

(160 mg/800 mg, 2× denně p. o.), alespoň 3 týdny a do úplného zhojení lézí.

Pokud nedojde ke zhojení lézí je možná ještě terapie gentamycinem 1 mg/kg hmotnosti i. v. až 8 hodin.

Lokálně pak možno aplikovat antiseptické koupele a obklady. U jizevnatých striktur a deformací je možná chirurgická léčba.

Pacienti se sledují do zhojení všech lézí. Zároveň by měli být pacienti testováni na ostatní STI včetně HIV. Vyšetření a léčení by měli být sexuální partneři pacienta 60 dní před objevením se jeho symptomů.

V ČR dosud tato infekce nebyla diagnostikována.

Chlamydiové infekce

Lymphogranuloma venereum

Jedná se o pohlavně přenosnou chlamydiovou infekci, kterou vyvolává *Chlamydia trachomatis* typ L 1–3 (v Evropě nejčastěji varianta L2b), způsobující **vznik vředu a lymfadenopatii**. Vyskytuje se zejména v tropech a subtropích (Afrika, Asie, Jižní Amerika). V západní Evropě počty onemocnění narůstají od roku 2000. V ČR byl první případ zaznamenán v roce 2010, od té doby počty případů stoupají na desítky ročně.

Inkubační doba je průměrně 14 dní (3–30 dní). Nejdříve vznikne malá nebolestivá papula až vřídek (často bez povšimnutí, brzy se spontánně zhojí), za 2–6 týdnů výrazně zduří spádové uzliny (tríselná jednostranná bolestivá lymfadenopatie). Zduřelé uzliny postupně splývají, kolikují, až se provalí do píštěle s hnisavým výpotkem. Hojí se vtaženými jizvami.

V případě vzniku infekce v rektu, proximální polovině pochvy nebo cervixu, lymfadenopatie nebývá viditelná – tyto oblasti jsou drénovány do hlubokých ilických nebo perirektálních lymfatických uzlin.

Anorektální syndrom – proktokolitida s možným vznikem abscesů, fistul, striktur nebo stenóz rektu. Pacient má bolesti při defekaci, hlenovitý výtok z rektu, průjmy a tenesmy, váhový úbytek při delším trvání nemoci.

K celkovým příznakům patří subfebrilie, zimnice, myalgie, artralgie, nespecifické exantémy, event. postižení CNS, jater aj. Následkem vznikajících jizev dochází k poruše lymfatic-

kého oběhu, vzniká anogenitální lymfedém (esthioméne).

Výskyt u dospívajících udává tabulka č. 3.

Diagnóza: Anamnéza, klinický obraz, PCR (detekce specifického biovaru L1-L3, vzorek z ulcerativní léze, anorektálního stěru nebo aspirátu z lymfatické uzliny). Magnetická rezonance nebo ultrazvuk slouží k zjištění rozsahu lymfadenopatie.

Diferenciální diagnostika: U primárního stadia odlišit ulcus durum, mechanické trauma, chancroid, herpes genitalis. V případě tríselné lymfadenopatie odlišit syfilis, genitální herpes, lymfom, tríselnou kýlu, tularemii. Při proktitidě odlišit gonokokovou či jinou pohlavně přenosnou proktitidu, nespecifický střevní zánět.

Při léčbě se jako první volba užívá doxycyklin (100 mg 2× denně celkem 21 dní). Při alergii na tetracyklyny nebo v graviditě lze podávat klarithromycin (500 mg 4× denně celkem 21 dní). V případě podávání azithromycinu je nutné podávat 1 g 1× týdně celkem 3 týdny (u jednorázového podání nebyla prokázána účinnost). Chirurgická léčba případných abscesů nebo striktur.

Ostatní chlamydiové infekce

K dalším chlamydiovým infekcím přenášeným pohlavním stykem patří **infekce urogenitálního ústrojí**, které způsobuje *Chlamydia trachomatis* typ D–K, tyto infekce **nepodléhají v ČR povinnému hlášení**, a proto není známá jejich prevalence. Urogenitální infekce *Chlamydia trachomatis* typ D–K však patří k nejčastějším pohlavně přenášeným infekcím.

Klinické projevy: U žen se infekce projevuje dysuriemi, purulentním nebo mukopurulentním výtokem z cervixu. Může se objevit dysmenorea, bolesti v podbříšku a kostrče. Při ascendentním šíření infekce může dojít ke vzniku pánevní zánětlivé nemoci (zánět

endometria, vejcovodů, vaječnicků) a k následným komplikacím (adheze, sterilita, chronická pánevní bolest, mimoděložní těhotenství). U nakažených matek je 60–70 % riziko nákazy novorozence. U těchto novorozenců se ve 20–50 % infekce projeví jako konjunktivitida, u 10–20 % jako pneumonie v pozdějším období (4.–7. týden).

U mužů se onemocnění projevuje 7–14 dní dysuriemi, malým výtokem z uretry. Většina mužů je asymptomatických. Onemocnění probíhá většinou pod obrazem nekomplikované uretritidy. K podezření na non-gonokokovou uretritidu přispívá leukocyturie v první ranní moči bez kultivačního nálezu *N. gonorrhoeae*. Ke komplikacím patří epididimitida, projevující se jednostranným otokem nadvarlete nebo varlete nebo obojího, mohou být febrilie, třesavka, dysurie.

Diagnóza se stanovuje zejména dle klinických projevů. Z vyšetřovacích metod se v současnosti nejvíce využívá metoda PCR, která má vysokou specifitu (99%) i senzitivitu (u mužů 99%, u žen 75–99%). Odběr se provádí z uretry, cervixu, faryngu, spojivky, rekta (z místa sexuálního kontaktu). Při podezření na chlamydiovou uretritidu je možné jako vzorek použít první porci ranní moče (z jednoho vzorku pak lze stanovit také PCR *Neisseria gonorrhoeae*, *Mycoplasma hominis*, *Mycoplasma genitalium* nebo *Ureaplasma urealyticum*).

Kultivační vyšetření se běžně neprovádí, i když má vysokou specifitu (téměř 100 %), má však nízkou senzitivitu (40–60 %). Sérologické vyšetření u běžných infekcí *Chlamydia trachomatis* není indikováno, má nízkou specifitu, často nekoreluje s akutně probíhající infekcí. V případě pozitivity je nutné porovnat s klinickým obrazem a provedeným PCR z místa sexuálního kontaktu.

Kontrolní vyšetření se provádí za 4–6 týdnů po léčbě pomocí PCR z místa infekce.

Tab. 3. Lymphogranuloma venereum

Rok hlášení	Věková skupina (roky)	Hlášená onemocnění (absolutní počty)		
		Lymphogranuloma venereum (A55)		
		celkem	muži	ženy
2022	10–14	—	—	—
	15–19	5	—	5
2021	10–14	—	—	—
	15–19	6	4	2
2020	10–14	—	—	—
	15–19	1	—	1