

10. évfolyam

3. KÜLÖNSZÁM

2003. április 22.

**JOHAN BÉLA ORSZÁGOS EPIDEMIOLÓGIAI KÖZPONT**

---

**Epinfo**

Epidemiológiai Információs Hetilap

---

**A "JOHAN BÉLA" ORSZÁGOS EPIDEMIOLÓGIAI KÖZPONT**

**TÁJÉKOZTATÓJA**

**HÁZIORVOSOK RÉSZÉRE**

**A KLASSZIKUS NEMI BETEGSÉGEKRŐL,  
A HIV-FERTŐZÉSRŐL, AZ AIDS-RŐL, VALAMINT  
AZ EGYÉB, NEMI ÚTON TERJEDŐ FERTŐZÉSEKRŐL**

**"JOHAN BÉLA" ORSZÁGOS EPIDEMIOLÓGIAI KÖZPONT**

**Főigazgató főorvos: dr. Melles Márta**

**TÁJÉKOZTATÓ****HÁZIORVOSOK RÉSZÉRE**

**A KLASSZIKUS NEMI BETEGSÉGEKRŐL,  
A HIV-FERTŐZÉSRŐL, AZ AIDS-RŐL, VALAMINT  
AZ EGYÉB, NEMI ÚTON TERJEDŐ FERTŐZÉSEKRŐL**

**Összeállította:**

**dr. Várkonyi Viktória ny. főigazgató-helyettes főorvos, szaktanácsadó  
(OBNI)**

**Közreműködtek:**

**dr. Hidas István házi orvos, szakfelügyelő főorvos (Pest megye)  
dr. Komáromi Zoltán házi orvos (a Magyar Orvosi Kamara alelnöke)  
dr. Krisztalovics Katalin epidemiológus (OEK)  
dr. Melles Márta főigazgató főorvos (OEK)**

**Készült: az Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium támogatásával  
az UNICONSULT Nyomdaipari Kft. nyomdájában 10 000 példányban**

**Budapest  
2003**

## BEVEZETÉS

A '70-es évek végén a venerológia új problémákkal került szembe, ugyanis a tradicionális nemi betegségek mellett számos új kórokozóról derült ki, hogy leggyakrabban szexuális érintkezéssel közvetíthető. A '80-as évek elején fedezték fel az új betegséget, az AIDS-et, s a rövidesen ismertté vált kórokozó, a HIV azóta „meghódította” a világot és terjedése – úgy tűnik – töretlen.

A szexuális úton is közvetíthető kórokozókat az **1. táblázat** (32. old.) tartalmazza. Mivel ezen infekciók jelentős részben hosszabb ideig tünetmentesen zajlanak, vagy minimális tünetet okoznak, ezért gyakran csak akkor kerülnek felfedezésre, amikor a betegek valamilyen késői komplikáció miatt fordulnak orvoshoz. Ugyanakkor a tünetmentes fertőzöttek szexuális kapcsolataikban az infekciót továbbadják/adhatják. A vírus eredetű megbetegedések (AIDS/HIV, genitális herpesz, humán papillomavírus, hepatitis B) – szemben a gyógyítható bakteriális, gombás eredetűekkel – súlyos teherterelt jelentenek betegeknek, orvosoknak egyaránt.

A fertőződés és a kialakuló szövődmények szempontjából a nők védtelenebbek, egyrészt azért, mert ezek az infekciók könnyebben terjednek át a férfiakra a nőkre, másrészt a klinikai tünetek, ha a lappangási időt is figyelembe vesszük, nem mindig nyilvánvalóak, így a nők vagy nem fordulnak időben orvoshoz, vagy megfelelő diagnózis hiányában náluk elmarad a megfelelő terápia. Számtalan esetben előforduló kórelőzményi adat (pl. „gombás fertőzésem van”) miatt a nőbeteg már alkalmazta a rendelkezésre álló összes készítményt orvosi rendelvényre, eredmény nélkül.

## 1. A SZEXUÁLIS ÚTON KÖZVETÍTETT FERTŐZÉSEK ÁLTALÁNOS JELLEMZŐI

- A fertőződéshez **szoros testi kontaktus**, nevezetesen nemi aktus szükséges. Nemi aktusnak számít minden olyan tevékenység, amelynél a nemi szervek és/vagy egyéb testnyílások között kapcsolat létesül (orogenitalis, anogenitalis coitus).
- **A lappangási idő** különböző, a néhány napos inkubációs időtől évekig, de akár évtizedekig is jelen lehetnek a kórokozók [pl. Hepatitis B vírus, HIV, genitális Herpes simplex vírus (HSV), Humán papillomavírusok (HPV)] anélkül, hogy klinikai tüneteket okoznának.
- Bizonyos kórokozókról ma már tudjuk, hogy ún. **szubklinikus infekciót** is okozhatnak (HSV, HPV), és így ezek a betegek a tünetmentes vírusürítés következtében a fertőzés továbbadásában fontos szerepet játszanak.
- Elsősorban a genitális fluorral jelentkező betegeknél viszonylag gyakoriak a kevert fertőzések, ennek megfelelően a **klinikai tünetek és a beteg panaszai** többnyire **nem kórokozó-specifikusak**. A pontos diagnózishoz, a célzott kezeléshez és a terápia eredményességének igazolásához **a diagnosztikus mikrobiológiai vizsgálat** tehát **nélkülözhetetlen** (minimális követelmény a váladék natív és festett kenetének vizsgálata).
- **Vertikális transzmisszió** révén a terhes nő fertőzi/fertőzheti a magzatát az intrauterin életben, illetve a szülés során [pl. syphilis, gonorrhoea, HIV, Cytomegalovírus (CMV), HBV és HCV, Chlamydia trachomatis, HSV, HPV].
- A viszonylag gyakran kialakuló **szövődmények** egészségügyi, járványügyi, gazdasági és népesedéspolitikai szempontból kiemelt jelentőségűek.

## 2. KLASSZIKUS NEMI BETEGSÉGEK

Ide tartozik a lues, a gonorrhoea, továbbá a trópusi, szubtrópusi országokban előforduló ulcus molle, lymphogranuloma venereum és a granuloma inguinale. Magyarországon az első kettő fordul elő, a többi megbetegedéssel, mint behurcolt esettel időnként találkozhatunk.

### SYPHILIS (VÉRBAJ)

#### Epidemiológia

A syphilis megbetegedések számának alakulása a történelem folyamán mindig nagymértékben függött a társadalmi körülményektől, így a nagy népmozgások, – háborúk, politikai-gazdasági változások, a népesség mobilitása – erősen befolyásolták az aktuális járványügyi helyzetet. A '90-es évek elején a volt Szovjetunió államaiban (elsősorban Oroszországban, Ukrajnában) a syphilis szempontjából drámai helyzet alakult ki, hirtelen megszorodott nemcsak a korai, fertőző syphilis esetek száma, hanem újból megjelent a connatalis lues is. Oroszországban pl. 1997-ben a korai, fertőző syphilis incidenciája 271/100 000 lakos volt, s ez a szám messze meghaladta a II. világháborút követő morbiditási értékeket. **A XX. század utolsó évtizedében induló járvány gyorsan terjedt tovább keletre és nyugatra egyaránt.** Magyarországon a rendszerváltást megelőző évben, 1989-ben a bőr- és nemibeteg-gondozók összesen 98 lues esetet jelentettek (incidencia: 0,9/100 000 lakos). Ehhez képest a változás jól érzékelhető volt 1994-ben (esetszám: 241; incidencia: 2,3/100 000), ezt követően – ha kisebb ingadozással is, de – a megbetegedettek száma folyamatosan nőtt, 2001-ben már több beteget jelentettek, mint 1982-ben (esetszám 1982-ben: 410; 2001-ben: 427). Aggodalomra ad okot, hogy a terhes nők kötelező szűrése ellenére 1994-ben Magyarországon is észleltek connatalis luesben szenvedő csecsemőket (korábban 1978-ban fordult utoljára elő), s azóta szinte minden évben jelentenek néhány, a magzati életben fertőződött újszülöttet.

A gyakorló orvosoknak tehát a szakterületüktől függetlenül gondolniuk kell a syphilis lehetőségére, és ezért talán nem érdektelen az egyetemen tanultak felfrissítése céljából a korai, fertőző syphilis klinikai tüneteinek rövid összefoglalása.

### **A Syphilis lefolyása**

A **Treponema pallidum** által előidézett kórkép kezelés nélkül krónikus lefolyású, stádiumokban zajló betegség. A tünetmentes periódusokat tünetes szakaszok váltogatják. A klinikai megnyilvánulás rendkívül változatos, s a kórokozó mint a **nagy „imitátor”**, különböző bőrbetegségeket tud utánozni.

### **A Syphilis I (primer syphilis) jellemzői:**

- A behatolási kapuban a fertőzést követő átlag 3 hét múlva gyorsan kifehélyesedő, lymphocytákból és plazmasejtekből álló gyulladással, tömött tapintatú, **fájdalmatlan**, kórokozókban rendkívül gazdag infiltrátum keletkezik, melynek felszíne ulcerálódik. Ez az elsődleges fekély (**ulcus durum**). Férfiaknál, ha nem fordulnak orvoshoz, az *elsődleges fekély lokalizációjától függően*, rövid időn belül a penis ödémás duzzanata észlelhető (*harangnyelvalakú penis*) kifejezett *phimosissal*.
- A elsődleges fekélyt a **környéki nyirokcsomók fájdalmatlan megnagyobbodása** kíséri (egyoldali és/vagy kétoldali).
- A szerológiai reakciók kezdetben negatívak, ennek megfelelően a **primer szakasz szeronegatív és szeropozitív részre osztható**.
- Gyógykezelés nélkül 3-4 héten belül finom heg hátrahagyásával **spontán gyógyul**.
- Nőknél az ulcus durum gyakran **rejtve** marad (intravaginalis lokalizáció).
- A szexuális aktus módjától függően **extragenitálisan** is előfordulhat (nyelvészél, ajakzug, emlőbimbó, kezujj, végbélnyílás körül).

### **A Syphilis II (szekunder syphilis) jellemzői:**

- Az egész kültakarót érintő, valódi **exanthemák**.
- Rohamszerű, **hirtelen** kezdet jellemzi, viszketés nem jelentkezik.
- Bizonyos nagyság (1-10 mm átmérő) elérése után széli irányú **terjedés nincs**, szemben a terciar lues perifériás tovaterjedésével.
- **Heg nélkül** gyógyulnak, legfeljebb hyper- és/vagy depigmentációt hagynak hátra.
- Szövettanilag dominálnak a **plazmasejtek**.

- A lues-szerológia **komplett pozitivitást** mutat (nontreponemális - VDRL/RPR - és treponemális - TPHA, FTA-Abs-Test-reakciók).
- Különböző **bőrbetegségeket utánoznak**, így láthatunk pl. pikkelysömörre, seborrhoeás dermatitisre emlékeztető klinikai képet is. Előfordulhat, hogy csak a genitoanális régióban alakulnak ki széles alapon elterülő, nedvező növedékek (**condyloma latum**), vagy csak a tenyereken-talpakon észlelünk barnásvörös, jól körülhatárolt **papulákat**.

A primer és szekunder stádium közös jellemző vonása, hogy a tüneteket a treponemák nagy száma okozza, ezért a **hámfosztott bőrjelenségek igen fertőzőek**. A kórokozó ugyanakkor a fertőzöttek különböző testváladékaiban (vér, nyál, genitális váladék) a **tünetmentes szakban is** jelen van, tehát a beteg **rendkívül fertőzőképes**.

### ***Syphilis latens recens***

A fertőzéstől számított 2 éven belül igazolt komplett szerológiai pozitívítás klinikai **tünetek nélkül**. Epidemiológiai szempontból kedvezőtlen, ha a betegek először a tünetmentes állapotban kerülnek észlelésre.

### ***Syphilis transitionalis***

A **transitionalis syphilis** átmenetet képez a korai, fertőző és késői syphilis között. Tulajdonképpen a másodlagos szakasz tüneteinek a kiújulásairól van szó, amelyre *általában az alábbiak a jellemzőek*:

- aszimmetrikus, csoportos megjelenés,
- az exanthemák kórokozókban egyre szegényebbek,
- szövettanilag a plazmasejtek mellett a granulomatosus infiltráció jelenik meg.

**A fertőzéstől számított 2. év végéig** a megbetegedést korai fertőző syphilisnek nevezzük. Ha a beteg nem kapott valamilyen oknál fogva kezelést, akkor a betegség fokozatosan átmehet a syphilis harmadlagos stádiumába (**tercier syphilis**) ill. hosszú évek, évtizedek elteltével kialakulhatnak a belső szervi (**cardiovascularis**) és **idegrendszeri luesre** jellemző elváltozások, tünetek.

### **A syphilis klinikai lefolyását befolyásoló tényezők**

- Antibiotikumok, fertőtlenítőszer helyi alkalmazása a primer fekély jellegzetességeit megváltoztatja, a kórokozó visszahúzódik és ezáltal lehetetlenné válik a **Treponema pallidum** direkt kimutatása.
- Az akcidentálisan, a lappangási időszakban szedett antibiotikumok következménye, hogy a fertőzött személynél klinikai tünetek egyáltalán nem (*dekapitáció*), vagy csak jelentős időeltolódással (*syphilises tünetek késleltetése*) alakulnak ki. [A syphilis kórismezésében a „3-6-9-es” szabály tehát megváltozik (klasszikus esetben „3 hét” = primer fekély megjelenése, „6 hét” = VDRL/RPR pozitivitás, „9 hét” = másodlagos szakasz tüneteinek megjelenése).]

### **Syphilis és terhesség**

A magzat fertőződése a placentán keresztül jön létre, és különösen veszélyes, ha az anya korai, fertőző luesben szenved. A terhesség kimenetelét befolyásolja az is, hogy az anya melyik időszakban fertőződik. Így kezelés nélkül a 7. hónap előtt halvaszülés jöhet létre, vagy klinikai tünetekkel jön a világra a magzat, vagy az újszülött tünetmentes, szerológiailag pozitív, és csak később manifesztálódnak a késői *connatalis syphilis* tünetei.

Mivel Magyarországon még napjainkban is jól működő bőr- és nemibeteg-gondozó hálózat van (121 gondozó), a syphilis-ként diagnosztizált eseteknél minden feltétel adott a beteg kontaktusainak felderítésére és kezelésbe vételére.

Hogy mégis előfordulnak *connatalis syphilis* megbetegedések, annak okát abban látjuk, hogy a gravida vagy nem jelentkezik időben a terhesgondozáson és így nem végezhető el időben a kötelező szűrés (az 1994-ben jelentett csecsemők ebből a szempontból importált esetek voltak), vagy nem fejezi be a kúrát, a bejelentett lakcímen nem utolérhető (pl. prostituált), de szerepet játszhat az is, hogy a nő partnerétől a terhesség utolsó szakaszában fertőződik.

### **Teendő syphilis gyanúja esetén**

Magyarországon a hatályos jogszabály [(18/1998. (VI. 3.) NM, "járványügyi" rendelet)] írja elő a nemi betegekkal kapcsolatos teendőket, melyek az alábbiakban foglalhatók röviden össze:



- Syphilis-gyanús bőr- és nyálkahártya elváltozás észlelése esetén a betegeteket mielőbb a területileg illetékes bőr- és nemibeteg-gondozóba kell irányítani. **Syphilis-gyanús tünet:** minden hirtelen kialakuló, nem viszkető, disszemináltan, de akár lokalizáltan (tenyereken-talpakon) fellépő exanthema, a nemi szerveken kialakuló fájdalomtalan, tömött tapintatú seb. Ha a kiütés lueses eredetű, a lues-szerológiai vizsgálat erősen pozitív!
- Ha vérbajra **gyanús seb** klinikai tünetével jelentkezik a beteg, **ne adjunk sem belsőleg antibiotikumokat, sem külsőleg fertőtlenítő hatású kenőcsöket**, krémeket. A primer fekélyből ugyanis sötétlátó-teres vizsgálattal a kórokozó kimutatható, azonban a különböző kezelések ezt lehetetlenné teszik. A betegek csak fiziológiás konyhasós oldatos borogatással kezelhetik a fájdalomtalan fekélyt. Az indokolatlanul és lues szempontjából nem terápiás mennyiségben szedett antibiotikumok a vérbaj lefolyását módosítják, aminek az a következménye, hogy a betegség megállapítására csak később kerül sor.
- A vérbajban szenvedőknél **kötelező** elvégezni a **fertőzőforrás kutatást**. Ez olyan speciális feladat, mely a nemi gyógyászok és a képzett gondozónők kompetenciája és feladata. A bőr- és nemibeteg-gondozók a hatályos jogszabályok értelmében járnak el, a betegek és felkutatott fertőzőforrások kezelése és gondozása a módszertani előírásoknak megfelelően történik. A syphilises betegek és partnereik **kezelése** jelenleg **ingyenes**, a bőr- és nemibeteg-gondozók készletéből történik.
- **Bejelentendő megbetegedés.** Személyazonosító adatok nélkül bejelentésre kötelezett betegség. A syphilises személyt a lakóhely szerint illetékes bőr- és nemibeteg-gondozó orvosa a személyazonosító adatok nélkül köteles jelenteni az ÁNTSZ (fertőzés/megbetegedés helye szerint) illetékes városi intézetének és az Országos Bőr- és Nemikórtani Intézet Szervezési és módszertani osztályának.

### ***Biológiai Aspecifikus Pozitivitás (BAP) fogalma***

A nem-specifikus syphilis-szerológiai tesztek különböző körülmények között pozitív eredményt adhatnak. Ezeknél az eseteknél megerősítő vizsgálatokkal kell kizárni a fertőzöttséget. BAP fordulhat elő terheseknél, autoimmun betegeknél, malignus tumorban, krónikus májbetegségben (cirrhosis, hepatitis) szenvedőknél, vakcinációt követően, intravénás kábítószer-élvezet mellett, ill. egyéb infekciók (pl. Lyme borreliosis) esetén.

## GONORRHOEA (KANKÓ)

### *Epidemiológia*

A megbetegedettek száma a '80-as évek elejétől folyamatosan csökkent, olyannyira, hogy a 2001. évben bejelentett összes megbetegedés száma alig haladta meg az 1 000 esetet. A gonorrhoea ugyanakkor változatlanul cirkulál a népességben, azonban az esetek jelentős részénél mégsem kerül sor a betegség diagnosztizálására.

Ennek feltételezett okai:

- A gyakran gonorrhoeában szenvedő betegek önkezelése. Ma már olyan sok, többek között a **Neisseria gonorrhoeára** is ható antibiotikum áll rendelkezésre, hogy az eredményes öngyógyítás nem elképzelhetetlen.
- Az akut, gennyes urethritis klinikai tüneteivel jelentkező férfi betegeknél gyakran pontos mikrobiológiai diagnózis felállítása nélkül történik meg a kezelés. Meg kell jegyezni, hogy típusos esetben a váladékból készített, (Gram szerint) festett kenet mikroszkópos vizsgálatával a gonorrhoea **diagnózisa a férfiaknál megállapítható. Nőknél, mint tünetszegény fertőzőforrásoknál, ez már korántsem ilyen egyszerű.** A vaginális fluor önmagában, mint tünet, nem kizáró, de nem is bizonyító erejű kankó szempontjából. A cervicalis kenet klinikai vizsgálattal egybekötött értékelése mellett fontos az epidemiológiai körülmények ismerete is.
- A lakosság túlzottan **gyakran fogyaszt antibiotikumokat**, s így tünetszegény infekció esetén is meggyógyul(hat)nak a betegek.
- Az előbbieket veszélye, hogy tovább **fokozódik a rezisztens Neisseria gonorrhoeae törzsek szelektálódása**, a beteg nem biztos, hogy meggyógyul, a tünetek mérséklődése és a kórokozónak a nemi szervekben felfelé történő vándorlása következtében fennáll a veszélye a különböző szövődmények kialakulásának. Ha nincs pontos diagnózis, nem történik meg a fertőzőforrás kutatása sem.

### ***Klinikai tünetek, kórlefolyás***

A kórokozó a Gram-negatívan festődő **Neisseria gonorrhoeae**. Elsősorban az endocervixet és az urethrát betegíti meg, de a szexuális aktus módjától függően tünetmentesen az oropharynxban és az anusban is megtalálható.

A lappangási idő rövid, átlag 4-5 nap után gennyes folyás, gyakori fájdalmas vizelés klinikai **tünetei** jelennek meg a fertőzött **férfiaknál**.

A **nők**, mint fertőzőforrások, **gyakran tünetszegények**, így a minimális hüvelyi váladékozást, vagy a „**felfázásra**” emlékeztető urethritist a betegek nem tartják kórosnak, ezért nem biztos, hogy orvoshoz fordulnak. Ha mégis, a mikrobiológiai ágens igazolása nélkül ún. **szindromatológiai kezelésben** részesülnek (szisztémás és lokális antimikotikus terápia, esetleg kiegészítve széles hatásspektrumú antibiotikummal). **Extragenitális** lokalizációban a fertőzés általában **nem okoz sem tünetet, sem panaszt**, ezért a kórokozó továbbadásában a torok és/vagy a végbél gonorrhoeás fertőzöttsége nagy szerepet játszik.

#### **Teendő akut urethritis és vagy akutan fellépő hüvelyi folyás esetén**

- Ha gonorrhoea gyanúja merül fel (gennyes urethritis és cervicitis), a pontos diagnózis, kezelés, gondozás, kontaktus-kutatás, szűrővizsgálatok elvégzése céljából a beteget a "járványügyi rendelet" értelmében haladéktalanul a bőr- és nemibeteg-gondozóba kell irányítani.
- A gonorrhoeás betegek **kezelése szintén ingyenes**, a bőr- és nemibeteg-gondozók készletéből történik.
- **Bejelentendő megbetegedés.** A gonorrhoeában szenvedő beteget a bőr- és nemibeteg-gondozó személyazonosító adatok nélkül köteles jelenteni a beteg lakóhelye szerinti illetékes ÁNTSZ városi intézetébe és az Országos Bőr- és Nemikórtani Intézet (OBNI) Szervezési és módszertani osztályának.

### **3. ACUT NONGONORRHOEÁS URETHRITIS ÉS/VAGY CERVICITIS**

A genitális fluor a nemi szervek nyálkahártya-irritációjának vezető tünete és potenciálisan szexuális úton terjedő infekció jelenlétére utalhat.

**Férfiaknál** az **urethra** gyulladós megbetegedéséről van szó, **nőknél** a betegek által észlelt folyás azonban származhat a **cervixből**, vagy csak a hüvelyből (**colpitis**), de lehetséges, hogy mindkettő szerepet játszik a váladékozás fenntartásában. Ugyanakkor nőknél a fluor az aszcendáló fertőzés következtében kialakult ún. **felső genitális traktus infekciójának** (endometritis, salpingitis) jele is lehet. A genitális fluorral, dysuriával, nőknél dyspareuniával, különböző szubjektív panaszokkal (fájdalom, égető-viszkető érzés) járó folyamatok háttérében gyakran többféle kórokozóval történt infekció húzódhat meg.

## a/ *Chlamydia trachomatis* okozta acut urethritis és cervicitis

### Epidemiológia

**Az egyik leggyakoribb bakteriális** eredetű, nemi úton terjedő betegség, melynek fontos jellemzője, hogy az esetek jelentős százalékában klinikailag tünetmentes és csak jóval később, esetleges komplikációk kialakulása után vagy a partner panaszai alapján kerül sor a kórokozó kimutatására. Az Egyesült Államokban a becslések szerint évente 3-5 millióra tehető a friss fertőzések száma.

A postgonorrhoeás urethritisek (PGU) kb. 80%-ánál, a nongonorrhoeás urethritisek (NGU) 30-50%-ánál a klinikai tüneteket a ***Chlamydia trachomatis*** infekció okozza.

### A kórokozó jellemzői

A ***Chlamydia trachomatis*** az ember obligát parazitája. Több szerotípus különíthető el, melyekből a D-K szerotípusok felelősek a genitális, pulmonális és szemészeti infekciókért.

A kórokozó DNS-t és RNS-t egyaránt tartalmaz. Sajátos szaporodásához a gazdaszervezet hengerhám sejtjeinek az energiáját használja fel.

### Klinikai tünetek

**Férfiaknál** legtöbbször mucosus váladékkal, több-kevesebb szubjektív panasszal (dysuria) járó szubakut **urethritist** okoz. Ritkán gonorrhoeára emlékeztető gennyes váladékozást figyelhetünk meg (5%), az esetek **jelentős százalékában** azonban a fertőzés **tünetmentesen** zajlik. Az inkubációs idő változó, néhány naptól hónapokig is eltarthat. **Nőknél** jóval csöndesebben zajlik, az inkubációs idő általában nem határozható meg. A **fluor jellegtelen** (40%-ban), a betegek 30%-ánál cervicitis észlelhető (gyulladt, vérzékeny portió, méhszájból eredő mucosus-purulens váladékkal), a fertőzöttek azonban **30%-ban teljesen tünetmentesek**.

### *Chlamydia trachomatis* infekció szempontjából rizikó faktorok

- 23 év alatti kor, szexuális aktivitás kezdete 17 éves kor előtt,
- új partner 3 hónapon belül, minimum 3 szexuális partner egy évben,
- STD beteggel történt szexuális kapcsolat,
- orális fogamzásgátló szedése, intrauterin spirál (IUD).

### ***Chlamydia-fertőzésre gyanús tünetek***

**Nőknél** akut urethritis és/vagy cervicitis klinikai tünetei, posztkoitális vagy intermenstruális vérzés, kismedencei gyulladás (PID), krónikus alhasi fájdalom.

**Férfiaknál** az urethritis klinikai jelei, urethrális diszkomfort érzés, epididymitis és prostatitis jelei.

Mindkét nemnél gyanús tünet lehet az **arthralgia** és a **conjunctivitis**.

**Szövődmények:** *epididymitis és prostatitis, prostato-vesiculitis, salpingitis, kismedencei gyulladás, meddőség.*

**Diagnosztika:** A kórokozó kimutatására speciális módszerek állnak rendelkezésre (ELISA, PCR, LCX), természetesen nem korlátlanul. A nukleinsav amplifikációs technikák csak kijelölt helyeken, jogszabályban előírt esetekben vehetők igénybe az OEP elszámolás terhére. A **Chlamydia trachomatis** kimutatásához a mintavétel speciális, gyárilag előállított eszközöket és nem utolsó sorban megfelelő rutint igényel.

**Kezelés:** Az igazolt infekció gyógyítása a módszertani ajánlásban javasolt antibiotikumokkal történik, minden esetben a tünetmentes szexuális partner egyidejű kezelésével. A terápia időtartama alatt és utána a gyógyulást igazoló kontroll vizsgálat eredményéig szexuális abstinencia vagy korrekt óvszerhasználat szükséges.

### **b/ Nongonorrhoeás, nonchlamydiás urethritis és fokozott hüvelyi folyással járó kórképek**

A húgycső gyulladós megbetegedéseiben egyéb baktériumok is előfordulhatnak, melyek tenyésztéses vizsgálatokkal kimutathatók. Így az **Ureaplasma urealyticum**, **Mycoplasma hominis** és **genitalium**, különböző aerob baktériumok (pl. **Haemophilus influenzae**, **-parainfluenzae**, **B csoportú Streptococcusok**, **E.coli** stb.), továbbá **Trichomonas vaginalis**, ritkán sarjadzó gombák igazolhatók a panaszok hátterében. Az urethritis diagnózisa szempontjából alapvető a húgycsőből származó Gram-kenet vizsgálata. 1000-szeres nagyítással vizsgálva, látóterenként legalább 5 polimorfonukleáris leukocita jelenléte alapján mondhatjuk ki az urethritis diagnózisát, s ennek alapján a *betegtek további vizsgálata speciális centrumokban kell történjen.*

## VAGINITISEK/VAGINOSISOK

**Vaginitisről** beszélünk, ha a kórokozó által előidézett folyamat a vagina nyálkahártya-gyulladásával jár együtt, **vaginosisról**, ha a gyulladásos tünetek hiányoznak.

- **A Bakteriális vaginosis (BV)** olyan polimikróbás infekció, amelyre a hüvelyi mikroflóra természetes egyensúlyi helyzetének felborulása és a patogén aerobok elszaporodása a jellemző. Kialakulásában a fokozott szexuális aktivitás, a promiszkuitás, a széles spektrumú antibiotikumok szedése, a gyakori irrigálás játszik szerepet, de gyakori intrauterin spirált alkalmazó nőknél is. Mindezen multifaktoriális hatásokra a **hüvelyi pH lúgos irányba tolódik**, eltűnnek a fiziológiás körülmények között védelmet jelentő tejsavbacillusok. A leggyakoribb mikroorganizmusok, melyek bakteriális vaginosis esetén felszaporodnak, a következők: Gardnerella vaginalis, anaerob Gram-negatív pálcák, mycoplasmák, mobiluncusok.

A bakteriális vaginosis diagnosztikus kritériumai **Amsel** és mtsai szerint: pH > 4,5, **amin-teszt** pozitív (a tárgylemezre tett hüvelyi váladékhoz 10%-os KOH oldat 1-2 cseppjét hozzáadva rothadó halszagot érzünk), híg, homogén, krémszerűen szétterülő váladék a hüvelyben, natív és festett kenetben ún. clue sejtek jelenléte (mintha a laphámsejtek felszínét „borssal szórták volna be” - „salt & pepper cells”).

**Kezelésében** a metronidazol helyi és per os alkalmazása a döntő.

- **Trichomoniasis:** A kórokozó a **Trichomonas vaginalis**, egysejtű élősködő. Az infekció lényege, hogy a vagina nyálkahártyájának hámsejtjeihez tapadva ezen sejtek citolízisét idézi elő, melyet kifejezett gyulladás kísér. Klinikailag bő, habos, híg váladék látható, a portion vörös színű pontozottsággal (strawberry portio). Az **amin-teszt** pozitív. A problémát az jelenti, hogy az infekció **gyakran tünetmentes**.

**Diagnosztika:** A hüvelyboltozatból vett váladék natív kenetben történő vizsgálatával jól láthatóak a hullámzó mozgást végző protozoonok.

**Terápia:** metronidazollal jól gyógyítható. Mivel minden esetben "ping-pong" fertőzésről van szó, ezért a tünetmentes **partner is** kezelendő.

- **Vulvovaginitis candidomycetica**

A fakultatív oportunistá kórokozó **Candida albicans** és a **non-albicans sarjadzó gombák** infektológiai jelentősége az elmúlt több mint 10 évben megnőtt.

Nők hüvelyi fluorjának gyakori oka a sarjadzó gombák felszaporodása.

Különböző irodalmi adatok szerint az egészséges nők kb. 20%-ánál tünetmentes vaginális kolonizációt lehet kimutatni, illetve a nők 75%-a az élet folyamán legalább egyszer szenved sarjadzógombás hüvelyi bántalomban. Míg korábban a **C.albicans** játszotta a vezető szerepet, addig az utóbbi időben a non-albicans specíesek gyakoribb előfordulása figyelhető meg. Ahhoz, hogy klinikailag manifesztálódjon, **hajlamosító faktorok** jelenléte is szükséges (fogamzásgátlók szedése, antibiotikum terápia, diabetes mellitus, vashiányos anaemia, immun- deficiencia/malignus betegségek, autoimmun betegségek, HIV/AIDS, endocrin betegségek stb.).

### **Klinikai tünetek**

Az *akut vulvovaginalis candidosis* klinikai megnyilvánulására jellemző, hogy hirtelen fellépő viszketés, égő érzés kíséretében a szeméremtesten erythemás, oedemás gyulladás, a hüvelyben, a gyulladt nyálkahártyán túroszerű, fehér, lekaparható váladék képződik.

Az első epizódot gyakran *rekurrencia* követi hasonló vagy enyhébb klinikai és szubjektív tünetekkel, gyakran azonban a viszketés, égő érzés elmarad és a betegek fő panaszát a krémszerű váladék észlelése jelenti.

**Diagnózis:** a hüvelyváladék natív és/vagy festett kenetben történő vizsgálatánál a látótérben észlelt minimum 3 sarjadzó sejt vagy fonalak jelenléte alátámasztja a klinikai diagnózist.

**Terápia:** Ha sarjadzógomba okozta genitális tüneteket észlelünk, **keresni kell a kiváltó és fenntartó faktorokat**. Klinikailag biztos diagnózis esetén rendelkezésünkre állnak szájon át szedhető és/vagy helyileg alkalmazható **antimikotikus** készítmények, melyek az esetek jelentős részében jó hatásúak. Mivel az utóbbi időben egyre gyakrabban sikerült rezisztens sarjadzó gombákat izolálni, ezért a rekuráló genitális mycosisban szenvedő betegeknél ajánlott a hüvelyi váladékból a sarjadzó gombák speciesig történő izolálása és rezisztenciájuk meghatározása.

*A klinikai vizsgálat és mikológiai tenyésztés, valamint identifikálás nélkül folytatott orális és/vagy helyi, ismételt antimikotikus kezelésből adódó problémák:*

- A vulvovaginitis candidosa előidézésében **mérsékelten érzékeny**, vagy eleve **rezisztens** Candida species játszik szerepet (pl.: **C.glabrata, C.krusei**).
- A vaginális fluort **nem sarjadzógomba tartja fenn**, hanem egyéb, szexuális úton terjedő fertőzés következménye (**N.gonorrhoeae, Chlamydia trachomatis, Mycoplasma speciosek, Trichomonas vaginalis**, a hüvelyi ökológia felborulása).

*Az előbbiek alapján nem gyógyuló hüvelyi váladékozás esetén javasolt:*

1. A **kórelőzmény**, a klinikai **vizsgálat**, a hüvelyváladékból készített **kenet** mikroszkópos **értékelése**. Ha ezek alapján nem lehet megállapítani az okot, tanácsos a betegeknél további vizsgálatokat végeztetni (mikrobiológiai háttérrel is rendelkező STD-centrumok). Rekurráló vagy krónikusan fennálló vaginális fluorban szenvedő betegeknél szakemberrel történő **konzultáció** feltétlenül szükséges.
2. Akutan fellépő, első sarjadzó gombás infekció esetén, ha a tünetek jellemzőek, és a kenetben a gomba kimutatható, az egyszeri orális antifungális terápia alkalmazása indokolt.

#### 4. VÍRUS EREDETŰ MEGBETEGEDÉSEK

A világon sokmillió ember szenved genitális herpes simplex vírus (HSV) és humán papillomavírus (HPV) okozta fertőzésben, azonban a megbetegedettek számát csak becsülni lehet, mivel **jelentős részük klinikai tünetek hiányában nem tudja, hogy fertőzött**. Magyarországon a genitális herpesben és condyloma acuminatumban szenvedő betegek számát nem ismerjük és igazán megbecsülni sem lehet azt.

A HSV és a genitális infekciókban szerepet játszó HPV-szerotípusok között azonban számos hasonlóságot fedezhetünk fel, s ezek a következők:

- mind a kettő **fajspecifikus**, azaz a fertőzőforrás kizárólag az ember,
- mind a kettő elsősorban **szexuális úton** terjed,



- mind a HSV, mind a HPV (bizonyos szerotípusai) **szubklinikus** fertőzéseket okozhatnak,
- **vertikális transzmisszió** révén az újszülöttek fertőződhetnek (neonatalis HSV-infekció; HPV 6,11, és a laryngeális papillomák közti kapcsolat),
- HSV-fertőzés esetén gyakori a **tünetmentes vírusürítés**. Ugyanakkor az ún. szubklinikus HPV-infekcióban szenvedők akaratlanul is fontos szerepet játszanak a fertőzés továbbításában.
- mind a két fertőzésre jellemző a **rekurrencia** (a HSV 2-es típusánál gyakrabban) ill. a recidiva (HPV 6,11 okozta condyloma acuminatum, vagy a HPV 16,18 okozta flat condyloma),
- a rekuráló és/vagy recidiváló infekcióban szenvedő betegeknél komoly **pszichés érintettség** alakul ki nemcsak a gyakori klinikai visszaesés, hanem a félelem miatt, hogy megfertőzik szexuális partnereiket.
- az **onkogén potenciállal** rendelkező, ún. magas rizikójú HPV szerotípusok - HPV 16, 18, 31, 33 - és a genitális carcinoma kialakulása közötti kapcsolat bizonyított.

## GENITOANÁLIS HERPES SIMPLEX INFEKCIÓ

Kórokozó a **HSV 2-es**, ritkábban a **HSV 1-es** típusa.

### **Epidemiológia**

- Az *UNAIDS/WHO 1997. évi becslése szerint* évente a világon 20 millió új, tüneteket okozó fertőzés fordul elő.
- Különböző felmérések szerint az USA-ban a 12 életév feletti korosztályban minden ötödik ember HSV-2 hordozó, továbbá kimutatták, hogy 1976-1994 között a HSV-2 szeroprevalencia 30%-kal emelkedett.

### **A kórokozó és a fertőzés módja**

A **fertőzőforrás kizárólag az ember**. A feltételezések szerint az infekció továbbításában szerepet játszó személyek klinikailag tünetmentesek és csak egyharmaduknál lehet a kórelőzményben herpeszre utaló klinikai tüneteket találni. A fertőzés létrejöttében a **direkt nyálkahártya és/vagy hámkontaktus** valamint a megfelelő **testvialadék** játssza a fő szerepet [csók/nyál, közös pohár használata (nyál), coitus különböző formái].

A vírusok a szenzoros idegrostokon keresztül jutnak el a megfelelő gerincvelői idegdúc sejtjeibe, és ott perzisztálnak, s bizonyos időközönként aktiválódva tüneteket okozhatnak.

- **Primer genitális herpesz: 3-7 napos** inkubációs idő után **hirtelen** kezdődik. A nemi szervén erythema, ödéma kíséretében apró hólyagok jelennek meg, melyek gyorsan erodálódva fájdalmas ulcerációhoz vezetnek. A betegeknél, elsősorban nőknél, a vizezés rendkívül fájdalmas, gyötrelmes, hőemelkedés vagy láz kíséri rossz közérzettel, fájdalmas, kétoldali lágyéki nyirokcsomó megnagyobbodással. Nőknél rendszerint a hüvely nyálkahártyája is érintett.
- **Rekurráló fertőzések.** A népesség nagy százalékánál gyakran ez az első megnyilvánulás. Jellemző, hogy mindig **ugyanazon a helyen**, gyulladt alapon, csoportosan elhelyezkedő hólyagocskák képződnek. Megjelenésüket az esetek egy részében **prodromalis** tünetek előzik meg. A hólyagocskák igen hamar megnyílnak, és gyakran már csak az eroziókat látjuk. Kísérheti a környéki nyirokcsomók enyhe, fájdalmas duzzanata is. Férfiaknál a rekurrencia urethritis képében is jelentkezhet.

**Diagnózis:** a többnyire típusos kórelőzmény és a klinikai tünetek alapján általában nem nehéz.

**Terápia:** az aktuális tünetek jól befolyásolhatók a rendelkezésre álló antivirális készítményekkel.

A **felvilágosítás** és a tanácsadás a betegellátás részét képezi. A betegeknek el kell mondani, hogy a rendelkezésre álló antivirális készítményekkel **végleges gyógyulást nem lehet elérni**. A gyógyszerek az inaktív állapotban lévő vírusokra hatástalanok. A fertőzés továbbadásában a tünet- és panaszmentes vírusürítés a legfontosabb, így azok a betegek, akiknek soha nem volt klinikailag megnyilvánuló betegségük, aktuálisan mégis fertőzőképesek lehetnek a partner számára. A genitális herpest, ha **ritkábban** ugyan, de a **HSV 1-es típusa is előidézheti** (orogenitális kontaktus révén), ebből következik, hogy a partner ajak-herpese ill. a vírusürítés az infekció transzmissziójában szintén fontos lehet.

## HUMÁN PAPILOMAVÍRUS-INFEKCIÓK - CONDYLOMA ACUMINATUM

**Epidemiológia:** A WHO becslése szerint **az egyik leggyakoribb vírus-etiológiájú** megbetegedés. Ma már több mint 100 különböző szerotípust azonosítottak, s ezek közül több mint 30 továbbadásában a szexuális érintkezés a döntő.

**A terjedés módja, inkubációs idő:** elsősorban **szexuális úton** terjed, de bizonyos esetekben a kontaminált **eszközökkel** való kontaktus is szerepet játszhat az átvitelben. Az újszülöttek **vertikális** módon fertőződhetnek. Az inkubáció ideje nem ismert, hónapokon keresztül lappanghat, mielőtt a klinikai tünetek megjelennének, ugyanakkor bizonyos szerotípusokkal való fertőződés szubklinikus, tünetmentes vírusürítést eredményezhet.

### **Klinikai formák**

**Condyloma acuminatum:** a HPV 6,11 szerotípusok által előidézett, legismertebb kórkép, amely a nemi szerveken jellegzetes növedékek formájában manifesztálódik.

**Férfiaknál** a makk mögötti árokban, a makkon, a frenulum mellett, a húgycső nyílása körül, de intraurethralisan is, a fityma belső lemezén, adott esetben a végbélnyílás körül alakulnak ki a tünetek, elhanyagolt esetekben extrém méretű, karfiolszerű növedékeket képezve.

**Nőknél** a kisajkak, a hüvelybemenet a leginkább érintett, de nem számít ritkaságnak az intravaginális lokalizáció sem.

**Condyloma planum:** a vulva és a hímvessző bőrén halvány, vöröses barna, alig előemelkedő, általában több gócú, néhány mm átmérőjű papulák.

**Bowenoid papulosis:** különböző nagyságú hyperpigmentált növedékek. Tekintve, hogy leggyakrabban a magas onkogén kockázatú HPV 16,18 idézi elő, **eltávolításuk indokolt.**

**Diagnózis:** típusos tünetek esetén általában nem okoz gondot a diagnózis felállítása. Atípusos esetben szövettani vizsgálat adhat támpontot.

**Kezelés:** Az eltávolítás többféle módon lehetséges és a szakorvos feladata. A kezelés után a betegeket a recidiva időben történő felismerése céljából ellenőrizni kell.

A terápiával dacoló, **progrediáló** condyloma acuminatum jele lehet a **HIV infekciónak**, tehát a páciens előzetes tájékoztatása után, ha beleegyezett, a szűrés elvégzése javasolt.

A **tanácsadás** rendkívül fontos. Tekintettel arra, hogy a magas kockázatú HPV-szerotípusok és a cervix carcinoma közötti kapcsolat bizonyított, nem mindegy, hogy mit és hogyan magyarázunk el a betegeknek. Az orvostudomány jelenlegi állása szerint **nincs** olyan **gyógyszer**, amelyet beszedve a fertőzés gyógyítható.

Azt azonban **el kell mondani**, hogy a

- condyloma acuminatum a kezelés után recidivára hajlamos, ezért szükséges a rendszeres orvosi ellenőrzés,
- a transzmisszió többnyire condommal megelőzhető (kivétel, ha olyan helyen van, amelyet az óvszer nem takar),
- egy HPV-pozitív cervikális vizsgálati eredmény még nem jelent malignus betegséget,
- a szervezet immunrendszere képes a vírusok eliminálására.

**Diagnosztikájában** molekulárbiológiai eljárások állnak rendelkezésre, azonban a vizsgálat költséges volta miatt csak indokolt esetben (nőgyógyászati szűrés kapcsán ismételten kóros citológiai lelet), kijelölt nőgyógyászati rendeléseken végezhető az OEP-elszámolás terhére.

## 5. HIV-INFEKCIÓ, AIDS

A világméretű járvány a harmadik évtizedébe lépett, és úgy tűnik, hogy az Egészségügyi Világszervezet (UNAIDS/WHO) és az egyes országok különböző hatásfokú prevenciós programjai ellenére változatlanul szedi áldozatait. Magyarország az ismert adatok alapján ma még az alacsonyan fertőzött országok körébe tartozik. Kérdés, hogy az ország közvetlen közelében tomboló járvány mellett meddig tudjuk megőrizni ezt a kedvező epidemiológiai helyzetet.

A HIV-infekció ugyanis azon fertőző betegségek körébe tartozik, amely megfelelő tudás birtokában megelőzhető. Mivel a terjedésében elsősorban a védekezés nélküli, felelőtlenül létesített nemi kapcsolatok játszanak szerepet, a megelőzés egyik **kulcskérdése** lenne **az emberek**

**szexuális magatartásának a megváltoztatása.** Ma Magyarországon az ismert adatok birtokában az intravénás kábítószer-élvezet az epidemiológiai helyzetet még lényegében nem befolyásolja.

Sajnálatos módon, a gyakorló venerológus napjainkban is nem egyszer szembesül a HIV terjedésével kapcsolatos tudatlansággal és tévhitel. Hasonló problémával természetesen találkozhatunk a nemi betegségeket és az egyéb, nemi úton terjedő betegségeket illetően is, azonban ezektől mindaddig kevésbé félnek az emberek, amíg saját panaszaik alapján nem szembesülnek a tényekkel (pl. rekuráló HSV vagy condyloma acuminatum).

#### **A HIV terjedése:**

- fertőzött nemi váladékkal (ondóval, hüvelyváladékkal ),
- transzplacentárisan és anyatejjel,
- vér közvetítésével [(kábitószer-élvezők közös tű-fecskendő használata, bőr- és nyálkahártya sérülés következtében fertőzött vérrel létrejövő direkt kontaktus (elsősorban az egészségügyi dolgozók számára jelent igen alacsony rizikót)],
- szervtranszplantációval.

Mivel a véradókat és szervdonorokat kötelezően szűrik, így **ma Magyarországon** járványügyi szempontból **a terjedés elsődleges módja a szexuális átvitel.**

#### **Veszélyeztetett csoportok**

- a homo-és biszexuális férfiak,
- a promiszkuáló, partnerüket gyakran változtató heteroszexuálisok,
- a intravénás kábítószer-élvezők és szexuális partnereik,
- a prostituáltak, klienseik és utóbbiak állandó partnerei,
- az erősen fertőzött országból származó személyekkel szexuális kapcsolatot létesítők.

**A vírus nem terjed** rovarok által, étellel, ivóvízzel, WC-használat révén, uszodavízzel, verejtéssel, könnyel, nyállal, közös evőeszközzel, kézfogással, tüsszentéssel. Tehát **a mindennapi emberi kapcsolatok a fertőzés szempontjából veszélytelenek!**

### **A HIV-betegség lefolyása**

Krónikus betegség, melyre jellemző a hosszú tünetmentes periódus. A fertőzés kezdetén az érintettek több mint kétharmadánál az **acut HIV-infekció** klinikai tünetei jelentkeznek: mononucleosisra jellemző panaszokhoz hasonló, láz, torokgyulladás, levertség, a bőrön jelentkező maculopapulosus exanthemák, kiterjedt soor oris, fejfájás, nyirokcsomó megnagyobbodás. Kezelés nélkül, spontán rendeződik. A HIV-teszt a reconvaleszcencia időszakában válik pozitívvá. A korábbi tünetekre azonban az esetek jelentős részében csak retrospektív analízis után derül fény.

A krónikus, tünetmentes állapotban tulajdonképpen nincs sok esély a fertőzöttség kiderítésére. Ha tehát a veszélyeztetett önként nem jelentkezik vizsgálatra, akkor nagy valószínűséggel már csak a betegség egy előrehaladott stádiumában kerül sor a teszt elvégzésére.

A krónikus lefolyású betegségnél azonban az immundeficiencia kialakulásával párhuzamosan olyan klinikai tünetek, ún. **gyanújelek** észlelhetők, amelyek alapján a **HIV-teszt elvégzése indokolt lehet**.

Melyek ezek a könnyen vizsgálható, bőrön és nyálkahártyákon kialakuló tünetek, és általánosságban mivel jellemezhetők?

Tulajdonképpen jól ismert bőrgyógyászati kórképekről van szó, amelyek **ha szokatlan életkorban, atípusos lokalizációban, atípusos formában alakulnak ki és az egyébként bevált terápiás eljárásokra nem jól reagálnak, keresni kell a háttérben a HIV-infekciót**.

Az alábbiakban röviden részletezett **bőr- és nyálkahártya tünetek ismeretlen HIV-státusz esetén diagnosztikus, ismert fertőzötteknél pedig prognosztikai jelentőségűek**.

- **Seborrhoeas dermatitis:** az átlag népességben is gyakran előforduló betegség. Az arcon, fejbőrön, gyakran a mellcsont fölött észlelünk erythemás, hámló, viszkető plakkokat. HIV-fertőzésre gyanús, ha az arcon centrofaciálisan, nasolabialisan jelennek meg a tünetek és a seborrhoea elleni kezelést abbahagyva gyorsan recidiválnak vagy a kezelésre nem reagálnak.
- **Herpes zoster:** bármelyik életkorban előfordulhat, azonban, ha a fiatal felnőtteknél látszólag minden ok nélkül megjelennek az övsömör

típusos tünetei és esetleg multiszegmentális elhelyezkedésűek, vagy recidiválnak, érdemes a HIV-szűrést elvégeztetni.

- ***Molluscum contagiosum***: ismert, gyermekek körében gyakran előforduló vírusbetegség. Felnőtteknél a nemi úton közvetített infekciók körébe soroljuk (szoros testi kontaktus). Ha gyorsan szaporodva, nagyszámban jelennek meg és extrém méreteket öltenek, szintén jelezhetik a HIV-infekciót.
- ***Soor oris* és krónikusan fennálló, terápia-rezisztens vulvo-vaginitis candidomycetica**: a sarjadzó gombás száj- és hüvelyi nyálkahártya elváltozásoknak igen sok betegség állhat a hátterében. Azoknál a betegeknek, akiknél a folyamatot nemcsak a buccalis nyálkahártyán, hanem a garatfalán is látjuk (szinte "lecsurog" a nyelvcsőbe), a diagnosztikus repertoárt a HIV-szűréssel is célszerű kiegészíteni. Ez különösen indokolt azokban az esetekben, amikor a beteg az oesophagitisre jellemző retrosternális, nyelésre fokozódó fájdalomról panaszkodik.
- ***Oral hairy leucoplakia***: az AIDS kapcsán írták le és az egyik **legfontosabb klinikai prognosztikai faktor**. Megjelenése érzékenyen jelzi az immunrendszer állapotának rosszabbodását. A nyelv két oldalán előemelkedő, nem lekaparható, fehér elváltozásokat láthatunk.
- ***Anogenitalis condyloma acuminatum***: jóllehet a klinikai tünetekre egyébként is jellemző a recidíva, terápia-rezisztens, vagy extrém kiterjedésű kórformáknál nem szabad megfeledkezni a HIV-betegség lehetőségéről.
- ***Perzisztáló, ulcerosus herpes simplex infekció***: periorálisan vagy genitoanálisan fájdalmas, terápiára nem reagáló, többnyire lázzal kísért, kifeléyesedő herpeszes tünetek, melyek ha egy hónapnál hosszabb ideig állnak fenn, akkor az **AIDS indikátor betegségének** felelnek meg.
- ***Kaposi sarcoma***: gyorsan szaporodó, a bőr hasadási vonalait követő, livid vörös, éles határú foltok, majd infiltrátumok és jól tapintható tumorok. Ha 60 évesnél fiatalabb betegnél fordul elő, indikátor betegségnek felel meg és így kimeríti az **AIDS-betegség** diagnózisát.

A HIV-fertőzötteknél az előbbieken **felsoroltak mellett még számos**, gyakran egy időben vagy egymást követően kialakuló olyan **általános** tünet is ismert, amely a fertőzést jelezheti. Pl. krónikus arcüreggyulladás, egy éven belül többször recidiváló tüdőgyulladás, testsúlycsökkenés, az általános állapot romlása, fejfájás, hasmenés, éjszakai izzadás. Ezek a betegek egyre inkább súlyos beteg benyomását keltik, a vizsgálatok hosszú sora történik meg, míg végre a HIV-szűrővizsgálat révén fény derül a betegség hátterére. Az utóbbi években AIDS-stádiumban kiszűrt esetek ismeretében nem lehet a HIV-szűrés elvégzését megakadályozó ellenérv, hogy pl. az "index páciens családi háttere rendezett". **A fertőzés nem kíméli a "vértlen" embereket sem, ugyanis egy megbízhatónak tartott partnerkapcsolatban a fertőzés létrejöttéhez elegendő a másik fél felelőtlensége** vagy kettős élete (pl. biszexuális férfiak, az élvezeteket gyakran házon kívül kereső heteroszexuálisok).

*Az AIDS tulajdonképpen egy klinikai fogalom, a HIV-betegség utolsó stádiumát jelenti, és akkor kerül megállapításra, amikor a nemzetközileg elfogadott és meghatározott ún. **indikátor betegséget** diagnosztizálják. [Indikátor betegségek: opportunista infekciók (pl. Toxoplasmosis, CMV-retinitis, Pneumocystis-carinii-pneumonia stb.), különböző rosszindulatú daganatok (pl. Kaposi sarcoma, B sejtes lymphoma), HIV-encephalopathia.]*

### **HIV-szűrés**

Lényege, hogy minden előszűrésben pozitív vérminta vizsgálatát másnap a szűrőlaboratóriumban megismétlik, majd megerősítő vizsgálatokkal igazolják vagy kizárják a pozitivitást. A **HIV-fertőzöttség tényét akkor közöljük az érintett beteggel**, ha két különböző időpontban levett vérből az előszűrések és a megerősítő vizsgálatok is pozitív eredményt adtak. A fertőzöttek a hatályos jogszabály alapján rendszeres orvosi gondozás alatt állnak.



## 6. A HIV-FERTŐZÉS ÉS A NEMI BETEGSÉGEK, EGYÉB, SZEXUÁLIS ÚTON TERJEDŐ BETEGSÉGEK KÖZÖTTI KAPCSOLAT

A UNAIDS/WHO becslése szerint a világban a HIV-fertőzések túlnyomó része szexuális érintkezés következtében jön létre. A fertőzöttek számát tekintve lényeges különbségek vannak azonban területenként: Nyugat- és Észak-Európában a fertőzések elsősorban homoszexuális kontaktus révén, Dél- és Kelet-Európában az intravénás kábítószer-élvezők körében terjed nagyobb mértékben. A drogfüggők szerepe azonban a feltehetően gyakori prostituálódás miatt szintén nem elhanyagolható a HIV szexuális transzmissziójában.

### RIZIKÓFAKTOROK A HIV-FERTŐZÉS SZEXUÁLIS TRANZMISSZIÓJÁBAN

- **A szexuális praktika**

Egy biztosan HIV-pozitív személlyel óvszer nélkül lefolytatott egyetlen egy coitus fertőzést átvivő hatásfoka tulajdonképpen alacsony

(< 0,5%). A fertőződési valószínűséget azonban befolyásolja/meghatározza a közösülés módja.

Egy homoszexuális párkapcsolatban sokkal nagyobb az esélye az infekciónak annak, aki az anális coitusban a passzív recipiens, mint az aktív félnek. Ugyanakkor a heteroszexuális kapcsolatokban egy fertőzött férfitől a nők könnyebben kapják meg a HIV-et, mint fordítva. A nők értelemszerűen könnyebben fertőződnek, ha az aktus a menstruáció alatt történik. A tévhitekkel ellentétben az orális szex a szájüregbe bekerülő fertőzött nemi váladék révén szintén veszélyes lehet.

- **A fertőzött személy betegség-stádiumai**

Egy beteg fertőzőképessége korrelációt mutat a viraemiával, azaz a plazmában mérhető ún. víruskópia-számmal. Minél magasabb a víruskópia-szám, annál nagyobb a valószínűsége, hogy nemi aktus révén a partner a fertőzött nemi váladék (ondó, hüvelyváladék) útján inficiálódik. Legnagyobb mértékű a viraemia az acut HIV-betegség idején illetve az AIDS-betegség manifesztációjakor. A HIV-betegség krónikus, évekig tartó, gyakorlatilag tünetszegény és panaszmentes stádiumában lévő betegeknél a víruskópia-szám alacsony, akár a mérési határ alatti (<50 kópia/μl), a fertőzőképesség tehát lényegesen kisebb.

- **Szexuális úton terjedő betegségek egyidejű fennállása**

A **sebképződéssel** (syphilis, genitális HSV, a trópusi országokban ulcus molle, lymphogranuloma venereum, granuloma inguinale), **gyulladással** járó (gonorrhoeás, nongonorrhoeás urethritis/cervicitis, colpitisek), nemi úton terjedő betegségek a HIV-fertőzés kockázatát jelentősen, mintegy 5-10-szeresre növelik részben a barrier károsodása, részben a CD4+ receptorral rendelkező célsejtek nagyszámú jelenléte miatt. Talán nem érdektelen megemlíteni, hogy 1985-2002 között az ismert magyarországi HIV-fertőzöttek közel 20%-ánál szexuális úton terjedő betegség valamilyen tünete (syphilis, gonorrhoea, nongonorrhoeás urethritis, condyloma acuminatum, genitális herpes, scabies stb.) miatt került sor a HIV-szűrésre.

- **Az egyén szexuális magatartása**

A **promiszkváló**, alkalmi kapcsolatokat kereső, **védekezést nem** alkalmazó emberek HIV-fertőzési kockázata kiugróan magas. Sokkal nagyobb a valószínűsége, hogy olyan személlyel akadnak össze, aki még maga sem tudja, hogy fertőződött. Nem hallgatható el azok veszélyeztetettsége sem, akik a testi örömök megszerzéséért prostituáltakhoz fordulnak. (Nemcsak női, hanem férfi prostitúció is létezik, a homoszexuális prostitúció ebből a szempontból veszélyesebb.) A promiszkváló életet élők ugyanakkor veszélyeztetik az állandó partnereiket is. A hazai HIV-fertőzöttek között ismerünk olyan nőbetegeket, akik tulajdonképpen végtelenül, partnerük, élettársuk révén kerültek be a HIV-pozitívak táborába. Ebből a szempontból döntő szerepet játszanak az ún. biszexuális férfiak, akik eltitkolják alapvetően homoszexuális hajlamukat.

- **Az egyes országokban a HIV epidemiológiai jellemzői**

Az iparilag fejlett országok többségében a homo- és biszexuális férfiak és az intravénás kábítószerhasználók körében legnagyobb a HIV-infekció prevalenciája. Az utóbbi években igen megemelkedett a HIV-fertőzöttek száma Ukrajnában, Oroszországban, Lengyelországban, Jugoszláviában az intravénás drogosok körében. Fekete Afrikában a fertőzés elsődleges terjedési módja a járvány kezdete óta a heteroszexuális átvitel. A UNAIDS/WHO adatai szerint ezekben az országokban a fiatal felnőtt korosztály (a 19-49 életév korcsoportúak) kb. 10%-a fertőzött, míg Afrika déli országaiban a prevalencia meghaladja a 20%-ot. Ugyancsak jelentősen emelkedett Távol-Keleten a HIV-fertőzöttek száma. Ha valaki tehát olyan férfikkal,

vagy akár nőekkel létesít szexuális kapcsolatot, akik erősen fertőzött országokból/területekről származnak [Afrika, Ukrajna, Oroszország Lengyelország, Jugoszlávia, a távol-keleti országok (szex-turizmus)], könnyen maga is áldozatul esik.

## Prevenció

**Kulcskérdés a felvilágosítás, melynek célja mindazon emberek felkutatása, akik a HIV-infekció szempontjából veszélyeztetettek. A megfelelő információ közvetítésében nemcsak az egészségügy, hanem az egész társadalom érdekelt.**

A HIV-felvilágosítás annyiban speciális, hogy a fertőzésre vonatkozó általános ismereteken túl olyan információkat kell közvetíteni, amelyek a szexuális élettel is foglalkoznak.

Mind a prevencióban, mind a már HIV-fertőzöttek kiszűrésében **fontos szerep jut az alapellátásnak**. Ha a betegekkel napi kapcsolatban álló háziorvosok a páciens tüneteinek alapján (gyanújelek és konstitucionális tünetek) gondolnak a HIV-fertőzés lehetőségére és adott esetben diagnosztikus palettájuk részét képezi a szűrővizsgálat elvégzése (természetesen a páciens előzetes tájékoztatását követően), sokat tehetnek az ügy érdekében.

**A speciális tanácsadásnak az alábbi, legfontosabb gondolatokat kell közvetítenie:**

- *Valaki lehet fertőzött és még látszólag egészséges!*
- *Mit jelent a HIV-fertőzés, mit jelent az AIDS?*
- *Hogyan terjed, és hogyan **nem** terjed (rizikócsoportok) a fertőzés?*
- *Melyek a terjedés megelőzésének a módszerei? (Monogám, megbízható partnerkapcsolat, "biztonságos szex", óvszer használata, steril injekciós tűk.)*
- *Mit jelent az "ablak-periódus"? (A gyanúba vett nemi aktustól számított 3 hónap múlva lehet a fertőzöttséget nagy biztonsággal igazolni.)*
- *Milyen betegségeket lehet még a HIV-infekción kívül nemi úton megkapni?*
- *A nemi betegségek, és az ún. egyéb, nemi úton terjedő betegségek elősegítik a HIV-fertőzés létrejöttét!*

## ÖSSZEFOGLALÁS

Nyilvánvaló, hogy a szexuális úton terjedő fertőzések eredményes kezelése olyan centrumokban valósítható meg, ahol a klinikai szakrendelés mellett jól felszerelt mikrobiológiai-diagnosztikai-szerológiai egység működik, s melyhez a nemibeteg-ellátás érdekében szorosan hozzátartozik a gondozás is.

**A terület interdiszciplináris, szerteágazó ismereteket,** adott esetben további konzultációs lehetőségeket is igényel. **A XXI. században nem lehetünk polihisztorok.** Kellő önmérséklettel és önismerettel végezve a betegellátást, a nemi úton közvetített fertőzésekre utaló tünetek és panaszok esetén ajánlott a betegeket a megfelelő ellátást biztosító járóbeteg-rendelésekre irányítani.

**Vérbajra és kankóra** gyanús tünetek esetén a betegeket **haladéktalanul** a területileg illetékes bőr- és nemibeteg-gondozóba **kell** irányítani.

**Egyéb,** nemi úton közvetített fertőzésekre utaló panaszok (húgycsőgyulladás, hüvelyi folyás) esetén a kezelés megkezdése előtt szintén bőr- és nemibeteg-gondozóba **tanácsos** küldeni a pácienseket. Itt ugyanis az anamnézis birtokában lehetőség van a váladékból készített festett kenet értékelésére és adott esetben a szükséges további vizsgálatok elvégzésére is. Ha probléma merül fel, a nemigyógyász szakorvos a betegeket konzultációs célból a megfelelő nemibeteg-centrumba vagy a társszakmák rendeléseire tudja irányítani.

**A HIV-vizsgálatok lehetőségei:** Ha HIV-fertőzésre, AIDS-re gyanús tüneteket észlelünk, indokolt a diagnosztikus célú vizsgálat elvégzése. A beteg előzetes tájékoztatása után a vizsgálati lehetőségek a következők:

- a területi bőr- és nemibeteg-gondozóban levett vérminta vizsgálatát az Országos Bőr-és Nemikórtani Intézet laboratóriumában végzik el,
- az ÁNTSZ fővárosi/megyei intézeteinek laboratóriumaiban, vagy a "Johan Béla" Országos Epidemiológiai Központban történik a vérvétel és a vizsgálat,
- a Fővárosi Szent László Kórház HIV/AIDS betegek ellátására kijelölt osztályán, illetve ambulanciáin történik a vérvétel és a vizsgálat.

**Rövidítések jegyzéke**

- AIDS : Acquired immunodeficiency syndrome (szerzett immunhiányos tünetegyüttes)
- BAP : Biológiai Aspecifikus Pozitívitás
- BV : Bakteriális vaginózis
- C. : Candida
- CMV : Cytomegalovírus
- ELISA : Enzym-Linked-Immunosorbent-Assay
- FTA-Abs-test: Fluorescent Treponemal Antibody- Absorption test
- HBV: Hepatitis B vírus
- HCV: Hepatitis C vírus
- HIV : Humán immundeficiencia vírus
- HPV : Humán papillomavírus
- HSV : Herpes simplex vírus
- IUD : Intrauterin device (intrauterin eszköz vagy pesszárium)
- LCX : Ligase change reaction
- NGU : Nongonorrhoeás urethritis
- PCR : Polimerase chain reaction
- PGU : Postgonorrhoeás urethritis
- PID : Pelvic inflammatory disease
- STD: Sexually transmitted diseases (szexuális úton terjedő betegségek)
- RPR : Rapid Plasma Reagin
- TPHA : Treponema pallidum Haemagglutination Test
- Víruskópia: a plazmában mérhető HIV-RNS másolatok száma/ml
- VDRL : Veneral Disease Research Laboratory

## 1. táblázat

## Szexuális úton terjedő kórokozók

<p><b>Baktériumok</b></p> <p>Neisseria gonorrhoeae  Treponema pallidum  Haemophilus ducreyi  Calymmatobacterium granulomatis  Chlamydia trachomatis  Mycoplasma hominis  Ureaplasma urealyticum  Gardnerella vaginalis  B-csoportú Streptococcus  Haemophilus influenzae és parainfluenzae</p>	<p><b>Vírusok</b></p> <p>Herpes simplex Virus (HSV)  Cytomegalovírus (CMV)  Hepatitis B vírus (HBV)  Hepatitis C vírus (HCV)  Humán papillomavírus (HPV)  Molluscum contagiosum vírus  HIV  Humán herpesvírus 8 (HHV-8)</p>
<p><b>Protozoonok</b></p> <p>Trichomonas vaginalis  Entamoeba histolytica  Giardia lamblia</p>	<p><b>Ektoparaziták</b></p> <p>Pediculosis pubis  Sarcoptes scabiei</p>
<p><b>Sarjadzó gombák</b></p> <p>Candida albicans  Candida glabrata  Candida parapsilosis  Candida kefyr  Candida krusei  Saccharomyces cerevisiae</p>	

## 2. táblázat

## A mintavétel helyei mikrobiológiai vizsgálat céljára

<b>Kankó</b>	húgycső (nőknél is) méhszáj torok végbélnyílás* kötőhártya* Bartholin-mirigy*
<b>Chlamydia trachomatis fertőzés</b>	húgycső (nőknél is) méhszáj kötőhártya* végbélnyílás*
<b>Trichomonas vaginalis</b>	húgycső hüvely
<b>Sarjadzógomba</b>	hüvely
<b>Mycoplasma specierek</b>	húgycső hüvely
<b>Aerob baktériumok</b>	húgycső hüvely

Megjegyzés: \*-gal jelöltek, ha gyanú van a fertőzésre

### STD-centrumok

#### Országos Bőr- és Nemikórtani Intézet

1085 Budapest, Mária utca 41. Telefonszám: 06-1-266-0465

**Rendelési idő:** munkanapokon 8.30 - 12.00

**Betegfogadás:** előjegyzésre, beutalóval.

**Az egyetemi bőrklinikákon (Debrecen, Pécs, Szeged) szintén működik STD-ambulancia, a rendelési időről, betegfogadás rendjéről tájékozódni szükséges.**

#### Fővárosi bőr- és nemibeteg-gondozók

Kerület	Cím	Telefonszám
I.-II.	1027 Feketesas u. 6.	2124-184
III.	1032 Vörösvári u. 88-96.	3889-100
IV.	1046 Görgey A u. 30.	3690-096
V.	1051 Hercegprímás u.14-16.	4288-139
VI.	1074 Csengery u. 25.	3223-201
VII.	1074 Szövetség u. 14.	3422-978
VIII.	1084 Auróra u. 22-28.	3338-300
IX.	1097 Gyáli út 17-19.	2804-411
X.	1101 Kőbányai út 45.	2617-329
XI., XXII.	1114 Ulászló u. 1.	2091-335
XII.	1125 Szilágyi E. fasor 18.	4584-676
XIII.	1135 Jász u. 84-88.	4652-010
XIV.	1146 Hermina út 7.	2206-699
XV.	1158 Őrjárat u. 1-3.	4160-660
XVI.	1165 Hunyadvár u. 41.	4078-070
XVII.	1171 Péceli út 119.	2537-771
XVIII.	1183 Thököly u. 3.	2971-210
XIX.	1195 Ady E u. 122.	2829-642
XX.	1203 Ady E u. 1.	2832-363
XXI.	1212 Áruház tér 8.	2775-078
MÁV	1062 Podmaniczky u. 109.	4752-646



## Vidéki bőr- és nemibeteg-gondozók

Megye/város	Cím	Telefonszám
<b>BARANYA</b>		
Pécs	7633 Veres E. u. 2.	72/254-974
Komló	7300 Kossuth u.103.	72/841-392
Mohács	7700 Véradó u. 1.	69/511-150
Szigetvár	7900 József A. u. 69.	73/310-311
<b>BÁCS-KISKUN</b>		
Kecskemét	6001 Nagykőrösi út. 15.	76/501-944
Baja	6500 Rókus u. 10.	79/422-233
Kalocsa	6300 Kossuth út. 34-36.	78/564-165
Kiskőrös	6200 Petőfi tér 12.	78/311-922
Kiskunfélegyháza	6100 Korond u.5.	76/463-611
Kiskunhalas	6401 Rét u. 4.	77/522-000
<b>BÉKÉS</b>		
Gyula	5700 Dob u. 3.	66/361-833
Békés	5630 Vásárszél u. 2.	66/411-430
Békéscsaba	5600 Gyulai út. 18.	66/441-411
Orosháza	5900 Könd u. 76.	68/411-166
Szarvas	5541 Szabadság út 11.	66/311-144
Szeghalom	5520 Ady E. u. 1/b.	66/371-769
<b>BORSOD-ABAÚJ-ZEMPLÉN</b>		
Miskolc	3529 Csabai kapu 9-11.	46/363-333
Kazincbarcika	3700 Május 1. út 56.	48/514-800
Ózd	3601 Béke u. 1.	48/574-441
Sátoraljaújhely	3980 Mártírok útja 9.	47/525-300
Szerencs	3900 Bekecsi u.10.	47/361-758
Szikszó	3800 Kassai u. 45-49.	46/596-600
Tiszaújváros	3580 Bethlen G. 13.	49/341-444
<b>CSONGRÁD</b>		
Szeged	6721 Kálvin tér 5.	62/574-400
Csongrád	6640 Gyöngyvirág u. 5.	63/570-800
Hódmezővásárhely	6800 Városház u. 1.	62/245-655
Makó	6900 Kórház u. 2.	62/511-151
Szentes	6600 Ady E. u. 27.	63/313-244
<b>FEJÉR</b>		
Székesfehérvár	8000 Semmelweis u.2.	22/329-385
Dunaújváros	2400 Szórád M. u. 39.	25/550-568
Sárbogárd	7000 Ady E. u. 79-83.	25/460-163
Bicske	2060 Kossuth tér 17.	60/498-779

<b>GYŐR-MOSON SOPRON</b>		
Győr	9002 Szent Imre u. 41.	96/418-244
Csorna	9300 Soproni u. 64.	96/590-579
Kapuvár	9330 Lumniczer S. u. 10.	96/241-222
Mosonmagyaróvár	9200 Régi Vámház tér 2-4.	96/578-660
Sopron	9400 Győri u. 15.	99/312-010
<b>HAJDÚ-BIHAR</b>		
Debrecen	4025 Bajcsy Zs. u. 3/5.	52/432-282
Berettyóújfalu	4100 Orbán B. tér 1.	54/507-555
Hajdúböszörmény	4220 Mester u. 9.	52/280-554
Hajdúnánás	4080 Kossuth u. 10.	52/381-811
Hajdúszoboszló	4200 Szilfákajla 1-3.	52/557-539
Püspökladány	4150 Kossuth u. 1.	54/451-166
<b>HEVES</b>		
Eger	3300 Knézich K. u.1-3.	36/410-033
Gyöngyös	3200 Dózsa Gy. u. 20-22.	37/312-491
Hatvan	3000 Balassi u.16.	37/341-033
<b>KOMÁROM-ESZTERGOM</b>		
Tatabánya	2800 Semmelweis u. 2.	34/512-886
Esztergom	2500 Petőfi S. u. 26-28.	33/542-335
Komárom	2900 Szabadság tér. 1.	34/340-011
Oroszlány	2840 Alkotmány u.2.	34/560-674
Tata	2890 Váralja út. 6.	34/487-377
Dorog	2510 Mária u. 17.	33/512-750
Kisbér	2870 Szabadság park 3.	60/498-779
<b>NÓGRÁD</b>		
Salgótarján	3100 Füleki út 64.	32/522-095
Balassagyarmat	2660 Rákóczi út 23.	35/500-620
<b>PEST</b>		
Budapest (Szent Rókus Kórház és Intézményei)	1085 Bp. Gyulai Pál u. 2.	235-65-85
Aszód	2170 Baross u. 4.	28/400-107
Cegléd	2700 Rákóczi út 7.	53/310-422
Dabas	2370 Bartók B. u.37/b.	
Dunakeszi	2121 Könyves K. u. 19.	27/341-507
Érd	2030 Felső u. 39.	23/365-232
Gödöllő	2100 Petőfi S. u. 1.	28/430-655
Monor	2200 Kossuth u. 101.	29/413-196
Nagykátá	2760 Dózsa Gy. u. 46.	29/442-334
Nagykőrös	2750 Széchenyi út 8.	53/350-377
Százhalombatta	2440 Gesztenyés u. 10.	23/354-522
Szentendre	2000 Bükköspart u. 36.	26/312-027
Szigetszentmiklós	2310 Viola u. 1.	24/406-010
Vác	2600 Argenti Dörne tér 1-3.	27/317-000

<b>SOMOGY</b>		
Kaposvár	7400 gróf Apponyi A. u. 16.	82/414-373
Marcali	8701 Széchenyi u. 17-21.	85/311-311
Nagyatád	7500 Bajcsy Zs. u. 1.	82/504-400
Siófok	8600 Semmelweis u. 1.	84/310-500
<b>SZABOLCS-SZATMÁR-BEREG</b>		
Nyíregyháza	4400 Debreceni u. 12.	42/461-150
Kisvárd	4600 Árpád u. 26.	45/415-255
Mátészalka	4700 Kórház út. 2-4.	44/310-154
Nyírbátor	4301 Báthori u. 27.	42/510-379
<b>SZOLNOK</b>		
Szolnok	5000 Hősök tere. 2-4.	56/512-964
Jászberény	5100 Szabadság tér 11.	57/412-240
Karcag	5300 Zöldfa út. 48.	59/507-127
Mezőtúr	5400 Kossuth u. 7-11.	56/350-065
Tiszafüred	5350 Béke tér 8.	59/351-045
Törökszentmiklós	5201 Kossuth út 126.	56/590-285
Túrkeve	5420 Kálvin u. 3.	56/350-641
<b>TOLNA</b>		
Szekszárd	7100 Béri Balogh Á. u. 5-7.	74/501-529
Bonyhád	7150 Bank u. 6.	74/550-974
Dombóvár	7200 Kórház u. 39.	74/465-844
Paks	7030 Deák F. u. 4.	75/311-856
Tamási	7090 Dózsa Gy. u. 18-22.	74/371-211
<b>VAS</b>		
Szombathely	9700 Március 15. tér. 7.	94/515-628
Celldömök	9500 Kossuth u. 3-5.	95/420-430
Sárvár	9600 Alkotmány u. 6.	95/320-011
Körmend	9900 Munkácsy M. u.1.	94//592-560
<b>VESZPRÉM</b>		
Veszprém	8200 Hóvirág u. 1/a.	88/429-100
Balatonalmádi	8220 Baross G. u. 32.	88/438-515
Ajka	8401 Petőfi S. u. 5.	88/311-620
Balatonfüred	8230 Csárda u. 1.	87/342-468
Pápa	8500 Jókai u. 5-9.	89/324-444
Tapolca	8301 Batsányi J. 2.	87/412-088
Várpalota	8100 Jókai u. 13.	88/479-793
<b>ZALA</b>		
Zalaegerszeg	8900 Zrínyi u. 1.	92/507-550
Keszthely	8360 Ady E. u. 2.	83/314-665
Nagykanizsa	8800 Királyi P. u. 1.	93/311-332

## Ajánlott irodalom

1. A 18/1998. (VI. 3.) NM rendelet a fertőző betegségek és a járványok megelőzése érdekében szükséges járványügyi intézkedésekről
2. Az egészségügyi, szociális és családügyi miniszter **18/2002. (XII. 28.) ESZCSM** rendelete a szerzett immunhiányos tünetcsoport kialakulását okozó fertőzés terjedésének megelőzése érdekében szükséges intézkedésekről és a szűrővizsgálatok elvégzésének rendjéről. Magyar Közlöny, 2002; 165. szám. 10236 –10240.
3. **Bánhegyi Dénes., D. Tóth Ferenc., Füst György:** HIV-fertőzés. AIDS Melania Kiadó Kft. 2002.
4. **Deák J.:** A human papillomavírusok által okozott megbetegedések, diagnosztikájuk és a praeventio lehetőségei. Infektológiai és Klinikai Mikrobiológia 2001. **8:**161-168.
5. **Dobozy A., Horváth A., Hunyadi J., Schneider I.:** Bőrgyógyászat. Eklektikon Kiadó 1998. 105-141.
6. Módszertani ajánlás a szexuális úton terjedő infekciók kivizsgálására és kezelésére. Egészségügyi Közlöny 52. évfolyam, 11. szám (2002. május 23.) 1509-1518.
7. **Nagy E.:** Bacterialis vaginosis. Infektológiai és Klinikai Mikrobiológia 2001. **8:** 140-147.
8. Országos Epidemiológiai Központ. AIDS Világnap 2002. december 1. Epinfo 2002; 6. különszám
9. **Preisz K., Vámos R., Kárpáti S. és mtsai:** Uveitis-szel társult korai syphilis. Magyar Venerológiai Archivum 2002; **V (3):** 13-138.
10. **Simon Gy:** A vulvovaginalis candidosis néhány gyakorlati kérdéséről. Infektológiai és Klinikai Mikrobiológia 2001. **8:** 156-160.
11. **Várkonyi V., Tisza T., Faragó Zs., és mtsai:** HIV-infekció és az STD kapcsolata: STD tüneteivel kiszűrt HIV-pozitív betegek adatainak elemzése 1985-1999. december 31. között. Magyar Venerológiai Archivum 1999; III (4): 197-203.
12. **Várkonyi V., Tisza T., Hársing J., Faragó Zs. és mtsai:** Transitionalis syphilis HIV-fertőzötteknél. Magyar Venerológiai Archivum 1998; II (1): 43-50.
13. **Várkonyi V., Tisza T., Podányi B. és mtsai:** A syphilis sokszínúsége. Bőrgyógy. Vener. Szle 1999; **75:**61-67.
14. **Várkonyi V., Tisza T., Podányi B., és mtsai:** A syphilis szokatlan megjelenési formái. Magyar Venerológiai Archivum . 1997; **I (1):** 35-42.
15. **Veres G., Várkonyi V., Kovács J. és mtsai:** Korai syphilishez társult meningitis a nervus vestibulocochlearis kétoldali bénulásával (Abstr). Magyar Venerológiai Archivum 2002; V (4): 198.

*Az Epidemiológiai Információs Hetilap (**Épinfo**)*

*a "Johan Béla" Országos Epidemiológiai Központ (OEK) kiadványa.*

A rendszeres heti kiadványon kívüli, úgynevezett **KÜLÖNSZÁM**-ok magyarországi részletes epidemiológiai adatokat, illetve egy-egy betegség átfogó elemzését, továbbá ajánlásokat tartalmaznak.

Ezen utóbbi összeállítások az OEK és az országos tisztifőorvos szakmai véleményét és javasolt gyakorlatát tartalmazzák.

A kiadványt a "**Johan Béla**" Országos Közegészségügyi Intézet és a **Centers for Disease Control and Prevention (CDC)** Magyar-Amerikai Közös Alapnál elnyert pályázat biztosította együttműködés révén fejlesztették ki.

A kiadvánnyal kapcsolatos észrevételekkel, közlési szándékkal szíveskedjék az **Épinfo** főszerkesztőjéhez fordulni:

**"Johan Béla" Országos Epidemiológiai Központ,**  
**1966 Budapest, Pf. 64. Telefon: 476-1153, 476-1194**  
**Telefax: 476-1223**

**Internet cím: [www.antsz.gov.hu/oe](http://www.antsz.gov.hu/oe)**

**E-mail: [epiujsg.oe@antsz.gov.hu](mailto:epiujsg.oe@antsz.gov.hu)**

A kiadványban szereplő anyagok szabadon másolhatók és felhasználhatók, azonban a kiadványra hivatkozni kell az alábbi módon: Országos Epidemiológiai Központ. A különszám címe Épinfo a megjelenés éve; a különszám száma. (Pl.: Országos Epidemiológiai Központ. Módszertani levél a 2003. évi védőoltásokról. Épinfo 2003; 1. különszám)

**Országos tisztifőorvos:**

**Prof. dr. Ungváry György**

### **Épinfo** szerkesztősége

**Alapító főszerkesztő:** dr. Straub Ilona

**Főszerkesztő:** dr. Melles Márta

**Főszerkesztő helyettes:** dr. Csohán Ágnes

**Olvasó szerkesztő:** dr. Krisztalovics Katalin

**Szerkesztők:**

Boros Julianna

dr. Böröcz Karolina

Lendvai Gyuláné

**Technikai szerkesztő:**

Kissné Sponga Zsuzsanna

**Nyomda vezetője:**

Vizinger Ferenc