MAGYAR
VENEROLÓGIAI ARCHÍVUM

A MAGYAR STD TÁRSASÁG HIVATALOS LAPJA 2002.

EKLEKTIKON KIADÓ KFT.

V. évfolyam 3. szám

Magyar Venerológiai Archívum

Archives of Hungarian Venereology

A Magyar STD Társaság hivatalos lapja
Official Journal of the Hungarian STD Society

Alapító főszerkesztő
Founder Editor
Dr. Horváth Attila, Budapest

Szerkesztő
Associate Editor
Dr. Horváth Barbara, Budapest

TANÁCSADÓI TESTÜLET
Advisory Board

Magyar
Hungarian
Dr. Bánhegyi Dénes, Budapest
Dr. Berecz Margit, Budapest
Dr. Bősze Péter, Budapest
Dr. Buda Béla, Budapest
Dr. Budai Irén, Budapest
Dr. Deák Judit, Szeged
Dr. Dobozy Attila, Szeged
Dr. Farkas Beatrix, Pécs
Dr. Földes Márta, Szeged
Dr. Füst György, Budapest
Dr. Hunyadi János, Debrecen
Dr. Kulcsár György, Budapest
Dr. Ludwig Endre, Budapest
Dr. Pánovics József, Budapest
Dr. Rozgonyi Ferenc, Budapest
Dr. Simon Gyula, Budapest
Dr. Simon Tamás, Budapest
Dr. Straub Ilona, Budapest
Dr. Széll András, Budapest
Dr. Sziller István, Budapest
Dr. Tóth László, Budapest
Dr. Török László, Kecskemét
Dr. Várkonyi Viktória, Budapest

Szerkesztőbizottság
Editorial Board
Dr. Nagy Erzsébet, Szeged
Dr. Nagy Károly, Budapest
Dr. Paulin Ferenc, Budapest

Külföldi
Foreign
Dr. K.K. Borisenko, Moszkva
Dr. D. Gh. Forsea, Bukarest
Dr. A. Gromyko, Koppenhága
Dr. P. Kohl, Berlin
Dr. W. Kopp, Bécs
Dr. S. Mayerhofer, Bécs
Dr. J. Paavoñen, Helsinki
Dr. D. Petzoldt, Heidelberg
Dr. M. Potocnik, Ljubljana
Dr. A. Stary, Bécs
Dr. J. Söltz-Szöts, Bécs
Dr. A. Stroobant, Brüsszel
Dr. N. Tsankov, Szófia
Dr. M. Waugh, Leeds

A folyóirat a Kaposi Mór Alapítvány támogatásával készült

MAGYAR VENEROLÓGIAI ARCHÍVUM
ISSN 1417-6092

Megjelenik negyedévente 2500 példányban.
Kiadja az Eklektikon Kiadó és Nyomdai Szolgáltató Kft.
1067 Budapest, Teréz krt. 23. (Teréz udvar)
Tel.: 413-6985 Fax: 413-6986, Hirdetésfelvétel: 365-1074
E-mail: eklektikon@chello.hu
Felelős szerkesztő: Vincze Judit
Nyomdai előkészítés: VincArtGroup Bt.
TIMP Nyomdaipari Kft. – Felelős vezető: Cseh Tibor

Előfizetési díj a Magyar STD Társaság tagjai számára ingzenes, nem tagok számára az éves előfizetési díj 5400 Ft.

Hirdetés: tájékoztatásért forduljon a kiadóhoz.

Szerzői jog és másolás. Minden jog fenntartva. A folyóiratban megjelent valamennyi írásos és képi anyag közlési joga a szerkesztőséget illeti. A megjelent anyag, illetve annak egy részének bármilyen formában történő másolásához, felhasználásához, ismételt megjelentetéséhez a szerkesztőség írásbeli hozzájárulása szükséges.

Szerkesztőségi kommentár

Editorial remarks

Nagy erőfeszítéseket tesznek világszerte, hogy lassítsák az STD/STI betegségek járványos terjedését. A megbízható diagnosztikumok elterjedése, az egyre hatékonyabb kezelési protokollok és az elfogadott, széles, társadalmi összefogással elkészített és mozgatott „primer prevenciós" programok ellenére az ezredfordulóra a legfontosabb közegészségügyi problémává nőtte ki magát. Arra a kérdésre, hogy az orvosbiológiai feltételek kedvező voltának ellenére miért alakulnak így az epidemiológiai mutatók, nem könnyű válaszolni még akkor sem, ha tudjuk azt, hogy a fertőző betegségeknek ebben a csoportjában milyen meghatározó szerepe van az embernek, a magatartásnak. A jelenünk társadalmi mozgásai kedveznek azoknak a magatartásformáknak, amelyek ezeknek a fertőzéseknek a terjedését segítik.

Régiónkban ugyanezek a trendek érvényesülnek, bizonyos fertőzések – syphilis, HIV-fertőzés – esetén ijesztőbb módon, mint a világ más területein, az ezredfordulót megelőző politikai gazdasági és társadalmi változásokat követően.

A prostitúció mindig is szoros összefüggésben volt a nemi betegségekkel, illetve ezeknek epidemiológiai helyzetével. Ez elsősorban a vérbajra és a tripperre vonatkozik, de az AIDS-korszakban a HIV terjedésében is fontos szerepe van. Ezért ajánlhatom jó szívvel figyelmükbe *Forray dr.* cikkét, amely tanulmány összehasonlítja a XX. sz. fordulója prostituáltjainak viszonyait a napjainkban ugyanezt az ősi foglalkozást folytatók életmódjával, körülményeik sajátosságaival. A bemutatott különbségek alapján biztosan állíthatjuk azt, hogy a mai gyakorlat és a mai körülmények sokkal inkább veszélyt jelentenek, mint azt kezdték a századfordulón. Ezek a körülmények jobban elősegítik a klasszikus nemi betegségek, a többi STD betegségek, és a HIV fertőzés terjedését.

Fontos erénye a közleménynek az, hogy az első olyan összeállítás, amelyben adatokat találunk a mai férfi prostituáltakról is. Napjainkban bizonyítható, hogy a férfi prostituáltak szerepe az STD-k terjedésében meghatározó, nemcsak az újkeletű HIV-fertőzésben, de a közelmúlt felmérései is azt mutatják, hogy az úgynevezett klasszikus nemi betegségek, a syphilis és a gonorrhoea terjedésében is.

A homoszexuális férfiak – mai terminológiával MSM (man has sex with man) – szexuális beállítódását, ennek jellegzetességeit, változásait az AIDS-korszak óta kísérik megkülönböztetett figyelemmel. A mi régiónkban a HIV terjedésében ennek a rizikócsoportnak a szerepe elsődleges. Sikk ugyan a heteroszexuális átvitel növekedését hangsúlyozni, de a tényleges adatok egyértelműen tükrözik a homo-biszexuális férfiak dominanciáját a fertőződésben. A közelmúltban napvilágot látott adatok pedig azt bizonyították, hogy Angliában, Hollandiában és az USA-ban is nőtt a HIV-fertőzés a homo-biszexuális férfiak között. Úgy tűnik, egy új generáció nőtt fel a homoszexuális férfiak között, amely nem veszi komolyan azokat a primer prevenciós elveket, amelyekkel a AIDS-korszak indulásakor éppen ebben a veszélyeztetett csoportban sikerrel volt csökkenthető a fertőződés veszélye.

Csépe dr. nemzetközi támogatással folytatott felméréséből készült tanulmány, amelyet angol nyelven közöltek, átfogó képet ad a magyar homo-biszexuális rizikócsoport viselkedéséről. A közleményben összefoglalt adatok nem megnyugtatóak, hiszen statisztikailag bizonyítható, hogy a kockázatcsökkentő magatartásformák tudatos vállalása nem az uralkodó atitűd a homo-biszexuális férfiak között. A közleményt a kiadó engedélyével magyar nyelven is megjelentetjük, figyelembe véve a benne lévő információk fontosságát.

A syphilis a szervezet egészét érintő fertőzés. Az egyes szervrendszereket megbetegítő képessége miatt nagyon színes tünetegyütteseket produkálhat. Ezeknek diagnózisa nem könnyű feladat. *Preisz dr.* esetismertetése egy nagyon ritkán előforduló szövődményt, az uveidist mutatja be a korai, második stádiumban lévő beteg esetében. A korai diagnózis és az adekvát kezelés a tünetek gyors megszűntét eredményezte.

Berecz dr. a praxis szempontjából fontos kérdést tárgyalja röviden a *Papulomatosis coronai glandis* c. rövid összeállításában. Túl gyakran fordul elő, hogy ezt az ártalmatlan angiofibromát fertőző jellegűnek gondolják. A beteget is gyakran nyugtalanítja állapota, és legtöbbször nem is lehet megnyugtatni. A kevésbé gyakorlott kollégák sokszor éppen a beteg „szelíden agresszív" magatartásának engedve sebészi úton vagy lokális citosztatikus szerrel kezelik. Mindenesetre az eredmény egy véget érni nem akaró, sok örömet nem okozó orvos–beteg kapcsolat.

A továbbképzést szolgáló folyóirat referátumokból is talál a kedves olvasó szép számmal lapunkban, mellyel lapunk célkitűzéseinek megfelelően.

Felhívom olvasóink szíves figyelmét, hogy a Magyar STD Társaság 2002. november 22-én tartja Tisztújító közgyűlését, amelyre minden tagot elvárnak a rendezők.

Főszerkesztő

Útmutató a Magyar Venerológiai Archívum Szerzői szám

Az Archívum megjelenésének *célja* a nemi érintkezéssel terjedő fertőző betegségekkel (STD) foglalkozó kö nyek, egy-egy átfogó referátum publikálása. A lap egyaránt szolgálja a betegellátást, a kutatást és az ezen az int ciplináris területen dolgozók továbbképzését is.

A lapnak a következő *rovatai* vannak: eredeti közlemények, az epidemiológia, mikrobiológia, klinikai immur (fertőzéses immunitás) területéről, újabb kutatási eredmények, újabb gyógyszeres és más kezelési lehetőségek ismertetések, könyvismertetések, hazai és külföldi kongresszusi beszámolók, szerkesztőhöz írott levelek.

Kérjük a Szerzőktől, hogy a közlésre szánt kéziratot (dokumentációkkal együtt) – lehetőség szerint – *sorkizá Times Roman CE betűformával, 12 pontos méretben, 2-es sorközzel, egy oldalon 30 sorral és 60 leütéssel szív jenek leírni, és 3,5" floppy lemezen, valamint 1 példányban kinyomtatva is a Főszerkesztő* címére küldeni szív jenek.

Cím: Prof. Dr. Horváth Attila egyetemi tanár
1085 Budapest, Mária u. 41.
Tel.: 266-0120/5727 Fax: 210-4874

A *címoldalon* a kézirat *címe* magyarul, alatta angolul, *szerzők neve, az intézmény neve* teljes kiírással szerepe

A címoldalon kérjük feltüntetni annak a szerzőnek a teljes nevét, telefon és fax számát, címét, akivel a kiadó a szerkesztőség a kapcsolatot tarthatja.

Külön oldalon kérjük a 150–160 szót meg nem haladó *összefoglalást*, maximum 5 *kulcsszó* megadásával. Ugy új oldalon kérjük az összefoglalás angol nyelvű változatát a key words megadásával is.

A címben, az összefoglalásban, a *nemzetközileg elfogadott rövidítéseket* lehet csak használni (pl. HIV, AID stb.).

A közlésre szánt kéziratban *eredeti* közlemények esetében*: Bevezetés, Módszer, Eredmények, Megbeszélés, ismertetéseknél: Bevezetés, Esetleírás, Megbeszélés* tagolást kérjük használni.

Az *ábrákat, táblázatokat* külön lapon, borítékban, a hátlapon ceruzával megadott főbb ismertetőivel (cím, sz a cikk címe és első szerzője) kérjük mellékelni. Színes ábra, illetve fotó megjelentetésére van lehetőség.

A *laboratóriumi* vizsgálatok *értékeit* SI egységben kérjük megadni. Ha specifikált laboratóriumi eljárásról kérjük feltüntetni a *módszert* és a *gyártó/forgalmazó cég nevét* is.

A *Levél a Szerkesztőhöz* című fejezethez érkező leveleket, kérdéseket – amennyiben azok szélesebb érdeklő számot tartanak – a szerkesztő felkérésére a legkompetensebb szakember fogja megválaszolni.

A *köszönetnyilvánítást* a kézirat végére kérjük.

Az *irodalomjegyzékben* a citált irodalmat a hivatkozás sorrendjében, az első három szerző, a cím, a folyóir fikációja megadásával kérjük összeállítani.

A *kiadó azt kéri*, hogy a címoldalon a megjelentetésre váró dolgozaton az illetékes intézet vezetőjének szign tessék fel.

Minden *beérkezett* dolgozatról (iktatási számról, lektorálásról, visszajelzésről) a szerzőt értesítjük.

Ha a lektor által elutasított vagy ellentmondóan értékelt dolgozatot kapunk, akkor a szerkesztőbizottság fog kézirat további sorsáról.

A kézirat *leadási határidejét* az előző újságban tesszük közzé, kérjük *figyelje*, mert a lapzárta után beérkező csak a későbbi számban áll módunkban leközölni.

A Magyar Venerológiai Archívum Szerke

Information for Contributors

Archives of Hungarian Venereology welcomes the submission of papers on clinical, laboratory, epidemiologic, sociologic and historical topics related to sexually transmitted diseases.

The following types of articles are suitable for submission to *Archives*: original articles, case reports, reviews, editorials, letters, reports on conferences, book-reviews. Submit an original copy of the manuscript typed double spaced (including references, legends and footnotes), with Times Roman CE letter, 12 point, 1800 characters per page, and send as a hard copy *and* on a 3,5" floppy disc to the following address:

Prof. Dr. Horváth Attila Editor
1085 Budapest, Mária u. 41. Hungary
Tel.: (36 1) 266 0120/5727 Fax: (36 1) 2l0 4874

The *title page* should include the title, names and affiliations of the authors, and the name, the adress, the phone and fax number of the person with whom the editor can contact.

The *abstract* should not contain more than 150–160 words.

Not more than 5 *key words* should be indicated.

Abbreviations, symbols and nomenclature in the title and abstract should conform to internationally accepted guidelines.

The *preferred structure* for original articles is: Introduction, Method, Results, Discussion, for case reports: Introduction, Case Report, Discussion.

Tables and figures should be typed each on a separate page with title above the table or figure. Tables and figures are numbered in order of citation in the text. Colour photos and figures are welcome.

Units of measurements should be given according to SI. In case of specified *laboratory methods* the correct name of the method and the manufacturer should be indicated.

Acknowledgements of assistance, advice and financial support should be mentioned before the References.

References should be designated in the text by number in parentheses. The reference list at the end of the article should be in numerical order as they appear in the text. List the first three authors, the title and the specification of the journal.

The head of the institution in which the frist author works should *sign* the title page giving his/her consent to the publication of the paper.

All submitted manuscripts are read by the editor and are reviewed by members of the editorial and advisory board and other consultants. Comments from reviewers will be sent to the author if the editor believes that the comments might be useful.

Editor of the Archives of Hungarian Venereology

Uveitisszel társult korai syphilis

Syphilis II. and uveitis

Preisz Klaudia dr.[1], Vámos Rita dr.[2], Kárpáti Sarolta dr.[1], Vadasdi Károly dr.[3], Folyovich András dr.[3], Podányi Beáta dr.[4], Horváth István dr.[4], Várkonyi Viktória dr.[4], Horváth Attila dr.[1,4]

Bőr- és Nemikórtani Klinika[1], II. Szemészeti Klinika[2], Neurológiai Klinika[3], Semmelweis Egyetem Budapest, Országos Bőr-és Nemikórtani Intézet

Levelezési cím: Dr. Preisz Klaudia
1085 Bp. Mária u.41. Tel: 266-0465/5720 Fax: 267-6974

ÖSSZEFOGLALÁS **A syphilis gyakorlatilag valamennyi szervrendszert megbetegítheti, ezért sokféle betegséget utánozhat. Szemészeti és központi idegrendszeri tünetek nemcsak a késői, hanem már a korai stádiumban is megjelenhetnek. A szerzők egy uveitisszel társult korai (II) stádiumú syphilises beteg esetét ismertetik, és felhívják a figyelmet a korai diagnózis és az időben megkezdett adekvát terápia fontosságára.**

Kulcsszavak: **korai syphilis, uveitis, neurolues**

SUMMARY **Syphilis can infect almost all organs and can mimic several diseases. Ophtalmological and neurological symptoms can appear also in the early stages of the disorder. Authors present a case of syphilis II with uveitis and point to the importance of early diagnosis and adequat therapy.**

Key-words: **early syphilis, uveitis, neurolues**

BEVEZETÉS A syphilis – lues venerea – a *Schaudin* és *Hoffmann* által 1905-ben felfedezett spirochaeta *(Treponema pallidum)* által okozott, kizárólag embereken előforduló fertőző megbetegedés. Kezeletlenül gyakorlatilag valamennyi szervrendszert megbetegítheti, ezért sokféle betegséget utánozhat. Terjedésében elsődlegesen a szexuális átvitel szerepel, ugyanakkor a fertőzött anya a magzatot az intrauterin élet folyamán fertőzheti. Természetes lefolyása két stádiumra osztható: korai fertőző (primer, szekunder korai latens) és késői (késői latens, tercier, cardiovascularis és neurosyphilis).

A primer és a szekunder (korai) szakban a tüneteket a Treponemák nagy száma okozza. A kezeletlen syphilis évek alatt fokozatosan megy át a késői szakba. A szervezet ekkor a kevés számú kórokozóra specifikus gyulladással, a gummaképződéssel reagál. A késői szakra a súlyos idegrendszeri és cardiovascularis tünetek kialakulása jellemző (1).

ESETISMERTETÉS A 30 éves erdélyi férfi beteg távolabbi anamnézise negatív.

2000. márciusban fluor, phymosis, a glanson erosio megjelenését észlelte, orvoshoz nem ment. A tünetek 1–2 héten belül spontán gyógyultak. 2000 júniusában először a jobb, majd a bal szemen észlelt jelentős fokú látásromlást, ekkor lakhelyén felkeresett egy szemorvost. 2000. júniustól októberközepéig a szemészeti eltérés miatt parenteralis és per os szteroidkezelésben részesült. (Dokumentáció erről nem áll rendelkezésünkre.)

2000. november elején települt át Magyarországra. Rutin szűrővizsgálat során derült fény RPR-pozitivitására, ekkor került Klinikánkra felvételre.

Felvételi status: a glans penisen néhány apró, erythemás papula *(1. ábra)*, a talpakon több hyperkeratoticus, 1–3 cm átmérőjű kerek plaque *(2. ábra)*.

Kivizsgálása során komplett syphilis szerológiai vizsgálata (RPR: 64 E, FTA:++++, TPHA >320 E) pozitív eredményt adott. HIV-vizsgálata negatív.

Rutin laboratóriumi leleteiből kiemelendő mérsékelten gyorsult süllyedése (38 mm/h).

A liquorvizsgálat az idegrendszer korai érintettségét igazolta (liquor TPHA> 320 E, RPR ++++), a liquorban a sejtszám (zömmel lympocyták) és az összfehérje-tartalom emelkedett (sejtszám: 45/3, összfehérje: 72 mg%). Koponya-MR intracerebralis kóros eltérést nem talált.

Szemészeti statusa a felvételkor: látásélesség a jobb szemen 20 cm ujjolvasás, a bal szemen 10–15 cm ujjolvasás. Subacut kétoldali iridocyclitis mellett diffúz üvegtesti borússág állt fenn, mely miatt a szemfenék egyik oldalon sem

1. ábra. **A glans penisen apró, erythemás papulák**

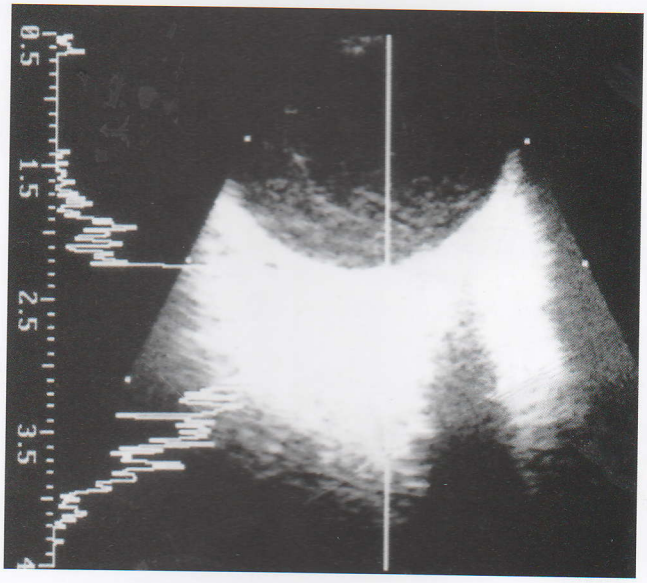
volt vizsgálható. UH-vizsgálattal az üvegtesti térben mindkét oldalon diffúz, moblis, pontszerű echoforrásokat találtunk. A chorioidea diffúzan megvastagodott volt *(3. ábra)*.

Terápia: a diagnózis felállítását követően a súlyos szemészeti és neurológiai szövődmény miatt nagy dózisú (6-szor 4 ME/die iv.) parenteralis kristályos penicillin kezelést alkalmaztunk 14 napig, majd 2-szer 15 ME (1 ME/die) dózisú im. Retardillin-kezelésben részesült. Herxheimer reakció nem alakult ki.

Az iv. penicillin-terápia megkezdése után 3 nappal a jobb szem visusa 5/30, a bal szem visusa 1,5 m ujjolvasás. Elülső uveitises tünetei csökkentek, az üvegtesti borússág mérséklődött, a szemfenék láthatóvá vált, de részleteiben még nem volt vizsgálható. A kezelés kezdete után 1 héttel a jobb szem visusa 5/25–5/15, bal szemén 3 m ujjolvasás. Jobb oldali elülső uveitis jelei eltűntek, bal szemén minimálisak voltak. Az UH-kép még sok pontszerű üvegtesti echoforrást mutatott, a chorioidea változatlanul diffúzan megvastagodott volt. További 4 nap múlva a jobb szem visusa 5/9, bal oldalon 5/50, a szemfenék mindkét oldalon látható, a hátsó polus oedemás, bal oldalon egy-egy apró retinalis vérzéssel.

2001. márciusban észlelt szemészeti statusa: a jobb szem látásélessége korrekcióval 5/6–5/9, bal szemén 5/10. Közeli látásélessége a jobb szemén ép, bal oldalon kisfokú torzlátása mutatja a macularis régió érintettségét. Az üvegtest állapotát ultrahangos vizsgálattal kontrolláltuk, mely jelentősen

2. ábra. **A talpon hyperkeratoticus, kerek plaque-ok**



3. ábra. **A szem UH-képe. Az üvegtest hátsó részében a hátsó falhoz közel diffúz apró, mobilis echoforrások láthatók (gyulladásos beszűrődés jele)**

lassúbb javulást mutatott, mint a látásélesség. A szemészeti állapot 4 hónapos (2000. november–2001 március) követése alapján elmondható, hogy syphilises szembetegsége bizonyosan maradványtünetekkel fog gyógyulni.

MEGBESZÉLÉS A hatásos penicillin-kezelés ellenére a syphilis mind a mai napig globális egészségügyi problémát jelent. Magyarországon a második világháború utáni tömeges megbetedéseket követően az 1989. évig csökkenő tendenciát mutatott a syphilises esetek száma (2).

1990-től ismét szaporodik a syphilis, majd 1997-ben az előző évekhez képest ugrásszerű esetszám növekedést észleltünk.

1998-ban csak kismértékben emelkedett, 1999-ben átmenetileg csökkent az új megbetegedések száma. A 2000. évben újból jelentős növekedés történt (Berecz: személyes közlés). A következő években a syphilises esetek számának további növekedése prognosztizálható (3-5).

A syphilis klinikai tüneteinek nagy variációja miatt rendkívül fontos a különböző területeken dolgozó szakorvosok figyelmének felhívása a klasszikus tünetekre és az atípusos manifesztációkra (6).

Szemészeti és központi idegrendszeri tünetek nemcsak a késői, hanem már a korai stádiumban is megjelenhetnek (1). A primer fertőzés lokalizált, de a kórokozó gyorsan szóródik, és a szervezet egészét érintve különféle elváltozásokat okozhat. Feltehetően ezek a korai fertőző syphilisnél kialakuló különböző szervi manifesztációk sokkal gyakrabban fordulnak elő, mint amilyen gyakorisággal észlelésre kerülnek, mivel a rutin ellátásban sajnálatos módon nem vizsgáljuk (7). A syphilis során fellépő szemészeti elváltozások a kórokozó által okozott részben fertőzéses, részben immunpatomechanizmusú intraocularis gyulladás, illetve ennek következményei. A fertőzést követő humoralis és cellularis immunitás csak részben protektív, az utóbbi számos késői komplikáció kulcsténye zője lehet (pl. interstitialis keratitis, scleritis) (8).

Tekintettel ara, hogy az uvea (más néven tunica vasculosa) igen érgazdag, nem meglepő, hogy egy fertőző betegség haematogen disseminatiója során a szemészeti manifesztációk közül elsőként az uvea megbetegedésére lehet számítani. A II. stádiumú syphilis leggyakoribb szemészeti tünetei az iritis, iridocyclitis (elülső uveitis), de a hátsó uveitis minden formáját is leírták már (9-12). Az alapvető pathologiai folyamat diffúz vagy focalis paravasalis lymphocytás beszűrődés az irisben, sugártestben és a chorioideában. A II. stádium előrehaladott szakaszában az üvegtest diffúz sejtes beszűrődése, borússága, a macularis régió károsodása, retinalis vérzés is felléphet (8).

A syphilises eredetű uveitis azon ritka uveitisek közé tartozik, mely okilag kezelhető és kellő időben felismerve meggyógyítható. Késői diagnózis esetén, vagy nem adekvát módon kezelve chronicus, progressiv intraocularis gyulladáshoz vezet, az üvegtesti gyulladás és retinanecrosis folytán maradandó látáskárosodást okozhat. A szemészeti kép differenciáldiagnózisában sarcoidosis, tbc és autoimmun uveitis jön szóba (9). Sarcoidosis és autoimmun uveitis esetén a szisztémás szteroidterápia indokolt, fertőzéses eredet esetén azonban ez a kezelés a folyamat súlyosbodását okozza.

A korai syphilis idegrendszeri tünetei között leggyakoribb a kephalgia kialakulása. Ez a jellegzetesen éjszaka fokozódó, nappal csillapodó fejfájás az exanthemák kialakulását megelőzheti és a bőrtünetek megjelenése után általában még fokozódik. Nem minden esetben meningealis eredetű.

Meningitis syphiliticáról csak abban az esetben beszélhetünk, ha a liquorban laboratóriumi eltérést találunk. Kórbonctanilag a lágy agyburkok perivascularis lymphocytás beszűrődése áll a háttérben, az exsudatumban tömegesen megtalálhatók a Treponemák. A folyamat minden esetben a gerincvelő burkaira is ráterjed. A syphilis korai stádiumában az esetek jelentős részében észlelhető liquoreltérés neurológiai tünetek nélkül. A késői neurolues eseteket feltehetően korai meningealis folyamat előzi meg (1, 7).

A syphilis korai szakaszában a szemészeti és idegrendszeri tüneteken kívül csontelváltozások (csontfájdalmakkal járó periostitis, arthritis), veseérintettség (haematuria, proteinuria, nephrosis syndroma), valamint májelváltozások (hepatitis syphilitica) fordulhatnak elő. Ismert továbbá, hogy a szekunder syphilises esetek egy részénél a vörösvértestsüllyedés is felgyorsult (7).

Esetünkben figyelemre méltó, hogy a beteget szemészeti panaszai vitték el először orvoshoz, mely a szemész felelősségét, valamint a gondos anamnézis fontosságát mutatja, diszciplinától függetlenül. Fontos tanulság még, hogy tisztázatlan uveitis esetében ma is gondolni kell a fertőzéses eredetre, ugyanis a nem megfelelő terápia a folyamat jelentős progresszióját okozhatja.

IRODALOM

1. Guszmann J, Engel K. A syphilis. Franklin társulat, Budapest 1928; 1-21:544-588.

2. Várkonyi V, Tisza T, Horváth A, Takácsy T, Berecz M, Kulcsár György, Sárdy M. Epidemiolgy os syphilis in Hungary between 1952 and 1996. International Journal of STD and AIDS 2000; 11:327-333.

3. Berecz M, Várkonyi V, Horváth A. A syphilis epidemiológiai trendjei Magyarországon az 1997. évi megbetegedések tükrében. Magyar Venerológiai Archívum 1998, II. évf(2):95-103

4. Berecz M, Várkonyi V, Horváth A. A syphilis epidemiológiai trendjei Magyarországon az 1998. évi megbetegedések tükrében. Magyar Venerológiai Archívum 1999, III.évf(2):101-107.

5. Berecz M, Várkonyi V, Horváth A. A syphilis epidemiológiai trendjei Magyarországon az 1999. évi megbetegedések tükrében. Magyar Venerológiai Archívum 2000, IV.évf(1):7-14.

6. Várkonyi V, Tisza T, Podányi B, Hársing J, Horváth A, Horváth I. A syphilis szokatlan megjelenési formái. Magyar Venerológiai Archívum 1997; I (1):35-41.

7. Somogyi T. A recens syphilis belsőszervi manifesztációiról. Dermato-Venerologia haladása 1984; 23:165-176.

8. Myron Yanoff Jay S. Duker: Ophtalmology, Mosby International Ltd. 1999; 10.7:1-4.

9. Barile GR, Flynn TE. Syphilis exposure in patients with uveitis. Ophtalmology 1997; Oct 104(10):1605-1609.

10. Smith JR, Coster DJ. Diagnosing the systemic associations of anterior uveitis. Aust N Z J Ophthalmol 1998 Nov 26(4):319-326.

11. Jumper JM, Machemer R, Gallemore RP, Jaffe GJ. Exudative retinal detachment and retinitis associated with syphilitic uveitis. Retina 2000, 20(2):190-194.

12.Villanueva AV, Sahouri MJ, Ormerod LD, Puklin JE, Reyes MP. Posterior uveitis in patients with positive serology for syphilis. Clin Infect Dis 2000 Mar, 30(3):479-485.

Problems of Veneral Diseases and the prostitution in the past and today in Budapest

Judit Forrai dr.
Közegészségtani intézet, Orvostudományi Kar, Semmelweis egyetem, Budapest

Correspondence: Dr. Judit Forrai
Semmelweis Egyetem, Közegészségtani Intézet
1089 Budapest, Nagyvárad tér 4. Pf. 370. Tel.: (36 1) 210 2930

A COMPARATIVE EXAMINATION At the turn of the century in Europe the sexually transmitted syphilis was one of the greatest disease. In Hungary it belonged to the widespread disease with a morbidity of seven per cent. This high number caused problem not merely to the venereologists dealing concretly with the sickness but the mode of decrease was searched also by the National Health Service on collective social level. In the years of World War I. the endemic reached the peak, thus, the goverrnment had to point out a commissioner (1915) to stemm it, Professor Lajos Nékám the venereologist was the establisher and the first leader of Institute of Venereal Diseases.

Regarding to social problems Gábor Doros lawyer was who examined the juristic aspects while Dr. Joseph Melly – who worked on the University Department founded by Joseph Fodor – being professional both in medical and public hygiene as well as in statistics and sociology the sanitary conditions examined.

The two authors common article was publicated in Statistical Communications (1). This book was used as source-material. (Table. 1.)

In the examined period the morbidity showed an upward tendency from 1899 upto 1917, hereupon we could see a numerical decreas, however in reality, morbidity did not decreased percentale comparing to the total population but was the consequence of loss both in territory and in population following Hungary's military defeat in the war.

According to a decree of 1898, every syphilis damaged person had to be cured in every hospital, clinic or outdoor institute without distinction as to sex or religion (2). (Table 2.)

Solvent persons in hight number (3612 head) visited private doctors in the hope of his discretion considering the society's judgement towards this kind of malady.

In 1898 a self-organized institute Teleia Association was brought into being, with the aim to fight against V.D. and founded a sanatoria for curing sicks merely of this kind (2696 head).

This was the second most frequented institute together with O.T.I. Central Institute (National Health Service). It was the St. Stephan Hospital where Venereal Department was organized at earliest (1870). However, the number of infected men was higher in average than that of women, in some hospitals we found women sicks in a higher rate.

Through centuries non but the prostitutes were made responsible for the spread of V.D. At the turn of the century the prostitutes were registered and controlled by the police according to a regulation. (Table 3.) The rate of registered

Table 1. **Syphilis mortality in Hungary (1899-1928)**

Year	Age		Total
	Under seven	Above seven	
1899	326	45	371
1900	458	49	507
1901	404	49	453
1902	456	52	508
1903	434	54	488
1904	431	59	490
1905	447	58	505
1906	468	51	519
1907	406	74	480
1908	477	68	545
1909	479	73	552
1910	522	55	557
1911	542	86	628
1912	523	98	621
1913	541	66	607
1914	598	95	693
1915	469	78	547
1916	456	60	516
1917	451	107	558
1918	418	81	499
1919	285	49	334
1920	385	49	434
1921	358	76	434
1922	368	64	432
1923	371	68	439
1924	343	93	436
1925	345	81	426
1926	352	58	410
1927	332	71	403
1928	249	77	326

Table 2. **Distribution of Veneral Diseases (V.D.) according to sites of medical treatment**

Site	Number of V.D.					
	Man	Numerical Woman	Total	Man	Percentage Woman	Total
Private doctors	3,612	1,033	4,645	18,4	13,3	17,0
Teleia Association	2,696	585	3,281	13,8	7,5	12,0
O.T.I. Cent. Inst.	2,696	886	3,582	13,8	11,4	13,1
O.T.I. Distr. Inst.	1,077	393	1,470	5,5	5,0	5,4
Other institutes	1,780	579	2,359	9,2	7,4	8,6
St. Stephan Hospital	1,138	1,157	2,295	5,8	14,8	8,4
St. Roch Hospital	897	349	1,246	4,6	4,5	4,5
St. John Hospital	295	916	1,211	1,5	11,7	4,4
Dermatological Dept	1,244	290	1,534	6,5	3,7	5,6
Franz Joseph hospital MABI	897	109	1,006	4,6	1,4	3,6
Jewis Hospital	568	281	849	2,3	3,6	3,1
Apponyi Polyclinic	812	395	1,207	4,2	5,1	4,4
Other Clinics, Hospitals	1,443	660	2,103	7,5	8,5	7,7
Supplement	433	167	600	2,2	2,1	2,2
Total:	19,588	7,800	27,388	100,0	100,0	100,0

Table 3. **Number of prostitues in Budapest**

Year	Number of prostitutes	Total nuber of the citizen of Budapest
1875	1,914	309,208
1885	2,097	422,557
1895	2,199	617,856
1905	2,404	791,748
1915	2,434	-
1925	1,705	960,995
1929	1,323	1,006,184

Table 4. **Whorehouse and Rooms by Districts (1929)**

A) Whorehouses

District	Nuber of Houses	Number of Rooms
II.	2	15
IV.	2	32
VI.	8	66
VII.	8	119
VIII	11	135
IX.	4	57
Total	35	424

B) Rendezvous-places

District	Nuber of Houses	Number of Rooms
VII.	3	32
VIII	4	43
Total	7	75

C) Nuber of private flats

District	Nuber of Houses	Number of Rooms
IV.	3	25
VI.	10	52
VII.	6	27
VIII	3	15
Total	22	119

prostitutes was insignificant compared both to the number of inhabitants of the capital and to the rate of occurrance of infection. Melly described unambiguosly: for the high rate of infection and morbidity not the prostitutes are responsible, but the risk-taking and non-monogam behaviour of the citizens and practice of the unprotected sex. Expected moral norms differs from sexual habits.

Official sites of the prostitution (Table 4.) were the whorehouses (a), rendezvous places (b) and private flats (c).

In total 64 houses (brothels) with 618 rooms served for the 'official' sex-industry.

Occupation of the prostitutes before the registration were various. (Table 5.)

It turned out that most of prostitutes came from the servanthood (35.5%), i.e. the worst paid and defenceless category of the society, waitress from the catering industry (12.6%), from worker from manifactories (12.5%), and girls of family (10.1%) changed their primary occupation for an expected better earning possibility.

Table 5. Formal occupation

Denomination	Nuber of Prostitutes	
	Absolute	Per cent
Artist	28	1,7
Nurse	17	1,0
Servant	598	35,3
Cashier	80	4,7
Hairdresser	17	1,0
Worker	212	12,5
Member of family	172	10,1
Civil servant	26	1,5
Bread girl	35	2,1
Day labourer	10	0,6
Governess	25	1,5
Waitress	214	12,6
Employee	49	2,9
Dressmaker	111	6,5
Flower-girl	5	0,3
other occupation	97	5,7
Total	1,696	100,0

What is the position of syphilis and prostitution in our days? In the next Figure we can see the distribution of the rate of syphilis damaged sicks by sex in the period of 1989-1997(3). (Fig. l)

Characteristic is the dominance of men comparing to women is charcteristic, however, this difference shows a decrease in the last four years. Sofar congenital syphilis did not exist in the period from 1978 to l994 in 1994 and 1996 three cases were registered.

The form of prostitution shows not the same structure in the last years of our century comparing to the first third. Now-a-days not only girls but also boys offer sex services.

The hierarchy of the prostitution is in accord with the articulation of the society: on top there are the elite consisting of up-to-date and exclusive call-girls speaking many languages, they are followed by girls of private clubs and saloons, then girls available by agencies, they are followed by girls from peep-shows and bars and at the row concluds with the numerous and most cheap women of the street. This differenciation determines the form of activity, site of moving, quality of service, and the society's attitude towards them.

In Hungary the years of 70' and 80' brought general and continually loosening within the society. Change in the policy and economy got stabilized and set in motion the free market competition and privatization. This change gave more freedom to the street prositution also. However, the inflowing capital of the West, special the Wild-West capitalization brought also the scum like pornography, smuggling, international people trade, white slavery, drug and arms business, and market for home and imported mafias.

When the system of state changed at the begin of the 90 years, the research of the street prostitution was not a favoured and supported programme by the policy. Thus, the pandemy of HIV/AIDS and the fear of infection and the necessity of prevention gave a good chance to deal with sexuality. (The slogan AIDS worked as a protecting shield also today to justify some decisions of modest character). By this occasion a survey of sanitary character was made by the

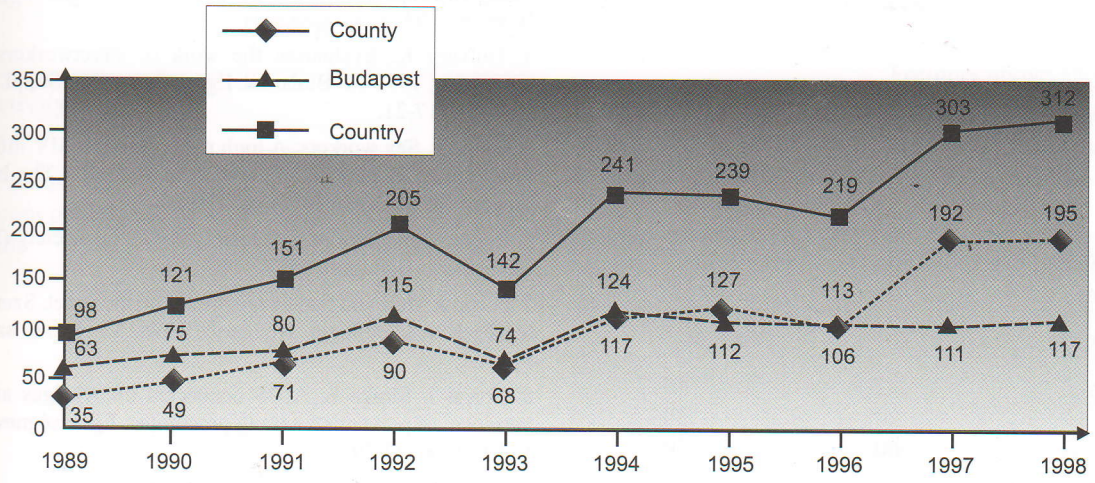


Fig 1. **Syphilis infection in Budapest and in the county in the period of 1989-1997**

NEVI in 1992-93 giving a chance to launch scientific research on men's and women's street prostitution. Traianed „streetworkers" looked to meet hiding, however, visible street prostitutes on certain definite points (4).

Risk behaviour means – besides the spread of sexually transmitted infection – also the use of tobacco, alcohol and drug and other „helping" agents as attendants of this life. Epidemiological surveys justified the multicausual reasons, like economical, psychical and health problem (5).

Between 1996 and 1998 the street prostitution gave 80 per cent of the sexuaI services. Voluntary members of the charitative „Outway with You Society" Kiút Veled (founded in 1996) started to render help to street prostitutes encouraging them to give up and to jump out from this circle. Anamnesis and history of their life was fixed by questionaries (6).

HIV/AIDS prevention programme was launched in 1996/97 by the Hungarian AIDS Foundation for girl prostitutes. Seven voluntary taxi drivers took part on a training course and then deliver proper informations to the girls. Questionaries were filled out by the prostitutes answers (7). Survey was made also for boy prostituted, the project was overtaken by the Bad Boys Protect Society. The evaluated results of both programmes are the following (8) (Tabl. 6.).

Table 6. **Answers of 215 inquired prostitutes**

Age group	Girls (%)	Boys (%)
14-17	22	19
18-24	60	57
25-29	25	22
above 30	3	2

More teenagers are among girls. The age is between 18-24 years in both sexes (Tabl. 7.).

Table 7. **Site of origin among the streetworker prostitutes**

Place of origin	Girls (%)	Boys (%)
Roumania	12	40
Budapest	20	30
Country	60	30

Table 8. **Family status**

Family status	Girls (%)	Boys (%)
Unmarried	70	90
Married, with child	30	10

Sofar 60 per cent of girls came from the countries of the crisis zones (County Borsod, Szabolcs, Hajdú) most of boys arrived from Roumania. According to nationality there is also a difference: 60 per cent of girls said: they are Hungarian gipsy while 44 per cent of boys said they are Hungarian and Roumanian gipsies. (Tabl. 8., 9.)

Sofar girls, prostitutors, roomers were regulated by authority and penalized and stigmatized the central figure – by whom the prostitution was called into life and who kept it in action permanently – was the client. About him, whose face remained always hidden, hardly is spoken. Silence and darkness protects him, however, within the social life he is playing a respected role: the best father and husband. We have scarcely information on clients because to get them to speak proved rather difficult. In spite of it we succeeded to get some answers.

With the past of nearly sixty years in a period when political system has changed, other laws and rules came into being and new medicaments were produced, the frequency of sexually transmitted illness and peoples' sexual behaviour as well as the problem of prostitution have scarcely changed.

BIBLIOGRAPHY

1. Doros G, Melly J. Problems of Venereal Diseases. 1930. Budapest. Budapest, Székesfőváros Házinyomdája, 2. Ibid

3. Berecz M. Epidemiological trend of syphilis in mirror of maladies in Hungary 1997. Magyar Venereológiai Szemle, 1997; II. pp. 95-103.

4. Bolváry K. Evaluation the work of streetworkers in AIDS prevention. 1992-93. Budapest. Egészségnevelés. Suppl. December 1994. pp. 17-21.

5. Csépe P. Sex workers: A high risk group for HIV infection, In: Friedrich D, Heckmann W. AIDS in Europe – The behavioural aspect. Vol. 2. Berlin 1995. pp. 199-200.

6. Report Collection of the Outway with You Society (Kiút Veled Egyesület). Budapest, 1997.

7. Forrai J. Male and female prostitutes on the street. Szenvedélybetegségek. Addictologia Hungarica 1998. VI. évf. 6. sz. 434-442. Pp.

8. Forrai J, Simka E. AIDS connected knowledges and the importance of prevention among prostitutes. Egészségnevelés 1999; Vol.1, 2. pp. 22-29.

Table 9. **Education level of the prostitutes**

Education	Girls (%)	Boys (%)
Unfinished public elementary	9	no data
Finished public elementary	86	no data
Trained worker	5	no data

Dwelling situation

Girl lives	Boy lives
AT the pimper	Ranted room/daily, monthly
In lodging	At his master
Own flat with family	at friend

Motivation of his/her present life

Girls	Boys
Encouraged by friend	Want to leave home
Governmental reformatory school	Bad financial situation
Bad financial situation	Unskilled, no work
Was forced	Lack of eork premission
Was sold	Fond of sex
Influenced by sister, friend	Aim at homosexually
Curiosity	Curiosity
To keep child, husband	No room to sleep

State of healt is different

Girl	Boys
Sufficient (excepth teeth)	Sufficient
Smokers (1–25 boxes dialy)	Mania of gambling
Alcohol consumer	Take drugs (85%)
Some drug	Some smoke, more dirnk
	Drink alcohol

Site of activity

Girls	Boys
Street, getaway, car,	Park, flat of client
Rented room or flat	Public baths
Own Home	

Expenses

Girls	Boys
Rate of pimper (70-80% of income)	Works for own pocket
If indipendent:	Rate of agent (50% of income)
Market due (Ft 5000–10,000)	
Room (Ft 500-1500/turn)	
Price of independency (Ft 300,000–500,000)	
Rate of agent (50% of income)	
Taxi, cosmetics	

Prize of services is not the same

Services	Girls	Boys
Escort in bars	15,000–50,000 –70,000	24,000–50,000 –80,000
In smaller bars	2,000–15,000	3000-15,000
Street	1000–3000	1000–5000

Clients' motivation to contact prostituated

Girls1 clients	Boys' clients
Curiosity	Aiming at homo/bisexually
Lonliness, confusion	Seek adventures
Find joy in violence	Delight in violence

Age and freqency of visit

Clients of girls	Client of boys
Varied ages	Older
Occansionaly	Hungarians above 50 year
	Forigner above 35 year
Returning connection (6-8 head)	Returning connection

HIV/AIDS kockázatos viselkedés budapesti homo- vagy biszexuális férfiaknál*

HIV risk behavior among gay and bisexual men in Budapest, Hungary

Csépe Péter dr.[1], Yuri A. Amirkhanian dr.[2,3], Jeffrey A. Kelly dr.[2], Timothy L. McAuliffe dr.[2], Mocsonoki László[4], Forrai Judit dr.[1]

Közegészségtani Intézet[1], Semmelweis Egyetem, Budapest, Center for AIDS Intervention Research (CAIR), Department of Psychiatry and Behavioral Medicine, Medical College of Wisconsin, Milwaukee, USA, Faculty of Sociology[3], St. Petersburg State University, Petersburg, Russia, „Hintér" – Baráti Társaság a Melegek Jogaiért[4], Budapest

Levelezési cím: Dr. Csépe Péter
Semmelweis Egyetem Közegészségtani Intézet,
1145 Budapest, Pf. 370

ÖSSZEFOGLALÁS **A HIV-fertőzés és az AIDS betegség egyre növekvő népegészségügyi problémát jelent Közép- és Kelet-Európa számos országában. Magyarországon, több szomszédos országhoz hasonlóan, a HIV-fertőzöttek legnagyobb része homoszexuális vagy biszexuális férfi. Mindazonáltal igen kevés kutatás foglalkozott mostanáig e populáció kockázatos szexuális gyakorlatával és ennek jellemzőivel. Jelen vizsgálatban 469 homoszexuális/biszexuális férfi HIV/AIDS-szel kapcsolatos tudását, attitűdjét és magatartását mértük fel az általuk látogatott szórakozóhelyeken, önkitöltős kérdőívek segítségével. A kockázatos magatartásra utaló adatok közül kiemeljük, hogy a válaszolók több mint fele a kérdőív kitöltését megelőző három hónapban nem használt óvszert anális közösülés során. Behatoló anális közösülésnél a férfiak 40%-a, míg befogadó anális közösülésnél 50%-a nem védekezett. A válaszolók negyedének több szexuális partnere is volt az említett három hónapos időszakban. A férfiak 17%-a fogadott el vagy adott pénzt szexuális szolgáltatásért. A válaszolók 26%-a számolt be arról, hogy nőpartnere volt a megelőző egy év során, de csak a vaginalis közösüléseknél 23% használt óvszert. Többváltozós módszerekkel igazoltuk, hogy kockázatos magatartást prognosztizál a kondom hozzáférhetőségének hiánya, a kockázat csökkentésére irányuló szándék erőtlensége, a biztonságos szexuális gyakorlattal kapcsolatos negatív attitűd, tartós párkapcsolatban élés és a biszexuális orientáció. A felmérés eredményei alapján kijelenthetjük, hogy igen sürgető feladat HIV-prevenciós programok szervezése Magyarországon a fokozott kockázatnak kitett közösségekben.**

Kulcsszavak: **homoszexuális/biszexuális férfiak, HIV/AIDS kockázatos viselkedés, szexuális magatartás, megelőzés**

SUMMARY **HIV is a growing public health threat in Central and Eastern Europe. In Hungary and a number of other countries, men who have sex with men (MSM) account for a high proportion of HIV infections. However, there has been very little systematic study of the sexual risk practices and characteristics of MSM in this region. This study surveyed 469 MSM recruited in Budapest gay community venues in June, 2001, Fifty of men engaged in unprotected anal intercourse (UAI) in the past three months. Forty percent of men's insertive and 50% of their receptive acts were unprotected, and 25% had multiple AI partners in the past 3 months. 17% of MSM exchanged sex for money, 26% had female partners in the past year, and condoms were used in only 23% of their vaginal intercourse occasions. Multivariate analyses showed that high-risk behavior was predicted by not having condoms available when needed, weak risk reduction intentions, negative attitudes toward safer sex, being in a steady relationship, and having a bisexual orientation. Community-based HIV prevention programs focused on the needs of gay or bisexual men in Central and Eastern Europe are urgently needed.**

Key-words: **Hungary, gay men, HIV/AIDS risk behavior, sexual practices, prevention**

* A cikk [*Csépe P, Amirkhanian YA, Kelly JA, McAuliffe TC, Mocsonoki L, Forrai J. HIV risk behavior among gay and bisexual men in Budapest, Hungary. Int J STD AIDS 2002; 13(3)192-200.*] a kiadó engedélyével történő utánközlés

BEVEZETÉS Egyes becslések szerint a HIV-fertőzöttek száma a világon 2000 végére meghaladta a 30 milliót. Magyarország, több közép-kelet-európai országhoz hasonlóan, az enyhén fertőzött országok közé tartozik. A HIV-fertőzöttek kumulatív száma 2001. március 31-én 898 volt, míg az AIDS betegek száma kevesebb, mint 400, 1985 óta a betegség 200 áldozatot követelt. A Magyarországon diagnosztizált AIDS betegek túlnyomó többsége (72 százaléka) fiatal, homoszexuális vagy biszexuális férfi. A legtöbb fertőzött Budapesten és környékén él. A térség egyes országaiban, például Ukrajnában és Romániában tapasztalható magas HIV incidencia és az egyre jelentősebb migráció kedvezhet a HIV/AIDS járvány gyorsabb terjedésének. Mindehhez hozzájárulhat a prevencióra fordított források csökkenése is.

Bár Magyarországon és a környező országokban a HIV-fertőzés leggyakoribb módja a homoszexuális kapcsolat, mindmáig kevés kutatás foglalkozott a kockázatos szexuális magatartással. Egy 2000-ben végzett szentpétervári vizsgálat szerint az orosz homoszexuális vagy biszexuális férfiaknál igen gyakori a kockázatos szexuális magatartás: jelentős azok száma, akiknek több partnerük van, ritkán használnak kondomot, sokan nyújtanak pénzért szexuális szolgáltatást. Tóth László 1994-ben az erre önként vállalkozók körében kérdőíves adatfelvételt végzett. A „Mások" című homoszexuális magazinhoz csatolt kérdőívet 308-an küldték vissza. Ez a módszer természetesen nem tette lehetővé a reprezentatív mintavételt. A vizsgálat alapján el lehet mondani, a melegek viszonylag jól tájékozottak a HIV/AIDS problémával kapcsolatosan, kockázatmérséklő magatartást viszont kevesen folytatnak. A vizsgálatban résztvevők legnagyobb részének egy év során több, körülbelül felének pedig hatnál is több szexuális partnere volt. A válaszolók 84 százalékának volt alkalmi partnere, egyharmada nem használt kondomot analis közösülés során. Mindazonáltal szexuális gyakorlatuk jóval preventívebb, mint a heteroszexuális pároké. Hozzá kell tennünk, hogy a válaszadók magas társadalmi státuszú meleg férfiak voltak, ezért az eredmények a HIV/AIDS kockázat szempontjából az átlagosnál bizonyára kedvezőbb képet mutattak.

1996-ban az ÓVEGYLET Alapítvány HIV/AIDS megelőzési programját felmérő munkacsoport végzett felmérést budapesti homoszexuális közösségekben, melynek során 656-an válaszoltak a betegséggel és a szexuális magatartással kapcsolatos tudásra, attitűdre és gyakorlatra vonatkozó kérdésekre. Az előzőekben említett vizsgálat eredményeihez hasonlóan, túlnyomó többségük AIDS-szel kapcsolatos tudása megfelelő volt, de a kockázatos magatartásformák előfordulása mégis gyakori volt. Ebben a vizsgálatban a homo-és biszexuális férfiak átlagosan évi 13 alkalmi és 4 állandó partnerről számoltak be. Szinte valamennyi válaszadó tisztában volt a gumióvszer védőhatásával, 28 százalékuk ezzel kapcsolatos attitűdje azonban negatívnak mondható.

A fentiekből kitűnik, hogy kevés megbízható információ áll rendelkezésünkre a HIV-járvány által leginkább érintettek szexuális magatartásáról. Fontos ugyanakkor, hogy a kockázatos magatartást befolyásoló pszichoszociális tényezőket is megértsük. A kockázatos magatartással kapcsolatos elméletek a tudás, attitűd, magabiztosság és felfogott (percived) csoportnormák fontosságát hangsúlyozzák, mint ezen magatartás lehetséges meghatározóit, illetve befolyásolóit. Ha meghatározzuk a kockázatos magatartást befolyásoló tényezőket lehetőségünk nyílik arra, hogy megfelelő kockázatcsökkentő intervenciót fejlesszünk ki.

ANYAG ÉS MÓDSZEREK

HELYSZÍNEK ÉS RÉSZTVEVŐK A felmérésre 2001 júniusában került sor Budapesten. Ennek során 469 önmagát homoszexuálisnak vagy biszexuálisnak valló, 18 éven felüli meleg töltötte ki a szexuális magatartásra, tudásra és attitűdre vonatkozó kérdéseket tartalmazó kérdőívet a város meleg közössége által használt találkozóhelyeken. A társadalmi liberalizációt megelőzően a meleg férfiaknak kevés lehetőségük volt a nyilvánosság előtti kapcsolattartásra. Csak az elmúlt évtized során nőtt meg a meleg találkozóhelyek száma, váltak ezek nyíltabbá, ugyanakkor megjelentek közösségi, nem kormányzati szervezetek is.

A vizsgálatot négy meleg bárban és egy fürdőben végeztük a meleg közösség legjelentősebb civil szervezetével, a „Háttér Egyesülettel" szorosan együttműködve. Olyan mintavételi módszert használtunk, mely alkalmas volt arra, hogy reprezentálja a meleg szórakozóhelyre járó férfiakat. A felmérés mintavételi keretét úgy alakítottuk ki, hogy minden egyes találkozóhely esetében előre meghatároztuk azon napokat, amikor a legtöbb vendég volt várható. Az adatfelvételt két éjszaka során végeztük el, a szórakozóhelyeken így összesen 8 alkalommal vettünk mintát. Az adatfelvételek többsége hétvégén történt, mert akkor volt a bárokban a legtöbb látogató. Egy felmérés az adott helyszínen mintegy 3–4 órán keresztül tartott.

ADATGYŰJTÉSI MÓDSZEREK A felméréshez önkitöltős kérdőívet használtunk, melynek angol és orosz nyelvű változatait korábbi vizsgálatokban validálták. A magyar nyelvű változat a kulturális adaptáció szabályainak megfelelően készült el, így validnak tekinthető. A helyszíni adatgyűjtést végző csapat a fentebb említett civil szervezet tagjaiból állt, a munkát a Semmelweis Egyetem tudományos munkatársai ellenőrizték. Az első adatgyűjtési nap előtt a terepmunkát végző csapatok a vizsgálatot felügyelők által vezetett előkészítő foglalkozásokon vettek részt. A csapattagoknak megtanították, hogyan közelítsék meg a klubokba belépő férfiakat, hogyan magyarázzák el nekik a felmérés célját, valamint azt, hogy hangsúlyozzák: a résztvevők névtelenek maradnak. Ezeken a foglalkozásokon az adatgyűjtésre standard mintavételi protokollt alakítottunk ki.

A találkozóhelyekre belépő férfiakat személyesen kérték fel a vizsgálatban való résztvételre. Mindenkitől megkérdez-

zik, hogy előzőleg már kitöltötte-e a kérdőívet. Ha igen, akkor nem tölthette ki újra. A kérdőívek kitöltésére való ösztönzésként a résztvevők óvszereket, valamint a meleg civil szervezetről és az AIDS-ről szóló tájékoztató anyagokat kaptak.

A kérdőív kitöltése előtt a résztvevők elolvasták és aláírták a beleegyezési nyilatkozatot, amely ismertette a vizsgálat célját, megnevezte a vizsgálatot végző intézményeket, és hangsúlyozta a válaszok névtelenségét. Ezt a nyilatkozatot a kérdőívtől elkülönítve kezeltük. A résztvevők maguk tették be kitöltött kérdőíveiket egy borítékba, leragasztották a borítékot, és egy dobozba helyezték. Az adatfelvételt végző csapattagok jelen voltak a helyszíneken, szükség esetén az értelmezést célzó magyarázatokkal segítettek a kérdések megválaszolásában. A kérdőív kitöltéséhez az esetek többségében 20 percnél kevesebb időre volt szükség. A találkozóhelyek nem magyar látogatói nem vettek részt a felmérésben. A felkért férfiak több, mint 80%-vállalta a kérdőív kitöltését, a válaszolási arány a kérdezés színhelytől és időpontjától függött (kevesebb választ kaptunk a fürdőkben, kevesebben válaszoltak éjjel 1 óra után).

DEMOGRÁFIAI JELLEMZŐK A résztvevőktől a kérdőívben megkérdeztük korukat, iskolai végzettségüket és foglalkozásukat. A válaszadókat kértük, hogy adják meg szexuális irányultságukat, mely lehetett homoszexuális, biszexuális vagy heteroszexuális, kérdeztük azt is, van-e állandó partnerük.

Úgyszintén megkérdeztük, hogy kezelték-e őket bármiféle nemi úton terjedő betegséggel (STD), és ha igen, akkor hány alkalommal. Kérdés szerepelt arról, hogy voltak-e már valaha HIV vizsgálaton, és ha igen, az eredmény negatív vagy pozitív volt-e.

KOCKÁZATOT JELENTŐ SZEXUÁLIS MAGATARTÁS A válaszadók beszámoltak arról, hogy az egész életük során és az elmúlt évben hány férfi és női partnerük volt. Megkérdeztük, hogy a válaszadó jelenleg kizárólagos nemi kapcsolatot folytat-e egy másik férfivel, és ha igen, akkor hány hónap múlt el azóta, hogy valaki mással közösült.

Kértük a válaszadótól, hogy közölje férfi és női partnerei számát az elmúlt három hónapban. Válaszoltak arra is, hogy ebben az időszakban hány alkalommal és hány férfivel folytattak befogadó, illetve behatoló analis közösülést. Az analis közösülésről beszámolók 11 pontos skálán (0%-tól 100%-ig) jelölték meg, hogy a befogadó vagy behatoló aktus során milyen arányban használtak óvszert. Azt is megkérdeztük, hogy a legutóbbi analis közösülésükkor használtak-e óvszert.

Ezzel párhuzamosan az elmúlt három hónap során női partnerekkel folytatott vaginalis és analis közösülésekről is kértünk információkat. Végül azt kérdeztük meg, hogy adtak-e vagy fogadtak-e el pénzt esetleg értéktárgyat férfivel folytatott szexuális kapcsolatért cserébe.

AIDS-KOCKÁZATOT JELENTŐ MAGATARTÁS A vizsgálat résztvevői az „igen", „nem", „nem tudom" választási lehetőségek segítségével kilenc olyan állítás helyességéről ítélhettek, melyek a HIV-fertőzés kockázatával járó magatartásra, valamint a kockázatcsökkentési lépésekre vonatkozó gyakorlati tudásra vonatkoztak. Így például megkérdeztük, hogy az óvszer nélküli analis közösülés nagyobb veszélyt jelent-e a HIV-fertőzésre, hogy síkosító anyagként olajos síkosító anyagot használjunk-e, hogy a külsőről meg lehet-e állapítani, hogy valaki HIV-pozitív, valamint azt, hogy a gondos mosakodás hatékonyan véd-e a HIV-fertőzéstől. Egyes állításokat az automatikus válaszok okozta torzítás miatt negatív formában szerepeltettük. A válaszokat nullától 9-ig pontoztuk.

MAGATARTÁSVÁLTOZTATÓ SZÁNDÉK A KOCKÁZAT CSÖKKENTÉSÉRE Az „igen", „nem tudom" és „nem" válaszadási lehetőségek segítségével a válaszadók jelezték, hogy mennyire értenek egyet a biztonságosabb szexuális magatartásra vonatkozó szándékuk erősségét vizsgáló öt megállapítással. Például „Feltétlenül csak biztonságosabb szexet fogok alkalmazni a következő szexuális partneremmel", „Vissza fogom utasítani a nemi közösülést, ha túl részeg vagy túl drogos vagyok a biztonságosabb szexhez", „Ha partnerem fiatal és vonzó, akkor nem fogok biztonságosabb szexet alkalmazni". A pontszámok 5 ponttól (leggyengébb magatartásváltoztatási szándék) 15 pontig terjednek (legerősebb szándék).

A BIZTONSÁGOSABB SZEXSZEL KAPCSOLATOS ATTITŰD A válaszadók három pontos skálán jelezték egyetértésük fokát az óvszerhasználatra és a biztonságosabb szexszel kapcsolatos attitűdre vonatkozó nyolc megállapítással. Például: „Az óvszer használata nagyon élvezetes lehet", „A biztonságosabb szex izgató szexuális játékká teszi az aktust", „Az óvszer a partnerek közötti bizalom hiányát jelzi". A pontszámok 8 és 24 pont között változnak, a magasabb pontszámok pozitívabb attitűdre utalnak.

AZ ÓVSZER ÉS A BIZTONSÁGOSABB SZEX ELFOGADOTTSÁGA A válaszadók három pontból álló skálán válaszoltak arra az öt megállapításra, hogy a biztonságosabb szex alkalmazása mennyire elfogadott norma a kortársak és a szexuális partnerek között. Például: „A biztonságosabb szex nagyon népszerű a barátaim körében", „Barátaim a biztonságosabb szexről többet beszélnek, mint alkalmazzák". A skálán 5 tétel szerepel, a pontszámok 5-től 15-ig terjednek. A nagyobb pontszámok erőteljesebb elfogadottságot mutatnak.

ÖNERŐBŐL TÖRTÉNŐ KOCKÁZATCSÖKKENTÉS (SELF-EFFICACY) Hét megállapítás mérte a válaszadók önbizalmát (self-efficacy) arra vonatkozóan, hogy el tudják kerülni a kockázatos szexuális magatartást. Például: „Könnyen tudok barátaimmal beszélni a biztonságosabb

szexről és az óvszerekről", „Tudok óvszert vásárolni anélkül, hogy zavarba jönnék". A résztvevők minden megállapításra „igen", „némiképp", illetve „nem" választ adhattak. A pontszámok 7-től 21-ig terjedhettek, a nagyobb pontszámok nagyobb önbizalmat tükröznek.

ALKOHOLFOGYASZTÁS, KÁBÍTÓSZER-HASZNÁLAT Vizsgáltuk az alkoholfogyasztás mértékét és a tiltott kábítószerek használatát. Megkérdeztük, hogy fogyasztanak-e, ha igen mennyi és milyen alkoholt hetente, használtak-e tiltott kábítószert az elmúlt három hónapban, és ha igen, akkor hányszor használták ezeket ezen időszak alatt. A kábítószerek közül külön megemlítettük az injekciós drogokat, az ecstasy tablettát, kokaint, marihuánát és a hallucinogén szereket.

SZEMÉLYES KAPCSOLAT HIV-FERTŐZÖTTEL VAGY AIDS-BETEGGEL A válaszadókat megkérdeztük, hogy ismernek-e személyesen bárkit, aki HIV-fertőzött vagy AIDS-beteg. Igenlő válasz esetén megmondták azt is, hogy hány HIV/AIDS beteget ismernek.

ÓVSZERHASZNÁLAT A résztvevőket megkérdeztük, hogy van-e elég pénzük óvszervásárlásra, vásárolják-e rendszeresen, és van-e mindig kéznél, ha szükség van rá. Megkérdeztük azt is, hogy tudják-e, hogyan kell kiválasztani a megfelelő óvszert és síkosító-szert valamint, azt hogy mennyire fontos számukra az óvszer.

Mindegyik, több tételből álló skála esetében kiszámítottuk a Cronbach-alpha együtthatók értékét. Ezek 0,50–0,63 között változtak, tehát abban a tartományban helyezkedtek el, amely a terepen felvett, öt-nyolc tételből álló rövid skálák esetében várható volt. Mindazonáltal kérdőív későbbre tervezett átdolgozásával javítani kívánjuk a Cronbach-alpha értékét.

STATISZTIKAI ELEMZÉS A felmérés adatait megfelelő minőségbiztosítással vittük számítógépre. A deskriptív analízis során frekvenciákat, átlagot, mediánt, standard deviációt számítottunk. A magas kockázati viselkedéshez tartozó tényezőket egyváltozós elemzéssel vizsgáltuk: összehasonlítottuk azon férfiakat, akik beszámoltak védekezés nélküli analis közösülésről az elmúlt három hónap során, azokkal, akik nem. T teszttel hasonlítottuk azokat a csoportokat, ahol normális eloszlású folyamatos változók voltak. Mann–Whitney U-tesztet használtunk az eltérő eloszlású változókra, χ^2 tesztet a dichotom változókra. Védekezés nélküli analis közösülést azon férfiaknál állapítottunk meg, akik beszámoltak analis közösülésről, és ugyanakkor 100%-nál kevesebb kondomhasználatot jelentettek. Az egyváltozós elemzéseket követően log-regressziós analízist használtunk azon célból, hogy meghatározzuk az alábbi két, dichotom módon mért kockázatos magatartásformához vezető tényezőket:

- (1) legalább egy analis közösülés történt az elmúlt 3 hónapban kondom használat nélkül,
- (2) nem használt kondomot a legutóbbi analis közösülés során.

Ezt az elemzést külön-külön elvégeztük a befogadó és a behatoló analis közösülés esetében. Többváltozós lineáris regressziós analízissel határoztuk meg, hogy mi befolyásolja a kondomhasználat gyakoriságát az analis közösülések során. Ezt az elemzést szintén külön elvégeztük a befogadó és a behatoló analis közösülés esetében.

EREDMÉNYEK

A RÉSZTVEVŐK DEMOGRÁFIAI JELLEMZŐI A mintában szereplő férfiak átlagos életkora 29,2 év volt. A résztvevők 44%-a fejezte be a középiskolát, 40%-ának volt főiskolai végzettsége; a többiek általános iskolai vagy szakiskolai végzettséggel rendelkeztek. A férfiak 88%-a állt alkalmazásban, főként szellemi (61%), illetve fizikai dolgozóként (16%). Bár a mintában szereplő minden férfi azt válaszolta, hogy élete során valamikor volt szexuális kapcsolata férfivel, szexuális irányultságuk nagyobb változatosságot mutatott: a válaszolók 75%-a homoszexuálisnak, 42%-a biszexuálisnak, 1%-a heteroszexuálisnak tartotta magát.

A mintában résztvevők 19%-a mondta azt, hogy kezelték a múltban nemi úton terjedő betegség miatt. A nemi úton terjedő betegséggel kezelt férfiak közül a korábbi kezelési események átlagos száma 1,8 volt.

A férfiak 73%-a volt már HIV-vizsgálaton valamikor régebben, 97% eredménye akkor negatív volt. 39% válaszolta azt, hogy személyesen ismer HIV-fertőzött vagy AIDS beteg személyt.

HIV-FERTŐZÉS KOCKÁZATÁT NÖVELŐ SZEXUÁLIS MAGATARTÁSI SZOKÁSOK Az *1. táblázat* mutatja a mintában talált HIV-fertőzés kockázatát fokozó magatartási szokásokat. A válaszoló férfiaknak számos férfi partnerük volt életük során, úgy az elmúlt évben, mind az elmúlt három hónapban. Az átlagérték és a medián közötti jelentős eltérés a szexuális tevékenység változatosságát jelzi. Példa erre, hogy a résztvevők válasza alapján az elmúlt három hónap során a férfi partnerek számtani átlaga 39, míg a medián értéke csak 5 volt.

A válaszadók 50%-a közösült analisan legalább egyszer az elmúlt három hónap során. A védekezés nélküli analis közösülés igen gyakori volt. A válaszadók 40%-ának behatoló analis közösülési aktusai az elmúlt három hónap során védekezés nélkül történtek és a befogadó analis közösülések 50%-ában nem használtak óvszert. A férfiak 25%-a közösült analisan több mint egy férfi partnerrel az elmúlt három hónap során. A válaszadók 17%-a válaszolta, hogy pénzért vagy értéktárgyért árusította magát, és ugyanennyien válaszolták, hogy fizettek a szexért.

1. táblázat. **HIV-kockázattal kapcsolatos magatartási minták budapesti homo/biszexuális férfiakban (n = 469)**

Kockázati jellemzők	Gyakorisági változók		Kategorikus változók (%)
	Középérték (SD)	Medián (IQR)	
Szexuális magatartás férfiakkal			
Partnerek száma élete során	161,8 (793,7)	20,0 (50,0)	
Partnerek száma az elmúlt évben	38,5 (337,1)	5,0 (8,0)	
Partnerek száma az elmúlt három hónapban	11,5 (142,2)	1,0 (2,0)	
Védekezés nélküli analis közösülésről beszámolók százalékos száma az elmúlt három hónapban			50,1%
Védekezés nélküli analis közösülések száma az elmúlt három hónapban			
Behatoló analis közösülés	1,14 (4,83)	0,00 (0,30)	
Befogadó analis közösülés	1,56 (8,88)	0,00 (0,30)	
Azok százalékos száma, akiknek az elmúlt három hónapban több, mint egy analis partnerük volt			25,0%
Behatoló analis közösülések (kondom használattal) százalékos száma az elmúlt három hónapban	59,8% (44,4)		
Befogadó analis közösülések (kondom használattal) százalékos száma az elmúlt három hónapban	50,2% (46,0)		
Pénzért szexuális szolgáltatást nyújtók százalékos száma			17,1%
Pénzért szexuális szolgáltatást igénybevevők százalékos száma			17,3%
Szexuális magatartás nőkkel			
Partnerek száma élete során			77,3%
Partnerek száma az elmúlt évben			26,0%
Partnerek száma az elmúlt három hónapban			13,6%
Vaginalis közösülés során elmúlt három hónapban kondomot használók százalékos száma	22,6% (38,0)		

Gyakorinak találtuk a biszexuális magatartási gyakorlatot. A résztvevők több mint 77%-a közösült női partnerrel élete valamelyik szakaszában. Az elmúlt év tekintetében a megkérdezettek 26%-ának volt női partnere, 14%-a közösült vaginalisan az elmúlt három hónap során. A biszexuális férfiak óvszerhasználati szintje alacsony volt női partnerrel való közösülés esetén, a vaginalis közösülések csupán 23%-ában védekeztek óvszerrel.

A résztvevők kb. 20%-a számolt be arról, hogy tiltott kábítószert használt az elmúlt három hónap során. A leginkább használt kábítószer a marihuána és az ecstasy tabletta volt. Csupán öten válaszolták azt, hogy injekciós kábítószert fecskendeztek be maguknak az elmúlt három hónap során.

A HIV-FERTŐZÉS KOCKÁZATÁNAK ISMERETE A résztvevők átlagosan 75%-át válaszolták meg helyesen

azoknak a kérdéseknek, amelyek a HIV-fertőzés kockázatára és a kockázatot csökkentő lépésekre vonatkozó gyakorlati tudást vizsgálták (9 kérdésből az átlag 6,75).

Számos területen találtunk a kockázattal kapcsolatosan téves elképzeléseket. A résztvevők kb. 52%-a nem tudta, hogy az óvszert nem szabad olajjal vagy vazelinnel síkosítani. A válaszolók 37%-a hitte azt, hogy az aktus utáni gondos mosakodás megvédi az embert a HIV-fertőzéstől. A megkérdezettek 33%-a hitte azt, hogy a kinézetről meg lehet állapítani azt, hogy valaki HIV- pozitív. A válaszolók 31% úgy gondolta, hogy olyan partnerekkel, akik azt mondják magukról, hogy HIV negatívak, nem kell biztonságosabb szexet alkalmazni.

AZON FÉRFIAK EGYVÁLTOZÓS ÖSSZEHASONLÍTÁSA, AKIK FOLYTATTAK, ILLETVE NEM FOLYTATTAK AZ ELMÚLT HÁROM HÓNAP SORÁN VÉDEKEZÉS NÉLKÜLI ANALIS KÖZÖSÜLÉST Összesen 310 férfi adott megfelelő részletességű információt arra vonatkozóan, hogy milyen arányban használtak óvszert a behatoló, illetve befogadó aktusok során. Ebből meg lehetett határozni, hogy folytattak-e védekezés nélküli analis közösülést. Összesen 235 férfi (76%) folytatott védekezés nélküli analis közösülést partnerével ezen időszak alatt, míg 75 férfi (24%) nem.

A *2. táblázatban* láthatók azon egyváltozós elemzések eredményei, amelyek a szignifikáns eltérést mutató változókra vonatkozóan hasonlítják össze a nagy-, illetve a kis kockázatú csoportokat.

A táblázatból jól látható, hogy a veszélyeztetett és a nem veszélyeztetett férfiak szignifikáns eltérést mutattak az AIDS-el összefüggő pszihoszociális jellemzőket mérő minden skálán. A védekezés nélküli analis közösülést (UAI) folytató férfiaknak alacsonyabb volt az AIDS kockázatot jelentő magatartásra vonatkozó tudása ($p = 0,05$) és kevésbé szándékoztak változtatni a kockázatot jelentő magatartáson ($p<0,001$), mint azok a férfiak, akik az elmúlt három hónap során tartózkodtak a nagy kockázatot jelentő szexuális magatartástól. Ugyanakkor negatívabb attitűdöt mutattak az óvszer és a biztonságosabb szex tekintetében ($p<0,001$), az óvszer használatát és a biztonságosabb szexet kevésbé támogató normákat fogadtak el ($p<0,001$), és alacsonyabb szinten volt az önerőből történő kockázatcsökkentésük ($p<0,001$).

A *2. táblázat* a kockázati szintű csoportok szexuális magatartását jelző egyéb mutatószámok közötti különbségeket is bemutatja. Az elmúlt három hónap során védekezés nélküli analis közösülést folytató férfiaknak egész életük során több férfi partnerük volt ($p = 0,04$) és általában több férfi partnerük volt az elmúlt három hónap során is ($p = 010$). A nagyon veszélyeztetett férfiak több befogadó analis aktusban vettek részt az elmúlt három hónap során mint az óvatosabb férfiak ($p = 0,002$). Az analis közösüléseknél több különböző férfi esetében voltak ők a befogadó partnerek ($p = 0,02$) az elmúlt három hónap során, és több különböző férfi esetében általában ők voltak a behatoló partnerek ($p = 0,09$) ugyanezen időszak során.

A védekezés nélküli analis közösülést folytató férfiak eltérő szinten vannak az óvszerhez való hozzájutás és tapasztalat, valamint az óvszer jelentőségének megértésével kapcsolatos területeken. A veszélyeztetett csoportban található férfiak gyakrabban mondták azt, hogy nincs elég pénzük óvszer vásárlására ($p = 0,05$), kevésbé rendszeresen vásárolnak óvszert és az óvszer nem állt rendelkezésükre, amikor szükség volt rá ($p<0,001$). Nem kedvelték, illetve nem tartották fontosnak az óvszert ($p<0,001$), és kevesebbet tudtak arról, hogy hogyan kell az óvszert használni ($p = 0,01$). A kockázatos magatartást folytató férfiak kisebb valószínűséggel válaszolták azt, hogy valaha már voltak HIV-vizsgálaton ($p = 0,05$).

TÖBBVÁLTOZÓS VIZSGÁLAT VÉDEKEZÉS NÉLKÜLI ANALIS KÖZÖSÜLÉSEKRŐL, ÉS ARRÓL, HASZNÁLTAK-E ÓVSZERT A LEGUTÓBBI BEHATOLÓ, ILLETVE BEFOGADÓ ANALIS KÖZÖSÜLÉSNÉL A *3. táblázatban* a lépcsőzetes log-regressziós analízis eredményei láthatók, amely jelzi a védekezés nélküli analis közösülés előfordulását az elmúlt három hónapban. Látható a táblázatból, hogy a 3 lépéses modell szignifikánsan jelezte a nem biztonságos magatartást. A kockázatcsökkentő magatartásra való gyengébb változtatási szándék (esélyhányados: 1,56), az a tény, hogy nem áll rendelkezésre óvszer, amikor szükség lenne rá (esélyhányados: 6,25), valamint az óvszer és a biztonságosabb szex tekintetében kevésbé pozitív attitűd (esélyhányados, OR:25) egymástól függetlenül társítható a védekezés nélkül folytatott analis közösüléshez. A modell a résztvevők 77%-át osztályozta helyesen kockázati csoportba való tartozásuk szerint.

A *3. táblázat* bemutatja annak a log regressziós analízisnek az eredményeit is, amely azt modellezi, hogy használtak-e óvszert a válaszadó legutóbbi behatoló, illetve befogadó analis közösülése során. Az utolsó behatoló analis közösülés esetében az óvszer használatát azzal jelezték előre, hogy állt-e rendelkezésre óvszer amikor arra szükség volt (esélyhányados, OR:3,35), élete során valamikor részt vett-e HIV-vizsgálaton (esélyhányados, OR: 2,45), kockázatcsökkentő magatartásra való változtatási szándék erősebb-e (esélyhányados, OR 1,20) valamint volt-e alkoholfogyasztás az elmúlt hét során (esélyhányados, OR: 2,43). A modell a válaszadók 86%-ánál helyesen jelezte az utolsó behatoló analis közösülésnél való óvszerhasználatot. A válaszadó utolsó befogadó analis közösülésénél való óvszerhasználatot egy egyenlettel jeleztük előre, melyben szerepel a kockázatcsökkentő magatartásra való erősebb változtatási szándék (esélyhányados, OR:1,38), a jelenlegi állandó kapcsolat hiánya (esélyhányados, OR:2,13), az óvszerrel és a biztonságosabb szexszel kapcsolatos pozitívabb attitűd (esélyhányados, OR: 1,13), fiatalabb kor (esélyarány = 1,05) valamint hogy kéznél van az óvszer amikor szükséges van rá (esélyarány = 2,26). Ez a modell pontosan előre jelzete a résztvevők 75%-ának az

2. táblázat. **Az elmúlt 3 hónapban az analis közösülés során védekező, illetve nem védekező férfiak egyváltozós összehasonlítása**

Változó	Kockázati csoport				Statisztika (df)	p =
	Nem védekező (n = 235)		Védekező (n = 75)			
	Középérték (median)	%	Középérték (median	%		
Skála változó						
AIDS-kockázatos magatartás tudás	6,58	7	7,00	7	MW = 7515	0,05
Kockázatos magatartás megváltoztatására irányuló szándék	12,24	13	13,89	15	MW = 4991	<0,001
Attitűd	17,93	18	19,43	19	MW = 6022	<0,001
Kondom és biztonságosabb szex felfogott normák (pervived norms)	10,75	11	11,9	12	MW = 5900	<0,001
Kockázatcsökkentő magabiztosság (self-efficacy)	17,74	18	19,07	19	MW = 5996	<0,001
Szexuális magatartás jellemzői						
Férfipartnerek száma élete során	158,50	20	134,4	30	MW = 6025	0,036
Férfipartnerek száma az elmúlt 3 hónapban	17,74	1	5,17	2	MW = 7227	0,1
Férfipartnerek száma, akikkel behatoló analis közösülése volt az elmúlt 3 hónapban	2,85	1	2,31	1	MW = 7056	0,09
Férfipartnerek száma akikkel befogadó analis közösülése volt az elmúlt 3 hónapban	3,06	1	2,03	1	MW = 5722	0,02
Befogadó analis közösülések száma az elmúlt három hónapban	4,77	1	3,18	1	MW = 6006	0,002
A kondom hozzáférhetősége, jelentősége használatával kapcsolatos tapasztalat						
Nincs elég pénze kondomvásárlásra	10%		0%		$\chi^2 = 7,90$ (1)	0,005
Rendszeresen vásárol kondomot, amikor szüksége van rá	63%		95%		$\chi^2 = 27,40$ (1)	<0,001
Nem szereti a kondomot, nem tartja fontosnak	26%		4%		$\chi^2 = 16,80$ (1)	<0,001
Tudja, hogyan kell használni a kondomot	19%		99%		$\chi^2 = 6,05$ (1)	0,01
Volt valaha HIV-tesztje	71%		83%		$\chi^2 = 3,73$ (1)	0,05
Befejezte a középiskolát vagy a főiskolát	80%		95%		$\chi^2 = 9.35$ (1)	0,002

3. táblázat. **Lépcsőzetes lineáris regressziós modell annak előrejelzésére, hogy az elmúlt 3 hónapban történt-e anális közösülés férfival, és hogy milyen gyakran használtak kondomot az utolsó közösülés során**

Step	Változó	Nem-standardizált koefficiens		Exp (β)	Wald χ^2	df	p =
		β	Std. error				
Modell a védekezés nélküli anális közösülés előrejelzésére az elmúlt 3 hónapban[1]							
1	Kockázatot csökkentő magatartásra irányuló szándék	–0,439	0,106	0,64	17,19	1	0,000
2	Kéznél van a kondom, amikor szükség van rá (1/0)	–1,807	0,571	0,16	10,02	1	0,002
3	Kondom és biztonságos szex attitűd	–0,217	0,071	0,80	9,37	1	0,002
Modell annak előrejelzésére, hogy használtak-e kondomot az utolsó behatoló anális közösülésnél[3]							
1	Kéznél van a kondom, amikor szükség van rá (1/0)	1,21	0,37	3,35	10,88	1	0,001
2	Volt valaha HIV tesztje (1/0)	0,90	0,37	2,45	5,98	1	0,015
3	Kockázatot csökkentő magatartásra irányuló szándék	0,18	0,07	1,20	6,39	1	0,012
4	Alkoholfogyasztás az elmúlt héten	0,89	0,37	2,43	5,90	1	0,015
Modell annak előrejelzésére, hogy használtak-e kondomot az utolsó befogadó anális közösülésnél[3]							
1	Kockázatot csökkentő magatartásra irányuló szándék	0,32	0,07	1,38	20,41	1	0,000
2	Tartós partnerkapcsolatban él (1/0)	–0,76	0,31	0,47	6,07	1	0,014
3	Kondom és biztonságos szex attitűd skála	0,12	0,06	1,13	4,16	1	0,041
4	Kor	–0,05	0,02	0,95	6,73	1	0,010
5	Kéznél van a kondom, amikor szükség van rá (1/0)	0,82	0,35	2,26	5,45	1	0,020

[1] Modell R^2 = 32%; helyesen jelzi előre 77% of participants' risk group; residual χ^2 = 13,9, df = 15, p = 0,53; Hosmer- Lemeshow goodness-of-fit teszt: statisztika = 1,70, df = 8, p = 0,99

[2] Modell R^2 = 20%; helyesen jelzi előre 86% of participants' risk group; residual χ^2 = 15,2, df = 15, p = 0,443; Hosmer- Lemeshow goodness-of-fit teszt: statisztika = 5,80, df = 8, p = 0,67

[3] Modell R^2 = 28%; helyesen jelzi előre 75% of participants' risk group; residual χ^2 = 17,2, df = 14, p = 0,24; Hosmer- Lemeshow goodness-of-fit teszt: statisztika = 10,6, df = 8, p = 0,22

besorolását, hogy használtak-e óvszert az utolsó befogadó analis közösülésnél.

TÖBBVÁLTOZÓS ELEMZÉS ANNAK ELŐREJELZÉSÉRE, HOGY AZ ELMÚLT HÁROM HÓNAP SORÁN AZ ANALIS KÖZÖSÜLÉSEK MILYEN SZÁZALÉKÁBAN HASZNÁLTAK ÓVSZERT A *4. táblázat* annak lineáris-regresszióanalízisnek eredményeit mutatja be, amely előrejelzi, hogy a behatoló, illetve befogadó analis közösülésnél milyen százalékban használtak óvszert. Mindkét regressziós modell statisztikailag szignifikáns volt. Mindegyik modellben ugyanazt az öt változót használtuk, de némileg eltérő sorrendben. Az illesztett modellek az óvszerhasználat 32, illetve 24%-ára adnak magyarázatot. A behatoló, illetve befogadó analis közösülés során történő nagyobb mértékű óvszerhasználatot a kockázatcsökkentési magatartásra való erősebb változási szándék, az óvszerre és a biztonságosabb szexre vonatkozó pozitív attitűd, az állandó kapcsolat hiánya, a szükség esetén rendelkezésre álló óvszer valamint az önmeghatározott, meleg és nem biszexuális szexuális irányultság jelzi előre.

MEGBESZÉLÉS Magyarországon, és több más, közép-kelet-európai országban a homo- és biszexuális férfiaknál fordul elő a HIV-fertőzések túlnyomó többsége, mindazonáltal kevés vizsgálatot végeztek a kockázatot jelentő magatartási szokásokkal, valamint a kockázatot befolyásoló tényezőkkel kapcsolatosan. Éppen ezért hiánypótlónak tekinthető felmérésünk, melynek során reprezentatív, közösségi mintavételi módszert használtunk a férfiak közötti szexuális kapcsolatok HIV-fertőzéssel kapcsolatos kockázatának, és ezen kockázatok meghatározóinak mérésére.

4. táblázat. **Lépcsőzetes (stepwise) lineáris regressziós modell annak előrejelzésére, hogy az elmúlt 3 hónapban milyen gyakran használtak kondomot analis közösülés során**

Step	Változó	Nem standardizált koefficiens		Standardizált koefficiens	t	p =	R^2
		β	Standard error	β			
Modell annak előrejelzésére, hogy milyen gyakran használtak kondomot, amikor a válaszadó volt a behatoló partner							
1	Kockázatot csökkentő magatartásra irányuló szándék	5,42	1,04	0,29	5,20	0,000	17%
2	Kondom és biztonságos szex attitűd	3,86	0,91	0,24	4,26	0,000	23%
3	Tartós párkapcsolatban él (1/0)	–18,75	4,92	–0,20	–3,81	0,000	28%
4	Kéznél van a kondom, amikor szükség van rá(1/0)	20,16	5,63	0,20	3,58	0,000	31%
5	Biszexuálisnak tartja magát (1/0)	–11,82	5,22	–0,12	–2,26	0,024	32%
Modell annak előrejelzésére, hogy milyen gyakran használtak kondomot, amikor a válaszadó volt a behatoló partner							
1	Kockázatcsökkentő magatartási szándék skála	4,52	1,30	0,22	3,49	0,001	10%
2	Biszexuálisnak tartja magát (1/0)	–24,63	6,48	–0,23	–3,80	0,000	15%
3	Kondom és biztonságos szex attitűd	3,27	1,07	0,19	3,06	0,003	19%
4	Tartós párkapcsolatban él (1/0)	–16,29	5,80	–0,17	–2,81	0,005	22%
5	Kéznél van a kondom, amikor szükség van rá (1/0)	17,41	6,90	0,16	2,53	0,012	24%

Vizsgálatunk megállapításai rámutatnak arra, hogy az érintett közösségben igen gyakori a HIV/AIDS kockázatos magatartás. A mintában szereplő férfiak nagy része számolt be a közelmúltra vonatkozóan kockázatos szexuális magatartásról, többek között védekezés nélküli analis közösülésről. A befogadó analis közösülést folytató férfiak között a közösülések csupán 50%-ában használtak óvszert, behatoló aktusnál a férfiak 40%-át védte óvszer. Mindezekből egyértelműen következik, hogy igen nagy szükség van meleg férfiak számára szervezett HIV-megelőző programokra. Olyan területeken, ahol a HIV-fertőzés aránytalan módon koncentrálódik a férfiak közötti szexet gyakorlókra, a kockázatot jelentő viselkedés ilyen aránya a melegek közösségében új megbetegedések előfordulásának folytatódását vetíti előre. A kockázat azonban nem korlátozódik az azonos neműek közötti kapcsolatokra: a melegek férfiak több, mint egynegyedének volt nőpartnere az elmúlt év során. A férfiak közötti szexet gyakorlók alacsonyszintű óvszerhasználata a női partnerekkel való közösülés során kiemelt kockázatot jelent.

A kockázati mutatók széles skáláján keresztül valamint többféle többváltozós megközelítés alkalmazásával egy következetes tényezőhalmaz segítségével előre jelezhető a biztonságosabb és a nem biztonságos magatartást. Ezek közül sok pszichológiai természetű volt, beleértve a kockázatcsökkentési viselkedésre való változási szándék erősségét valamint a biztonságosabb szexre vonatkozó attitűdöt. A pszichológiai tényezők mellett az óvszerhez való hozzájutás és az óvszer hozzáférhetősége igazolódott a biztonságosabb magatartás következetes meghatározójaként. A meleg találkozóhelyeken az óvszerek rendelkezésre állása, forgalmazása és szociális marketingje jelenti a melegek számára tervezett, hatékony HIV megelőzési program sarokpillérét. A kockázatos gyakorlatot folytató férfiak nagy része azt mondta, hogy nem engedheti meg magának az óvszer vásárlását, ezért az óvszer ingyen vagy alacsony költségen való meghatározó fontosságú. A nőkkel viszonyt folytató, magukat biszexuálisnak tartó férfiak kockázata nagyobb. Ennek oka talán az, hogy alábecsülik sebezhetőségüket. A megelőző programoknak ezért olyan hiedelmeket, attitűdöket és kérdéseket kell megcélozniuk, melyek befolyásolhatják ezen férfiak között a kockázat tudomásulvételét. Végül megállapítottuk, hogy a kockázatra vonatkozó meghatározó és mindennapos félreértések is léteznek – így például a síkosítószerek nem megfelelő használata, továbbá az a hiedelem, hogy a partnernek szerológia állapotára vonatkozó kijelentésben meg lehet bízni, valamint az, hogy a HIV-fertőzés megállapítható az illető kinézetéből. A HIV megelőzési programok egyik fontos része kell hogy legyen ezen valamint egyéb félreértéseknek a korrigálása.

A HIV-szeroprevalenciát ebben a mintában nem határoztuk meg. A férfiak csaknem háromnegyede állította, hogy valamikor a múltban volt HIV vizsgálata, de csupán igen kis hányaduk mondta azt, hogy fertőzött. Nem tudjuk azonban, hogy mikor vizsgálták meg őket, és az sem biztos, hogy a HIV-statusra vonatkozó önbevallás az igazságot tükrözi.

Vizsgálatunkat bizonyos tényezők limitálták. Azok a férfiak kerültek be mintába, akik a meleg közösség által kedvelt szórakozóhelyeket látogatták. Azok, akik nem járnak ezekre a helyekre, különbözők lehetnek, így tehát eredményeink alapján nem általánosíthatunk a teljes homo/biszexuális populációra. Mindazonáltal, azon férfiak, akik ezekre a helyekre járnak (gyakran isznak, alkalmi kapcsolatokat létesítenek), olyan csoportot alkotnak, akik kiemelten kockázatos magatartásúnak tekinthetők, ezért igencsak szükségük van HIV/AIDS prevenciós programokra. Bár a kérdőívre adott válaszadási arány magas volt, meg kel említenünk, hogy számos résztvevő az adott időszakra szexuális gyakorlatára vonatkozórészletes kérdésekre nem szívesen válaszolt. Ez bizonyára okozott némi szelekciós hibát: mivel ez korrelációs vizsgálat volt, képesek voltunk arra, vizsgáljuk a statisztikai összefüggést a pszichológiai jellemzők és a kockázatos magatartás között, de ok-okozati összefüggést nem tudtunk determinálni.

Végezetül megjegyezzük, hogy mint a legtöbb HIV/AIDS magatartással foglalkozó vizsgálat, ez is a válaszadók válaszaira hagyatkozott, őszinteségükben bízott.

Elképzelhető, hogy valóságosnál kevesebb stigmatizáltnak tartható viselkedésmintát jelentettek, vagy egyszerűen nem emlékeztek pontosan bizonyos dolgokra. A fentebb említett hibaforrások hatását azzal csökkentettük, hogy névtelen kérdőívet használtunk, és rövid időszak szexuális gyakorlatáról kértünk válaszokat.

Közép-Kelet-Európában jelentős kulturális, szociális változások zajlottak az elmúlt években, mely nemcsak a HIV/AIDS elterjedésére hatott negatívan, hanem számos más népegészségügyi problémát is okozott. Magyarországon a társadalmi és politikai reformok előbb kezdődtek, mint a volt szocialista országokban. Bár az ország gazdasága fejlődik, a makrogazdasági mutatók jók, a népegészségügyi helyzetet jelző számok egyáltalán nem kedvezőek. Ez különösen olyan betegségekre igaz, melyek összefüggésben állnak magatartási faktorokkal, mint pl. a cardiovascularis betegségek, májcirrhosis, tüdőrák. Köztudomású, hogy HIV/AIDS is olyan betegség, mely terjedését magatartással összefüggő tényezők befolyásolják. Mivel ez a betegség régiónk országait, így hazánkat is fenyegeti, az egészség megőrzését elősegítő életvitel népszerűsítése mellett komoly figyelmet kell fordítani mind a HIV vírus terjedésének megakadályozása.

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS A kutatást a következő grantok tettek lehetővé: Center grant P30-MH57226 és grant RO1-MH57631; mindkettőt az 'National Institute of Mental Health (Egyesült Államok) ítélte meg. A D43-TW01028 grant a Fogarty International Center, National Institutes of Health (Egyesült Államok) adománya.

Köszönjük a „Háttér Társaság" felbecsülhetetlen értékű segítségét, melyet elsősorban a vizsgálat előkészítésében és a terepmunkában tapasztalhattuk. Úgyszintén köszönjük a felvételben részt vevő bárok tulajdonosainak és személyzetének közreműködését. Végül, de nem utolsósorban köszönet illeti a kérdőív minden egyes kitöltőjét!

IRODALOM

1. UNAIDS. Fact sheet: HIV/AIDS in the newly independent states. Geneva: UNAIDS, December, 2000.

2. UNAIDS. HIV infection in Eastern Europe. UNAIDS/WHO Joint Program on AIDS, Geneva, 1998.

3. United States Intelligence Council. The global infectious disease threat and its implications for the United States. United States Department of State, Washington, DC, 2000.

4. Kalichman SC, Kelly JA, Sikkema KJ, Kozlov AP, Shaboltas A, Granskaya JV. The emerging AIDS crisis in Russia: Review of enabling factors and prevention needs. Int J STD AIDS 2000; 11:71–75.

5. Kelly JA, Amirkhanian YA. The newest epidemic: a review of HIV/AIDS in Central and Eastern Europe. Manuscript under review, 2001.

6. Epinfo. Budapest, May, 2001.

7. UNAIDS. Report on global AIDS epidemic update. Geneva: June, 2000.

8. Amirkhanian YA, Kelly JA, Kukharsky AA, Borodkina OI, Granskaya JV, Dyatlov RV, McAuliffe TL, Kozlov AP. Predictors of AIDS risk behavior among Russian men who have sex with men: An emerging epidemic. AIDS 2001; 15:407–412.

9. Kelly JA, Amirkhanian YA, McAuliffe TL, Dyatlov RV, Granskaya JV, Borodkina OI, Kukharsky AA, Kozlov AP. HIV risk behavior and risk-related characteristics of young Russian men who have exchange sex for money or valuables from other men. AIDS Educ & Prev 2001; 13:175–188.

10. Kelly JA, Amirkhanian YA, McAuliffe TL, Granskaya JV, Borodkina OI, Dyatlov RV, Kukharsky AA, Kozlov AP. HIV risk characteristics and prevention needs in a community sample of bisexual men in St. Petersburg, Russia. AIDS Care, in press

11. Tóth L. Magyar melegek az AIDS korában. Egy felmérés eredményei. Egészségnevelés 1996; 37:22–30.

12. Csépe P, Tóth L. Evaluation report of the Swiss-Hungarian AIDS Prevention Effort. Semmelweis University Department of Public Health. Budapest, Hungary: 1996.

13. Fishbein M, Ajzen I. Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research. Reading, MA: Addison Wesley, 1975.

14. Bandura A. Social foundation of thoughts and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs, NJ. Prentice Hall, 1986.

15. Catania JA, Kegeles SM, Coates TJ. Towards an understanding of risk behavior: An AIDS risk reduction model (ARRM). Health Educ Quarterly 1990; 17:53–72.

16. Fisher JA, Fisher WA. Changing AIDS risk behavior. Psychol Bull 1992; 111:455–474.

17. Kelly JA. Changing HIV risk behavior: Practical strategies. New York: Guilford Press, 1995.

18. Mendoza EM, Henderson, BJ. Hungary: a health system in transition. Physician Executive 1996; 22:29–33.

19. Bobak M, Pikhart H, Rose R, Hertzman C, Marmot M. Socioeconomic factors, material inequalities, and perceived control in self-rated health: cross-sectional data from seven post-communist countries. Soc Sci Med 2000; 51:1343–1350.

20. Vargáné HP, Ádány R. Kardiovaszkuláris betegségek okozta korai halálozás Magyarországon és az Európai Unióban, 1970–1997, Orvosi Hetilap 2000; 141:601–607.

Papillomatosis coronae glandis

Papillomatosis coronae glandis

Berecz Margit dr., Horváth Attila dr.
Országos Bőr-Nemikórtani Intézet , Budapest

Levelezési cím: Dr. Berecz Margit
Országos Bőr-Nemikórtani Intézet
1085 Budapest, Mária u. 41. Tel.: (36 1) 266 0465 Fax: (36 1) 267 6974

ÖSSZEFOGLALÁS Ártalmatlan, gyakorlatilag kozmetológiai jelentőségű angiofibroma, mely differenciáldiagnosztikai problémát okozhat. Leggyakrabban condyloma acuminatummal tévesztik össze, bár sajátosságai ettől jól elkülönítik: méretben és formában szabályos, nem változik (2).

Nagyon fontos a felvilágosítás, megnyugtatás. Előfordul, hogy betegnek stigmatizáltság érzése van, partnerét is zavarja, ez esetben a kezelés mérlegelendő.

Kulcsszavak: **papillomatosis coronae glandis, pearly penile papules**

SUMMARY Papillomatosis coronae glandis (pcg) is a harmless angiofibroma with only esthetic significance, but it can cause diagnostic difficulties. Most frequently it is mistaken for condyloma, however there are important differences:pcg has a regular shape and size and does not change over time. Approriate counselling is the first priority. Occasionally the patients feel stigmatized, the conditions disturbs the sexual partner. In these instances treatment can be considered.

Key-words: **papillomatosis coronae glandis, pearly penile papules**

A papillomatosis coronae glandisnak megfelelő klinikai képet már több, mint 300 éve leírták. Az irodalomban használatos szinonímák – hirsuties papillaris penis, hirsutoid penis papilloma, pearly penile papules – a klinikai jellemzőkre utalnak *(1. ábra)*.

ETIOLÓGIA Kóreredete nem ismert. Egyes szerzők (3) traumával hozzák összefüggésbe. Nem ritka, hogy tévesen, HPV-fertőzésként diagnosztizálják és kezelik (1, 2, 4, 7, 8). PCR-vizsgálat ezt nem igazolta, de a szöveti kép sem utal HPV-fertőzésre (6).

KLINIKAI TÜNETEK Félgömb alakú, gyöngyszerű, máskor filiformis, közepesen tömött papulák, melyek a corona glandis felső szélén, vagy a sulcus coronariusba átmenetnél helyezkednek el. Számuk rendszerint több, ritkán egy vagy kevés. Lineárisan, szabályosan, egyenletesen, egy vagy több sorba rendeződve, körkörösen, „koronaszerűen" vagy részlegesen veszik körül a glansot. A frenulumot szabadon hagyjál, az is nagyon ritka, hogy csak a frenulum mellett helyezkednek el, és a corona penist nem érintik (8). Pár esetet leírtak csak a glans penisre és a fitymára lokalizáltan is (7).

Betegenként jellemzőjük az egyformaság, szabályosság, és hogy állandóak, nem változnak. Színük lehet fehér, bőrszínű, livid, sárgás, esetleg transzparens. Méretük általában 1–3 mm, ritkán nagyobb (2). Nem ulcerálódik, nem malignizálódik, felülfertőződésre sem hajlamos.

MEGJELENÉSI IDŐ Minden életkorban megjelenhet, legjellemzőbb 20 és 50 év között. Általában a pubertást követően kezdődik, gyakori, hogy erre nem is emlékeznek a betegek. A papillomák száma változó, általában 20–30 (1,4, 5, 8).

GYAKORISÁG Fiatal felnőtteken a leggyakoribb, 40 éves kor felett kevésbé fordul elő (1, 4). Gyakoriságát 8%, 19% és 30% közé teszik (1, 4). Gyermekkorban ritka és kisebb számú, esetleg solitaer.

Egyes szerzők szerint körülmetélteknél ritkább, mások ezt nem erősítették meg. Ellentmondóak a vélemények a szexuális aktivitással, bőrszínnel való összefüggést illetően is (1, 4).

Nemcsak embernél, tengerimalacoknál, macskáknál, kutyáknál, lovaknál, majmoknál is megtalálható (8).

HISZTOLÓGIA Szerkezete alapján az acralis angiofibromák közé sorolják. A szöveti kép angiofibromához hasonló, fibrosus, angiomatosus proliferatio. Jellemző a papillaris dermis hyperplasiája, perivascularis és perifollicularis fibrosis, érszaporulat és proliferatio (3). Mirigyes szerkezet nincs benne (2, 3).

KEZELÉS Nem feltétlenül igényel kezelést (2). A podophyllin hatástalan (2). CO_2-laeser-kezeléstől (11), valamint cryotherapiától (12) írtak le kozmetikailag is jó eredményt (4).

1. ábra. **Papillomatosis coronae glandis**

IRODALOM

1. Gliksman JM, Freeman RG Pearly penile papules. A satistical study of incidence. Arch Dermatol 1966; 93:56-59.

2. Hyman AB, Brownstein MH. Tyson's „Glands" Arch Dermatol 1969; 99:31-36.

3. Ackerman AB, Kornberg R. Pearly Penile papules Arch Dermatol 1973; 108:673-675.

4. Rehbein HM. Pearly penile papules: Incidence Cutis 1977; 19:54-57.

5. Rufli T, Eichenberger P, Heer K. Papillomatosis coronae glandis .Frequency of occurence and clinical picture. Jschweiz Med Wschr 1978; 108:229-231.

6. Ferenczy A, Richart RM, Wright TC Pearly penile papules: absence of human papillomavirus DNA by the polymerase chain reaction. Obstetrics and Gynecology 1991; 78:118-22.

7. O'Neil, C A, Hansen, RC Pearly Penile papules on the shaft. Arch Dermatol 1995; 131:491-492.

8. Oates JK. Pearly penile papules. Genitourin Med 1997; 73: 137-138.

9. Weedon D. Skin Pathology. Churchill Livingstone, 1997; 760-762.

10. Neri, Bardazzi F, et al. Ectopic pearly penile papules: a pediatric case Genitourin Med 1997; 73:136.

11. Sonnex C, Dockerty WG Pearly penile papules: a common cause of concern. Int J of STD AIDS 1999; 10:726-727.

12. Porter WM, Bubker CB Treatment of pearly penile papules with cryotherapy. Br J of Dermatology 2000; 142:812-851.

Válogatás a külföldi szakfolyóiratokból

HSV-2 ellenes antitestek magas prevalenciája középkorú mexikóvárosi nők körében

Lazcano-Ponce E, Smith JS, Munoz N, Conde-Glez CJ, Juarez-Figueroa L, Cruz A, Hernandez M.

Sexually Transmitted Disease
2001; 28(S): 270-276.

A II-es típusú Herpes Simplex Virus (HSV-2) sok közösségben endémiás, előfordulása folyamatos növekedést mutat (1,2) és sok országban a genitáliák herpeszes fekélyeinek legfőbb okozója. (3) A fel nem ismert és tünetmentes fertőzöttek vírusürítése a folyamatos átvitel fő oka (4, 5) A HSV-2 fertőzés fájdalmas laesiókat okoz (6), ugyan ritkán, de neonatális fertőzéshez vezethet (7), illetve sejtések szerint a HIV fertőzés rizikóját is növeli. (8)

Valószínűleg az anatómiai viszonyok miatti nagyobb fogékonyság következtében a HSV-2 ellenes antitestek prevalenciája magasabb nők esetében (2), főleg a szexuális attitűdjük miatt veszélyeztetett populációkban (79–96%). (9-12). Az epidemiológiai vizsgálatok szerint a szeroprevalencia a negyedik évtizedben tetőzik (1, 2, 13), ami alátámasztja, hogy a HSV-2 antitestek jelenléte a kumulatív expozíciót jelzi.

Az ipari országokban az elmúlt két évtizedben a HSV-2 szeropozitívak aránya mintegy 30%-kal növekedett (1, 2). Az Egyesült Államok felnőtt lakossága között mintegy 20% (2), a női szexmunkások között világszerte 60–90% között van (1, 11, 14). Ugyanakkor a kevésbé fejlett országokról kevés adattal rendelkezünk. A szerzők mexikóvárosi nők körében tanulmányozták a HSV-2 szeroprevalenciát és a lehetséges rizikófaktorokat.

Vizsgálatuk során 730 véletlenszerűen kiválasztott, 15 és 82 év közötti mexikóvárosi nőt vontak be a vizsgálatba. Az életkor-összetétel egyezett a méhnyakrák mexikóvárosi rákregiszter szerinti eloszlásával (15).

A szociodemográfiai, szexuális szokásokra, nőgyógyászati kórtörténetre vonatkozó, a rizikófaktorokat felderítő kikérdezést követően savómintát vettek, amelyet típusspecifikus immunoblot-vizsgálattal teszteltek. A felhasznált antigént – a Centers for Disease Control and Prevention (CDC) által javasolt metodika szerint – rekombináns baculovírus által fertőzött, gG-2 gént expresszáló Sf-9 rovarsejtekben termeltették (11, 14, 16, 17). Az 50 év alatti és feletti kategóriában külön-külön vizsgálták a HSV-2 antitest pozitivitást, illetve annak összefüggését a speciális rizikófaktorokkal.

A 730 vizsgált nő átlagéletkora 46 év volt, 70,4%-uk élt házasságban, 74,5%-uk 6 évnél kevesebbet járt iskolába, 82,6%-uknak élete során csak 1 szexuális partnere volt. Átlagosan 19 évesen vesztették el szüzességüket, 97,4%-uk volt már terhes és átlagosan 4 gyermekük volt. 16,8% élt jobb gazdasági-szociális körülmények között, 19,9% dohányzott, 23,6% használt oralis fogamzásgátlót és 3,8% gumióvszert.

A HSV-2 szeroprevalenciája összességében 29,8% volt, ami az életkorral növekedett. A 60 éves vagy annál idősebb nők (45%) több, mint 4-szer olyan nagy valószínűséggel voltak HSV-2-pozitívak, mint a 30 évnél fiatalabbak (10,3%). Az 50-és 59 év közöttiek és a 40 év alattiak közt is 4-szeres volt a különbség, a 60 év fölötti életkor 5-szörös rizikót jelentett. Ez a tendencia statisztikailag is szignifikáns volt.

A szociodemográfiai rizikófaktorok elemzésekor a következőkre derült fény. Az 50 év alatti korcsoportban az élettársi kapcsolatban élők HSV-2-rizikója magasabb volt a házasságban élőkénél. Sem a képzettség, sem a szocioökonómiai status nem volt összefüggésben az emelkedett HSV-2-rizikóval. A 49 évesnél fiatalabbak közt az anamnézisben szereplő dohányzás 90%-os rizikónövekedést jelentett a soha nem dohányzókhoz képest. Ez nem volt érvényes az idősebb korosztályokra.

A HSV-2 antitest prevalenciája nem mutatott összefüggést az első közösülés időpontjával, sem az élve szülések számával. Ugyanakkor az első terhességük előtt 2 vagy több nemi partnerrel kapcsolatot teremtő nők rizikója emelkedett volt. Ez is csak a 49 évnél fiatalabbakra volt érvényes. Az eddigi szexuális partnerek száma mind a vizsgáltak összességét, mind a korcsoportokat nézve összefüggést mutatott a HSV-2 fertőzéssel, éppúgy, mint a hüvelyzuhanyozás szokása is (a 49 évnél fiatalabbak között). A fogamzásgátlás, illetve annak módja nem befolyásolta a HSV-2 fertőzés rizikóját.

Az mexikói populációra kivetítve a kalkulált prevalencia 35,8% volt.

Összefoglalva tehát, a vizsgált nők 29,8%-a volt HSV-2 specifikus antitestekre pozitív. A korábbi tanulmányok nagy szórást mutattak a vizsgált terület, populáció, illetve a használt metodika különbözősége miatt (19-21). A kevés latin-amerikai vizsgálat közül Costa Ricában a 41 éves átlagéletkorú nők 39,4% volt pozitív, ami hasonló az mexikóvárosi, az egész populációra számolt 35,8%-kal. (22) Az USA-ban élő mexikóiak között a prevalencia 25,7% volt (2), ugyanakkor a 40 és 49 év közötti nőket tekintve ők is 33%-os értéket találtak. A jelenlegi tanulmány szerint a HSV-2-pozitivitás 50–59 év között tetőzik, míg az említett másik két vizsgálat ezt kb. 10 évvel korábbra teszi.

Mexikóvárosban a HSV-2-szeropozitivitás figyelemreméltóan magas volt annak ellenére, hogy a nők többsége monogám életet élt. Mivel ezek az antitestek az élet végéig

perzisztálnak, így az adatok az élet során létrejött expozíciókat tükrözik, és jelzik az egész populáció magas átfertőzöttségét. Más nem endémiás területeken a hasonló alacsony rizikójú csoportok szeroprevalenciája alacsony (23, 24).

A fertőzés közvetítője lehet akár egy tünetmentes partner, aki évekkel korábban fertőződött meg. Ezért az átvitel veszélye még monogám kapcsolatokban is magas. A férfi partner magas rizikójú szexuális viselkedése is hozzájárulhat az idősebb, monogámiában élő nők jelen tanulmányban talált magas HSV-2-prevalenciájához.

A rizikófaktorok tehát a következők voltak: magasabb életkor, szexuális partnerek nagyobb száma, élettársi kapcsolat (bár a partnerek száma ezek között sem volt magasabb), valamint a hüvelyzuhany (ami lehet, hogy nem önmagában rizikófaktor, hanem inkább következménye a genitalis herpesfertőzésnek, és amúgy is bizonyítottan az STD-ben szenvedők élnek vele gyakrabban (29, 30)). A HSV-2-prevalencia szempontjából a 2 vagy több eddigi szexuális partner jelentette emelkedett rizikót más tanulmányok is alátámasztják (26-28).

A kondom használata és a HSV-2-pozitivitás között nem volt szignifikáns összefüggés, ugyanakkor az óvszert használók között a szeroprevalencia alacsonyabb volt (9, 17), mint a nem használók között (8, 29). Korábbi tanulmányok bizonyították a kondom protektív hatását (32).

Váratlan eredmény a dohányzás és a HSV-2 fertőzöttség közti összefüggés a 49 évesnél fiatalabb csoportban. Ez viselkedési tényezők által teremtett kapcsolódás mit lehet, illetve – igaz HIV-pozitívak között – beszámoltak már a dohányzás immunsupressiv hatásáról is (33).

Összefoglalva, a HSV-2 szeroprevalencia endémikusan magas a mexikóvárosi középkorú nők között és világosan korrelál a magas rizikójú szexuális viselkedéssel. A genitalis herpeszre jellemző a tünetmentes hordozói állapot, amely miatt felfedezetlen marad a fertőzés és így kezelésre sem kerül sor. Ezért a fel nem ismert vírusfertőzéseknek tudható be a mért magas prevalencia. Az esetleges védőoltások és az antivirális kezelés kiegészítéseképpen erősíteni kell a megelőző tevékenységet és hozzáférhetővé tenni a fertőzésre vonatkozó ismeretanyagot. Ezenkívül meg kell teremteni a betegség felfedését és kezelését lehetővé tevő hátteret.

IRODALOM

1. Nahmias AJ, et al. Scand J Infect Dis Suppl 1990; 69:19-36.
2. Fleming D, et al. N Engl J Med 1997; 337:1105-1111.
3. Tao G, et al. Sex Transm Dis 2000; 27:32-38.
4. Langenberg AG, et al. N Engl J Med 1999; 341:1432-1438.
5. Bryson Y, et al. J Infect Dis 1993; 167:942-946.
6. Corey L, et al. JAMA 2000; 283:791-794.
7. Gutierrez KM, et al. J Infect Dis 1999; 180:199-202.
8. Keet IP, et al. Genitourin Med 1990; 66:330-333.
9. Limpakarnjanarat K, et al. Sex Transm Infect 1999; 75: 30-35.
10. Brugha R, et al. Int J Epidemiol 1997; 26: 698-709.
11. Uribe F, et al. Int J STD AIDS 1999; 10: 105-111.
12. Fullilove RE, et al. JAMA 1990; 263: 851-855.
13. Johnson R, et al. N Engl J Med 1989; 321: 7-12.
14. Conde-Glez CJ, et al. Int J Epidemol 1999; 28:571-576.
15. Hernandez-Avila M, et al. Int J Epidemiol 1998; 27: 370-376.
16. Sanchez Martinez D, et al. Virology 1991; 182: 229-238.
17. Sanchez Martinez D, et al. J Infect Dis 1991; 164: 1196-1199.
18. Horvitz DG, et al. J Am Stat Assoc 1952; 47: 663-685.
19. Coyle PV, et al. J Virol Methods 1999; 83:75-82.
20. Madhavan HN, et al. J Clin Virol 1999; 14:145-151.
21. Espy MJ, et al. J Clin Microbiol 2000; 38:795-799.
22. Oberle M, et al. Am J Trop Med Hyg 1989; 41:224-229.
23. Garcia-Crbeira P, et al. J Med Virol 1999; 59: 194-197.
24. Hashido M, et al. Epidemiol Infect 1998; 120: 179-186.
25. Smith J, et al. (abs 30)13th meeting of the Intrn. Soc. for STD Research 1999 Denver, Colorado: 38
26. Lewis LM, et al. J Natl Med Assoc 1999; 91: 210-212.
27. Wald A , et al. Sex Transm Dis 1997; 24: 149-155.
28. Cowan FM, et al. BMJ 1994; 309: 1325-1329.
29. La Ruche G, et al. Sex Transm Dis 1999; 26: 191-196.
30. Scholes D, et al. Obstet Gynecol 1998; 91: 993-997.
31. Eberhart-Phillips J, et al. Sex Transm Infect 1998; 74: 216-218.
32. Conant MA, et al. Sex Transm Dis 1984; 11: 94-95.
33. Royce RA, et al. AIDS 1990; 4: 327-333.

Referálta: Szakonyi József dr.,
Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar,
Bőr- és Nemikórtani Klinika

Epstein–Barr-vírus DNS detektálása svéd nők cervicalis váladékában Real-Time PCR-ral

Malin Enbom, et al.

Sexually Transmitted Disases
2001; 28(5):300-306.

Mind az Epstein–Barr-vírus (EBV), mind a human herpesvírus 8 (HHV-8) a gamma-herpesvírusok családjába tartoznak. Mindkét vírus B-lymphotropic vírus. A HHV-8-at a Kaposi-sarcoma minden fajtájában izolálták és összefüggésbe hozták a Castelman-betegséggel.

Az EBV szeroprevalenciája a felnőtt populáció 95%-ban megtalálható. A vírus nyál útján terjed, de feltehető szexuális úton történő terjedése is, mert a férfi, illetve női genitalis traktusban detektáltak virális DNS-szekvenciákat. Ez a tanulmány a svéd nők genitalis traktusában vizsgálta az EBV és HHV-8 előfordulását.

112 nőt vizsgáltak a svéd Uppsalai Klinikán. Az átlagos életkor 24 év volt (18–49). Egyik sem volt HIV pozitív. Mindegyiktől szérumot, vért, cervicalis váladékot vettek. A teljes vért perifériás mononuclearis sejt (PMBC) és granulocytafrakciókra választották szét. A HHV-8 szerológiát immunfluoreszcens assay módszerrel és lyticus HHV-8 antigénnel végezték. Herpes simplex vírus 2-t (HSV-2) is vizsgálták a genitalis traktusban, az antitestet ELISA-módszerrel. Az EBV virális capsid antigén (VCA) elleni antitestjeit és a korai antigéneket immunfluoreszcenciával (IF) detektálták, az EBV nukleáris protein-1 ellen termelt IgG-t ELISA-val (antigénként p107 protein egy szintetikus peptidjét használták).

Real-time-PCR-t használtak az EB, HHV-8 és HSV-2 DNS detektálására.

Az eredmények: a 112 nő 2,7%-ánál találtak a HHV-8 latens antigénjei ellen termelt antitestet, antilyticus antitestet 27 nőnél detektáltak. Az átlagos titer 20 (range, 20–40) volt az antilatens antitesteknél, 80 (range, 20–1280) az antilyticus antitesteknél. Nem volt összefüggés a szexuális partnerek száma és a HHV-8 szerostatus között.

HSV-2 elleni IgG a 112 nő 12%-nál volt. A HSV-2-szeropozitív csoport szignifikánsan idősebb volt HSV-szeronegatív társainál. Itt sem volt kapcsolat a szexuális partnerek száma és a HSV-2-szerostatus között.

A 112 nő 98%-ánál találtak EBV VCA elleni antitesteket, és EBNA peptid P107 elleni antitesteket a nők 96%-nál. Az átlagos titer 1,280 volt (range, 0–10,240) a VCA ellenes antitesteknél, az átlagos OD érték az ELISA-nál 1,0 volt (range, 0,12–1,4) A nők 16%-nál detektálták az EBV EA elleni antitestet, átlag titer 80 volt (20–640 között). Anti-EA antitest sokkal gyakoribb volt azoknál akiknek a cervicalis váladékában EBV DNS-t találtak, szemben azokkal, akiknél ez nem volt detektálható. Az EBV VCA ellenes antitest vagy a p 107 és a cervicalis váladékban detektált EBV DNS között szoros korreláció nem volt.

Mind a PMBC, mind a cervicalis váladék nested HHV-8 PCR-ral negatív volt. 112 cervicalis váladékból 10 esetben detektáltak EBV DNS-t PCR-ral. Ezeknek a betegeknek nyilvánvaló tüneteik nem voltak. A 13 HSV-2 szeropozitív esetből 2-nél találtak PCR-ral HSV-2 DNS-t.

Nem volt szignifikáns összefüggés a HSV-2 antitestek és HHV-8 antitestek között. A 10 EBV DNS + nők 60%-nál detektálták a szérumaikban a HHV-8 ellenes antitesteket. Olyan beteg nem volt, akinek a váladékában mind az EBV-t, mind a HSV-2 DNS-t detektálták volna

A cervicalis váladékban előforduló EBV arra utal, hogy a vírus szexuális úton is terjed. Bár számos összefüggés van a humán neoplasmák és EBV között, az ezidáig nem volt ismeretes , hogy a cervicalis váladékban előforduló EBV okozna bármiféle betegséget. Bár néhányan felvetették a cervicalis tumor pathogenesis és EBV összefüggését, nem minden tanulmány erősíti ezt a nézetet.

Azoknak a nőknek a 60%-nál, akiknél EBV DNA-t találtak a cervix váladékban, HHV-8-t is találtak a szérumban. Több tanulmány szerint szerológiai keresztreakció a 2 vírus között kizárt. Lehetséges, hogy együttesen komoly rizikófaktorként szerepelhetnek.

HHV-8 szexuális terjedésére bizonyítékot nem talált ez a tanulmány. Viszont az eredmények arra utalnak, hogy az EBV szexuális úton is terjed, és elképzelhető, hogy szerepe lehet genitalis betegségek kialakulásában. Továbbiakban hasznos lehet real-time PCR használata a különböző herpesvírusok szerepének meghatározásához az emberi betegségekben.

Referálta: Kaszás Annamária dr.,
Országos Bőr-Nemikórtani Intézet

A bakteriális vaginosis szövődményinek megelőzése

Emilia H. Koumans, Juliette S. Kendrick

Sexually Transmitted Disases
2001; 28(5)292-297.

A bakteriális vaginosisnak kevésbé ismert az etiológiája. Normális körülmények között a vaginában a baktériumok 95%-a lactobacillus. Bakteriális vaginosisban (BV) a lactobacillusok hiányoznak vagy nagy mértékben csökken a számuk, más baktériumok száma (*Gardnerella vaginalis, Uraeplasma urealyticum, Mycoplasma hominis* és más anaerobok) nő. Bakteriális vaginosisban a váladék bűzös, a vaginalis folyadék pH-ja emelkedett. A bakteriális vaginosis szövődményei közé tartozik: chorioamnionitis, amnion folyadék infectiója, koraszülés, császármetszés után endometritis, szülés utáni komplikációk a csecsemőknél. Baktériumokat találtak a felső genitalis traktusban nem terhes nőknél, ahol endometritist, nem chlamydiás, nem gonococcalis eredetű kismedencei gyulladást okozott. Bakteriális vaginosis segíti feltehetőleg a HIV-vel való fertőződést és terjesztését is.

A fekete nőknél, ismeretlen okokból 3-szor gyakoribb a bakteriális vaginosis fertőzés, mint fehér társaiknál.

Mivel nem ismert az etiológiája a BV-nek, nehéz a primer és szekunder prevenció. Az 1999 márciusában a Centers for

Disease Control and Prevention (CDC) által megrendezett konferencia résztvevői egyetértenek abban, hogy egyértelmű az összefüggés a bakteriális vaginosis és a koraszülés között. A mikrobák cervix, uterus, vagina gyulladását okozhatják, melyek hozzájárulnak a koraszüléshez. Három tanulmány közli, hogy a bakteriális vaginosis kezelése csökkenti a koraszülés és főként az első trimesterben az elvetélés kockázatát a magas rizikójú nőkben. Ebből 2 tanulmány hosszabb, 1 hetes kezelést, egy study 2 napos kezelést ajánl. A legfontosabb a bakteriális vaginosis terhesség előtti vagy koraterhességben való monitorozása és megfelelő kezelése. A CDC találkozó résztvevői megegyeznek abban, hogy mind a hüvelyi, mind a császáros szülés előtt fontos a bakteriális vaginosis kezelése, így megelőzhetjük a szülés utáni szövődményeket.

A nőgyógyászati beavatkozások (hysterectomia, abortus) utáni fertőzés eredetű szövődményeket 2 módon lehet csökkenteni:

- 1. vizsgáljuk a nőket a beavatkozás és szülés előtt, s ha van bakteriális vaginosis, akkor kezelni kell;
- 2. profilaktikus kezelés empirikusan, melyek hatnak a bakteriális vaginosis kórokozóira is.

A bakteriális vaginosisban szenvedő nőknél valószínűbb a HIV előfordulása is. Prospektív tanulmány igazolja, hogy a bakteriális vaginosis, illetve a lactobacillusok hiánya megkönnyíti a nemi betegségek terjedését, és a HIV szerokonverziójának rizikóját növeli. In vitro tanulmányok igazolják, hogy a H_2O_2-t termelő lactobacillusok gátolják a HIV-et, míg a bakteriális vaginosis baktériumok aktiválják. Számos tanulmány azt mutatja, hogy a bakteriális vaginosis kezelése nem csökkenti a HIV-infectiót.

A magas rizikófaktorba tartozó terhes nőket csak figyelni kell, ha a bakteriális vaginosis tünetei nincsenek jelen, ha igen, feltétlen kezelni kell: 7 napig 250 mg metronidazole 3/nap. Másik lehetőség 2 g metronidazole oralisan egyszeri dózisban, vagy clindamycin 300 mg szájon át 2/nap 1 hétig.

Mivel a bakteriális vaginosis etiológiája ismeretlen, további kutatások szükségesek, különösen a bakteriális vaginosis prevenciója területén. Fontos, mert így számos bakteriális vaginosis okozta szövődményeket el tudunk kerülni.

Referálta: Kaszás Annamária dr.,
Országos Bőr-Nemikórtani Intézet

A korai syphilis HIV-status és nem szerinti klinikai manifesztációi

Syphilis és HIV tanulmány eredményei

Anne M. Rompalo, M. Riduan Joesoef, Judith A. O'Donnell, Michael Augenbraun, William Brady, Justin D. Radolf, Robert Johnson, Robert T. Rolfs, for the Syphilis and HIV Study Group

Sexually Transmitted Disease, 2001; 28(3)158-165.

A HIV-fertőzöttek körében megfigyelhető szokatlan klinikai leletek és terápiás válaszok ellenére a syphilist, mint a HIV-fertőzés progresszióját okozó súlyos opportunista infectiót az eddigiekben nem vették figyelembe.

A tanulmány célja, hogy leírja a megjelenést és a terápiás választ érintő különbségeket a HIV-vel fertőzött és nem fertőzött betegek között, illetve nem és központi idegrendszeri érintettség tekintetében is.

Prospektív, multicentrikus, randomizált, kontrollált vizsgálatot végeztek a standard és a megemelt terápia összehasonlítására, illetve a megerősített terápia hasznának, a központi idegrendszeri érintettség fontosságának, a korai syphilis klinikai tüneteinek HIV-fertőzöttek és nem fertőzöttek közötti vizsgálatára.

A vizsgálat eredményeként megállapították, hogy a fekélyek számának átlaga szignifikánsan nagyobb volt a HIV-fertőzöttek között. Azoknál a betegeknél, akiknél szekunder syphilist állapítottak meg, a HIV-fertőzöttek között nagyobb arányban (13/53, 25%) volt jelen genitalis ulcus, mint a HIV-vel nem fertőzöttek között (27/200, 14%). A syphilis egyéb, szekunder manifesztációt illetően nem találtak különbséget a két csoportban. Bár a nők gyakrabban jelentkeztek szekunder syphilis tüneteivel, mint a férfiak, a klinikai manifesztációkban más nem szerinti eltérést nem észleltek. A szekunder syphilisben szenvedő betegeknél neurológiai komplikációt gyakrabban észleltek (103/248, 42%), mint primer syphilisnél (32/136, 24%) és korai latens syphilisnél (48/142, 34%), de a HIV-status és liquor eltérések szerint nem volt különbség a neurológiai komplikációkat illetően. A 6 hónap utáni szerológiai pozitivitásoknál sem találtak szignifikáns összefüggést a neurológiai tünetekkel.

Összességében a szerzők megállapítják, hogy a HIV-infectio kis hatással bír a primer és szekunder syphilis klinikai manifesztációira. A HIV-vel nem fertőzöttek és a fertőzöttek összehasonlítása alapján, a fertőzötteknél primer syphilis esetén nagyobb valószínűséggel alakul ki multiplex ulcus, illetve szekunder syphilisban a HIV-fertőzötteknél gyakrabban észlelhető genitalis ulceratio.

A korábbi irodalomban jól leírták a syphilis átfedő stádiumait (1, 2), de ebben a tanulmányban nehéz mghatározni,

hogy HIV-fertőzöttek eseten a betegség progressziója gyorsabb a második stádiumba, vagy a primer sánker gyógyul lassabban, mint a HIV-negatívoknál. A fekélyek fennállásának időtartama hasonló, ugyanúgy a syphilis második stádiuma is a HIV-statustól függetlenül alakul ki. A HIV-fertőzöttek körében a syphilis szokatlan megjelenési formáival foglalkozó közleményekkel (3-7) szemben, ez a tanulmány a HIV minimális hatását mutatja csak. A korábbi esetleírások ugyanis főleg hospitalisatiót és agresszív kezelést igénylő betegekkel foglalkoztak, míg az ebbe a vizsgálatban bevont páciensek ambuláns betegek voltak, így az itt levont következtetések jobban kiterjeszthetők a korai syphilist akviráló betegek többségére.

A HIV-fertőzöttek körében gyakoribb syphilis befolyással van az orvosi vizitek kérésének okára is a HIV-fertőzött és nem fertőzött csoportban. A HIV-fertőzötteknél könnyebben identifikálható szimptómák észlelhetők, és több ellenőrzésre van szükségük a múltbeli tapasztalatok alapján. A HIV-fertőzötteknél a betegség klinikailag valamivel súlyosabb volt, és mint korábban leírták (8), a terápia hatására észlelt titercsökkenés is kisebb volt náluk. Ennek magyarázata lehet a fertőzést kontrolláló T-sejt mediált immunválasz hiánya vagy suppressiója, melyet nyúl in vitro modellel mutattak ki. Szerzők nem tudták vizsgálni az alacsony CD4 sejtszám hatását a klinikai állapotra a minták alacsony száma miatt. Csak 80 HIV-pozitív betegről rendelkeztek CD4 sejtszámról információval, ezek közül a primer syphilisben szenvedőknél csak 15-ről. Ezek közül 6 (40%) CD4 értéke volt 14% alatt. 44 beteg volt HIV-pozitív szekunder syphilis tüneteivel, akikről rendelkezésre állt CD4 sejtszám is, 14 beteg (34%) CD4 értéke volt 14% alatt.

Másrészt úgy tűnik, hogy a HIV-fertőzésnek nincs lényeges hatása a szekunder syphilis klinikai manifesztációira. A bőrtünetek eloszlása és karaktere hasonló volt minden betegben, tekintet nélkül a HIV-statusra. A palmoplantaris lokalizációjú tünetek gyakoribbak voltak nőkben, szekunder syphilis és kísérő genitalis ulcus nagyobb valószínűséggel alakult ki férfipartnerrel rendelkező nők és férfiak körében, mint heteroszexuális férfiaknál. Másrészt a nem nem befolyásolja a klinikai tüneteket a primer és szekunder esetek között. Korábban a nők immunitását a syphilisszel szemben nagyobbnak gondolták, mint férfiakban, és ezt a lymphocytaszám, illetve hormonális tényezők protektív hatásával magyarázták, tekintve, hogy az autopsiás leletek alapján az ovariumok ellenálló képessége a herénél jóval nagyobb a fertőzéssel szemben. Újabb vizsgálatok szerint, a HIV-negatív nők gyakrabban jelentkeznek szekunder syphilis, és ritkábban primer syphilis tüneteivel, mint a férfiak. Ennek alapja az, hogy a primer affekció nem vehető olyan könnyen észre nőkben, mint férfiakban, mivelaz elváltozás fájdalmatlan, és lokalizációja is nehezíti ezt, ha pl. a cervixen van. Hasonlóan, a rectalis sánker is könnyen félrediagnosztizált, vagy nem felismert lehet férfiakban, akiknéla fertőzés itt történik, ellentétben a penisen kialakulóval. Bár az ebben a vizsgálatban részt vevő homoszexuális férfiak 41%-ánál volt receptív analis közösülés, a nőknél mégis gyakoribb a szekunder syphilis, mint homoszexuális férfiaknál. A szerzők nem karakterizálták a különbséget a bőrtünetek súlyossága és megjelenési formása (maculosus, papulosus, pustulosus), a korábbi eredményekkel, illetve a nem szerinti különbségekkel kapcsolatosan több adatra lenne szükség.

A vizsgálat kohorszban nem voltak gyakoriak a súlyos neurológiai szimptómák, bár enyhe neurológiai tüneteket gyakran leírtak, ezek egyike sem mutatott összefüggést a kezelés szerológiai eredménytelenségével.

A HIV-fertőzött és nem fertőzött betegek demográfiai jellemzői hasonlóak voltak. Mint sok más nemi úton terjedő betegségnél is, a syphilises nők általában fiatalabbak a férfiaknál, függetlenül a HIV-statustól. A HIV-fertőzöttek nagyobb arányánál volt kimutatható magas rizikójú magatartásforma. Bár a HIV-fertőzöttek többsége (80%) tudott betegségéről, a fertőzöttek nagyobb százalékánál volt igazolható aktuálisan magas rizikójú magatartásforma, mint a nem fertőzötteknél. Ezek az adatok azt jelzik, hogy a HIV-fertőzött syphilises betegek a HIV-infectio fontos transzmitterei lehetnek a genitalis ulcus biológiai sajátosságai és magasabb rizikójú viselkedésük miatt. Adatok állnak rendelkezésre a genitalis ulcerativ elváltozások és a HIV-1 RNS szintek között (10).

A syphilises betegek szekrétumainak kvantitativ vírusadataira lenne szükség ahhoz, hogy a HIV transzmissziós potenciált megbecsüljük ezekben a betegekben. Mindenképpen célzott intervencióra lenne azonban szükség ezen fertőzőforrások szexuális magatartásának befolyásolására.

IRODALOM

1. Fuimara NJ. Reinfection primary, secondary and latent syphilis. Sex Transm Dis 1980; 7:111-114.

2. Stokes HJ, Beermen H, Ingraham NR. Modern Clinical Syphilology. 3rd ed. Philadelphia: WB Saunders, 1944.

3. Radolf JD, Kaplan RP. Unusual manifestations of secondary syphilis and abnormal humoral immune response to Treponema pallidum antigens in a homosexual man with asymptomatic human immunodeficiency virus infection. J Am Acad Dermatol. 1988; 18:423-428.

4. Berry CD, Hooton TM, Collier AC, Lukehart SA. Neurologic relapse after benzathine penicillin therapy for secondary syphilis in a patient with HIV infection. N Engl J Med 1987; 316:1587-1589.

5. Johns DR, Tierney M, Felsenstein D. Alteration in the naturel history of neurosyphilis by concurrent infection with the human immunodeficiency virus. N Engl J Med 1987; 316:1569-1572.

6. Goeman J, Kivuvu M, Nzila N, et al. Similar serologic response to conventional therapy for syphilis among HIV-positive and HIV-negative women. Genitourin Med 1995; 71:275-279.

7. Telzak EE, Greenberg MS, Harrison J, Stoneburner RL, Schultz S. Syphilis treatment response in HIV-infected individuals. AIDS 1991; 5:591-595.

8. Rolfs R, Joesoef R, Hendershot E, et al. Early syphilis treatment: a randomized trial of enhanced therapy in HIV infected and uninfected persons. N Engl J Med 1997; 337: 307-314.

9. Marra CM, Handsfield HH, Kuller L, Morton WR, Lukehart SA. Alterations in the course of experimental syphilis associated with concurrent simian immunodeficiency virus infection. J Infect Dis 1992; 165:1020-1025.

10. Dyer JR, Eron JJ, Hoffman IF, et al. Association of CD4 cell depletion and elevated blood and seminal plasma human immunodeficiency virus type 1 (HIV-1) RNA concentrations with genital ulcer disease in HIV-1 infected men in Malawi. J Infect Dis 1998; 177:224-227.

Referálta: Kovács János dr.
Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Bőr- és Nemikórtani Klinika

Humán papillomavírus

Magas prevalenciájú STD kórokozó a női szexmunkások között Mexikóvárosban

Luis A. JuÁrez-Figueroa, Cosette M. Wheeler, Felipe J. Uribe-Salas, Carlos J. Conde-Glez, Laura G. ZamilpMejía, Santa Garcia-Cisneros, Mauricio Hernández-Avila

Sexually Transmitted Disease
2001; 28(4):236-239.

A humán papillomavírus-okozta cervixcarcinoma gyakorisága Mexikóban nagy.

A tanulmány célja, hogy Mexikóvárosban meghatározza a fertőzés prevalenciáját a női szexmunkások között, és hogy meghatározza az összefüggést a HPV-fertőzés és ezen nők karakterisztikumai között.

495 női szexmunkás töltött ki kérdőívet. Cervicalis sejtmintát vettek DNS-amplifikációs vizsgálatra és hibridizációra 27 HPV típus detektálása céljából.

A vizsgálat eredményeként megállapították, hogy a HPV-fertőzés prevalenciája 48,9% volt. A magas rizikójú HPV típusok prevalenciája 43%, míg az alacsony prevalenciájúaké 24,6% volt. A vizsgálatban résztvevők közül összességében 18,8% volt fertőzött mind alacsony, mind magas rizikójú HPV-típusokkal, 28,5% volt fertőzött kettő vagy több típussal. A fiatalabb életkor és a kondomhasználat hiánya önmagában emelte a HPV-fertőzés rizikóját.

A cikkben a szerzők megállapítják, hogy a mexikói szexmunkás nők között a magas rizikójú és a többszörös HPV-fertőzés infekciós rátája magas. A tanulmány megerősítette, hogy fiatalabb nőkben az infectiós ráta magasabb. A HPV-fertőzés magasabb rizikóját azon nők között is megfigyelték, akik legalább egy évig szexmunkásként dolgoztak. A kondomhasználat védő hatású a HPV-fertőzéssel szemben.

Az utóbbi években számos tanulmány látott napvilágot világszerte a cervicalis carcinoma és a HPV közötti kapcsolatról. Néhány tanulmányban nem megfelelő specificitású és szenzitivitású laboratóriumi technikákat alkalmaztak, így ezen munkák eredményei nem homogének (1).

Kevés felmérés áll rendelkezésre, melyekben PCR-alapú módszert alkalmaztak a felmérés során. Egy munkában például Szenegálban mérték fel a női szexmunkásokat, és 43%-os HPV prevalenciát írtak le (2), hasonlóan a jelen felmérésben talált gyakorisághoz. Egy másik felmérés Mexikó trópusi régiójából (Guerro Állam) 79,1%-os prevalenciát talált 249 fős mintán (3).

A HPV-fertőzések prevalenciája, különösen a cervicalis carcinovával asszociáltaké, magas volt a tanulmányozott csoportban, különösen azon nőkkel összehasonlítva, akik nem dolgoznak a szexiparban. Egy, Guernacava város közkórházában a nőgyógyászati rendelésen készült vizsgálatban a megjelent nők között a HPV 6, 11, 18 és 33-as típusának 7%-os prevalenciáját találták (4).

Más kutatók 204 egészséges nő mintájából 13,2%-os HPV 16-18 gyakoriságot találtak Southern blot hibridizációs módszerrel Mexikóvárosban (5). Az eredményekben tapasztalható különbségek valószínűleg a különböző detektálási módszereknek köszönhetőek. A HPV pozitív női szexmunkások körében a több típussal való 58,3%-os átfertőzöttség konzisztens a kanadai városi nők között talált 62%-os többszörös átfertőzöttséggel (6).

A résztvevők szexuális aktivitásának becslése az 1 hétnél hosszabb idő alatt létesített szexuális kapcsolatok száma alapján nem megbízható, hiszen erre a résztvevők pontosan nem emlékeztek. Ezért a szexuális aktivitás jobb indikátorának tartják a szerzők az utolsó heti kliensek számát. Mindemellett nem figyeltek meg magasabb HPV-infectiós rizikót a nagyobb kliensszámú nőknél.

Az azonos kliensszámú idősebb és fiatalabb nők prevalenciaadatainak összehasonlítása azt mutatja, hogy a fiatalabb nők fertőzöttségének valószínűsége nagyobb, és alátámasztani látszik azt az elméletet, hogy idősebb nőkben immunitás fejlődik ki a HPV-fertőzéssel szemben (7). Így például 15 kliensnél többet bevalló 18–23 éves nők között a HPV-prevalencia 82,1% volt, a 33 évesnél idősebb nők 10%-os prevalenciájával szemben.

A kondomhasználatra vonatkozó kérdésre adott pozitív válasz nem mutatott önmagában védelmet a HPV-fertőzéssel szemben, bár azoknál a nőknél, akik kontraceptív célból használtak kondomot, és akik hosszabb ideje használták azt, a HPV-fertőzés prevalenciája szignifikánsan alacsonyabb volt. Ezek alapján úgy tűnik, hogy megbízhatóbb adatok nyerhetők a kondomhasználatról, ha arra mint kontraceptív metódusra kérdeznek rá, ugyanis az egészségügyi hatóságok

Mexikóban forszírozzák a kondomhasználatot, így nem biztos, hogy ezzel kapcsolatosan valid adatok nyerhetők a megkérdezés során.

A szerzők feltételezik, hogy azok a női szexmunkások, kik családtervezéshez használják a kondomot, hasonlóan tesznek klienseikkel és állandó szexuális partnerükkel is. Úgy tartják, hogy a hosszú távú, családtervezési célzatú kondomhasználat jobb indikátora az állandó óvszerhasználatnak, mint egy állami klinikán történt felmérés túlbecsült értékei.

A tanulmány újra alátámasztotta, hogy condyloma acuminatumban a HPV 6 és 11-es típusok gyakorisága nagy (8). Ennek ellenére a vizsgálat során ezen típusokra pozitívnak bizonyult nők között csak kis arányban találtak genitalis szemölcsöt, azt sugallva, hogy a HPV-fertőzés többnyire aszimptomatikus ebben a csoportban. Ezen kívül, a condyloma acuminatum tüneteivel jelentkező nők között mind a carcinomával asszociált, mind a nem asszociált típusokat kimutatták. Mindemellett a korábbi klinikai vizsgálatok során talált genitalis szemölcsök esetén sem mutatkozott összefüggés az aktuális HPV-statussal, valószínűsítve, hogy a HPV fertőzés tranziens, mint ahogy leírják más forrásokban is (7, 9).

A mexikói női szexmunkások a HPV-infectio fontos forrását jelentik, mint ahogy ebből az érzékeny diagnosztikus metódusok használatával készült munkából is látszik. A nyert adatok felhívják a figyelmet a női szexmunkások klienseiről és partnereiről való információgyűjtés szükségességére, hogy a mexikói populáció ezen csoportjainak HPV-epidemiológiai adatait megértsük.

A női szexmunkások ezen csoportjának további kutatásokba való bevonása kohorsz-tanulmányok készítését teszi lehetővé, mely hozzájárulhat a HPV perzisztencia és a HPV elleni immunitás megértéséhez.

IRODALOM

1. Munoz N, Bosch F. Cervical cancer and human papillomavirus: epidemiological evidence and perspektives for prevention. Salud Pública Mex 1997; 39:274-282.

2. Langley C, Benga-De E, Critchlow C, et al. HIV-1, HIV-2, human papillomavirus infection and cervical neoplasia in high-risk African women. AIDS 1996; 10:413-417.

3. Bello M, Cruz MR, Carreón MA, et al. Prevalencia del virus del papiloma humano en meretrices y en mujeres que asisten a la detección oportuna de cáncer cérvico-uterino en el estado de Guerrero (abstracts III). Guanajuato, México: Congreso Nacional Asociación Mexicana de Biología Molecular Medicina, 1998:124.

4. Tamayo E, Echániz G, Cruz A, et al. Infección por el virus del papiloma humano en mujeres con y sin citología cervical anormal. Ginecol Obstet Mex 1993; 61:27-34.

5. Hernández M, Lazcano E, Berumen J, et al. Human papillomavirus 16-18 infection and cervical cancer: a case-control study. Arch Med Res 1997; 28:265-271.

6. Young TK, McNicol P, Beauvais J. Factors associated with human papillomavirus infection detected by polymerase chain reaction among urban Canadian aboriginal and non-aboriginal womwn. Sex transm Dis 1997; 24:293-298.

7. Cuzick J, Meijer C, Walboomers J. Screening for cervical cancer. Lancet 1998; 351:1439-1440.

8. Koutsky LA, Galloway DA, Holmes KK. Epidemiology of genital human papillomavirus infection. Epidemiol Rev 1988; 10:122-163.

9. Ho GYF, Bierman R, Beardsley L, Chang CJ, Burk RD. Natural history of cervicovaginal papillomavirus infection in young women. N Engl J Med 1998; 338:423-428.

Referálta: Kovács János dr.
Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar,
Bőr- és Nemikórtani Klinika

Egészségbiztosított férfiak urethritisének managementje multispeciális csoportpraxisban Massachusettsban

Sylvie Ratelle, Deborah Yokoe, Michael Whelan, Yuren Tang, Richard Platt, Ralph Blair, Guoyu Tao, Kathleen Irwin

Sexually Transmitted Disease, 2001; 28(4):236-239.

A költségmegtakarítás ahhoz a megállapításhoz vezetett, hogy az urethritises panaszokkal küzdő egészségbiztosított betegeket tesztelés nélkül lehet kezelni.

A cél meghatározni azoknak az urethritises tünetekkel küzdő férfiak arányát, akiket teszteltek *Chlamydia trachomatisra* (CT) és *Neisseria gonorrhoeara* (NG).

196 urethritises férfit választottak ki random módon 1995–97 között a HMO-val (egészség biztosító társaság) szerződésben lévő csoportpraxis ambuláns betegei közül.

Az urethritises panaszok kezdetén 92,3% és 83,2%-ban végeztek *Chlamydia trachomatisre* és *Neisseria gonorrhoea*-ra diagnosztikus tesztelést ebben a csoportpraxisban.

Sokak meggyőződése, hogy a magánszektoron belül gazdasági és magán okokból a tünetes urethritises férfiakat kezelni lehet *Chlamydia trachomatis* és *Neisseria gonorrhoea* tesztelés nélkül (1). Ha ez a helyzet, akkor a Chlamydiás és gonorrhoeás férfiak nagy számát nem lehetne azonosítani la-

boratóriumi teszttel. Mivel az STD felügyelet pozitív laboratóriumi tesztet használ a *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoea* meghatározásához, ezért számos eset felderítetlen marad.

Ez a tanulmány felbecsülte ebben a csoportpraxisban 1995-97 között jelen levő és urethritist diagnosztizált férfiak arányát, akiknél elvégezték a *Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoea* vagy mindkét tesztet.

Módszerek

A multispecifikus csoportpraxis egy belső diagnosztikus kódrendszert használ (COSTAR) az ambuláns betegek orvosi nyilvántartásához (2). Összesen 2247 ambuláns urethritises beteget regisztráltak 1995–97 között (urethritis, NSU, húgycsőelváltozás, urethritis/Chlamydia. Random módon kiválasztott 196 beteg közül 147 csak egyszer volt ott. Az analízis csak a kezdő látogatásra fókuszált. A klinikai helyzetről, a jelenlevő tünetekről, laboratóriumi tesztelésről, kezelésről gyűjtöttek adatokat.

Eredmények:

Az első beteglátogatásnál a fő panaszok: dysuria (62,2%), ürítés (50,5%), viszketés/fájdalom (25%). Elváltozás a betegek 26%-nál volt látható. A gyors tesztek közül Gram-festést a 196 beteg 4,6%-nál, leukocyta-észteráz tesztet 41,8%-nál, vizeletüledék vizsgálatot a betegek 25,5%-nál végeztek. Az időt igénybevevő *Chlamydia trachomatis* és *Neisseria gonorrhoea* tesztet a betegek első vizitének 92,3%-nál, illetve 83,2%-nál végezték el. ELISA-t használták a leggyakrabban a *Chlamydia trachomatis* diagnosztizálására, tenyésztést a *Neisseria gonorrhoea* azonosításához.

A 196 beteg 28,6%-át (56) lehetett beilleszteni a CDC (betegségellenőrző és megelőző központ) kritériumába (3), mely az urethritis dokumentálásához kell, beleértve az elváltozás objektív nyilvánvalóságát (51), a pozitív leukocyta-észteráz tesztet (5), a Gram-festést vagy több PMN leukocytával olajimmerziós mezőben (6), a vizeletüledéket, melyben 10 vagy több fehérvérsejt van (6). Azoknál a betegeknél, akiknél a CDC urethriris kritériumai megvoltak, mindkét tesztet, mind *Chlamydia trachomatisra,* mind *Neisseria gonorrhoea*-ra elvégezték.

Az elvégzett *Chlamydia trachomatis* tesztek 8,8%-a, az *Neisseria gonorrhoea* tesztek 9,2%-a lett pozitív. A tesztek pozitivitási arányai magasabbak voltak, amikor specifikus eltérést (ürítési nehézség) találtak, vagy amikor a CDC kritériumait használták. Az ürítési panaszokkal küzdő betegek 10,3%-a lett *Chlamydia trachomatisre*, 15,35%-a *Neisseria gonorrhoea*-ra pozitív. A CDC kritériumait figyelembe véve 8,2%-ra nőtt *Chlamydia trachomatisra* a pozitivitás, 23,6%-ra *Neisseria gonorrhoea*-ra. Az összes beteg, aki pozitív lett gonorrhoeára, kezdetben is ürítési nehézségekre panaszkodott, míg a *Chlamydia trachomatisban* szenvedő betegek 62,5%-a jelzett csak panaszokat.

Az összes *Neisseria gonorrhoea* pozitív beteget már az első vizitnél kezelték a CDC által meghatározott módon, míg a *Chlamydia trachomatis* pozitív betegek 88%-a kapott a CDC által meghatározott kezelést (Doxycyclint 7 vagy több napig, vagy azithromycint.) A többiek, akiknek a gyorsteszt-jeik normálisak voltak, illetve nem voltak vizeletürítési nehézségeik, a *Chlamydia trachomatis* teszt megérkezése után (5 nap) kezdték kezelni.

Az eredmények azt mutatják, hogy az egészségbiztosított, urethritises panaszokkal küzdő férfiakat mind *Chlamydia trachomatis*ra, mind *Neisseria gonorrhoea*-ra is tesztelik nagy csoportpraxisban, szemben azokkal a véleményekkel, akik azt állítják, hogy költségmegtakarítás végett nem szükséges ezeket a betegeket tesztelni, csak tüneteik alapján kezelni.

IRODALOM

1. Moran JS, Kaufman JA, Felsenstein D. Survey of health care providers: who sees patients needing STD services, and what services do they provide? Sex Transm Dis 1995; 22:67-69.

2. Barnett GO, Justice NS, Somand ME, et al. COSTAR: a computer-based medical information system for ambulatory care. Proc Inst Electrical Electronics Eng 1979; 67:1226-1237.

3. Centers for Disease Control and Prevention. 1998 Guidelines for treatment of sexually transmitted diseases. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 1998; 47:50.

Referálta: Kaszás Annamária dr.,
Országos Bőr-Nemikórtani Intézet

Hepatitis B vakcináció az STD-klinikákon

Az STD-programok áttekintése

B. Cummings Wilson, et al.

Sexually Transmitted Diseases
2001; 28(3):148-152.

A biztonságos és hatásos vakcina ellenére a HBV az USA-ban jelentős morbiditási és mortalitási tényező. Az elmúlt században évente 300 000 új fertőzés történt (1) és 4–5 ezer halálesetet okozott a májcirrhosis és -carcinoma. Az új infectiók 50%-a szexuális eredetű. A vakcina 1981-es megjelenése óta minden kockázati csoportba tartozónak ajánlják (anamnézisben STD, utóbbi fél évben 1-nél több szexuális partner, homoszexuális férfiak). A fertőzés kockázata szorosan összefügg a partnerek számával, a homoszexualitással, a syphilis szeropozitivitással és egyéb STD-kkel. A szexuáli-

san aktív serdülők és felnőttek vakcinaellátottsága elégtelen. A CDC Sentinel Counties Study of Viral Hepatitis in 1996 tanulmány szerint 1996-ban az akut B-hepatitises betegek 42%-ának anamnézisében szerepel STD, ezért az STD gondozók fontosak a fertőzés megelőzésében.

A tanulmány célja, hogy felmérje az STD gondozók oltási aktivitását.

1997 áprilisában kérdőívet küldtek ki 65 (50 állami és 15 helyi [városi, járási]) STD-program menedzser (PM) részére. Ők az STD-szolgáltatás irányításával (prevenció, adatgyűjtés, -feldolgozás, pénzek elosztása) foglalkoznak.

1997 novemberében kiegészítésül az STD-gondozók 89 menedzserének (CM) is kiküldték a teszteket.

Eredmények

A válaszarány a PM-ek esetében 97% volt (63/65). Felügyeletük alá 1542 klinika tartozott (személyi átlagban 10). A CM-ek 83%-a válaszolt (73/89). A gondozók heti betegforgalma 10–600 beteg (átlag 100).

Vakcinációs program. A PM-ek 48%-a (30/65) tartotta a vakcinációt a gondozók feladatkörének, 27%-uk (17/65) szerint a személyzet felvilágosítja a betegeket a HBV-ről, 25% (16/65) felügyelete alá tartozó gondozók felajánlják a vakcinációt a betegeknek, és 21%-uk (13/65) terjesztett felvilágosító, a vakcinát népszerűsítő anyagot. A CM-ek 45%-a (33/65) terjesztett felvilágosító, a vakcinát népszerűsítő anyagot. Ahol a gondozóban helyi előírás volt, gyakrabban csatlakoztak a Vakcinák a Gyerekeknek (VFC) programhoz és gyakrabban oktatták a betegeket.

Vakcináció. Leggyakrabban a serdülőknek ajánlották fel a vakcinát, továbbá azoknak, akiknek háztartásában vagy szexuális partnerei között akut vagy krónikus HBV-fertőzött van. 6 PM (9%) mondta, hogy minden beteg kaphat, 15 (24%) szerint senki. 4 CM (5%) mondta, hogy minden beteg kaphat, 25 (34%) szerint senki.

Prevakcinációs képzés. A PM szerint az alkalmazott oktatási programok: brossúra (73%), poszter (30%), video (12%), szeminárium (9%). A CM szerint az alkalmazott oktatási programok: brossúra (63%), poszter (20%), video (22%), szeminárium (8%).

Vakcina finanszírozása. 39 PM tudta meghatározni a HBV-vakcináció anyagi forrását. Közülük 29 (74%) a VFC programot határozta meg. Egyéb források: szövetségi (56%), állami (26%), városi-megyei (18%), Medicaid (18%), magánbiztosítás (10%).

38 CM volt benne a VFC programban. Források: állami-szövetségi (42%), városi-megyei (20%), magánbiztosítás (20%).

23 PM (37%) küldött ki a hozzá tartozó gondozónak VFC pályázati anyagot. Ahol ez megtörtént, a gondozók 75%-a kapcsolódott be a programba, ahol nem, ott 42%-uk.

A vakcináció gátai. Mind a PM mind a CM a vakcináció 3 fő gátját határozták meg: 1. pénzhiány, 2. compliance hiánya: a betegek nem viszik végig az oltási sort, 3. a protokoll ismeretének és a stáb képzettségének hiánya.

22 PM (30%) vezetett számítógépes nyilvántartást az ellátott betegekről. 15 (21%) kartonon vezette, 13 (18%) nem tartott nyilvántartást. Leggyakrabban telefonon győződtek meg róla, hogy a beteg megkapta-e az összes oltást, 16 PM-nek nem volt követési protokollja.

Megbeszélés

Az USA-ban az Advisory Committee on Immunization Practices ajánlja az oltást, az Institute of Medicine is sürgeti az oltási program kidolgozását a kockázati csoportba tartozók között. A CDC 1998 Guidelines for Treetment of STDs című kiadványa minden STD-beteg oltását ajánlja. Mindezek ellenére a PM-ek többsége nem tartja a program részének a HBV-vakcinációt.

Lehetséges okai: nem tartják fontos STD-nek a HBV-t, vagy nem tartják finanszírozhatónak vagy megszervezhetőnek a programot.

A prevenció a HBV elleni küzdelem olcsóbb és hatékonyabb módszere, mint a krónikus betegség kezelése, mégis a finanszírozás szokott a legnagyobb gond lenni. A tanulmány azt mutatja, hogy a megfelelő források felkutatása (itt VFC) sem elég hatékony. A VFC szövetségi pénzzel támogatja a 18 év alattiak oltását. Ha a beteg maga fizeti az első oltás költségét, ösztönözve van a további oltások beadatására.

Gond a betegkövetés és a compliance is. Nem tudjuk, hogy a félbehagyott oltási sor hosszú távon mennyire ad védelmet. Az első oltás után a betegek 50%-ában alakul ki protektív HBsAg-szint, a második oltás után a betegek 80–90%-ában alakul ki protektív HBsAg-szint (2). Ezért törekedni kell arra, hogy minden betegnél elkezdjük az oltást, még akkor is, ha nem várható annak befejezése.

Egy nagyvárosi STD gondozóban a 40 év alatti heteroszexuális férfiak átfertőzöttségét 2%-osnak találták (3). A Healthy People 2010 program előirányzata szerint az STD-betegek 90%-át kell addig vakcinázni.

Irodalom

1. Coleman et al. Incidence of hepatitis B virus infection in the United States, 1976-1994: estimates from the National Health and Nutrition Examination Surveys. J Infect Dis 1998; (178):954-959.

2. Hadler, Margolis. Hepatitis B immunization: vaccine types, efficiacy and indications for immunization. Curr Clin Top Infect Dis 1992; 12:282-308.

3. Weinstock et al. Routine hepatitis B vaccination in a clinic for sexually transmitted diseases. Am J Public Health 1995; 85:846-849.

Referálta: Veres Gábor dr.,
Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar,
Bőr- és Nemikórtani Klinika

A krónikus hepatitis-B- és C-vírus szűrése egy városi STD klinikán

Gunn RA, Murray PJ, Ackers ML, Hardison WGM, és Margolis HS

Sexually Transmitted Diseases 2001; 28(3):166-170.

A hepatitis-C-vírus (HCV) a leggyakoribb vér útján terjedő krónikus betegség az Egyesült Államokban, évente 8000–10 000 ember halálát okozza(1). A legtöbb HCV-fertőzött személy klinikailag tünetmentes és nem tud betegségéről, de krónikus májbetegség fenyegeti, és fertőzésforrást jelent másoknak (1).

A hepatitis-B-vírus (HBV) fertőzés gyakran tünetmentes, krónikus, szintén vérrel terjedő betegség, amely évek múltán májelégtelenséghez és hepatocellularis carcinomához vezethet. A krónikus HBV-fertőzés 4000–5000 halálesetért felel az USA-ban évente. (3) Az elmúlt években megnőtt az érdeklődés a HCV-fertőzés megelőzése iránt (1, 2, 4). A vírus terjedésének elsődleges módja a nagyszámú és ismételt percutan érintkezés vérrel vagy vérszármazékkal. A véradók szűrésének kezdete (1990) előtt a fertőzések jelentős részét a vértranszfúziók okozták (5), de többségükért mindig az intravenás droghasználat felelt az Egyesült Államokban. Egyes tűhasználó kábítószeres csoportokban a HCV szeroprevalenciája eléri a 90%-ot (1). A szexuális átvitel szerepe a HCV terjedésében kevésbé tisztázott, de úgy tűnik, hogy akiknek nagyszámú partnere vagy STD-je volt, veszélyeztetettebbek a HCV fertőzés szempontjából (5, 6).

Az STD-klinikák betegeivel kapcsolatban kevés rizikófaktor-specifikus HCV szeroprevalencia-adatot közöltek. A cikk szerzői egy HBV-vakcinációs program részeként lehetőséget kaptak arra, hogy felajánlják a HCV antitest (anti-HCV) és a HBV surface antigén (HBVsAg) szűrését a san diegoi STD-klinika betegeinek. Szintén felajánlották a HBV elleni immunitás és krónikus fertőzés vizsgálatát. A kiszűrt betegeket tájékoztatták a vírus terjesztésének megelőzéséről és a krónikus fertőzés kezelésének lehetőségeiről. A tű- és szexpartnereknek, kontaktoknak szűrési és vakcinációs lehetőséget ajánlottak fel.

1998. február 11-től az STD-klinika minden páciensének felajánlotta a HBV elleni vakcinációt, és információval látta el őket a betegségről. A betegeket megkérték, hogy töltsenek ki egy egyoldalas kérdőívet a rizikótényezők felmérésére. (A kérdőíveket a klinika orvosai értékelték és felmérték, hogy szükséges-e beteg STD szűrése, HIV-vizsgálata és tanácsadása, valamint HBV oltása.) Február 11–28 között minden betegnek felajánlották a HBV-fertőzés szűrését is (HBV core antitest és ha ez pozitív, HbsAg). Körülbelül 6 hónappal később 6 héten át minden pácienst tájékoztattak a HCV-ről és hasonlóképpen felajánlották a HCV és HBsAg szűrését. A HB core antitestet és a HbsAg-t ELISA-val határozták meg. Az anti-HCV antitesteket ELISA-val mérték, és az ismételten pozitív mintákat immunoblottal és rekombináns immunoblottal erősítették meg.

Minden HBsAg-pozitív és HCV-fertőzött személyt tanáccsal láttak el a vírusok terjesztésének megelőzéséről, és felajánlották partnereik szűrését és beoltását (csak a HBV esetében). 8 hónappal később megpróbáltak kapcsolatba lépni az összes HCV-fertőzöttel, hogy felmérjék, hogyan hasznosították a kapott információt, kerestek-e kezelési lehetőséget, tettek-e lépéseket a vírus terjesztése ellen.

A HBV-szűrési program első szakaszában 300 páciens töltötte ki a kérdőívet a rizikófaktorokról és adott vérmintát. 47 (16%) lett közülük HBV core antitest pozitív és 3 (1%) HbsAg pozitív. Ezek közül egy számolt be intravénás droghasználatról. Akiknek anamnézisében intravenás kábítószer-élvezet szerepel és az olyan férfiak, akik férfiakkal léptek szexuális kapcsolatba, nagyobb százalékban fertőződtek HBV-vel (50% [6/12], illetve 37% [7/19]).

A HCV-szűrésre 618-an jelentkeztek, közülük 7-en (1,1%) lettek HbsAg-pozitívok, és 21-en (3,4%) HCV-fertőzöttek. A kábítószer-használók 38%-a (13/34) lett anti-HCV-pozitív (ezen belül a közös tűt használók 53%-a), szemben a drogot soha nem használók 1,1%-os (6/556) szeroprevalenciájával. Az intravenás kábítószert soha nem használók (556 személy) esetében csak a 30 évnél idősebbek között találtak HCV-fertőzést. Nem volt lényeges különbség a HCV szeroprevalenciájában a rassz vagy etnikai hovatartozás, STD-anamnézis, szexpartnerek száma vagy szexuális szokások alapján. A 66 homoszexuális, drogot nem injekciózó férfi közül egy sem volt fertőzött. A 21 HCV-fertőzött közül 19 (90%) kapott értesítést az eredményről. 8 hónap múlva 7 személyt nem találtak. A 14 elérhető beteg közül 12 (86%) emlékezett, hogy HCV fertőzött, ebből 6-an (50%) kerestek fel orvost, és 7-en számoltak be arról, hogy tű- vagy szexpartnereik részt vettek vagy részt terveznek venni HCV-szűrésen.

Ebben a vizsgálatban az STD-klinika betegei között emelkedett volt a HBV szeroprevalenciája (16%) a 6 évesnél idősebb átlagpopulációhoz képest (5%). Az intravenás droghasználók és homoszexuális férfiak között észlelt magas (50% és 37%) fertőzöttség alátámasztja az STD páciensek HBV elleni vakcinációjának fontosságát (3).

A betegek anamnézisében szereplő intravenás kábítószer-használat jó előrejelzője volt a HCV-fertőzöttségnek, ezt csaknem az összes HCV prevalenciavizsgálat így találta (9). Ezért a droghasználatot beismerő STD-páciensek HCV-szűrése feltétlenül szükséges lenne, s mivel a kábítószer használata gyakran társul magas rizikójú szexuális magatartással, a HIV- és HBV-szűrés és HBV vakcináció is kívánatos lenne.

A drogot soha nem használók között alacsony (1,1%) volt szeropozitivitás, s egyik szokásos rizikótényező fennállása sem növelte a HCV-fertőzöttséget ebben a populációban.

Ennek ellenére a szeropozitív személyek legalább 24%-a (5/21) soha nem használt kábítószert, és az akut HCV-fertőzöttek 20%-ánál egy HCV-pozitív partnerrel való szexuális kapcsolat tűnik a fertőzés forrásának (1, 5).

A HCV nemi úton történő transzmissziójával foglalkozó többi felmérés eredményei és konklúziói ellentmondanak: a Baltimore-i és Chicago-i vizsgálat magas STD prevalenciát talált, és arra következtetett, hogy a HCV szexuális úton átvihető lehet, míg San Francisco-ban nem találtak erre bizonyítékot (9-12).

Ez a felmérés nem találta a homoszexuális férfiakat veszélyeztetettebbeknek a HCV-fertőzés szempontjából. Az 1980-as és korai 1990-es években készített vizsgálatok azt találták, hogy a HCV átvitelének kockázata homoszexuális férfiak között minimális, de a HBV-fertőzés veszélye jelentősen magasabb, valamint fokozottan ki vannak téve a hepatitis A, HIV és számos STD-fertőzésnek (9, 13, 14). Ezért az STD-klinikákat felkereső homoszexuális férfiaknak tanácsos lenne felajánlani a STD-k, HBV és HIV szűrését, és a HBV és HAV elleni vakcinációt.

Ebben a limitált követéses vizsgálatban azt találták, hogy a 12 beteg közül, aki emlékezett, hogy HCV fertőzött, csak 6-an (50%) kerestek fel orvost, és 7-en számoltak be arról, hogy tű- vagy szexpartnereik részt vettek vagy részt terveznek venni HCV-szűrésen. Ez azt mutatja, hogy a HCV szűrése csak az első lépés abban a folyamatban, amely a betegség hosszú távú megelőzéséhez vezethet.

IRODALOM

1. CDCP, MMWR Morb Mortal Weekly Rep 1998; 47:1-39.
2. National Institutes of Health, Hepatology 1997; 26:2S-10S
3. CDCP, MMWR Morb Mortal Weekly Rep 1991; 40:1-15.
4. CDCP, MMWR Morb Mortal Weekly Rep 1995; 44:574-575.
5. Alter MJ, et al. Hepatology 1997; 26:62-65.
6. Alter MJ, et al. JAMA 1989; 262:1201-1205.
7. Kelerman SE és mtsai, Abstract Guide of the 13th Meeting of the International Society for STD Research, Denver, CO, 1999.
8. Alter MJ, et al. N Engl J Med 1999; 341:556-562.
9. Weinstock HS, et al. JAMA 1993; 269:392-394.
10. Thomas DL, et al. J Infect Dis 1994;169:990-995.
11. Thomas DL, et al. J Infect Dis 1995; 171:768-775.
12. Hershow RC, et al. Sex Transm Dis 1998; 25:527-532.
13. Buchbinder SP, et al. J Infect 1994; 29:262-269.
14. Osmond DH, et al. J Infect Dis 1993; 167:66-71.
15. Gunn RA és mtsai, Abstracts of the 127th Annual Meeting and Exposition. Chicago, IL: American Public Health Association, 1999.

Referálta: Szakonyi József dr.,
Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Bőr- és Nemikórtani Klinika

Glycoprotein G alapú típusspecifikus próba alkalmazása herpes simplex vírus 2 antitest meghatározásban az STD klinikákon jelentkező betegek körében

William L. H. Whittington, Connie L. Celum, Anne Cent, Rhoda L. Ashley

Sexually Transmitted Disease, 2001; 28(2):99-104.

Az egyik leggyakoribb STD-megbetegedés, a genitalis herpes oka leggyakrabban a 2-es típusú herpes simplex vírus (HSV-2). Az Egyesült Államokban napjainkban a felnőtt lakosság 22%-a fertőzött ezzel a kórokozóval. A legtöbb HSV-2-infectio szubklinikai módon zajlik – enyhe, atípusos, átmeneti tünetekkel – így legtöbbjük nem kerül felismerésre. A tünet nélküli nők több, mint 80%-a üríti a kórokozót, így a vírust a fertőzöttek gyakran ezen felderítetlen partnerektől akvirálják. Így fontos az effektív prevenció részeként egy oly szerológiai teszt bevezetése, melynek segítségével a aszimptomatikus hordozók kiszűrhetők. Ezen tanulmány során a Gull/Meridian glycoprotein G (gG) alapú HSV-2 és HSV-1 ELISA teszt alkalmazását vizsgálták az STD klinikákon jelentkező betegek körében.

A keresztmetszeti tanulmány 2 periódusra oszlott. Az első periódus 1998 januárjától áprilisáig zajlott, mikor is az ELISA technikájú szűrésért és az azt követő Western blot alapokon nyugvó verifikációs próbáért 15 $-t kellett fejenként fizetnie a pácienseknek. Így a vizsgálatot 3099 személyből 558 fő (18%) vállalta. A második periódusban – 1998. júniusától júliusáig – ugyanezen technikákat alkalmazták, de már térítésmentesen, ennek köszönhetően a megkérdezettek 51,6%-a (1477 páciensből 756) beleegyezett a szűrésbe. Többen mondtak igent a vizsgálatra az idősebbek közül, míg a színes bőrű páciensek köréből kevesebben vállalták a szűrést; ennek okaként az jelölhető meg, hogy a fiatalok és a minoritász csoportok körében egyrészt kisebb az érdeklődés HSV-statusuk iránt, másrészt sokszor anyagi körülményeik szabtak határt – a vizsgálat első periódusában –, hogy a szűrővizsgálatra igent mondjanak.

Az eredményeket tekintve a próbák a HSV-2 tekintetében 80,5%-os szenzitivitást és 98,5%-os specificitást mutattak. A pozitív prediktív érték 95,8%-t, míg a negatív 92,2%-t tett ki. Ugyanezen paraméterek a HSV-1 esetében: a szenzitivitás 91%-os, a specificitás 96,4%-os, a pozitív prediktív érték 97%-os a negatív pedig 89,4%-os volt. A vizsgálatok segítségével 606, anamnézisében a genitalis herpest negáló személy 25,9%-ban detektáltak HSV-2 antitesteket. A szeropozitivitás gyakoribb volt nőkben (35%), mint férfiakban (21,4%), feketékben (44,8%), mint fehérekben (20,6%) és több volt a pozitív személy a 30 évnél idősebbek körében.

Nem mutatott viszont összefüggést a vírus antitest jelenléte a férfiak szexuális orientációjával, és a vizsgált személyek utóbbi 2 vagy 12 hónap alatti szexuális partnereinek számával.

Összességében, a tanulmány folyamán szenzitívnek bizonyult glycoprotein G alapú ELISA módszer, hála magas pozitív prediktív értékének és a Western blot metódusnál jóval olcsóbb kivitelezhetőségének, egy magas prevalenciájú populációban verifikációs próba nélkül alkalmas arra, hogy az aszimptomatikus hordozók kiszűrhetők legyenek. Mindemellett a hatékony prevencióhoz természetesen szükség van arra, hogy a potenciális érintetteket megfelelően felvilágosítsák a genitalis herpes tulajdonságairól, tüneteiről és a kiszűrt fertőzöttekben hathatós antivirális terápia kivitelezése szükséges. Indikált kiterjeszteni a szűrést a terhes nőkre, s amennyiben azok negatívak, a férfipartnereikre. Ha az állapotos nő férfipartnere pozitívnak bizonyul, fel kell hívni figyelmüket a biztonságos szexre megfelelő védekezéssel, hogy – főleg a 3. trimesterben veszélyes – vírusátvitelt el tudják kerülni. A Gull/Meridian ELISA teszt fals negatív eredményt adhat friss HSV-fertőzés esetén, ugyanis az antitestek detektálhatóságáig eltelt idő akár hónapokat is igénybe vehet. Nem tisztázott a próba hatékonysága HIV-pozitív betegek esetén, ugyanis a vizsgált populációt csak HIV-negatív személyek alkották.

Referálta: Varga Réka dr.
Országos Bőr-Nemikórtani Intézet

A szociális helyzet és az önként jelentett gonorrhoea közötti kapcsolat az afroamerikai serdülő nők között

Catlainn Sionéan, Ralph J. Diclemente, Gina M. Wingood, Richard Crosby, Brenda K. Cobb

Sexually Transmitted Disease
2001; 28(4):232-235.

Cél: meghatározni a szociális, gazdasági helyzet és az önként jelentett gonorrhea kapcsolatát az afroamerikai serdülő nők között, a szexuális rizikófaktorok figyelembevételével.

Módszer: interjú 522 szexuálisan aktív afroamerikeai nővel, akik a város szegénynegyedében laknak.

Eredmények: akiknek a szülei munkanélküliek voltak, kétszer olyan gyakran közöltek gonorrhoeás anamnézist, mint akiknek a szülei dolgoztak. Akik elvált családban éltek, több gonorrheát jelentettek, mint két szülős társaik.

Az alacsony szociogazdasági helyzetben élők között gyakoribb a gonorrhoea tekintet nélkül a szexuális magatartástól.

Bár a gonorrhoeás megbetegedést sok tényező elősegíti, anatómiai (cervicalis ectopia), személyi (szexuális viselkedés), szociális (megelőzés), ez a tanulmány a társadalmi-gazdasági helyzet és az önként jelentett gonorrhoea közti összefüggéssel foglalkozik az afroamerikai fekete serdülő nők körében az egyéb szexuális rizikófaktorok figyelembevételével.

1996 december és 1999 április között 1130 serdülő nőt gyűjtöttek, akik szegénynegyedben éltek, a környezetüket a nagyarányú munkanélküliség, erőszak, STD jellemezte. A választottak 14–18 év közötti fekete nők voltak, akik a megelőző fél éven belül szexuálisan aktívak voltak és írásban közölték beleegyezésüket.

Adatgyűjtés

A lányokat kikérdezték a saját és szülők foglalkozása felől, igénybe vettek segélyt, hány órát dolgoznak a háztartásban, kikkel laknak együtt, egy vagy mindkét szülővel. Megkérdezték hogy orvos vagy nővér közölte-e velük, hogy gonorrhoeájuk van. A szexuális kockázati tényezőket is megkérdezték, használnak-e kotont, milyen gyakran élnek szexuális életet, hány szexpartnerük volt az elmúlt félév során, volt a partnereknek más szexpartnere is az utóbbi 6 hónapban (rizikópartner).

Eredmények

1130 nőből 609 volt szexuálisan aktív. A serdülők 14–18 év között voltak, átlag 16 évesek. 18,4%-a élt segélyből, 42%-ának munkanélküli volt a szülője, 22%-a 2 szülővel élt. 8%-uknál diagnosztizáltak gonorrheát.

A kétváltozós analízisben a szociális-gazdasági helyzet 2 jellemzőjét vetették össze (szülőknek van-e munkahelyük, család struktúra) a gonorrhoeás anamnézissel.

Kovariánsnak vették az állandó kondomhasználatot, a védekezés nélküli szeretkezések gyakoriságát, a rizikópartner meglétét és a szülői odafigyelést.

A logisztikai regressziós analízisben a kovariánsokat is figyelembevéve, a felnőttek alkalmazotti statusát és a családi felépítés mindegyikét összehozták a gonorrhoeával.

Következtetések

Az eredmények azt mutatják, hogy az alacsony gazdasági helyzetű, magas rizikófaktorú lányoknál a leggyakoribb az önként jelentett gonorrhoea.

A magas prevalenciájú populációban az egyén szexuális viselkedési rizikófaktora kevésbé befolyásolja az infectio rizikóját, mint a szexuális partnerük karaktere.

A tanulmányban az alacsony szociális helyzetű serdülőknél gyakoribb a szexuális rizikópartner.

Azok a serdülők, akik nem kétszülős családban élnek, vagy szülőjük munkanélküli, szegényebb, rendezetlenebb körülmények közt élnek. Ezeken a helyeken nem megfelelő az ellenőrző, kezelési szolgálatok, nagyobb a prostitúció, melyek mind hozzájárulnak a betegség gyakoribb előfordulásához.

Ennek a tanulmánynak vannak korlátai is: amennyiben a serdülőnél nem diagnosztizálták a betegséget, vagy nem mondta el.

Azonban ettől függetlenül ez a tanulmány felhívja a figyelmet a szocioszexuális környezeti faktorok fontosságára a nemi betegség előfordulásában.

Referálta: Kaszás Annamária dr.
Országos Bőr-Nemikórtani Intézet

Humán herpesvírus 8 szeroepidemiológiája fiatal homo- és biszexuális férfiak körében

C. Diamond, et al.

Sexually Transmitted Diseases
2001; 28(3): 176-183

A HHV 8 transzmissziója nem teljesen tisztázott. 1994-ben fedezték fel és szerológiai és PCR vizsgálattal a Kaposi-sarcomával (KS) hozták összefüggésbe. A HIV-asszociált Kaposi-sarcomás homoszexuális férfiakban (HSZF) gyakoribb, mint az intravenás droghasználókban és haemophiliásokban (1). Ez szexuális terjedést sugall. Az afrikai gyerekekben észlelt 40%-os előfordulási arány egyéb transzmissziós lehetőséget is felvet. A HHV 8 PCR-ral kimutatható az ondóban (bár ennek ténye, mértéke vitatott) és a nyálban is (2). A legtöbb nyállal is terjedő vírus ubikviter a társadalomban, de az eddigi vizsgálatok szerint az USA HHV8 átfertőzöttsége csekély. Eddig nem vizsgálták szelektíven a fiatal felnőtt korosztályt. Ez a multicentrikus keresztmetszeti tanulmány 15–22 éves férfiak körében vizsgálja a HHV 8 szeropozitivitás gyakoriságát és kockázati tényezőit. A férfiakat HSZF által kedvelt találkahelyekről választották ki (Seattle, King megye, Washington állam, 1997–98). Anonim kérdőíven nyilatkoztak szexuális habitusukról, szociológiai körülményeikről, előző betegségeikről.

Laboratóriumi vizsgálatok: HIV-1 enzim immunoassay (EIA) és immunoblot, anti-HBV core EIA, anti-HAV IgG EIA, anti-CMV IgG EIA, HSV-1-2 IgG ELISA, HHV-8 immunfluoreszcens assay.

Eredmények

Különböző okból történt kizárások után 488 férfit vettek be a vizsgálatokba. Ezek közül 362 (74%) homo-, 126 (26%) heteroszexuálisnak vallotta magát. Utóbbiak átlagéletkora alacsonyabb volt. 29 férfi volt HHV-8-pozitív (6%), 23 (79%) homo-, 6 (21%) heteroszexuális. A HHV-8-pozitivitás és a droghasználat (iv. és amfetamin) százalékos aránya hasonló volt. Nem volt kapcsolat az életkor, rassz és képzettség, illetve a HHV-8-pozitivitás között.

A HSZF-ak között több volt a CMV-pozitív és partnereik között több volt a HIV-pozitív. A szeropozitívak nagyobb arányban számoltak be óvszer nélküli, illetve AIDS-es partnerrel történt közösülésekről, egyébként is sokkal több partnerük volt. Több volt közöttük a droghasználó és az aktus közben kábítószert és alkoholt fogyasztó. Nagyobb hányaduk volt HSV-2 és CMV-pozitív, legtöbbjüknek volt életében nemi betegsége és közülük 2 HIV-pozitív volt.

A heteroszexuális férfiak (HeSZF) között a HHV-8-pozitívaknak több partnerük volt életük során. Egyiküknek sem volt HIV-pozitív partnere 6 hónapon belül. A HeSZF között nem volt összefüggés a vírus szerológiai leletek, STD-anamnézis és droghasználat között.

Megbeszélés

A HHV-8-pozitivitás aránya hasonló volt HSZF és HeSZF között, alacsonyabb, mint a korábbi felmérések szerint. Multivariáns analízis szerint a HSZF esetében a CMV-pozitivitás, az iv. droghasználat és a nem védett analis szex mutatott összefüggést a HHV-8-pozitivitással. Utóbbi adat szerint a HHV-8 a HSZF körében STD-nek számít. A transzmisszió mechanizmusa nem tisztázott. Kaposi sarcomásmás HIV-pozitív férfiakban a prostata a HHV-8 egyik rezervoárja. A nyálban egyéb herpesvírusokhoz hasonlóan megtalálható. Egy HIV-pozitívakra vonatkozó Seattle-i tanulmány szerint a Kaposi-sarcomások 75%-ának nyálában megtalálható volt HHV-8, szemben a nem Kaposi-sarcomásoknál észlelt 15%-kal (3).

Más vizsgálat szerint a nők cervicalis kenetében is kimutatható a HHV-8. Egy 96 HIV-pozitív férfira kiterjedő vizsgálat 27%-ukat találta HHV-8-pozitívnak. A laboratóriumi tesztek érzékenységének hiányosságaira utal, hogy egy vizsgálatban HIV + Kaposi-sarcomás férfiak 80%-ánál mutattak ki HHV-8-at. A tesztek fejlődésével talán a terjedés módjairól és kockázati tényezőiről is többet fogunk tudni. A HSZF körében észlelt, a korábbi vizsgálatoknál alacsonyabb szeroprevalencia a safe szex valamelyes térhódítására is utalhat. A HHV-8 átvitele szempontjából a receptív analis szex veszélyesebb, mint az inzertív. Valamelyest az anilingus is veszélyt jelent, bár a székletben nem sikerült PCR-ral HHV-8-t kimutatni. Egy új vizsgálat szerint a CMV molekuláris szinten serkenti a HHV-8 replikációját (4).

Mivel a tanulmány nem STD-betegek vagy HIV-gondozottak között vizsgálódik, eredményei sokkal jobban általánosíthatóak az össztársadalomra, hiszen sok alany teljesen

normális szexuális beállítottságú volt. Itt a helyszín megválasztásának vs. abban van szerepe, hogy a HSZF-k, promiszkúálók és drogosok azért értékelhető esetszámban legyenek jelen. Mindez egyben hátránya is a vizsgálatnak, tehát nem tud a valós arányokra építeni.

Ismertek a kérdőíves módszerek korlátai is (őszinteség?). Seattle-ben a HIV-fertőzöttség aránya az USA viszonylatában viszonylag alacsony. Vannak kiemelt Kaposi-sarcoma gyakoriságú városok (pl. New York). Mivel a vizsgálat prevalenciát és nem incidenciát számol, nem tudhatjuk, mennyi ebből a friss fertőzés aránya.

IRODALOM

1. Petermann, et al: Epidemiologic clues to the etiology of Kaposi's sarcoma. AIDS 1993;7:605-611.

2. Howard et al.: Detection of HHV-8 DNA in semen from HIV infected individuals but not healthy semen donors.

3. Vieira, et al. Transmissible Kaposi's sarcoma-associated herpesvirus (HHV-8) in saliva of men with a history of Kaposi's sarcoma.

4. Vieira, et al. Activation of Kaposi's sarcoma-associated herpes virus (HHV-8) lytic replication by human cytomegalovirus. Presented at the 2nd international Workshop on KSHV/HHV-8 and Related Agents. Oxford, 1999.

Referálta: Veres Gábor dr.,
Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar,
Bőr- és Nemikórtani Klinika

A Kaposi-sarcoma asszociált herpesvírus prevalenciája Uganda Rakai térségében élő, szexuálisan terjedő betegségekben szenvedő serdülők és fiatal felnőttek körében

Wawer MJ, Eng SM, Serwadda D, Sewankambo NK, Kiwanuka N, Li C és Gray RH

Sexually Transmitted Disease
2001 Febr;28(2):77-81.

A Kaposi-sarcoma asszociált herpesvírus (KSHV), más néven humán herpesvírus 8 (HHV8), a Kaposi-sarcomás elváltozásokban található (1). A fertőzés a betegség klinikai megjelenése előtt történik (2). A KSHV rokonságban áll az Epstein–Barr vírussal és a herpesvirus saimirivel, amelyek ismertek neoplasticus transzformáló képességükről (3). A KSHV-fertőzés viszonylag ritka a fejlett országokban, ahol a véradók, HIV-pozitív haemophiliások, nők és heteroszexuális férfiak között végzett vizsgálatok szerint azok 0–4%-a szeropozitív (4-7) Magasabb, 25% körüli a KSHV szeroprevalenciája Dél-Olaszországban, ahol a vírus endémiás (7). Az Egyesült Államokban és Nyugat-Európában a vírus átvitele döntően szexuális úton történik (6, 8). Magasabb KSHV szeroprevalenciát találtak Kaposi-sarcoma nélküli HIV-pozitív és HIV-negatív homoszexuális férfiakban (2, 6), valamint az STD-klinikák HIV-negatív betegeiben is (9). A KSHV-t kimutatták HIV-fertőzött heteroszexuális és homoszexuális férfiak ondójában (10, 11). Szintén összefüggés található a KSHV és az analis vagy oroanalis közösülés során fellépő fecalis kontaktus között (12, 13).

A KSHV epidemiológiáját és átvitelének módját még nem tanulmányozták alaposabban Afrika Szaharától délre eső területein, ahol a Kaposi-sarcoma endémiás. Szeroprevalenciai vizsgálatok adatai magas (50% feletti), KSHV-fertőzöttségre utalnak az ugandai HIV-pozitív és -negatív, Kaposi-sarcoma nélküli rákbetegek, (4) valamint a zambiai várandós nők között (14). Ugyancsak magas (a serdülőkor végére 50%-ot elérő) a vírus előfordulása pubertás előtti és serdülő gyermek körében Kampalában (Uganda) (15) és Kamerunban (16), a nem szexuális átvitelt valószínűsítve. A legtöbb afrikai tanulmány városi kórházakból származó mintákat vizsgált, így keveset tudunk a vidéki területek KSHV-fertőzöttségről. A cikk szerzői a Délnyugat-Uganda Rakai területén az átlagpopulációból véletlenszerűen választott fiatalokban vizsgálták a KSHV szeroprevalenciáját, és ezt összehasonlították a syphilisével és más szexuális úton átvitt vírusokéval (HSV-2, HIV-1).

56 vidéki közösség lakóit választották ki a vizsgálatokra a Rakai területről. A 15 és 59 év közötti jelentkezők 90%-a adott vénás vérmintát.

A szérumokat két különböző HIV-1 ELISA-val vizsgálták. Az egybecsengő pozitív eredményeket HIV-1-pozitív esetnek tekintették. Ellentmondó eredmények esetében a mintát tovább vizsgálták Western-blot technikával. A syphilis szűrésére a TRUST (Toluidine Red Unheated Serum Test) szolgált, a pozitív mintákat *Treponema pallidum* hemagglutinációs vizsgálattal erősítették meg.

523 véletlenszerűen választott személy – amely körülbelül 10%-a 15 és 29 év közötti szexuálisan aktív résztvevőknek – savóját vizsgálták HSV-2-fertőzés szempontjából immunoblot technikával, valamint KSHV antitestekre, hogy összehasonlítható legyen a KSHV epidemiológiája a HSV-2-jével, a HIV-1-ével és a syphilisével. További 17, a Kaposi-sarcoma jeleit mutató betegben vizsgálták KSHV-antitestek jelenlétét.

Két lépésben, először egy KSHV-fertőzött sejtvonalat használó indirekt immunfluoreszcens módszerrel, másodszor egy 20 kD-os rekombináns KSHV fehérjét alkalmazó

immunoblottal detektálták a KSHV-ellenes antitesteket. Mindkét vizsgálatot kétszer végezték el minden minta esetében, ellentétes eredmény esetében harmadszor is tesztelték a savókat. Csak a mindkét módszerrel pozitívnak talált mintákat tekintették KSHV-pozitívnak.

A statisztikai analízist a KSHV-szeropozitivitás és a szociodemográfiai és életmódbeli különbségek közötti összefüggés értékelésére a teljes populációra és nemek szerint lebontva is elvégezték. Értékelték a többi vizsgált STD-vel való összefüggést is.

Az 522 (egyet kizártak a vizsgálatból) szérumminta közül 201 (38,5%, a férfiak 42,7%-a, a nők 35,0%-a) volt KSHV-pozitív. Mindkét nem esetében a korral előrehaladva kismértékben csökkent a fertőzöttség mértéke. A magasabb iskolai végzettségű férfiak közül kevesebb volt pozitív, míg a nők között nem figyeltek meg ilyen jelenséget. Nem találtak összefüggést a KSHV-szerostatus és más szociodemográfiai változó között (családi állapot, képzettség, foglalkozás, gazdasági helyzet, latrina hozzáférhetősége). Érdekes, hogy a KSHV prevalencia a 12 elektromos árammal ellátott háztartás esetében 75,0%, míg a 498 elektromosság nélküli háztartásban 38,0% volt. A 17 KS-ban szenvedő beteg közül 16 (94,1%) volt KSHV-pozitív. KSHV-prevalencia nem növekedett a vizsgálatot megelőző évben létesített szexuális kapcsolatok magasabb számával és a korábbi évek partnereinek számával sem volt szignifikáns összefüggés.

Nem volt összefüggés a KSHV prevalencia és a HIV-1, syphilis vagy HSV-2 pozitivitás között. A HIV-pozitívak között a KSHV-pozitívak aránya alacsonyabb volt a HIV-negatívok között találthoz képest (28,9%, illetve 40,0%). A vizsgált STD-k között ugyanakkor kimutatható volt összefüggés. A HSV-2 fertőzöttség magasabb volt a HIV-pozitívakban (57,3%), mint a negatívokban (31,0%), illetve a pozitív syphilis szerológiával rendelkezőkben (69,2%), a syphilis negatívokhoz (33, 0%) képest.

A KSHV-val ellentétben, amely gyakoribb volt a férfiak körében, a HSV-2 és a HIV-1 prevalenciája a nők között volt magasabb (HSV-2: nők: 43, 3%, férfiak: 24,8%; HIV-1: nők: 19,8%, férfiak: 8,4%). Ugyancsak ellentétben a KSHV-val, amely szeroprevalenciája az életkorral csökkenő tendenciát mutatott, a HSV-2- és a HIV-1-fertőzöttség alacsony volt serdülőkben, és az életkorral progresszíven növekedett. Tehát a KSHV epidemiológiája ebben a populációban jelentősen különbözik a többi szexuálisan terjedő betegségétől.

Összefoglalva, a tanulmány a vizsgált populációban magas (38,5%) KSHV-szeroprevalenciát talált. Ez magasabb, mint a heteroszexuális észak-amerikai és európai közösségekben, és ez összhangban áll azzal, hogy Uganda a Kaposi-sarcomára ismerten hiperendémiás terület. A férfiak fertőzöttsége magasabb volt, mint a nőké, de ez a különbség nem ad magyarázatot a Kaposi-sarcoma a férfiak közötti 4–10-szer gyakoribb megjelenésére (18).

A vizsgálat a KSHV-fertőzöttség és az életkor közti fordított összefüggést talált. Ez ellentétben áll egy dél-afrikai kórházi betegpopulációt vizsgáló tanulmányban leírtakkal (19), és adódhat az ugandai vizsgálat szűk életkorhatáraiból, illetve a kórházi populáció sajátosságaiból.

Az elektromosság kivételével a társadalmi-gazdasági status nem befolyásolta a KSHV-prevalenciát.

A KSHV epidemiológiája ebben a populációban különbözött a többi STD esetében megfigyelttől. Bár a vizsgált STD-k előfordulása között kimutatható volt összefüggés, ez egyik esetben sem korrelált a KSHV-prevalenciával. A HSV-2 és a HIV-1 epidemiológiája a vírusos STD-k szokványos mintázatát követte, azaz az életkorral együtt nőtt a fertőzöttség mértéke és a férfiak között nagyobb volt ezen vírusok prevalenciája. Ebben a populációban a vizsgált személyek kevesebb mint 1%-a számolt be analis közösülésről vagy homoszexuális élményekről, s ez összhangban van az anorectalis STD-k és rectalis sérülések ritka előfordulásával. Ezért a nagymértékű átfertőzöttség ellenére a vaginalis közösülés valószínűleg nem elsődleges módja a KSHV átvitelének. Azonban, mivel kizárták a vizsgálatból a szexuálisan inaktív személyeket, a szexuális komponens KSHV terjedésében játszott szerepe nem ítélhető meg pontosan. Nem ismert továbbá a KSHV antitestek életideje, s ez korlátozza a korspecifikus adatok értékelhetőségét.

Korábbi afrikai vizsgálatok is inkább a nem szexuális átvitelt hangsúlyozták (15-17). A nyugati populációkban a szexualitással megfigyelt összefüggés inkább a nagyobb arányban létrejövő analis, illetve oroanalis kapcsolatok számlájára írható. Ez is inkább a oralis-fecalis, mint magában a genitalis terjedés mellett szól. Ezt alátámasztják a nagy-britanniai adatok, melyek a homoszexuális átvitel túlsúlyát találták.

Így további vizsgálatok szükségesek a KSHV szeroprevalenciáját illetően újszülöttek, gyermekek és fiatal serdülők körében, hogy az anya–gyermek vertikális átvitel, or-fecalis transzmisszió és esetleg más környezeti tényező KSHV terjedésében játszott szerepe tisztázódjon.

IRODALOM

1. Moore PS, et al. N Engl J Med 1995; 332:1181-1185.
2. Gao S-J, et al. N Engl J Med 1996; 335:233-241.
3. Moore PS, et al. J Virol 1996; 70:549-558.
4. Gao SJ, et al. Nature Med 1996; 2:925-928.
5. Kedes DH, et al. JAMA 1997; 6:478-481.
6. Martin JN, et al. N Engl J Med 1998; 338:948-954.
7. Whitby D, et al. J Nat Cancer Inst 1998; 90:395-397.
8. Grulich AE, et al. J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol 1999; 20:387-393.
9. Simpson GR, et al. Lancet 1996; 348:1133-1138.
10. Belec L, et al. AIDS 1998; 674-675.
11. Howard MR, et al. AIDS 1997; 11:15-19.
12. Beral V, et al. Lancet 1992; 339:632-635.
13. Grulich A, et al. Am J Epidemiol 1997; 145:673-679.

14. He J, et al. J Infect Dis 1998; 178:1787-1790.
15. Mayama S, et al. Int J Cancer 1998; 77:817-820
16. Gessain A, et al. Int J Cancer 1999; 12:189-192
17. Wawer MJ, et al. AIDS 1998; 12:1211-1225
18. Bourboulia D, et al. JAMA 1998; 280:31-32
19. Sital F, et al. N Engl J Med 1999; 340:1863-1871
20. Smith NA, et al. J Infect Dis 1999; 180:600-606

Referálta: Szakony József dr.,
Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Bőr- és Nemikórtani Klinika

Kikérdezésen alapuló STD-incidencia vizsgálatok megbízhatósága afroamerikai nők között

Kathleen F. Harrington, Ralph J. DiClemente, Gina M. Wingood, Richard A. Crosby, Sharina Person

Sexually Transmitted Diseases
2001; 28 (8):468-471.

A betegek elmondásán alapuló STD felmérések megbízhatósága kétes értékű. Ez felmerül a terápiás hatásosság kikérdezéssel nyert adatokból való megítélése esetében is (1-3). Az eddigi tanulmányok többsége szerint az objektív vizsgálatokkal alátámasztott fertőzöttség ellenére a megkérdezettek jelentős hányada nem számol be STD-ről (4-6). Azonban ezek a felmérések nem voltak prospektívek és randomizáltak. Ezen cikk egy magas rizikójú populációban célozza meg a kikérdezés megbízhatóságának felmérését.

Az STD fertőzöttség be nem vallásának több oka lehet:

- nem történt vizsgálat vagy nem született diagnózis,
- történt vizsgálat, de annak eredménye nem jutott a beteg tudomására,
- a beteg elhallgatta az eredményt. Ez utóbbi mértékét vizsgálta a tanulmány.

1996 és 1999 között 522 14 és 18 év közötti, legalább 6 hónapja szexuálisan aktív, magas rizikójú területekről (STD, kábítószer, munkanélküliség, erőszakos bűncselekmények) származó afroamerikai nőt vontak be a vizsgálatba. Ennek során 2 hüvelykenetet vettek, az egyiket *N. gonorrhoeae*-re és *C. trachomatis*ra vizsgáltak PCR-ral, a másikból *T. vaginalis* tenyésztés történt.

Átlagosan 28 nap múlva a vizsgált nőknek egy kérdőívet kellett kitölteniük arra vonatkozóan, hogy kaptak-e tájékoztatást az esetleges STD fertőzöttségükről, illetve részesültek-e kezelésben. Kihangsúlyozták az őszinte válaszadás fontosságát és biztosították a résztvevőket a diszkrécióról.

A mintavétel előtt a résztvevőket felvilágosító brosúrákkal látták el a három vizsgált STD-ről és az ingyenes kezelési lehetőségekről. Ezután a lányok fele – véletlenszerűen – egy HIV-vel és STD-vel kapcsolatos oktatóprogramban vett részt, a másik fele pedig egy, a helyes táplálkozást, fitnesst hangsúlyozó foglalkozássorozatot látogatott.

A pozitív eredménnyel rendelkező résztvevőket 4 nappal a vizsgálat után telefonon értesítették a diagnózisról és másnapra időpontot kaptak ingyenes kezelés céljából. Ezenfelül az összes vizsgált nőt írásban is értesítették a pozitív, illetve negatív eredményről.

Az 522 vizsgált nőből 43 nem tért vissza, így 479 személy adatait vizsgálták. Átlagéletkoruk 161,2 év volt. 28%-uk pozitív lett legalább egy STD-re: 4,8% *N. gonorrhoeae*-re, 17,1% *C. trachomatis*ra, 12,3% *T. vaginalis*ra, 4,5% mindhárom STD-re és 13,4% a háromból két STD-re.

Az összes pozitív személyt sikerült értesíteni az eredményről, és 134-ük közül 101 vetette alá magát kezelésnek.

A kérdőív kitöltése során szinte az összes (98,5–99,8%) negatív személy pontosan számolt be az eredményről. A pozitív alanyoknak azonban csak kevesebb mint háromnegyede (összesen 73,8%, ebből gonorrhoea 56,5%, Chlamydia 63,8%, trichomoniasis 74,6%) ismerte be a vizsgálat eredményét. A be nem ismerés mértéke az STD fajtájától függően szignifikánsan különböző volt. A páciensek életkora és a látogatott kurzus típusa nem befolyásolta szignifikánsan a válaszadást.

Azok, akik pontosan beszámoltak pozitív eredményükről (99 személy), nagyobb valószínűséggel jelentették, hogy részt vettek kezelésen is (84%, plusz 9% jelentette, hogy kezelték, de erről nem volt dokumentáció, 7% nem vett igénybe terápiát.) A betegségét be nem ismerő 35 személy közül senki nem jelentette, hogy kezelésen vett volna részt, holott 54%-uk azt valójában igénybe vette.

Összefoglalva, ezek az afroamerikai serdülőkorú lányok nem adtak megbízható és pontos választ, amikor STD diagnózisukról és kezelésükről kérdezték őket. Ezek alapján a szerzők arra a következtetésre jutottak, hogy az STD-kel kapcsolatos, kikérdezésen alapuló vizsgálatok eredményei pontatlanok lehetnek és alulbecsülhetik a valóságos incidenciaadatokat. A megfigyeltekből az is következik, hogy a serdülőkre egyéni szempontból is veszélyes lehet az STD-k elhallgatásának tendenciája. Ezért intenzívebb felvilágosító és tanácsadó tevékenységre van szükség, valamint megbízhatóbb, ha az STD-kel kapcsolatos adatokat a fiatalok orvosi nyilvántartásában is ellenőrzik.

Az STD-k elhallgatásának oka – különösen egy hangsúlyozottan diszkrét környezetben, ahol az őszinteség fontosságára is felhívták a figyelmet – tisztázatlan. Más szerzők

szerint felmerül a diagnózis elfelejtése (11, 12), az STD megértésének hiánya (4, 5, 13, 14), a szándékos elhallgatás az indiszkréciótól (5, 15) vagy a megbélyegzéstől (4, 5, 12, 15, 16) való félelem miatt. Ebben a vizsgálatban azonban megpróbálták minimalizálni ezeket a tényezőket (szóbeli és írásbeli értesítés, a diagnózis óta eltelt rövid idő, STD-oktatás, a diszkréció biztosítása által). Így a legvalószínűbb magyarázatnak a diagnózis szándékos elhallgatása tűnik. Ugyanakkor az STD-jüket elhallgató lányok csaknem fele a kezelési lehetőséget sem vette igénybe, lehetséges, hogy a betegség nem szándékos megtagadása miatt, azaz nem hitték el, hogy fertőzöttek. Azonban a különböző STD-k más-más mértékű elhallgatása ez ellen szól, különösen a gonorrhoea esetében, amelyet a legkevesebben vallottak be. Ezt a betegséget tekintik ugyanis általában a legsúlyosabbnak, amelyet csak a „rossz lányok" kapnak meg.

Mivel a fenti adatok egy behatárolt populáció viselkedését jelzik, a következtetések nem vonatkoztathatók pl. férfiakra, felnőttekre, és más etnikai csoportokra.

A tanulmány felhívja a figyelmet arra, hogy a válaszok megbízhatatlansága miatt a kikérdezésen alapuló STD felmérések hamis következtetésekhez vezethetnek.

IRODALOM

1. Fishbein M és mtsai. Sex Transm Dis 2000; 27: 101-110.
2. Pequegnat W és mtsai. Sex Transm Dis 2000; 27: 127-132.
3. Crosby RA és mtsai. Am J Prev Med 2000; 18: 312-317.
4. Clark LR és mtsai. J Adolesc Health 1997; 21:91-96.
5. Hornberger LL és mtsai. J Adolesc Health 1995; 16:235-239.
6. Hoffman S és mtsai. APHA Poster Present. Washington DC 1998.
7. Hook EW III, et al. J Clin Microbiol 1997; 35:2129-2132.
8. Hook EW III , et al. J Clin Microbiol 1997; 35:2133-2135.
9. Biomed Diagnistics I. Document no. 100-101 oct. 1995.
10. Gordon SM, et al. Clin Infect Dis 1993; 17:162-165.
11. Catania JA, et al. Psychol Bull 1990; 108:339-362.
12. Zenilman JM, et al. Sex Transm Dis 1995; 22:15-21.
13. McHugh MT, et al. JAMA 1992; 267:1610-1611.
14. Fleisher JM, et al. JAMA 1991; 266:1646.
15. Hingson R, et al. Am J Prev Med 1993; 9:62-64.
16. Turner CF, et al. Sex Transm Dis 1997; 24:522-527.
17. Smith K, et al. Arch Pediatr Adolesc Med (in pres)

Referálta: Dr. Szakonyi József,
Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar,
Bőr- és Nemikórtani Klinika

Az ulcus durum megjelenési formáit módosítja az egyidejűleg fennálló HIV-fertőzés

Anne M. Rompalo, John Lawlor, Phillip Seaman, Thomas C. Quinn, Jonathan M. Zenilman, Edward W. Hook III.

Sexually Transmitted Diseases 2001; 28(8) 448-454.

Közlemények szerint a genitalis ulcus (GU) a HIV-fertőzöttekben rövidebb idő alatt súlyosabb formában fejlődik ki, mint HIV-fertőzés nélkül (1). Egy korai syphilisszel foglalkozó prospektív Egyesült Államok-beli tanulmány szerint a HIV-fertőzöttek sánkerének gyógyulása hosszabb időt vett igénybe, bár a különbség nem volt statisztikailag szignifikáns (2). Egy baltimore-i tanulmány szerint a HIV-fertőzötteknek gyakrabban van gyógyulófélben lévő sánkerekkel járó második stádiumú syphilisük (3). Az ulcus durum mellett az ulcus molle is rosszabbul gyógyul HIV-fertőzöttekben (4). A herpes simplex vírus (HSV) okozta genitalis ulcus a HIV fertőzöttek immunstatusának romlásával párhuzamosan gyakrabban recidivál (5).

A HIV-fertőzésnek a genitalis ulcus etiológiájára és klinikai súlyosságára kifejtett szerepének további értékelése céljából a szerzők összehasonlították két nagyvárosi STD-klinikán megjelenő HIV-vírussal fertőzött és nem fertőzött betegek magatartásformáit, a genitalis ulcus mikrobiológiai kórokozóit és klinikai megjelenési formáit.

Egy prospektív tanulmány részeként, mely az STD-k átvitelében és a megfertőződésben szerepet játszó tényezőket vizsgálta, 1990. júliusától 1992. júliusáig vizsgálták két baltimore-i egészségügyi részleg STD-klinikáin jelentkező betegeket. A betegekről kérdőívet töltöttek ki, melyben rákérdeztek a genitalis fekélyek kialakulására, súlyosságára, az esetleges önkezelésre, a jelenlegi szexuális szokásokra, a partnerek számára és típusára (az elmúlt 30 napra összpontosítva), az STD (különösen a syphilis és általánosságban a GU) anamnézisre, valamint a drog- és alkoholfogyasztásra. RPR, FTA-ABS, HIV és HSV-2 szerológiai vizsgálatot végeztek és meghatározták a CD3+, CD4+ és CD8+ T lymphocytaszámot is. Sötétlátóteres vizsgálatokat, HSV szövettenyésztést és *Haemophylus (H.) ducreyi* tenyésztést végeztek, valamint fotódokumentáció készült a klinikai képről.

A vizsgált időszak alatt 1368 beteget (757 férfit és 611 nőt) vizsgáltak meg, közülük 214-nek (15,6%) volt genitalis fekélye, 160 (21,1%) férfinek és 54 (8,8%) nőnek. 1310 beteg (94,5%) engedélyezte HIV-teszt elvégzését, közülük 119-en (9%), 89 (12%) férfi és 30 (5%) nő HIV-pozitívok voltak. A genitalis fekélyben szenvedők közül 28 (14%), 25 (17%) férfi és 3 (6%) nő volt HIV-pozitív. Összehasonlításul az 1106

fős, nem genitalis ulcusos betegcsoportban 91-en (8%) voltak HIV-pozitívok (p=0,01). A genitalis ulcusos, különösen pedig az egyidejűleg HIV-fertőzött nők alacsony száma miatt e tanulmány a 151 genitalis ulcusos, HIV-tesztelésen átesett férfire összpontosít.

A HIV-fertőzött genitalis ulcusos férfiak életkorukat (30,5, illetve 27,8 év), előző havi szexuális partnereik számát (1,4, illetve 1,6) és genitalis herpeses anamnézisüket (4%, illetve 6%) tekintve hasonlóak voltak a nem HIV-fertőzöttekhez, azonban gyakrabban volt pozitív syphilises anamnézisük (38%, illetve 8%). A HIV-fertőzötteknek veszélyesebb magatartásformáik voltak: 40%-uk volt intravenás kábítószerező, több szexuális kapcsolatuk volt az elmúlt hónapban (32%), ezek az értékek a nem HIV-fertőzötteknél 10%, illetve 4,8% voltak.

A primer (9/25, 36%) és szekunder (3/25, 13%) syphilis a genitalis ulcus gyakoribb okai voltak HIV-fertőzötteknél, mint a HIV-negatívoknál (24/126, 19%, illetve 3/126, 2%). A HSV-2-t gyakrabban mutatták ki tenyésztéssel (50/101, 49%, illetve 3/20, 15%), illetve tenyésztéssel vagy szerokonverzióval (44%, illetve 8%) HIV-negatívoknál, mint HIV-pozitívoknál, a szerokonverzió aránya azonban azonos (14/61, 7%, illetve 3/9, 7%) volt. *H. ducreyit*, illetve együttes syphilist és HSV-fertőzést nem mutattak ki. A HIV-fertőzöttek 32%-ában (8/25) és a HIV-negatívok 35%-ában (43/126) a genitalis ulcust nem tudták egy specifikus STD-hez kötni.

A HIV pozitív és negatív betegek genitalis ulcusos anamnézise 10, illetve 11 napra nyúlt vissza A HIV-fertőzötteknek a másik csoporthoz viszonyítva gyakrabban volt mélyebb, nagyobb és többszörös fekélyük, de a különbségek nem voltak statisztikailag szignifikánsak. A HIV-fertőzöttek CD4+ sejtszáma átlagosan 664 volt. Hasonlóképpen nem volt szignifikáns különbség a HIV-pozitívok és -negatívok között a syphilises genitalis ulcus fennállási ideje, mélysége, nagysága, egyszeres vagy többszörös volta tekintetében

A tanulmányozott betegek körében a genitalis ulcus gyakoribb volt a HIV-fertőzöttek körében, és a HIV-pozitívok fekélyét többször okozta syphilis, mint HSV-fertőzés. A klinikai kép súlyosságát tekintve nem volt szignifikáns különbség HIV-status szerint. A HIV-fertőzött syphilises genitalis ulcusos betegek körében gyakoribb volt a szekunder syphilisszel együtt észlelt primer sánker, ez megfelel egy multicentrikus syphilisszel foglalkozó tanulmány eredményeinek (2,3). Nem eldönthető, hogy ez a HIV-fertőzötteknél vajon a primer szak szekunder stádiumba történő gyorsabb átmenetének vagy a primer sánkerek lassúbb gyógyulásának köszönhető-e. A laesiók hasonló fennállási ideje a HIV-pozitívok és -negatívok körében az előbbi feltételezésre utal: a HIV-fertőzöttek immunstatusának romlásával párhuzamosan a primer sánkerből gyorsabban áramolhatnak ki a treponemák és hozhatják létre a szekunder szakot, de az immunológiai változások az ulcus durum rosszabb gyógyhajlamához is vezethetnek.

Nagy népegészségügyi jelentősége van annak a megfigyelésnek, hogy a HIV-fertőzöttek genitalis fekélyeinek több mint felét friss syphilises fertőzés okozta. E csoport veszélyes magatartásformáinak megváltoztatása döntő jelentőségű a HIV-fertőzés fékentartásában. Szexuális partnereik gyors azonosítására a hagyományos kontaktuskutatás elégtelennek bizonyult. A HIV átvitelének csökkentése céljából sürgős e partnerek azonosítása, és inkubációs szakban lévő syphilisük, valamint a jövőben esetleg HIV-fertőzésük kezelése.

IRODALOM

1. Tramont EC. Syphilis in the AIDS era. N Eng J Med 1987; 316:1600-1601.

2. Rolfs RT, Joesoef MR, Hendershot EF, et al. A randomized trial of enhanced therapy for early syphilis in patients with and without human immundeficiency virus syndrome. N Eng J Med 1997; 337:307-314.

3. Hutchinson CM, Hook EW III, Shepherd M, Verley J, Rompalo AM. Altered clinical presentation of early syphilis in patients with human immunodeficiency virus infection.

4. Behets FM, Liomba G, Lule G, et al. Sexually transmitted diseases (STDs) and human immunodeficiency virus control in Malawi: a field study of genital ulcer disease. J Infect Dis 1995; 171:451-455.

5. Elrich KS, Mills J, Chatis P. Acyclovir resistant herpes simplex virus infection in patients with the acquired immunodeficiency syndrome. N Eng J Med 1098; 320:293-296.

Referálta: Dr. Forgács Balázs,
Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar,
Bőr- és Nemikórtani Klinika

Az urethra perzisztáló Mycoplasma genitalium fertőzésének összefüggése a visszatérő nongonococcalis urethritisszel

Maeda SI, Tamaki M, Kojima K, Yoshida T, Ishiko H, Yasuda M, Deguchi T.

Sexually Transmitted Diseases 2001; 28(8):472-476.

A visszatérő nongonococcalis urethritis (NGU) hetekkel az előző urethritis kezelésének befejezése után jelentkezik (1). A legtöbb ilyen esetben a *Chlamydia trachomatis*ra és

*Ureaplasma urealyticum*ra vizsgált minták negatív eredményt mutatnak, így a betegség oka ismeretlen marad.

A *Mycoplasma genitalium*ot először 1981-ben izolálták két nongonococcalis urethritisben szenvedő férfiból. Kezdetben nagyon nehéz volt kimutatni kórokozót, de az 1990-es években lehetővé vált annak PCR-rel való detektálása.(3, 4). A *M. genitalium*ot szignifikánsan gyakrabban találták meg akut nongonococcalis urethritisben szenvedő betegekben, mint egészséges társaikban (5-12). Továbbá a kórokozót intraurethralisan injektálva urethritist idéztek elő főemlősökben (13).

Számos tanulmány (5-17) megerősíti a feltételezést, hogy a *M. genitalium* okozza a nongonococcalis urethritist, de eddig még nem írták le az oki kapcsolatot a kórokozó és a visszatérő nongonococcalis urethritis között.

1999. áprilisa és 2000. májusa között 72 nongonococcalis urethritisben szenvedő japán férfit vizsgáltak a szerzők. A diagnózis feltétele Gram-festett urethrakenetben 1000-szeres nagyítással öt vagy több polymorphonuclearis leukocyta jelenléte legalább három látótérben. A betegek átlagéletkora 27 év volt (17 és 69 év között), mindannyian heteroszexuálisak voltak. Nyolcuknak már korábban is volt urethritise.

A gonorrhoea-fertőzést mikroszkóposan és tenyésztés útján kizárták. A *C. trachomatis*t, *M. genitalium*ot, *U. urealyticum*ot és *M. hominis*t PCR-rel detektálták a vizeletminták első frakciójából.

A betegek a vizsgálatot megelőző három hónapban nem kaptak antibiotikumot. A mintavétel után 14 napig 3-szor100 mg levofloxacin-kezelésben részesültek, és szexuális absztinenciára kérték őket erre az időre. A kezelés végén a tünetek jelenlététől függetlenül újravizsgálták őket a négy kórokozóra. A nongonococcalis urethritist klinikailag gyógyultnak tekintették, ha a tünetek enyhültek és az urethrakenet negatív volt.

Az ezt követő alkalmakkor is a fenti vizsgálatokat végezték el a pácienseken. Akkor tekintették a nongonococcalis urethritist visszatérőnek, ha a kezelés végén gyógyultnak talált urethritis tünetei 4 héten belül visszatértek absztinens vagy kondomot használó férfiakban, és ezt a pozitív kenet is megerősítette. Ezek a betegek 100 mg minocyclin vagy 2-sze 200 mg clarithromycin-terápiában részesültek 14 napon keresztül.

A 72 betegből 50-en tértek vissza a levofloxacin-kezelés után, ekkor 45 esetben gyógyultnak találták az urethritist, ötükben az perzisztált. A 45 gyógyult férfi közül 13 tért vissza 4 héten belül, közülük 6-ban diagnosztizálták a visszatérő nongonococcalis urethritist. Ebből 5 esetben kimutatták a *M. genitalium*ot (2 betegben a kezdeti vizsgálat *C. trachomatis*t is talált), egy férfi esetében pedig nem találtak kórokozót. Az első kezelés után az 5 beteg tünetei ugyan enyhültek és urethrakenetük negatívvá vált, vizeletükben kimutatható maradt a *M. genitalium*. Amikor a kiújult tünetekkel visszatértek, kenetvizsgálatuk pozitív lett és vizeletmintájukból csak a *M. genitalium*ot lehetett kimutatni.

A vizsgálatban 14 *M. genitalium* pozitív nongonococcalis urethritisben szenvedő beteg vett részt, akik közül 12 tért vissza a levofloxacin-kezelés után. Ebből 8 esetben továbbra is kimutatható maradt a *M. genitalium*. Egy beteg esetében a NGU perzisztált, a többi 7 pácienst gyógyultnak tekintették. A 7 gyógyult beteg közül 5 tért vissza nongonococcalis urethritisszel a második vizsgálat után.

Az öt *M. genitalium* pozitív nongonococcalis urethritises férfi közül három tért vissza a második kezelés után, és urethritisüket klinikailag gyógyultnak nyilvánították. Kettejüknek negatív, egy páciensnek azonban pozitív lett a *M. genitalium* vizsgálata. Ez a férfi 20 nap múlva visszajött nongonococcalis urethritis tüneteivel. Minocyclin-kezelés után az ő urethrakenete és vizeletmintája is negatívvá vált *M. genitalium*ra.

A *Mycoplasma pneumoniae* által okozott megbetegedések kezelése során a klinikai javulást nem mindig kíséri a mycoplasma korai eradikációja a légutakból (21), akkor sem, ha a beteg megfelelő mennyiségű antibiotikumot kap, amelyre a kórokozó in vitro érzékeny (22). A legtöbb antibiotikumnak, amellyel sikeresen kezelhetők a Mycoplasma-fertőzések, bakteriosztatikus hatása van; valószínűleg gyakran ezért lassú a *M. pneumoniae* eradikációja a lágy szövetekből.

Ezért ez a vizsgálat a levofloxacint alkalmazta a NGU kezelésére, mert azt várták, hogy a fluorokinolonok baktericid hatást fejtenek ki a mycoplasmákra. Azonban a 12 *M. genitalium* pozitív nongonococcalis urethritisben szenvedő beteg közül, aki levofloxacin-kezelésben részesült, 8-ban a terápia után is perzisztált a kórokozó. Ebben a vizsgálatban nem vizsgálták az *M. genitalium*ot törzsek antibiotikum-érzékenységét, így nem állapítható meg, hogy a levofloxacin kezelés sikertelenségét fluorokinolon-rezisztencia okozta-e, mint az a *M. hominis* és az *U. ureaplasma* esetében megfigyelhető (23, 24).

Egyes vizsgálatokban a levofloxacinnak csak mérsékelt in vitro hatása volt a *M. genitalium*mal szemben a tetracyclinek és a makrolidek magas antimycoplasmális aktivitásához képest (25, 26). Mindezek alapján valószínű, hogy az alkalmazott terápia elnyomja a mycoplasmák növekedését és átmeneti klinikai javulást okoz, de nem elég a kórokozó eradikálásához.

Korábbi tanulmányok is magas *M. genitalium* fertőzöttségi arányt találtak pertisztáló vagy rekurráló nongonococcalis urethritisban szenvedők esetében (16, 17).

Jelen tanulmány gyengéje a résztvevők kis száma, a kevés vizsgált kórokozó, és a visszatérő és az újrafertőződött nongonococcalis urethritis elkülönítésének nehézsége. További vizsgálatokra van szükség, hogy biztosan kimondható legyen a *M. genitalium* szerepe a visszatérő nongonococcalis urethritisben.

IRODALOM

1. Wong ES és mtsai. J Infect Dis 1988; 158: 1098-1101.

TANTUM® ROSA

granulátum hüvelyöblítéshez

nem szteroid, lokális

- gyulladás-csökkentő
- érzéstelenítő
- fájdalom-csillapító

...hogy betege jól érezze magát!

CSC PHARMACEUTICALS

CSC Pharmaceuticals LLC. Magyarországi Képviselete • 1118 Bp., Somlói út 30/a. • Telefon: 466-9844, Fax: 209-3856

2. Tully JG, et al. Lancet 1981; I:1288-91.
3. Palmer HM, et al. FEMS Microbiol Lett 1991; 71:199-204.
4. Jensen JS, et al. J Clin Microbiol 1990; 29: 46-50.
5. Horner PJ, et al. Lancet 1993; 342:582-585.
6. Jensen JS, et al. Genitourin Med 1993; 69: 265-269.
7. Deguchi T, et al.. Int J STD AIDS 1995; 6:144-145.
8. Janier M, et al. Sex Transm Dis 1995; 22:242-252.
9. Maeda S, et al. J Urol 1998; 159:405-407.
10. Gambini D, et al. Sex Transm Dis 2000; 27: 226-229.
11. Björnelius E, et al. Int J STD AIDS 2000; 11: 292-296.
12. Johannsson G, et al. Int J STD AIDS 2000; 11:324-326.
13. Tulli JG, et al. J Infect Dis 1986; 23:1046-1054.
14. Taylor-Robinson D, et al. Genitourin Med 1985; 61:319-324.
15. Taylor-Robinson D, et al. Lancet 1998; 351:12-15.
16. Hooton TN, et al. Lancet 1988; I:266-268.
17. Taylor-Robinson D, et al. Clin Infect Dis 1993; 17:66-68.
18. van Kuppeveld FJM, et al. Appl Environ Microbiol 1992; 58:2606-2615.
19. Saitou N, et al. Mol Biol Evol1987; 4:406-425.
20. Higgins DG, et al. Gene 1988; 73:2237-2244.
21. Smith CB, et al. N Engl J Med 1967; 276:1172-1175.
22. Taylor-Robinson D, et al. J Antimicrob Chemother 1997; 40: 622-630.
23. Bébéar CM, et al. J Antimicrob Chemother 1999; 43:954-956.
24. Bébéar CM, et al. J Antimicrob Chemother 2000; 44:2557-2560.
25. Renaudin H, et al. J Antimicrob Chemother 1992; 36:870-872.
26. Bébéar CM, et al. J Antimicrob Chemother 2000; 44: 1980-1982.

Referálta: Szakonyi József dr.
Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Bőr- és Nemikórtani Klinika

PCR által kimutatott *Mobiluncus* ssp. prevalenciája bakteriális vaginosisban szenvedő és egészséges nők között

Schwebke JR és Lawing LF

Sexually Transmitted Diseases
2001 Apr; 28(4):195-99.

Jóllehet, a bakteriális vaginosis (BV) a hüvelyi folyás hátterében álló leggyakoribb kórállapot, és szerepet játszik a koraszülés, valamint a HIV-fertőzés bekövetkeztében is, oka mégsem ismert (1-3). Mikrobiológiai vizsgálatok szerint az anaerob flóra túlsúlyba kerülése az alapvető változás, ami – epidemiológiai megfigyelések alapján – összefüggésben lehet a szexuális viselkedéssel (4).

A *Mobiluncus* ssp. a bakteriális vaginosissal legszorosabb kapcsolatban álló anaerob organizmusok között van. Az egészséges nők hüvelyváladékából csak ritkán kitenyészthető, de jelenléte nagy mértékben utal a bakteriális vaginosis fennállására (5). Bár a betegség jó markerének tartják, etiológiai szerepe tisztázatlan. Mivel a klinikai mintákból a kórokozók nehezen izolálhatók, a Gram-festés szenzitivitása nem ismert, a szerzők egy nagy érzékenységű PCR-t használtak, hogy összehasonlítsák a *Mobiluncus* ssp. prevalenciáját a BV-ben szenvedő és egészséges nőkben.

A szerzők 74 – egy STD klinikán BV miatt kezelt, valamint egészséges – nő hüvelyváladékát vizsgálták PCR módszerrel és Gram-festéssel (6). A hüvelyi mosófolyadékból a DNS-extrakció módosított Kasper-módszerrel történt. A DNS jelenlétét elektroforézissel igazolták. A PCR-hoz két különálló primer párt használtak a *Mobiluncus* ssp. és a *M. curtisii* esetében. A *M. mulieris* kimutatásához nem állt rendelkezésre specifikus primer. Negatív kontrollként a *Lactobacillus jensenni* szolgált, a pozitív kontroll a *M. curtisii* volt. A keneteket a hüvely lateralis faláról vették és Nugent és mtsai módszere alapján festették és értékelték (11). Ennek lényege, hogy a morfológiailag *Lactobacillus*anak, *Gardnerella/Pervotellá*-nak és *Mobinculus* ssp-nek megfelelő mikrobák mennyisége alapján egy mutaszámot képeznek, ami 0–3-ig normál, 4–6-ig átmeneti, 7–10-ig bakteriális vaginosisra jellemző flórára utal.

A statisztikai kiértékelés során Epi Info (12) használatával Fischer exact test vagy chi-négyzet próba történt.

58, bakteriális vaginosis miatt kezelt és 16, a fertőzés jeleit nem mutató nőből származó mintát vizsgáltak. A bakteriális vaginosisban szenvedők 84,5%-a, a kontrollcsoport 38%-a bizonyult *Mobiluncus*-pozitívnak PCR-ral. Ezek közül a *M. curtisii* a bakteriális vaginosisos betegek 65,3%-ában, a kontrollok 16,6%-ában volt kimutatható. A PCR-ral pozitívnak talált nők 75%-ában a Gram festés is bakteriális vaginosisra jellemző képet adott, a PCR-negatívok között ez az arány 32% volt. A PCR-ral pozitív nők esetében az átlagos Gram-pontszám 7,22, a negatívoknál 3,42 volt. A magas perevalnciájú csoportban 49 PCR-ral Mobinculus-pozitív bakteriális vaginosisban szenvedő nő közül Gram-festéssel 23, míg a PCR-negatívok közül egy esetben sem lehetett a Mobinculus morphotipust kimutatni. Ez a PCR-hoz viszonyítva 46,9%-os szenzitivitást és 100%-os specificitást jelent. Az alacsony prevalenciájú kontrollcsoportban, és olyan esetekben, mikor *M. curtisii*től eltérő altípus volt a predomináns, a Gram-festés érzékenysége 0% volt.

4 héttel a metronidazol- vagy placebo-gél kezelés megkezdése után 19 bakteriális vaginosisos betegből nyertek mintát. A placebóval kezeltek 92,8%-ánál (14-ből 13 esetben) az

eredmény megegyezett a kezelés előttivel, a kimutatott kórokozót illetően is. Az egyetlen eltérést mutató betegnél a kontrollvizsgálatnál nem lehetett bakteriális vaginosist kimutatni sem az Amsel-féle diagnosztikus kritériumok, sem a Gram-festés alapján. A metronidazollal kezelt betegek 60%-a esetében egyezett meg a kontroll PCR-vizsgálat a kezdetivel. Két, kezdetben *M. curtisii* pozitív és antibiotikummal kezelt beteg, akik klinikailag gyógyultak, a kontroll PCR-vizsgálattal is negatívnak bizonyult. Egy, perzisztáló *M. curtisii* fertőzéssel bíró beteg klinikailag sem javult, egy másik, a fennálló fertőzés ellenére tünetmentessé vált. Egy beteg esetében a kiindulási és a kontrollvizsgálat sem bizonyult pozitívnak. A placebóval kezelt betegek esetében tapasztalt magas konkordancia a PCR-vizsgálat megbízhatóságát igazolja. Bár az esetszám alacsony, a metronidazol kezelés ellenésre fennmaradó klinikai tünetek esetében kimutatott perzisztáló *M. curtisii* fertőzés figyelemet érdemel.

A 7 szekvenált PCR termék közül öt *M. curtisii*nek, kettő pedig (nem curtisii) *Mobiluncus*nak bizonyult, ez utóbbiakat génbank adataival való összehasonlítás *M. mulieris*ként azonosította.

A *Mobiluncus* PCR-ral vizsgált prevalenciája a bakteriális vaginosisban szenvedő nők között, hasonló volt a mikrobiológiai tenyésztéses technikákkal kimutatotthoz. A kontrollcsoportban a vártnál magasabb volt a prevalencia. Ennek oka az lehet, hogy a PCR magas érzékenysége miatt képes, alacsony, az egészséges nőkben is előforduló koncentrációkban is kimutatni a kórokozót. A nem kezelt nők kontrollvizsgálata minden esetben a baktériumok perzisztálását észlelte. Talán a legérdekesebb eredmény a kórokozók, bakteriális vaginosisban szenvedők és egészségesek közti megoszlása volt. Bár a kontrollcsoport 38%-ában mutattak ki *Mobiluncus*t, csak egy nő esetében igazolódott *M. curtisii*. Ez arra enged következtetni, hogy az egészséges nőkben a *M. mulieris* a domináns faj. A kezelés után is fennálló *M. curtisii* pozitivitás a terápia sikertelenségére utal, míg a *M. muliers* perzisztenciája gyógyult nők esetében is előfordulhat.

Ezek az eredmények alátámasztják azt a feltételezést, hogy a két faj közül a *M. curtisii* a virulensebb, és szerepet játszhat a bakteriális vaginosis patogenezisében (17, 18).

A Gram-festés szenzitivitása a PCR-hoz képest alacsony volt, főleg a kontroll csoportban. Ennek oka a kórokozók alacsony koncentrációja és az a tény lehetett, hogy a *M. mulieris* nehezebben látható, mint a *M. curtisii* (18).

Összefoglalva, a *Mobiluncus* ssp. PCR-ral való kimutatása szenzitív és specifikus. A módszer további előnye a tenyésztéshez képest, hogy alacsony koncentrációban is kimutatja a kórokozót.

A vizsgálat eredményei arra utalnak, hogy egészséges nőkben a vártnál gyakrabban fordulnak elő *Mobiluncus* fajok, és hogy különbség lehet a két alfaj egészségesek és bakteriális vaginosisban szenvedők közti megoszlásában.

A PCR továbbá alkalmasnak tűnik különböző betegcsoportok tanulmányozására és követéses vizsgálatokra, ami fényt deríthet a kórokozónak a BV pathogenezisében játszott szerepére.

IRODALOM

1. Eschenbach DA. Arch Gynecol Obstet 1993; 16: 282-287.
2. Schwbke JR, et al. Genito Urin Med 1977; 73: 333-334.
3. Taha TE, et al. AIDS 1998;12: 1699-1706.
4. Lossick JG, et al. Vaginitis and Vaginosis, New York, 1991: 77-84.
5. Thomason JL, et al. J Infect Dis 1984; 149:801-809.
6. Amsel R, et al. Am J Med 1983, 74: 14-22.
7. Shen AL, et al. J Biol Chem 1989, 264:7584-7589.
8. Tiveljung A, et al. APMIS 1995; 103:755-763.
9. Tiveljung A, et al. Int J Syst Bacteriol 1996; 46: 332-336.
10. Werle E, et al. Nucleic Acids Res 1994, 22:4354-4355.
11. Nugent RP, et al. J Clin Microbiol 1991, 29:297-301.
12. Dean A és mtsai, Epi Info, Atlanta 1994.
13. Robert MC, et al. J Infect Dis 1985; 152:74-77.
14. Holst E, et al. Vaginitis and Vaginosis, New York, 1991: 115-120.
15. Hillier SL, et al. Genito Urin Med 1991, 67:26-31.
16. Spiegel CA, et al. Int J Syst 1984; 34:177-184.
17. Schwebke , et al. J Clin Microbiol 1991; 29:2204-2208.
18. Moi H, et al. APMIS 1991; 99:1049-1054.
19. Glupezynski Y, et al. Eur J Cin Microbiol 1984; 3:33-35.
20. Weinbren NJ , et al. J Clin pathol 1986; 39:342-343.
21. Gomez-Garces JL és mtsai, Clin Infect Dis 1994; 19:1166-1167.
22. Edmiston CE és mtsai, Eur J Clin Microbiol Infect Dis 1989; 8:315-316.
23. Hillier SL és mtsai, N Ngl J Med 1988; 319:972-978.
24. Sewankambo N és mtsai, Lancet 1997; 350:546-550.
25. Schwebke JR és mtsai, Clin Diag Lab Immunol 1996; 3:567-569.

Referálta: *Szakony József dr.*,
Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar,
Bőr- és Nemikórtani Klinika

Kémiai kondomok a HIV-fertőzés prevenciójában: új szerek SHIV89.6PD ellenes hatásának értékelése in vitro és in vivo

Jonathan Weber és mtsai.

AIDS 2001; 15:1563-68.

Manapság a HIV-transzmisszió több mint 80%-a heteroszexuális kapcsolatok révén zajlik, ezért nagyon megnőtt az igény olyan anyagok iránt, mely meggátolja a vírustranszmissziót a kondomhasználatot negáló nők esetében.

A szóba jövő anyagok vagy a virionok lebontása, vagy azok veginális hámsejtekbe jutása révén fejtik ki hatásukat. Korábbi klinikai vizsgálatok a már használatos spermicid nonoxynol-9-cel történtek. Három randomizált vizsgálat során 75–100 mg N9-ről bizonyosott be, hogy szignifikánsan csökkentette a HIV-transzmissziót.

Két, természetesen is előforduló sulfatált polimer, a dextrin-2-szulfát (D2S) és a P2K és az ionophor peptid antibiotikum, a gramicidine-D in vitro antiretrovirális aktivitása már korábban is ismert volt.

A szerzők e négy anyag in vitro és in vivo hatásosságát vizsgálták. In vitro vizsgálatok során lymphoblastsejtek (C8166) felszínén kifejtett vírustranszformáció gátló hatását és ugyanezen sejtekre kifejtett cytotxicitási indexet vizsgálták. Az in vivo vizsgálatok Rhesus macaques majmokon történtek. Az térd-könyök helyzetben – úgy, hogy a fejük alacsonyabban volt, mint a fartájék – általános anaesthesiában altatott állatok vaginájába először az egyes vizsgált anyagokat, majd 15 perccel később SHIV 89.6PD oldatot juttattak. A folyamatot 3 óra múlva megismételték. Az állatok véréből plazma RNA és a 13 héten SIV antitest ELISA vizsgálatot, a nyirokcsomóiból, lépéből 9–13 hét múlva DNA vizsgálatot végeztek .

A kontrollcsoportban (4 állat) vizsgálati anyag nélkül végezték el a transzmissziót.

Közülük 3 majom fertőződött.

Az in vivo vizsgálatok során az N9 csoportban 4-ből 1 majom fertőződött. A D2S csoportban 4-ből 2, a P2K csoportban 8-ból 4. Itt két különböző koncentrációjú csoport volt, az alacsonyabb P2K (20mg/ml) koncentrációjában 4-ből 3, míg a magasabb (40 mg/ml) koncentrációjúban csak 4-ből 1 fertőződött. A GD csoportban 4-ből 2, a GD/D2S kombinácóval vizsgált csoportban mind a négy állat fertőződött.

A vizsgálatok igazolták, hogy a D2S és a P2K anyagok Rhesus macaques majmokon a vaginalis úton való SHIV transzmisszió valószínűségét szignifikánsan csökkentik, hasonló módon a N9-hez. Virucid gramicidine D2S-hez adása azonban nem vezetett megfelelő védelemhez.

Ennek magyarázata további explorációt igényel, hiszen az in vitro vizsgálatok eredménye alapján additiv hatásuk lett volna várható.

Az állatkísérletekben D2S és P2K anyagokkal elért eredmények alapján további fázis III randomizált vizsgálatok szükségesek a veszélyeztetett populációban az emberekben kifejtett hatásosság tanulmányozása céljából. 50%-os hatásosság megfelezhetné a HIV-transzmissziót a kondomot nem vagy rendszertelenül használó nők körében.

Referálta: dr. Holló Péter,
Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar,
Bőr- és Nemikórtani Klinika

A kondom birtoklása nem függ össze a kondom használatával és az STD megbetegedések csökkent prevalenciájával a kisebbségi, serdülő nők körében

Ralph J. DiClemente, Gina M. Wingood, Richard Crosby, Catlainn Sionean, Brenda K. Cobb, Kathy Harrington, Susan L. Davies, Edward W. Hook III, M. Kim Oh

Sexually Transmitted Diseases
2001; 28 (8): 444-447.

Háttér: a legtöbb, kondomhasználatra vonatkozó tanulmány felnőtteket vizsgált. Mivel a serdülőkorú kisebbségi nők különösen ki vannak téve az STD/HIV fertőzés lehetőségének, szükség volt ennek a populációnak a célzott vizsgálatára.

Cél: meghatározni, hogy vajon összefügg-e a megfigyelt kondom birtoklás a kondom használattal és a biológiailag megerősített STD-megbetegedésekkel.

Módszerek: a tanulmányba 522 szexuálisan aktív, fiatal fekete nőt vontak be Birmingham (Alabama) alacsony átlagjövedelmű negyedeiből.

Eredmények: a serdülők 8%-a tartott magánál gumióvszert, és a kondom birtoklás nem függött össze a kondom használattal.

Következtetés: a kondom birtoklása nem járul hozzá az STD/HIV prevenciós programok sikeréhez.

Több tanulmány tulajdonított fontos szerepet a kondom birtoklásnak az STD/HIV prevenció során, de csak kevés vizsgálat kutatta a gumióvszer birtoklása és használata közötti összefüggéseket (1-4). Egyetlen tanulmány sem hasz-

nált objektív biológiai markereket (pl. STD megbetegedések), csupán a bevallott kondomhasználatra alapozták a levont következtetéseket, melyek így ellentmondásosak is lehettek (8).

Módszerek

1996–1999 között 1130 tizenéves serdülőkorú szűrtek különböző intézményekben, iskolákban. Közülük 609 nőt lehetett bevonni a vizsgálatba, főleg olyan negyedekből, ahol magas a munkanélküliség, az erőszak, a szenvedélybetegségek és a nemi megbetegedések aránya. Beválasztható volt az a személy, aki 14–18 év közötti volt a kezdés időpontjában, és a megelőző hat hónapban már szexuálisan aktív volt. A jelen vizsgálat 522 nő (85,7%) adatát tartalmazza, a többiek kiestek a vizsgálatból, mivel nem voltak többé elérhetők.

Adatgyűjtés

Az adatgyűjtést az Alabama Egyetem Birmingham Családorvosi Klinikája végezte. A serdülők részt vettek egy beszélgetésen (kétszemközt), ahol képzett kérdezők szexuális szokásokra vonatkozó kérdéseket tettek fel, majd vaginalis mintavétel történt STD tesztelésre. A résztvevők 20 $ díjazásban részesültek.

A kérdezők megkérdezték, hogy tart-e magánál a vizsgált illető gumióvszert. Amennyiben igen, meg is kellett mutatnia. Kérdéseket tettek fel a legutóbbi 5 nemi aktusra vonatkozólag, használtak-e akkor gumióvszert, továbbá volt-e már valaha, illetve az utóbbi fél évben nemi megbetegedés.

Laboratóriumi teszteket végeztek *N. gonorrhoeae, C. trachomatis* és *T. vaginalis* igazolására (10-12).

Eredmények

A gumióvszer birtoklása nem mutatott összefüggést a kondom használattal és az STD-megbetegedésekkel. A serdülők 20%-a, akik arról számoltak be, hogy van náluk gumióvszer, nem tudta felmutatni a kondomot. Feltételezhető, hogy a bemondás alapján számított óvszerbirtoklás túlzó, nem megbízható adat. Az adatok azt sugallják, hogy az óvszer birtoklás önmagában nem elég, hogy befolyásolja a kondom használat, illetve az STD-megbetegedések arányát. Az adatok azt is sugallják, hogy az óvszer használat terén a férfi a meghatározó, mert csak az esetek kis százalékában tudja a serdülőkorú nő befolyásolni a férfit (14-16).

Következtetés

Az adatok azt mutatják, hogy a serdülőkorú kisebbségi nők között nincs különbség a gumióvszert maguknál tartók és a nem tartók óvszer használata, és a nemi megbetegedések között. Tehát a prevenciós programok óvszerbirtoklásra vonatkozó törekvései önmagukban nem elegendők az STD/HIV megbetegedések megelőzésére a vizsgált populációban.

Referálta: Dr. Bíró László,
Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar,
Bőr- és Nemikórtani Klinika

HIV-1 szerokonverzió az Amerikai Egyesült Államok hadseregének (US Army) aktív állományában 1985–1999 között

Philip O Renzullo, Warren B Sateren, Robin P. Garner, Mark J. Milazzo, Deborah L. Birx, John G Mc Neil

AIDS 2001; 15 (12): 1569-1574.

Az USA járványügyi hatóságai nagy erőfeszítéseket tesznek a HIV-járvány megfékezésére, a prevenciós programok hatékonyságának felmérésére. A kockázati csoportba tartozók körében végzett szűrések kiváló információt nyújtanak a HIV-fertőzés kockázatának fokáról (1). Hasonlóan jók a populáció alapú vizsgálatok is az összpopulációra vonatkozó kockázatfelmérésre. Az US Army aktív állománya megfelelő csoportnak tűnik az összpopuláció modellezésére, mivel dinamikus, kicserélődő populációt képez.

Módszerek

A vizsgálat 1985, a HIV-1 szűrő program katonaságnál történt bevezetésétől 1999-ig terjed. ELISA tesztet használtak. A pozitív teszteket megismételték és az ismét pozitívakat Western blot analisisnek vetették alá (legalább kettő az alábbi sávokból: p24, gp41, gp120 és/vagy gp160). A nem egyértelmű Western blot leleteket egyéb teszttel erősítették meg (pl. PCR).

Végpontok

Pozitív teszt, 1999. december 31. A szerokonverzió időpontja: az utolsó negatív és a pozitív teszt közben eltelt idő középpontja. Páciens-év (PÉ): az első negatív teszttől a szerokonverzióig vagy a végpontig. HIV-1 incidencia: a szerokonverziók száma 1000 PÉ alatt.

A demográfiai adatokat kérdőíves adatbázisból nyerték (Epinfo, JMP). Demográfiai adatok: életkor, rassz, nem, családi állapot, katonai szolgálati idő hossza, rendfokozat.

Eredmények

1985, a HIV-1 szűrő program katonaságnál történt bevezetésétől 1999-ig 2582 infekciót szűrtek ki. A vizsgált időszakban, szolgálatban levő 2 004 903 katona közül 1275-nél (49,4%) következett be szerokonverzió a 7 700 231 PÉ alatt. A fennmaradó 1307 esetben a szerokonverzió időpontja nem ismert. Az éves incidencia eléggé változékony volt, a legmagasabb az 1985/86-os évben 0,45/1000 PÉ, a legjobb 1999-ben 0,08/1000 PÉ volt. A vizsgált időszakban statisztikailag szignifikáns csökkenést mutatott. Férfiak esetében az IR az össz-IR-től szignifikánsan nem tért el, nők esetében az 1985/86-os 0,26/1000 PÉ-től az 1999-es 0,05/1000 PÉ-ig

terjed. Érdekes módon nők esetében az IR 1992-től 1997-ig (nem szignifikánsan) emelkedett.

Demográfiai faktorok

A 25 év alatti szerokonverterek az esetek 45,3%-át képezik. Idősebb házas katonáknál az incidencia kisebb, nem házasoknál magasabb. Ezek a trendek statisztikailag nem szignifikánsak.

A feketék között aránytalanul magasabb volt a szerokonverzió aránya.

Férfiak esetében a szerokonverzió aránya szintén magasabb volt.

Az incidencia csúcsa nőknél 20 év alatt, férfiaknál 20–24 év között volt.

A szerokonverterek 61,2%-a hajadon/nőtlen volt, a házasokhoz képest kétszeres IR-rel.

Az életkor előrehaladtával a hajadon és férjezett nők IR-je egyaránt csökkent és konvergált, férfiaknál csak házas férfiak esetében csökkent. Férjezett nők IR-je: 0.05/1000 PÉ, hajadon nők IR-je 0,1/1000 PÉ, házas férfiak IR-je 0,12/1000 PÉ, nőtlen férfiaké: 0,26/1000 PÉ.

A szerokonverterek 61,3%-a legalább 3 éve szolgált. Feketéknél és fehéreknél az IR csökkent a szolgálati idő előrehaladtával, spanyoloknál csökkent.

A szerokonverterek 97%-a közkatona volt. Az életkor- és rasszfüggő IR különbözött a tisztek és közkatonák esetében. Fehéreknél az életkor előrehaladtával az IR tisztek és közkatonák esetében egyaránt csökkent, feketéknél az életkor előrehaladtával az IR csökkent közkatonák, nőtt tisztek esetében.

Megbeszélés

A katonaság jó populációs mintát jelent a HIV epidemiológiai tanulmányozásához. Az itteni magatartásminták emelkedett kockázatot jelentnek. *Renzullo* (2) és mtsai közölték az első eset-kontrollált tanulmányt. Emelkedett kockátatot találtak homoszexuálisoknál, véres szexuális eseményeknél, prostituáltakkal való aktusban és IDU-soknál. *Levin* és mtsai (3) szignifikánsan emelkedett kockázatot találtak 6 vagy több „life-time" szexpartner esetén, a „megismerkedés napján rögtön lefekvők" esetében és 3 vagy több aktuális partner esetén.

Egy újabb vizsgálat emelkedett STD-előfordulási arányt talált a seregben. Az STD-k „life-time"-prevalenciája 19,9% egy adott katona esetében. A nőknél ez az arány nagyobb, 29,5% vs. 18,3%. A szexuálisan aktív nem házas katonák 44,3%-a használt óvszert legutóbbi aktusa során. Sok tényező magyarázhatja az emelkedett kockázatot: első ízben távol otthontól, fiatal kor, nem házas státusz, kockázatvállaló (felelőtlen) légkör.

Az IDU is növeli a kockázatot. A seregben fokozottan kutatják és szankcionálják a kábítószer fogyasztókat, ezért itt alacsonyabb a drogosok aránya, mint az átlag populációban. A katonák 4,9%-a fogyasztott tiltott drogot (a marihuánán kívül) a legutóbbi egy évben. Gyakrabban fogyasztanak kábítószert: férfiak, fiatalabbak, alacsonyabban képzettek, nem házasok, alacsonyabb rangúak.

Ennek a tanulmánynak két fő előnye van.

A csoport több mint 2 millió személyt vizsgál majdnem 8 millió PÉ követés során, több mint 14 évig. A demográfiai információ értéke is nagy.

Hátránya bizonyos adatok ellenőrizhetőségének hiánya: magatartás, STD-k az anamnézisben, egyéb biológiai adatok. Önkényes a szerokonverzió időpontjának kijelölése. Valószínűleg alulbecsüli a legutóbbi év HIV-incidencia adatait. Aki ebben az évben válik szerokonverterré, annál mind az utolsó negatív, mind az első pozitív teszt a legutóbbi évben jelenik meg.

IRODALOM

1. Kaslow RA, et al. The multicenter AIDS cohort study: rationale, organization, and selected characteristics of the participants. Am J Epidemiol 1987; 126:310-318.

2. Renzullo PO et al. Risk factors for prevalent human immunodeficiency virus infection in active duty Army men who initially report no identified risk: a case-control study. J AIDS 1990; 3:266-271.

3. Levin LI et al. HIV-1 seroconversion and risk behaviors among young men in the US Army. Am J Public Health 1995; 85:1500-1506.

Referálta: Dr. Veres Gábor,
Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar,
Bőr- és Nemikórtani Klinika

Az STD-rizikó felbecsülése és monitorozása az egymással szexuális kapcsolatban lévő férfiak közt

Kenneth H. Mayer, Jeffrey D. Klausner, H. Hunter Handsfield

Sexually Transmitted Diseases 2001; 28 (8):464-467.

Az 1970-es években a gonorrhoea, syphilis és egyéb STD előfordulása magas volt az egymással szexuális kapcsolatban lévő férfiak közt (férfi ,aki szexuális kapcsolatot létesít másik férfival = FSF). Az 1980-as évek elején, az AIDS megjelenésével az STD aránya csökkent a FSF-eknél az egészségügyi felvilágosítás,az oktatás és egyéb prevenciók következtében. Az 1990-es évek közepére tizedrészére csök-

kent a gonorrhoea és a syphilis az FSF-k között mind az Egyesült Államokban, mind a többi ipari országban.

Azonban a trend ismét megfordult az 1990-es évek végére, és az STD előfordulása ismét nő az FSF-k közt.

Gonorrhoeás urethritis aránya 1992-ben 4,5% volt, 1999-ben 13,2%-ra nőtt (1). A syphilis, melyet eliminálták Washingtonból és King Countyból, ismét megjelent 1997-ben, 1999-ben 100 000 FSF-re 160 syphilises megbetegedés jutott. San Franciscóban is nőtt a *Chlamydia* előfordulása. Hasonló a trend Ausztráliában, Kanadában és Ny-Európában is. Az STD számának növekedésével párhuzamosan a HIV-incidencia is nőtt (2).

Ez a trend érthetetlen, elképzelhető, hogy a hatékony antiretroviralis terápia a HIV-transzmisszió prevenciójában, illetve az antivirális kemoterápia lehetősége a HIV-betegség komolyságát csökkentette. Egyes szerző szerint a korábban éber FSF-k is „belefáradtak a csatába"(3). A jelenlegi trend hangsúlyozza a HIV-vel fertőzött személyek felelősségét a partnereikkel szemben a HIV-vel történő infectio kivédésében. A HIV-esek 2/3-a tisztában van betegségével, akiket megfelelő egészségügyi gondozásban is részesítenek és számtalan rizikócsökkentő tanáccsal látnak el.

Tao és mtsai azt állítják, hogy a legtöbb elsődleges egészségügyi ellátó nem becsüli fel betegeinek STD-rizikóját, a klinikusok számára nincs kidolgozva megfelelő prevenciós strarégia – ehhez megfelelő eljárási útmutató kell. Két ilyen útmutatót dolgoztak ki, egyet Californiában, a másikat Seattle-ben. Mindkettő hangsúlyozza annak fontosságát, hogy az egészségügyi ellátók megértsék, hogy a legtöbb HIV-vel fertőzött betegeik szexuálisan aktívak maradnak és folytatják tovább a védekezés nélküli coitust, tehát az aktív rizikó nyilvánvaló. Mindkét útmutató (California, Seattle-i) már kezdetben ajánlja az FSF-k syphilis szerológiai tesztet, a torokleoltást és a rectalis tenyésztést *Neisseria gonorrhoeá*-ra. A californiai útmutató ajánlja az urethralis *Neisseria gonorrhoea* és *Chlamydia trachomatis* infectio monitorozását PCR-ral. A seattle-i a rectalis Chlamydia-monitorozását ajánlja a tünetmentes FSF-eknél.

Mindkét útmutató fontosnak tartja a HSV-2 szerológiai tesztelését a HSV glycoprotein elleni antitest monitorozásán alapuló teszttel. Fontos, mert a legtöbb HSV-2-infectio szubklinikai, de mind a tünetes, mind a tünetmentes HSV-2-vel fertőzött személy növeli a HIV transzmisszióját. Seattle évi STD monitorozást ajánl az összes szexuálisan aktív FSF-nél, míg a californiai csak a kezdeti vizitnél.

Mindkét irányvonal ajánlja a magas rizikófaktorú személyeknél a 3 hónaptól 6 hónapos időközönkénti ismételt ellenőrzést. Mindketten ajánlják a hepatitis A és B elleni immunizálást.

Összefoglalva mindkét útmutató együttesen hozzájárul a még hatékonyabb stratégia kidolgozásához a HIV- és egyéb STD-prevenció érdekében.

IRODALOM

1. Centers for Disease Control and Prevention. Gonorrhea among men who have sex with men-selected STD clinics, 1993-1996. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 1997,46.

2. Cohen DE, Mayer KH: Increasing rates of syphilis and gonorrhea among men who have sex with men at a Boston community center, 1997-1999.

3. Stall RD , Hays RB et al.: The gay '90s: a review of research in the 1990s on sexual behavior and HIV risk among men who have sex with men AIDS 2000,14(suppl.3): S1-S14.

Referálta: Dr. Kaszás Annamária,
Országos Bőr-Nemikórtani Intézet

A világon működő különböző HIV-figyelőszolgálatok minőségének vizsgálata: ki hogyan követi nyomon az epidémiát?

Neff Walker, Jesus M. Garcia-Calleja, Laura Heaton, Emil Asamoah-Odej, Gilles Poumerol, Stefano Lazzari, Peter D. Ghys, Bernhard Schwartländer, Karen A. Stanecki

AIDS 2001; 15(12):1545-54.

HIV/AIDS felügyelet céljainak egyike az epidémia kiterjedésének meghatározása. Még fontosabb az epidémia változásának, trendjének nyomonkövetése az idő múlásával.

1988-ban a WHO létrehozta a HIV-felügyelő szolgálatot, mely monitorozza A HIV-epidémia terjedését időbeni változását.

Ez a cikk a különböző országok HIV-felügyelő szolgálatának (HFS) hatékonyságát tekinti át.

Az epidémiát, előfordulásuk szerint három csoportba osztották:

- *Alacsony az epidémia* azokban az országokban, ahol a legmagasabb rizikónak kitett szubpopulációban a HIV-prevalencia nem haladja meg az 5%-ot. Az epidémia ilyen szintjén a monitorozást a legmagasabb rizikójú csoportban kell végrehajtani.
- *Koncentrált az epidémia,* ahol a HIV-prevalencia a legmagasabb rizikónak kitett szubpopulációban meg- haladja az 5%-ot, és a városokban élő felnőtt lakosság körében (15-49) 1% alatt van a prevalencia. Ilyen esetekben a

HSF-t a magas rizikójú és az urbanizált területeken élő felnőtt lakosságra kell kiterjeszteni.

- 3. *Generalizált epidemiáról* akkor beszélünk, ha a HIV-prevalencia a városokban élő felnőtt lakosság körében (15–49) 1% felett van, ilyen esetekben a HSF-t ki kell terjeszteni a vidéki lakosságra is, a városiak és a magas rizikócsoport mellett.

(Magas rizikócsoporton a drogfüggőket, szexiparban dolgozókat és a homosexálisokat értjük).

A HSF minőségének meghatározásának 4 dimenziója van:

- 1. az adatgyűjtések rendszeressége,
- 2. a populáció alkalmassága,
- 3. a mért idő alatt a hely és a csoportok következetessége,
- 4. a vizsgált csoport reprezentálja –e a felnőtt lakosságot.

A HSF működésének minőség szerinti pontozása.

1. Gyakoriság, rendszeresség. Azok az országok, melyek az utóbbi 2 évben gyűjtöttek adatot, azok1 pontot, a többiek nem kaptak pontot.

2. A lakosság alkalmassága. Azok az országok, melyek az utolsó 5 évben mind a városban, mind a vidéken élő terhes nők és magas rizikócsoportú emberek helyzetéről gyűjtöttek adatot, 1 pontot kaptak, a többi ország nem kapott semmit.

3. Következetesség. A következetességet 3 pontos skálán nézték. 0 volt, ha a városban és vidéken élő terhes nők helyzetéről nincs egy tiszta módszer kidolgozva. 2 pont , ha egy világos módszer van kifejlesztve: amikor is minden adatgyűjtési ciklusban ugyanazokról a helyekről gyűjtenek adatot. 1pont, ha vannak olyan helyek, ahonnan ismételten gyűjtenek adatokat.

4. Reprezentáció:

0 – ha nagyon gyér volt,
1 – ha kielégítő volt,
2 – ha jó reprezentatív példa volt mind a városi, mind a vidéki helyzetről.

A HSF működésének minőségét 0–11-ig pontozták. Kiváló volt, ha 8 vagy több pontot ért el. Közepes volt, ha a magas kvalitású rendszer majdnem, de nem az összes tulajdonságának felelt meg (5–7 pont között). 5 pont alatt nagyon rossz vagy nem működik a HSF.

Eredmények

167 ország közül 55-ben általános, 46-ban koncentrált, 53-ban alacsony az epidémia.

Latin-Amerikában és a Karib térségben 12 országban generalizált epidémia van. Ezen belül 3 országban kielégítő az epidémia nyomonkövetése, a többi országban a rendszer nem nyújt megfelelő információt. Ebben a regióban 17 országban alacsony vagy koncentrált az epidémia. Csak 3 országban vannak használható adatok, a többieknél nagyon rossz a HSF.

Szub-Sahara. Ebben a regióban pandémiás a HIV/AIDS. 42 ország közül 12ánél kiválóan működik a HSF, 16 országban még az alapkövetelményeket sem éri el. A maradék 14 országban többé-kevésbé hatékonyan működik a rendszer.

Ázsia. 3 országban generalizált az epidémia (Kambodzsa, Thaiföld és Myanmar), de itt kiválóan működik a figyelő szolgálat. A maradék 17 ország közül 4-nek megfelel a minősége az adatszolgáltatásnak (idetartozik Banglades is), a többi esetben rosszul működik.

India. Néhány államnál a rendszer jól funkcionál, azonban vannak olyan államok, ahol generalizált az epidémia, de az adatszolgáltatások nem reprezentálják a vidéki lakosságot. Más államban pedig az a gond, hogy bár az epidémia alacsony vagy koncentrált, elsősorban csak a magas rizikócsoportba tartozó egyedekről gyűjtenek adatot.

Kína. A nemzetközi HSF Kínában elsősorban a populáció 6 csoportjáról (drogosok, STD betegek, szexiparban dolgozók, kamionosok, terhes nők, rendszeres véradók).

Kelet -és Közép-Európa. Az epidémia itt alacsony vagy koncentrált. 3 országban kiváló a HSF: Lengyelország, Szlovákia, Csehország, még másik háromban viszonylag jól fejlett, a többi országban rosszul működik és megbízhatatlan az adatgyűjtés.

Észak-Afrika és Közel-Kelet. Ezekben az országokban általában alacsony vagy koncentrált az epidémia (kivéve Szudánt). 4 országban alapszintű a HSF, nincs olyan ország, amely megfelelő módon követné a HIV-epidémiát, azonban mégis a legtöbb országban alkalomszerűen végzett tanulmányok arra utalnak, hogy a HIV nem terjed szignifikánsan az általagpopulációban.

Összefoglalva: az egyik legnagyobb gondja a HSF-nek, hogy adatai nem fedik le a vidéki lakosokat, illetve nem következetesek a különböző időben gyűjtött adatok.

Referálta: Dr. Kaszás Annamária,
Országos Bőr-Nemikórtani Intézet

Homoszexuális férfiak STD- és HIV-szűrési irányelvei

Népegészségtan – Seattle és King megye

Sexually Transmitted Diseases 2001; 28(8):457-459.

A következő irányelveket a syphilis, gonorrhoea és Chlamydia-fertőzések gyakoribbá válása miatt fejlesztették ki, melyek a HIV átvitelének veszélyét is növelik (1). Az ipari országok homoszexuális férfiai között az STD-k és a HIV-

fertőzés átvitelét elősegítő veszélyes magatartásformák elterjedtté váltak 2, és valószínűleg ezek az ajánlások a más földrajzi területeken lakó homoszexuális férfiak esetében is széleskörűen alkalmazhatóak. Azonban egy adott területen a legjobban használható irányelvek kidolgozásához figyelembe kell venni a lokális trendeket és a regionálisan gyűjtött adatokat. A HIV-pozitív és -negatív homoszexuális férfiak körében egyaránt gyakoriak az STD-k, a védekezés nélküli és az anonim partnerrel történő szex. Ennek okai bizonytalanok, talán szerepet játszik ebben a HIV-fertőzés eredményesebb kezelése és a meghosszabbodott túlélési idő is.

Szűrési ajánlások

Szexuális anamnézis. Előítéletmentesen rá kell kérdezni a szexuális aktivitásra, a homo-, bi- vagy heteroszexualitásra.

Minden, az előző évben szexuálisan aktív homoszexuális férfinél legalább évente egyszer el kell végezni a HIV (ha HIV-negatív vagy előzőleg nem tesztelt) és a syphilis szerológiai vizsgálatot, valamint *Neisseria (N.) gonorrhoeae*-re a torokváladék tenyésztést.

Az előző évben anális szexet folytató homoszexuális férfiaknál legalább évente egyszer el kell végezni *N. gonorrhoeae*-re és *C. trachomatis*ra a rectalis tenyésztést.

A fenti szűrővizsgálatokat gyakrabban (pl. három-hat hónaponta) el kell végezni az anonim vagy több szexuális partnerrel érintkező homoszexuális férfiaknál.

Urethralis fertőzések szűrővizsgálata. A *N. gonorrhoeae* és a *C. trachomatis* ritkán okoz tünetmentes fertőzést a homoszexuális férfiaknál, ezért e fertőzések szűrővizsgálata urethritisre utaló tünetek nélkül nem indikált.

Óvszerhasználat és HIV-status. Analis közösülés esetén is ajánlani kell alkalmazásukat a HIV-statustól függetlenül.

Diagnosztikus vizsgálatok. Homoszexuális férfiak esetén a klinikusoknak rutinszerűen kell keresni az STD tüneteit, a fluort, a dysuriát, az anorectalis tüneteket (pl. fájdalom, viszketés, váladékozás, vérzés), a genitalis vagy anorectalis fekélyeket vagy egyéb tüneteket, valamint a bőrkiütéseket, és ezeknek megfelelő diagnosztikus vizsgálatokat kell végezniük.

Vírusos hepatitis. A hepatitis A (HAV) vagy B (HBV) vírus fertőzésen még nem átesett vagy védőoltásban még nem részesült homoszexuális férfiaknál szerológiai vizsgálatot kell végezni. Ha a páciens kontrollokon való megjelenése bizonytalan, a szerológiai vizsgálattal egyidejűleg be kell adni a HAV és HBV védőoltást, mivel az immunizáció nem ártalmas a fertőzésen átesett vagy a védőoltásban már részesült páciens esetében. Fogékonyság esetén az immunizációt (további egy HAV, illetve két HBV védőoltás) folytatni kell.

Herpes simplex vírus (HSV) fertőzés. A HSV-1 és HSV-2 fertőzés prevalenciája magas a homoszexuális férfiak körében, és a tünetes és tünetmentes HSV fertőzés egyaránt fokozza a HIV-fertőződés és átvitel kockázatát. Ráadásul a HIV-fertőzöttek hajlamosak a krónikusan fennálló mucocutan ulceratiókra és egyéb szövődményekre, ezért néhány szakértő a homoszexuális férfiak rutin HSV szűrését ajánlja. Ezt a tesztelést csak a típusspecifikus HSV glikoprotein G antitesttel szabad végezni, más szerológiai teszt nem tudja pontosan elkülöníteni a HSV-1 és HSV-2 antitestet egymástól. A HSV, különösen pedig a HSV-2, szeropozitív homoszexuális férfiakat fel kell világosítani a HIV-fertőződés vagy átvitel fokozott kockázatáról és az anogenitalis herpes tüneteinek – beleértve a prodromális szakot, az enyhe vagy nem specifikus tüneteket is – felismeréséről.

Bejelentés

A bejelentés a lokális és regionális epidemiológia megértése útján segít a HIV- és STD-prevencióban, az erőforrások összpontosításában, elősegítheti a betegek szexpartnereinek bejelentését és kezelését is. Washington államban a HIV és a Chlamydia-fertőzés, a syphilis, a gonorrhoea, a vírusos hepatitis és az először jelentkező anogenitalis herpes bejelentendő STD.

Tanácsadás

Nem lehet túlbecsülni a homoszexuális férfiak tanácsadásának a HIV és más STD fertőzés terjedésének csökkentésében betöltött jelentőségét. A tanácsadásnak „kliens központúnak", közvetlennek és előítéletmentesnek kell lennie.

A homoszexuális férfinek ismertetnie kell szexuális partnereivel HIV-pozitív vagy -negatív voltát, és tájékozódnia kell partnerei HIV-statusáról is.

Helyesen és állandóan kell használnia az óvszert férfival vagy nővel történő analis és vaginalis coitus esetén, kivéve ha mindkét partnernek ugyanaz a HIV szerostatus és legalább három hónapig viszonylagosan monogám kapcsolatban vannak.

A homoszexuális férfinek kerülnie vagy minimalizálni kell a több vagy az anonim partnerrel történő, valamint a droghasználattal vagy az alkoholabusussal együttjáró szexuális kapcsolatot.

A homoszexuális férfiakat fel kell világosítani a HIV- és STD-fertőzések tüneteiről, felismerésükről, és arról, hogy kerüljék a szexuális érintkezést (még óvszerhasználat mellett is) ezek fennállásakor.

A homoszexuális férfinek még alacsony HIV plazmaszint, illetve antiretrovirális kezelés mellett is követnie kell a fenti utasításokat. Az alacsony HIV plazmaszint nem feltétlenül csökkenti az átvitel veszélyét, mivel a HIV jelen lehet az ondóban vagy a tünetmentes genitalis laesiókban még akkor is, amikor a vérben még nem kimutatható.

A klinikusoknak bátorítaniuk kell HIV-fertőzött vagy más STD-ben szenvedő betegeiket szexpartnereik informálására, a diagnosztikai vizsgálatok és kezelési módok igénybevételére.

IRODALOM

1. Centers for Disease Control and Prevention. Resurgent bacterial sexually transmitted disease among men who have sex with men –

King County, Washington, 1997-1999. MMWR Morb Mortal Wkly Rpt 1999; 48:773-777.

2. Centers for Disease Control and Prevention. Outbreak of syphilis among men who have sex with men – Southern California, 2000. MMWR Morb Mortal Wkly Rpt 2000; 50:117-120.

Referálta: Dr. Forgács Balázs,
Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar,
Bőr- és Nemikórtani Klinika

Útmutató az STD Klinikai Preventív Szolgálatok számára a HIV-fertőzött személyekkel kapcsolatban

A Kaliforniai STD Ellenőrzők Társasága és a Kaliforniai Helyi AIDS Vezetőségek Szövetsége

Sexually Transmitted Diseases
2001; 28(8):460-463.

Az elmúlt évtized során jelentős mennyiségű epidemiológiai adat gyűlt össze arra vonatkozóan, hogy a nemi úton terjedő betegségek (STD-k), mint például a syphilis, chancroid, herpes, gonorrhoea, Chlamydia, trichomoniasis és a vagina ökoszisztémájának rendellenességei (bakteriális vaginosis), különösen pedig az ulceratióval járó STD-k, a HIV-fertőzés átvitelének lehetőségét kétszeresére-ötszörösére növelik. A tünetes STD-k elfedik a HIV-fertőzést, és valószínűleg az aszimptomatikus formák is olyan kismértékű gyulladást okoznak, mely elősegíti ezt a folyamatot. Egy afrikai közösségben végzett randomizált vizsgálat szerint az STD-k közösségi szintű kontrollálása a HIV-incidenciát 40%-kal csökkentette. A primer HIV-prevencióban ezért ez is szükséges a szexuális viselkedésformák megváltoztatása mellett. Az Egyesült Államokban nem határozták még meg, hogy a HIV átvitel mekkora részéért felelősek a tünetmentes és tünetes STD-k. Az STD-prevenciónak és ellenőrzésnek helyet kell kapnia a HIV-megelőzési tervekben.

A HIV-fertőzötteket (potenciális átvivőket) a preventív szolgáltatások keretein belül STD szűrővizsgálatban kell részesíteni. E szolgáltatásnak mind a HIV-fertőzés felfedezésekor, mind pedig az időszakos orvosi vizsgálatokkor könnyen elérhetőnek kell lennie. Nem biztonságos szexuális viselkedés esetén tanácsadás és ismételt STD szűrővizsgálat (Chlamydia-vizsgálat vizeletből, gonorrhoea nukleinsav amplifikációs teszt, nőgyógyászati vizsgálat trichomoniasis és bakteriális vaginosis meghatározása céljából) szükséges (lásd a B függeléket). Az STD teszteknek a nem megelőzött HIV-fertőzés költségeihez viszonyított ára is igazolja az STD-szűrés létjogosultságát a HIV-prevencióban. Fontos a HIV-fertőzöttek felvilágosítása az STD tüneteinek felismeréséről és arról, hogy a hatékony kezelés befejezéséig ne éljenek szexuális életet. A betegeknek tudniuk kell, hol juthatnak azonnali diagnózishoz és kezeléshez STD-jük miatt. Az orvosoknak fel kell mérniük a szexuális veszélyeztetettségi állapotot, mely az anamnézisfelvételt és a biztonságosabb szexuális magatartás elfogadtatását is magában foglalja. Formanyomtatványokon szereplő standardizált kérdések segítenek abban, hogy megbizonyosodjunk afelől, hogy a teljes anamnézist felvettük és minden alapvető veszélyeztető magatartásformáról tudakozódtunk, és segítenek a vizitek közti magatartásformák és STD tünetek monitorizálásában is.

Speciális ajánlások

Kockázatbecslés és egészségnevelés. Szexuális veszélyeztetettség és intravenás droghasználat felmérése és beteglapon való rögzítése.

STD anamnézis felvétele és rögzítése. Tájékoztatót kell adni az STD tünetekről, és ki kell emelni a szexuális élettől való tartózkodás fontosságát a diagnózis elkészültéig és a terápia befejeztéig.

Felvilágosítást kell adni arról, hogy hogyan lehet igénybe venni az STD diagnosztikai és terápiás szolgáltatásokat.

Fel kell mérni a beteg STD-kre vonatkozó veszélyérzetét.

Meg kell határozni a beteg által elfogadható veszélyt csökkentő tevékenységeket, ezekre tervet kell kidolgozni, és ezt fel kell jegyezni.

Szükség esetén veszélycsökkentő tanfolyamokra kell beutalni a beteget.

Kell beszélni a partner HIV tanácsadásának és szűrésének szükségességéről, és ha a beteg STD fertőzött, a partner STD szűréséről és kezeléséről.

Klinikai preventív szolgáltatások és szűrővizsgálatok

Az STD-szűrővizsgálatokat és preventív intézkedéseket a HIV-fertőzöttek első orvosi vizsgálata során és kontrollálásuk során legalább egyszer el kell végezni. Nem biztonságos szexuális magatartás esetén ezeket időszakosan ismételni kell. Az első vizsgálatkor STD-ben is szenvedő HIV-fertőzötteknél az STD-szűrést minden 3–6 hónapban el kell végezni, mivel az adatok arra utalnak, hogy a közeljövőben valószínű egy másik STD-fertőzés veszélye. A vizelet *Chlamydia-* és gonorrhoea-vizsgálata a tanácsadásokon is elvégezhető.

A. függelék: Diagnosztikai és terápiás kérdések

- 1. A Chlamydia és gonorrhoea nukleinsav-amplifikációs tesztek szenzitívek és specifikusak az urethra és endocervix fertőzései esetén. A vizeletből történő kimutatás könnyű és jól elfogadható. A kenetvétel módszere is használható.

Terhes és nem terhes nőknek: hogy ne legyen gondterhelt

Pimafucin® ovula

A vulvovaginalis candidosis hatékony kezelésére

- *Széles hatásspektrum a gombás fertőzésekben*
- *Nagyfokú biztonság*
- *Terhes nőknek is adható*
- *Rövid terápiás idő: 3 nap*

Pimafucin® ovula - alkalmazási előírás

Hatóanyag: 100 mg natamycinum hüvelykúponként

Javallatok: Candida albicans és/vagy Trichomonas vaginalis okozta vaginitis.

Alkalmazás: Naponta 1 hüvelykúpot 3-6 napon át fekvő helyzetben kell mélyen a hüvelybe felhelyezni. A kezelést lehetőleg rögtön a menstruációt követően kell megkezdeni. Terhesség esetén és menopauzában a kezelés bármikor elkezdhető.

Ellenjavallat: cetylalkohol túlérzékenység

Mellékhatás: Ritkán enyhe égő érzés a külső genitáliák területén előfordulhat.

Csomagolás: 3 hüvelykúp

Yamanouchi Europe B.V. Képviselet
1118 Budapest, Kelenhegyi út 43.
Tel.: 361-4673 Fax: 361-4676

Yamanouchi

- 2. A pozitív herpes simplex vírus 2 (HSV-2) teszt (esetleg tünetmentesen) lezajlott fertőzést jelez. A HSV-2 tünetei (égő érzés, viszketés, erythema vagy folyás) elfedheti a HIV-fertőzést.
- 3. A hepatitis-B vakcináció minden beteg részére ajánlott, de az intravenás kábítószerezők és szexuális partnereik, valamint a homoszexuális férfiak esetében hepatitis-B core ellenanyag tesztet (anti-HBc) kell végezni. Ennek negativitása esetén HBV vakcinát kell adni, ha pedig pozitív, el kell végezni a HBsAg-vizsgálatot. A krónikus HBV-fertőzésben szenvedő beteg jelenlegi szexpartnerei és a vele közös tűt használó intravenás kábítószerezők részére is fel kell ajánlani a HBV-szűrést és vakcinációt.
- 4. A bakteriális vaginosist és a trichomoniasist fénymikroszkópos vizsgálattal, a pH-értéket és a hüvelyváladékot pedig a nőgyógyászati vizsgálat segítségével lehet meghatározni. A trichomoniasis tenyésztéssel, a bakteriális vaginosis amin-teszttel is diagnosztizálható.
- 5. Az STD-ben szenvedő betegnek tájékoztatnia kell partnereit STD-vizsgálatuk és kezelésük szükségességéről. Egy 2001. január 1-jén Kaliforniában életbe lépett törvény szerint az orvos vizsgálat nélkül is adhat kezelést a Chlamydia-fertőzésnek kitett szexuális partnereknek. A szexpartnereket és a közös tűt használókat a HIV-fertőzés lehetséges átviteléről is tájékoztatni kell, és rá kell beszélni őket a HIV- és STD-szűrésre és tanácsadásra. Vizsgálni kell a genitalis traktus védekezését megváltoztató bakteriális vaginosist (BV) és non-gonorrhoeás urethritist (NGU) is. A partnereiket megnevezni nem akaró vagy erre képtelen STD fertőzötteket a helyi egészségügyi intézmény fertőző betegségekkel foglalkozó szakembereihez kell irányítani.

B. függelék: Az MMWR Nyilatkozat (MMWR Morb Mortal Wkly Rpt 1998; 47:14

A HIV-fertőzötteknél rutinszerűen kell STD szűrővizsgálatokat végezni. E szubpopulációban az STD korai felismerése és kezelése különösen hatékonyan és költségkímélően csökkenti a HIV-fertőzés átvitelét. Ennek három oka van:

- 1. a legtöbb STD elfedi a HIV-fertőzés tüneteit;
- 2. a HIV-fertőzöttek száma kisebb, mint a fertőzés szempontjából veszélyeztetetteké;
- 3. a HIV-fertőzöttek gyakran rendszeres orvosi ellátásban részesülnek.

Minden STD szempontjából veszélyeztetett HIV-fertőzöttet rendszeresen szűrni kell a gyógyítható STD-kre, például gonorrhoea, Chlamydia-, syphilis és – nők esetében – trichomonas-fertőzésre. Vizsgálni kell a genitalis herpes tüneteit és megtanítani ezek felismerésére a betegeket A szűrővizsgálat gyakorisága a beteg és partnere magatartásformájától és a populáción belül az STD-k incidenciájától függ, de évente legalább egyszer el kell végezni, ha pedig a tünetek alapján vagy a szűrés során STD-t diagnosztizálunk, akkor gyakrabban is.

C. függelék: a betegközpontú, veszélyeztetettséget csökkentő tanácsadás az STD/HIV megelőzése céljából

Ez a klinikus/tanácsadó és a beteg/kliens közti interaktív folyamat, melynek az a célja, hogy meghatározza az STD és HIV szempontjából veszélyeztető magatartásformákat, és olyan tervet dolgozzon ki, melynek végrehajtása csökkenti e veszélyeket.

Kulcstényezői a következők:

- A beteg bizalmának megteremtése.
- Nem szabad elítélően viselkedni.
- Nyílt (többféle választ lehetővé tevő) kérdéseket kell feltenni.
- A beteg által megvalósítható veszélyeztetettséget csökkentő tervet kell kidolgozni.
- A félreinformálás elkerülése érdekében csak a legszükségesebb tényeket szabad közölni.
- Aktív részvételre kell bátorítani a beteget.

Protokoll. A. Veszélyeztetettség megállapítása, szexuális anamnézis felvétele. Meg kell határozni a jelenlegi és régebbi szexuális partnerek számát, a szexuális kapcsolatok milyenségét, az óvszerek használatát, az előző STD-ket, a terhességi szándékot, a jelenlegi STD/ HIV/ terhesség rizikóját.

B. A beteg veszélyérzetének és változtatásra való hajlamának meghatározása

- 1. Az STD/HIV veszélyeztetettség pontos érzékelésének megállapítása.
- 2. A betegségek átviteli módjairól való ismeretek meghatározása.
- 3. A beteg számára megvalósítható, veszélyeztetettséget csökkentő tevékenységek meghatározása.

C. Realista veszélyeztetettséget csökkentő terv kidolgozása

- 1. Határozzuk meg a jelenleg szükséges erőfeszítéseket és támogassuk a már bekövetkezett pozitív változásokat.
- 2. Állapítsuk meg, hogy milyen korlátok tartják vissza a beteget a biztonságosabb viselkedéstől.
- 3. Segítsük elő a beteg által véghezvihető veszélyeztetettséget csökkentő terv létrehozását.

D. Szükség esetén más kurzusokra vagy szolgáltatásokra való irányítás

- Partnerszolgálatok
- Pártanácsadás

Referálta: Dr. Forgács Balázs,
Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar,
Bőr- és Nemikórtani Klinika

Jobb kemoterápiás válasz és hosszabb túlélés a magas aktivitású antiretrovirális kezelésre reagáló AIDS-hez társuló lymphomákban

Andrea Antinori, Antonella Cingolani, Lucia Alba, Adriana Ammassari, Diego Serraino, Bruno C. Ciancio, Fabrizio Palmieri, Andrea De Luca, Luigi M. Larocca, Luigi Ruco, Giuseppe Ippolito, Roberto Cauda

AIDS 2001, 15:1483-1491.

A tanulmány *célja*, hogy a magas aktivitású antiretrovirális kezelés (HAART) AIDS-hez társult non-Hodgkin-lymphomák (NHL) természetes lefolyására gyakorolt hatását, valamint a kemoterápiával kombinált HAART használhatóságát, hatásosságát és toxicitását elemezze.

A vizsgálat során két AIDS-klinikai centrumban végeztek prospektív vizsgálatot Olaszországban.

A vizsgálatba minden non-Hodgkin-lymphomában szenvedő HIV-fertőzött beteget beválaszottak (n=44; 48% magas rizikójú csoport) és prospektíve követtek 27 hónapig. A HAART és a kemoterápia alkalmazása egyidejűleg történt. A HAART-ra adott válasz, valamint a klinikai megjelenés, kemoterápiára adott válasz és toxicitás közötti kapcsolatot egyváltozós és többváltozós modellekkel elemezték. A túlélési analízist Kaplan–Meier-becsléssel és a Cox-féle regressziós modellel végezték.

A HAART-ra reagáló betegek 71%-ában, míg a nem reagálók 30%-ában értek el komplett választ a kemoterápiára. A többváltozós analízisben a tumorválasszal kapcsolatban álló tényezők közül csak a HAART-ra adott virológiai válasz mutatott variábilitást. A virológiai választ nem adó betegekhez képest a reagálóknál a kemoterápiát magasabb relatív dózisintenzitással végezték. Az egyéves túlélés valószínűsége nagyobb volt a virológiai vagy immunológiai választ adó betegek körében. A Cox regressziós analízisben az immunológiai válasz, a magasabb relatív dózisintenzitás és a komplett kemoterápiás válasz mindegyike alacsonyabb halálozási rizikót jelentett.

Megállapítható, hogy non-Hodgkin lymphomás HIV-fertőzött betegek között a HAART-ra adott válasz erős összefüggést mutat a jobb kemoterápiás válasszal és hosszabb túléléssel. Az egyidejű kezeléseket a betegek jól tolerálták, és a HAART-ra reagáló betegek kezelése nagyobb relatív dózisintenzitású kemoterápiával volt lehetséges. AIDS-hez társult lymphomák esetében a HAART és a kemoterápia kombinációja hasznos és hatásos megközelítés lehet.

A HAART bevezetése óta a HIV-hez társult morbiditás és mortalitás jelentős csökkenést mutat (1, 2.) A HAART non-Hodgkin-lymphomákra gyakorolt hatásának trendjeit még pontosan definiálni kell, és ennek okán különös fontosságú, hogy a HAART eredményeképpen visszatérő immunológiai funkciók AIDS-esek non-Hodgkin-lymphomájának megjelenésére és kimenetelére gyakorolt potenciális szerepét felfedjék.

A HAART-érában non-Hodgkin-lymphoma miatt kezelt HIV-fertőzöttek jobb túlélési és magasabb remissziós rátákat mutatnak, mint a HAART-periódus előtt kezeltek (3, 4), bár még nem állnak rendelkezésre longitudinális adatok a HAART AIDS-hez társult non-Hodgkin-lymphomák megjelenésére és kimenetelére gyakorolt hatására, valamint a kemoterápiával kombinált kezelés hasznosíthatóságára, tolerábilitására vonatkozóan.

Az előbbiek alapján azért végezték a szerzők a 27 hónapos longitudinális vizsgálatot, hogy a HAART-ra reagáló AIDS-hez társult non-Hodgkin lymphomás betegek válaszadási rátáit és túlélését, valamint a kemoterápiával kombinált HAART hasznosíthatóságát és toxicitását elemezzék. Másodlagos cél volt a HAART-ra adott válasz és a tumor diagnózisának felállítása időpontjában a kiterjedés közötti viszony feltárása.

A tanulmány eredményei azt jelzik, hogy a HAART-ra reagáló non-Hodgkin-lymphomás AIDS-betegek jobb választ adnak a kemoterápiára, és túlélésük is hosszabb, mint azoké, akik nem kapnak hatásos antiretrovirális terápiát,vagy nem reagálnak arra. Ezért a non-Hodgkin-lymphoma diagnózisának felállításától a betegek HAART-tal és kemoterápiával való egyidejű kezelése hasznos és tolerálható megközelítés, azért is, mert úgy tűnik, hogy nem kell emelkedett toxicitástól sem tartani.

Néhány szemponttól (mint pl. a B-tünetek jelenléte) eltekintve a tanulmányban vizsgált HAART-tal kezelt betegek lymphomájának prognózisa nem függött semmilyen korábban leírt prognosztikai faktortól, mint idősebb kor, 100/mm^3-nél alacsonyabb CD4 sejtszám, az AIDS korábbi diagnózisa, csontvelő érintettség vagy extranodalis betegség (5-7). A szerzők kimutatták, hogy a HAART-ra adott virológiai válasz az egyetlen, a magasabb kemoterápiás válaszkészséggel függetlennül asszociált faktor, a komplett válasz hatszorosra növekedett valószínűségének determinálásával. A terápia alatt a tumor regressziójának valószínűsége 1,7-szeresére növekedett a víruskópiaszám tizedelődésével.

Az AIDS-hez társult lymphomák túlélésének és remissziós rátájának javulását a HAART-érában már két tanulmány is taglalja (3, 4), de egy másik kohorsz felmérésben ezt nem erősítették meg (8). A HAART-ra nem reagáló kontrollcsoport hiányában ezekben a felmérésekben nehéz definitív konklúziókat levonni a virológiai kontroll és az immunrestauráció hatását illetően az AIDS-hez társult lymphoma klinikai lefolyására vonatkozóan. Egy friss tanulmányban (8) a HAART használata protektív hatású volt a non-Hodgkin-lymphomát illetően, és a CD4 sejtszám mélypontja a tumor megjelenésének független faktora volt, de a HAART alkalmazásának idejével kapcsolatban nem találtak eltéréseket a túlélési periódus hosszában, annak ellenére, hogy ugyanazon

szerzők állítása szerint ez egyszerűen az elégtelen mintanagyság és követés eredménye. Ugyanebben a tanulmányban nincs szó a HAART utáni virológiai és immunológiai válaszról.

Több tanulmány (5-7, 9, 10) szól a HAART előtti érában az AIDS-hez társult non-Hodgkin-lymphomák terápiás válaszkészségéről, mely 14 és 70% között mozog, főleg a rizikófaktorok jelenlététől függve, mint általános egészségi állapot, immunológiai paraméterek, korábbi AIDS, tumor stádium és bizonyos hisztológiai vonások (6, 7, 9).

Megfigyelték, hogy a 100/mm^3-nél alacsonyabb CD4 sejtszám, és egyéb prognosztikai tényezők által meghatározott magas rizikójú betegek között a teljes válasz rátája nagyon alacsony, 14% (10). Bár a jelen tanulmányban vizsgált populáció főleg magas rizikójú betegekből állt (48%), a HAART-ra válaszolók között 92%-os volt a kemoterápiára adott válasz az egyéves túlélés 78%-os valószínűségével, mely egyértelműen magasabb minden eddigi nagyobb tanulmányban leírtnál (5, 11). A jelen tanulmányban leírt ezen 71%-os komplett válaszadási ráta a legmagasabb az eddigiekben leírtak közül. Csak a magas rizikójú betegeket figyelembe véve is a kemoterápiára adott komplett válasz 57%-os volt, a teljes válaszadási ráta 84%. A virológiai válasz nem különbözik az alacsony, közepes és magas rizikójú non-Hodgkin-lymphomás csoportokban, és a kemoterápiás kezelési séma különbségéből (CHOP versus non-CHOP) is adódhatnak eltérések.

Ezen eredmények kifejezetten azt sugallják, hogy a HAART-ra adott válasz alapvető azon betegek kuratív célú kezelésében, akik korábban csak palliatív vagy kevésbé agresszív kemoterápiát kaptak. Manapság a HAART és a kemoterápia egyidejű alkalmazása különösen fontos kérdés, korábban a toxicitás (főleg hematológiai és neurológiai) magasabb rizikóját figyelték meg (12), jelen tanulmány eredményei ezt nem támasztják alá. Feltehető, hogy a HAART-ra adott válasz növeli a kemoterápia tolerálhatóságát, hiszen a virológiai választ adó betegek magasabb dózisintenzitású kemoterápiát is elviseltek. A haemopoesist javíthatja maga a HIV-1 replikációjának gátlása, de az indirekt myelosuppressiv mechanizmusok gátlása és a csontvelő direkt vagy indirekt stimulációja is (13).

További érvet jelent a HAART és a kemoterápia kombinációja mellett a HIV-infectio virológiai és immunológiai kontrollja. Korábban leírták, hogy az antiretrovirális kezelés kemoterápia alatti átmeneti felfüggesztése nincs hatással a HIV replikáció kontrolljára és az immunválasz következményes restaurációjára, és adekvátabb dózisintenzitás alkalmazását teszi lehetővé (14). Jelen tanulmány egyértelműen rámutat arra, hogy a HAART alkalmazása a kemoterápia alatt nem befolyásolja negatívan az antiretrovirális gyógyszerekre adott virológiai választ, és bár a lymphoma diagnosztizálása után (igaz, csak az első hónapkoban) a CD4 sejtszám csökkenését okozza, ezt az immunológiai paraméterek szignifikáns javulása követi. Továbbá, a kemoterápiára reagáló betegek között a HIV-1 replikáció és a CD4 sejt restauráció kontrollja sokkal kifejezettebb.

A tanulmány eredményei azt mutatják, hogy a HAART és a kemoterápia egyidejű alkalmazása alapvetően módosíthatja a non-Hodgkin-lymphoma lefolyását a HIV-fertőzött betegekben, a kemoterápiára való válasz javításával és a túlélés meghosszabbításával. Ezen felül a HAART emelheti a magasabb kemoterápiás dózissal szembeni toleranciát is. Az eredmények alapján a kemoterápia és a HAART kombinációja hatékony és használható módszer lehet.

IRODALOM

1. Palella FJ, Delaney KM, Moorman AC, et al. Declining morbidity and mortality among patients with advanced huma immunodeficiency virus infection. N Engl J Med 1998, 338:853-860.

2. Jacobson MA, French M. Altered natural history of AIDS-related opportunistic infections in the era of potent combination antiretroviral therapy. AIDS 1998, 12:S157-S163.

3. Evison J, Jost J, ledergerber B, et al. HIV-associated non-Hodgkin's lymphoma: highly active antiretroviral therapy improves remission rate of chemotherapy. AIDS 1999, 13:732-734.

4. Thiessard F, Morlat P, Marimoutou C, et al. Prognostic factors after non-Hodgkin's lymphoma in patients infected with the human immunodeficiency virus: Aquitaine cohort, france, 1986-1997. Cancer 2000; 88:1696-1702.

5. Tirelli U, Spina M, Gabarre J, et al. Treatment of HIV-related non-Hodgkins's lymphoma adapted to prognostic factors [Abstarct]. J Acquir Immune Defic Syndrome 1999, 21: A32.

6. Kaplan LD, Abrams DI, Feigel E, et al. AIDS-assosiated non-Hodgkin's lymphomas in San Francisco. JAMA 1989, 261:719-724.

7. Levine AM, Sullivan-Halley J, Pike MC, et al. Human immunodeficiency virus-related lymphoma. Cancer 1991, 68:2466-2472.

8. Matthews GV, Bower M, Mandalia S, Powles T, Nelson MR, Gazzard BG. Changes in aquired immunodeficiency syndrome related lymphoma since the introduction of highly active antiretroviral therapy. Blood 2000, 96:2730-2734.

9. Gisselbrecht C, Oksenhendler E, Tirelli U, et al. Human immunodeficiency virus-related lymphoma treatment with intensive combination chemotherapy. Am J Med 1993, 95: 188-196.

10. Tirelli U, Errante D, oksenhendler E, et al. Prospective study with combined low-dose chemotherapy and zidovudine in 37 patients with pure prognosis AIDS-related non-Hodgkin's lymphoma. Ann Oncol 1992, 3:843-847.

11. Kaplan LD, Straus DJ, Testa, et al. Low-dose compared with standard-dose m-BACOD chemotherapy for non-

Hodgkin's lymphoma associated with human immunodeficiency virus infection. N Engl J Med 1997; 336:1641-1648.

12. Vaccher E, Spina M, Talamini R, et al. Concomittant CHOP chemotherapy and highly active antiretroviral therapy in patients with HIV-related non-Hodgkin's lymphoma [Abstarct]. J Acquir Immune Defic Syndrome 1999, 17: A30.

13. Sparano JA, Hu X, Wiernik PH, et al. Opportunistic infection and immunologic function in patients with human defficiency virus-associated non-Hodgkin's lymphoma treated with chemotherapy. J Natl Cancer Inst 1997; 89:301-307.

14. Little RF, Pearson D, Franchini G, et al. Dose-adjusted EPOCH chemotherapy in previously untreated HIV-associated non-Hodgkin's lymphoma: preliminary report of efficacy, immune reconstitution, and HIV control following therapy [Abstarct]. J Aquir Immune Defic Syndrome 1999; 21: A33

Referálta: Kovács János dr.
Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar,
Bőr- és Nemikórtani Klinika

KONGRESSZUSI NAPTÁR
(2002-2005)

2002

MDT Nagygyűlés
2002. december 12-13-14.
Helyszín: Budapest
Információ: prof. dr. Horváth Attila,
SE Bőrklinika, 1085 Budapest, Mária u. 41.
Tel.: 1/459-1500. Fax: 1/267-6974

2003

4th Annual Phoenix Derm Open
January 2003, Mayo Scottsdale,
Scottsdale, AZ, USA
For further information, please contact: Skin Disease Education Foundation, 233 East Erie Street, Suite 406,
Chicago, IL 60611, USA
Tel.: (+1) 312-988-7700, Fax: (+1) 312-988-7759
E-mail: SDEF@IDT.NET
Wbsite: www.sdelfder.com

Hawaii Dermatology Pre-Seminar will take place on *February 14-17, 2003,*
at the Manele Bay Resort, Lana'i, HI, USA
For further information, please contact: Skin Disease Education Foundation, 233 East Erie Street, Suite 406,
Chicago, IL 60611, USA

27th Hawaii Dermatology Seminar will take place on *February 16-22, 2003,* at Manui, HI, USA
For further information, please contact: Skin Disease Education Foundation, 233 East Erie Street, Suite 406,
Chicago, IL 60611, USA
Tel.: (+1) 312-988-7700, Fax: (+1) 312-988-7759
E-mail: SDEF@IDT.NET
Wbsite: www.sdelfder.com

The First EADV International Spring Symposium
will take place in Malta *from 27 February to 1 March 2003*
For further information, please contact:
Secretariat: 42 Marina Court, Ugo Mifsud Street, Ta'Xbiex, MSD06 Malta
Tel.: 356-2131-7616, Fax: 356-2141-7443
E-mail: info@eadvmalta2003.com

European Anti-Aging Academy, Anti-Aging
World Congress 2003, Paris, France,
February 28-March 3, 2003. For more information contact
Euromedicom, Catherine Decuyper, 30 rue Baudin,
92400 Courbevoie, France/33-1-43-34-50-99
Fax: 33-1-43-34-50-39
E-mail: euromedicom@aol.com

61st Annual Meeting of the AAD
on March 21-26, 2003 in San Francisco.

Cosmetic Dermatology Seminar
April 30 and May 4, 2003,
Disney's Grand Floridian, Walt Disney World, FL, USA
For further information, please contact: Skin Disease Education Foundation, 233 East Erie Street, Suite 406, Chicago, IL 60611, USA.
Tel.: (+1) 312-988-7700, Fax: (+1) 312-988-7759
E-mail: SDEF@IDT.NET
Website: www.sdefderm.com

The IXth world congress of the skin cancer foundation
in Seville, Spain,
from May 7-10, 2003
For further information, please contact: Jose Miguel Nicolas, Adriano Congresos, Adriano 26-28, 41001 Seville, Spain.
Tel.: 34-95-421-5900, Fax: 34-95-421-6211
E-mail: congresos@adrianoviajes.com

1st Joint Meeting, 14th International Congress for Bioengineering and the Skin and 8th Congress of the International Socety for Skin Imaging
on May 21-24, 2003 in Hamburg, Germany.
Inf: AKM Congress Service GmbH, Hauptstraße 18, D-79576 Weil an Rhein, Germany
Tel.: 49-76-219-833-0, Fax: 49-76-217-871-4
E-mail: akmweil@akmcongress.com

The Reflections on Genes, Skin and Hair will take place
in Marburg, Germany *on May 23 and 24, 2003*
For further information, please contact: Hannelore Wagner – Rolf Hoffmann, MD Department of Dermatology and Allergology – Deutschhausstraße 9 – D-35033 Marburg Germany
Tel.: 49-6421/286-2944, Fax: 49-6421/286-2935
E-mail: wagner2@post.med.uni-marburg.de

World Allergy Organization (WAO) Congress-XVIII ICACI,
Vancouver, Canada, *7-12 September 2003*
Information: WAO Secretariat
611 East Wells Street, Milwaukee, WI 53202, USA.
Tel.: +1-414-276-1791, Fax: +1-414-276-3349
E-mail: congress@worldallergy.org
Website: www.worldallergy.org

The 14th International Symposium on Contact Dermatitis and the 7th Asia – Pacific Environmental and Occupational Dermatology Symposium
September 19-21, 2003 , Seoul, Korea.
Inf.: Prof. Hee Chul Eun, Department of Dermatology, Seoul National University College of Medicine, 2 8, Chongno-gu Yungon-dong Seoul, 110744 Korea.
Tel.: 82-2760-2415, Fax: 82-2745-5934
E-mail: hceun@snu.ac.kr
Website: iscd2003.com

Las Vegas Dermatology Seminar
September 2003, Las Vegas, NV, USA
For further information, please contact: Skin Disease Education Foundation, 233 Easter Erie street, Suite 406, Chicago, IL 60611, USA
Tel.: (+1) 312-988-7700, Fax: (+1) 312-988-7759
E-mail: SDEFGIDT.NET
Website: sdefderm.com

12th Congress of the European Academy of Dermatology and Venerology
2003. október 15-18., Barcelona
Információ: Unicongress, Calvet 55, 08021 Barcelona
Tel.: +34-93-200-7083, Fax: +34-93-414-6817
E-mail: eadv2003@unicongress.com
Website: unicongress.com/eadv2003

First International Workshop on HIV Persistence during Therapy,
10-12 December 2003, Saint Martin, French West Indies
Information: Alain Lafeuillade, Chalucet Hospital, 83056 Toulon, France.
Tel.: 33-4-94-22-77-41, Fax: 33-4-94-92-67-47
E-mail: hiv2003@club-Internet.fr
Website: www.avps.org

2004

62nd Annual Meeting of the AAD
on February 6–11, 2004 in Washington

Second EADV International Spring Symposium
Budapest, *2004. április 29 – május 1.*

The IX International Congress of Dermatology
May, 2004 Beijing, China
Inf: ICD2004 Secretariat Department of Foreign Relations, Chinese Medical Association, 42 Dongsi Xidajie, Beijing 100710, China
Tel.: 0086-10-6527-8804/6527 8803/6525 0394
Fax: 0086-10-6512-3754
E-mail: ICD2004@chinamed.com.cn

13th International Sympsium on HIV & Emerging Infectious Diseases, Toulon, France
3–5 June 2004
Information: Alain Lafeuillade, Chalucet Hospital, 83056 Toulon, France
Tel.: 33-4-94-22-77-41, Fax: 33-4-94-92-67-47
E-mail: avps@club-internet.fr
Website: www.avps.org

The fourth intercontinental Meeting of Hair Research Societies
Berlin, Germany, *June 17–19, 2004*
For further information, please contact: Pr. Dr. Ulrike Blume-Peytavi, Departement of Dermatology, University Medical Center Charité, Humboldt University of Berlin, Schumannstr. 20/21.
10117 Berlin, Germany.
Tel.: 49-30-450-518122, Fax: 49-30-450-518918
E-mail: ulrike.blume-peytavi@chaite.de

13th Congress of the European Academy of Dermatology and Venerology
Florence, Italy - *November 17-21, 2004*
E-mail: president@eadv2004.org
info@eadv2004.org

2005

63rd Annual Meeting of the AAD on
February 18–23, 2005 in New Orleans.

6th World Conference on Melanoma on
September 2–9, 2005 in Vancouver, Canada
Inf: 6th WCOM Secretariat, c/o Venue West Conference Services Ltd., #645-375 Water Street, Vancouver, BC, V6B 5C6, Canada
Tel.: 1-604-681-5226, Fax: 1-604-681-2503
E-mail: congress@venuewest.com
Website: www.worldmelanom.com