



Inštitut za varovanje zdravja
Republike Slovenije

Doc. dr. Irena Klavs, dr. med.
Tanja Kustec, uni. dipl. soc.
Nejc Bergant, uni. dipl. soc.
Zdenka Kastelic, posl. sek.

SPOLNO PRENESENE OKUŽBE
V SLOVENIJI V LETU 2007

LETNO POROČILO

Pregled vsebine:

KLJUČNI POUČILKI

1. UVOD
2. SPOLNO PRENESENA KLAMIDIJSKA OKUŽBA
3. GONOREJA
4. SIFILIS
5. GENITALNE BRADAVICE
6. VARNEJŠA SPOLNOST MED MOŠKIMI, KI IMAJO SPOLNE ODNOSE Z MOŠKIMI
6. IZZIVI ZA EPIDEMIOLOŠKO SPREMLJANJE
7. PRIPOROČILA ZA PREPREČEVANJE IN OBVLADOVANJE
8. REFERENCE

KLJUČNI POUDARKI

Breme spolno prenesenih okužb (SPO) v Sloveniji je veliko, predvsem dveh najpogostejših SPO: okužbe z bakterijo *Chlamydia trachomatis* (klamidijske okužbe) in okužbe s humanimi virusi papiloma (HPV).

Spolno prenesene klamidijske okužbe so najpogosteje prijavljene ozdravljive SPO. Zanesljive ocene o bremenu spolno prenesenih klamidijskih okužb smo pridobili z nacionalno prečno raziskavo, ki je bila izvedena leta 2000 na verjetnostnem vzorcu Slovencev, starih 18-49 let. Ocenili smo, da je skupaj okuženih približno 22.000 žensk in moških, največ med 20-24 let starimi.

Klamidijska okužba poteka brez bolezenskih težav in znakov pri do 70 odstotkov žensk in do 50 odstotkov moških. Nezdravljena okužba lahko napreduje v resne pozne posledice, kot so vnetja v mali medenici, zunajmaternična nosečnost in neplodnost pri ženskah. Če okužbe ostanejo neprepoznane, zamujamo priložnosti za zdravljenje in preprečevanje poznih posledic, predvsem posledic za rodno zdravje žensk.

V številnih razvitih državah priporočajo presejanje spolno aktivnih žensk mlajših od 25 let brez bolezenskih težav in znakov na spolno preneseno klamidijsko okužbo. Tudi v Sloveniji moramo presoditi ali bi bilo javnozdravstveno upravičeno vzpostaviti program presejanja mladih spolno aktivnih žensk.

Več kot polovica spolno aktivnih oseb naj bi se tekom življenja okužila z vsaj enim spolno prenesenim genotipom HPV. Velika večina teh okužb spontano mine, redke pa lahko trajajo dolgo in privedejo do različnih bolezenskih sprememb.

Raziskave so pokazale, da je dolgotrajna okužba z vsaj enim od najmanj 15 visoko rizičnih (onkogenih) genotipov HPV nujen vzrok za nastanek raka materničnega vratu. Več kot 70% raka materničnega vratu povzročajo dolgotrajne okužbe z genotipoma HPV 16 in 18. Okužbe z visoko rizičnimi genotipi HPV pa so povezali tudi z rakom zadnjika, penisa, nožnice in ženskega zunanjšega spolovila in rakom v ustni votlini.

Genitalne bradavice so najpogosteje prijavljene virusne SPO v Sloveniji. Dva med nizkorizičnimi (neonkogenimi) genotipi HPV (6 in 11) povzročata skoraj vse genitalne bradavice. Relativno zanesljive ocene o bremenu genitalnih bradavic smo pridobili z nacionalno prečno raziskavo, ki je bila izvedena leta 2000 na verjetnostnem vzorcu Slovencev. Približno 1.200 Slovenk in 1.100 Slovencev starih 40-49 let je že imelo genitalne bradavice.

Od leta 2006 je v Evropski Uniji registrirano štirivalentno rekombinantno cepivo proti okužbi s HPV (genotipom 6, 11, 16 in 18), ki se uporablja za preprečevanje predrakavih sprememb materničnega vratu hujše stopnje, raka materničnega vratu, predrakavih sprememb zunanjšega spolovila hujše stopnje in anogenitalnih bradavic. Od leta 2007 je registrirano tudi dvovalentno rekombinantno cepivo proti okužbi s HPV (genotipoma 16 in 18), ki se uporablja za preprečevanje predrakavih sprememb materničnega vratu hujše stopnje in raka materničnega vratu. V Sloveniji je možno samoplačniško cepljenje z obema cepivoma.

V Sloveniji se pripravljamo na razširitev programa imunoprofilakse in kemoprofilakse z rutinskim neobveznim brezplačnim cepljenjem proti HPV za deklice še pred začetkom spolnih

odnosov (npr. v starosti 12 let) z zagotovitvijo financiranja iz sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja po principu enake in pravične dostopnosti.

V letu 2007 je bilo prijavljenih le 39 primerov gonoreje in 28 primerov zgodnjega sifilisa, kar je relativno malo. Moški, ki imajo spolne odnose z moškimi, imajo nesorazmerno visoko breme gonoreje in zgodnjega sifilisa.

Preprečevanje in obvladovanje SPO v okviru promocije spolnega in reproduktivnega zdravja je pomembna javnozdravstvena prednost. S temi programi moramo doseči vse prebivalce, predvsem pa mlade.

Javnozdravstveni pristop k preprečevanju in obvladovanju SPO vključuje promocijo varnejše spolnosti, promocijo pravočasnega iskanja zdravstvene pomoči in vključitev preprečevanja ter oskrbe oseb s SPO v primarno zdravstveno varstvo.

Ker je breme različnih SPO v Sloveniji nesorazmerno veliko med moškimi, ki imajo spolne odnose z moškimi, je promocija odgovorne in varnejše spolnosti, vključno s promocijo uporabe kondoma, še posebno pomembna v tej skupini.

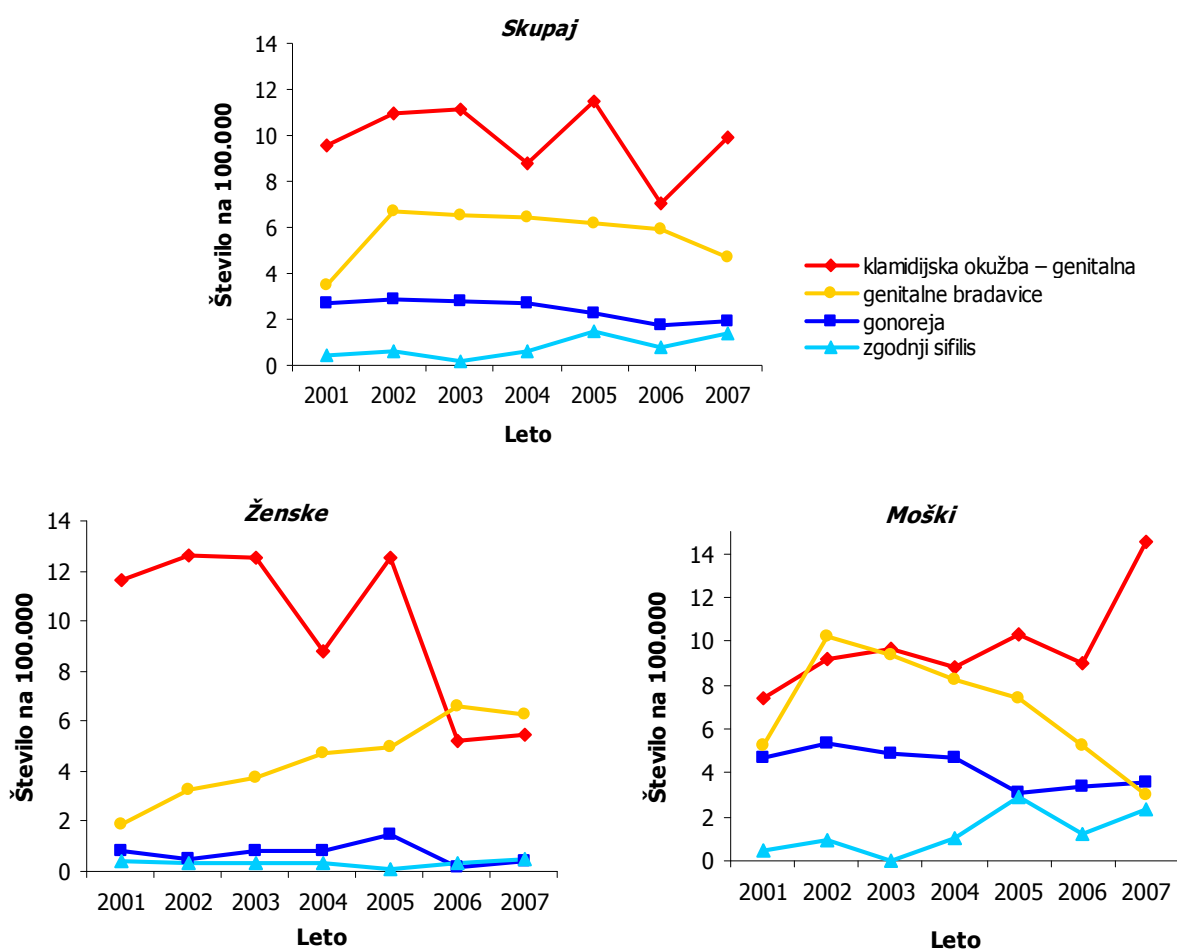
Izboljšati moramo zdravstveno oskrbo bolnikov s SPO, ki mora poleg postavljanja diagnoze in zdravljenja vključevati tudi svetovanje za varnejšo spolnost in obveščanje ter zdravljenje kontaktov.

1. UVOD

Promocija spolnega in rodnega zdravja je prednostna javnozdravstvena dejavnost, ki vključuje preprečevanje in obvladovanje spolno prenesenih okužb (SPO). Javnozdravstveni pristop k preprečevanju in obvladovanju SPO vključuje promocijo varnejše spolnosti, promocijo pravočasnega iskanja zdravstvene pomoči in vključitev preprečevanja ter oskrbe oseb s SPO v primarno zdravstveno varstvo (1). Za oblikovanje nacionalne politike in programov preprečevanja in obvladovanja ter sledenje učinkovitosti programov potrebujemo podatke o bremenu in časovnih trendih SPO. Epidemiološko spremljanje SPO temelji na rednem zbiranju, analiziranju in interpretiranju podatkov o prijavljenih primerih SPO v skladu z zakonskimi določili in metodološkimi navodili (2-5). Bolj zanesljive ocene bremena nekaterih SPO in opredelitev dejavnikov tveganja pa nam omogočajo posebne raziskave.

V letu 2007 je bilo prijavljenih 527 primerov SPO: 201 primerov spolno prenesene okužbe z bakterijo *Chlamydia trachomatis* (klamidijske okužbe), 109 primerov nespecifičnega uretritisa, 94 primerov genitalnih bradavic, 45 primerov genitalnega herpesa, 39 primerov gonoreje, 28 primerov zgodnjega sifilisa, pet primerov neopredeljenega sifilisa, štirje primeri poznega sifilisa in dva primera izcedka iz sečnice moškega.

SLIKA 1: PRIJAVNE INCIDENCE SPOLNO PRENESENE KLAMIDIJSKE OKUŽBE, GENITALNIH BRADAVIC, GONOREJE IN ZGODNJEGA SIFILISA, SKUPAJ IN PO SPOLU, SLOVENIJA, 2001-2007



Vir podatkov: Prijave SPO, 31.3.2008.

V poročilu so prikazani natančnejši podatki o prijavljenih primerih štirih SPO, spolno preneseni klamidijski okužbi, gonoreji, zgodnjem sifilisu in genitalnih bradavicah, za leto 2007 in primerjalno obdobje 2001-2007. Prijavne incidence so prikazane na **Sliki 1**. Pred letom 2001 so se podatki o prijavljenih primerih SPO zbirali na Dermatovenerološki kliniki Kliničnega centra Ljubljana. Podatki o prijavljenih primerih okužbe s HIV so objavljeni ločeno (6).

2. SPOLNO PRENESENA KLAMIDIJSKA OKUŽBA

- Najpogosteje prijavljena spolno prenesena okužba v letu 2007 je bila okužba z bakterijo *Chlamydia trachomatis* (10,0/100.000 prebivalcev). Podatki o prijavi incidenci močno podcenjujejo breme okužb med prebivalstvom.
- Pri do 70 odstotkov žensk in do 50 odstotkov moških okužba poteka brez bolezenskih težav in znakov.
- Največ okuženih je med 20-24 let starimi prebivalci Slovenije, 5,1 odstotkov pri ženskah in 4,6 odstotkov pri moških, približno 3.500 žensk in 3.300 moških.
- Velike razlike v prijavnih incidencah med regijami nakazujejo razlike v obsegu laboratorijskega testiranja, prepoznavanja in prijavljanja okužb med različnimi specialisti v različnih regijah. Spremembe v stopnji testiranja imajo za posledico spremembe v prijavnih incidenci in ne odražajo nujno sprememb v bremenu okužb v prebivalstvu.
- Neenakomerna porazdelitev prijavljenih primerov po spolu med dermatovenerologi in ginekologi nakazuje slabosti pri obveščanju in obravnavi spolnih partnerjev okuženih.
- V Sloveniji je opravljenih zelo malo laboratorijskih preiskav na klamidijske okužbe, zato zamujamo priložnosti za zdravljenje in preprečevanje poznih posledic predvsem posledic za rodno zdravje žensk.
- V številnih razvitih državah priporočajo presejanje do 24 let starih spolno aktivnih žensk brez bolezenskih težav in znakov na spolno preneseno klamidijsko okužbo.
- V Sloveniji je potrebno razmisliti o javnozdravstveni upravičenosti presejanja mladih žensk.
- Na Inštitutu za varovanje zdravja načrtujemo pilotski preizkus presejanja na spolno preneseno klamidijsko okužbo v mreži ambulant v primarnem zdravstvenem varstvu.

Spolno prenesena okužba z bakterijo *Chlamydia trachomatis* (klamidijska okužba) je najpogosteje prijavljena SPO v Sloveniji. V letu 2007 je bilo prijavljenih 201 primerov (10,0/100.000 prebivalcev), 40 odstotkov več primerov kot v letu 2006. Zvišanje prijavnih incidence je predvidoma odraz sprememb v obsegu testiranja in doslednosti pri prijavljanju, in ne sprememb v bremenu okužb med prebivalstvom. Letne prijavnih incidence za obdobje zadnjih šestih let so prikazane na **Sliki 1**.

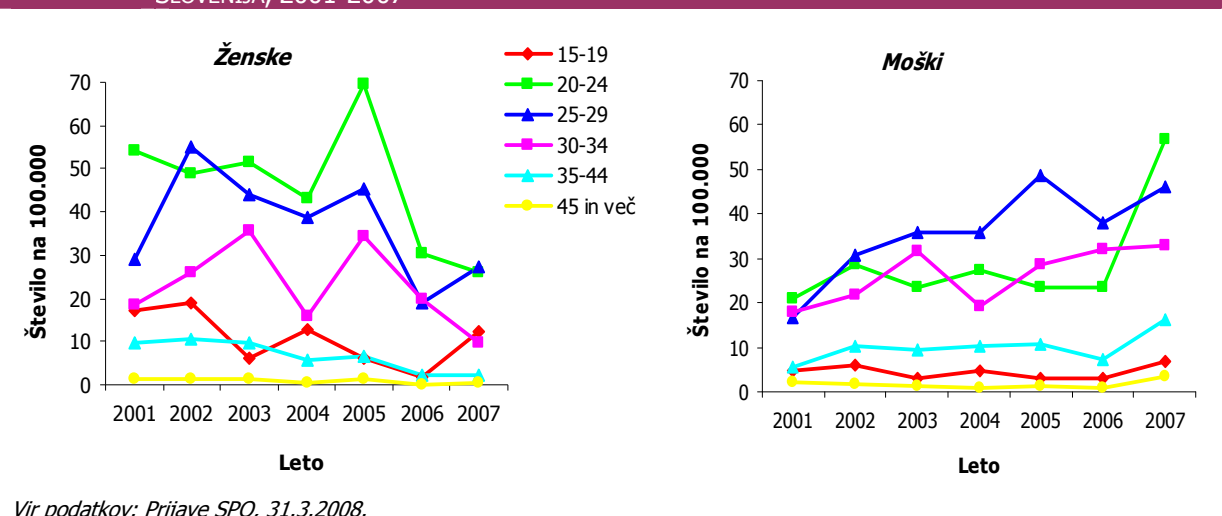
Okužba poteka brez bolezenskih težav in znakov pri največ 70 odstotkov žensk in največ 50 odstotkov moških. Nezdravljena okužba lahko napreduje v resne pozne posledice, kot so vnetja v mali medenici, zunajmaternična nosečnost in neplodnost pri ženskah (7).

Med 201 prijavljenimi primeri spolno prenesene klamidijske okužbe v letu 2007 je bilo 145 moških (14,6/100.000 moških) in 56 žensk (5,5/100.000 žensk). Razmerje med spoloma je 2,6:1. V obdobju 2001-2005 so bile prijavnih incidence vedno višje pri ženskah in so se gibale med 8,8/100.000 in 12,7/100.000 žensk, pri moških pa med 7,4/100.000 in 10,3/100.000 moških. V letu 2006, enako kot v letu 2007, so bile prijavnih incidence višje pri moških kot pri ženskah (**Slika 1**).

Starostno specifične prijavnih incidence so bile v letu 2007 najvišje med ženskami starimi 25-29 let (27,2/100.000 žensk) in med moškimi starimi 20-24 let (56,7/100.000 moških). V obdobju 2001-2006, z izjemo leta 2002, je bila najvišja prijavna incidenca med ženskami

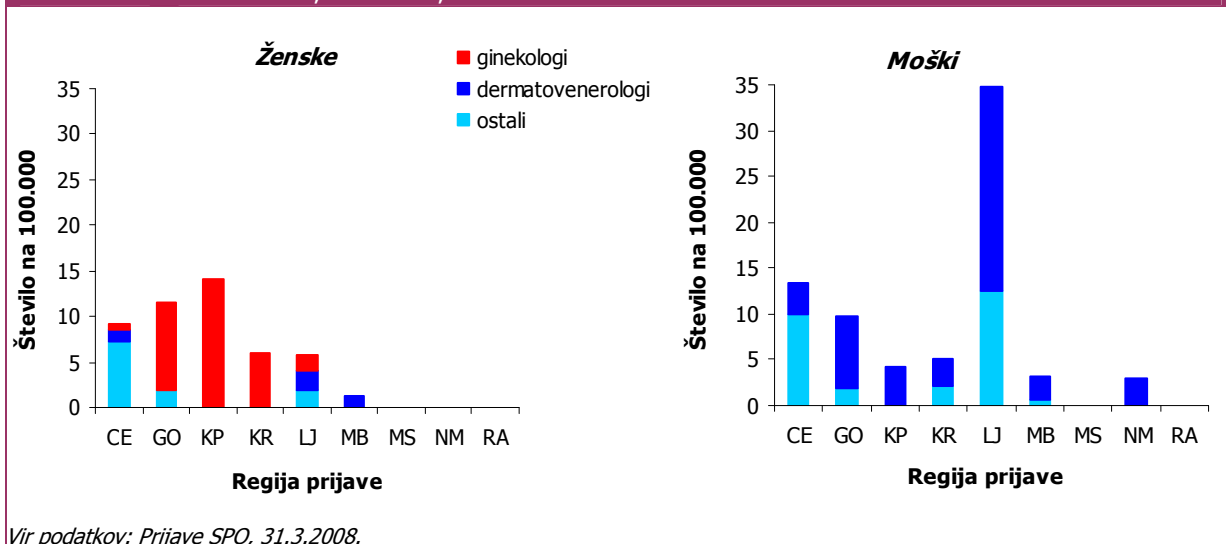
starimi 20-24 let. Z izjemo leta 2001 je bila najvišja prijavna incidenca med moškimi starimi 25-29 let (**Slika 2**).

SLIKA 2: PRIJAVNE INCIDENCE SPOLNO PRENESENE KLAMIDIJSKE OKUŽBE PO SPOLU IN STAROSTNIH SKUPINAH, SLOVENIJA, 2001-2007



Tudi v letu 2007 se je prijavna incidenca klamidijskih okužb zelo razlikovala po različnih zdravstvenih regijah prijave in med različnimi specialističnimi službami v regijah (**Slika 3**). Razlike predvidoma ne odražajo različnega bremena okužb med regijami, temveč nakazujejo razlike v delu ginekologov, dermatovenerologov in ostalih specialistov med regijami, in sicer glede obsega laboratorijskega testiranja na klamidijsko okužbo in doslednosti pri prijavljanju prepoznanih primerov. Poleg tega se nekateri bolniki ne zdravijo v regijah, kjer imajo stalno prebivališče.

SLIKA 3: PRIJAVNE INCIDENCE SPOLNO PRENESENE KLAMIDIJSKE OKUŽBE PO SPOLU, REGIJI PRIJAVE IN SPECIALIZACIJI, SLOVENIJA, 2007



V letu 2007 so večino primerov spolno prenesene klamidije prijavili dermatovenerologi (49 odstotkov), en sam proktolog (20 odstotkov), ginekologi (13 odstotkov) in epidemiologi (12 odstotkov), sledijo urologi in pediatri (po en odstotek). Po en primer so prijavili infektolog, dermatolog, specialist šolske medicine in specialist mikrobiologije. Pri ženskah so večino primerov prijavili ginekologi (48 odstotkov), pri moških pa dermatovenerologi (61

odstotkov). Ginekologi niso prijavili nobenega primera okužbe pri moških. Neenakomerna porazdelitev prijavljenih primerov po spolu med ginekologi in dermatovenerologi nakazuje slabosti pri obveščanju in obravnavi heteroseksualnih spolnih partnerjev okuženih.

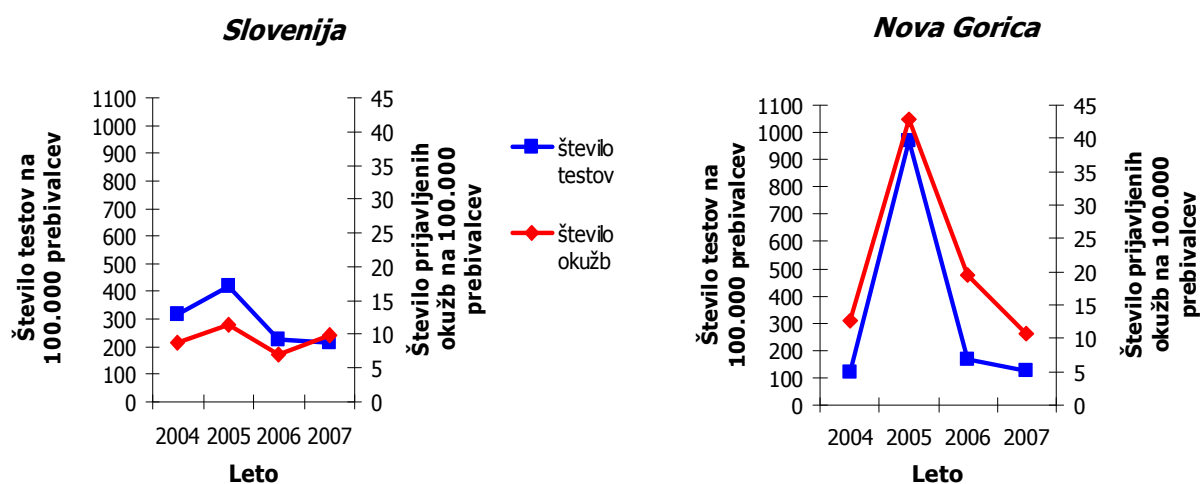
Najvišja prijavna incidenca spolno prenesene klamidije po regiji bivanja¹ je bila v ljubljanski zdravstveni regiji (14,4/100.000 prebivalcev), enako med moškimi (24,5/100.000 moških), medtem ko je bila med ženskami v koprski regiji (12,6/100.000 žensk). Relativno visoka prijavna incidenca za ženske v goriški zdravstveni regiji je posledica relativno visoke stopnje testiranja, kar je najverjetno odraz aktivnosti projekta »Varovanje rodnega zdravja mladih žensk«, v okviru katerega so v desetih ginekoloških ambulantah v regiji v obdobju od aprila do septembra 2005 rutinsko ponudili prostovoljno zaupno testiranje na spolno preneseno klamidijsko okužbo vsem ženskam starim 18-30 let, ki so se zaradi kakršnegakoli razloga oglasile v ginekološki ambulanti (8).

Med prijavljenimi primeri spolno prenesene klamidije v letu 2007 sta bila dva tuja državljana, eden prihaja iz Bosne in Hercegovine, za drugega ni podatka. Štirje Slovenci s klamidijsko okužbo so navedli heteroseksualne spolne odnose s partnerko iz tujine. Dve Slovenki sta navedli heteroseksualne spolne odnose s partnerjem iz tujine. Dva Slovenca sta navedla homoseksualni spolni odnos s partnerjem iz tujine.

V Sloveniji je opravljenih zelo malo laboratorijskih preiskav na klamidijske okužbe. V letu 2007 so v javnozdravstvenih laboratorijih opravili le 215,5 testov na 100.000 prebivalcev. Stopnja testiranja je v primerjavi z letom 2006 nižja za tri odstotke, medtem ko je v primerjavi z letom 2005 nižja za kar 48 odstotkov.

Slika 4 prikazuje spreminjanje stopnje testiranja na klamidijske okužbe in prijavne incidence spolno prenesenih klamidijskih okužb v Sloveniji in v zdravstveni regiji Nova Gorica za obdobje zadnjih štirih let. Prijavna incidenca je pogojena s stopnjo testiranja. Ker so stopnje testiranja na klamidijske okužbe v Sloveniji zelo nizke, zamujamo priložnosti za zdravljenje in preprečevanje poznih posledic okužbe. Poleg tega podatki o prijavnih incidenci ob nizki stopnji testiranja močno podcenjujejo breme teh okužb med prebivalstvom.

SLIKA 4: STOPNJA TESTIRANJA NA SPOLNO PRENESENO KLAMIDIJSKO OKUŽBO IN PRIJAVNA INCIDENCA SPOLNO PRENESENE KLAMIDIJSKE OKUŽBE, SLOVENIJA, NOVA GORICA, 2004-2007



Vir podatkov: Prijave SPO in poročilo laboratorijev o opravljenem številu testov na klamidijsko okužbo, 31.3.2008.

¹ Prijavne incidence izračunane po regiji bivanja se razlikujejo od prijavnih incidenc po regiji prijave, ker se nekateri bolniki niso zdravili v regiji, kjer imajo stalno prebivališče.

Zanesljive ocene o bremenu spolno prenesenih klamidijskih okužb smo pridobili z nacionalno prečno raziskavo, ki je bila izvedena leta 2000 na verjetnostnem vzorcu Slovencev, starih 18-49 let (9). Ocenili smo, da je okuženih 1,6 odstotka žensk (95 odstotni interval zaupanja (IZ): 1,0-2,7 odstotka) in 3,0 odstotke moških (95 odstotni IZ: 1,9-4,6 odstotka). Po tej oceni je v Sloveniji med osebami starimi 18-49 let okuženih približno 7.400 žensk (najmanj 4.600 in največ 12.500, če upoštevamo nezanesljivost ocen zaradi vzorčenja) in približno 14.600 moških (najmanj 9.200 in največ 22.400). **Tabela 1** prikazuje ocenjene deleže okuženih žensk in moških v različnih starostnih skupinah. Delež okuženih je najvišji med ženskami starimi 20-24 let (5,1 odstotka) in moškimi starimi 20-24 in 25-29 let (po 4,6 odstotka). Iz tega sledi, da je med 20-24 let starimi prebivalci Slovenije okuženih približno 3.500 žensk in 3.300 moških.

TABELA 1: DELEŽ OKUŽENIH S SPOLNO PRENESENO OKUŽBO Z BAKTERIJO *CHLAMYDIA TRACHOMATIS* MED 18 IN 49 LET STARIMI PREBIVALCI, SLOVENIJA, 2000

Starost	Ženske				Moški			
	Prevalenca		Baze		Prevalenca		Baze	
	%	(p vrednost*)	NUŠ	UŠ	%	(p vrednost*)	NUŠ	UŠ
		95% IZ				95% IZ		
		(0,29)			(<0,01)			
18-19	1,5	0,2 – 10,0	65	43	2,8	0,7 – 10,8	75	45
20-24	5,1	2,7 – 9,4	200	110	4,6	2,3 – 9,0	177	115
25-29	1,0	0,1 – 6,7	97	105	4,6	1,7 – 11,8	90	109
30-49	0,9	0,3 – 2,4	402	459	2,2	1,1 – 4,5	341	462
<i>Skupaj</i>	1,6	1,0 – 2,7	764	718	3,0	1,9 – 4,6	683	730

Vir podatkov: Nacionalna prečna raziskava na verjetnostnem vzorcu slovenskih prebivalcev, starih 18-49 let.
* Test statistično značilne povezanosti. IZ - interval zaupanja, NUŠ - neuteženo število, UŠ - uteženo število.

Med 18-24 let starimi osebami je bil delež okuženih s spolno preneseno klamidijsko okužbo višji med tistimi, ki so imeli prvi heteroseksualni spolni odnos pred šestnajstim letom starosti, v preteklem letu nezaščitene spolne odnose vsaj z enim heteroseksualnim partnerjem ali vsaj eno sočasno heteroseksualno spolno razmerje (vsaj dva partnerja sočasno) in najmanj pet heteroseksualnih spolnih partnerjev v življenju. Vendar je bila povezanost statistično značilna le za najmanj pet heteroseksualnih spolnih partnerjev v življenju (razmerje obojev prilagojeno na starost in spol 3,0; 95 odstotni IZ: 1,3-6,9; $p=0,01$) (**Tabela 2**).

TABELA 2: POVEZANOST SPOLNO PRENESENE OKUŽBE Z BAKTERIJO *CHLAMYDIA TRACHOMATIS* MED 18 IN 24 LET STARIMI PREBIVALCI Z IZBRANIMI DEJAVNIKI TVEGANJA, SLOVENIJA, 2000

Dejavniki tveganja		CT prevalenca*		Baze		RO	(p vrednost)	prilagojeno [†]	(p vrednost)
		%	95% IZ	NUŠ	UŠ		95% IZ		RO
Prvi heteroseksualni spolni odnos pred 16 letom starosti	Ne	3,6	2,1- 6,2	436	263	1	(0,28)	1	(0,69)
	Da	6,4	2,7-14,4	81	50	1,8	0,6-5,3	1,3	0,4-4,0
1+ heteroseksualnih spolnih partnerjev brez 100% uporabe kondoma v zadnjem letu [§]	Ne	2,7	0,7-10,1	77	48	1	(0,27)	1	(0,43)
	Da	5,9	3,7- 9,5	321	193	2,3	0,5-10,5	1,9	0,4-10,1
Sočasno spolno razmerje v zadnjih letih	Ne	3,8	2,3- 6,3	467	282	1	(0,28)	1	(0,84)
	Da	7,5	2,4-21,3	40	25	2,0	0,6-7,5	1,2	0,3-5,1
5+ heteroseksualnih spolnih partnerjev v življenju	Ne	2,8	1,5- 5,0	374	225	1	(0,01)	1	(0,01)
	Da	7,8	4,2-13,9	137	84	3,0	1,3-7,0	3,0	1,3-6,9

Vir podatkov: Nacionalna prečna raziskava na verjetnostnem vzorcu slovenskih prebivalcev, starih 18-49 let.
* Prevalenca spolno prenesene okužbe z bakterijo *Chlamydia trachomatis*. † Prilagojeno na 5+ heteroseksualnih spolnih partnerjev v življenju, starost (18-19, 20-24 let) in spol. § Najmanj en heteroseksualni spolni partner, s katerim ni bil uporabljen kondom v 100 odstotkih vaginalnih in/ali analnih spolnih odnosih. IZ - interval zaupanja. NUŠ - neuteženo število. UŠ - uteženo število. RO - razmerje obojev.

V prej omenjenem projektu »Varovanje rodnega zdravja mladih žensk«, ki je potekal v goriški zdravstveni regiji je bilo med vključenimi ženskami starimi 18-30 let okuženih 1,7 odstotkov (95 odstotni IZ: 0,8-2,6 odstotka), največ v starosti 18-20 let, 3,0 odstotki (95 odstotni IZ: 0,4-5,6 odstotka). Z uporabo multivariatnih metod so prepoznali tri neodvisne dejavnike tveganja. V primerjavi s spolno aktivnimi ženskami z nižjim številom partnerjev je bila verjetnost okužbe 4,3 krat večja med tistimi, ki so imele najmanj dva partnerja v preteklih šestih mesecih in 5,5 krat večje med tistimi z najmanj petimi partnerji v preteklih petih letih. Poleg tega so imele ženske, ki s partnerji niso nikoli uporabljale kondoma 5 krat večjo verjetnost okužbe kot tiste, ki so s partnerji že kdaj uporabile kondom (8).

V številnih razvitih državah priporočajo presejanje spolno aktivnih žensk, mlajših od 24 let, brez bolezenskih težav in znakov na klamidijske okužbe, zdravijo okužene in preprečujejo pozne posledice za rodno zdravje (10-18). V Sloveniji, kjer večino klamidijskih okužb ne prepoznamo in zamujamo priložnosti za zdravljenje, moramo razmisliti o javnozdravstveni upravičenosti presejanja mladih žensk in zdravljenja okuženih.

Na Inštitutu za varovanje zdravja načrtujemo pilotski preizkus presejanja na spolno preneseno klamidijsko okužbo v mreži ambulant v primarnem zdravstvenem varstvu, da bomo lahko na osnovi rezultatov oblikovali čim bolj poučeno in učinkovito javno zdravstveno politiko preprečevanja in obvladovanja teh okužb in njihovih poznih posledic za rodno zdravje.

3. GONOREJA

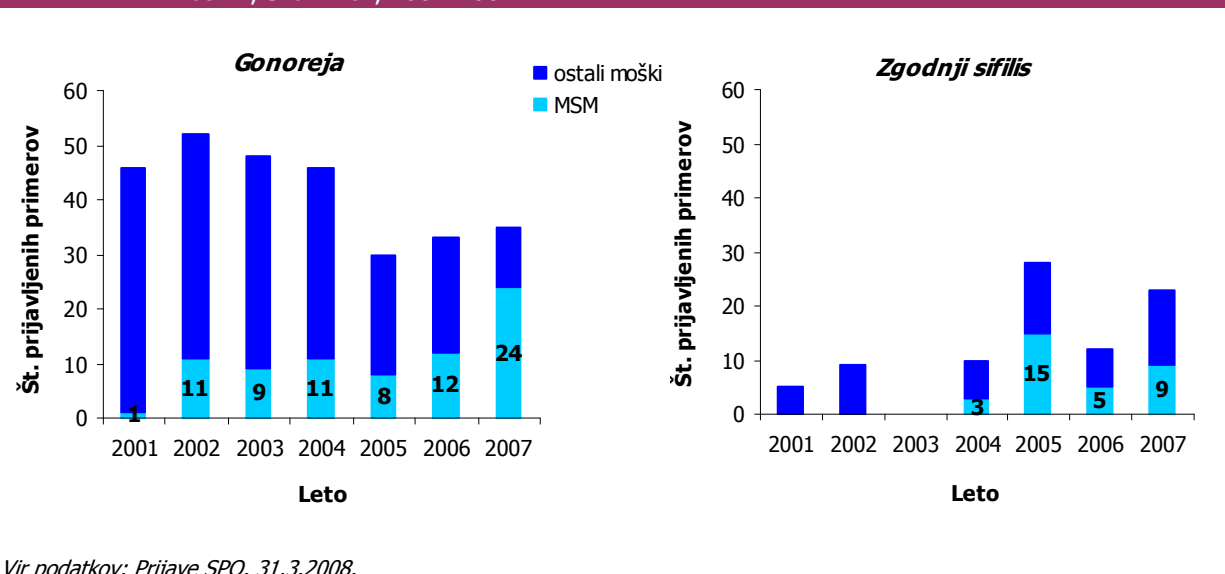
- V letu 2007 je bilo prijavljenih 39 primerov gonoreje (1,9/100.000 prebivalcev), več kot lani in manj kot preostala leta po letu 2001.
- Breme gonoreje je nesorazmerno veliko pri moških, ki imajo spolne odnose z moškimi.
- Podatki o prijavnih incidenci podcenjujejo breme gonoreje v prebivalstvu.
- Razlike v prijavnih incidencah gonoreje med regijami verjetno nakazujejo razlike v prepoznavanju in prijavljanju teh okužb med različnimi specialisti v različnih regijah.

V letu 2007 je bilo prijavljenih 39 primerov gonoreje (1,9/100.000 prebivalcev), 11 odstotkov več primerov kot v letu 2006. Letne prijavnice incidence za obdobje zadnjih šestih let so prikazane na **Sliki 1**. V obdobju 2001-2006 so se prijavnice incidence gibale med 2,3/100.000 in 2,9/100.000 prebivalcev. Prijavna incidenca gonoreje se je v zadnjih dveh desetletjih izrazito zniževala in se od leta 1997 gibala pod 5,0/100.000 prebivalcev. Čeprav vemo, da podatki o prijavnih incidenci podcenjujejo resnično breme gonoreje v prebivalstvu, ti trendi odražajo dolgoletno zmanjševanje bremena gonoreje v prebivalstvu.

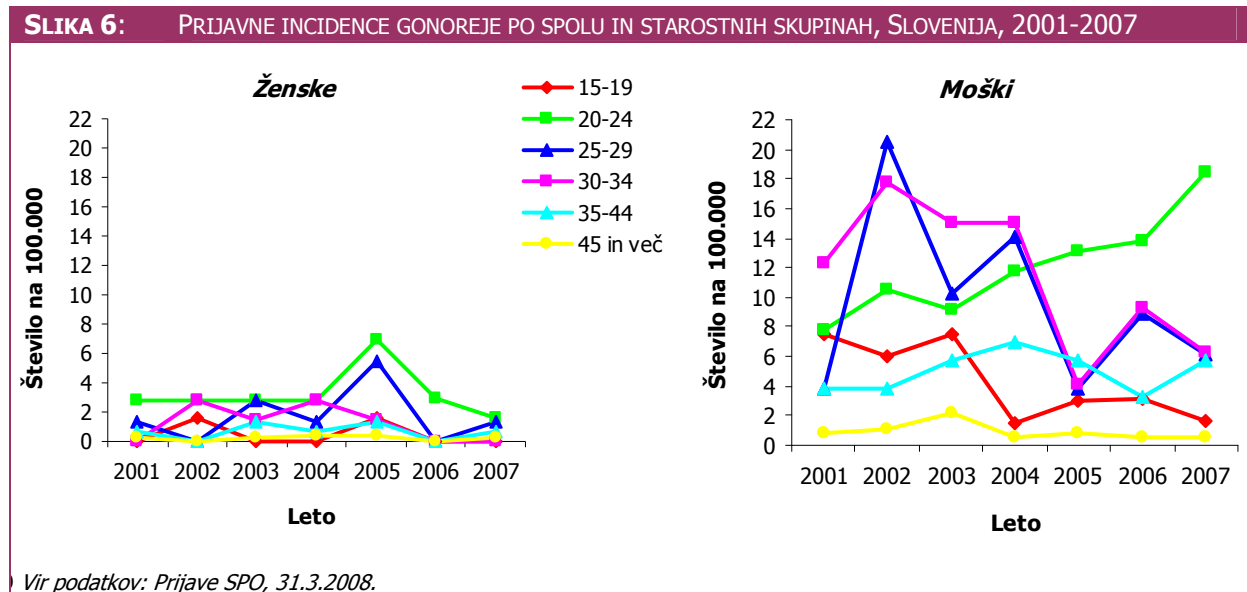
Med 39 prijavljenimi primeri v letu 2007 jih je bilo 35 pri moških (3,5/100.000 moških) in štiri pri ženskah (0,4/100.000 žensk). Razmerje med spoloma je 8,8:1. Prav tako v obdobju 2001-2006 so bile prijavnice incidence vedno višje pri moških in so se gibale med 3,1/100.000 in 5,3/100.000 moških, medtem ko so se pri ženskah v enakem obdobju gibale med 0,2/100.000 in 1,5/100.000 žensk.

Breme gonoreje je nesorazmerno veliko pri moških, ki imajo spolne odnose z moškimi (MSM) (**Slika 5**). V letu 2007 je bilo med 35 prijavljenimi primeri gonoreje pri moških 24 primerov, kjer je bolnik navedel vsaj enega moškega spolnega partnerja v zadnjih treh mesecih.

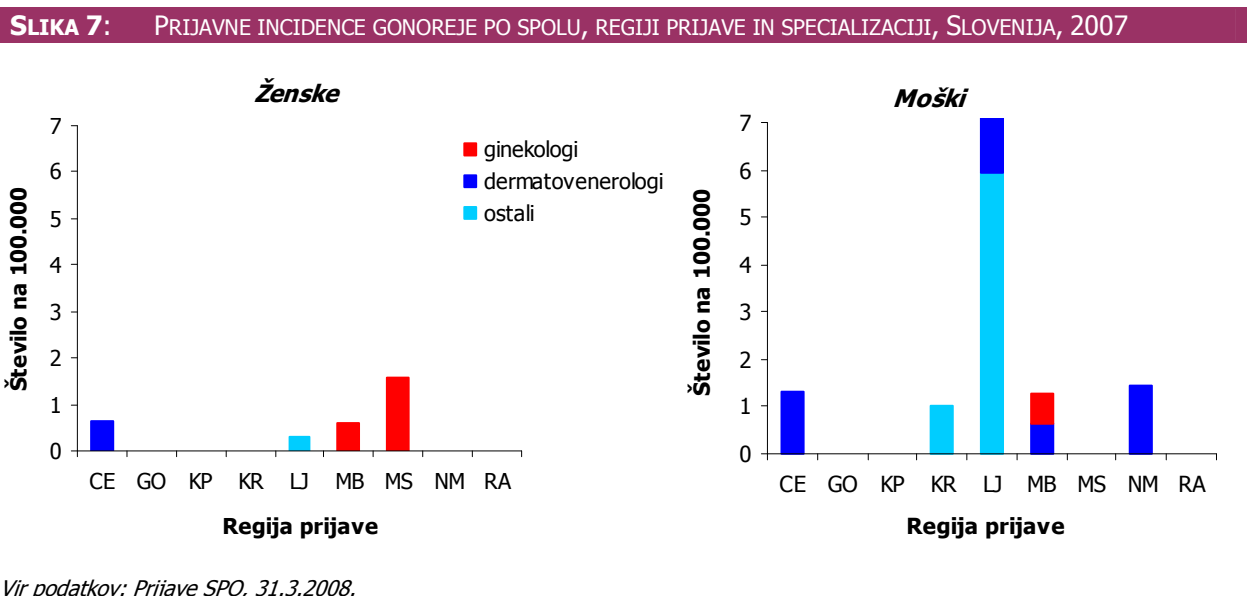
SLIKA 5: PRIMERI GONOREJE IN ZGODNJEGA SIFILISA PRI MOŠKIH, KI SO V ZADNJIH TREH MESECIH PRED POSTAVITVIJO DIAGNOZE IMELI SPOLNE ODNOS Z MOŠKIMI, MED VSEMI PRIJAVLJENIMI PRIMERI PRI MOŠKIH, SLOVENIJA, 2001-2007



Starostno specifične prijavnne incidence so bile v letu 2007 najvišje med 20-24 let starimi osebami (1,5/100.000 pri ženskah in 18,4/100.000 pri moških). Podobno je bilo pri ženskah v obdobju 2001-2006, razen v letih 2002 in 2004, kjer so bile najvišje prijavnne incidence med ženskami starimi 30-34 let. Pri moških so prijavnne incidence po starostnih skupinah bolj varirale. V letih 2001, 2003 in 2004 je bila najvišja prijavnna incidenca med moškimi starimi 30-34 let, v letu 2002 med 25-29 let, v zadnjih treh letih pa med 20-24 let (**Slika 6**).



Prijavnne incidence gonoreje so se razlikovale po različnih zdravstvenih regijah prijave (**Slika 7**). Razlike v prijavnih incidencah po zdravstvenih regijah v večji meri odražajo razlike v delu dermatovenerologov, ginekologov in ostalih specialistov pri etiološkem razjasnjevanju izcedka iz sečnice moškega in vnetij materničnega vratu pri ženskah ter v doslednosti prijavljanja prepoznanih primerov. Poleg tega se nekateri bolniki ne zdravijo v regijah, kjer imajo stalno prebivališče.



V letu 2007 je 49 odstotkov primerov gonoreje prijavil en sam proktolog, 41 odstotkov dermatovenerologi, osem odstotkov ginekologi in tri odstotke specialisti splošne medicine. Pri ženskah sta dva primera prijavila ginekologa in po en primer dermatovenerolog in proktolog. Pri moških je 51 odstotkov primerov prijavili proktolog, 43 odstotkov dermatovenerologi in po tri odstotke ginekologi in specialisti splošne medicine.

Najvišje prijavne incidence gonoreje po regiji bivanja² v letu 2007 so bile v celjski zdravstveni regiji (3,3/100.000 prebivalcev), ravno tako med moškimi (6,0/100.000 moških), medtem ko med ženskami v murskosoboški regiji (1,6/100.000 žensk).

Med prijavljenimi primeri gonoreje v letu 2007 sta bila dva tujca, državljan Bosne in Hercegovine in državljanka Madžarske. Po trije Slovenci so navedli heteroseksualne oz. homoseksualne spolne odnose s partnerkami oz. partnerji iz tujine.

² Prijavne incidence izračunane po regiji bivanja se razlikujejo od prijavnih incidenc po regiji prijave, ker se nekateri bolniki niso zdravili v regiji, kjer imajo stalno prebivališče.

4. SIFILIS

- V letu 2007 je bilo prijavljenih 28 primerov zgodnjega sifilisa (1,4/100.000 prebivalcev), kar predstavlja 50 odstotno povišanje prijavne incidence v primerjavi z letom 2006.
- Breme zgodnjega sifilisa je nesorazmerno veliko pri moških, ki imajo spolne odnose z moškimi.

V letu 2007 je bilo prijavljenih 28 primerov zgodnjega sifilisa (1,4/100.000 prebivalcev), kar predstavlja 50 odstotno povišanje prijavne incidence v primerjavi z letom 2006. Letne prijavne incidence za obdobje zadnjih šestih let so prikazane na **Sliki 1**. V obdobju 2001-2004 ter v letu 2006 so se letne prijavne incidence gibale med 0,2/100.000 in 0,7/100.000 prebivalcev, kar odraža relativno nizko breme bolezni med prebivalstvom. Relativno velik porast prijavne incidence zgodnjega sifilisa v letih 2005 in 2007 (1,5/100.000 in 1,4/100.000 prebivalcev) je izključno posledica povečanega števila novo prepoznanih primerov med moškimi. Breme zgodnjega sifilisa se v Sloveniji znižuje že nekaj desetletij. Prijavna incidenca se je v obdobju 1985-1993 znižala iz 1,3/100.000 na 0,1/100.000 prebivalcev. V obdobju 1994-1998 se je ponovno dvignila nad 1,2/100.000 do največ 1,9/100.000 prebivalcev, predvsem na račun številnih primerov, vnesenih iz držav bivše Sovjetske zveze (19). Po letu 1999 je bila ponovno nižja in se je gibala pod 1,0/100.000 prebivalcev, z izjemo let 2005 in 2007.

V letu 2007 so bili prijavljeni štirje primeri poznega sifilisa (dva pri moških in dva pri ženskah) in pet primerov neopredeljenega sifilisa (štirje pri moških in en pri ženski).

Zadnji primer kongenitalnega sifilisa v Sloveniji je bil prijavljen leta 1987.

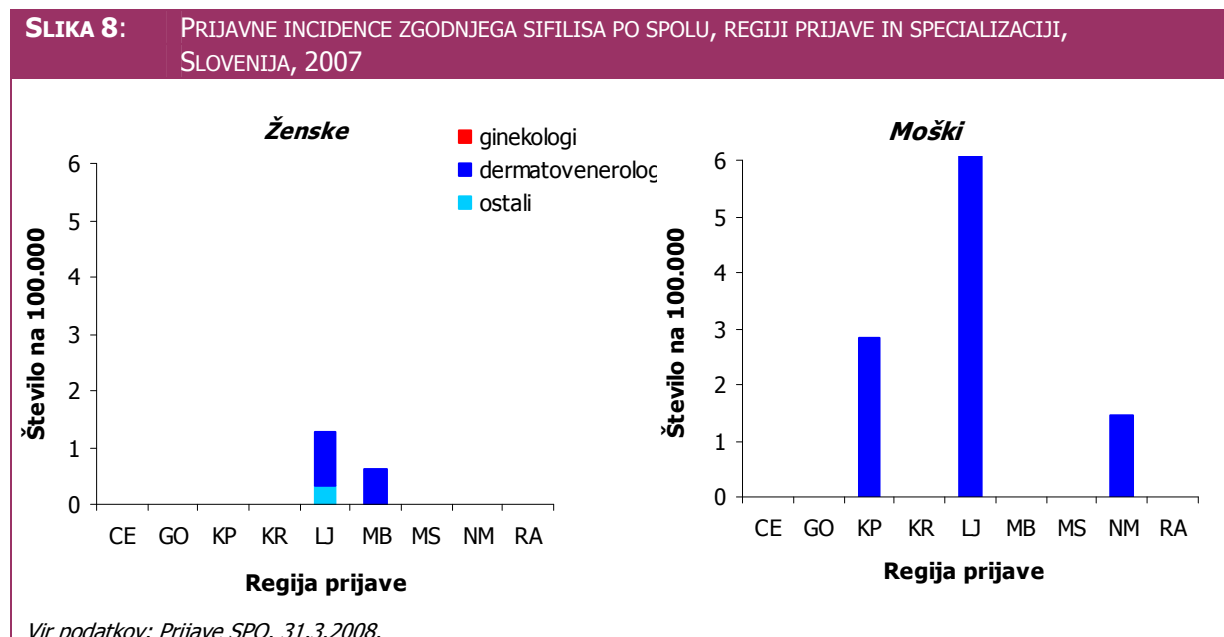
Od 28 prijavljenih primerov zgodnjega sifilisa v letu 2007 jih je bilo 23 pri moških (2,3/100.000 moških) in pet pri ženskah (0,5/100.000 žensk). Razmerje med spoloma je 4,6:1. V obdobju 2001-2006 so bile prijavne incidence višje pri moških in so se gibale med 0,5/100.000 in 2,9/100.000 moških, z izjemo leta 2003, ko pri moških ni bilo prijavljenega primera zgodnjega sifilisa. Pri ženskah so se v enakem obdobju gibale med 0,1/100.000 in 0,4/100.000 žensk.

Breme zgodnjega sifilisa je bilo nesorazmerno veliko pri moških, ki imajo spolne odnose z moškimi (**Slika 5**). V letu 2007 je bilo med 23 prijavljenimi primeri pri moških devet primerov, kjer so okuženi navedli podatek o najmanj enem moškem spolnem partnerju v zadnjih treh mesecih pred postavitvijo diagnoze.

Starostno specifične prijavne incidence zgodnjega sifilisa so bile v letu 2007 najvišje med 30-34 let starimi osebami (2,7/100.000 žensk in 10,1/100.000 moških). V letih 2001 in 2002 so bile najvišje prijavne incidence pri ženskah med ženskami starimi 15-19 let, v letu 2003 med 25-29 let in 30-34 let, v letu 2004 med 25-29 let in v letih 2005 in 2006 med 30-34 let. Pri moških so bile v letu 2001 najvišje prijavne incidence med moškimi starimi 30-34 let, v letih 2002 in 2006 med 25-29 let, v letu 2003 ni bilo prijavljenega primera in v letih 2004 ter 2005 med 20-24 let.

Prijavne incidence zgodnjega sifilisa v letu 2007 so se razlikovale po regijah prijave. Vse primere pri moških so prijavili dermatovenerologi iz območnih dispanzerjev za spolno

prenosljive bolezni, pri ženskah so štiri primere prijavili dermatovenerologi in enega infektolog (Slika 8).



Najvišja prijavna incidenca zgodnjega sifilisa po regiji bivanja³ je bila v ljubljanski zdravstveni regiji (2,4/100.000 prebivalcev), med ženskami v kranjski in ljubljanski regiji (1,0/100.000 žensk), medtem ko med moškimi v ljubljanski regiji (4,0/100.000 moških).

Med prijavljenimi primeri zgodnjega sifilisa v letu 2007 sta bila dva državljana Bosne in Hercegovine. Trije Slovenci so navedli heteroseksualne spolne odnose s partnerkami iz tujine in ena Slovenec je navedel homoseksualni spolni odnos s partnerjem iz tujine.

Dva primera poznega sifilisa sta bila prepoznana pri državljankah iz Ukrajine. Med petimi neopredeljenimi primeri sifilisa je bila ena Ruska državljanka.

³ Prijavne incidence izračunane po regiji bivanja se razlikujejo od prijavnih incidenc po regiji prijave, ker se nekateri bolniki niso zdravili v regiji, kjer imajo stalno prebivališče.

5. GENITALNE BRADAVICE

- Genitalne bradavice, ki so posledica spolno prenesene okužbe s humanimi virusi papiloma (HPV), so najpogosteje prijavljene virusne SPO v Sloveniji.
- Spolno prenesene okužbe s HPV so zelo pogoste. Povzročajo jih približno 40 od preko 100 različnih genotipov HPV, ki lahko povzročajo različne okužbe človeka. Več kot polovica spolno aktivnih oseb naj bi se tekom življenja okužila z vsaj enim spolno prenesenim genotipom HPV. Velika večina teh okužb spontano mine.
- Raziskave so pokazale, da je dolgotrajna okužba z vsaj enim od najmanj 15 visoko rizičnih (onkogenih) genotipov HPV nujen vzrok za nastanek raka materničnega vratu. Več kot 70 odstotkov raka materničnega vratu povzročajo dolgotrajne okužbe z genotipoma HPV 16 in 18. Dva med nizko rizičnimi (neonkogenimi) genotipi HPV (6 in 11) povzročata skoraj vse genitalne bradavice.
- V letu 2007 je bilo prijavljenih 94 primerov genitalnih bradavic (4,7/100.000 prebivalcev). Podatki o prijavi incidenci podcenjujejo breme genitalnih bradavic med prebivalstvom.
- Med 40-49 let starimi Slovenci je genitalne bradavice že imelo 0,8 odstotka žensk in 0,7 odstotka moških, približno 1.200 žensk in 1.100 moških.
- Od leta 2006 je v Evropski Uniji registrirano štirivalentno rekombinantno cepivo proti okužbi s HPV (genotipom 6, 11, 16 in 18). Cepivo se uporablja za preprečevanje predrakavih sprememb materničnega vratu hujše stopnje, raka materničnega vratu, predrakavih sprememb zunanjega spolovila hujše stopnje in anogenitalnih bradavic, povzročenih z genotipi 6, 11, 16 in 18. Od leta 2007 pa je registrirano tudi dvovalentno rekombinantno cepivo proti okužbi s HPV (genotipoma 16 in 18), ki se uporablja za preprečevanje predrakavih sprememb hujše stopnje in raka materničnega vratu, povzročenih z genotipoma 16 in 18. V Sloveniji je možno samoplačniško cepljenje z obema cepivoma.
- Za poučeno uvajanje varnega in učinkovitega rutinskega cepljenja proti HPV in spremljanja učinkov cepljenja potrebujemo čim boljše podatke o okužbah s HPV v Sloveniji.

Genitalne bradavice, ki so posledica spolno prenesene okužbe s humanimi virusi papiloma (HPV), so najpogosteje prijavljene virusne SPO v Sloveniji.

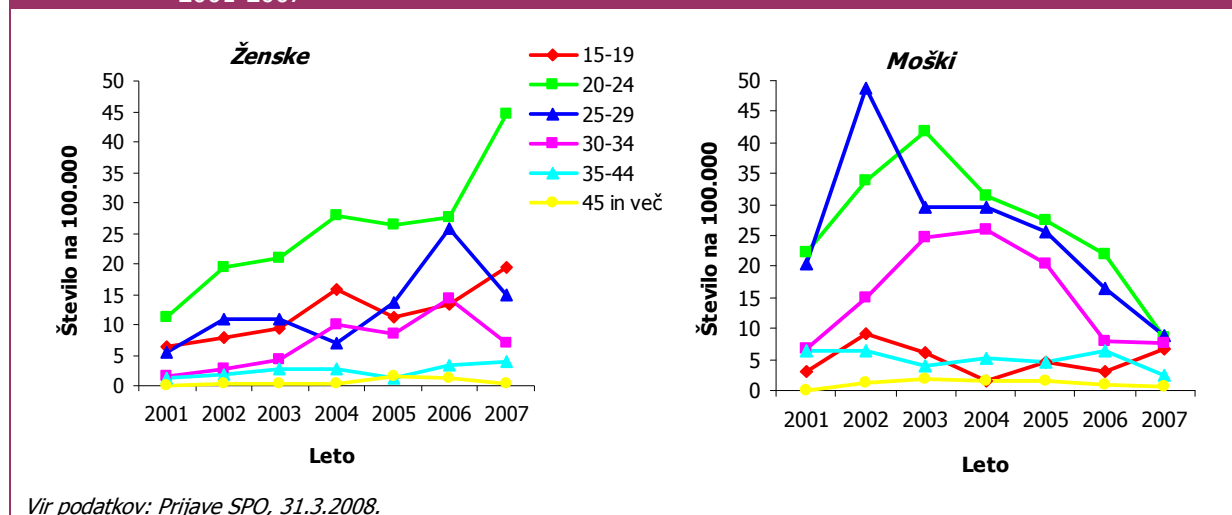
Spolno prenesene okužbe s HPV so zelo pogoste. Povzročajo jih približno 40 od preko 100 različnih genotipov HPV, ki lahko povzročajo različne okužbe človeka (20,21). Več kot 50 odstotkov spolno aktivnih oseb naj bi se tekom življenja okužilo z vsaj enim spolno prenesenim genotipom HPV. Večina teh okužb ni prepoznanih in spontano minejo v nekaj mesecih, redke pa lahko trajajo dolgo in privedejo do različnih bolezenskih sprememb pri moških in ženskah, predvsem genitalnih in analnih rakov, predrakavih sprememb in anogenitalnih bradavic. Raziskave so pokazale, da je dolgotrajna okužba z vsaj enim od najmanj 15 visoko rizičnih (onkogenih) genotipov HPV nujen vzrok za nastanek raka materničnega vratu (21-24). Ocenjujejo, da sta v Evropi genotipa 16 in 18 skupno povezana z 73% raka na materničnem vratu (25). Podobno je tudi v Sloveniji (26). Okužbe z visoko rizičnimi genotipi HPV pa so povezali tudi z rakom zadnjika, penisa, nožnice in ženskega zunanjega spolovila in rakom v ustni votlini. Dva med nizko rizičnimi (neonkogenimi) HPV genotipi (6 in 11) pa povzročata skoraj vse genitalne bradavice (27,28).

V letu 2007 je bilo v Sloveniji prijavljenih 94 primerov genitalnih bradavic (4,7/100.000 prebivalcev), 20 odstotkov manj kot v letu 2006 (**Slika 1**). Relativno nizka prijavna incidenca 3,5/100.000 v letu 2001 se je v letu 2002 dvignila na 6,7/100.000 prebivalcev in se v naslednjih štirih letih postopno zniževala do 5,9/100.000 prebivalcev v letu 2006.

V letih 2006 in 2007 smo izjemoma zabeležili višje število prijavljenih primerov genitalnih bradavic pri ženskah kot pri moških, 64 od 94 prijavljenih primerov v letu 2007 (6,2/100.000 žensk in 3,0/100.000 moških). Razmerje med spoloma je 2,1:1. Sicer pa so bile v obdobju od 2001 do 2005 prijavne incidence vedno višje pri moških in so se gibale med 5,2/100.000 in 10,2/100.000 moških in med 1,9/100.000 in 5,0/100.000 pri ženskah.

Starostno specifične prijavne incidence genitalnih bradavic so bile v letu 2007 pri ženskah najvišje med 20-24 let starimi (44,5/100.000 žensk) in pri moških med 25-29 let (8,7/100.000 moških). V obdobju 2001-2006 so bile prijavne incidence najvišje med 20-24 let starimi, in so se gibale od 11,7/100.000 do 27,9/100.000 žensk in od 22,1/100.000 do 41,8/100.000 moških, z izjemo leta 2002, ko je bila pri moških najvišja incidenca med 25-29 let starimi (48,8/100.000 moških) (**Slika 9**).

SLIKA 9: PRIJAVNE INCIDENCE GENITALNIH BRADAVIC PO SPOLU IN STAROSTNIH SKUPINAH, SLOVENIJA, 2001-2007



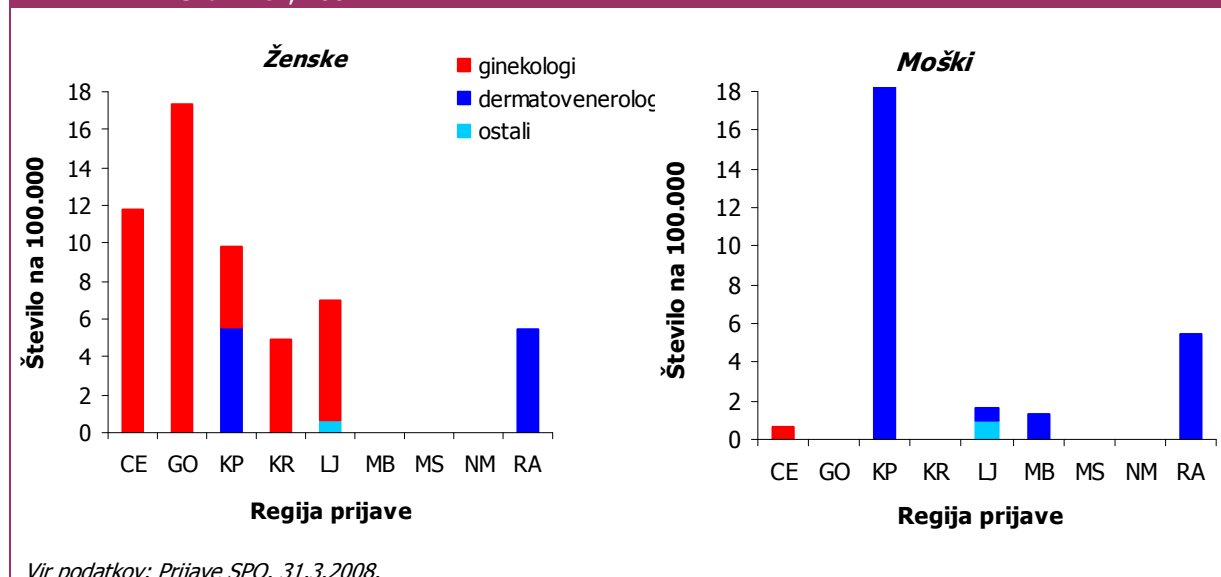
V letu 2007 se je prijavna incidenca genitalnih bradavic zelo razlikovala po različnih zdravstvenih regijah prijave in med različnimi specialističnimi službami v regijah (**Slika 10**). Razlike predvidoma ne odražajo različnega bremena okužb med regijami, temveč nakazujejo razlike v delu ginekologov, dermatovenerologov in ostalih specialistov in razlike v doslednosti pri prijavljanju prepoznanih primerov. Poleg tega se nekateri bolniki ne zdravijo v regijah, kjer imajo stalno prebivališče.

V letu 2007 so 60 odstotkov genitalnih bradavic prijavili ginekologi, 35 odstotkov dermatovenerologi, tri odstotke samo en proktolog in po en odstotek kirurgi in specialisti splošne medicine. Po 87 odstotkov genitalnih bradavic so pri ženskah prijavili ginekologi in pri moških dermatovenerologi.

Najvišja prijavna incidenca genitalnih bradavic po regiji bivanja⁴ je bila v koprski zdravstveni regiji (17,6/100.000 prebivalcev), enako med moškimi (26,8/100.000 moških), pri ženskah v goriški regiji (17,4/100.000 žensk).

Med prijavljenimi primeri genitalnih bradavic v letu 2007 ni bilo tujih državljanov. Po en slovenski državljan je navedel heteroseksualni oz. homoseksualni spolni odnos s partnerko oz. partnerjem iz tujine. Tri slovenske državljanke so navedle heteroseksualne spolne odnose s partnerji iz tujine.

SLIKA 10: PRIJAVNE INCIDENCE GENITALNIH BRADAVIC PO SPOLU, REGIJI PRIJAVE IN SPECIALIZACIJI, SLOVENIJA, 2007



Podatki o prijavnih incidenci genitalnih bradavic zagotovo močno podcenjujejo breme genitalnih bradavic v prebivalstvu.

Relativno zanesljive ocene o bremenu genitalnih bradavic smo pridobili z nacionalno prečno raziskavo, ki je bila izvedena leta 2000 na verjetnostnem vzorcu Slovencev, starih 18-49 let (29). V vprašalniku, ki so ga anonimno izpolnili sami, smo anketirane vprašali, če jim je zdravnik kdaj povedal, da imajo genitalne bradavice. Da so jih že imeli, je poročalo 0,4 odstotka moških (95 odstotni IZ: 0,0-1,6 odstotka) in žensk (95 odstotni IZ: 0,1-1,4 odstotka) (30). Ker kumulativno tveganje za genitalne bradavice raste z leti spolne aktivnosti oziroma s starostjo, je med 40-49 let starimi genitalne bradavice imelo že 0,7 odstotka (95 odstotni IZ: 0,0-4,5 odstotka) moških in 0,8 odstotka (95 odstotni IZ: 0,2-3,3 odstotka) žensk. Tako je v tej starostni skupini genitalne bradavice imelo že približno 1.200 žensk in 1.100 moških.

Leta 2006 je Evropska agencija za zdravila (EMA) izdala dovoljenje za promet za štirivalentno cepivo proti okužbi s HPV (genotipom 6, 11, 16 in 18). Cepivo se uporablja za preprečevanje predrakavih sprememb materničnega vratu hujše stopnje, raka materničnega vratu, predrakavih sprememb zunanjega spolovila hujše stopnje povzročenih z genotipoma 16 in 18 in anogenitalnih bradavic, povzročenih z genotipoma 6 in 11 (31). Leta 2007 pa je izdala dovoljenje za promet za dvovalentno cepivo proti okužbi s HPV (genotipoma 16 in 18). Cepivo se uporablja za preprečevanje predrakavih sprememb materničnega vratu hujše

⁴ Prijavne incidence izračunane po regiji bivanja se razlikujejo od prijavnih incidenc po regiji prijave, ker se nekateri bolniki niso zdravili v regiji, kjer imajo stalno prebivališče.

stopnje in raka materničnega vratu, povzročenih z genotipoma 16 in 18 (32). V Sloveniji je na voljo neobvezno samoplačniško cepljenje z obema cepivoma (33).

V Sloveniji se pripravljamo na razširitev programa imunoprofilakse in kemoprofilakse z rutinskim neobveznim brezplačnim cepljenjem proti HPV za deklice še pred začetkom spolnih odnosov (npr. v starosti 12 let) z zagotovitvijo financiranja iz sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja po principu enake in pravične dostopnosti.

Za poučeno odločanje o uvajanju varnega in učinkovitega rutinskega cepljenja proti HPV in sledenje učinkov cepljenja bomo potrebovali čim boljše podatke o epidemiologiji okužb s HPV v Sloveniji, vključno s starostno specifično prevalenco okužb z različnimi genotipi HPV v prebivalstvu, ter genotipsko specifično seropozitivnostjo v različnih starostnih skupinah, ki bo odražala kumulativno tveganje za okužbo s posameznimi genotipi HPV. Na Inštitutu za varovanje zdravja se pripravljamo, da bomo lahko v čim krajšem času ponudili te informacije.

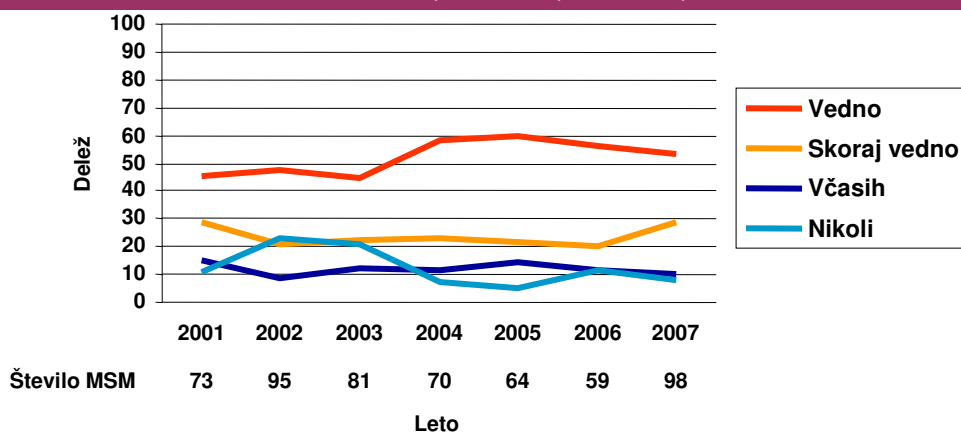
6. VARNEJŠA SPOLNOST MED MOŠKIMI, KI IMAJO SPOLNE ODNOSE Z MOŠKIMI

Preprečevanje nekaterih SPO kot sta sifilis in gonoreja temelji predvsem na omejevanju tvegane spolnega vedenja. To je še posebej pomembno v najbolj prizadeti skupini v Sloveniji, med moškimi, ki imajo spolne odnose z moškimi. Zato smo v letu 2000 v majhnih priložnostnih vzorcih zajetih v Ljubljani začeli orientacijsko spremljati spreminjanje nekaj kazalnikov tvegane vedenja. To smo priključili spremljanju spreminjanja deleža okuženih s HIV z nevezanim anonimnim testiranjem (6,34).

Vse moške, ki prispevajo vzorec sline za nevezano anonimno testiranje na okužbo s HIV za namene spremljanja spreminjanja deleža okuženih z nevezanim anonimnim testiranjem, zaprosimo, da anonimno izpolnijo kratek vprašalnik, ki vključuje vprašanja o spolnem vedenju. Obenem dobijo informacije o varnejši spolnosti, kondome in lubrikante ter informacije o možnosti prostovoljnega zaupnega ali anonimnega testiranja na okužbo s HIV s svetovanjem.

Slika 11 prikazuje spreminjanje poročane pogostosti uporabe kondoma pri analnih spolnih odnosih v preteklem letu v skupini homoseksualno aktivnih moških, ki se zbirajo na eni izmed lokacij v Ljubljani za obdobje 2001-2007. Čeprav gre za zelo orientacijsko spremljanje spreminjanja spolnega vedenja v zelo majhnih priložnostnih vzorcih, naši rezultati kažejo, da med moškimi, ki imajo spolne odnose z moškimi, v Ljubljani ni prišlo do nedavnega izrazitega povečanja tvegane spolnega vedenja.

SLIKA 11: UPORABA KONDOMA MED MOŠKIMI, KI IMAJO SPOLNE ODNOSE Z MOŠKIMI PRI ANALNIH SPOLNIH ODNOSIH V PRETEKLEM LETU, LJUBLJANA, SLOVENIJA, 2001-2007



Vir podatkov: Epidemiološko spremljanje tveganih vedenj, ki je priključeno nevezanemu anonimnemu testiranju v priložnostnem vzorcu moških, ki imajo spolne odnose z moškimi, za namene epidemiološkega spremljanja okužbe s HIV, Ljubljana, Slovenija, 2001-2007.

Število MSM - število moških, ki so v preteklem letu imeli analne spolne odnose z moškimi in so odgovorili na vprašanja o uporabi kondoma.

7. IZZIVI ZA EPIDEMIOLOŠKO SPREMLJANJE

Podatki o SPO, ki jih zbiramo na Inštitutu za varovanje zdravja RS na podlagi zakonsko obvezne prijave, podcenjujejo njihovo breme. To je posledica tega, da del SPO poteka brez bolezenskih znakov in težav (npr. klamidijska okužba), da del SPO ni etiološko razjasnjen (npr. izcedek iz sečnice pri moškem) in da zdravniki številne prepoznane SPO ne prijavijo. Tudi sledenje spreminjanja incidence nekaterih SPO v času (npr. klamidijskih okužb) je relativno nezanesljivo, ker lahko že sprememba prakse nekaj zdravnikov glede obsega testiranja pomembno vpliva na spremembo nacionalnih trendov v prijavnih incidentih.

Za bolj poučene javnozdravstvene odločitve glede preprečevanja in obvladovanja SPO v Sloveniji bomo morali epidemiološko spremljanje SPO dopolniti in izboljšati.

Poleg zajetja podatkov, ki jih na osnovi zakonske obveze posredujejo zdravniki, ki so postavili diagnozo okužbe SPO, moramo popolnost in hitrost zajetja podatkov o novo prepoznanih primerih SPO izboljšati z vzpostavitvijo laboratorijskega epidemiološkega spremljanja, ki bo vključevalo prijavljanje vseh diagnosticiranih SPO.

Laboratorijsko epidemiološko spremljanje SPO mora omogočiti tudi spremljanje obsega testiranja na spolno prenesene klamidijske okužbe v različnih starostnih skupinah žensk in moških in v skupinah bolnikov z različnimi bolezenskimi težavami in znaki, ki so značilni za klamidijsko okužbo.

Laboratorijsko epidemiološko spremljanje SPO mora omogočiti tudi spremljanje obsega testiranja na sifilis v različnih starostnih skupinah nosečnic, ki so presejane na sifilis.

Zelo enostavno spremljanje nekaterih kazalnikov tveganega vedenja med moškimi, ki imajo spolne odnose z moškimi moramo dopolniti z večjimi in bolj poglobljenimi, ponavljajočimi se prečnimi raziskavami tveganih vedenj, drugih SPO in okužbe s HIV.

Zagotoviti moramo tudi spremljanje izvajanja in kvalitete intervencij preprečevanja prenosa SPO med moškimi, ki imajo spolne odnose z moškimi.

8. PRIPOROČILA ZA PREPREČEVANJE IN OBVLADOVANJE

Najpogostejše ozdravljive SPO, spolno prenesene klamidijske okužbe, v Sloveniji pogosto ostanejo neprepoznane. Tako zamujamo številne priložnosti za zdravljenje in preprečevanje poznih posledic, predvsem za rodno zdravje žensk.

V številnih razvitih državah priporočajo presejanje spolno aktivnih žensk mlajših od 25 let brez bolezenskih težav in znakov na spolno preneseno klamidijsko okužbo. Tudi v Sloveniji moramo presoditi ali bi bilo javnozdravstveno upravičeno vzpostaviti program presejanja mladih spolno aktivnih žensk.

Od leta 2006 je v Evropski Uniji registrirano štirivalentno rekombinantno cepivo proti okužbi s HPV (genotipom 6, 11, 16 in 18), ki se uporablja za preprečevanje predrakavih sprememb materničnega vratu hujše stopnje, raka materničnega vratu, predrakavih sprememb zunanjega spolovila hujše stopnje in anogenitalnih bradavic in od leta 2007 tudi dvovalentno rekombinantno cepivo proti okužbi s HPV (genotipoma 16 in 18), ki se uporablja za preprečevanje predrakavih sprememb materničnega vratu hujše stopnje in raka materničnega vratu. V Sloveniji je zaenkrat na voljo samoplačniško cepljenje z obema cepivoma.

V Sloveniji se moramo pripraviti na razširitev programa imunoprofilakse in kemoprofilakse z rutinskim brezplačnim cepljenjem proti HPV za deklice še pred začetkom spolnih odnosov (npr. v starosti 12 let) z zagotovitvijo financiranja iz sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja po principu enake in pravične dostopnosti.

Preprečevanje in obvladovanje SPO v okviru promocije spolnega in reproduktivnega zdravja je pomembna javnozdravstvena prednost. S programi promocije spolnega in reproduktivnega zdravja moramo doseči vse prebivalce, predvsem pa mlade.

Javnozdravstveni pristop k preprečevanju in obvladovanju SPO vključuje promocijo varnejše spolnosti, promocijo pravočasnega iskanja zdravstvene pomoči in vključitev preprečevanja ter oskrbe oseb s SPO v primarno zdravstveno varstvo.

Ker je breme različnih SPO v Sloveniji nesorazmerno veliko med moškimi, ki imajo spolne odnose z moškimi, je promocija odgovorne in varne spolnosti vključno s promocijo uporabe kondoma še posebno pomembna v tej skupini.

Ljudi z bolezenskimi težavami in znaki SPO moramo vzpodbujati, da poiščejo zdravstveno pomoč.

Izboljšati moramo zdravstveno oskrbo bolnikov s SPO, ki mora poleg postavljanja diagnoze in zdravljenja vključevati tudi svetovanje za varnejšo spolnost in obveščanje ter zdravljenje kontaktov.

9. REFERENCE

1. World Health Organization. Global strategy for the prevention and control of sexually transmitted infections: 2006-2015. Geneva: World Health Organization, 2007.
2. Državni zbor RS. Zakon o nalezljivih boleznih /ZNB/. Uradni list RS št. 69/1995.
3. Državni zbor RS. Zakon o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva. Uradni list RS št. 65/2000.
4. Državni zbor RS. Pravilnik o prijavi nalezljivih boleznih in posebnih ukrepih za njihovo preprečevanje in obvladovanje. Uradni list RS št. 16/1999.
5. Grgič-Vitek M, Klavs I. Navodila za prijavo spolno prenosljivih okužb. Zdravstveno varstvo 2000;39 (suplement). Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2000.
6. Klavs I, Bergant, Kustec T, Kastelic Z. Okužba s HIV v Sloveniji, letno poročilo 2007. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2008. Pridobljeno 18.7.2008 s spletne strani: http://www.ivz.si/javne_datoteke/datoteke/640-Leto_2007.pdf
7. Cates W, Wasserheit JN. Genital chlamydial infections: epidemiology and reproductive sequelae. Am J Obstet Gynaecol 1991; 164: 1771-81.
8. Frelih T. Projekt »Varovanje rodnega zdravja mladih žensk«. Program Phare CBS Slovenija/Italija 2002. SI.2002/000-312. Nova Gorica: ZZV Nova Gorica, 2005.
9. Klavs I, Rodrigues LC, Wellings K, Keše D, Hayes R. Prevalence of genital Chlamydia trachomatis infection in the general population of Slovenia: serious gaps in control. Sex Transm Infect 2004; 80: 121-3.
10. CDC. Recommendations for the prevention and management of Chlamydia trachomatis infections, 1993. MMWR 1993; 42(RR-12): 1-39.
11. Herrmann B, Egger M. Genital Chlamydia trachomatis infections in Uppsala County, Sweden, 1985-1993: declining rates for how much longer? Sex Transm Dis 1995; 22: 253-60.
12. Hillis SD, Nakashima A, Amsterdam L, Pfister J, Vaughn M. The impact of a comprehensive chlamydia prevention program in Wisconsin. Fam Plann Perspect 1995; 27: 108-11.
13. Scholes D, Stergachis A, Heidrich FE, Andrilla H, Holmes KK. Prevention of pelvic inflammatory disease by screening for cervical chlamydial infection. N Engl J Med 1996; 334: 1362-1366.
14. Kamwendo F, Forslin L, Bodin L, Danielsson D. Programmes to reduce pelvic inflammatory disease-the Swedish experience. Lancet 1998; 351(Suppl 3): 25-8.
15. Ostergaard L, Andersen B, Moller JK, Olesen F. Home sampling versus conventional swab sampling for screening of Chlamydia trachomatis in women: a cluster-randomized 1-year follow-up study. Clin Infect Dis 2000; 31: 951-7.
16. Johnson RE, Newhall WJ, Papp JR, Knapp JS, Black CM. Screening tests to detect Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae infections-2002. MMWR 2002; 51(RR-15): 1-38.
17. LaMontagne DS, Fenton KA, Randal S, Anderson S, Carter P. Establishing the national chlamydia screening programme in England: results from the first full year of screening. Sex Transm Infect 2004; 80: 335-41.

18. Grgič-Vitek M, Učakar V, Klavs I. Presejanje na spolno prenosljivo klamidijsko okužbo – pregled priporočil. *Zdrav Var* 2008; 47: 8-17.
- 19 Grgič-Vitek M, Klavs I, Potočnik M, Rogl-Butina M. Syphilis epidemic in Slovenia influenced by syphilis epidemic in the Russian federation and other newly independent states. *Int J STD & AIDS* 2002; 13(Suppl. 2): 2-4.
20. Koutsky LA, Kiviat NB. Genital human papillomavirus. In: Holmes KK, Sparling PF, Mardh PA, eds. *Sexually transmitted diseases*. New York: McGraw-Hill, 1999: 347-59.
21. European Centre for Disease Prevention and Control. *Guidance for the introduction of HPV vaccines in EU countries*. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control, 2008.
22. Bosch FX, Lorinez A, Munoz N, Meijer CJ, Shah KV. The causal relation between human papillomavirus and cervical cancer. *J Clin Pathol* 2002; 55: 244-65.
23. Clifford GM, Smith JS, Plummer M, Munoz N, Franceschi S. Human papillomavirus types in invasive cervical cancer worldwide: a meta-analysis. *Brit J Cancer* 2003; 88: 63-73.
24. Munoz N, Bosch FX, De Sajose S, Herrero R, Castellsague X. Epidemiologic classification of human papillomavirus types associated with cervical cancer. *N Engl J Med* 2003; 348: 518-27.
25. Clifford GM, Smith JS, Plummer M, Munoz N, Franceschi S. Human Papillomavirus Types in invasive cancer worldwide: a meta-analysis. *Br J Cancer* 2003; 88: 63-73.
26. Uršič-Vrščaj M, Lindtner J, Marin J. Human papilloma viruses 16 and 18 in patients under 40 years of age with operable squamous cancer of the uterine cervix. *Radiol Oncol* 1994; 28: 200-4.
27. Greer CE, Wheeler CM, Ladner MB. Human papillomavirus (HPV) type distribution and serological response to HPV type 6 virus-like particles in patients with genital warts. *J Clin Microbiol* 1995; 33: 2058-63.
28. Potočnik M, Kocjan BJ, Seme K, Poljak M. Distribution of human papillomavirus (HPV) genotypes in genital warts from males in Slovenia. *Acta Dermatovenerol Alp Panonica Adriat* 2007; 16: 91-6,98.
29. Klavs I, Keše D, Švab I. Slovene national survey of sexual lifestyles, attitudes and health, 1999-2001: data collection methods. *Zdrav Var* 2007; 46: 1-8.
30. Grgič-Vitek M, Švab I, Klavs I. Prevalence of and risk factors for self-reported sexually transmitted infections in Slovenia in 2000. *Croat Med J* 2006; 47: 722-9.
31. European Medicines Agency. *European Public Assasement Report for authorised medicinal products for human use. Silgard*. Pridobljeno 14.7.2008 s spletne strani: <http://www.emea.europa.eu/humandocs/Humans/EPAR/silgard/silgard.htm>
32. European Medicines Agency. *European Public Assasement Report for authorised medicinal products for human use. Cervarix*. Pridobljeno 14.7.2008 s spletne strani: <http://www.emea.europa.eu/humandocs/Humans/EPAR/cervarix/cervarix.htm>
33. Državni zbor RS. Program imunoprofilakse in kemoprofilakse za leto 2007. Uradni list RS št. 22/2007.
34. Klavs I., Poljak M. Unlinked anonymous monitoring of HIV prevalence in high and low-risk groups in Slovenia, 1993-2002. *Croat Med J* 2003; 44: 545-549.