

SPOLNO PRENESENE OKUŽBE V SLOVENIJI LETNO POROČILO 2011

IZR. PROF. DR. IRENA KLAVS, DR. MED.

TANJA KUSTEC, UNI. DIPL. SOC.

ZDENKA KASTELIC, DIPL. EKO.



Predlog citiranja:

Klavs I, Kustec T, Kastelic Z. Spolno prenesene okužbe v Sloveniji, letno poročilo 2011.
Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja, 2012.

Izdajatelj:

Inštitut za varovanje zdravja RS, Trubarjeva 2, Ljubljana
Dostopno na spletnem naslovu: http://www.ivz.si/hiv_spo

ISSN

Ljubljana, julij 2012

Pregled vsebine

Povzetek.....	1
1 Uvod	3
2 Spolno prenesena klamidijaska okužba	4
3 Gonoreja.....	9
4 Sifilis	11
5 Okužbe s HPV in genitalne bradavice.....	11
6 Varnejša spolnost med moškimi, ki imajo spolne odnose z moškimi	17
7 Izzivi za epidemiološko spremljanje	18
8 Priporočila za preprečevanje in obvladovanje.....	19
9 Reference.....	20

Seznam slik

Slika 1: Prijavne incidence spolno prenesene klamidijske okužbe, genitalnih bradavic, gonoreje in zgodnjega sifilisa, skupaj in po spolu, Slovenija, 2002–2011	3
Slika 2: Prijavne incidence spolno prenesene klamidijske okužbe po spolu in starostnih skupinah, Slovenija, 2002–2011.....	5
Slika 3: Prijavne incidence spolno prenesene klamidijske okužbe po spolu, regiji prijave in specializaciji, Slovenija, 2011	5
Slika 4: Stopnja testiranja na spolno preneseno klamidijsko okužbo in prijavne incidence spolno prenesene klamidijske okužbe, Slovenija, Nova Gorica, 2002–2011	7
Slika 5: Primeri gonoreje in zgodnjega sifilisa pri moških, ki so v zadnjih treh mesecih pred postavitvijo diagnoze imeli spolne odnose z moškimi, med vsemi prijavljenimi primeri pri moških, Slovenija, 2002–2011.....	9
Slika 6: Prijavne incidence gonoreje po spolu in starostnih skupinah, Slovenija, 2002–2011	10
Slika 7: Prijavne incidence gonoreje po spolu, regiji prijave in specializaciji, Slovenija, 2011	10
Slika 8: Prijavne incidence zgodnjega sifilisa po spolu in starostnih skupinah, Slovenija, 2002–2011	10
Slika 9: Prijavne incidence zgodnjega sifilisa po spolu, regiji prijave in specializaciji, Slovenija, 2011	10
Slika 10: Prijavne incidence genitalnih bradavic po spolu in starostnih skupinah, Slovenija, 2002–2011.....	13
Slika 11: Prijavne incidence genitalnih bradavic po spolu, regiji prijave in specializaciji, Slovenija, 2011	13
Slika 12: Uporaba kondoma med moškimi, ki imajo spolne odnose z moškimi pri analnih spolnih odnosih v preteklem letu, priložnostni vzorec, Ljubljana, Slovenija, 2002–2011	17

Seznam tabel

Tabela 1: Delež okuženih s spolno preneseno okužbo z bakterijo <i>Chlamydia trachomatis</i> med 18–49 let starimi prebivalci, Slovenija, 2000.....	7
Tabela 2: Povezanost spolno prenesene okužbe z bakterijo <i>Chlamydia trachomatis</i> med 18–24 let starimi prebivalci z izbranimi dejavniki tveganja, Slovenija, 2000	8

Povzetek

Spolno prenesenih okužb je zelo veliko, predvsem dveh najpogostejših: okužbe z bakterijo *Chlamydia trachomatis* (klamidijske okužbe) in okužbe s humanimi virusi papiloma (HPV).

Klamidijske okužbe pogosto potekajo brez bolezenskih težav in znakov, minejo brez zapletov in jih ne prepoznamo. Nezdravljena okužba pa lahko, predvsem pri ženskah, napreduje v resne pozne posledice kot so vnetja v mali medenici, zunajmaternična nosečnost in neplodnost. V Sloveniji naredimo malo laboratorijskih preiskav na klamidijsko okužbo in številne ostanejo neprepoznane. Tako zamujamo priložnosti za zdravljenje in preprečevanje poznih posledic za reproduktivno zdravje žensk. Kljub temu so klamidijske okužbe najpogosteje prijavljene bakterijske spolno prenesene okužbe. V letu 2011 je bilo prijavljenih 231 primerov (11,3/100.000 prebivalcev). Ti podatki podcenjujejo breme okužb v prebivalstvu. V letu 2000 smo v nacionalni presečni raziskavi v verjetnostnem vzorcu 20–24 let starih Slovencev ocenili, da je bilo okuženih kar 5,1 odstotkov žensk in 4,6 odstotkov moških.

V številnih razvitih državah poleg promocije varnejšega spolnega vedenja in kakovostne obravnave bolnikov s prepoznano klamidijsko okužbo priporočajo oportunistično testiranje ali presejanje za vse spolno aktivne ženske, ki so mlajše od 25 let. Tudi v Sloveniji moramo presoditi, ali bi bilo to skupino smiselno oportunistično testirati na klamidijsko okužbo.

Več kot polovica spolno aktivnih oseb naj bi se v svojem življenju okužila z vsaj enim spolno prenesenim genotipom HPV. Velika večina okužb mine, redke pa trajajo dolgo in privedejo do različnih bolezenskih sprememb. Dolgotrajna okužba z vsaj enim od 12 visoko rizičnih (onkogenih) genotipov HPV je nujen vzrok za nastanek raka materničnega vratu. Več kot 70 odstotkov raka materničnega vratu povzročajo dolgotrajne okužbe z genotipoma HPV 16 in 18. Okužbe z visokorizičnimi genotipi HPV pa so povezali tudi z rakom zadnjika, penisa, nožnice in ženskega zunanjšega spolovila ter z rakom v ustni votlini. Dva med nizkorizičnimi (neonkogenimi) genotipi HPV (6 in 11) povzročata skoraj vse genitalne bradavice. V okviru epidemiološkega spremljanja spolno prenesenih okužb ne zbiramo podatkov o okužbah s HPV, zbiramo pa podatke o genitalnih bradavicah, ki so najpogosteje prijavljene virusne spolno prenesene okužbe v Sloveniji. V letu 2011 je bilo prijavljenih 285 primerov (13,9/100.000 prebivalcev). Velik porast prijavljenih primerov po letu 2008 je verjetno predvsem posledica večje ozaveščenosti laične in strokovne javnosti o genitalnih bradavicah zaradi uvajanja cepljenja proti HPV. Ne glede na to podatki o prijavljenih primerih genitalnih bradavic podcenjujejo njihovo pogostost. Še neobjavljeni preliminarni rezultati v letu 2010 izvedene presečne raziskave v priložnostnem vzorcu 4.431 slovenskih žensk, starih 20–64 let, presejanih na raka materničnega vratu, kažejo na veliko pogostost genitalnih bradavic. Med 20–24 let starimi jih je kar 3,3 odstotka imelo genitalne bradavice.

Registrirani sta dve cepivi proti okužbi s HPV: štirivalentno in dvovalentno. Štirivalentno se uporablja pri starih 9 let in več za preprečevanje predrakavih genitalnih lezij (na materničnem vratu, zunanjšega spolovila, nožnice) in raka materničnega vratu, vzročno povezanih z nekaterimi onkogenimi genotipi HPV, ter genitalnih bradavic (condilomata acuminata), vzročno povezanih s specifičnimi genotipi. Dvovalentno se uporablja pri starih 9 let in več za

preprečevanje predrakavih lezij na materničnem vratu in raka materničnega vratu, vzročno povezanih z nekaterimi onkogenimi genotipi HPV.

V Sloveniji je samoplačniško cepljenje proti HPV s štirivalentnim cepivom na voljo od leta 2006 in z dvovalentnim od leta 2007. V šolskem letu 2009/10 smo razširili program imunoprofilakse in kemoprofilakse z rutinskim neobveznim brezplačnim cepljenjem proti HPV s štirivalentnim cepivom ob sistematskem pregledu deklic v 6. razredu osnovne šole (stare 11 ali 12 let). V šolskem letu 2011/12 pa so se lahko ob sistematskem pregledu v 8. razredu osnovne šole prvič brezplačno cepile tudi zamudnice (stare 13 ali 14 let). Med kohortami deklic, ki jim je ponujeno cepljenje proti HPV, pričakujemo precej manj genitalnih bradavic. V šolskem letu 2009/10 je precepljenost s tremi odmerki cepiva proti HPV med deklicami v 6. razredu osnovne šole znašala 48,7 odstotkov, v šolskem letu 2010/11 pa se je povišala na 55,2 odstotkov.

V letu 2011 je bilo prijavljenih 25 primerov gonoreje (1,2/100.000 prebivalcev) in 79 primerov zgodnjega sifilisa (3,8/100.000 prebivalcev). Podatki o prijavljenih primerih podcenjujejo pogostost v prebivalstvu. Moški, ki imajo spolne odnose z moškimi, imajo nesorazmerno visoko breme gonoreje in sifilisa. Po letu 2003 je število prijav zgodnjega sifilisa naraslo.

Zdravstvena oskrba vseh bolnikov s spolno prenosljivimi okužbami mora poleg zdravljenja vključevati tudi svetovanje za varnejšo spolnost, obveščanje in zdravljenje spolnih partnerjev. Vsem pacientom v ambulantah za spolno prenosljive okužbe in vsem s sifilisom, gonorejo in klamidijem limfogranulomom bi morali ponuditi testiranje na okužbo s HIV.

V letu 2011 je bilo 14 primerov zgodnjega sifilisa prepoznanih pri s HIV okuženih moških, ki imajo spolne odnose z moškimi. Ker je v zadnjih letih naraslo število takih primerov, moramo okuženim s HIV poleg kakovostnega zdravljenja zagotoviti tudi aktivno odkrivanje in zdravljenje drugih SPO, svetovanje za varnejšo spolnost in podporo pri obveščanju partnerjev.

Preprečevanje in obvladovanje spolno prenosljivih okužb v okviru promocije spolnega in reproduktivnega zdravja je pomembna javnozdravstvena prednost. Za preprečevanje je pomembno izobraževanje prebivalcev o spolno prenosljivih okužbah ter spodbujanje odgovornega in varnega spolnega vedenja vključno s promocijo uporabe kondoma.

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

Javnozdravstveni pristop k obvladovanju spolno prenosljivih okužb vključuje tudi promocijo takojšnjega iskanja zdravstvene pomoči, če se pojavijo znaki ali težave spolno prenesene okužbe. Tem osebam bi morali poleg oskrbe v primarnem zdravstvenem varstvu omogočiti tudi možnost dostopa do specialističnega zdravljenja na sekundarni ravni brez napotitve.

V Sloveniji moramo pripraviti nacionalno strategijo promocije spolnega in reproduktivnega zdravja, ki bo vključevala preprečevanje in obvladovanje spolno prenesenih okužb.

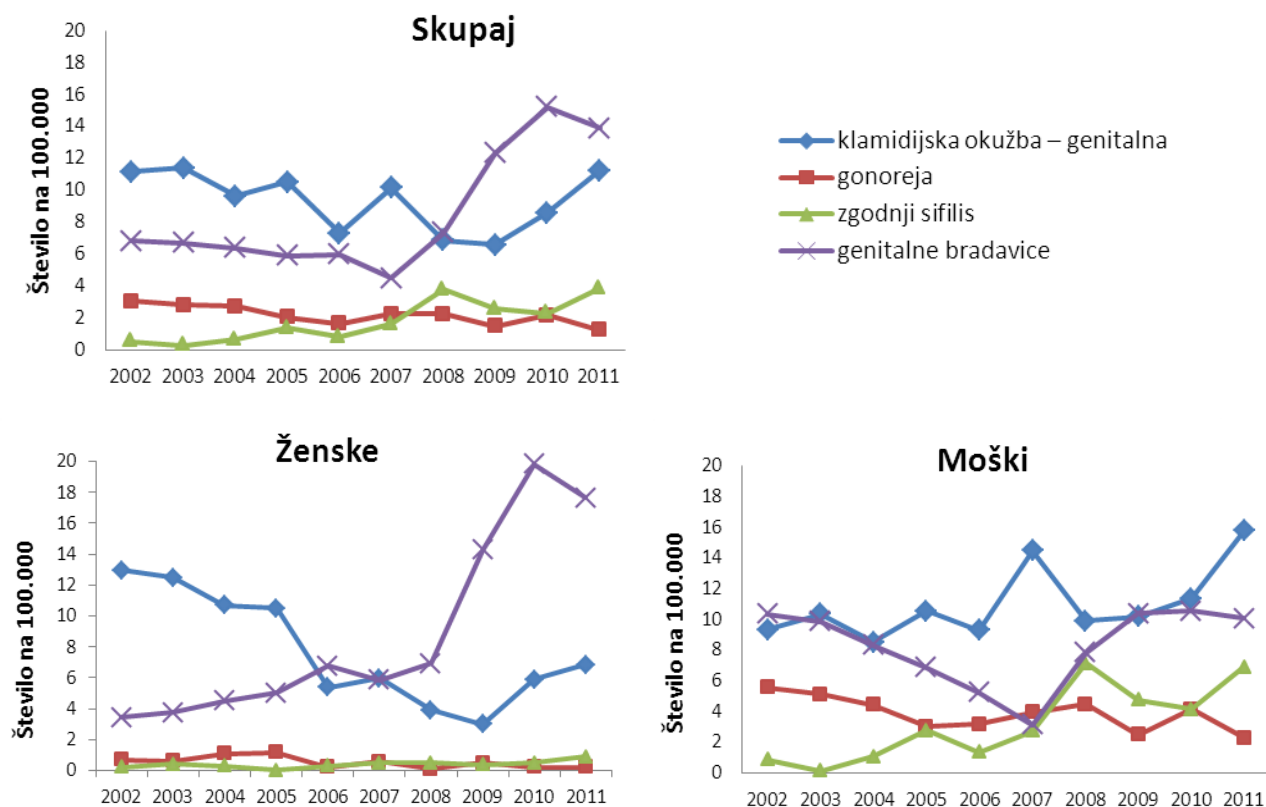
1 Uvod

Za oblikovanje nacionalne politike, programov preprečevanja in obvladovanja ter spremljanje njihove učinkovitosti potrebujemo podatke o bremenu in časovnih trendih spolno prenesenih okužb (SPO). Epidemiološko spremljanje SPO temelji na rednem zbiranju, analiziranju in interpretiranju podatkov o prijavljenih primerih določenih SPO v skladu z zakonskimi določili in metodološkimi navodili (1–4). Bolj zanesljive ocene bremena nekaterih SPO in opredelitev dejavnikov tveganja pa nam omogočajo posebne raziskave.

V letu 2011 je bilo prijavljenih 961 primerov SPO: 285 primerov genitalnih bradavic, 231 primerov spolno prenesenih klamidijskih okužb, 225 primerov nespecifičnega uretritisa, 79 primerov zgodnjega sifilisa, 27 primerov neopredeljenega sifilisa, pet primerov poznega sifilisa, 83 primerov genitalnega herpesa, 25 primerov gonoreje in en primer izcedka iz sečnice moškega. Podatki o prijavljenih primerih okužbe s HIV so bili že objavljeni (5).

V poročilu so prikazani podatki o prijavljenih primerih štirih SPO: spolno preneseni klamidijski okužbi, gonoreji, zgodnjem sifilisu in genitalnih bradavicah. Prijavne incidence so prikazane za obdobje zadnjih deset let, od 2002 do 2011 (glej **Slika 1**).

Slika 1: Prijavne incidence spolno prenesene klamidijske okužbe, genitalnih bradavic, gonoreje in zgodnjega sifilisa, skupaj in po spolu, Slovenija, 2002–2011



Vir podatkov: IVZ 53. Evidenca pojavnosti spolno prenesenih bolezni, 25. 5. 2012.

2 Spolno prenesena klamidijska okužba

Ključni poudarki

- Najpogosteje prijavljena spolno prenesena bakterijska okužba v letu 2011 je bila okužba z bakterijo *Chlamydia trachomatis*. Prijavljenih je bilo 231 primerov (11,3/100.000 prebivalcev), 30 odstotkov več kot v letu 2010.
- Nihanja v prijavni incidenci so predvsem posledica nihanj v obsegu testiranja in nedoslednosti pri prijavljanju, ne pa sprememb v pogostosti okužb v prebivalstvu.
- V letu 2000 smo v nacionalni presečni raziskavi v verjetnostnem vzorcu 20–24 let starih Slovencev ocenili, da je bilo okuženih kar 5,1 odstotkov žensk in 4,6 odstotkov moških.
- V Sloveniji naredimo zelo malo laboratorijskih preiskav na klamidijske okužbe, zato številne niso neprepoznane in tako zamujamo priložnosti za zdravljenje in preprečevanje poznih posledic, predvsem posledic za reproduktivno zdravje žensk.
- V številnih razvitih državah poleg promocije varnejšega spolnega vedenja in kakovostne obravnave bolnikov s prepoznano klamidijsko okužbo priporočajo oportunistično testiranje ali presejanje za vse spolno aktivne ženske, ki so mlajše od 25 let. Tudi v Sloveniji moramo presoditi, ali bi bilo to skupino smiselno oportunistično testirati na klamidijsko okužbo.

Spolno prenesena okužba z bakterijo *Chlamydia trachomatis* (klamidijska okužba) pogosto (pri do 70 odstotkih žensk in do 50 odstotkih moških) poteka brez bolezenskih težav in znakov ter mine brez zapletov. Nezdravljena okužba pa lahko, predvsem pri ženskah, napreduje v resne pozne posledice, kot so vnetja v mali medenici, zunajmaternična nosečnost in neplodnost. Ker okužb pogosto ne prepoznamo, zamujamo priložnosti za zdravljenje in preprečevanje poznih posledic za rodno zdravje žensk (6).

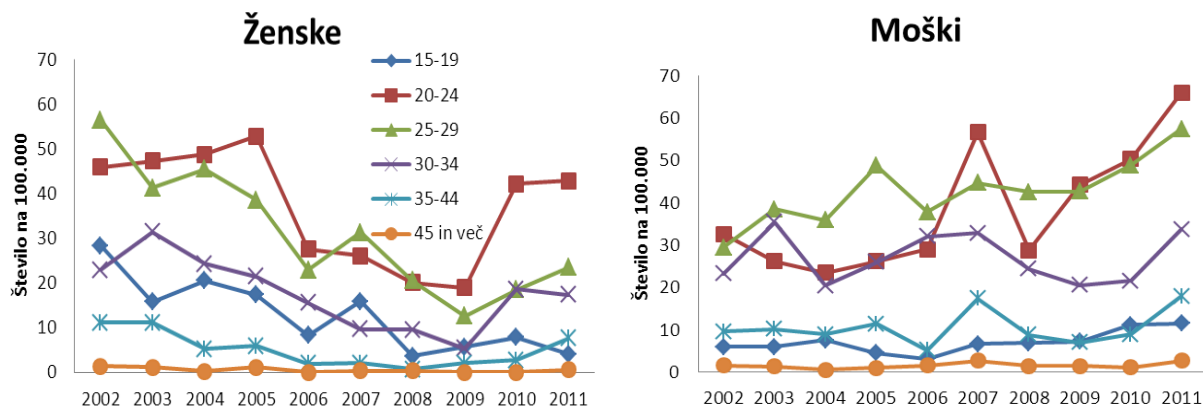
Klamidijska okužba je najpogosteje prijavljena bakterijska SPO v Sloveniji. V letu 2011 je bilo prijavljenih 231 primerov (11,3/100.000 prebivalcev), 30 odstotkov več kot v letu 2010. Letne prijavne incidence za zadnjih deset let so prikazane na **Sliki 1**.

Podatki o prijavni incidenci močno podcenjujejo breme okužb v prebivalstvu. Manjša nihanja prijavne incidence so predvidoma posledica nihanj v obsegu testiranja in doslednosti pri prijavljanju in ne sprememb v pogostosti okužb med prebivalstvom. Kako nedosledno zdravniki prijavljajo klamidijske okužbe pove podatek, da so v obdobju od 2007 do 2010 prijavili le 35,8 odstotkov okužb, ki so bile prepoznane z mikrobiološkimi preiskavami na Inštitutu za mikrobiologijo in imunologijo Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani (7).

Med 231 prijavljenimi primeri spolno prenesene klamidijske okužbe v letu 2011 je bilo 160 primerov med moškimi (15,8/100.000 moških) in 71 med ženskami (6,8/100.000 žensk). Razmerje med spoloma je bilo 2,3:1. Prijavne incidence po spolu za obdobje 2002–2011 so prikazane na **Sliki 1**. Starostno specifične prijavne incidence v letu 2011 so bile najvišje v

starostni skupini 20–24 let (43,0/100.000 žensk in 66,0/100.000 moških). **Slika 2** prikazuje starostno specifične prijavnice incidence spolno prenesene klamidijske okužbe za moške in ženske v obdobju 2002–2011.

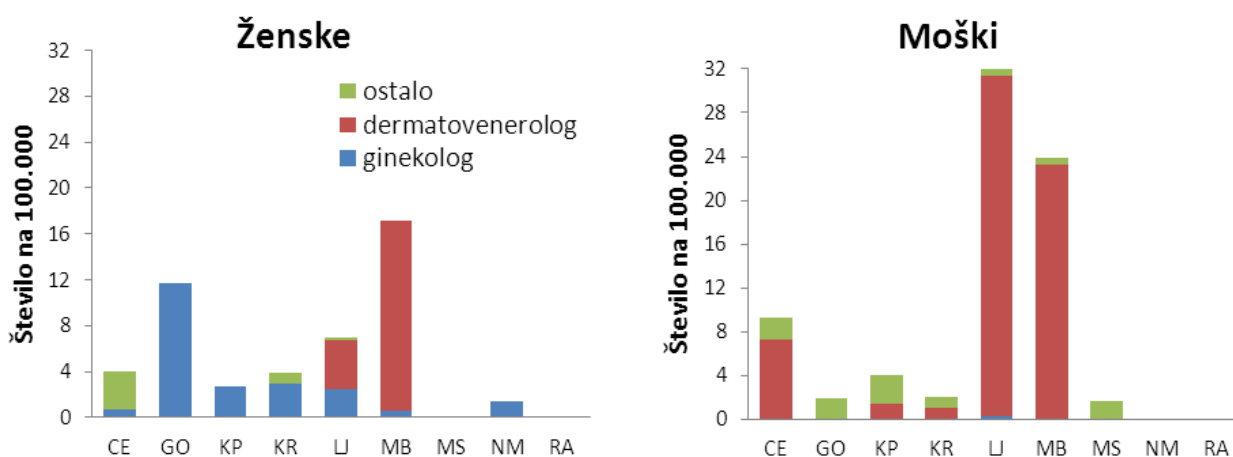
Slika 2: Prijavne incidence spolno prenesene klamidijske okužbe po spolu in starostnih skupinah, Slovenija, 2002–2011



Vir podatkov: IVZ 53. Evidenca pojavnosti spolno prenesenih bolezni, 25. 5. 2012.

Tudi v letu 2011 se je prijavna incidenca klamidijskih okužb zelo razlikovala med zdravstvenimi regijami in različnimi specialističnimi službami v regijah (glej **Slika 3**). Razlike predvidoma ne odražajo različnega bremena okužb v regijah, temveč nakazujejo na razlike v delu ginekologov, dermatovenerologov in drugih 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, v katerih imajo stalno prebivališče.

Slika 3: Prijavne incidence spolno prenesene klamidijske okužbe po spolu, regiji prijave in specializaciji, Slovenija, 2011



Vir podatkov: IVZ 53. Evidenca pojavnosti spolno prenesenih bolezni, 25. 5. 2012.

V letu 2011 so veliko večino primerov spolno prenesene klamidije prijavili dermatovenerologi (82 odstotkov), sledijo ginekologi (10 odstotkov), epidemiologi (4 odstotke) in specialisti splošne medicine (2 odstotka) ter infektolog, urolog, proktolog in mikrobiolog (s po manj kot enim odstotkom). Tako pri ženskah (58 odstotkov) kot pri moških (93 odstotkov) so največ primerov prijavili dermatovenerologi. Neenakomerna porazdelitev prijavljenih primerov po spolu pri različnih specialistih nakazuje na slabosti pri obveščanju in obravnavi heteroseksualnih spolnih partnerjev okuženih.

Najvišja prijavna incidenca spolno prenesene klamidije po regiji bivanja¹ je bila v mariborski zdravstveni regiji (19,8/100.000 prebivalcev), enako med ženskami (17,1/100.000 žensk), medtem ko je bila med moškimi najvišja prijavna incidenca v ljubljanski zdravstveni regiji (23,1/100.000 moških).

Med prijavljenimi primeri spolno prenesene klamidijske okužbe v letu 2011 je bilo sedem tujih državljanov (trije državljani in državljanka BiH, dve državljanki Rusije in državljan Hrvaške). Enajst slovenskih državljanov in tri slovenske državljanke so navedli heteroseksualne spolne odnose s partnerkami oziroma partnerji iz tujine. Dva moška sta navedla po enega spolnega partnerja iz tujine v zadnjih treh mesecih.

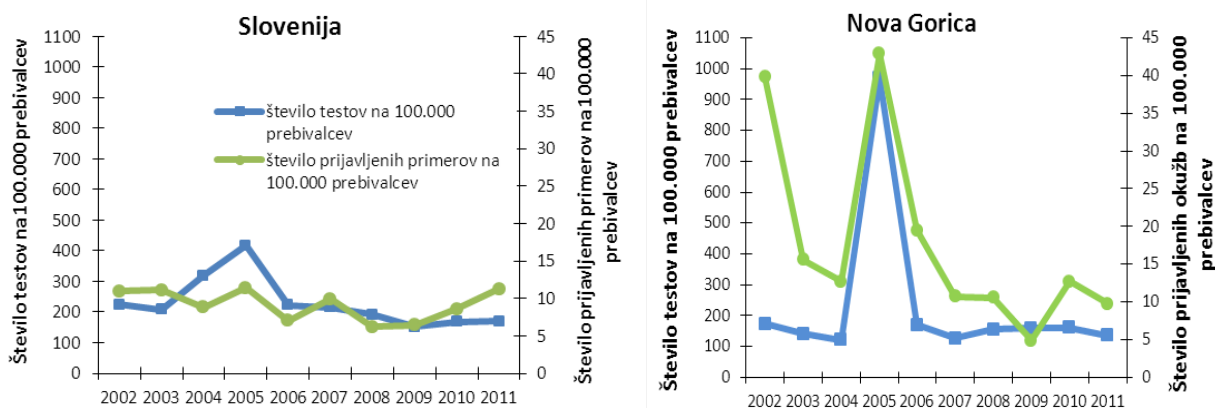
V Sloveniji naredimo zelo malo laboratorijskih preiskav na klamidijske okužbe. V letu 2011 so v javnozdravstvenih mikrobioloških laboratorijih opravili le 170 testov na 100.000 prebivalcev. Stopnja testiranja je bila v primerjavi z letom 2010 višja za dva odstotka. Ker so stopnje testiranja na klamidijske okužbe v Sloveniji nizke, zamujamo priložnosti za prepoznavanje, zdravljenje in preprečevanje poznih posledic okužbe predvsem za reproduktivno zdravje žensk.

Slika 4 prikazuje spreminjanje stopnje testiranja na klamidijsko okužbo in prijavne incidence spolno prenesene klamidijske okužbe v Sloveniji in v zdravstveni regiji Nova Gorica za obdobje zadnjih deset let.

Izrazit porast stopnje testiranja in števila prepoznanih okužb v goriški regiji in v Sloveniji v letu 2005 je bil posledica projekta »Varovanje rodnega zdravja mladih žensk« v goriški regiji, kjer so od aprila do septembra 2005 rutinsko ponujali prostovoljno zaupno testiranje na spolno preneseno klamidijsko okužbo vsem ginekološkim pacientkam, starim 18–30 let (8).

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

Slika 4: Stopnja testiranja na spolno preneseno klamidijsko okužbo in prijavna incidenca spolno prenesene klamidijske okužbe, Slovenija, Nova Gorica, 2002–2011



Vir podatkov: Poročila laboratorijev o številu opravljenih testiranj in prijavi SPO, 2012.

Zanesljive ocene o bremenu spolno prenesene klamidijske okužbe 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 odstotka moških (95-odstotni IZ: 1,9–4,6 odstotka). Po tej oceni naj bi bilo v Sloveniji med osebami, stari 18–49 let, okuženih približno 7.300 žensk (najmanj 4.550 in največ 12.300, če upoštevamo nezanesljivost ocen zaradi vzorčenja) in približno 15.000 moških (najmanj 9.500 in največ 23.000). **Tabela 1** prikazuje ocenjene deleže okuženih žensk in moških v različnih starostnih skupinah. Delež okuženih je najvišji med starimi 20–24 let, med ženskami 5,1 odstotka in med moškimi 4,6 odstotka. Iz tega sledi, da naj bi bilo med prebivalci Slovenije v starosti 20–24 let okuženih približno 3.290 žensk in 3.360 moških.

Tabela 1: Delež okuženih s spolno preneseno okužbo z bakterijo *Chlamydia trachomatis* med 18–49 let starimi prebivalci, Slovenija, 2000

Starost	Ženske				Moški			
	Prevalenca %	Prevalenca (p vrednost*) 95% IZ	Baze		Prevalenca %	Prevalenca (p vrednost*) 95% IZ	Baze	
			NUŠ	UŠ			NUŠ	UŠ
18-19	1,5	0,2 – 10,0 (0,29)	65	43	2,8	0,7 – 10,8 (<0,01)	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
Skupaj	1,6	1,0 – 2,7	764	718	3,0	1,9 – 4,6	683	730

* Test statistično značilne povezanosti. IZ – interval zaupanja, NUŠ – neuteženo število, UŠ – uteženo število.
Vir podatkov: Nacionalna prečna raziskava na verjetnostnem vzorcu slovenskih prebivalcev, 2000.

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 16. 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 obetov, prilagojeno na starost in spol 3,0; 95-odstotni IZ: 1,3–6,9; p=0,01) (glej **Tabelo 2**).

Tabela 2: Povezanost spolno prenesene okužbe z bakterijo *Chlamydia trachomatis* med 18–24 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

* 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.

Vir podatkov: Nacionalna prečna raziskava na verjetnostnem vzorcu slovenskih prebivalcev, 2000.

V okviru projekta »Varovanje rodnega zdravja mladih žensk« so v desetih ginekoloških ambulantah v goriški regiji 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 kakršnega koli razloga oglasile v ginekološki ambulanti. Od žensk, vključenih v omenjeni projekt, je bilo v starosti 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 večja 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 poleg promocije varnejšega spolnega vedenja in kakovostne obravnave bolnikov s prepoznano klamidijsko okužbo priporočajo oportunistično testiranje ali presejanje spolno aktivnih žensk, mlajših od 25 let, brez bolezenskih težav in znakov spolno prenesene klamidijske okužbe terpreprečujejo pozne posledice za rodno zdravje (10–19).

V Sloveniji, kjer večine klamidijskih okužb ne prepoznamo, s čimer zamujamo priložnosti za zdravljenje in preprečevanje poznih posledic za reproduktivno zdravje žensk, moramo razmisliti o javnozdravstveni upravičenosti oportunističnega testiranja ali presejanja mladih žensk. Pripraviti bi morali tudi nacionalno strategijo preprečevanja in obvladovanja spolno prenesenih klamidijskih okužb.

3 Gonoreja

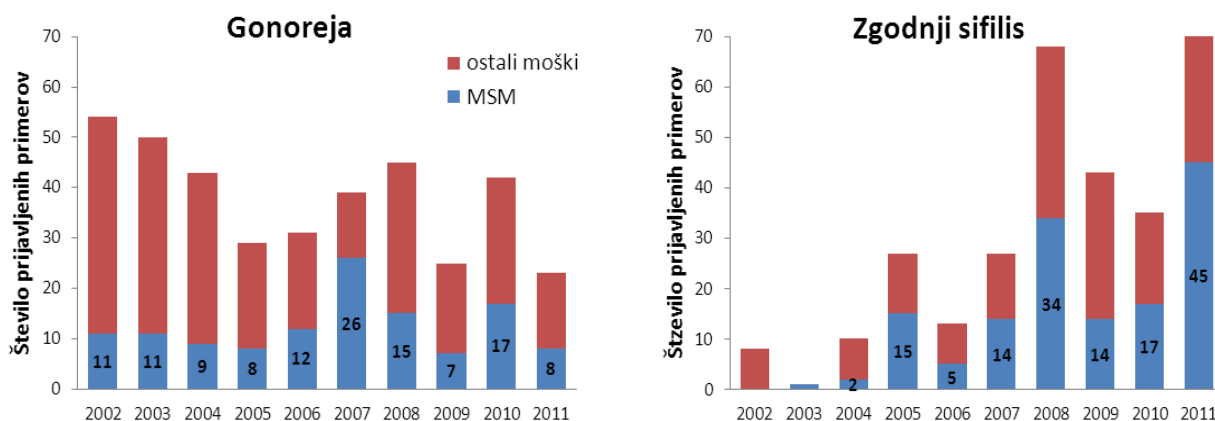
Ključni poudarki

- V letu 2011 je bilo prijavljenih 25 primerov gonoreje (1,2/100.000 prebivalcev).
- Podatki o prijavnici incidenci podcenjujejo breme gonoreje v prebivalstvu.
- Breme gonoreje je nesorazmerno veliko pri moških, ki imajo spolne odnose z moškimi.

V letu 2011 je bilo prijavljenih 25 primerov gonoreje (1,2/100.000 prebivalcev), kar je 43 odstotkov manj kot v letu 2010. Med 25 prijavljenimi primeri jih je bilo 23 pri moških (2,3/100.000 moških) in le dva pri ženskah (0,2/100.000 žensk). Razmerje med spoloma je bilo 11,5:1. Letne prijavnice incidence za vse prebivalce, moške in ženske, za zadnjih deset let so prikazane na **Sliki 1**. Ti podatki podcenjujejo breme gonoreje v prebivalstvu.

Breme gonoreje je nesorazmerno veliko pri moških, ki imajo spolne odnose z moškimi (MSM) (glej **Slika 5**). V letu 2011 je bilo med 23 prijavljenimi primeri pri moških 8 primerov, pri katerih 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 odnose z moškimi, med vsemi prijavljenimi primeri pri moških, Slovenija, 2002–2011



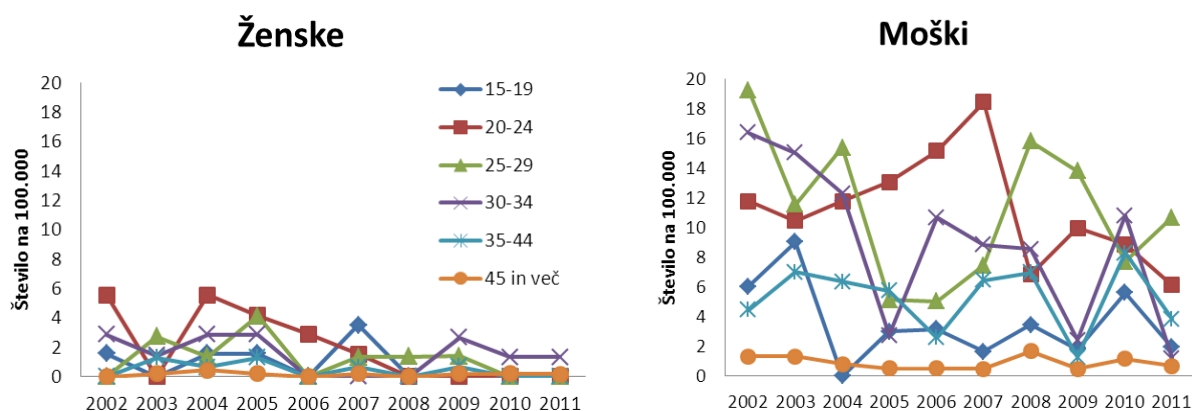
Vir podatkov: IVZ 53. Evidenca pojavnosti spolno prenesenih bolezni, 25. 5. 2012.

Starostno specifična prijavnica incidenca je bila v letu 2011 najvišja v starostni skupini 25–29 let (5,6/100.000 prebivalcev), enako pri moških (10,7/100.000 moških), medtem ko je bila pri ženskah najvišja v starostni skupini 30–34 let (1,3/100.000 žensk). **Slika 6** prikazuje starostno specifične prijavnice incidence za moške in ženske v obdobju 2002–2011.

Razlike v prijavnih incidencah po zdravstvenih regijah (glej **Slika 7**) v večji meri odražajo razlike v delu dermatovenerologov, ginekologov in drugih specialistov pri etiološkem

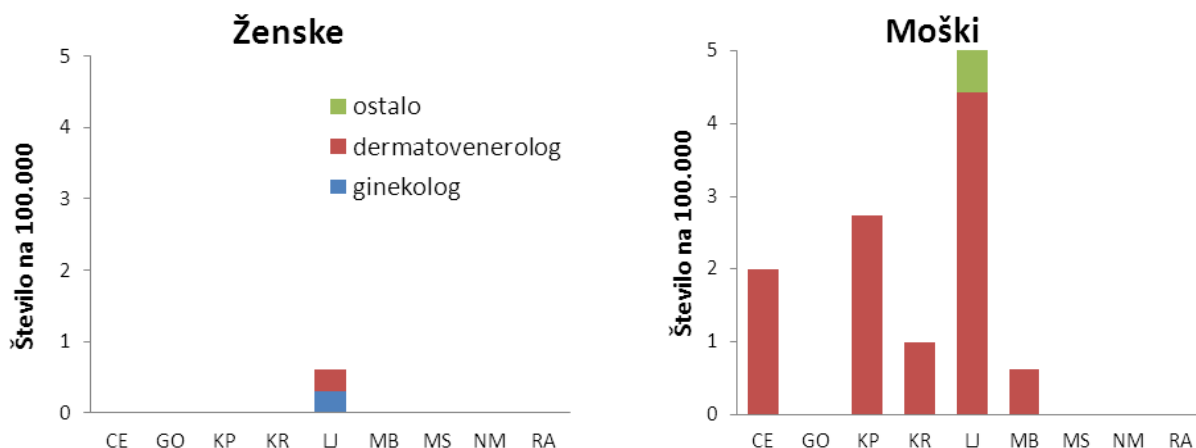
razjasnjevanju izcedka iz sečnice moškega in vnetij materničnega vratu pri ženskah ter v doslednosti prijavljanja prepoznanih primerov. Poleg tega se nekateri bolniki ne zdravijo v regijah, v katerih imajo stalno prebivališče.

Slika 6: Prijavne incidence gonoreje po spolu in starostnih skupinah, Slovenija, 2002–2011



Vir podatkov: IVZ 53. Evidenca pojavnosti spolno prenesenih bolezni, 25. 5. 2012.

Slika 7: Prijavne incidence gonoreje po spolu, regiji prijave in specializaciji, Slovenija, 2011



Vir podatkov: IVZ 53. Evidenca pojavnosti spolno prenesenih bolezni, 25. 5. 2012.

V letu 2011 so 22 primerov gonoreje prijavili dermatovenerologi, dva primera infektologa in en primer ginekolog. Po en primer gonoreje pri ženskah sta prijavila ginekolog in dermatovenerolog. Pri moških so 21 primerov prijavili dermatovenerologi.

Najvišje prijavnice incidence gonoreje po regiji bivanja² v letu 2011 so bile v koprski zdravstveni regiji (2,7/100.000 prebivalcev), enako med moškimi (5,5/100.000 moških), medtem ko pri ženskah v kranjski zdravstveni regiji (1,0/100.000 žensk).

Med prijavljenimi primeri gonoreje v letu 2011 so bili vsi državljani Slovenije in nihče ni navedel spolnih odnosov s partnerkami oziroma partnerji iz tujine v zadnjih treh mesecih pred postavitvijo diagnoze.

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

4 Sifilis

Ključni poudarki

- V letu 2011 je bilo prijavljenih 79 primerov zgodnjega sifilisa (3,8/100.000 prebivalcev), največ po letu 1976.
- Breme zgodnjega sifilisa je nesorazmerno veliko pri moških, ki imajo spolne odnose z moškimi.
- Štirinajst primerov zgodnjega sifilisa je bilo prepoznanih pri s HIV okuženih moških, ki imajo spolne odnose z moškimi.

V letu 2011 je bilo prijavljenih 79 primerov zgodnjega sifilisa (3,8/100.000 prebivalcev), kar je največ po letu 1976. Povišano število prijavljenih primerov po letu 2003 je predvsem posledica povečanega števila primerov med moškimi. Letne prijavne incidence za obdobje zadnjih deset let so prikazane na **Sliki 1**.

V letu 2011 je bilo prijavljenih še pet primerov poznega sifilisa (en pri moških in štirje pri ženskah) in 27 primerov neopredeljenega sifilisa (16 pri moških in 11 pri ženskah).

Od 79 prijavljenih primerov zgodnjega sifilisa v letu 2011 jih je bilo 70 pri moških (6,9/100.000 moških) in devet pri ženskah (0,9/100.000 žensk). Razmerje med spoloma je bilo 7,8:1. Prijavne incidence po spolu za obdobje 2002–2011 so prikazane na **Sliki 1**.

Breme zgodnjega sifilisa je bilo nesorazmerno veliko pri moških, ki imajo spolne odnose z moškimi (glej **Sliko 5**). V letu 2011 je bilo med 70 prijavljenimi primeri pri moških 45 primerov, kjer so okuženi navedli podatek o najmanj enem moškem spolnem partnerju v treh mesecih pred postavitvijo diagnoze, od tega jih je bilo štirinajst znano okuženih s HIV.

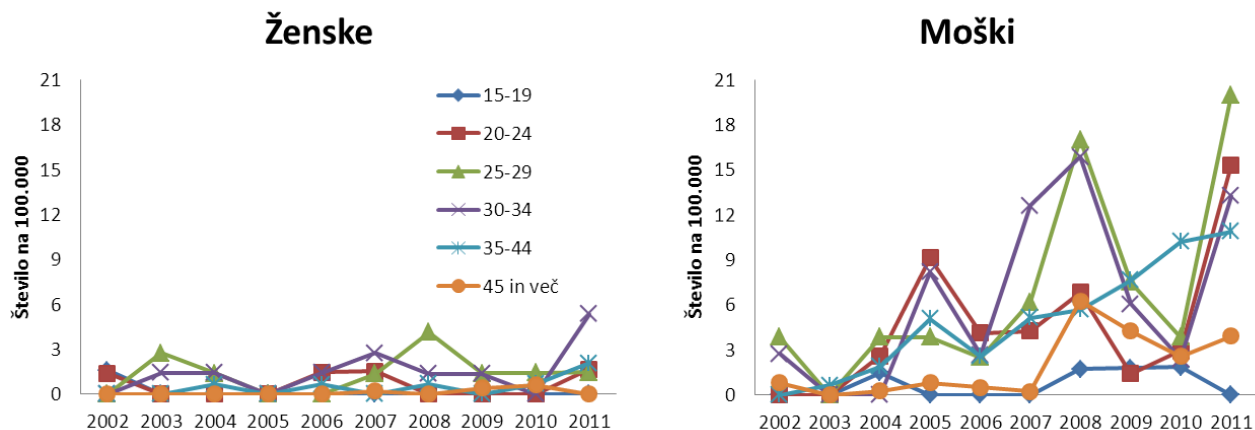
Starostno specifične prijavne incidence zgodnjega sifilisa v letu 2011 so bile najvišje med 30–34 let starimi ženskami (5,3/100.000 žensk) in 25–29 let starimi moškimi (20,0/100.000 moških). **Slika 8** prikazuje starostno specifične prijavne incidence zgodnjega sifilisa za moške in ženske v obdobju 2002–2011.

V letu 2011 so 50 primerov zgodnjega sifilisa prijavili dermatovenerologi, 22 primerov infektologi, tri primere proktologi, dva primera ginekologa in po en primer specialist splošne medicine in specialist medicine dela. Petinštirideset primerov zgodnjega sifilisa pri moških in pet pri ženskah so prijavili dermatovenerologi. Prijavne incidence zgodnjega sifilisa v letu 2011 so se razlikovale po regijah prijave (glej **Sliko 9**).

Najvišja prijavna incidenca zgodnjega sifilisa po regiji bivanja³ v letu 2011 je bila v mariborski zdravstveni regiji (6,5/100.000 prebivalcev), enako med moškimi (11,9/100.000 moških), medtem ko je bila med ženskami najvišja prijavna incidenca v goriški zdravstveni regiji (1,9/100.000 žensk).

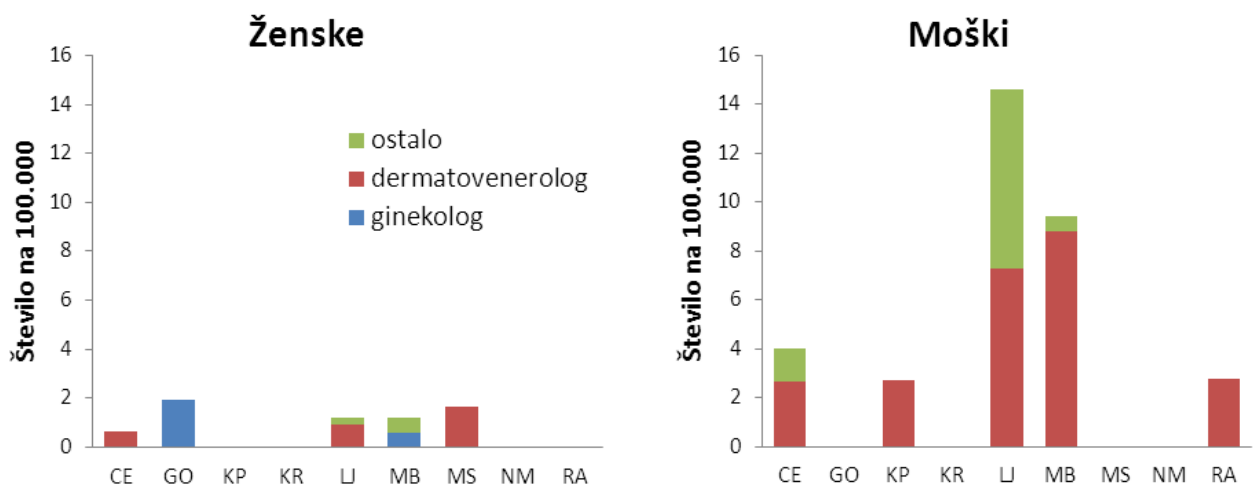
³ Prijavne incidence, izračunane po regiji bivanja, se razlikujejo od prijavnih incidenc po regiji prijave, ker se nekateri bolniki niso zdravili v regiji, v kateri imajo stalno prebivališče.

Slika 8: Prijavne incidence zgodnjega sifilisa po spolu in starostnih skupinah, Slovenija, 2002–2011



Vir podatkov: IVZ 53. Evidenca pojavnosti spolno prenesenih bolezni, 25. 5. 2012.

Slika 9: Prijavne incidence zgodnjega sifilisa po spolu, regiji prijave in specializaciji, Slovenija, 2011



Vir podatkov: IVZ 53. Evidenca pojavnosti spolno prenesenih bolezni, 25. 5. 2012.

Med prijavljenimi primeri zgodnjega sifilisa v letu 2011 sta bila dva tuja državljana (državljan BiH in državljanka Dominikanske Republike). V zadnjih treh mesecih pred postavitvijo diagnoze so spolne odnose s partnerji iz tujine navedli štirje slovenski državljani, s partnerkami iz tujine pa dva slovenska državljana.

Zadnji otrok s kongenitalnim sifilisom v Sloveniji je bil rojen leta 1986.

5 Okužbe s HPV in genitalne bradavice

Ključni poudarki

- Spolno prenesene okužbe s humanimi virusi papiloma (HPV) so zelo pogoste. Več kot polovica spolno aktivnih oseb naj bi se v svojem življenju okužila z vsaj enim spolno prenesenim genotipom HPV. Večina okužb spontano mine.
- Dolgotrajna okužba z vsaj enim od 12 visokorizičnih (onkogenih) genotipov HPV je nujen vzrok za nastanek raka materničnega vratu. Več kot 70 odstotkov raka materničnega vratu povzročajo dolgotrajne okužbe z genotipoma HPV 16 in 18.
- V letu 2010 izvedena presečna raziskava v priložnostnem vzorcu 4.431 slovenskih žensk, starih 20–64 let, presejanih na raka materničnega vratu, je pokazala, da je bilo z vsaj enim od 14 genotipov HPV (od tega 12 visokorizičnih) okuženih 12,9 odstotkov žensk, s HPV16 3,5 odstotkov in s HPV18 1,0 odstotkov. Delež okuženih je bil najvišji med starimi 20–24 let.
- Dva od nizkorizičnih (neonkogenih) genotipov HPV (6 in 11) povzročata skoraj vse genitalne bradavice, ki so najpogosteje prijavljene virusne SPO v Sloveniji.
- V letu 2011 je bilo prijavljenih 285 primerov genitalnih bradavic (13,9/100.000 prebivalcev). Velik porast prijavljenih primerov v zadnjih treh letih je verjetno posledica večje ozaveščenosti laične in strokovne javnosti ob uvedbi cepljenja proti HPV. Ne glede na to podatki o prijavi incidenci podcenjujejo breme genitalnih bradavic v prebivalstvu.
- Še neobjavljeni preliminarni rezultati v letu 2010 izvedene presečne raziskave v priložnostnem vzorcu 4.431 slovenskih žensk, starih 20–64 let, presejanih na raka materničnega vratu, kažejo na veliko pogostost genitalnih bradavic. Med 20–24 let starimi jih je kar 3,3 odstotke imelo genitalne bradavice.
- Registrirani sta dve cepivi proti okužbi s HPV: štirivalentno in dvovalentno. Štirivalentno cepivo se uporablja pri starih 9 let in več za preprečevanje predrakavih genitalnih lezij (na materničnem vratu, zunanlega spolovila, nožnice) in raka materničnega vratu, vzročno povezanih z nekaterimi onkogenimi genotipi HPV, ter genitalnih bradavic (condilomata acuminata), vzročno povezanih z specifičnimi genotipi. Dvovalentno se uporablja pri starih 9 let in več, za preprečevanje predrakavih lezij na materničnem vratu in raka materničnega vratu, vzročno povezanih z nekaterimi onkogenimi genotipi HPV.
- V Sloveniji smo v šolskem letu 2009/10 razširili program imunoprofilakse in kemoprofilakse z neobveznim brezplačnim cepljenjem proti HPV s štirivalentnim cepivom ob sistematskem pregledu dekliv v 6. razredu osnovne šole (stare 11 ali 12 let). V šolskem letu 2011/12 pa so se lahko ob sistematskem pregledu v 8. razredu osnovne šole prvič brezplačno cepile tudi zamudnice (stare 13 ali 14 let). Poleg tega je na voljo tudi samoplačniško cepljenje z obema cepivoma.

Spolno prenosljive okužbe s HPV so zelo pogoste. Povzročajo jih približno 40 od več kot 150 različnih genotipov HPV, ki lahko povzročajo različne okužbe človeka (20, 21). Več kot 50 odstotkov spolno aktivnih oseb naj bi se v svojem življenju okužilo z vsaj enim spolno prenesenim genotipom HPV. Večina teh okužb ni prepoznanih in spontano minejo v nekaj mesecih, redke pa so dolgotrajne in privedejo do različnih bolezenskih sprememb pri moških in ženskah, predvsem do genitalnih in analnih rakov, predrakavih sprememb in anogenitalnih bradavic. Raziskave so pokazale, da je dolgotrajna okužba z vsaj enim od najmanj 12 visokorizičnih (onkogenih) genotipov HPV nujen vzrok za nastanek raka materničnega vratu (21–25). Ocenjujejo, da sta v Evropi genotipa 16 in 18 skupno povezana s 73 odstotki raka na materničnem vratu (26). Podobno je tudi v Sloveniji (27, 28). Okužbe z visoko rizičnimi genotipi HPV pa so povezali tudi z rakom zadnjika, penisa, nožnice in ženskega zunanlega spolovila ter z rakom v ustni votlini. Dva od nizkorizičnih (neonkogenih) HPV genotipov (6 in 11) pa povzročata skoraj vse genitalne bradavice (29, 30).

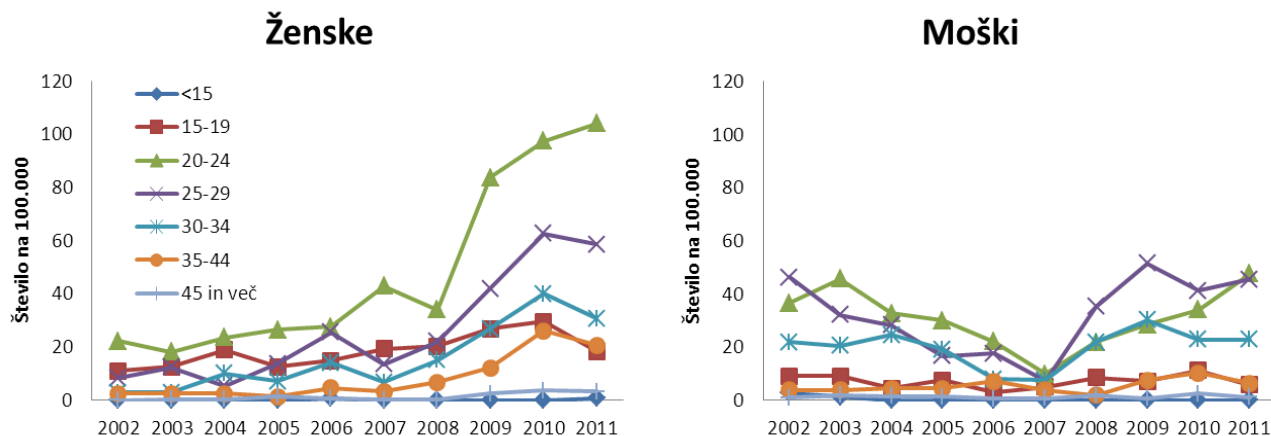
V okviru epidemiološkega spremljanja spolno prenesenih okužb ne zbiramo podatkov o novih diagnozah okužbe s HPV. Prvo relativno zanesljivo oceno pogostosti okužb z visokorizičnimi genotipi HPV med ženskami v Sloveniji smo dobili s presečno raziskavo, ki smo jo izvedli na Inštitutu za varovanje zdravja RS (IVZ) v sodelovanju z Inštitutom za mikrobiologijo in imunologijo Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani v letu 2010. Priložnostni vzorec 4.431 žensk, starih 20–64 let, presejanih na raka materničnega vratu, smo zaporedno vključili v 16 ginekoloških ambulantah iz vseh delov Slovenije. Prevalenca okužb materničnega vratu s 14 genotipi HPV (od tega 12 visokorizičnih) je bila 12,9 odstotkov, s HPV16 3,5 odstotkov in s HPV18 1,0 odstotek. Delež okuženih je bil najvišji med ženskami, stariimi 20–24 let. Prevalenca HPV16 je bila najnižja med ženskami brez znakov bolezni materničnega vratu in najvišja (41,9 odstotkov) pri ženskah s ploščatoceličnimi intraepitelijskimi lezijami visoke stopnje (31).

V okviru epidemiološkega spremljanja spolno prenesenih okužb pa zbiramo podatke o genitalnih bradavicah, ki so najpogosteje prijavljene virusne SPO v Sloveniji.

V letu 2011 je bilo prijavljenih 285 primerov genitalnih bradavic (13,9/100.000 prebivalcev), devet odstotkov manj kot v letu 2010 in približno dvakrat več kot v kateremkoli letu v obdobju od 2002 do 2008 (glej **Slika 1**). Velik porast je verjetno posledica večje ozaveščenosti laične in strokovne javnosti ob uvedbi cepljenja proti HPV. Prijavne incidence po spolu za obdobje 2002–2011 so prikazane na **Sliki 1**. Podatki o prijavi incidenti genitalnih bradavic zagotovo močno podcenjujejo breme genitalnih bradavic v prebivalstvu.

Starostno specifične prijave incidence genitalnih bradavic v letu 2011 so bile najvišje v starostni skupini 20–24 let (74,8/100.000 prebivalcev, 104,1/100.000 žensk in 47,6/100.000 moških). **Slika 10** prikazuje starostno specifične prijave incidence genitalnih bradavic za moške in ženske v obdobju 2002–2011.

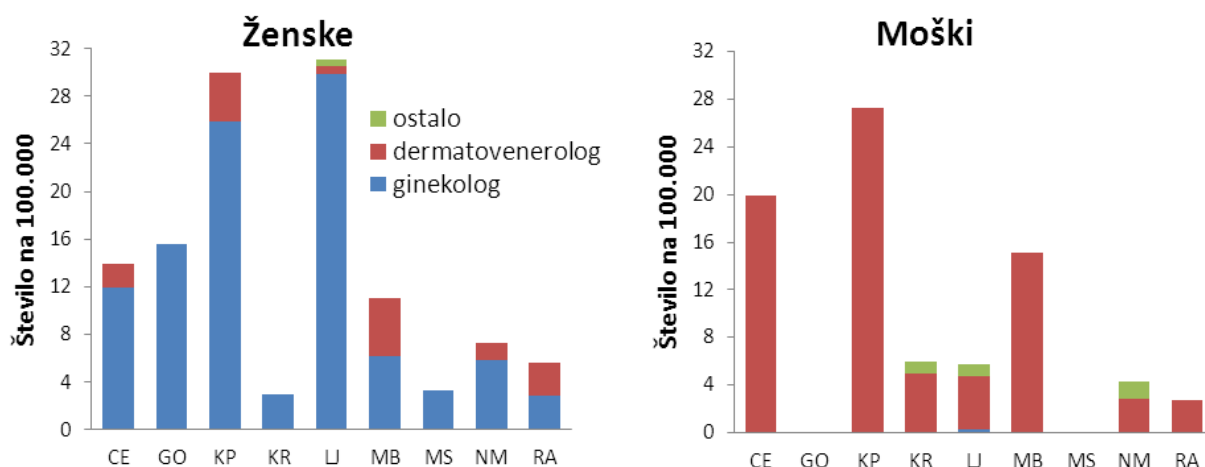
Slika 10: Prijavne incidence genitalnih bradavic po spolu in starostnih skupinah, Slovenija, 2002–2011



Vir podatkov: IVZ 53. Evidenca pojavnosti spolno prenesenih bolezni, 25. 5. 2012.

V letu 2011 se je prijavna incidenca genitalnih bradavic zelo razlikovala po zdravstvenih regijah prijave in med različnimi specialističnimi službami v regijah (glej **Slika 11**). Razlike predvidoma ne odražajo različnega bremena okužb med regijami, temveč nakazujejo na razlike v delu ginekologov, dermatovenerologov in drugih specialistov ter razlike v doslednosti pri prijavljanju prepoznanih primerov. Poleg tega se nekateri bolniki ne zdravijo v regijah, v katerih imajo stalno prebivališče.

Slika 11: Prijavne incidence genitalnih bradavic po spolu, regiji prijave in specializaciji, Slovenija, 2011



Vir podatkov: IVZ 53. Evidenca pojavnosti spolno prenesenih bolezni, 25. 5. 2012.

V letu 2011 so 58 odstotkov genitalnih bradavic prijavi ginekologi, 40 odstotkov dermatovenerologi in dva odstotka infektologi ter po en primer proktolog in specialist splošne medicine. Največ primerov genitalnih bradavic pri ženskah so prijavi ginekologi (89 odstotkov) in pri moških dermatovenerologi (94 odstotkov).

Najvišja prijavna incidenca genitalnih bradavic po regiji bivanja⁴ je bila v koprski zdravstveni regiji (27,3/100.000 prebivalcev), enako med moškimi (25,9/100.000 moških), med ženskami pa v ljubljanski zdravstveni regiji (31,1/100.000 žensk).

Med prijavljenimi primeri genitalnih bradavic v letu 2011 je bilo sedem tujih državljanov (dve državljanki in državljan iz Srbije, po en državljan iz Bolgarije, BiH in Makedonije ter državljanka iz Romunije). Štirje slovenski državljani in dve slovenski državljanki so navedli heteroseksualne spolne odnose s partnerji oziroma partnerkami iz tujine. En slovenski državljan je navedel spolne odnose s partnerjem iz tujine v zadnjih treh mesecih pred postavitvijo diagnoze.

Prvo nacionalno oceno bremena genitalnih bradavic na verjetnostnem vzorcu Slovencev, starih 18–49 let smo pridobili s prečno raziskavo, ki je bila izvedena leta 2000 (32). 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) (33). Ker kumulativno tveganje za genitalne bradavice raste z leti spolne aktivnosti oziroma s starostjo, je v starostni skupini 40–49 let poročalo, da so že imeli genitalne bradavice 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, kar odgovarja približno 1.220 žensk in 1.130 moških.

Še neobjavljeni preliminarni rezultati v letu 2010 izvedene presečne raziskave v priložnostnem vzorcu 4.431 slovenskih žensk, starih 20–64 let, presejanih na raka materničnega vratu, pa kažejo na veliko večjo pogostost genitalnih bradavic. Med 20–24 let starimi jih je kar 3,3 odstotke (95-odstotni IZ: 1,8–4,8 odstotka) imelo genitalne bradavice.

Evropska agencija za zdravila (EMA) je izdala dovoljenje za promet za štirivalentno in dvovalentno cepivo proti okužbi s HPV. Štirivalentno se uporablja pri starih 9 let in več za preprečevanje predrakavih genitalnih lezij (na materničnem vratu, zunanjega spolovila, nožnice) in raka materničnega vratu, vzročno povezanih z nekaterimi onkogenimi genotipi HPV, ter genitalnih bradavic (condilomata acuminata), vzročno povezanih s specifičnimi genotipi (34). Dvovalentno se uporablja pri starih 9 let in več za preprečevanje predrakavih lezij na materničnem vratu in raka materničnega vratu, vzročno povezanih z nekaterimi onkogenimi genotipi HPV (35).

V Sloveniji je samoplačniško cepljenje proti HPV s štirivalentnim cepivom na voljo od konca leta 2006 in z dvovalentnim cepivom od leta 2007. V šolskem letu 2009/10 smo razširili program imunoprolifakse in kemoprolifakse z rutinskim neobveznim brezplačnim cepljenjem proti HPV s štirivalentnim cepivom za deklice, stare 11 ali 12 let. Cepljene so ob sistematskem pregledu v 6. razredu osnovne šole. V šolskem letu 2011/12 so se lahko ob sistematskem pregledu v 8. razredu prvič brezplačno cepile tudi zamudnice, stare 13 ali 14 let. V šolskem letu 2009/10 je precepljenost s tremi odmerki cepiva proti HPV med deklicami v 6. razredu osnovne šole znašala 48,7 odstotkov, v šolskem letu 2010/11 pa se je povišala na 55,2 % (36). Med kohortami, ki jim je omogočeno brezplačno cepljenje, najprej pričakujemo manj genitalnih bradavic. Na voljo je tudi samoplačniško cepljenje z obema cepivoma (37).

Za poučeno odločanje o varnem in učinkovitem rutinskem cepljenju proti HPV in sledenje učinkov cepljenja potrebujemo čim boljše podatke o epidemiologiji okužb s HPV v Sloveniji.

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

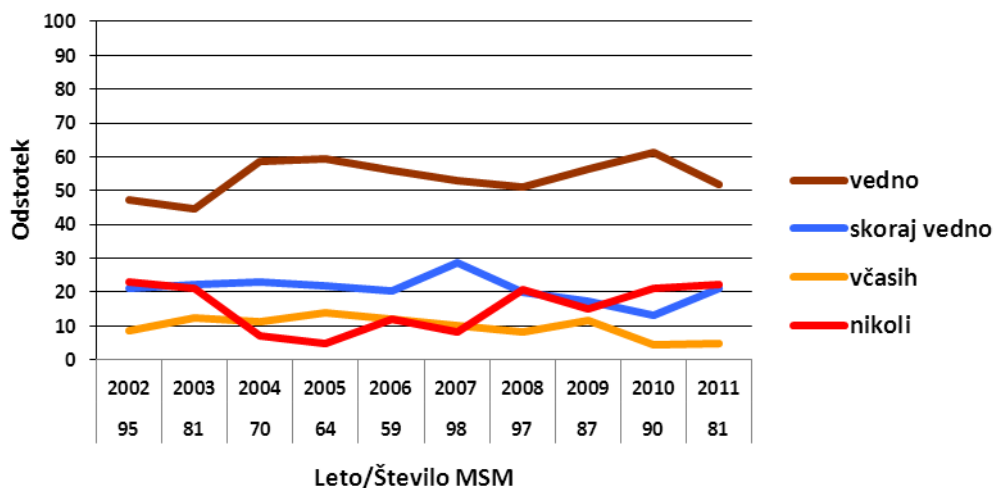
6 Varnejša spolnost med moškimi, ki imajo spolne odnose z moškimi

Preprečevanje SPO temelji predvsem na omejevanju tveganega spolnega vedenja. Pri preprečevanju SPO, kot sta sifilis in gonoreja, je to še posebej pomembno v najbolj prizadeti skupini, 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 tveganega vedenja. To smo priključili spremljanju deleža okuženih s HIV z nevezanim anonimnim testiranjem (5, 38–39).

Vse moške, ki so prispevali vzorec slin za nevezano anonimno testiranje na okužbo s HIV za spremljanje spreminjanja deleža okuženih z nevezanim anonimnim testiranjem, smo zaprosili, da anonimno izpolnijo kratek vprašalnik, ki vključuje vprašanja o spolnem vedenju. Obenem so prejeli informacije o varnejši spolnosti, kondome in lubrikante ter informacije o možnosti prostovoljnega zaupnega ali anonimnega testiranja na okužbo s HIV s svetovanjem.

Slika 12 prikazuje spreminjanje poročane pogostosti uporabe kondoma pri analnih spolnih odnosih v preteklem letu v skupini homoseksualno aktivnih moških, ki se zbirajo na eni od lokacij v Ljubljani, za obdobje 2002–2011. 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 nedavno ni bilo izrazitega povečanja tveganega spolnega vedenja.

Slika 12: Uporaba kondoma med moškimi, ki imajo spolne odnose z moškimi pri analnih spolnih odnosih v preteklem letu, priložnostni vzorec, Ljubljana, Slovenija, 2002–2011



Vir podatkov: Epidemiološko spremljanje tveganih vedenj, ki je priključeno nevezanemu anonimnemu testiranju v priložnostnih vzorcih moških, ki imajo spolne odnose z moškimi, za namene epidemiološkega spremljanja okužbe s HIV, 2012.

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 IVZ 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 številnih prepoznanih SPO ne prijavijo. Tudi sledenje spreminjanja incidence nekaterih SPO v času (npr. klamidijskih okužb) je relativno nezanesljivo, saj lahko že sprememba prakse nekaj zdravnikov glede obsega testiranja pomembno vpliva na spremembo nacionalnih trendov v prijavni incidenci.

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 prepoznanih primerih izboljšati z vzpostavitvijo laboratorijskega epidemiološkega spremljanja, ki bo vključevalo prijavljanje vseh v mikrobioloških laboratorijih prepoznanih SPO.

Laboratorijsko epidemiološko spremljanje SPO mora omogočiti tudi spremljanje obsega testiranja na spolno prenesene klamidijske okužbe v različnih starostnih skupinah žensk in moških ter 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 preprosto 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 SPO in okužbe s HIV.

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

Poleg rezultatov rednega epidemiološkega spremljanja pa nujno potrebujemo tudi bolj poglobljene raziskave vsaj o najpogostejših SPO, okužbl z bakterijo *Chlamidia trachomatis* in HPV.

8 Priporočila za preprečevanje in obvladovanje

Promocija spolnega in reproduktivnega zdravja je prednostna javnozdravstvena dejavnost, ki vključuje preprečevanje in obvladovanje SPO. To obsega promocijo varnejše spolnosti in pravočasnega iskanja zdravstvene pomoči ter vključitev preprečevanja in oskrbe oseb s SPO v primarno zdravstveno varstvo (40).

V številnih razvitih državah poleg promocije varnejšega spolnega vedenja in kakovostne obravnave bolnikov s prepoznano klamidijsko okužbo priporočajo oportunistično testiranje ali presejanje spolno aktivnih žensk, mlajših od 25 let, brez bolezenskih težav in znakov spolno prenesene klamidijske okužbe. Tudi v Sloveniji moramo presoditi, ali bi bilo to javnozdravstveno upravičeno.

Ker je bila v šolskem letu 2009/10 in 2010/11 precepljenost s tremi odmerki cepiva proti HPV med deklicami v 6. razredu osnovne šole prenizka (48,7 odstotkov in 55,2 odstotkov), jo moramo dvigniti.

Zdravstvena oskrba vseh bolnikov s SPO mora poleg zdravljenja vključevati tudi svetovanje za varnejšo spolnost, obveščanje in zdravljenje spolnih partnerjev. Vsem pacientom v ambulantah za SPO in bolnikom s sifilisom, gonorejo in klamidijskim limfogranulomom bi morali ponuditi testiranje na okužbo s HIV.

Ker je v zadnjih letih izrazito poraslo število primerov zgodnjega sifilisa med s HIV okuženimi moškimi, ki imajo spolne odnose z moškimi, moramo okuženim s HIV poleg kakovostnega zdravljenja zagotoviti tudi aktivno odkrivanje in zdravljenje drugih SPO, svetovanje za varnejšo spolnost in podporo pri obveščanju partnerjev.

Za preprečevanje SPO je pomembno izobraževanje prebivalcev o SPO, spodbujanje odgovornega in varnega spolnega vedenja, vključno s promocijo uporabe kondoma.

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

Javnozdravstveni pristop k obvladovanju SPO vključuje tudi promocijo takojšnjega iskanja zdravstvene pomoči. Bolnikom z znaki SPO in težavami zaradi njih bi morali poleg oskrbe v primarnem zdravstvenem varstvu omogočiti tudi možnost dostopa do specialističnega zdravljenja na sekundarni ravni brez napotitve.

V Sloveniji moramo pripraviti nacionalno strategijo promocije spolnega in reproduktivnega zdravja, ki bo vključevala preprečevanje in obvladovanje SPO.

9 Reference

1. Državni zbor RS. Zakon o nalezljivih boleznih /ZNB/. Uradni list RS št. 69/1995.
2. Državni zbor RS. Zakon o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva. Uradni list RS št. 65/2000.
3. Državni zbor RS. Pravilnik o prijavi nalezljivih boleznih in posebnih ukrepih za njihovo preprečevanje in obvladovanje. Uradni list RS št. 16/1999.
4. Grgič-Vitek M, Klavs I. Navodila za prijavo spolno prenosljivih okužb. Zdravstveno varstvo 2000;39 (suplement). Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2000.
5. Klavs I, Kustec T, Kastelic Z. Okužba s HIV v Sloveniji, letno poročilo 2011. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2012.
6. Cates W, Wasserheit JN. Genital chlamydial infections: epidemiology and reproductive sequelae. Am J Obstet Gynaecol 1991; 164: 1771–81.
7. Kustec T, Keše D, Klavs I. Poor sensitivity of the Slovenian Surveillance System for Sexually transmitted infection with *Chlamydia trachomatis*. Ljubljana: IVZ RS. Poster na ESCAIDE 2011.
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. Centers for Disease Control and Prevention. 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. European Centre for Disease Prevention and Control Guidance. Chlamydia control in Europe. Stockholm, 2009.
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. Bernard HU, Burk RD, Chen Z, van Doorslaer K, Hausen H, de Villiers EM. Classification of papillomaviruses (PVs) based on 189 PV types and proposal of taxonomic amendments. *Virology* 2010;401:70–9.
24. 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.
25. 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.
26. 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.
27. 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.
28. Jančar N, Kocjan BJ, Poljak M, Lunar MM, Vrtačnik Bokal E. Distribution of human papillomavirus genotypes in women with cervical cancer in Slovenia. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2009; 145: 184–8.
29. 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.
30. 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.
31. Učakar V, Poljak M, Klavs I. Pre-vaccination prevalence and distribution of high-risk human papillomavirus (HPV) types in Slovenian women: a cervical cancer screening based study. *Vaccine*. 2012 Jan 5;30(2):116–20. Epub 2011 Nov 12.
32. 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.
33. 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.
34. European Medicines Agency. European Public Assessment Report for authorised medicinal products for human use. Silgard – Summary product characteristics. Pridobljeno 10.7.2012. s spletne strani: http://www.emea.europa.eu/docs/en_GB/document_library/EPAR_-_Product_Information/human/000732/WC500051549.pdf
35. European Medicines Agency. European Public Assessment Report for authorised medicinal products for human use. Cervarix – Summary product characteristics. Pridobljeno 10.7.2012 s spletne strani: http://www.emea.europa.eu/docs/en_GB/document_library/EPAR_-_Product_Information/human/000721/WC500024632.pdf.

36. Učakar V, Sevljak Jurjevec M, Grgič Vitek M, Javornik S, Kraigher A. Analiza izvajanja cepljenja v Sloveniji v letu 2010. Inštitut za varovanje zdravja RS. Ljubljana 2011. Dostopno na: http://www.ivz.si/spremljanje_precepljenosti?pi=5& 5 Filename=4943.pdf& 5 Mediald=4943& 5 AutoResize=false&pl=96-5.3
37. Program imunoprofilakse in kemoprofilakse za leto 2012. Pridobljeno 10.7.2012 s spletne strani: <http://www.ivz.si/Mp.aspx?ni=95&pi=5& 5 id=2016& 5 PageIndex=0& 5 groupId=209& 5 newsCategory=& 5 action=ShowNewsFull&pl=95-5.0>.
38. 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: 545–9.
39. Klavs, I, Bergant, N, Kastelic, Z, Lamut, A, Kustec, Tanja. Disproportionate and increasing burden of HIV infection among men who have sex with men in Slovenia : surveillance data for 1999–2008. *Eurosurveillance (Engl. ed., Online)*, 2009, vol. 14, no. 47, 6 str. <http://www.eurosurveillance.org/images/dynamic/EE/V14N47/art19419.pdf>.
40. World Health Organization. Global strategy for the prevention and control of sexually transmitted infections: 2006–2015. Geneva: World Health Organization, 2007.