

CHOROBY PRZENOSZONE DROGĄ PŁCIOWĄ

EWA FIRLĄG-BURKACKA



SPIS TREŚCI

WSTĘP	5
ETIOLOGIA CHOROÓB PRZENOSZONYCH DROGĄ PŁCIOWĄ	8
I. CHOROBY WYWOŁYWANE PRZEZ BAKTERIE	11
1. Kiła (<i>Lues, Syphilis</i>)	12
2. Rzeżączka (<i>Gonorrhoea</i>)	29
3. Nierzeżączkowe zapalenie cewki moczowej NGU (<i>Nongonococcal Urethritis</i>)	36
4. Zakażenia bakteryjne przewodu pokarmowego (<i>Shigella flexneri, Shigella sonnei</i>)	42
II. CHOROBY WYWOŁYWANE PRZEZ WIRUSY	44
1. Opryszczka (<i>Herpes Simplex – HSV</i>)	45
2. Wirus brodawczaka ludzkiego (<i>Human Papilloma virus – HPV</i>)	50
3. Mięczak zakaźny (<i>Molluscum Contagiosum – MCV</i>)	57
4. Wirusowe zapalenia wątroby (<i>Hepatitis B virus, Hepatitis C virus – HBV, HCV</i>)	61
5. Cytomegalia (<i>Cytomegalovirus – CMV</i>)	65
6. Leukoplakia włochata (<i>Hairy leukoplakia, Epstein-Barr virus</i>)	67
7. AIDS (<i>Human Immunodeficiency Virus – HIV</i>)	70

III. CHOROBY WYWOŁYWANE PRZEZ PASOŻYTY | 77

1. Świerzb (*Scabies*) | 78

2. Wszawica łonowa (*Pediculosis Pubis*) | 82

IV. CHOROBY WYWOŁYWANE PRZEZ ROBAKI | 84

1. Owsica (*Oxyuriasis, Enterobiosis*) | 85

V. CHOROBY WYWOŁYWANE PRZEZ PIERWOTNIAKI | 87

1. Rzęsistkowica (*Trichomonadosis*) | 88

VI. CHOROBY WYWOŁYWANE PRZEZ GRZYBY | 91

1. Drożdżycy narządów płciowych i odbytu
(*Candida albicans*) | 92

PRAKTYCZNE RADY | 96



WSTĘP

CHOROBY PRZENOSZONE DROGĄ PŁCIOWĄ (SEXUALLY TRANSMITTED DISEASES – STD),

DAWNIEJ ZWANE CHOROBYMI WENERYCZNYMI,
NALEŻĄ DO JEDNYCH Z NAJCZĘŚCIEJ WYSTĘPUJĄCYCH
CHORÓB ZAKAŻNYCH.

Obecnie znamy około 40 różnych rodzajów drobnoustrojów, które mogą się przenosić drogą płciową. Do zakażenia niektórymi z nich dochodzi wyłącznie w czasie stosunków płciowych, podczas gdy dla innych kontakty seksualne są tylko jedną z form transmisji.

Tymi drobnoustrojami mogą być: bakterie, wirusy, pierwotniaki, grzyby, pasożyty skóry, zakażenia bakteryjne przewodu pokarmowego. Część z nich wywołuje zakażenie miejscowe ograniczone do narządów płciowych lub skóry, inne mogą powodować zakażenia uogólnione.

Bardzo ważne w epidemiologii chorób przenoszonych drogą płciową są zachowania i zwyczaje seksualne.

Ryzyko zachorowań na choroby przenoszone drogą płciową wzrasta wraz z liczbą partnerów, większą częstotliwością zmiany partnerów i większą liczbą przygodnych kontaktów seksualnych; zależy także od preferencji seksualnych (kontakty homoseksualne, biseksualne) oraz od rodzaju stosunków płciowych (urogenitalne, oroanalne, analne).

Znaczącą rolę odgrywa wiek pacjentów. Najczęściej chorują osoby młode (w wieku 15–30 lat) i aktywne seksualnie; częściej mężczyźni niż kobiety.

Dużą rolę w szerzeniu się chorób przenoszonych drogą płciową odgrywają również negatywne postawy pacjentów, np. niestosowanie się do zaleceń lekarskich, przerwanie leczenia, niezgłaszanie się na wyznaczone wizyty lekarskie, odmowy ujawniania kontaktów (brak współpracy z lekarzem w ustalaniu źródeł zakażenia).



ETIOLOGIA CHORÓB PRZENOSZONYCH DROGĄ PŁCIOWĄ

Etiologia chorób przenoszonych drogą płciową jest bardzo zróżnicowana. Do znanych od dawna chorób, takich jak kiła i rzeżączka, dołączyły nowe, m.in. rzeżączkowica, wszawica łonowa, mięczak zakaźny, nierzęzątkowe zapalenia cewki moczowej (NGU).

Choroby przenoszone drogą płciową najczęściej wywoływane są przez bakterie, wirusy, pierwotniaki, pasożyty, grzyby oraz bakterie przewodu pokarmowego.

BAKTERIE:

Krętek błądy – kiła

Dwoinka rzeżączki – rzeżączka

Chlamydie, ureoplazmy, rzeżączki – nierzęzątkowe zapalenia cewki moczowej (NGU)

Shigella flexneri, *Salmonella* – zakażenia bakteryjne przewodu pokarmowego

WIRUSY:

Wirus opryszczki – opryszczka zwykła

Wirus brodawczaka ludzkiego – kłykciny kończyste

Wirus mięczaka zakaźnego – mięczak zakaźny

Wirusy zapalenia wątroby (typ A, B, C) – wirusowe zapalenie wątroby typu A, B, C (HAV, HBV, HCV)

Wirus cytomegalii – cytomegalia

Wirus Epsteina-Barr – leukoplakia włochata
Wirus HIV – zespół nabytego upośledzenia (niedoboru)
odporności (AIDS)

PASOŻYTY:

Świerzbowiec ludzki – świerzb
Wesz łonowa – wszawica

ROBAKI:

Owsik ludzki – owsica

PIERWOTNIAKI:

Rzęsik pochwowy – rzęsikowica

GRZYBY:

Candida albicans – drożdżyc



CHOROBY WYWOŁYWANE PRZEZ BAKTERIE

#1

KIŁA

Lues, Syphilis

Kiła przenoszona jest głównie drogą płciową. Wywołuje ją bakteria Gram-ujemna – krętek błądy (*Treponema pallidum*). Jest chorobą o bogatej symptomatologii klinicznej. Krętki mnożą się przez podział poprzeczny (czas replikacji wynosi 23–33 godziny) i są wrażliwe na czynniki zewnętrzne (wysoka temperatura, wysychanie). Okres wylęgania choroby trwa średnio ok. 3–4 tygodnie (kiła surowiczoujemna, tworzy się owrzodzenie). Może przebiegać w sposób utajony, ulegać samowyleczeniu lub postępować wywołując poważne zmiany narządowe.

JAK DOCHODZI DO ZAKAŻENIA

- Do zakażenia krętkiem bladym może dojść przez: uszkodzoną skórę, uszkodzone błony śluzowe, bezpośrednio przez krwiobieg (przez ciężarną matkę na płód).
- Zakaźność kiły zależy od okresu choroby, jest największa w II okresie kiły (9–16 tydz.).
- Kiła cechuje się wieloletnim przebiegiem z następującymi po sobie okresami objawowymi i bezobjawowymi.

KIEDY MOŻEMY PODEJRZEWać ZAKAŻENIE

KRĘTKIEM BLADYM (KIŁĄ)

- gdy w wywiadzie pojawiają się niezabezpieczone przygodne kontakty seksualne: oralne, orogenitalne, analno-oralne;
- jeśli w 3–4 tyg. po kontakcie seksualnym na narządach płciowych i śluzówkach jamy ustnej pojawia się niebolesne owrzodzenie;
- kiedy w pobliżu owrzodzenia można zaobserwować powiększone węzły chłonne;
- gdy występuje wysypka plamista, plamisto-grudkowa na tułowi, twarzy, kończynach, wysypce nie towarzyszy świąd;
- gdy występuje wysypka plamisto-grudkowa lub grudkowo-złuszczająca na podszewkach i dłoniach;
- kiedy obserwujemy ogniska wyłysienia na głowie, brodzie (w wywiadzie niezabezpieczone przygodne kontakty seksualne);

- jeśli pojawiają się bóle głowy, sztywność karku, pogorszenie wzroku (w wywiadzie niezabezpieczone przygodne kontakty seksualne).

PRZEBIEG KIŁY

Kiła dzieli się na dwa okresy: kiłę wczesną i kiłę późną.

KIŁA WCZESNA

■ trwa do 2 lat od zakażenia.

Dzieli się na:

- kiłę objawową wczesną – obejmuje dwa okresy: kiłę I okresu i kiłę II okresu;
- kiłę wczesną utajoną.

KIŁA PÓŹNA (III OKRESU)

■ trwa wiele lat po zakażeniu (powyżej 2 lat od zakażenia).

Dzieli się na:

- kiłę objawową późną – pojawia się po kilkunastu latach od zakażenia. Zmiany mogą wystąpić w każdym narządzie i układzie: w płucach, nerkach, wątrobie, układzie nerwowym, układzie kostnym;
- kiłę utajoną późną – bezobjawowe zakażenie trwające dłużej niż 2 lata.

#1 KIŁA WCZESNA

KIŁA I OKRESU

Jej głównym objawem jest owrzodzenie (objaw pierwotny). Owrzodzenie powstaje w miejscu wtargnięcia krętków błędnych po 3–5 tyg. od zakażenia. Wielkość owrzodzenia i czas jego powstania zależy od ilości i zjadliwości krętków. Zmiana jest najczęściej pojedyncza, o średnicy kilkunastu milimetrów, okrągła lub owalna, niebolesna, bez cech zapalnych, o gładkiej, lśniącej powierzchni i twardej, chrząstkowatej podstawie. Ustępuje samoistnie bez pozostawienia blizny.

Sporadycznie występują owrzodzenia mnogie.

Najczęstsza lokalizacja: narządy płciowe, śluzówki jamy ustnej (język, migdałki).

Po kilku dniach powiększeniu ulegają okoliczne węzły chłonne, najczęściej obustronnie.

MOŻE DOJŚĆ DO POWIĘKSZENIA OKOLICZNYCH

— WĘZŁÓW CHŁONNYCH. —

ROZPOZNANIE KIŁY I OKRESU

- Wywiad epidemiologiczny dotyczący kontaktów seksualnych z ostatnich kilku miesięcy.
- Wykazanie krętków białych w wydzielinie z owrzodzenia pierwotnego (badanie mikroskopowe w ciemnym polu widzenia).
- Dodatnie odczyny serologiczne: FTA-ABS po 3–4 tyg.; VDRL po 5–6 tyg. od zakażenia krętkiem białym.

KIŁA II OKRESU

Objawem przewodnim w kile II okresu jest nasilona bakteremia. Klinicznie dominują osutki: wczesna i nawrotowa.

Osutka wczesna jest krótkotrwała, ułożona symetrycznie, zazwyczaj jednopostaciowa (występują np. plamki albo grudki), może być rozległa, powierzchowna, ustępuje bez pozostawienia śladów.

Po 4–12 miesiącach osutka może nawracać jako **osutka nawrotowa** – jest wielopostaciowa (występują plamy, grudki, krostki), ułożona niesymetrycznie, mniej obfita, trwa długo (do kilku tygodni) może pozostawiać drobne bliznki i przebarwienia.

Częstym objawem w kile II okresu jest uogólnione powiększenie węzłów chłonnych, które utrzymuje się przez kilka miesięcy.

Rzadziej występują objawy ze strony narządów wewnętrznych: wątroby, nerek, układu nerwowego, narządu wzroku.

Bielactwo kiłowe jest objawem kiły nawrotowej II okresu. Pojawia się zwykle po 6 miesiącach od zakażenia. Występuje

głównie u kobiet. Może towarzyszyć bezobjawowej kile układu nerwowego.

Wykwity to drobne odbarwione plamy układające się siateczkowato na bocznych powierzchniach szyi i karku. Mogą utrzymywać się przez wiele miesięcy.

Łysienie kiłowe pojawia się wcześniej niż bielactwo, już w 3–4 miesiącu po zakażeniu. Początkowo dochodzi do postępującego przerzedzenia i ścieczenia włosów, głównie na szczycie głowy. Łysienie ogniskowe jest charakterystyczne dla kiły nawrotowej i polega na ogniskowym przerzedzeniu włosów w okolicach skroni i potylicy. Ogniska pozbawione włosów mają wymiary od kilku milimetrów do kilku centymetrów. Może dochodzić do utraty owłosienia w innych częściach ciała (brwi, rzęsy, okolice pachowe i łonowe). Leczenie kiły przyspiesza odrastanie włosów.

Zmiany narządowe (np. śródmiażdżowe zapalenie wątroby) charakteryzują się wzrostem fosfatazy zasadowej i aminotransferazy alaninowej.

- Nefropatia kiłowa – przebiega z przejściowym białkomoczem.
- Zmiany stawowe – charakteryzują się bólem i wysiękiem w stawach.
- Narząd wzroku – zmiany objawiają się zapaleniem twardówki, tęczówki, siatkówki lub zapaleniem nerwu wzrokowego.
- Układ nerwowy – może ulegać zakażeniu przez krętki bardzo wcześnie, nawet w kile I okresu. W kile II okresu

mogą wystąpić zmiany w płynie mózgowo-rdzeniowym (pleocytoza, białko oraz dodatnie odczyny serologiczne). Kiła układu nerwowego może przebiegać z objawami oponowymi i dawać nasilone objawy zapalenia opon mózgowych.

ROZPOZNANIE KIŁY II OKRESU

Cechy kliniczne i laboratoryjne kiły II okresu:

- w wywiadzie kontakty seksualne bez zabezpieczenia (prezerwatywa);
- osutka plamisto-złuszczająca na tułowie, kończynach, czasami na twarzy;
- osutka plamista lub plamisto-grudkowa na dłoniach i podeszwach;
- obie osutki bez towarzyszącego świądu (do różnicowania z wysypkami alergicznymi, które zawsze przebiegają ze świądem);
- ogniska wyłysienia, głównie na głowie lub innych okolicach: broda, brwi, pachy;
- powiększone obwodowe węzły chłonne;
- dodatnie miana odczynów serologicznych: VDRL, FTA-ABS i FTA.

OBJAWY ZAJĘCIA NARZĄDÓW I UKŁADÓW:

- wątroba – objawy klinicznie podobne do wirusowego zapalenia wątroby, podwyższone transaminazy, fosfataza zasadowa;

- ośrodkowy układ nerwowy (OUN) – mogą występować zawroty i nawracające bóle głowy;
- układ kostny – obrzęki, bóle stawów, osteoporoza;
- narząd wzroku – zapalenie tęczówki, siatkówki lub nerwu wzrokowego.

KIŁA WCZESNA UTAJONA

Trwa do 2 lat od zakażenia. Jest to zakażenie krętkiem błędym, w którym nie obserwuje się objawów skórnych, śluzówkowych, narządowych. Jedynym objawem choroby są dodatnie wyniki odczynów serologicznych (VDRL, FTA-ABS, TPHA). Ten rodzaj kiły cechuje się znaczną zakaźnością.

#2 KIŁA PÓŻNA (KIŁA III OKRESU)

KIŁA UTAJONA (BEZOBJAWOWA) PÓŻNA > 2 LAT

Obejmuje okres bezobjawowy trwający dłużej niż 2 lata. Jedynym objawem są dodatnie odczyny serologiczne. W miarę upływu lat zakaźność choroby wygasa. Określenie *kiła utajona późna* odnosi się do pacjentów nieleczonych, pacjentów leczonych niedostatecznie, przerywających leczenie i opornych na leczenie.

KIŁA OBJAWOWA PÓŻNA > 2 LAT

Pojawia się po kilku lub kilkunastu latach od zakażenia. Obecnie występuje bardzo rzadko. Dotyczy osób, które nie były wcześniej leczone albo były leczone niedostatecznie. Zmiany w kile późnej rozwijają się powoli, mogą występować w każdym narządzie i przebiegać w postaci:

- **kiły kilakowej**: guzy, twarde nacieki, owrzodzenia, mogą zajmować skórę, szczególnie miejsca, gdzie skóra przylega do kości;
- **kiły sercowo-naczyniowej**: tętniak tętnicy głównej, zmiany na zastawkach półksiężycowatych aorty;
- **kiły narządów wewnętrznych**: wątroba, płuca, kości, zwłaszcza kości długie, płaskie, np.: mostek, czaszka;
- **kiły układu nerwowego**: w okresie uogólnionego zakażenia krętki blade często dostają się do opon mózgowych i powodują zmiany w ośrodkowym układzie nerwowym (OUN).

Jest to możliwe już w kile I i II okresu.

Dalszy przebieg zakażenia OUN u chorych nieleczonych lub niedostatecznie leczonych może polegać na:

- samoistnym wygaśnięciu procesu chorobowego,
- rozwoju bezobjawowego zapalenia opon mózgowych,
- rozwoju objawowego ostrego zapalenia opon mózgowych.

Ze względu na różnorodność objawów klinicznych klasyfikacja kiły układu nerwowego jest złożona.

POSTACIE KIŁY OŚRODKOWEGO UKŁADU NERWOWEGO (OUN):

- kiła bezobjawowa układu nerwowego (wczesna i późna);
- kiła oponowa (ostre kiłowe zapalenie opon mózgowych);
- kiła oponowo-naczyniowa (mózgu i rdzenia);
- kiła miąższowa (porażenie postępujące i wiađ rdzenia kręgowego);
- kiła kilakowa (mózgu i rdzenia kręgowego).

W praktyce najczęściej mamy do czynienia z kiłą bezobjawową układu nerwowego, oponową i oponowo-naczyniową.

- **Kiła bezobjawowa układu nerwowego** – rozpoznanie opiera się na dodatnich wynikach odczynów serologicznych (VDRL, FTA) z krwi i płynu mózgowo-rdzeniowego. W badaniu ogólnym płynu można stwierdzić niewielką pleocytozę do 100 limfocytów w mm³ oraz podwyższone stężenie białka.
- **Kiła oponowa** – pierwszym uchwytym objawem są bóle głowy, sztywność karku, stany podgorączkowe, czasami nudności i wymioty. Mogą wystąpić również napady padaczkowe lub porażenia nerwów czaszkowych. Rozpoznanie kiły oponowej ustala się na podstawie dodatniej serologii, zmian w płynie mózgowo-rdzeniowym (pleocytoza, podwyższone stężenie białka, obniżenie glukozy).
- **Kiła oponowo-naczyniowa** – może obejmować wszystkie struktury mózgu. Istotnym objawem jest przewlekły stan

zapalny opon, a głównymi objawami klinicznymi mogą być: porażenia, niedowłady połowicze, napady padaczkowe, afazja. Za rozpoznaniem kiły oponowo-naczyniowej przemawiają zmiany w naczyniach mózgu występujące u młodych ludzi, jak również zmiany w płynie mózgowo-rdzeniowym oraz zmiany patologiczne w tomografii i rezonansie magnetycznym.

BADANIA DIAGNOSTYCZNE PRZY PODEJRZENIU ZAKAŻENIA KIŁOWEGO:

BADANIA BEZPOŚREDNIE

- Badanie mikroskopowe – w ciemnym polu widzenia wykrywamy krętki blade jako czynnik etiologiczny choroby.
- Badanie histopatologiczne – za pomocą impregnacji srebrem metodą immunofluorescencyjną.

BADANIA POŚREDNIE

To badania serologiczne, które są w praktyce podstawą diagnostyki kiły. Wykrywają przeciwciała tworzące się w odpowiedzi na zakażenie krętkiem bladym. Odczyny serologiczne wykonuje się z krwi lub z płynu mózgowo-rdzeniowego.

ZNAMY DWA RODZAJE ODCZYNÓW SEROLOGICZNYCH:

KLASYCZNE NIEKRĘTKOWE I ODCZYNY KRĘTKOWE.

- Odczyny klasyczne charakteryzują się znaczną czułością, łatwością i szybkością wykonania. Mają głównie zastosowanie w badaniach przesiewowych w dużych grupach ludzi, w których chcemy wykryć przypadki podejrzone o zakażenie kiłowe.
- Odczyny krętkowe służą głównie do diagnostyki kiły lub do weryfikacji wyników odczynów niekrętkowych.



BARDZO WAŻNA W USTALENIU ROZPOZNANIA KIŁY
JEST INFORMACJA, W JAKIM CZASIE PO KONTAKCIE
SEKSUALNYM POJAWIAJĄ SIĘ
DODATNIE ODCZYN Y SEROLOGICZNE.

Odczyny klasyczne
niekrętkowe

Czas pojawiania się
odczynów serologicznych

VDRL
(*Veneral Disease Research Laboratory*)

5–6 TYG.

RPR
(*Rapid Plasma Reagin Test*)

5–6 TYG.

Odczyny krętkowe

FTA
(*odczyn immunofluorescencji krętków*)

PO 3 TYG.

FTA-ABS
(*modyfikacja absorpcyjna odczynu FTA*)

3–4 TYG.

TPHA
(*odczyn biernej hemaglutynacji krętków*)

PO 2–3 TYG.

DO CZEGO SŁUŻY DIAGNOSTYKA SEROLOGICZNA

Rozpoznanie

Kontrola po leczeniu

Weryfikacja odczynów
serologicznych

VDRL/RPR*
FTA-ABS
FTA

VDRL/RPR

VDRL/RPR
FTA-ABS
FTA
TPHA

RPR ^{*} (*Rapid Plasma Reagin Test*)

Odpowiednik testu VDRL.

Jest to odczyn klasyczny niekrętkowy. Reakcja antygen – przeciwciała (skłaczkanie). Odczytuje się go nieuzbrojonym okiem ze względu na obecność kolorowej substancji w antygenie.

VDRL (*Venereal Disease Research Laboratory*)

Odczyn niekrętkowy kłaczkujący.

Odczytuje się go mikroskopowo.

JAK MOŻEMY ROZPOZNAĆ KIŁĘ OUN

Rozpoznaje się ją na podstawie objawów neurologicznych (ból i zawroty głowy, sztywność karku) oraz zmian w płynie mózgowo-rdzeniowym (PMR).

W badaniu ogólnym płynu występują:

- pleocytoza (podwyższona);
- białko (umiarkowanie podwyższone);
- glukoza (obniżona).

SEROLOGIA PŁYNU:

- VDRL dodatni – specyficzny, mało czuły, potwierdza rozpoznanie kiły OUN. Wynik ujemny nie wyklucza kiły;
- FTA-ABS dodatni – niespecyficzny, ale czuły. Wynik ujemny wyklucza kiłę OUN;
- TPHA dodatni – czuły, przewyższa wszystkie inne odczyny kiłowe. Dodatni wynik potwierdza rozpoznanie zakażenia krętkiem białym.

KIŁA A HIV

Każdy chory na kiłę powinien być zbadany w kierunku HIV, a zakażony HIV – zbadany w kierunku zakażenia krętkiem błędym. Koinfekcja kiły i zakażenia HIV może zmieniać naturalny przebieg obu infekcji, np.:

- kiła II okresu może występować z kiłą I okresu;
- kiła II okresu z zajęciem OUN, nerwów czaszkowych, narządu wzroku;
- w kile II okresu odczyn serologiczne mogą być bardzo wysokie lub ujemne;
- kiła III okresu (kilaki) z zajęciem ośrodkowego układu nerwowego (OUN).

U chorych na kiłę zakażonych HIV zauważono zwiększone ryzyko wczesnego rozwoju zmian neurologicznych, okulistycznych, a także wolniejszy spadek mian odczynów serologicznych VDRL, FTA po leczeniu kiły.

BADANIE PŁYNU MÓZGOWO-RDZENIOWEGO

Wskazania do badania płynu mózgowo-rdzeniowego (PMR):

1. Odchylenia w badaniu neurologicznym, psychiatrycznym, okulistycznym lub laryngologicznym bez względu na okres kiły;
2. Kiła III okresu;
3. U pacjentów bez objawów klinicznych z kiłą późną, jeśli liczba limfocytów $CD4 < 350$ kom/mm, a odczyn VDRL $> 1/32$

- kiła o nieznanym czasie trwania;
- kiła późna leczona Doksyklyną;
- U pacjentów, u których nie obserwuje się właściwej odpowiedzi serologicznej po leczeniu;
- objawy ze strony OUN, narządu wzroku;
- po 2 latach od zakończenia leczenia kiły wczesnej;
- po 6 miesiącach i po roku, jeśli wcześniej były zmiany w płynie mózgowo-rdzeniowym;
- przy uczuleniu na penicylinę;
- przy ponownym wzroście odczynów serologicznych po leczeniu.

ZALECENIA

- U osób, u których rozpoznano kiłę, zaleca się badanie w kierunku zakażenia wirusem HIV.
- Chorych na kiłę należy poinformować o konieczności objęcia leczeniem profilaktycznym ich partnerów seksualnych. Prawdopodobieństwo zakażenia partnerów seksualnych kiłą wczesną jest duże i wynosi około 60%.
- Należy pamiętać o profilaktycznym leczeniu kobiet w ciąży (które wcześniej chorowały na kiłę i nie zakończyły kontroli serologicznej).
- Należy również pamiętać o kontroli odczynów serologicznych po leczeniu kiły wczesnej (w 1, 2, 3, 6 i 12 mies.).

Wszystkich pacjentów z podejrzeniem kiły należy kierować do gabinetów dermatologiczno-wenerologicznych.

LECZENIE KIŁY

We wszystkich postaciach kiły najskuteczniejszym antybiotykiem jest Penicylina. Stosuje się różne jej postaci: Penicylinę krystaliczną, prokainową i Debecylinę. W przypadku uczulenia na Penicylinę stosuje się inne antybiotyki, takie jak: Tetracyklina, Doxycyklina lub Ceftriakson.

Schemat dawkowania leków zależy od okresu kiły, zajęcia narządów wewnętrznych i zajęcia ośrodkowego układu nerwowego.

UWAGA !

1. **Doksycyklina** nie ma wskazań do leczenia kiły OUN. Lekiem z wyboru są penicyliny: krystaliczna lub benzatynowa.

2. **Azytromycyna** jest lekiem drugiego rzutu w leczeniu kiły.

Należy pamiętać o odpowiedniej częstotliwości podawania leku tak aby czas, w którym stężenie jest zbyt niskie, nie był dłuższy niż 23–30 godzin (jest to czas odpowiadający kilku podziałom krętków białych i wynosi 30–33 godziny).

U chorych uczulonych na penicylinę zaleca się wykonanie testów skórnych alergicznych i zastosowanie odczulania na penicylinę. Przy uczuleniu na penicylinę stosuje się inne antybiotyki jako leczenie alternatywne np. Ceftriakson, Doksycyklina, Tetracyklina, Azytromycyna.

#2

RZEŻĄCZKA

Gonorrhoea

To druga co do częstości występowania choroba przenoszona drogą płciową. Wywołuje ją Gram-ujemna bakteria – dwoinka rzeżączki (*Neisseria gonorrhoeae*). Okres wylęgania choroby u mężczyzn jest bardzo krótki (2–7 dni), dłuższy – u kobiet (7–14 dni).

GŁÓWNE OBJAWY CHOROBY TO:

- wydzielina ropna, śluzowo-ropna z cewki moczowej, pojawiająca się bardzo szybko, w 3–7 dni po kontakcie seksualnym;
- objawy dysurii: ból, pieczenie w trakcie oddawania moczu;
- zaczerwienienie i obrzęk ujścia cewki moczowej, zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn.
- u kobiet może wystąpić zaczerwienienie i obrzęk tarczy szyjki macicy.

Rzeżączka jest w większości przypadków zakażeniem miejscowym, ograniczającym się do cewki moczowej u mężczyzn i kobiet oraz szyjki macicy u kobiet. U obu płci może zajmować gardło, worek spojówkowy i odbyt.

Należy pamiętać, że ryzyko zakażenia dwoinką rzeżączki jest większe u kobiet niż u mężczyzn. Ekspozycja na zakażenie powierzchnia błony śluzowej pochwy i szyjki macicy jest dużo większa niż powierzchnia błony śluzowej okolicy cewki moczowej u mężczyzn.

Zmiany zachowań seksualnych spowodowały, że w ostatnich latach coraz częściej rozpoznajemy rzeżączkę gardła. Częściej u osób mających kontakty orogenitalne. Choroba objawia się zapaleniem gardła, zaczerwienieniem, obrzękiem łuków podniebiennych i tylnej ściany gardła oraz ropną wydzieliną.

Węzły chłonne szyjne i podżuchwowe mogą być powiększone i bolesne, niekiedy objawom towarzyszą stany podgorączkowe. U osób dorosłych rzeżączkowe zapalenie spojówek dotyczy zazwyczaj jednego oka. Objawia się niewielkim podrażnieniem spojówek, ropną wydzieliną z worka spojówkowego oraz bólem i pieczeniem.

PRZEBIEG RZEŻĄCZKI

RZEŻĄCZKA U KOBIET

Okres wylęgania choroby wynosi 7–14 dni.

Objawem dominującym jest pieczenie i ból w trakcie oddawania moczu. Skąpe objawy: wydzielina śluzowo-ropna przypominająca upławy. Mogą wystąpić obfite krwawienia miesięczkowe, a także plamienia między miesiączkami.

Szacuje się, że u 80% kobiet i 10% mężczyzn zakażenie rzeżączką może przebiegać bezobjawowo.

U 30–40% kobiet z rzeżączką szyjki macicy stwierdza się jednocześnie zakażenie odbytu.

Tylko 20% kobiet zgłasza się do lekarza w okresie ostrego zakażenia. Rzeżączka rozpoznawana jest najczęściej przypadkowo, podczas wizyty u ginekologa z innych powodów.

RZEŻĄCZKA U MĘŻCZYZN

Krótki okres wylęgania (2–5 dni).

Głównym objawem jest wydzielina śluzowo-ropna z ujścia cewki moczowej.

Objawami towarzyszącymi są: ból, pieczenie podczas oddawania moczu, bolesne wzwody prącia.

Wskaźnik zachorowań na rzeżączkę wśród mężczyzn mających seks z mężczyznami (MSM) jest wyższy niż w pozostałej populacji.

Rodzaj kontaktów seksualnych (orogenitalne, oroanalne) sprzyja zakażeniu dwoinkami rzeżączki innych okolic: gardło, odbyt, spojówki.

POWIKŁANIA

Nierozpoznana, nieleczona lub niedostatecznie leczona rzeżączka może powodować poważne powikłania zarówno u mężczyzn, jak i u kobiet.

U KOBIET:

- Rzeżączkowe zapalenie gruczołów przedstonkowych większych (Bartholina)
Występuje obrzęk, gromadzenie się wydzieliny ropnej na wardze sromowej większej, ból, często nasilający się podczas chodzenia.
- Rzeżączkowe zapalenie pochwy i sromu
Pacjentki skarżą się na pieczenie, bolesność sromu oraz przedstonka pochwy. Wargi sromowe są zaczerwienione i obrzęknięte, pokryte nadżerkami. Na ścianach pochwy gromadzi się wydzielina ropna.

U MĘŻCZYZN:

- Rzeżączkowe zapalenie najądrzy
Zwykle dotyczy jednego najądrza, objawami są: ból, złe

samopoczucie, temperatura 39–40°C, zaczerwienie, obrzęk. Nielezione może doprowadzić do niedrożności przewodów nasiennych.

Obustronne zapalenie najądrzy w następstwie powikłanej rzeżączki w 90% przypadków może być przyczyną bezpłodności.

- Rzeżączkowe zapalenie gruczołu krokowego
Charakteryzuje się bólem w kroczu, zaburzeniami w oddawaniu moczu i stolca, gorączką dochodzącą nawet do 40°C.
- Zapalenie gruczołów Tysona
Powikłanie dotyczy gruczołów łojowych znajdujących się na wewnętrznej blaszce napletka i w okolicy wędzidełka. Bardzo rzadko występuje jako jedyny objaw zakażenia rzeżączką. Często towarzyszy rzeżączkowemu zakażeniu cewki moczowej.

POWIKŁANIA WSPÓLNE DLA OBU PŁCI:

- Rozsiane zakażenie rzeżączkowe
Występuje rzadko – od 0,5% do 3% chorych cierpi z powodu tych powikłań. Jest najczęściej następstwem posocznicy gonokokowej, w której dwoinki rzeżączki przedostają się do krwi i mogą zakażać narządy wewnętrzne.
- Zespół stawowo-skróny
Jest kliniczną formą rozsianego zakażenia rzeżączkowego. Dotyczy skóry i stawów. Główną dolegliwością są bóle i stany zapalne stawów: kolanowego, skokowego,

nadgarstkowego i śródrečno-palcowego. Zmiany skórne występują w 50–75% przypadków rozsianego zakażenia rzeżączkowego. Najczęściej obserwuje się je na dystalnych częściach kończyn w okolicach stawowych. Zmiany skórne to: wykwity plamiste, grudkowe i krwotoczne. Najbardziej charakterystycznym objawem dla tego zespołu jest nekrotyczna krosta otoczona rumieniową obwódką zapalną.

JAK ROZPOZNAJEMY RZEŻĄCZKĘ

- Obecność ropnej wydzieliny z cewki moczowej, objawy dysurii pojawiające się po kontaktach seksualnych: u mężczyzn w okolicach 2–5 dnia, u kobiet około 7 dnia.
- Stwierdzenie dwoinek rzeżączki w badaniu mikroskopowym (barwienie metodą Grama lub błękitem metylenowym).
- W hodowli (rzeżączka gardła, spojówek, odbytu).
- Stwierdzenie dwoinek rzeżączki innymi metodami diagnostycznymi: najczęściej PCR (reakcja łańcuchowej polimerazy), LCR (reakcja łańcuchowa ligazy).
- W razie podejrzenia rzeżączki gardła należy pamiętać o wykonaniu testów fermentacji cukrów (testy pozwalają odróżnić dwoinki rzeżączki od dwoinek meningokoków).

NA CO NALEŻY ZWRÓCIĆ UWAGĘ

- Objawy kliniczne:
 - Wyciek ropny 3–7 dni po kontakcie seksualnym (cewka moczowa, okolica narządów płciowych, stany zapalne odbytu, gardła i spojówek).
 - Pieczenie i ból w trakcie oddawania moczu.

- Należy pamiętać o leczeniu partnerów seksualnych.
- Wskazane jest wykonywanie badań w kierunku kiły, HIV i innych zakażeń przenoszonych drogą płciową.
- Pacjentów z podejrzeniem rzeżączki należy kierować do gabinetów dermatologiczno-wenerologicznych.

LECZENIE RZEŻĄCZKI

Ostatnie zalecenia Europejskie i CDC rekomendują w leczeniu rzeżączki:

- **schemat zalecany:**

Dwa antybiotyki jednorazowo – Ceftriakson domięśniowo z Azytromycyną doustnie.

- **schemat alternatywny:**

Cefiksym, Azytromycyna, Ofloksacyna, Ceftriakson. Podaje się doustnie lub domięśniowo w dawce jednorazowej.

W koinfekcjach (jednoczesne zakażenie dwóinką rzeżączki i chlamydiami) stosuje się dwa antybiotyki.

KONIECZNE JEST LECZENIE
PARTNERÓW SEKSUALNYCH.

#3

NIERZEŻĄCZKOWE ZAPALENIE CEWKI MOCZOWEJ

(*NGU – Nongonococcal Urethritis*)

Nierzeżączkowe zapalenie cewki moczowej (NGU) jest zakażeniem, w którym nie stwierdza się zakażenia dwóinkami rzeżączki.

NIERZEŻĄCZKOWE ZAPALENIE CEWKI MOCZOWEJ (NGU) WYWOŁUJĄ:

#1

Chlamydia Trachomatis typ serologiczny D–K, rzadziej B (w ok. 35–70% przypadków osób cierpiących na nierzęączkowe zapalenie cewki moczowej).

Są to Gram-ujemne bakterie o kolistym kształcie i wielkości 0,2–1,5 mm. Występują w dwóch postaciach rozwojowych jako:

- ciało podstawowe – wiąże się z komórką gospodarza. Jest metabolicznie nieczynne, posiada błonę komórkową, która pozwala mu przetrwać przez pewien czas poza komórką żywiciela;
- ciało siateczkowate – nie ma błony komórkowej, przypomina mykoplazmy i spotykane jest wyłącznie wewnątrzkomórkowo.

#2

Inne bakterie (poniżej 30% przypadków osób cierpiących na nierzęączkowe zapalenie cewki moczowej):

- *Ureoplazma urealyticum*;
- *Gardnerella vaginalis*;
- *Trichomonas vaginalis*;
- *Herpes virus*;
- *Candida albicans*.

KTO CHORUJE

MĘŻCZYŹNI I KOBIETY:

- po osiągnięciu dojrzałości płciowej;
- 75% zachorowań u mężczyzn przypada między 18. a 30. r.ż.;
- u kobiet największy odsetek przypada na okres poniżej 25. r.ż.

NOWORODKI:

- 60% noworodków urodzonych z matek z chlamydiałnym zapaleniem szyjki macicy;
- u 20–50% dochodzi do ropnego zapalenia spojówek;
- u 3% występuje śródmiaższowe zapalenie płuc.

OBRAZ KLINICZNY NGU

- Okres wylęgania jest dłuższy niż w przypadku rzeżączki i wynosi średnio od 1 do 3 tyg.
- Dominującym objawem jest wydzielina z cewki moczowej: śluzowa, śluzowo-wodnista i śluzowo-ropna. Wyciek może być spontaniczny, obecny stale lub w godzinach porannych, towarzyszą mu objawy dysurii: ból, pieczenie, świąd.

W zależności od rodzaju patogenu wywołującego nierzęączkowe zapalenie cewki moczowej (NGU) objawy kliniczne będą zróżnicowane, niektóre bardzo charakterystyczne, np.:

- *Ureoplazma urealyticum* (upławy, zapalenie szyjki macicy i cewki moczowej);
- *Gardnerella vaginalis* (wodniste upławy o intensywnym zapachu ryb);

- *Trichomonas vaginalis* (silny świąd, obfite upławy, pieczenie);
- *Herpes virus* (pęcherzyki, nadżerki, ból, pieczenie);
- *Candida albicans* (gęste serowate upławy, białe naloty, świąd, intensywny zapach);
- *Chlamydia trachomatis* (wodnista, wodnisto-śluzowa wydzielina z cewki moczowej w godzinach porannych).

ZAKAŻENIE CHLAMYDIAMI ROZPOZNAJEMY

- po objawach klinicznych (objawy dysuryczne, wyciek);
- po badaniach diagnostycznych:

BADANIE MIKROSKOPOWE:

Metodą Grama lub błękitem metylenu, w którym nie stwierdza się dwoinek rzeźączki. Rozpoznaje się leukocyty wielojądrzaste w kolejnych polach widzenia.

HODOWLA:

- Preparat z hodowli barwiony jodyną Jonesa.
- Preparat z hodowli barwiony przeciwciałami monoklonalnymi znakowanymi Fluoresceiną.

DIAGNOSTYKA MOLEKULARNA METODAMI:

- PCR
- LCR

POWIKŁANIA

U KOBIET:

zapalenie szyjki macicy, zapalenie cewki moczowej, gruczołu przedsionkowego większego (Bartholina), rozległe zapalenie narządów rodnych, w tym: zapalenie błony śluzowej macicy i przydatków. Nielezione mogą doprowadzić do niepłodności, a u kobiet ciężarnych – do różnych komplikacji, z poronieniem włącznie.

U MĘŻCZYZN:

zapalenie najądrzy i prostaty, gruczołu krokowego, zwężenie cewki moczowej, niepłodność.

POWIKŁANIA U OBU PŁCI:

ZESPÓŁ REITERA

Charakteryzuje się triadą objawów:

#1

Odczynowe zapalenie stawów – zajęte są duże stawy: kolanowy, skokowy, śródstopia, rzadziej stawy kończyn górnych i okolicy krzyżowo-lędźwiowej. Stawy są obrzęknięte z dużą bolesnością i ograniczoną ruchomością.

#2

Zmiany oczne: zapalenie spojówek (przekrwienie, łzawienie,

wydzielina śluzowo-ropna), owrzodzenia, zapalenia rogówki, wlewy wewnętrzne, zaćma, zapalenie nerwu wzrokowego.

#3

Zapalenie cewki moczowej

Czasami obserwuje się zmiany skórne:

- łuszczykopodobne ze zwiększoną hiperkeratozą;
- nadmierne rogowacenie na dłoniach i stopach;
- zmiany troficzne paznokci;
- grudkowo-krostkowe złuszczone zmiany w okolicy sromu i prącia.

LECZENIE NGU (CHLAMYDIE)

Lekiem z wyboru jest Azytromycyna lub Doxycyklina.

W schemacie alternatywnym:

- Erytromycyna i Ofloksacyna,
- Lewofloksacyna.

#4

ZAKAŻENIA BAKTERYJNE PRZEWODU POKARMOWEGO PRZENOSZONE DROGĄ PŁCIOWĄ

(*Shigella flexneri*, *Shigella sonnei*)

W ostatnich latach zwrócono szczególną uwagę na zakażenia przewodu pokarmowego, do których dochodzi drogą płciową. Najczęściej przez szczepy bakterii *Shigella flexneri* i *Shigella sonnei*. Rzadziej zakażają inne bakterie przewodu pokarmowego: *Campylobacter jejuni* i *Salmonellae*.

Do zakażenia dochodzi przez stosunki oralne i analne – ta ostatnia droga zakażenia często spotykana jest u populacji MSM (mężczyzn mających stosunki seksualne z mężczyznami). Zakaźność szczepami *Shigella* jest bardzo duża, ponieważ do wywołania choroby wystarczy niewielka ilość drobnoustrojów.

Okres wylęgania choroby jest bardzo krótki (2–3 dni). Krótszy niż w zakażeniach wywołanych przez pierwotniaki (około 7 dni).

W obrazie chorobowym zakażeń bakteryjnych dominują biegunki, bóle brzucha, stany podgorączkowe, czasami zapalenie jelita grubego i cienkiego.

NA CO NALEŻY ZWRÓCIĆ UWAGĘ

- na krótki okres wylęgania choroby;
- na pojawiające się 2–3 dni po stosunku oralnym lub analnym objawy: biegunki, wodniste stolce, bóle brzucha, stany podgorączkowe.



CHOROBY WYWOŁYWANE PRZEZ WIRUSY

#1

OPRYSZCZKA

(Herpes Simplex Virus – HSV)



Opryszczka narządów płciowych należy do chorób przenoszonych drogą płciową. Wywoływana jest przez wirus opryszczki zwykłej *Herpes Simplex Virus* – HSV.

ZNAMY DWA TYPY WIRUSA OPRYSZCZKI:

HSV-1

Wywołuje zmiany zlokalizowane powyżej pasa, głównie na granicy skóry i błony śluzowej oraz na samej skórze (jama ustna, wargi, twarz, tułów, kończyny górne).

HSV-2

Wywołuje zmiany przede wszystkim na narządach płciowych, pośladkach i okolicach odbytu.

Okres wylęgania opryszczki trwa od kilku dni do 2 tygodni (średnio 7 dni).

Do zakażenia wirusem opryszczki HSV-1 dochodzi u obu płci przed osiągnięciem dojrzałości płciowej, natomiast zakażenie HSV-2 występuje po okresie pokwitania.

Czas trwania zmian chorobowych wynosi średnio 6–10 dni, jednak u osób z obniżoną odpornością – zakażonych HIV, chorych na AIDS i leczonych immunosupresyjnie – jest zdecydowanie dłuższy.

Przed wystąpieniem zmian chorobowych występuje miejscowa przeczulica skóry, uczucie napięcia i swędzenia.

Wykwitem pierwotnym jest pęcherzyk wielkości kilku milimetrów, na rumieniowej podstawie, wykazujący tendencję do grupowania się. Początkowo pęcherzyki wypełnione są treścią surowiczą, później ropną, a następnie w ciągu kilku dni pokrywają się strupami (zliszajowacenie), które mogą ulec nadkażeniu bakteryjnemu.

JAK DOCHODZI DO ZAKAŻENIA

- Do zakażenia dochodzi przez bezpośredni kontakt z osobą chorą podczas kontaktów seksualnych (oralnych, analnych, manualno-waginalnych, oroanalnych).
- Stopień zakaźności zależy od okresu choroby. Jest najwyższy w czasie występowania zmian chorobowych: pęcherzyków i nadżerek. Do zakażenia może dojść również w okresie bezobjawowym choroby. Zakaźne mogą być: ślina, wydzielina z szyjki macicy, pochwy, cewki moczowej lub nasienie.
- Do największej liczby zakażeń opryszczką dochodzi w okresie bezobjawowym choroby.

LOKALIZACJA ZMIAN CHOROBY

(w zależności od stosunków i praktyk seksualnych)

U KOBIET:

- wargi sromowe, pochwa, szyjka macicy, okolica odbytu;
- błona śluzowa jamy ustnej.

U MĘŻCZYZN:

- okolice cewki moczowej, żołądź, napletka, prącia, odbytu;
- błona śluzowa jamy ustnej.

U OSÓB Z OBNIŻONĄ ODPORNOŚCIĄ

(zakażonych HIV, chorych na AIDS, chorych z nowotworami):

U tych osób opryszczka występuje częściej i ma cięższy przebieg. Zmiany są rozległe, głębsze, bardziej bolesne i mogą utrzymywać się przez kilka tygodni.

Lokalizują się głównie:

- w okolicy odbytu, sromu;
- na skórze tułowia i kończyn.

JAK ROZPOZNAJEMY OPARYSKCZKĘ

- po obecności drobnych pęcherzyków, z tendencją do zlewania się, tworzenia nadżerek i owrzodzeń, umiejscowionych na rumieniowej podstawie;
- po miejscowej przeczulicy skóry (ból, pieczenie, świąd), często poprzedzającej wystąpienie pęcherzyków;
- po powiększeniu i bolesności okolicznych węzłów chłonnych;
- po typowym umiejscowieniu zmian chorobowych (skóra, śluzówki jamy ustnej, okolice narządów płciowych, pogranicza błon śluzowych i skóry).

NA CO NALEŻY ZWRÓCIĆ UWAGĘ

- Przebieg opryszczki u osób z obniżoną odpornością jest nawrotowy i ciężki.
- Kobiety ciężarne z opryszczką narządów płciowych powinny być powiadomione przez ginekologa o możliwości zakażenia wirusem opryszczki noworodka (podjęcie decyzji dotyczącej sposobu rozwiązania ciąży należy do lekarza położnika: cięcie cesarskie lub siłami natury).
- Dzieci urodzone z matek zakażonych wirusem opryszczki powinny być pod opieką lekarską;
- Opryszczka narządów płciowych wywołująca nadżerki i owrzodzenia w tej okolicy jest czynnikiem wysokiego

ryzyka zakażenia HIV i innymi chorobami przenoszonymi drogą płciową.

GDZIE NALEŻY KIEROWAĆ PACJENTA

- Pacjentów ze zmianami sugerującymi opryszczkę należy kierować do lekarzy dermatologów-wenerologów.
- Kobiety w ciąży z podejrzeniem opryszczki narządów płciowych należy kierować do lekarza ginekologa.
- W razie wystąpienia zmian zlokalizowanych na śluzówkach jamy ustnej, pacjenta należy kierować na konsultację laryngologiczną.

LECZENIE OPRYSZCZKI

Acyklowir, Walacyklowir, Famcyklowir.

#2

WIRUS BRODAWCZAKA LUDZKIEGO

(Human Papilloma Virus – HPV)

Obecnie na świecie wyodrębnia się ponad 130 typów wirusa HPV, które dzieli się na dwie grupy: nisko-onkogenne i wysoko-onkogenne. Wirusy HPV nisko-onkogenne są odpowiedzialne za łagodne rozrosty naskórka i błon śluzowych, zwane kłykinami kończystymi. Wirusy onkogenne odgrywają istotną rolę w powstawaniu raka szyjki macicy, pochwy, sromu, prącia i odbytu. W ostatnich latach obserwuje się stały i szybki wzrost zachorowań wywołany przez wirusy brodawczaka ludzkiego (HPV), występujący głównie u ludzi młodych aktywnych seksualnie między 19. a 30. r.ż. oraz osób z populacji MSM – (mężczyzn utrzymujących kontakty seksualne z mężczyznami), zakażonych HIV.

KŁYKCINY KOŃCZyste

Okres wylęgania kłykciny jest długi i wynosi średnio 3 miesiące. Najbardziej zakaźne są kłykciny kończyste wywołane przez niskoonkogenne wirusy HPV.

OBRAZ KLINICZNY ZMIAN CHOROBOwych ZALEŻY OD:

- typu wirusa (HPV 6, 11, 16, 18, 33, 35, 42);
- umiejscowienia (prącie, wargi sromowe, odbyt, łuki podniebienne, kąci ust);
- czasu trwania zmian (kilka, kilkanaście lat);
- odporności chorego (współistniejące zakażenie HIV/AIDS).

Kłykciny kończyste są grudkami przyrostymi do typu brodawek o konsystencji miękkiej, białoszarych lub różowych, wydłużonych, nitkowatych, często uszypułkowanych, które mogą być pojedyncze lub mnogie. Długo trwające tworzą rozległe zlewające się zmiany chorobowe o powierzchni kalafiorowatej, groniastej.

NAJCZĘSTSZA LOKALIZACJA:

U KOBIET:

wargi sromowe, okolica cewki moczowej, szyjka macicy, odbyt.

U MĘŻCZYZN:

prącie, żołądź, okolice wędzidełka, ujście cewki moczowej, wewnętrzna powierzchnia napletka, okolice odbytu.

Przy stosunkach orogenitalnych należy zwrócić uwagę na fakt, że mogą być one umiejscowione na łukach podniebiennych, języku i w kącikach ust.

INNE RODZAJE KŁYKCIŃ

KŁYKCIŃY OLBRZYMIE

(Buschkego-Löwensteina)

Wywoływane przez wirusy typu HPV-6 i HPV-11.

Bardzo duże, brodawkujące, grzybiasto-kalafiorowate twory, charakteryzujące się powolnym, wieloletnim wzrostem oraz miejscowym naciekaniem podścieliska.

Obecnie uważane za postać raka brodawkującego.

GRUDKOWATOŚĆ BOWENOIDALNA

(*Bowenoid Papulosis*)

To wieloogniskowa barwnikowa choroba Bowena wywołana przez wirusy HPV-16, HPV-33, HPV-34 (wirusy wysokoonkogenne).

Zmiany skórne mają charakter płasko wyniosłych grudek o średnicy kilku milimetrów, gładkiej powierzchni i zabarwieniu brunatnym. U kobiet zlokalizowane są na wargach sromowych, w fałdach pachwinowych i w okolicy odbytu. U mężczyzn – głównie na żołądki.

Kobiety z *Bowenoid Papulosis*
lub partnerki mężczyzn z tą chorobą stanowią
grupę wysokiego ryzyka rozwoju raka szyjki macicy.

CHOROBA BOWENA (ERYTOPLAZJA QUEYRATA)

Wywoływana przez te same typy wirusów (HPV-16, HPV-33 i HPV-34), co grudkowatość bowenoidalna.

Występuje u osób starszych po 60. roku życia. Zmiany chorobowe zlokalizowane są na narządach płciowych w postaci blaszkowatych, czerwonych, dobrze odgraniczonych ognisk. Choroba charakteryzuje się powolnym, wieloletnim wzrostem. Nie ma tendencji do samoistnego ustępowania.

Zaliczana jest do grupy wysokiego ryzyka rozwoju zmian nowotworowych.

KTO MOŻE BYĆ ZAKAŻONY HPV

- osoby, u których na narządach płciowych pojawiły się jasnoróżowe wyniosłe guzki, brodawki, zmiany uszypułowane, kalafiorowate;
- kobiety, u których na narządach płciowych (wargi sromowe, okolica odbytu), a u mężczyzn na żołądździ pojawiły się brunatne, jasnobrunatne, płasko wyniosłe wykwity chorobowe;
- osoby mające liczne kontakty seksualne: analne, oro-analne, orowaginalne;
- osoby starsze, u których na narządach płciowych pojawiły się blaszkowate, czerwone, dobrze odgraniczone ogniska chorobowe.

CO POWINNIŚMY WIEDZIEĆ O ZAKAŻENIU HPV

- Okres wylęgania zakażenia HPV jest długi i trwa kilka lub kilkanaście miesięcy (średnio 3 miesiące).
- Zmiany nieleczone mogą być przyczyną rozwoju zmian dysplastycznych (przednowotworowych).
- Onkogenne typy wirusa mogą wywołać zmiany dysplastyczne, nowotworowe (w tym: raka szyjki macicy, raka kolczystokomórkowego prącia, raka odbytu).

JAK MOŻNA UNIKNĄĆ ZAKAŻENIA HPV

Młodzi ludzie, zarówno kobiety, jak i mężczyźni powinni zwrócić szczególną uwagę na działania profilaktyczne.

PROFILAKTYKA U KOBIET:

- badanie ginekologiczne co 6 miesięcy;
- cytologia co 6 miesięcy;
- kolposkopia co 6 miesięcy;
- badania wirusologiczne w kierunku onkogennych wirusów HPV, najlepiej metodą pozwalającą na określenie konkretnych typów wirusa.

PROFILAKTYKA U MĘŻCZYZN:

- badania profilaktyczne: konsultacje urologiczne, chirurgiczno-proktologiczne:
 - badanie *per rectum* (co 6 miesięcy);
 - rektoskopia.

SZCZEPIONKA JAKO PROFILAKTYKA ZAKAŻEŃ HPV

W ostatnich latach duży nacisk kładzie się na szczepienia profilaktyczne skierowane przeciwko wirusom brodawczaka ludzkiego.

ZAPOBIEGANIE ZAKAŻENIOM HPV

Obecnie stosuje się trzy szczepionki przeciw genitalnym typom wirusa HPV.

1. Szczepionka dwuwalentna skierowana przeciw HPV 16, 18.
2. Szczepionka czterowalentna skierowana przeciw HPV 6, 11, 16, 18.
3. Szczepionka dziewięciowalentna skierowana przeciw HPV 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58.

Szczepionka dwuwalentna i czterowalentna zabezpiecza przed zakażeniami HPV 16 i 18. Są to wirusy, które w ponad 90% przypadków są odpowiedzialne za raka szyjki macicy.

Szczepionka dziewięciowalentna chroni dodatkowo przed pięcioma typami wirusa HPV, które są również odpowiedzialne za raka szyjki macicy w około 15%.

UWAGA!

Nie szczepimy kobiet w ciąży.

Wszystkie trzy szczepionki podaje się w trzech dawkach w ciągu 6 miesięcy.

Podaje się je ludziom młodym, przed inicjacją seksualną.

Chłopców i młodych mężczyzn szczepimy szczepionką czterowalentną i dziewięciowalentną.

Dziewczęta i młode kobiety możemy zaszczepić wszystkimi trzema szczepionkami (16, 23).

KOGO SZCZEPIMY

- osoby młode przed inicjacją seksualną;
- osoby aktywne seksualnie niezakażone wirusem HPV;
- osoby mające liczne niezabezpieczone przygodne kontakty seksualne.

GDZIE NALEŻY KIEROWAĆ PACJENTÓW

- do lekarzy dermatologów-wenerologów;
- kobiety do lekarzy ginekologów;
- pacjentów z dużymi zmianami do lekarzy chirurgów, proktologów, urologów.

LECZENIE KŁYKCIN KOŃCZYSTYCH – HPV

Obecnie najczęściej stosowaną metodą leczenia kłykcin kończystych jest krioterapia. Przy niewielkich zmianach zalecane jest stosowanie miejscowo 0,5% Condyliny w płynie lub 5% kremu Aldara. Duże zmiany wymagają leczenia chirurgicznego, proktologicznego i ginekologicznego, jak również badania histopatologicznego.

#3

MIĘCZAK ZAKAŻNY

(*Molluscum Contagiosum Virus* – MCV)

Mięczak zakaźny to wirusowe zakażenie skóry i błon śluzowych, którego czynnikiem etiologicznym jest wirus (*Molluscum Contagiosum Virus* – MCV) należący do rodziny ospy *Poxviridae*. Wyodrębniono cztery typy MCV, najczęściej występują dwa: MCV-1 i MCV-2. Typ MCV-2 spotyka się przede wszystkim u osób dorosłych i zakażonych HIV.

JAK MOŻNA SIĘ ZAKAZIĆ

Mięczak zakaźny, jak sama nazwa wskazuje, charakteryzuje się bardzo dużą zakaźnością.

Do zakażenia dochodzi:

- drogą kontaktów płciowych;
- przez bezpośredni kontakt z osobą chorą;
- za pośrednictwem przedmiotów i ubrań – ta droga zakażenia dominuje wśród dzieci.

PRZEBIEG ZAKAŻENIA

Okres wylęgania choroby jest długi i wynosi średnio 2–3 miesiące. Na skórze pojawiają się półprzezroczyste, twarde guzki w kolorze perłowym lub szarobiałym, z charakterystycznym zagłębieniem w części środkowej. Z guzków przy ucisku wydobywa się kaszowata treść. Wielkość wykwitów: od 1 milimetra do kilku milimetrów. Zmianom może towarzyszyć uporczywy świąd.

LOKALIZACJA ZMIAN CHOROBY

U osób dorosłych mięczak zakaźny najczęściej umiejscawia się w okolicach narządów płciowych (wzgórek łonowy, moszna, wewnętrzna powierzchnia ud, okolica pośladków). Zakażenie występuje częściej u MSM (mężczyzn mających seks z mężczyznami) niż w pozostałej populacji mężczyzn. U osób z upośledzoną odpornością, zakażonych HIV i chorych

na AIDS, wykwity chorobowe mogą być bardzo liczne, umiejscowione na całym ciele; często zajmują twarz, tułów, wewnętrzną powierzchnię ud i okolice odbytu. Wykwity mają tendencję do zlewania się i tworzenia tworów olbrzymich: od 1 do 2 cm.

NA CO NALEŻY ZWRÓCIĆ UWAGĘ

- na dużą zakaźność i długi okres wylegania choroby, sięgający niekiedy kilku miesięcy;
- na badanie partnerów seksualnych;
- w przypadku stwierdzenia wykwitów mięczaka zakaźnego na twarzy u mężczyzn zaleca się okresową rezygnację z golenia;
- na guzki na powiekach, które mogą być przyczyną zapalenia spojówek lub rogówki;
- na badanie w kierunku HIV (lokalizacja guzków mięczaka zakaźnego na twarzy u osób dorosłych może sugerować stan obniżonej odporności, co może świadczyć o zakażeniu HIV) i innych chorób przenoszonych drogą płciową (kiła);
- na badanie dzieci w kierunku atopowego zapalenia skóry.

GDZIE KIEROWAĆ PACJENTÓW

Ze względu na dużą zakaźność zmian chorobowych pacjentów należy kierować do gabinetów dermatologiczno-wenerologicznych i do lekarzy chorób zakaźnych, aby wykluczyć zakażenie HIV.

LECZENIE MIĘCZAKA ZAKAŻNEGO

- 25% roztwór Podofiliny, 5% kwas salicylowy lub 5% kwas mlekowy, nalewka jodowa.
- Krioterapia jest najlepszą metodą leczenia osób z obniżoną odpornością i osób zakażonych HIV lub chorych na AIDS.
- Guzki mięczaka zakaźnego mogą ustępować samoistnie bez leczenia po kilku, kilkunastu miesiącach.

#4

WIRUSOWE ZAPALENIA WĄTROBY- ZAKAŻENIA WIRUSAMI HBV I HCV

(Hepatitis B, Hepatitis C)



Wirusy HBV i HCV są obecne we krwi, wydzielinie
pochwowej oraz w nasieniu.

#1 WIRUSOWE ZAPALENIE WĄTROBY TYPU B (CZYNNIK ETIOLOGICZNY: HBV)

JAK DOCHODZI DO ZAKAŻENIA

Wirus zapalenia wątroby typu B, podobnie jak HIV, przenosi się przez krew, drogą płciową i drogą wertykalną. Droga płciowa (zarówno kontakty homoseksualne, jak i heteroseksualne) jest jedną z częstszych form rozprzestrzeniania się tej choroby (ok. 50% wg WHO).

Okolo 10–15% chorych ma przewlekłe zapalenie wątroby.

#2 WIRUSOWE ZAPALENIE WĄTROBY TYPU C (CZYNNIK ETIOLOGICZNY: HCV)

JAK DOCHODZI DO ZAKAŻENIA

Najczęściej do zakażenia dochodzi drogą krwiopochodną. Szacowane ryzyko zakażenia HCV drogą płciową to 10–15% (rzadziej niż w przypadku HBV). U MSM zakaźność jest większa i wynosi 4–25%. Do zakażenia może dojść w trakcie wizyty u fryzjera, kosmetyczki, stomatologa, podczas wykonywania tatuaży.

W przeszłości zakażenie HCV związane było głównie z osobami przyjmującymi narkotyki w iniekcjach dożylnych.

CO WYWOŁUJĄ WIRUSY

Wirusy HBV i HCV wywołują wirusowe ostre i przewlekłe zapalenia wątroby – w języku potocznym nieprawidłowo określane jako żółtaczki wszczepienne.

GDZIE NALEŻY KIEROWAĆ PACJENTÓW

- Osoby z podejrzeniem wirusowego zapalenia wątroby należy kierować do lekarzy chorób zakaźnych.
- Osoby, u których podejrzewa się zakażenie innymi chorobami przenoszonymi drogą płciową (STD), należy kierować do lekarzy dermatologów i wenerologów.

LECZENIE

- Wirusowe zapalenie wątroby typu B (WZW B) jest jedną z chorób przenoszonych drogą płciową, której można zapobiec przez skuteczne szczepienia profilaktyczne.
- W Polsce od 1996 r. szczepienie dzieci przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B jest obowiązkowe i bezpłatne.
- Podstawowym schematem szczepienia jest: 0-1-6, czyli podanie 3 dawek („teraz”, za miesiąc i po 6 miesiącach od podania pierwszej dawki). Jeśli organizm odpowiada na szczepienie i wytwarza przeciwciała anty-HBs – nie

wymaga rutynowego doszczepiania (sprawdzić poziom przeciwciał anti-HBs (1000 j.) ok. 2 tyg. po zakończonym cyklu szczepień).

- Przyśpieszony czterokrotny cykl szczepień: 0-7-21 dni, 12 mies. (np. po ekspozycji).
- Pacjentów z rozpoznanymi zakażeniami HBV i HCV należy kwalifikować do leczenia przeciwwirusowego. Obecnie dostępny jest szereg metod leczenia tych zakażeń.
- O doborze właściwej terapii decyduje lekarz chorób zakaźnych. Pacjenci są leczeni w ramach programów terapeutycznych NFZ.

#5

CYTOMEGALIA

ZAKAŻENIE WIRUSEM CYTOMEGALII

(CMV)

Do sporadycznych zakażeń wirusowych należy zakażenie wirusem cytomegalii. Wirus można wykryć w ślinie, moczu, nasieniu i krwi miesiączkowej, dlatego kontakty seksualne stanowią jedną z ważniejszych dróg zakażenia.

JAK DOCHODZI DO ZAKAŻENIA

- u osób dorosłych drogą kontaktów seksualnych;
- sporadycznie podczas akcji porodowej;
- czasami na skutek przetaczania krwi.

Wyższy odsetek zakażeń wirusem cytomegalii spotyka się u kobiet i dość często u zakażonych HIV w populacji MSM (mężczyzn mających kontakty seksualne z mężczyznami).

U OSÓB DOROSŁYCH

cytomegalowirus wywołuje zakażenia bezgorączkowe przypominające mononukleozę zakaźną.

U OSÓB Z UPOŚLEDZONĄ ODPORNOŚCIĄ

zakażonych HIV i chorych na AIDS zakażenie CMV może wywołać ciężką, groźną dla życia chorobę.

#6

LEUKOPLAKIA WŁOCHATA

(Hairy leukoplakia)

Wywołana przez wirusa Epsteina-Barr, często spotykana u pacjentów zakażonych HIV i z zaburzeniami immunologicznymi.

LOKALIZACJA ZMIAN CHOROBOWYCH

Zmiany chorobowe najczęściej zlokalizowane są na:

- błonach śluzowych jamy ustnej;
- podniebieniu twardym;
- wewnętrznej powierzchni błony śluzowej policzków;
- wargach;
- języku.

Są to zmiany chorobowe w postaci białych, wyniosłych, prążkowanych, niebolesnych grudek. Od zakażenia drożdżakami wywołanymi przez *Candida albicans* różnią się tym, że nie zajmują innych błon śluzowych, a zmiany chorobowe są nieścieralne, trudne do pobrania materiału chorobowego.

JAK DOCHODZI DO ZAKAŻENIA

Do zakażenia dochodzi głównie drogą kontaktów płciowych: orowaginalnych i oroanalnych.

GDZIE KIEROWAĆ PACJENTA

Osoby z podejrzeniem zakażenia należy kierować do lekarzy chorób zakaźnych, laryngologa i periodontologa. Należy koniecznie wykonać badanie w kierunku zakażenia HIV.

DIAGNOSTYKA

Diagnostyka choroby jest trudna. Rozpoznanie ustala się na podstawie badań w mikroskopie elektronowym, jak również

badzeń prowadzonych metodami immunofluorescencyjnymi, w których wykrywa się kapsyd wirusa Epsteina-Barr.

LECZENIE

Wysokie dawki Acyklowiru.

#7 AIDS

(Human Immunodeficiency Virus – HIV)

Zakażenie ludzkim wirusem nabytego niedoboru (upośledzenia) odporności (*Human Immunodeficiency Virus – HIV*) wywołujące zespół nabytego niedoboru (upośledzenia) odporności (*Acquired Immunodeficiency Syndrome – AIDS*).

DROGI ZAKAŻENIA:

- kontakty seksualne;
- krwiopochodna, związana z naruszeniem ciągłości tkanek, najczęściej z podawaniem narkotyków drogą dożylną;
- wertykalna – od zakażonej matki na jej dziecko (podczas ciąży, porodu, karmienia piersią).

HIV stwierdza się w różnych wydzielinach i wydalinach organizmu. Najbardziej zakaźna jest krew. Inne zakaźne płyny ustrojowe to: nasienie, wydzielina z pochwy i inne płyny ustrojowe z widoczną domieszką krwi.

POTENCJALNIE ZAKAŻNE PŁYNY, TAKIE JAK:

opłucnowy, otrzewnowy, osierdziowy, owodniowy, mózgowo-rdzeniowy, stawowy mogą stanowić potencjalne zagrożenie jatrogennego zakażenia HIV podczas ekspozycji zawodowych w ochronie zdrowia.

NIEZAKAŻNE WYDZIELINY I WYDALINY USTROJOWE TO:

ślina, łzy, pot, mocz, kał, wydzielina z nosa, wymiociny – nie możliwe jest więc przeniesienie zakażenia HIV na osoby seronegatywne podczas codziennych zwykłych kontaktów domowych (przez talerze, sztucce, ręczniki, pościel, dotyk, pocałunek) z wyłączeniem kontaktów seksualnych.

PRZEBIEG ZAKAŻENIA HIV

PIERWOTNE ZAKAŻENIE HIV

Początek zakażenia jest zwykle bezobjawowy, pierwsze zmiany chorobowe pojawiają się po kilku lub kilkunastu tygodniach od zakażenia (średnio 3–4 tyg.) najczęściej pod postacią tzw. zespołu mononukleozopodobnego: gorączka, osutka (plamista, plamisto-grudkowa), powiększenie obwodowych węzłów chłonnych, wątroby, śledziony, zapalenie gardła. Objawy chorobowe trwają zwykle 2–4 tygodnie. W tym okresie obserwujemy bardzo wysokie poziomy wirerii HIV oraz spadek liczby limfocytów CD4.

OKRES ZAKAŻENIA UTAJONEGO

Po ostrej chorobie retrowirusowej wytwarza się stan pewnej równowagi między HIV a układem odpornościowym, wzrasta liczba limfocytów CD4, spada wiremia HIV. W tym czasie nie obserwuje się objawów chorobowych. Jednak cały czas w organizmie utrzymuje się stan przewlekłej stymulacji immunologicznej i postępującego obniżania poziomu limfocytów CD4. Od kilku miesięcy do kilku lat od początku zakażenia zaczynają się pojawiać objawy kliniczne.

FAZA ZAKAŻENIA OBJAWOWEGO – PROWADZĄCA DO AIDS

Początkowo objawy kliniczne są niecharakterystyczne: nieznaczna utrata masy ciała, nawracające zakażenia układu oddechowego, nawracające opryszki, półpasiec, łojotokowe zapalenia skóry, grzybice powierzchowne, zapalenia kącików ust i in. Parametry immunologiczne pogarszają się. Następuje

dalszy systematyczny spadek limfocytów CD4, wzrost wiremii HIV i, przy braku leczenia antyretrowirusowego, zaczynają występować ciężkie schorzenia oportunistyczne (zakażenia i nowotwory), które nieleczone w konsekwencji doprowadzają do zgonu. W stadium końcowym zakażenia HIV – AIDS, liczba limfocytów CD4 jest bardzo niska, a wiremia HIV – bardzo wysoka.

DIAGNOSTYKA

Rozpoznanie zakażenia HIV (HIV-1 lub HIV-2) polega na wykryciu przeciwciał lub swoistego antygenu p24 HIV. Obecnie wykorzystuje się przesiewowe testy immunoenzymatyczne EIA/ELISA III i IV generacji. Dwukrotnie dodatni (reaktywny) wynik testu przesiewowego musi być zweryfikowany testem potwierdzenia Western blot. Badania molekularne wykrywające materiał genetyczny HIV są wskazane do diagnostyki zakażenia HIV w okresie ostrej choroby retrowirusowej lub dzieci urodzonych przez matki zakażone HIV.

NA CO NALEŻY ZWRÓCIĆ UWAGĘ

- Kontakty seksualne są najczęstszą drogą zakażenia HIV. Najbardziej ryzykowne są kontakty analne i waginalne (hetero- i homoseksualne) bez użycia prezerwatywy.
- Ryzyko zakażenia HIV jest znacznie większe dla kobiety niż dla mężczyzny. Ryzyko to zwiększa się w przypadku zmian nadżerkowych i wysiękowych na śluzówkach jamy ustnej i narządach płciowych.

- Objawy, takie jak: gorączka, wysypka (plamista, plamisto-grudkowa), powiększone obwodowe węzły chłonne, złe samopoczucie, bóle gardła, stawów, mięśni, powiększenie wątroby, śledziony, a w wywiadzie niezabezpieczone kontakty seksualne mogą sugerować początek zakażenia HIV, tzw. zespół mononukleozopodobny (ostra choroba retrowirusowa). Pacjentów z takimi objawami należy kierować do lekarzy chorób zakaźnych zajmujących się osobami zakażonymi.
- Test na HIV należy rozważyć w przypadku każdej choroby przebiegającej nietypowo, niepoddającej się leczeniu lub nawracającej (zgodnie z rekomendacjami PTN AIDS).
- Podczas kontaktów seksualnych można zakazić się innymi chorobami przenoszonymi drogą płciową (STD), najczęściej kiłą, rzeżączką, chłamydiami.
- Osoby zakażone wirusem HIV nie mogą być dawcami krwi i narządów.

RYZIKO ZAKAŻENIA ZAWODOWEGO

W codziennej pracy zawodowej lekarzy, pielęgniarek czy pracowników medycznych oddziałów ratunkowych istnieje ryzyko zakażenia wirusem HIV. Najczęściej ma to związek z wykonywanymi procedurami medycznymi u osób zakażonych. W codziennej pracy zawodowej ryzyko zakażenia wirusem HIV szacuje się na 0,5% w przypadku kontaktu z uszkodzoną skórą i błonami śluzowymi, na których widoczna jest krew. Ryzyko to zwiększa się pięciokrotnie, gdy na narzędziach chirurgicznych (igły, skalpele, wenflony) widoczna jest krew. Ryzyko jest jeszcze większe, kiedy dojdzie do zakłucia igłą o bardzo szerokim świetle.

JAK POSTĘPOWAĆ PO EKSPOZYCJI

Miejsce zakłucia lub skaleczenia należy przemyć pod bieżącą wodą (lub wodą z mydłem) bezpośrednio po ekspozycji. Należy też skontaktować osobę poszkodowaną z lekarzem chorób zakaźnych (Poradni, Izby Przyjęć), aby wdrożyć postępowanie poekspozycyjne i ewentualnie leczenie profilaktyczne.

JAK NIE MOŻNA ZAKAZIĆ SIĘ HIV

- W codziennych kontaktach zawodowych i towarzyskich nie ma ryzyka zakażenia się HIV.
- HIV ginie poza organizmem człowieka: po 30 minutach w wysokiej temperaturze, jest też wrażliwy na powszechnie stosowane środki dezynfekujące zawierające związki chloru.
- Nie można się zakazić HIV od psów, kotów i innych zwierząt; owady krwiopijne (w tym komary) także nie przenoszą HIV.
- Nie można się zakazić przez pocałunki (ślina nie jest materiałem zakaźnym; zakaźna jest krew, która może znajdować się w ślinie z powodu uszkodzenia błon śluzowych).

LECZENIE

Od 1996 r. stosowana jest terapia wielolekowa, tzw. HAART (*Highly Active Antiretroviral Therapy*), w której używa się co najmniej 3 leków antyretrowirusowych.

Grupy leków stosowane w terapii:

- Nukleozydowe inhibitory odwrotnej transkryptazy (NRTI);
- Nienukleozydowe inhibitory odwrotnej transkryptazy (NNRTI);

- Inhibitory proteazy (PI);
- Inhibitory wejścia (EI);
- Inhibitory integrazy (II).

Obecnie zaleca się rozpoczynanie leczenia antyretrowirusowego u wszystkich pacjentów zakażonych wirusem HIV.

Obniżanie się liczby limfocytów CD4 i wzrost wirerii HIV zwiększa ryzyko chorób oportunistycznych – zarówno tych związanych, jak i niezwiązanych z AIDS (w tym nowotworów).

Dlatego tak ważne jest wczesne rozpoczynanie leczenia antyretrowirusowego bez względu na stan immunologiczny pacjenta, szczególnie u osób starszych oraz osób obarczonych innymi chorobami: koinfekcje HIV/HBV, HIV/HCV, nefropatie związane z HIV, cukrzyca, choroba niedokrwienna serca, polineuropatie.

Należy pamiętać o włączeniu leczenia ARV u kobiet planujących ciążę. Leczenie włączamy po 14. tygodniu ciąży.

Inne wskazania to: zaburzenia neuropoznawcze związane z zakażeniem HIV.

Odroczenie leczenia jest celowe jedynie w przypadku, kiedy pacjent nie jest gotowy do rozpoczęcia terapii ARV, ponieważ brak adherencji może spowodować szybki rozwój lekooporności.

Stosowane obecnie leczenie antyretrowirusowe jest przewlekłe i trwa do końca życia. Nie jest bowiem możliwe usunięcie (eradykacja) HIV z organizmu, a jedynie zahamowanie namnażania (replikacji) wirusa, co umożliwia odbudowę układu immunologicznego.



CHOROBY WYWOŁYWANE PRZEZ PASOŻYTY

#1

ŚWIERZB

(*Scabies*)

Świerzb wywołany jest przez roztocze – świerzbowiec ludzki. Okres wylęgania choroby wynosi średnio kilka dni do 3 tygodni. Może być zaliczony do chorób przenoszonych drogą płciową.

JAK DOCHODZI DO ZAKAŻENIA

Świerzbowiec wnika do naskórka i żłobi w warstwie rogowej linijne korytarze w kształcie litery S lub C. W miejscach wtargnięcia świerzbowca tworzą się wykwity chorobowe: grudki, pęcherzyki, bąble pokrzywkowe, wykwity guzkowe. Dominującym objawem jest świąd nasilający się w nocy pod wpływem rozgrzania ciała w pościeli. Na skutek drapania na skórze tworzą się linijne przeczasy i nadżerki.

KTO CHORUJE

- osoby dorosłe, u których do zakażenia doszło przez bezpośredni kontakt z osobą chorą na świerzb;
- osoby z ciężkimi schorzeniami układowymi;
- osoby, które mają obniżoną odporność (zakażeni HIV i chorzy na AIDS);
- osoby wyniszczone.

CO JEST ŹRÓDŁEM ZAKAŻENIA

U DOROSŁYCH:

- partner seksualny;
- sporadycznie przedmioty i ubrania.

U DZIECI:

- matka – dziecko;
- dziecko – dziecko;
- przedmioty (ręczniki, pościel, pluszowe zabawki).

UMIEJSCOWIENIE ZMIAN CHOROBOWYCH

Zmiany umiejscowione są typowo w okolicach pach, pachwin, brodawek sutkowych, narządów płciowych (moszna, prącie), w przestrzeniach międzypalcowych rąk, okolicach nadgarstków. U dzieci – na podeszwach, dłoniach i owłosionej skórze głowy.

JAK ROZPOZNAJEMY ŚWIERZB

- obecność grudek, pęcherzyków, nadżerek, przeczosów;
- świąd nasilający się w nocy (pod wpływem rozgrzania ciała);
- swędzące zmiany u partnerów seksualnych i członków rodziny;
- obecność świerzbowców w zeszkrobinach skórnych (badanie mikroskopowe).

O CZYM NALEŻY PAMIĘTAĆ

- o bardzo dużej zakaźności świerzbu i przenoszeniu się zakażenia na członków rodziny i partnerów seksualnych;
- o tym, że zarówno partnerzy seksualni osoby zakażonej, jak i wszyscy członkowie rodziny chorego przebywający we wspólnym pomieszczeniu powinni być przeleczeni;
- o zmianie bielizny, pościeli, ręczników, ubrań po leczeniu. Rzeczy powinny być wyprane w wysokiej temperaturze i wyprasowane, a okrycia wierzchnie (kurtki, płaszcze) nie-
używane przez okres 2–3 tygodni;

- o dezynfekcji zabawek pluszowych (w przypadku dzieci);
- o tym, aby krótko obcinać paznokcie (świad ➔ drapanie);
- nadżerki, przeczasy, zmiany sączące zlokalizowane na narządach płciowych (wargi sromowe, napletek, okolica odbytu) mogą być wrotami zakażenia dla innych patogenów, np. rzeżączki lub kiły.

LECZENIE

Preparaty: Infectoscab, Krotamiton, Novoscabin, maść Wilkinsona, maść siarkowa.

#2

WSZAWICA ŁONOWA

(*Pediculosis Pubis*)

Wszawica łonowa u dorosłych może być chorobą przenoszoną drogą płciową. Do zakażenia dochodzi najczęściej u osób młodych po rozpoczęciu współżycia seksualnego, podczas bezpośredniego kontaktu włosów osoby zdrowej z włosami partnera. Wesz przytwierdza się do włosa przy skórze. Dominuje silny świąd. Czasami na skórze w miejscu ukąszenia wszy pojawiają się błękitne lub sinofioletowe plamy (wynik hemolizy krwinek), a pod wpływem drapania pojawiają się nadżerki i przeczosy.

NAJCZĘSTSZA LOKALIZACJA

- okolica narządów płciowych;
- podbrzusze;
- wewnętrzna powierzchnia ud;
- okolice pachowe, pachwinowe;
- brwi i rzęsy.

O CZYM NALEŻY PAMIĘTAĆ

- Pacjenci leczeni z powodu wszawicy łonowej powinni być poinformowani o konieczności odbycia wizyty kontrolnej w 7–10 dni po przeleczeniu.
- Przed zastosowaniem preparatów leczniczych należy zgolić włosy z okolicy zajętej przez wszy.
- Można usuwać gnidy i wszy manualnie za pomocą gęstego grzebienia lub pęsetą – z brwi i rzęs.
- Bieliznę osobistą należy wyprać w gorącej wodzie i wysuszyć w wysokiej temperaturze.
- Ważne jest równoczesne leczenie członków rodziny i partnerów seksualnych.
- Zmiany nadżerkowe i zmiany sączące zlokalizowane na narządach płciowych mogą stanowić wrota zakażenia dla innych patogenów.

LECZENIE WSZAWICY

Najczęściej stosowane preparaty: Hedrin, Paranit, Linicin, Diffusil, Delacet.



CHOROBY WYWOŁYWANE PRZEZ ROBAKI

#1

OWSICA

(*Enterobiosis, Oxyuriasis*)

Owsica (*Oxyuriasis*) wywoływana jest przez drobnego nicienia
– owsika ludzkiego (*Enterobius vermicularis*).

JAK DOCHODZI DO ZAKAŻENIA

- W populacji głównie dotyczy dzieci (choroba brudnych rąk).
- U dorosłych do zakażenia dochodzi głównie przez kontakty seksualne: oralne, orogenitalne, analne.
- Występuje częściej u MSM (mężczyzn mających seks z mężczyznami) niż w pozostałej populacji.

NA CO NALEŻY ZWRÓCIĆ UWAGĘ

- na silny świąd odbytu (u pacjentów dorosłych, u których występuje świąd w okolicy odbytu, wykonać badania w kierunku owsików i innych robaczyc);
- na zmiany skórne zlokalizowane w okolicach narządów płciowych: przeczasy, nadżerki, grudki, zmiany wypryskowe;
- na sączące zmiany w okolicach narządów płciowych, które mogą stanowić drogi zakażenia dla innych patogenów wywołujących kiłę i rzeżączkę;
- pacjentów z podejrzeniem zakażenia owsicą należy kierować do lekarzy pierwszego kontaktu.



CHOROBY WYWOŁYWANE PRZEZ PIERWOTNIAKI

#1

RZĘSISTKOWICA

(*Trichomonadosis*)

Rzęsistkowicę wywołuje rzęsiśtek pochwowy – patogen, który w środowisku wilgotnym lub w moczu, żyje długo, nawet do 24 godzin.

JAK DOCHODZI DO ZAKAŻENIA

- Do zakażenia dochodzi głównie drogą płciową.
- Zakażenie może przenosić się również drogą pośrednią: przez używanie wspólnych przedmiotów (ręczniki, gąbki, przyrządy do irygacji pochwy, zabawki seksualne).

OBRAZ KLINICZNY

Okres wylęgania wynosi od 3 dni do 4 tygodni. Głównym objawem są obfite upławy, świąd sromu, pochwy, czasami pieczenie i objawy dysurii. Charakterystyczna jest kolorystyka upławów. Mogą one być koloru szarego, żółtego i żółtozielonego. W 20% przypadków pieniste i cuchnące – o zapachu nieświeżych ryb.

KTO CHORUJE

- 50–70% przypadków to kobiety;
- 30–40% przypadków to mężczyźni – partnerzy kobiet z rzęśstkowicą pochwy.

ROZPOZNANIE

Podstawową metodą rozpoznania jest badanie mikroskopowe, tzw. metoda wiszącej kropli, pozwalająca oglądać żywe rzęśstki o charakterystycznym kształcie i charakterystycznych ruchach. W badaniu pod mikroskopem można również oglądać preparaty barwione metodą Grama lub błękitem metylenowym.

W przypadkach trudnych do ustalenia rozpoznania diagnostyka oparta jest na:

- metodach enzymatycznych;
- hodowli.

O CZYM NALEŻY PAMIĘTAĆ

- Ważne jest jednoczesne leczenie partnerów seksualnych.
- Rzęsistkowica jest często przyczyną nierzeżączkowego zapalenia cewki moczowej, zarówno u mężczyzn, jak i u kobiet.
- Rzęsistek pochwy u kobiety ciężarnej może spowodować zakażenie okołoporodowe u noworodka.
- Zakażenie rzęsistkiem pochwowym zwiększa ryzyko zakażenia HIV i innymi chorobami przenoszonymi drogą płciową.

LECZENIE

Podstawowym lekiem stosowanym w leczeniu rzęsistkowicy pochwy jest Metronidazol i Tinidazol.



CHOROBY WYWOŁYWANE PRZEZ GRZYBY

#1

DROŹDŻYCA NARZĄDÓW PŁCIOWYCH I ODBYTU

(*Candida albicans*)

Drożdżycza (Kandydoza) jest zakażeniem skóry i błon śluzowych. Wywołują ją grzyby z rodzaju *Candida*. Zakażenie drożdżakami często występuje u osób z obniżoną odpornością, chorych na AIDS, u osób leczonych długotrwale antybiotykami, chorych na cukrzycę, osób otyłych i kobiet w ciąży. U kobiet kandydoza sromu i pochwy zaliczana jest do chorób przenoszonych drogą płciową (szczególnie przy stosunkach orowaginalnych).

LOKALIZACJA ZMIAN CHOROBY

- błony śluzowe: tylna ściana gardła, język, podniebienie, kąciaki ust;
- skóra i błony śluzowe: okolice narządów płciowych (wargi sromowe, okolica spojenia łonowego, wewnętrzna powierzchnia ud, zgięcia i fałdy skórne, szpara międzypopłaskowa, okolica odbytu, żołądki, napletka).

MORFOLOGIA ZMIAN CHOROBY

Zmiany grudkowo-rumieniowe, nadżerkowe, pęcherzykowe z białawymi nalotami, przebiegające z maceracją naskórka i świądem, zlokalizowane na narządach płciowych oraz w zgięciach i fałdach skórnych. U osób dorosłych mających kontakty seksualne bez zabezpieczeń, mogą stanowić wrota zakażenia dla innych drobnoustrojów.

NA CO NALEŻY ZWRÓCIĆ UWAGĘ

- na zmiany wyprzeniowe w zgięciach i fałdach skórnych;
- na białawe naloty na śluzówkach jamy ustnej i śluzówkach narządów płciowych;
- na świąd sromu i okolicy odbytu;
- na zmiany rumieniowo-świądowe w okolicach pachwin, podbrzusza i sromu u kobiet otyłych chorujących na cukrzycę, u których stwierdzono kandydozę pochwy;
- na gęste serowate upławy.

CZYNNIKI PREDYSPONUJĄCE DO ZAKAŻENIA GRZYBAMI DROŹDŻAKAMI:

- cukrzyca;
- ciąża;
- przewlekła antybiotykoterapia;
- leczenie immunosupresyjne
- antykoncepcja: środki doustne, wkładki antykoncepcyjne, a także hormonalna terapia zastępcza (HTZ);
- czynniki środowiskowe: podwyższona temperatura i zwiększona wilgotność, nieodpowiednia bielizna (włókna syntetyczne).

O CZYM NALEŻY PAMIĘTAĆ

- o higienie osobistej;
- o leczeniu partnerów seksualnych;
- o nieużywaniu wspólnych ręczników, przyrządów toaletowych, przyrządów do irygacji;
- o tym, że osoby z czynnymi, sączącymi się zmianami chorobowymi nie powinny korzystać z basenów, sauny i siłowni;
- należy pamiętać, że u 55% kobiet kandydoza pochwy może mieć przebieg bezobjawowy, dlatego większość kobiet podejmuje leczenie dopiero w okresie przewlekłym choroby.

LECZENIE

Leczenie polega na stosowaniu miejscowym i ogólnym preparatów przeciwgrzybiczych. Kobiety stosują dopochwowe leki przeciwdrożdżakowe w postaci tabletek, globulek i kremów. Obecnie stosowane preparaty: Nystatyna, Klotrymazol, Mikonazol, Flukonazol, Itrakonazol.



PRAKTYCZNE RADY

JAK UCHRONIĆ SIĘ PRZED WIĘKSZOŚCIĄ ZAKAŻEŃ PRZENOSZONYCH DROGĄ PŁCIOWĄ

- należy stosować prezerwatywy przy każdym rodzaju aktywności seksualnej (oralnej, waginalnej, analnej);
- należy unikać seksu oralno-analnego (trudno tu o zabezpieczenia);
- jeśli seks odbywa się bez zabezpieczeń, należy znać swój status i status partnera pod kątem zakażeń przenoszonych drogą płciową (STI);
- jeśli nie jesteśmy zakażeni, a dotychczas tego nie zrobiliśmy, warto zaszczepić się przeciwko HBV i HPV.

CZEGO NIE POWINNIŚMY LEKCEWAŻYĆ

- owrzodzeń, nadżerek, zmian sączących w okolicy narządów płciowych;
- ropnego i śluzowo-ropnego wycieku z cewki moczowej;
- wydzieliny ropnej i pianistych upławów z pochwy;
- bólu i pieczenia podczas oddawania moczu;
- częstego parcia na mocz;
- bolesnych wzwodów prącia;
- wysypek plamistych i plamisto-grudkowych na skórze tułowia, kończyn oraz na wewnętrznej powierzchni dłoni i stóp;
- owrzodzeń na śluzówkach jamy ustnej po niezabezpieczonych kontaktach seksualnych prezerwatywą (oroanalnych, orowaginalnych);
- stanów zapalnych odbytu i brodawek w tej okolicy.

UWAGI

#1

Jeśli wymienione objawy pojawiają się po kontaktach seksualnych (szczególnie, jeśli odbywają się one bez zabezpieczenia prezerwatywą), jest to wskazanie do zgłoszenia się do lekarza dermatologa-wenerologa.

#2

Lekarz wenerolog ustala rozpoznanie na podstawie wywiadu, badania klinicznego, badania mikroskopowego i badania krwi, włącza leczenie i wyznacza wizyty kontrolne. Samowolne, amatorskie leczenie może być przyczyną powikłań, a niedoleczone lub źle leczone zakażenie przechodzi w stan przewlekły.

#3

Część objawów klinicznych, ze względu na charakter zmian lub umiejscowienie, może wymagać konsultacji innych specjalistów: ginekologa, proktologa, laryngologa czy lekarza chorób zakaźnych.

[illegible]

Bezpłatne, drukowane wydawnictwa Krajowego Centrum ds. AIDS można zamówić, pisząc na adres:

ul. Samsonowska 1, 02-829 Warszawa lub aids@aims.gov.pl

tel. 22 331 77 55, fax 22 331 77 76

Elektroniczne wersje wszystkich publikacji wydanych przez Krajowe Centrum ds. AIDS znajdują się na stronie internetowej www.aims.gov.pl

Copyright © Krajowe Centrum ds. AIDS i Ewa Firląg-Burkacka
Wydanie III, Warszawa 2017

Redakcja merytoryczna:
Prof. dr hab. Andrzej Kaszuba

Redakcja i korekta:
Iwona Gąsior, Anna Kaczmarek

Projekt okładki, skład graficzny publikacji:
Katarzyna Ochocka | www.behance.net/ochocka

ISBN 978-83-87068-52-3

Wydawca:

Krajowe Centrum ds. AIDS

ul. Samsonowska 1

02-829 Warszawa

www.aims.gov.pl

aids@aims.gov.pl

Druk i oprawa: ZAPOL Sobczyk Sp.j., www.zapol.com.pl