, Praha, Ústav imunologie a mikrobiologie 1. LF UK a VFN, Praha, Infekční oddělení, KN Liberec

Sexuálně přenosné choroby (STD) představují závažné zdravotní problémy v tropech a subtropích. Mohou být vyvolány virovými, bakteriálními, parazitárními i mykotickými původci. Na světě je STD infikováno asi 200 milionů osob a 80% z nich žije v rozvojových zemích. Mezi nejzávažnější a nejčastější STD v tropech patří geopolitně rozšířená infekce jako HIV, hepatitida B, syfilis, kapavka a z parazitárních trichomonóza. Vyskytují se zde ale i méně časté, převážně v tropech rozšířené STD, jako např. lymphogranuloma venereum, ulcus molle a granuloma inguinale. I tyto infekce mohou vážně poškodit zdraví nakažených osob a představují důležitý problém v diferenciální diagnostice genitálních ulcerózních lézí.

Lymphogranuloma venereum je vyvoláno některými sérovary Chlamydia trachomatis. Inkubační doba infekce je obvykle 2-3 týdny, chlamydie se nejdříve šíří lymfatickými cestami a následně hematogenně. V I. stádiu se na genitálu vytvoří papulovesikulula, která se mění v plošnou ulceraci se serózní sekrecí a povleklou spodinou. Původce se lymfatickými cestami dostává do spádových uzlin, které jsou výrazně zvětšené, bolestivé, fixované ke

kůži a pohyblivé proti spodině. Kůže je lividní až hnědočervená. Centrum uzliny absceduje, perforuje na povrch, odkud vytéká hnisavý sekret. Po zhojení zůstává vtažená jizva. II. stádium je doprovázeno horečkou, slabostí, nechutenstvím a celkovou nevolí. Mohou se objevit erythema nodosum, konjunktivitida, hepatosplenomegalie, artralgie i meningoencefalitida. V průběhu několika let dochází k fibróze a strikturám v oblasti genitálu a rekta (III. stádium). Diagnostika je v současné době založena především na přímém průkazu agens pomocí PCR. Lékem volby jsou tetracykliny, makrolidy nebo azalidy.

Měkký vřed (ulcus molle, chancroid) je vyvolán gram-negativní bakterií *Haemophilus ducreyi*. Inkubační doba je 1-14 dnů. Z malé papuly se vyvine vřed velikosti 3-50 mm. Je bolestivý, ostře ohraničený, s podminovanými okraji. Spodina je pokryta hnisavou sekrecí a při lehkém traumatu snadno krvácí. Diagnostika je založena na mikroskopickém průkazu, kultivaci nebo PCR. Lékem volby jsou makrolidy, azalidy, ceftriaxon a fluorochinolony.

Granuloma inguinale (donovanóza) je vyvolána gram-negativní tyčkou *Klebsiella granulomatis*, dříve zvanou *Calymatobacterium granulomatis*. Postižen bývá genitál a přilehlé perigenitální oblasti, vzácně i obličej. Po inkubační době 1-2 týdny vzniká nebolestivá zarudlá papulka, která se postupně zvětšuje, vyvyšuje nad niveau a eroduje. Spodina je živě červená, hladká a vlhká. Léze se mohou šířit na přilehlé oblasti kůže. Hojení je pomalé, dochází k jizvení, komplikací mohou být sekundární bakteriální infekce. Vzácný je hematogenní rozsev původce do kostí, kloubů a jater. Diagnostika je založena na přímém mikroskopickém průkazu intracelulárních tyček ve fagocytech barvených dle Giemsy (tzv. Donovanova tělíska). Kultivace je velice náročná, je možné inokulovat žloutkový vak kuřecího embrya. Lékem volby jsou makrolidy, azalidy, ceftriaxon a kotrimoxazol.

4. HERPES GENITALIS

Holub M.

Klinika infekčních a tropických nemocí 1. LF UK a NNB, Praha

V posledních letech dochází v rozvinutých zemích ke vzestupu výskytu infekcí vyvolaných herpes simplex virem typ 2 (HSV-2). Současně s tímto trendem je patrné pomalejší promořování populace herpes simplex virem typ 1 (HSV-1). Nejčastějším klinickým projevem HSV-2 infekce je genitální opar. V některých industriálních zemích (např. Velká Británie, Norsko a Japonsko) je hlavní příčinou genitálního oparu HSV-1. Velmi frekventní komplikací genitálního oparu jsou recidivy (především, pokud je vyvolán HSV-2), vzácně se mohou objevit neuroinfekce a rozsáhlé lokální postižení u imunokompromitovaných osob. Genitálnímu oparu se musí věnovat velká pozornost v těhotenství, protože představuje riziko kongenitální a perinatální infekce. V posledních letech se významně zlepšily možnosti laboratorní diagnostiky genitálního oparu: především jde o stanovení typově specifických protilátek v krvi (anti-HSV-1 a anti-HSV-2) a detekci virové DNA v sekretu získaném z genitálních lézí, a to pomocí polymerázové řetězové reakce. Terapie prvního výsevu genitálního oparu v současné době spočívá v podávání antivirotik, která lze podle závažnosti průběhu podávat perorálně nebo parenterálně. V případě recidivujícího genitálního oparu se využívá epizodická nebo supresorická antivirová léčba, jejímž základem je aciclovir nebo valaciclovir. Určité zkušenosti jsou i s léčebnou vakcinací s lyzovaným virem. Preventivní opatření jsou jen omezená, přičemž zvláštní pozornost je věnována gravidním ženám a riziku diseminované herpetické infekce novorozenců. Nové možnosti prevence jsou dále vyvíjeny: úspěšně byla zkoušena preventivní vakcína proti HSV-2, která je však efektivní pouze u HSV-1-negativních žen a dobré výsledky měla i studie s vaginálními mikrobicidními prostředky, které blokují HSV-2.

5. KDY A PROČ POSLAT PACIENTA K VENEROLOGOVI

Vaňousová D.

*Dermatovenerologická klinika 2. LF a Nemocnice Na Bulovce, Praha
Canadian Medical Care, Praha*

Sexuálně přenosné infekce (STI) patří mezi onemocnění, na která se v diferenciální diagnostice velice často zapomíná. Mírný průběh, v mnoha případech i asymptomatický, ústup obtíží během dnů až týdnů a přechod do chronického stadia je poměrně typický pro STI. Následky neléčených a nebo špatně léčených sexuálně přenosných infekcí mohou být však závažné. Sterilita a riziko mimoděložního těhotenství jako následek neléčené chlamydiové infekce, diseminovaná kapavčitá infekce, neurosyfilis s očním postižením, opakované potraty a riziko vrozené syfilis, či rozsáhlé a terapeuticky & scaron;patně ovlivnitelná kondylomata acuminata patří mezi nejzávažnější následky. Všechny tyto infekce mohou ovlivnit průběh těhotenství, hrozí riziko přenosu infekce na novorozence během porodu. Neléčené STI vedou k šíření a ohrožení dalších osob. Syfilis, kapavka a Lymfogranuloma venereum patří mezi sexuálně přenosné choroby, které podléhají zákonným opatřením, ohlašovací povinnosti a dispenzární péči. Ohlašovací povinnosti podléhá též chlamydiová infekce (sérovar D-K). Diagnostika, léčba, kontroly po léčbě, splnění ohlašovací povinnosti, zajištění depistážního šetření a dispenzární péče sexuálně přenosných infekcí patří do rukou erudovaného venerologa.

7. KŮŽE JAKO MARKER HIV INFEKCE, SYNERGISMUS A VÝZNAM STD VE VZTAHU K HIV

Zákoucká H.¹, Rešl V.²

¹*Státní zdravotní ústav, Praha*

²*FZS ZČU, Plzeň*

Infekce HIV může být provázena klinickou manifestací na kůži, kromě toho však v souvislosti možnými komplikujícími infekčními i neinfekčními chorobami přicházejí často projevy kožní i slizniční v průběhu rozvíjející se choroby až po stadium AIDS.

Široké spektrum kožních a slizničních eflorescencí je nápadné:

- 1) výskytem v neobvyklých věkových skupinách
- 2) atypickou lokalizací
- 3) mimořádným rozsahem

Tyto charakteristiky pak formulují tzv. **DIAGNOSTICKÉ TRIAS**.

Výsev projevů může mít i prognostický význam:

- 1) ulcerace
- 2) diseminace
- 3) perzistence

Formulují tzv. **PROGNOSTICKÉ TRIAS**.

A) projevy spojené přímo s infekcí HIV

zejména v časně fáze parainfekční exantém podobný EBV spolu s ostatními celkovými příznaky – lymfadenopatií, zvýšenou TT, bolestmi svalů, kloubů, pocitem slabosti, event. průjmem, výjimečně se může objevit i paréza n. facialis.

B) projevy neinfekčních onemocnění

1. nádory – Kaposiho sarkom, maligní lymfomy B- i T-buněčné, karcinomy (v oblasti onogentální, cervix uteri u žen, basaliomy. Vyznačují se jednak větším rozsahem a agresivnějším průběhem, jednak postižením mladších věkových skupin,
2. dermatózy – seboroický ekzém (30-70% HIV pozitivních oproti 3-7% v normální

populaci, výraznější a rozsáhlejší projevy, jde o jeden z nejtypičtějších indikátorů HIV u mladých lidí), psoriáza (prevalence jen lehce vyšší než v běžné populaci avšak s těžším průběhem), morbus Reiter (často v souvislosti s pozdními stadii – ARC, AIDS).

C) projevy infekčních onemocnění

stejně jako předchozí citované nozologické jednotky se vyznačují zejména agresivnějším průběhem a rozsáhlejší až fatálním postižení pacienta

1. sexuálně přenosné infekce – vzhledem ke způsobu přenosu patří k nejčastějším komplikujícím infekcím u HIV pozitivních pacientů (cca 30%). Může se objevit agresivnější chování infekce (syfilis – mnohočetné vředy, časné postižení CNS, syfilis maligna, dřívější nástup terciárního stadia apod.). Běžně dochází k opakovaným infekcím v souvislosti s rizikovým sexuálním chováním (syfilis, kapavka, chlamydiové infekce), zavlečením onemocnění endemických mimo evropské a rozvinuté země (lymphogranuloma venereum). Lokalizace projevů je, stejně jako u HIV negativních osob, vázána na místo prvního kontaktu (závislé na sexuálních praktikách). S ohledem na fakt, že cca 70% HIV pozitivních jsou muži mající sex s muži (MSM), se objevuje častěji perianální manifestace. Přítomnost projevů ostatních STD výrazně zvyšuje riziko přenosu HIV,
2. ostatní infekční dermatózy - herpetické (VZV), HPV (HPV karcinomy v oblasti anu), poxvirové (mollusca contagiosa), mykotické (orální kandidóza, pityriasis versicolor, dermatomykózy, manifestace systémových mykóz – histoplazmóza, kryptokokóza, aspergilóza, kokcidioidomykóza), bakteriální infekce (TBC, atypické mykobakteriízy), parazitární (svrab – scabies norvegica).

8. DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA ULCERACÍ NA GENITÁLU

Procházková P.¹, Rešl V.²

¹Venerologická ambulance Kartouzská, Medicentrum Beroun spol. s r.o.

²FZS ZČU, Plzeň

Ulcerace na zevním genitálu jsou velmi častým důvodem návštěvy pacienta ve venerologické ambulanci. Prezentace je návodem ke správné diagnostice ulcerací, jejich odlišení a návodem k léčbě. Rozmanitost etiologie ulcerací na genitálu vedla k vytvoření vyšetřovacího algoritmu k vyloučení specifického původu ulcerací a v případě zjištění diagnózy syfilis, jejího léčení, depistáže i dispenzarizace. V prezentaci uvedené diagramy rozlišují ulcerace podle solitárnosti či mnohočetnosti projevů, dále podle bolestivosti či nebolestivosti, podle tvaru spodiny a také zda jsou doprovázeny regionální lymfadenitis, která též může být subjektivně nebolestivá.

Na prvním místě v rámci diferenciální diagnostiky nutno pomýšlet na specifickou etiologii – primární stadium syfilis. K určení diagnózy pomohou laboratorní metody (zástinová mikroskopie, sérologie, biopsie, PCR). V současné době narůstá počet záchytů primárních stádií syfilis, například i vlivem větší migrace obyvatel ze zemí bývalého východního bloku, rizikovému chování M-S-M, zvýšenému počtu osob věnujícímu se komerčnímu sexu. Povinností je při diagnóze lues vyšetření vedoucí k vyloučení dalších STI. Nejčastější příčinou erosií či ulcerací na zevním genitálu jsou však nespecifická STI - virová infekce HSV I+II, erosivní balanoposthitis způsobená kvasinkovou či smíšenou anaerobní florou, výjimkou nejsou projevy autoimunitních chorob (pemphigus vulgaris či bulozní pemphigoid) či polékových toxoalergických reakcí charakteru Stevens – Johnson syndromu. A nelze opomíjet ani histologické vyšetření pro možnost ulcerativních neoplastických projevů na genitálu. Vzácně se mohou na genitálu vyskytovat ulcerace spadající do systémových onemocnění (M. Behcet, M. Reiter), nevenerických treponematóz

nebo infekce sérotypy L1, L2, L3 (Lymphogranula inguinale). Nutno myslet na diagnózu ulcus molle a nelze vyloučit Chancre redux (reindurace II. stadia při reinfekci) a Pseudochancre redux (gumma v místě ulcus durum bez spirochet).

Orientace v diferenciální diagnóze vředů na genitálu je velmi důležitá pro efektivní mezioborovou spolupráci venerologů, urologů i gynekologů.

15. MANAGEMENT DIAGNOSTIKY A LÉČBY CHRONICKÝCH ZÁNĚTŮ DOLNÍCH MOČOVÝCH CEST

Matoušková M.

Urocentrum Praha, s.r.o.

Komunitní močové infekce představují každodenní problém urologů i dalších specialistů a praktických lékařů. Močové a respirační infekce významným způsobem ovlivňují preskripci antimikrobiálních přípravků a zpětnovazebně vedou k rozvoji rezistence vůči nim. Pro většinu ekonomicky rozvinutých zemí představují uroinfekce druhou nejčastější infekční chorobu. Odůvodněnou aplikaci empirické i cílené léčby antimikrobiálními přípravky může každý, kdo močovou infekci léčí, ovlivnit náklady na léčbu, ale i možný vznik a léčbu komplikací. Podcenění diagnostiky a bagatelizování léčby vede nezářídka k úporným recidivujícím obtížím pacientů s nepříznivým dopadem na jejich kvalitu života. Neadekvátně léčená nebo neléčená infekce má zřejmou tendenci k prolongovanému či chronickému průběhu. I snahy o samoléčení na podkladě „znáte z televizní obrazovky“ nepříznivě mohou ovlivnit průběh onemocnění a event. přestup do chronicity. Důsledkem nesprávně zvolené léčby a diagnostiky chronických obtíží jsou vyšší náklady zatěžující účty ve zdravotních pojišťovnách. Chronická stadia onemocnění mohou ovlivnit i uplatnění v práci, rodině i společnosti. Významně pak mění kvalitu života postiženého i jeho rodiny.

Cílem práce je zefektivnění diagnostiky a vytvoření algoritmu u pacientek s recidivujícími infekty DMC.

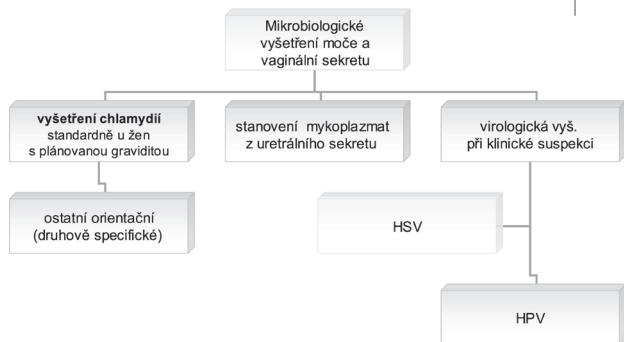
Vycházíme ze souboru 627 žen s průměrným věkem 25.2 roku <17.9;62>, které byly referovány s minimálně roční anamnézou atak IMC. Pacientky byly sexuálně aktivní s různou frekvencí sexuálního styku, gynekologický nález byl v mezích normy, sexuální praktiky jsou mimo rámec sdělení a počet sexuálních partnerů v době diagnostiky nepřesahoval dva. Urologické vyšetření neprokázalo známky morfologických či funkčních onemocnění. Mikrobiologická diagnostika zahrnuje vyšetření moče, kultivaci vaginálního sekretu a speciální vyšetření na ureaplazmata, chlamydie a event. HPV a HSV. Cena vyšetření s rozšiřováním detekce možných patogenů výrazně narůstá.

S výjimkou akutních atak podáváme výhradně cílenou antimikrobiální léčbu. Racionální dávkování antimikrobiálních přípravků s dostatečně dlouhou dobou podávání je základem úspěšné léčby. Pro významný nárůst rezistence vůči fluorochinolónům, podáváme přípravky s FQ pouze cíleně.

Při exacerbacích RIMC detekujeme patogenní flóru v moči u pouhých 22 %. Zvýšení záchytu docílíme rozšířením o kulturační vyšetření vaginálního sekretu, a to až na 87 %. Mykotické infekce prokážeme v necelých 5 % a v moči jsou vzácné. Infekce *Chlamydia trachomatis* v našem souboru dosahuje 13.2 % a v posledních letech není patrný významný nárůst. Mikrobiologická vyšetření po léčbě v příliš časném odstupu nepřinášejí žádný výsledek. Odstup kontrolního mikrobiologického vyšetření závisí na druhu patogenní flóry a technice vyšetření (kultivace, PCR ...).

Předkládáme diagnostický algoritmus u pacientek s RIMC. Před extenzivním mikrobiologickým vyšetřováním je třeba zvážit přínos jednotlivých vyšetření, dále pak význam detekce určitých typů patogenní flóry pro pacientku, resp. její rodinu či partnera a v neposlední řadě také kooperaci ženy na léčbě. Zřetelnou součástí je ekonomický pohled na racionální diagnostiku.

Algoritmus vyšetření u RIMC



17. POZDNÍ DŮSLEDKY STI (UROLOGIE)

Vidlář A.

Urologická klinika, FN Olomouc

Sexuálně přenosné infekce/nemoci (STI/STD) jsou termíny pro infekce získané převážně pohlavním stykem. Vzhledem k tomu, že tyto pohlavní choroby postihují odhadem 200 až 400 milionů lidí po celém světě a jejich výskyt se stále zvyšuje, jedná se o stále větší problém. STI jsou nejčastější u sexuálně aktivních dospívajících a mladých dospělých, zejména jedinců s více sexuálními partnery.

I když lze většinu STI vyléčit při jejich včasné diagnóze a náležitě lékařské péči, ne vždy je to možné (neznalost, nespolupráce postižených či asymptomatický průběh onemocnění). Bohužel méně známé jsou pozdní následky špatně či vůbec neléčených STI. V urologii se jedná hlavně o postižení uretry, prostaty a varlat (chlamydiové infekce, kapavka). Uretritida může vést až ke striktně uretry, kterou je možné efektivně léčit v podstatě jen operčně, u epididymitidy je riziko zhoršení kvality a motility spermií až neplodnosti a postižení prostaty často přechází ke chronickým a velmi špatně léčitelným pánevním bolestem/chronické prostatitidě. Tyto komplikace velmi často výrazně zhoršují kvalitu života postižených a někdy ani není možné jejich vyléčení.

Předcházet závažným následkům STI je nutné nejen včasnou a důkladnou léčbou včetně sexuálních partnerů, ale je také třeba větší informovanosti dospívající populace o STI a také o jejich možných závažných následcích.

20. POSTEXPOZIČNÍ PROFYLAXE HIV

Rozsypal H.

Klinika infekčních a tropických nemocí 1. LF UK a Nemocnice Na Bulovce, Praha

HIV může do organismu proniknout třemi způsoby: nechráněným pohlavním stykem, infikovanou krví nebo z matky na dítě. U personálu zdravotnického zařízení nejsou výjimečná

poranění injekční jehlou nebo jiným nástrojem kontaminovaným krví, kdokoli se může za určitých okolností píchnout o pohozenou jehlu od toxikomanů. Ač je riziko přenosu HIV v těchto situacích minimální, musí se zhodnotit potřeba postexpoziční profylaxe (PEP) antiretrovirotiky. Po profesionální expozici zdravotníků se podává zejména v případech, že došlo k píchnutí se jehlou či říznutí se nástrojem významně kontaminovaným krví, speciálně píchnutí dutou předtím intravenózně aplikovanou jehlou nebo jehlou s viditelnou krví v kónusu či stříkačce a zejména od HIV pozitivní osoby s nízkým počtem CD4+ lymfocytů a vysokou virémií (virovou náloží HIV). Riziko přenosu se odhaduje na 0,3 % a snižuje se podáním antiretrovirových léků pokud možno jiných, než užívá HIV pozitivní pacient. Nejčastěji se podá trojkombinace antiretrovirotik po dobu 4 týdnů. V případech s nižším stupněm expozice (např. po škrábnutí jehlou, kontaminaci intaktní sliznice či poškozené kůže) je možno nabídnout režim o dvou antiretroviroticích. Opatření po akcidentální neprofesionální expozici (zejména píchnutí se o pohozenou jehlu) nebo rizikovém styku s HIV pozitivní osobou se řeší individuálně. Intervence nekončí podáním léků. Klientovi (i zdravotníkovi) musí být poskytnuto poradenství a klinické a laboratorní sledování. Poučení mimo jiné obsahuje informaci o riziku přenosu HIV a virových hepatitid, reálném přínosu PEP, požadavek dodržování chráněného styku a popis eventuální primoinfekce HIV. Poranění má být hlášeno na AIDS Centrum Na Bulovce.

21. PROBLEMATIKA SYFILIS U HIV POZITIVNÍCH PACIENTŮ

Jilich D.

Klinika infekčních, tropických a parazitárních nemocí 1. LF UK a Nemocnice Na Bulovce, Praha

Syfilis tvoří v posledních letech významný zdravotní problém nejen v řadách HIV pozitivních pacientů. Ve většině případů se jedná o promiskuitní osoby praktikující rizikové sexuální chování. Vzhledem ke shodné cestě přenosu obou infekcí není výjimkou, že dochází k přenosu více jak jedné pohlavně přenosné choroby zároveň. V některých případech je syfilis na základě svých klinických projevů odhalena jako první a HIV infekce diagnostikována teprve následně v rámci screeningu pohlavně přenosných infekcí.

Infekce syfilis má u imunodeficitních osob kromě zmiňovaných epidemiologických faktorů několik dalších specifík a odlišností v porovnání s imunokompetentní majoritou.

Diagnostický proces může být komplikován atypickým klinickým obrazem jako je např. přítomnost symptomů I. i II. stádia zároveň. Sérologický obraz může být atypický nebo opožděný. Neobvyklý průběh onemocnění lze očekávat především u osob s velmi hlubokým deficitem buněčné imunity.

Nejen diagnostika ale i terapie vyžaduje adekvátní přístup. Vzhledem k vyššímu riziku terapeutického selhání je třeba použít dostatečně razantní a prolongované léčebné schéma. Pro detailnější vyhodnocení aktuální situace infekce syfilis u pacientů AIDS centra v Praze retrospektivně analyzujeme všechny hospitalizace pro diagnózu syfilis v období 2007-2011. Jedná se celkem o 130 hospitalizačních událostí. Celkový počet hospitalizovaných osob v daném období je nižší, vzhledem k opakovaným hospitalizacím pro tuto diagnózu u několika osob.

Abstrakta neprošla jazykovou ani autorskou korekturou.

ČESKÁ LÉKAŘSKÁ SPOLEČNOST J. E. PURKYNĚ

si Vás dovoluje pozvat na

XXVI. KONGRES ČLS JEP

pořádaný ve spolupráci s

Českou společností gynekologie dětí a dospívajících ČLS JEP

Českou pediatrickou společností ČLS JEP

Odbornou společností praktických dětských lékařů ČLS JEP

Českou společností dorostového lékařství ČLS JEP

Sekcí gynekologie dětí a dospívajících SGPS

a

Slovenskou lékařskou společností

GYNEKOLOGICKÁ PÉČE O DĚTI A DOSPÍVAJÍCÍ – JEJÍ SPECIFICKÉ ASPEKTY

17. října 2012

Brno, BVV
pavilon A3 - Rotunda

TÉMATATA KONGRESU

Specifika vyšetřování v dětské gynekologii

Možnosti gynekologického ultrazvukového vyšetřování u dětí a dospívajících
Forenzní aspekty gynekologického vyšetřování, zejména při podezření na zneužívání dětí
Antikoncepce u mladistvých – aktuální pohled, rizika a právní dopady

Bližší informace již brzy na www.cls.cz

Sekretariát kongresu

AMCA, spol. s r.o., Vyšehradská 320/49, Praha 2, tel.: 221 979 351, amca@amca.cz, www.amca.cz