

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2017

Klára Korschinská

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství 5341

Klára Korschinská

Studijní obor: Všeobecná sestra

KONGENITÁLNÍ SYFILIS DŘÍVE A DNES

Bakalářská práce

Vedoucí práce: MUDr. Kateřina Blümlová

~

PLZEŇ 2017

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 20.3.2017

.....

Vlastnoruční podpis

Děkuji MUDr. Kateřině Blümlové za odborné vedení bakalářské práce, poskytování cenných a odborných rad, podnětů a podkladů.

Anotace

Příjmení a jméno: Korschinská Klára

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Vrozená syfilis dříve a dnes

Vedoucí práce: MUDr. Kateřina Blümlová

Počet stran: 48

Počet příloh: 5

Počet titulů použité literatury: Česká literatura – 26, zahraniční literatura - 15

Klíčová slova: syfilis – vrozené – historie – ošetrovatelství – depistáž

Souhrn:

Práce pojednává o patofyziologii nemoci, o jednotlivých stádiích a klinických projevech, o diagnostice a screeningových programech. Historie nemoci je popsána od prvních zmínek na evropském kontinentu z konce 15. století. Dále je zmíněna diagnostika, léčba a ošetrování nemocných s vrozenou syfilis v minulosti. Archeologické nálezy nemocných jsou srovnány s případem nemocného dítěte narozeného v roce 2009. V práci je také pojednáno o dřívějším ošetrování nemocných a srovnání s dnešní péčí, zmíněna je i práce depistážních sester.

Annotation

Surname and name: Korschinská Klára

Department : Nursing and Midwifery

Title of thesis: Congenital syphilis before and today

Consultant: MUDr. Kateřina Blümlová

Number of pages: 48

Number of appendices: 5

Number of literature items used: Czech literature – 26, foreign literature - 15

Key words: syphilis – congenital – history – nursing – screening

Summary:

Thesis discusses the pathophysiology of the disease, the individual stages and clinical manifestations, diagnosis and screening programs. There is a description of disease history since the first references on the European continent in the late 15th century. There is also mentioned a historical diagnosis, treatment and nursing of patients with congenital syphilis. Archaeological findings of patients are compared with the case of a sick child born in 2009. The work also discusses the historical treatment of patients compared to today's nursing and care of screening nurses.

OBSAH

Úvod	10
1 Obecná patologie	11
1.1 Původce lues	11
1.2 Rozdělení	11
1.3 Primární syfilis.....	11
1.4 Sekundární syfilis	12
1.4.1 Typy sekundární syfilis	12
1.4.2 Další projevy sekundární syfilis	13
1.5 Syphilis latens	13
1.6 Terciální syfilis	13
1.6.1 Syphilis gummosa	14
1.6.2 Kardiovaskulární syfilis.....	14
1.6.3 Neurosyfilis	14
1.7 Vrozená syfilis (Syphilis congenita, syphilis connata, syphilis materno-foetalis et neonatalis, heredosyphilis)	15
1.7.1 Syphilis congenita recens, lues connata praecox.....	15
1.7.2 Syphilis congenita tarda, lues connata tarda.....	16
2 Diagnostika.....	17
2.1 Diagnostická metoda PCR	17
2.2 Screening	18
2.3 Diagnostika historicky	19
3 Historie	21
3.1 Historické názvy	21
3.2 Kolumbijská teorie.....	21
3.3 16. století.....	22

3.4	17. a 18. století.....	23
3.5	Léčba rtutí	24
3.6	Léčba arsenem	25
3.7	Hutchinsonův výzkum	25
3.8	Unitarismus a dualismus	26
4	Vrozená syfilis v archeologických vykopávkách	28
4.1	Otroci na Barbadosu	28
4.2	Chorvatské pohřebiště.....	28
4.3	Italská mumie.....	29
4.4	Polský nález	29
4.5	Lisabonské dítě	29
4.6	Novodobý případ	30
5	Syfilis a prostituce	31
5.1	Kontroly	31
5.2	Internace.....	31
5.3	Lékařská vyšetření	32
5.4	Zákon o potírání pohlavních nemocí	33
6	Vrozená syfilis na přelomu 19. a 20. století	35
7	Vrozená syfilis v 21. století	36
8	Ošetřování nemocných	39
8.1	Nemocnice Vaugirard	39
8.2	Nemocné děti a kojné	40
8.3	Ošetřování v dnešní době.....	41
8.3.1	Depistážní sestra.....	41
9	Diskuse	43
9.1	Popis syfilis z historického hlediska	43
9.2	Srovnání archeologických nálezů vrozené syfilis s dnešními případy	43

9.3	Incidence vrožené syfilis	44
9.4	Ošetrovatelská péče	44
9.5	Stálé riziko vrožené syfilis.....	45
9.6	Výběr literatury.....	46
10	Závěr.....	47
	Zdroje	49
	Seznam tabulek.....	53
	Seznam grafů	54
	Seznam příloh.....	55
	Přílohy	56

ÚVOD

Vrozená syfilis je závažné onemocnění, které se přenáší od nakažených rodičů následně dětem. Když se v dnešní době řekne slovo syfilis, lidé si nepředstavují takové riziko jako například u AIDS. I když je všeobecně známo, že se syfilis přenáší pohlavním stykem, čím dál méně sexuálně aktivních se této nevyzpytatelné nemoci bojí. Přesto příjice dosud nevymizela a naopak díky migraci obyvatel ze třetího světa nabývá opět na síle. Ruku v ruce s tím souvisí porodnost dětí postižených vrozenou formou – kongenitální syfilis. Osvěta prevence syfilis se nezdá být tak účinná jako v létech minulých, když i v této době se může narodit dítě s vrozenými symptomy, které se na něj přenesly přes placentu nemocné matky. V této práci se blíže seznámíme s patologií nemoci, historií a léčbou, několika případy kongenitální syfilis v historii a v dnešní době a ošetřování nemocných.

Cílů této práce je několik: Popsat syfilis a její typy z historického hlediska. Srovnat archeologické nálezy vrozené syfilis s dnešními případy. Zjistit incidenci vrozené syfilis v posledních letech. Poukázat na stále hrozící riziko vrozené syfilis. Zmapovat práci depistážní sestry.

V práci se setkáme s prvními zmínkami syfilis v Evropě z konce 15. století. Převážně zkoumáním zahraničních zdrojů se postupně dostaneme přes konec středověku až ke 20. století. Následně se zaměříme na dnešní situaci.

1 OBECNÁ PATOLOGIE

Syfilis neboli lues je celosvětově rozšířená pohlavní choroba přenášená především pohlavním stykem. Je to infekční onemocnění projevující se na kůži a na nervovém, kardiovaskulárním systému a pohybovém aparátu. Před zavedením penicilinu byla syfilis velmi rozšířená a těžko léčitelná choroba.

1.1 Původce lues

Původce choroby je spirocheta *Treponema pallidum*, která do těla proniká přes porušený povrch kůže a sliznice, a to především v ústech a genitálu. V místě primární infekce se *Treponema pallidum* pomnoží a vytvoří primární projev. Lymfatickým systémem se postupně rozšiřuje do spádových lymfatických uzlin, odkud následně dochází k hematogennímu rozsevu dále do těla (Štork, 2013).

Přenos spirochety je nejčastější při pohlavním styku. Agens je velmi náchylné k vyschnutí, změnám pH a teploty nebo hladiny O₂. Další možný přenos je infikovanými tekutinami, které přišly do styku s porušenou kůží či sliznicí, infikovanou krevní transfúzí (tato možnost je v dnešní době velmi nepravděpodobná vzhledem k testům prováděným každému dárci krve) nebo transplacenárně (Štork, 2013).

1.2 Rozdělení

Syfilis má dvě podoby, a to podobu získanou (syfilis acquisita) a vrozenou (syfilis congenita). Doba inkubace choroby se pohybuje zpravidla mezi 9 a 90 dny u primárního stadia (ulcus durum), sekundární stadium (exantém po těle) se objevuje okolo 6. týdne od vzniku vředu (MedMicro, 2006).

1.3 Primární syfilis

Primární syfilis se nejčastěji projevuje tvrdým nebolestivým vředem a jednostranným nebolestivým (indolentní bubo) zduřením spádových lymfatických uzlin. Může se jevit i jako eroze s načervenalou spodinou, snadno může být zaměněn za jiné onemocnění. Méně typická pro ulcus durum je exsudace při stlačení vředu. Až v 90% případů je vřed lokalizován v genitální oblasti, a to na glans penis a sulcus coronarius u mužů a u žen na labia majora i minora, v uretře, v oblasti klitoris nebo na cervixu. U ostatních případů se může objevit například v oblasti perianální, rektální či orální. Vřed může být také nekrotický, otiskový (v ohybu kůže na opačné straně infikovaného místa, kde se obě místa dotýkají), v některých případech může být vřed bolestivý (Štork, 2013).

1.4 Sekundární syfilis

Sekundární syfilis začíná výsevem exantému na trupu, který je obrazem hematogenního rozsevu infekce po těle. Indolentní bubo často přetrvává. V počátcích může být ještě přítomen vřed a před samotným objevením vyrážky mohou být přítomny celkové příznaky – bolesti svalů, kloubů, únava, rýma, zvýšená teplota. Exantém samotný bývá nebolestivý a nesvědívý a je velmi často symetrický. Exantémy v sekundárním stadiu se vyznačují celou řadou příznaků – roseola syphilitica (červená vyrážka na trupu a končetinách), syphilis papulosa (výsev polotuhých papul s deskvamací, často na čele a ve kštici) nebo syphilis condylomatosa (mokvavé léze); až 80% projevů z celkového klinického obrazu je na kůži. Syfilis je v tomto stadiu velmi rozmanitá, napodobuje různé kožní nemoci, proto je historicky často nazývána simia morborum, tedy opice nemocí (Štork, 2013).

1.4.1 Typy sekundární syfilis

1.4.1.1 Roseola syphilitica

Roseola syphilitica je symetricky rozestá červená a nesvědívá vyrážka, která se neolupuje. Malé oválné makuly (skvrnky) se vyskytují často na břiše, trupu, na vnitřních stranách končetin a v místech flexe paží a nohou. Vyrážka se zvýrazní, když dojde u pacienta k překrvení kůže (např. dřepy, předklon). Během 1-2 měsíců vyrážka mizí beze stop a pigmentací (Rešl, 2014).

1.4.1.2 Syphilis papulosa

Syphilis papulosa se vyznačuje výsevem makulopapulózních (vyvýšené skvrnky) projevů různé velikosti. Vyskytují se po celém těle, v okolí čela se spojují a vytváří uskupení zvané corona veneris. Polotuhé červenohnědé papulky mohou být v oblasti kštice bolestivé. Postiženy jsou také dlaně a plosky, kde se vytváří syphilis plantaris et palmaris, která může imitovat psoriázu (lupénka) (Rešl, 2014).

1.4.1.3 Syphilis condylomatosa

Syphilis condylomatosa, neboli condylomata lata, je charakterizována mokvavými lézemi, často v místech zapaření nebo v místě třecích ploch. Predilekční místa jsou hlavně skrotum, velká labia, kůže pod prsy, ale také koutky úst nebo meziprstí. Ploché narůžovělé macerované papuly jsou bohaté na treponemy, tedy vysoce infekční (Rešl, 2014).

1.4.2 Další projevy sekundární syfilis

Sekundární syfilis se může projevovat také na sliznici v dutině ústní, kde vzniká enantém, či bělavé povlaky. Jazyk samotný se může vlivem nemoci vyhlazovat a v koutcích úst bývají ragády. Dále se někdy projevuje alopecia syphilitica, která začíná kolem 9. týdne od propuknutí druhého stadia nemoci. Ztráta vlasů má dvě formy – diffusa (celkové prořídnutí vlasů po celé hlavě) a areolaris (časté začervenalé lysinky). Mezi příznaky sekundární syfilis se řadí také angina syphilitica, syfilitická angína, postihující tonzily, které zduří a zarudnou. Anginu provází bolestivé polykání a tvorba šedavých povlaků (Resl, 2014).

Teplota, nechutenství, únava – jen několik příkladů ze systémových příznaků. Nemoc může napadnout i nervovou soustavu (časná neurosyfilis), což se projevuje bolestí hlavy a ztuhlostí šíje, vyskytovat se mohou i bolesti svalů, kloubů a dlouhých kostí. Sekundární syfilis může také napadnout vnitřní orgány, i když velmi zřídka. Objevuje se například iritida (papulosa s torbou uzlíků na duhovce nebo serosa), nefritida nebo syfilitická hepatitida. U hepatitidy projevující se zároveň se syfilis však může jít o infekční hepatitidu (Braun-Falco, Plewig a Wolff, 2001).

Sekundární syfilis postupně odeznívá do podoby syphilis recens latens, kdy je pacient stále infekční, ale příznaky mizí. Sérologicky je stále pozitivní. V této době se může objevit recidivující exantém nebo vřed, který bývá v menším rozsahu než první rozsev. Recidivující výsev se zpravidla vyhýbá místům prvních lézí, takže projevy nabývají anulárního tvaru (Štork, 2013).

1.5 Syphilis latens

Časná syphilis latens se pak vyvíjí do pozdního stadia syphilis latens, která je již neinfekční, transplacentární přenos treponemy je však stále možný. Doba přechodu od jedné formy do druhé je uměle stanovena na dva roky. U třetiny nemocných po letech dojde k přechodu do stadia terciální syphilis, která postihuje buď kůži, nebo přejde do neurosyphilis (Štork, 2013).

1.6 Terciální syphilis

Ne u každého nemocného syfilidou se projeví terciální syphilis. Sérologicky jsou Treponemy ještě ojediněle prokazatelné, nemocný však již není infekční. Jedná se o

granulomatózní zánět, vyskytující se zpravidla 5 a více let od sekundární syfilis. Mezi časté kožní projevy se řadí noduly nebo gumata (Štork, 2013).

1.6.1 Syphilis gummosa

Může se projevovat jako tzv. syphilis gummosa, kdy se pod kůží vytváří červenofialový nodul, který postupně od centra měkne a nekrotizuje, vytváří se píštěl nebo vřed, ze kterého vytéká vazká tekutina připomínající arabskou gumu. Noduly se hojí bělavou jizvou. Nejčastější vznik nodulu bývá v okolí kloubů, na trupu nebo na obličeji. Gummata mohou vzniknout v podkoží, na sliznici nebo v periostu, Mohou se ovšem také objevit na CNS nebo na viscerálních orgánech. Při napadení kostí vzniká periostitida, ostitida nebo osteochondritida. V případě vzniku gummat v orální oblasti hrozí destrukce měkkého nebo tvrdého patra, nosní přepážky či jazyka (Resl, 2014).

1.6.2 Kardiovaskulární syfilis

Dále nemocné postihuje kardiovaskulární syfilis, která se projevuje v řádech desítek let po nakažení. Postihuje hlavně vzestupnou aortu, kde vznikají aneurysmata s rizikem ruptury nebo insuficience chlopně, často jsou zasaženy i koronární tepny. (Resl, 2014).

1.6.3 Neurosyfilis

Neurosyphilis se také projevuje po desítkách let od infekce. U vrozené syfilis se může vyskytovat postižení mozku u dítěte, například debilita. Projevy jsou často různorodé, nejčastěji se lze setkat s tyto:

- Syfilitická meningitida – příznaky meningitidy, mohou být bolesti hlavových nervů. Relativně málo časté.
- Meningovaskulární neurosyfilis – projevy až po letech trvání infekce, vyvolána vaskulitidou, která vede k fibrózám až okluzím malých tepen, což může být příčinou mnohačetných infarktů.
- Parenchymatózní syfilis – má dvě formy, a to paralysis progressiva a tabes dorsalis
 - Paralysis progressiva přináší časté psychiatrické projevy jako změny osobnosti, afektivity, bludy, megalomaniacká deliria nebo postupující demenci. Mezi neurologické příznaky se řadí postupná paralýza, která končí smrtelně.
 - Při tabes dorsalis jsou poškozeny zadní provazce a míšní kořeny, což se projevuje bolestmi vystřelujícími do viscerálních orgánů. Rombergovo

znamení (ztráta stability při zavřených očích) se stává pozitivní a chůze typu parádního marše je charakteristická a souvisí s poruchou reflexů. Tato forma končí invaliditou (MedMicro, 2006).

1.7 Vrozená syfilis (*Syphilis congenita, syphilis connata, syphilis materno-foetalis et neonatalis, heredosyphilis*)

Vrozená syfilis vzniká při transplacentárním přenosu infekce na plod. Klinický obraz je pestrý. Kongenitální forma se dělí na časnou a pozdní formu, prof. MUDr. Resl před obě řadí ještě tzv. syfilis plodu (*syphilis foetalis*), která způsobuje nezralost nebo smrt v děloze (Resl, 2014).

Treponemata, která pronikají přes placentu k plodu, zaplavují nezralý organismus jako při bakteriemii, kde napadají místa živého růstu, játra, slezinu, srdce, uši nebo oči (Šťáva a Jirásek, 1957). Zároveň se pod nápoem treponemat ztlušťuje placenta a v klcích se vytváří granulační tkáň (Braun-Falco, Plewig a Wolff, 2001).

Spirochety po průniku do krevního řečiště plodu se dostávají také do kostí plodu, kde migrují do periostu, perichondria a do dřene. Tam způsobují degeneraci osteoblastů, což má za následek poškození celé osteogeneze. Mimo osteochondritidy se tedy můžeme setkat také s periostitidou. Na kostech také vznikají destruktivní léze, které se později mohou vyvinout v osteomyelitidu. Místa takto postižená pak bývají typická pro ztluštění periostu (MedMicro, 2006).

1.7.1 *Syphilis congenita recens, lues connata praecox*

Vrozená syfilis časná (*syphilis congenita recens*) se projevuje u dítěte do dvou let věku. Podobá se sekundární syfilis – exantém, condylomata lata, postižení sliznice, infiltráty na dlaních a chodidlech nebo Parrotovy jizvy (radiální rýhy kolem úst). Dítě se rodí s hydrocefalem, anémií, porodní váha je nízká. Objevují se tzv. „lakové patičky“, tedy plošné infiltráty s lesklou, napjatou kůží červenohnědé barvy. Typická pro vrozenou syfilis je také Parrotova pseudoparalýza způsobená osteochondritidou (Braun-Falco, Plewig a Wolff, 2001). Dítě je často postiženo i pneumonií. Typické pro vrozenou nemoc je syfilitická rýma, tedy rhinitis syfilitica (Duchková, 2007). Častý je také výskyt osteochondritidy a lymfadenopatie. Může se objevit krvavá rýma a postižení hlasivek. Zasaženy bývají i vnitřní orgány – hlavně játra (hepatitida). Prognóza je za včasné léčby dobrá, ovšem závisí na intrauterinním poškození plodu. Bez léčby až polovina dětí umírá

(Štork, 2013). U novorozenců se objevují bulózní projevy, puchýře pod epidermis, hlavně na ploskách nohou a na dlaních, které mají tendenci se rozšiřovat až k loktům a bérům (Duchková, 2007).

Klinické projevy u dětí se mohou lišit, stejně jako trvalé následky, které si ponosou do života. Nemocné dítě může být do konce života v latentní fázi syfilis bez projevů, asymptomatické, u jiného se mohou vytvořit perforující ulcerace nosu nebo patra (Sedláček, Šubrt a Dort, 2007)

1.7.2 Syphilis congenita tarda, lues connata tarda

Vrozená syfilis pozdní (*syphilis congenita tarda*) se podobá syfilis terciální. Příznaky, které mohly být při porodu přehlédnuty, nebyly dostatečně léčeny nebo nebyly přítomny vůbec, se objevují po druhém roce věku dítěte (Sedláček, Šubrt a Dort ve své práci z roku 2007 uvádějí věkovou hranici pro projevy až po pátém roce života), plně se projeví však až v pubertě. Nejčastěji se objevuje Hutchinsonova triáda příznaků – soudkovité zuby daleko od sebe, keratitida s rizikem vzniku slepoty a hluchota. Dále bývají postiženy kosti (perforované patro, šavlovité tibie, deformity lebky, nebolestivé otoky kloubů). Typický pro vrozenou syfilis je sedlovitý nos. Mimo kostí bývají poznamenány i permanentní zuby, hlavně moláry a řezáky. Tzv. Hutchinsonovy řezáky, soudkovitě vykrojené a úzké, morušové moláry bývají také řazeny mezi projevy kongenitální syfilis, i když jejich výskyt není u každého případu. Dále může být postižena sklovina. V souvislosti s tenčí sklovinou se objevuje větší kazivost zubů (Štork, 2013).

Jestli infikovaná matka přeneše na svůj plod nemoc záleží na včasnosti léčby. Během prvního trimestru, kdy placenta není ještě plně dotvořena, není pro treponemy možné proniknout k plodu. Pokud se tedy bude matka léčit v prvním trimestru, dítě se narodí zdravé. Dále záleží na pokročilosti syfilidy u matky. Pokud je matka na začátku těhotenství v prvním stadiu nemoci, dochází zpravidla k předčasnému porodu mrtvého dítěte. Při fázi sekundární syfilis matky se rodí dítě se *syphilis congenita recens*, kdy se příznaky dostavují během prvních dvou let věku dítěte. Pokud je matka ve fázi syphilis latens, porodí buď dítě postižené *syphilis congenita tarda* nebo při dlouhém neinfekčním období může dojít i k porodu zdravého dítěte. Ve vzácných případech může k infekci dojít perinatálně, tedy při porodu, kdy plod přijde do kontaktu s infikovanou krví matky (Štork, 2013).

2 DIAGNOSTIKA

Ve stadiu časný syfilis je možný přímý průkaz treponem v exsudátu z tvrdého vředu nebo sekundárních projevů pomocí mikroskopického vyšetření v zástinu. Zásadní význam v diagnostice onemocnění mají ale serologické reakce, které se rozdělují na specifické (treponemové) a nespecifické (netreponemové) podle toho, zda prokazují přímo antigeny *Treponema pallidum* (reakce specifické), nebo zda stanovují protilátky proti kardiolipinu, uvolňovanému z mitochondrií při destrukci tkání (reakce nespecifické).

Základní screeningové vyšetření spočívá ve vyšetření jedné nespecifické a jedné specifické reakce. K vyšetření nespecifické reakce se používá zpravidla test RRR, tedy rychlá reaginová reakce, ev. VDRL, Veneral Disease Research Laboratory test. Z celé řady specifických reakcí je používána v první linii reakce TPHA (*Treponema Pallidum* Haemagglutination test), ev. FTA-ABS (Fluorescent *Treponema* Antibody Absorption test), k průkazu protilátek IgM při pozitivním výsledku TPHA potom 19S- IgM FTA-ABS či 19S-IgM SPHA (Solid Phase Haemagglutination test). Některé testy lze využít také kvantitativně, což se uplatňuje při hodnocení účinnosti léčby (Štork, 2013).

Testy se dělí podle použití na screeningové, které se používají rutinně (takto se používají i ELISA metody), konfirmační, které potvrzují pozitivitu a monitorující, které jsou používány k posouzení účinku léčby. Pokud jsou po léčbě testy VDRL stále zvýšené, svědčí to o neúčinnosti proběhlé léčby nebo o reinfekci (Štork, 2013).

U autoimunních onemocnění, u HIV, lepry, infekční mononukleózy nebo u jiných spirochetových onemocnění se může stát, že sérologické testy budou falešně pozitivní. Ovšem nastat také může falešná negativita (Štork, 2013).

Netreponemové testy se až u 30% nemocných mohou samovolně negativizovat i bez léčby, po léčbě většinou mizí. Pokud hladiny netreponemových testů zůstávají vyšší, lze hovořit o tzv. sérologické jizvě. Treponemové testy zůstávají až u 90% nemocných pozitivní po celý život, i když byla léčba adekvátní a úspěšná (Štork, 2013).

2.1 Diagnostická metoda PCR

PCR je polymerázová řetězová reakce, která se používá pro přímý průkaz syfilis. Test je velmi specifický a sofistikovaný a úspěšnost diagnostiky závisí na stáří lézí, ze kterých byl exsudát odebrán. Čím je léze čerstvější, tím jsou výsledky přesnější. Oproti

většině testů na přímý průkaz je při použití PCR možno odlišit patogenní a nepatogenní treponemy a odlišit také živá a mrtvá treponemata (MedMicro, 2006).

PCR se dá použít k diagnostice syfilis ve všech stadiích, včetně kongenitální syfilis. Nálezy treponemat v placentě zpravidla poukazují na patologické pochody spojené s nemocí. Často je diagnostika vrozené syfilis těsně po porodu komplikovaná, kvůli mateřskému séru, které ovlivňuje imunitu dítěte. Proto je průkaz treponemat pomocí PCR v pupečníku či v placentě velmi přínosným ukazatelem nemoci (MedMicro, 2006).

2.2 Screening

Každá těhotná žena je v rámci prenatalního screeningu testována na syfilis. První test BWR proběhne v prvním trimestru, druhý během sedmého měsíce gravidity. V případě, že matka byla na syfilis léčena před otěhotněním, je v našem státě doporučena zajišťovací terapie v první a ve druhé polovině gravidity. V případě zjištění pozitivitu v první či druhé polovině gravidity hovoříme o záchytu onemocnění v těhotenství, sérum matky je vyšetřeno v Národní referenční laboratoři tzv. konfirmačními testy, a je-li infekce potvrzena, těhotná žena je neprodleně léčena penicilinovou kúrou v první i druhé polovině těhotenství. Další screeningové vyšetření všech žen probíhá při porodu, z žilní krve matky a z pupečnickové krve při porodu dítěte. Dítě matky neléčené či nedostatečně léčené v graviditě je přeléčeno ihned po porodu. V případě podezření na syfilis connata je dítě dále vyšetřováno, a to z odebrané krve na sérologické vyšetření, z likvoru, z mozkomíšního moku pomocí metody PCR, dále se sledují kožně-slizniční léze a pořizují se rentgenové snímky dlouhých kostí (MedMicro, 2006). Novorozenci je následně nasazena penicilinová léčba (Sedláček, Šubrt a Dort, 2007).

Při pozitivních nálezech matky může dojít k několika možným situacím:

- Dítě se narodí zdravé, bez klinických příznaků, IgM jsou negativní, IgG jsou pozitivní. Stav, kdy mají vyšetřované protilátky rozdílné výsledky je způsoben faktem, že protilátky IgG mají schopnost volně prostupovat placentou, zatímco pro IgM je to za fyziologických podmínek (patologicky nezměněná placenta) nemožné.
- Dítě se rodí infikované, specifické IgM jsou pozitivní, klinické příznaky nejsou přítomny.
- Dítě se rodí infikované, specifické IgM jsou pozitivní, klinické příznaky jsou přítomny (MedMicro, 2006).

Při porodu dítěte matkou v minulosti léčenou pro syfilis či nemocnou matkou, která byla spolu s dítětem přeléčena, se děti podrobují pravidelným sérologickým testům, a to 1., 2., 3., 6., 12. a 24. měsíc života. Pokud je dítě zdravé, protilátky získané od matky (IgG) postupně klesají, až do 24. měsíce roku vymizí úplně, poté je stav uzavřen jako transplacentární přenos protilátek z matky na dítě, dítě tedy není nemocné syfilis congenita a je vyřazeno ze sledování. Při případu vrozené syfilis IgG od matky přetrvává i po 18. měsíci života dítěte a IgM stoupají (MedMicro, 2006).

2.3 Diagnostika historicky

Do začátku 20. století se o systematickém pozorování obyvatelstva nedá mluvit. Na syfilis se nechávaly prohlížet prostitutky, ať už dobrovolně nebo z donucení úřadů. Prohlídky však byly nedbalé a původce nemoci nebyl stále objeven, proto se syfilis prokazovala těžce, pokud nemocní neměli nějaký signifikantní příznak, jako ulcerující projev nebo načervenalý exantém na trupu (Flexner a Ulrich, 1925).

Velký převrat nastal v roce 1905, kdy byla izolována bakterie *Treponema pallidum* zoologem Fritzem Schaudinnem a dermatologem Erichem Hoffmanem. Rok na to bakteriolog August von Wassermann představil historicky první netreponemový test, který spočíval v reakci kardiolipinu (fosfolipid původně nalezený v hovězím srdci) se sérem člověka infikovaného syfilis. Tento test, který lze nalézt pod zkratkou BWR (Bordet-Wassermannova reakce) byl používán dlouhou dobu, jeho modifikace se používají i v dnešních dobách (MedMicro, 2006).

Během první světové války se objevily první funkční sérologické testy. Pro chybění léku, který se mohl masově podávat (Salvarsan měl velké nežádoucí účinky) se screeningové testy neprováděly (Morabia a Zhang, 2004).

Meziválečné období přineslo další posun vpřed. Některé státy uzákonily povinnost provádět testy na syfilis budoucím rodičům. Testovali se buď oba rodiče nebo jen budoucí matka. Zároveň se testovali lidé například při nástupu do práce nebo při dárcovství krve (Morabia a Zhang, 2004).

Během druhé světové války objevil Alexander Fleming jedno z nejpoužívanějších antibiotik na světě, penicilin. V roce 1944 se penicilin stal dostupným pro využití pro armádu. Vojáci, stejně jako vždy v historii, byli nejvíce ohroženou skupinou, co se týče

pohlavních nemocí. Penicilin zde však plnil roli širokospektrého antibiotika (MedMicro, 2006).

Po válce se penicilin rozšířil i mezi civilní obyvatelstvo. Léčba syfilis se tehdy změnila, bolestivé a nákladné arzenikové injekce vystřídalaly injekce méně dráždivého roztoku penicilinu. Tato léčba trvala zpravidla 7-10 dní a spočívala v aplikaci roztoku intramuskulárně jednou denně (Morabia a Zhang, 2004).

Přítomností funkčních testů na syfilis a účinné a dostupné léčby bylo připraveno pole pro masový screening. K potvrzení nemoci se používaly dva typy testů – netreponemové testy a testy protilátek.

3 HISTORIE

Historie syfilis sahá hluboko do minulosti. Jedny z prvních popsanych případů se objevily již v roce 1495 mezi vojáky francouzského krále Karla VIII. Vojska, která se účastnila italských válek, se v okolí města Naples nakazila tehdy neznámou chorobou, která se projevovala genitálními boláky, abscesy, bolestí svalů a kloubů, horečkami a úpornými nočními bolestmi. Mezi vojáky se pak ujal název Napleská nemoc. Mortalita byla vysoká a léků bylo málo, proto byla Napleská nemoc velmi obávaná (Frith, 2012).

3.1 Historické názvy

V historických pramenech lze syfilis najít pod nejrůznějšími názvy. Protože to byla svého času velmi nebezpečná a svým způsobem i ponižující záležitost, každý národ se snažil oprostít od původu nemoci. Jak bylo výše řečeno, Francouzi nemoc nazývali jako Napleskou nemoc, Neapolskou nemoc nebo Španělskou nemoc, později vešla ve známost jako Velké neštovice (Grande verole). Angličanům a Italům se vžil název Francouzská nemoc nebo Galská nemoc (morbus Gallicus). Také se objevuje pod názvem Francouzské neštovice (the French pox) (Kuklová, 2012). Při rozšíření do Německa měla přezdívku Francouzské zlo. Syfilis se dále šířila na sever do skandinávských států a do Ruska, odtud pak dále na východ. Rusové říkali syfilis Polská nemoc, naopak poláci společně s peršany si osvojili název Turecká nemoc. Turci pak kontrovali názvem Křesťanská nemoc (Frith, 2012).

Syfilis se mimo Evropu dál šířila po asijském kontinentu. Při dosažení Indie se přejmenovala na Portugalskou nemoc. Dostala se až na japonské ostrovy, kde si vysloužila název Čínské neštovice nebo Perský oheň (Frith, 2012).

3.2 Kolumbijská teorie

Jako první případy syfilis v Evropě je označováno onemocnění vojáků, kteří se společně s Kolumbem plavili do Nového světa. Takzvaná Kolumbijská teorie pracuje s myšlenkou, že syfilis našla do Evropy cestu právě na Kolumbových lodích, které se vracely z cest do Nového světa. Tam se podle teorie vojáci nakazili od původních američanů (Kuklová, 2012). Hypotézu měl potvrzovat fakt, že na americkém kontinentu se nalézaly ostatky obyvatel, které nesly prokazatelné změny infekce, datované před 15. stoletím. Na evropské půdě se však takto poznamenané ostatky nenašly. Při zkoumání ostatků v Dominikánské republice, kde Kolumbus v roce 1492 přistál, se ovšem nenašly známky infekce syfilis, proto tato teorie zůstává nepodložena (MedMicro, 2006)

3.3 16. století

V roce 1514 chirurg papeže Julia II. Giovanni de Vigo nemoc zkoumal a původ nemoci určil jako sexuální styk s nemocnou ženou. Muži si měli před stykem všimnout, zda žena nemá projevy na vnějších rodidlech, jako pupínky nebo tvrdý vřed. Ulrich von Hutton, německý učenec, sám onemocněl a v roce 1519 popsal příznaky, vředy a puchýře a noční bolesti kostí – dolores osteocopi nocturne. V jeho spisu *De Morbo Gallico* také uvádí poškození vnitřních orgánů, vředy na močovém měchýři a onemocnění svalů (Frith, 2012).

Hutton hledal způsoby léčby, které by nahradily již tehdy zavedenou rtuť. Jako alternativy ke kovu nabídl například myrhu, vavřín, hlinitý kamenec nebo oxidy olova, které se následně smíchávaly s různými aromatickými oleji a zvířecími tuky a natíraly se na tělo několikrát denně (Swiderski, 2008).

Syfilis se následně rozšířila po Francii. Z názvu Napleská nemoc se stala Galská nemoc. Tento název však v roce 1527 Jacques de Bethencourt změnil na venerické onemocnění. Termín venerický má úzký vztah s termínem Venuše, což byla antická bohyně lásky. V některých oblastech Francie se nemoci totiž říkalo také Venušina choroba. Ač byly příznaky popsány velmi podrobně a specificky, společnost stále zaměňovala jiná venerická onemocnění právě za syfilis. Takto byla špatně zařazena například Gonorrhoea nebo *Ulcus molle* (Frith, 2012).

V roce 1530 matematik, astronom, lékař a básník Girolamo Fracastoro napsal báseň *Syphilis, sive morbus gallicus* (Kuklová, 2012). Pojednává o mýtickém pasáčkovi Syphilovi, který obvinil boha slunce z nespravedlnosti, když na jeho stáda seslal několikaleté sucho. Tím si pasáček získal celou zemi a na boha celá tehdejší společnost zanevřela. Bůh slunce tehdy na Syphila uvalil těžkou a nevyzpytatelnou nemoc jako trest za jeho rouhání (Rothschild, 2005).

„A shepherd once (distrust not ancient fame)

Possest these downs, and Syphilus his name.“

„He first wore Buboes dreadful to the sight

First felt strange pains, and sleepless passed the night.

From him the malady received its name.

The neighbouring shepherds catch'd the spreading Flame.“ (Frith, 2012)

Později v 16. století a během 17. století se syfilis stává méně virulentní a méně letální, příznaky se však výrazně nezměnily. Jako první projev je pozorován tvrdý vřed, poté se ukazuje vyrážka po trupu a v okolí genitálií a bolesti kostí. Po zmizení vyrážky nastalo období vymizení příznaků na několik let. Poslední fáze byla typická pro gummata, abscesy a rozvoj demence a šílenství. V této fázi již bývala nemoc často letální. Poslední fáze byla velmi obávaná, nejen pro blízkost smrti, ale i pro znak hřichu, který byl v minulosti spáchán. Takto nemocní lidé bývali často sociálně vyloučení a trestaní. V tomto období si lidé již uvědomovali spojitost mezi nemocnou matkou a postiženým dítětem. Takto postižení byli často společností vylučováni, pokud je nemoc nepřemohla již v útlém dětství (Frith, 2012).

Syfilis se tehdy rozšířil i do Anglie. Za vlády panovníka Jindřicha VIII. nemoc decimovala jeho lid, proto se rozhodl uzavřít veřejné lázně a nevěstince, aby se nákaza dále nešířila. Také zakázal tehdejším nakaženým prostitutkám dál vykonávat své řemeslo a zakázány byly dokonce i společné koupele (Frith, 2012).

3.4 17. a 18. století

Do konce 17. století byla primární a sekundární fáze syfilis popsána velmi dobře. Kvůli nástupu syphilis latens v pozdějších stadiích nemoci a kvůli tehdejší situaci v Evropě se mnoho nemocných terciální syfilis ani nemuselo dožít (Souza et al, 2006). Tato poslední fáze tedy není z historického hlediska tak snadno dohledatelná. Infikovaný se po měsících utrpení vracel do svého původního života s minimálními příznaky (Frith, 2012).

18. století přineslo do výzkumu syfilis nové poznatky. Přispěl k tomu francouzský královský lékař a profesor medicíny v Paříži Jean Astruc, který v roce 1736 napsal jednu z prvních velkých prací o syfilis a dalších venerických nemocech, *De Morbus Veneris*. Další dílo, *De Sedibus et Causis Morborum per Anatomen Indagatis*, které pojednává o syfilis, napsal italský patolog Giovanni Battista Morgagni. Zde se také poprvé odděluje gonorrhoea od syfilis (Frith, 2012).

V tomto období se rozdmíchávaly diskuze na téma kongenitální syfilis, neboli Heredosyphilis. Pod tímto názvem se nemoc rozpoznávala například ve Francii nebo ve Španělsku. Společnost hledala způsoby nakažení dítěte. Bylo již známo, že se syfilis přenáší ještě při nitroděložním vývoji transplacentárně, ale protože na onemocnění syfilis

bylo stále nahlíženo spíše moralisticky, hledali se viníci i jinde než u nakažených matek. Lékařské kapacity tehdejší doby poukázaly na kojné, kterým se kojenci předávali na výchovu v útlém věku a označily je jako zodpovědné za nakažení dětí (Souza et al, 2006).

3.5 Léčba rtutí

Léčba syfilis byla až do 18. století v podstatě nezměněna. Nemocní se léčili v nemocnicích (byli ovšem pohromadě s dalšími nevenerickými onemocněními), kde byly nejprve podávány odvary z guaiaca, které se přikládaly na boláky. Tuto metodu vyzdvihuje Fracastoro ve své básni, ovšem nebyla účinná (Frith, 2012). Lékař a alchymista Paracelsus navrhl tedy alternativu pro guaiacum, a to rtuť, kterou společně s dalšími kovy velmi rád využíval jako lék. I když si Paracelsus byl vědom toxicity rtuti, pokud je jejímu působení vystavována odhalená kůže a sliznice, používal rtuťové soli, masti a oleje, kterými potíral nemocné (Swiderski, 2008). Výpary rtuti také byly vhodné k inhalaci. Jako lék první volby byl používán Belletův sirup (dusičnan rtuťnatý smíchaný s cukrovým sirupem), dále byly oblíbené Keyserovy pilulky a kalomel, který byl považován za slabší lék než ostatní; vše se užívalo vnitřně. Typická léčba probíhala za velkého tepla, kdy se nemocný potřel mastí s příměsí rtuti a nechal se ve vyhřáté místnosti, aby se potil. Tato procedura se opakovala několikrát denně a mohla být prováděna v řádu měsíců i let (Swiderski, 2008).

„A night with Venus, and a lifetime with mercury.“ (Frith, 2012)

Léky na bázi rtuti byly velmi vyhledávané, protože podporovaly pocení, slinění, zvracení a průjem. Společnost věřila, že se tělo takto „jedu“ v podobě nemoci zbaví. Při dlouhodobé léčbě se však dostavily příznaky jiné, a to z otravy rtutí – kolitidy, neuropatie, selhání ledvin, dehydratace až smrt. I přes tyto nežádoucí účinky byla rtuť hojně používána, nejčastěji na nemocné děti, o kterých se tvrdilo, že na léčbu kovem jsou nejvíce citlivé. Někteří lékaři této doby se domnívali, že je rtuť neúčinná a zbytečně zatěžuje nemocného, avšak základ této léčby, masti s příměsí kovu, se používaly až do začátku 20. století (Frith, 2012).

Během 18. a 19. století, kdy byly zákonně povoleny pitvy mrtvol, byl prokázán vliv syfilis na kardiovaskulární a nervový systém člověka. Vyčleňování nemocných ze společnosti postupně také ustoupilo do pozadí, protože náboženství bylo upozaděno a do popředí se dostala věda a racionalizace. Když nevýhody rtuti převážily výhody v léčbě, tehdejší lékaři začali pracovat na alternativě. Objevily se takové možnosti jako jodid draselný (KI) či platina, ovšem jejich léčebný účinek nebyl prokázán (Frith, 2012).

Léčbu rtutí propagoval i jeden z prvních pionýrů zkoumání vrozené syfilis, sir Jonathan Hutchinson. Svým pacientům doporučoval slabý rtuťový olej, který se měl roztírat na chodidla, na šiji a do podkolenních jamek. Olej se měl aplikovat každý den. Při této léčbě byla důležitá i výživa dítěte. Hutchinson doporučuje masitou stravu a vývary dřívě, než u zdravých dětí. Kdyby se objevil průjem spojený s léčbou rtutí, může být podáno opium, kov se však nesmí vysazovat, dokud z duhovky nezmizí lymfatické skvrny (Hutchinson, 1863).

3.6 Léčba arsenem

Souběžně s výzkumem Wassermanna probíhal i výzkum histologa Ehrlicha, který experimentoval s arzenikem jako lékem u infikovaných králíků. Jeho experimenty však končily neúspěchem, protože dávka arzenu byla vždy příliš vysoká. V roce 1909 Ehrlich se svým asistentem Hatem našli látku, která dokázala eliminovat spirochetu, přičemž subjekt zůstal naživu. Dioxydiaminoarsenobenzoldihydrochlorid (pracovní název lék 606) se o rok později začal vyrábět pod názvem Salvarsan (Frith, 2012). Ač byl Salvarsan první lék proti syfilis, který skutečně bakterii eliminoval a nemocný zůstal naživu, objevovaly se závažné nežádoucí účinky. Sem patří například aplastická anemie vyvolaná vysokou hladinou arzenu, potíže s trávicím ústrojím nebo křeče. (Šťáva a Jirásek, 1957).

Lék Salvarsan a jeho pozdější podoba Neosalvarsan se používal až do období druhé světové války, resp. do roku 1943, kdy byla objevena síla penicilinu (u nás se Salvarsan používal až do konce druhé světové války). Oproti předchozím lékům měl penicilin málo nežádoucích účinků a účinnost samotná byla velmi vysoká (MedMicro, 2006).

3.7 Hutchinsonův výzkum

Sir Jonathan Hutchinson, britský lékař, si jako jeden z prvních všiml jisté spojitosti mezi vrozenou syfilis a intersticiální keratitidou u kojenců. Tento fakt začal dále studovat a ke keratitidě se přidala ještě hluchota a podivně tvarované zuby. V jeho knize *Klinické memoáry jistých nemocí oka a ucha vyplývající z vrozené syfilis (A Clinical memoir on certain diseases of the eye and ear, consequent on inherited syphilis)*, která byla vydána v roce 1863, se tímto tématem zabývá hlouběji.

V knize popisuje případy akutních iritid u kojenců, chronické intersticiální keratitidy u dětí nemocných vrozenou syfilis, záněty rohovky a případy katarakty spojené s vrozenou syfilis a hluchotu v souvislosti se syfilis. Mimo jiné jsou zde uvedeny také některé případy

i dospělých lidí se zvláštními řezáky, u kterých se díky dalším příznakům a rodinným anamnézám přišlo na diagnózu vrozená syfilis (také hereditární syfilis). Níže budou uvedeny některé případy, se kterými se Hutchinson setkal.

„Dívka stará 6 měsíců byla ve svých 6 týdnech obětí vyrážky barvy mědi (copper-coloured rash) na ruku a na nohu. ... V pěti měsících se jí objevil zánět pravého oka. Iris byla nepravidelná a objevilo se několik bílých skvrnek lymfy na povrchu. ... Po čtrnácti dnech léčby rtutí se vyrážka i zánět oka ztratil.“

„Dívka stará 21 měsíců byla přivezena do nemocnice 12. října roku 1860. Byla unavená, maličká a jevila typické známky syfilitické dyskrazie. Na nose a kolem řitního otvoru měla šupinaté ostrůvky a bylo vidno palmární psoriázu. Její přední zuby byly podivné a maličké a velmi zkažené, některé už odehnilly. Hlavička byla velmi velká, trpěla chronickým hydrocefalem. Podle matky se při porodu jevila zdravá, potíže se projeví až kolem jednoho měsíce věku. Téměř ihned po narození měla rýmu. Od té doby se léčí v nemocnici u sv. Bartoloměje. Nyní je již 9 měsíců slepá. Na dotaz o nemoci otce při početí matka udala, že trpěl „skrytou nemocí“, ale sama prý nemocná nebyla. Její dásně však poukázaly na člověka, který se léčil rtutí, a to velmi intenzivně. Stav dívčiných očí – po aplikaci atropinu se zorničky roztáhly velmi málo a nesouměrně. Aby mohl být použit oftalmoskop, bylo potřeba podat chloroform. Vyšetření ukázalo, že dívka téměř úplně ztratila schopnost vidět.“

„Dívka Abigail byla přijata do londýnské nemocnice. Trpěla na gummata a měla oteklou šlachu na extensoru kvadricepsu na stehně, což vyústilo v absces. Zuby měla dívka jedny z nejpoznamenanějších heredito-syfilitickou diastézií, jaké jsem kdy viděl. Byla malá a sirotek, takže rodinné záznamy pořízeny bohužel nebyly. Obě rohovky měla velmi zamlžené od prodělané keratitidy. Během hospitalizace se dívce začal zhoršovat sluch a během 9 měsíců bez jakékoli bolesti skončila úplně hluchá. Při vyšetření zvukovodu byly vidět bílé shluky suchých kožních šupin, Eustachova trubice průchodná. Nic závažného kolem ucha, co by způsobilo hluchotu, nebylo nalezeno.“

3.8 Unitarismus a dualismus

Historie mezi jednotlivými pohlavními nemocemi velké rozdíly nedělá. V dobových spisech a knihách je proto častým jevem, že se kapavčitý výtok s močové trubice označuje jako typ nebo komplikace syfilis.

Jako zakladatel unitaristické teorie se považuje Brassavolus, který roku 1553 ve svém díle *De Morbo gallico et ligno indico* od sebe sice odlišuje příznaky kapavky, syfilis a měkkého vředu, zároveň však uvádí, že kapavka je typ galské nemoci (Hübschmann a Gawalowski, 1959).

Tato unitaristická myšlenka neochvějně přetrvala až do 18. století, kdy Cockburn, Morgagni nebo například Balfour shodně tvrdili, že kapavka není příznakem syfilis. Dualismus byl však v roce 1776 odsunut pokusem chirurga Johna Huntera, který údajně sám sobě naočkoval uretrální výtok do ústí vlastní uretry. Následně popsal vznik kapavky a tři týdny na to vznik tvrdého vředu. Tak tehdejší společnosti dokázal, že pohlavní nemoci mají pouze jedinou příčinu, která se dá léčit univerzálně. Jelikož byl Hunterův vliv v Londýně velký, s jeho pokusem se rychle seznámili lékaři po celé Británii a rtuť používaná na syfilis se začala používat na projevy kapavky i svrabu, pokud se pustulky podobaly těm syfilitickým (Hübschmann a Gawalowski, 1959).

Dualistickou teorii definitivně obhájil až v roce 1837 Phillipe Ricord, kdy na podkladě pokusů jasně uvedl, že kapavčitý hnis způsobí pouze kapavku a ne kožní projevy spojované se syfilis (Hübschmann a Gawalowski, 1959).

4 VROZENÁ SYFILIS V ARCHEOLOGICKÝCH VYKOPÁVKÁCH

V Evropě i mimo ní se v posledních letech množí vykopávky ostatků různě starých jedinců postižených právě kongenitální syfilis. Metod zjišťování nemoci je poskromnu, protože přímý průkaz spirochety je velice obtížný. Lépe se studují pozůstatky kostí a zubů s typickými projevy, jako Hutchinsonovy řezáky, morušové moláry nebo projevy periostitidy s typickým ztluštěním periostu (Lauc et al, 2015). Nejčastěji jsou nacházeny ostatky mladých dospělých, ostatky nemocných dětí jsou spíše vzácné. Takto byly nalezeny hroby nemocných například v Itálii, Polsku, Portugalsku, Chorvatsku nebo i na Barbadosu.

4.1 Otroci na Barbadosu

Na území Karibiku se nachází mnoho plantáží, kde mezi 17. a 19. stoletím pracovalo velké množství otroků z Afriky. Tak tomu bylo i na plantáži Newton na ostrově Barbados. Bylo zde nalezeno pohřebiště asi 104 otroků, kde se pohřbívalo zhruba mezi lety 1660 a 1820. Z tohoto počtu bylo 84 vzorků schopno testování. Průkaz kongenitální syfilis byl určen u 3 jedinců, 2 žen a jednoho muže. U dalších 12 případů byly moláry a řezáky antemortem pryč, což může, ale i nemusí, souviset se zvýšenou kazivostí při kongenitální syfilis. Všechny testovací subjekty byly v dospělém věku, žádné ostatky postižených dětí se nenašly. Tato skutečnost se připisuje faktu, že kongenitální syfilis bývá až v 50% případů smrtelná choroba a než se mohly všechny příznaky plně projevit, děti zemřely. Autor zde uvádí, že nemocných však mohlo být až 3x více, vzhledem k četnosti Hutchinsonových řezáků a morušových molárů, která se blíží pouze 30%. Z toho lze tedy usoudit, že při prokázaném nakažení 3 jedinců ze skupiny čítající 84 lidí by mohlo být nakaženo dalších 6, což je dohromady 10% celé skupiny (Jacobi et al, 1992).

4.2 Chorvatské pohřebiště

Další výše zmíněný případ byl objeven v Chorvatsku, přesněji ve městě Záhřeb, kde na zdejším pohřebišti byly nalezeny ostatky dívky ve věku 17 – 20 let ze 16. století, u které byly nalezeny nejen morušové moláry, ale také projevy na kostech. Endokraniálně byly nalezeny léze na kosti frontální, obou parietálních a na kosti okcipitální, s projevy periostitidy. Periostitida byla také přítomna na obou tibiích, kde vytvořila pruhy. Bylo také přítomno ztenčení skloviny, a to na řezácích, špičácích a molárech. Hutchinsonovy řezáky však nebyly nalezeny. Na tomto záhřebském pohřebišti bylo nalezeno celkem 180 ostatků,

z čehož u 6 případů bylo prokázáno postižení kongenitální syfilis, což ukazuje na trend výskytu kolem 3% nemocných v tehdejší společnosti. Vzhledem ke stáří nalezených kostí je tato dívka jedna z nejstarších nalezených nemocných vrozenou syfilis (Lauc et al, 2015).

4.3 Italská mumie

V italské Umbrii se nachází kostel Sv. Ježíše a Marie ze 17. století, který sloužil také jako pohřebiště, hlavně mezi 16. a 17. stoletím. Díky mikroklimatu se těla dochovala v dobrém stavu jako mumie. Z celkového počtu 23 ostatků zde byl jeden případ mladé dívky mezi 15 – 18 lety z poloviny 19. století. Na kůži ani na kostech nebyly patrné žádné léze, byly však nalezeny Hutchinsonovy zuby, a to řezák a špičák (Lunardini et al, 2012).

4.4 Polský nález

V Polsku se v roce 2010 povedl ojedinělý nález nekompletní kostry tříletého dítěte se známkami vrozené syfilis. Dítě žilo mezi lety 1790 – 1812. Squama frontalis nese známky úbytku kosti (8 x 2,5 cm), na parietálních kostech je zřejmé periosteální ztlustění. Oba humery také vykazovaly periosteální reakce, stejně jako levá ulna, která byla výrazně ztlustěna a pokryta lézemi typickými pro osteomyelitidu. Také zuby nesly známky postižení, a to ztenčení skloviny, netypicky se vyskytující kazy a morušové moláry. Hutchinsonovy řezáky však prokázány nebyly. Vzhledem k tehdejšímu zvyklostem autoři také zkoumali hustotu rtuti v zubech a v kostech, pro případné známky léčby dítěte tehdy velmi obíbenými rtuťovými mastmi. Výsledky se ale nijak výrazně nelišily od množství rtuti ve zdravých jedincích dnešní doby, což ukazuje, že ani dítě, ani jeho matka se z nemoci neléčily, na rozdíl od jiných nalezených ostatků na území Polska (Tomczyk et al, 2015).

4.5 Lisabonské dítě

Velmi zajímavý případ vrozené syfilis objevili archeologové v kostele Svatosti v Lisabonu. Zde byla, mimo jiné, nalezena i malá rakev obsahující ostatky 18ti měsíční dívky, jejíž smrt byla datována do 18. století. Děvčátko bylo nalezeno v na míru dělané rakvi a v šatech typických pro vyšší třídu ve společnosti. Díky mikroklimatu krypty se dochoval nejen celý pohybový aparát, ale na některých místech i kůže. Pro zachování původních šatů se pro zkoumání ostatků použil rentgen. Byly nalezeny známky periostitidy, ostitidy a osteochondritidy, dále také oboustranná artritida kolen. Vzhledem ke stupni poškození musela dívka trpět velkými bolestmi kloubů a kostí, a to hlavně při pohybu. Na levém kolenu se zachovala léze, která procházela přes kůži až do kloubu

samotného. Díky zachování vnitřních orgánů bylo možné pozorovat zvětšení jater a sleziny. Nedotčen nezůstal ani chrup, který vykazoval určité malformace. Některá poškození zubů však ukazují na jiný původ – léčbu rtuť. V této historické době byla léčba rtuťovými mastmi považována za velmi účinnou, není tedy divu, že rodina děvčete nechala dítě léčit, avšak hladina kovu známa není. Autor diskutuje o příčině smrti děvčete, přesněji řečeno, zda jí nezabila právě léčba. Jak bylo výše řečeno, rtuť způsobuje velkou dehydrataci a v kombinaci s horkým prostředím, ve kterém byla léčba aplikována, mohla být pro dívku letální. Tento případ není unikátní jen velmi nízkým věkem dítěte a sociálním postavením jeho rodiny, ale také pestrostí zjištěných symptomů a skutečností, že se zčásti dochovala i kůže (Souza et al, 2006).

4.6 Novodobý případ

Naproti těmto historickým případům lze v protiklad uvést případ dítěte z Itálie, které se v roce 2009 narodilo rodilé Rumunce. Žena porodila předčasně ve 31. týdnu, císařským řezem dítě o váze 1881 gramů. Hned při narození byla zřetelná makulopapulózní vyrážka a puchýře na pažích a nohách, které se na ploskách nohou a na dlaních olupovaly. Ihned po narození bylo dítě transportováno na jednotku intenzivní péče pro plicní insuficienci. Zde byly odebrány vzorky pro sérologický průkaz treponemy, který se potvrdil. Rentgenové snímky ukazovaly známky osteochondritidy a periostitidy, sonografické vyšetření hlavičky a srdce nenaznačovalo žádné vrozené vady, stejně jako EEG. Při odebírání anamnézy od matky bylo zjištěno, že se jí nedostávalo žádné prenatální péče a sérologické vyšetření na syfilis bylo provedeno v rádech dnů před porodem. Pro brzký start porodu však nebyla léčba započata. Jako lék byl zvolen krystalický penicilin G po dva týdny, Amikacine po 10 dní a třídní léčba imunoglobuliny. Ve 2. a 8. měsíci života byla provedena magnetická rezonance mozku, kde výsledky nejevily známky poškození a sérologické testy po 6 a 18 měsících vyšly pozitivní pro IgG (Brighi et al, 2011).

5 SYFILIS A PROSTITUCE

Zvýšené riziko přenosu syfilis na plod představuje promiskuita nebo prostituce. Pokud se žena během styku s nemocným mužem řádně nechrání, může ohrozit nejen své zdraví, ale také zdraví svého potenciálního dítěte. Otázkou nakažených prostitutek se zabýval již výše zmiňovaný anglický král Jindřich VIII (Frith, 2012). Řemeslo se ovšem rozvíjelo po celém evropském kontinentu, a ač byly příznaky známy, bývaly přehlíženy nejen ženami samotnými, ale i jejich zákazníky. Na toto téma sepsal Abraham Flexner, americký profesor, v roce 1914 knihu zvanou *Prostitution in Europe*, která pojednává o tehdejšímu problému spojeném s prostitucí, zákony a pohlavními nemocemi, a to především ve Francii. Knihu přeložil Dr. Karel Ulrich, policejní vrchní zdravotní rada, v roce 1925.

5.1 Kontroly

Koncem 18. století se začaly počty prostitutek na evropském kontinentu kontrolovat. Nejen kvůli časté nezákonnosti jejich řemesla, ale také pro kontroly lékařem, zda netrpí pohlavními chorobami, které by mohly přenášet na potenciální zákazníky. Přesná čísla však není možné zjistit, protože tehdy nebyly zdaleka zapisovány všechny. Zápisu do seznamu se vyhnuly ty ženy, které měly pracovní poměr a prostituce poskytovala jen vedlejší příjem. Tato povolání, často číšnice, tanečnice, zpěvačky, atp., zajišťovala ženám určitou bezúhonnost, co se týče tehdejších zákonů. Dále nebyly zapisovány ženy, které svým vzezřením, stylem oblékání nebo sociálním postavením patřily do vyšších kruhů tehdejší společnosti (Flexner, 1925).

Přes nemožnost získání přesných čísel, existují záznamy o zatčení prostitutek za porušování veřejného řádu. V Paříži v roce 1872 bylo zatčeno mj. 3769 prostitutek, které na seznamech policie nebyly zapsány. Londýn se v roce 1857 potýkal s 8600 prostitutkami, které také nebyly zapsány. Podobná situace se opakovala v mnoha evropských městech, například v Berlíně bylo v roce 1889 zatčeno 3220 žen, které byly obviněny ze zločinu nabízení se. Z tohoto čísla bylo zapsáno pouze 640 prostitutek (Flexner, 1925).

5.2 Internace

Při onemocnění pohlavní chorobou se nejen prostitutky, ale především i tehdejší společnost snažily chránit především zákazníky. Když některá žena byla zatčena, potažmo při kontrolách vyšetřena lékařem, a potvrdily se u ní infekční projevy nemoci, byla na nějakou dobu umístěna do věznice nebo do nemocnice. Valný účinek však přechkání

infekčních příznaků, či tehdejší krátká léčba neměla. Podle statistik z Velké Británie byla recidiva syfilis velmi častá. Při 722 nemocných prostitutkách v jednom roce jich 529 zrecidivovalo v roce následujícím (Flexner, 1925).

5.3 Lékařská vyšetření

Rozšiřování nemoci nezabraňovaly ani tehdejší vyšetřovací metody a techniky. Prohlídky lékařem byly nedbalé a rychlé, kdy za jednu hodinu stihli vyšetřit až 30 prostitutek podezřelých z rozšiřování pohlavních nemocí. Tento problém byl rozšířen po celé Evropě, nejvyšších stupňů nedbalosti však dosahovaly lékařské prohlídky ve Francii, kdy lékaři nedodržovali základní zásady asepse, jako používání vyšetřovacích poševníků zrcadel jednorázově a po použití je důkladně umýt, či mýt si ruce mezi jednotlivými vyšetřeními. Také byly v Paříži evidentně nemocné prostitutky prohlašovány za zdravé. Málokdy lékaři usoudili, že je některý případ tak těžký, že by jej nechali internovat v nemocnici Sv. Lazara (Flexner, 1925).

Také v Bruselu lze o lékařích říci, že prohlídky, které prováděli, byly nedbale provedené, kdy v roce 1910 bylo 27 zapsaných prostitutek a 9 tajných prohlášeno za nemocné. Naopak vídeňští lékaři používali zrcadla jednorázová a pokud nebyla dostupná, tak byla pečlivě čištěna po každé vyšetřené ženě. K porovnání bruselských nemocných prostitutek autor uvádí vídeňské statistiky:

Tabulka 1 - Vídeňská statistika výskytu syfilis a kapavky mezi lety 1906 a 1910 (Flexner, 1925)

Rok	1906	1907	1908	1909	1910
Syfilis výskyt	224	162	185	206	168
Kapavka výskyt	127	87	107	70	94

Lékaři z Budapešti si také vedli statistiky o incidenci syfilis u prostitutek. Ve zmiňovaném období však přišel přelom v diagnostice syfilis, a to že nemoc nebyla určována jen podle klinických příznaků, ale už i podle mikrobiologie, kdy se dala prokázat přítomnost *Treponemy*. Ve statistice se tato událost projevila v sebraných datech z roku 1909 a dále (Flexner, 1925).

Tabulka 2 - Budapešťská statistika výskytu syfilis mezi lety 1907 a 1911 (Flexner, 1925)

Rok	1907	1909	1911
Syfilis výskyt	105	897	697

Nutno podotknout, že tato data se vztahovala na prostitutky starší 18 let, v Británii starší 21 let. Nezletilé a mladistvé prostitutky se pro svůj nízký věk vyhnuly zapsání do seznamů prokázaných prostitutek či zatčení policií pro prostituci. Vídeňské statistiky však poukazují, že zhruba 40% nakažených prostitutek nedovršilo 21 let. V Paříži bylo mezi lety 1878 a 1887 zatčeno za porušení veřejného řádu celkem 12 165 nezapsaných a nezletilých prostitutek, z čehož bylo přes 56% syfilitických (Flexner, 1925).

5.4 Zákon o potírání pohlavních nemocí

Kniha od Abrahama Flexnera byla přeložena do češtiny také na základě vydání zákona o potírání pohlavních nemocí, který vešel v platnost v roce 1922. Tento zákon nahradil stávající právní normu z roku 1885, kdy byla zavedena reglementace, a tak se prostituce pomocí státní správy kontrolovala. Zákon o potírání pohlavních nemocí tuto normu ruší a nastoluje v Československu abolicí (Resl, 2014).

Jako první zákonné opatření pojednávající o prevenci pohlavních nemocí v ČR je zákon o potírání pohlavních nemocí z roku 1922 (241/1922 Sb.), který je v některých bodech platný dodnes. Zákon jako pohlavní nemoc určuje syfilis, kapavku a měkký vřed. Každý postižený byl povinen se podrobit léčbě, i když byl nemajetný a léčbu si nemohl dovolit (tehdy léčbu platil stát). Při riziku nedodržování léčebných procedur či nakažení dalších byli nemocní nuceně hospitalizováni do vyléčení infekčních projevů. Zákon také upravuje povinnosti ošetřujícího lékaře, kdy měl například hlásit úřadům nechuť či nedodržování léčby nebo přerušování léčby. Také byla nově povinnost hlásit každého nemocného bez udání jména.

Mezi další ustanovení v zákoně o potírání pohlavních nemocí patří i například edukace žáků ve školách a mladistvých ve věcech sexuální výchovy, nakažlivosti pohlavních nemocí, ochraně před nemocemi.

Celý oddíl v zákoně je věnován prostituci. Nevěstince se s okamžitou platností zavíraly, reglementační opatření, která upravovala provozování prostituce, se rušily. Byly zřizovány ústavy pro nápravu řemeslných prostitutek, které sloužily zároveň i jako dočasné azylové domy. Zvláštní pozornost pak byla věnována mladistvým s rizikovým chováním, kdy byla uskutečňována opatření pro nápravu a znovuzачlenění do společnosti.

Podle tohoto zákona se trestá zejména uvedení člověka do rizika nakažení pohlavní nemocí, samotné nakažení a úmyslné nakažení. Pokud je nemocný sezdán či je v dlouhodobém vztahu a ohrožený je jeho druh/žka nebo manžel/ka, stíhá se nemocný jen na návrh ohroženého. Pokud ohrožený do 3 měsíců návrh nepodá, ztrácí na to právo.

Zákon pamatuje i na trestání přenosu nemoci mezi dítětem a kojnou.

„Podle ustanovení 17 se trestce zejména též:

1. Žena která stížena jsouc příjící přijme nebo podrží místo kojné u dítěte, jež není touto není touto nemocí stíženo
2. Ten, kdo k dítěti stížnému příjící přijme neb u něho podrží jako kojnou ženu, která není touto nemocí stížena
3. Ten, kdo dítě stížené příjící dá nebo ponechá v péči jiných osob se zatajením povahy nemoci dítěte“

6 VROZENÁ SYFILIS NA PŘELOMU 19. A 20. STOLETÍ

Co se týče vrozené syfilis na konci 19. a na začátku 20. století, autor uvádí několik statistik. Kupříkladu statistika z norské Christianie (dnešní Oslo) poukazuje určitý pokles výskytu vrozené příjice vzhledem ke stoupajícímu počtu obyvatel (Flexner, 1925).

Tabulka 3 - Norská statistika hlášených případů vrozené syfilis mezi lety 1880 a 1905 (Flexner, 1925)

Rok	1880	1885	1890	1895	1900	1905
Počet obyvatel	119407	130790	151130	182856	228929	226774
Hlášené případy VS	43	62	29	40	54	50

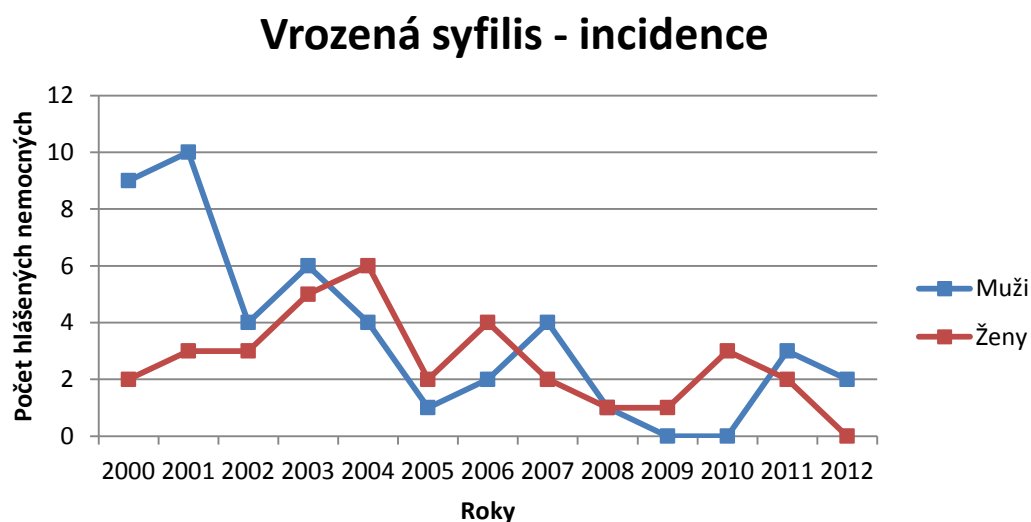
Údaje z dánské Kodaně nejsou tak dlouhodobé jako údaje z Osla, přesto z nich lze vyčíst mírně stoupající trend jak v počtu obyvatel, tak v počtu hlášených případů vrozené syfilis (Flexner, 1925).

Tabulka 4 - Dánská statistika hlášených případů vrozené syfilis mezi lety 1907 a 1911 (Flexner, 1925)

Rok	1907	1908	1909	1910	1911
Počet obyvatel	456540				462161
Hlášené případy VS	63	61	52	85	87

7 VROZENÁ SYFILIS V 21. STOLETÍ

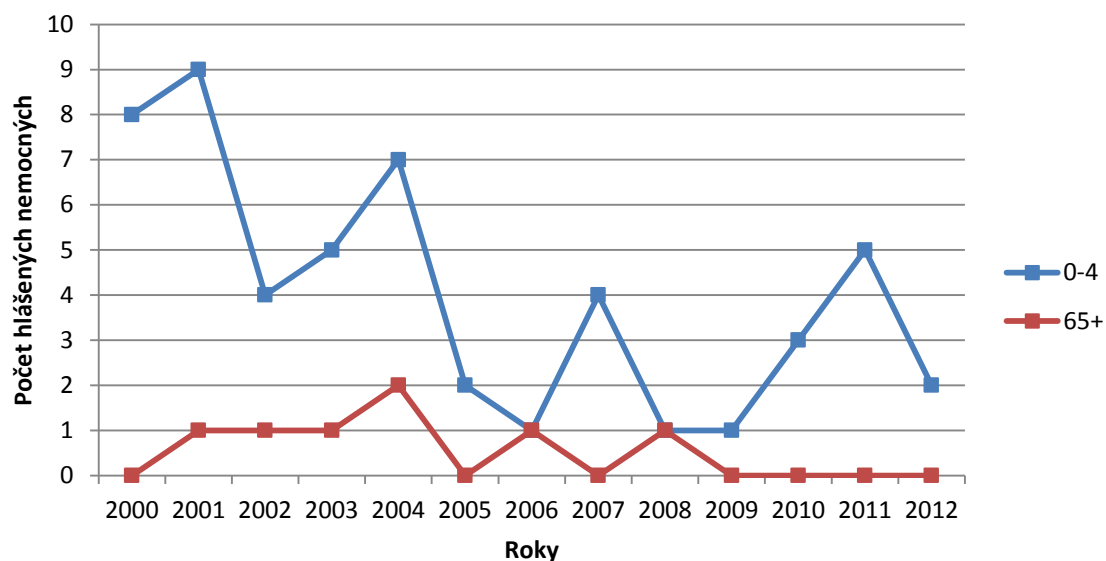
Veřejně dostupná data z ústavu zdravotnických informací a statistik pracují i s údaji o hlášených venerických nemocech, mimo jiné i o vrozené syfilis a jejím výskytu v naší republice. Následující data jsou sesbírána z publikací Pohlavní nemoci vydané mezi lety 2000 a 2012.



Graf 1 - Incidence vrozené syfilis v ČR mezi lety 2000 a 2012 (ÚZIS, Pohlavní nemoci)

Z grafu je viditelné, že v období mezi lety 2000 a 2012 má počet nahlášených případů vrozené syfilis sestupnou tendenci, ovšem i v této době není stoprocentně vymizelý. Rozdíly mezi mužským a ženským pohlavím ohledně počtu je spíše náhodný.

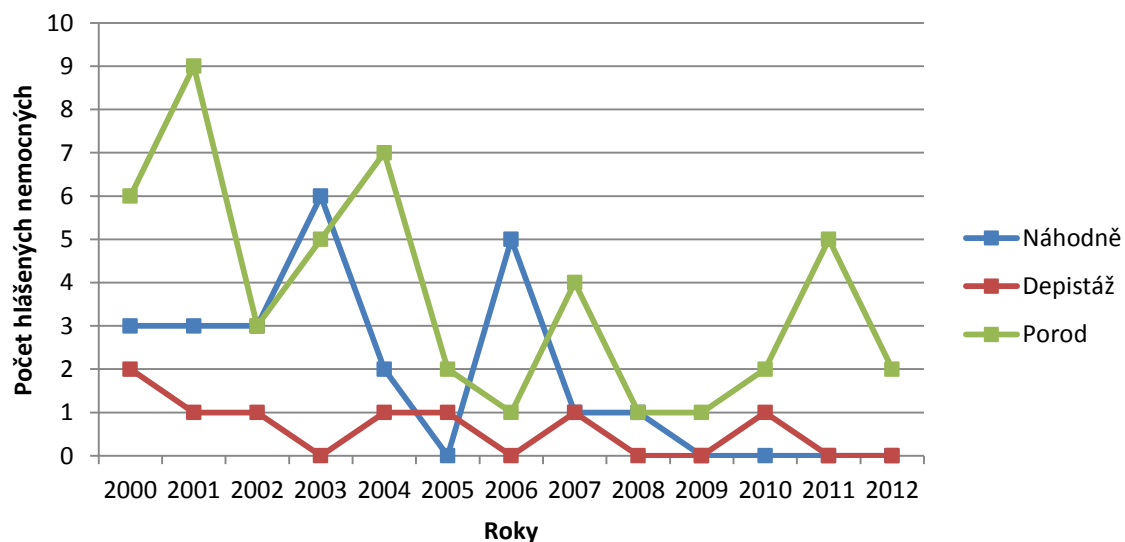
Věk nemocných



Graf 2 - Věk nemocných s vrozenou syfilis v ČR (ÚZIS, Pohlavní nemoci)

Graf věku nemocných ukazuje, že vrozená syfilis není pouze záležitostí novorozenců. Samozřejmě, věková skupina do 4 let je zdaleka nejpočetnější, druhá v pořadí je překvapivě věková skupina nad 65 let.

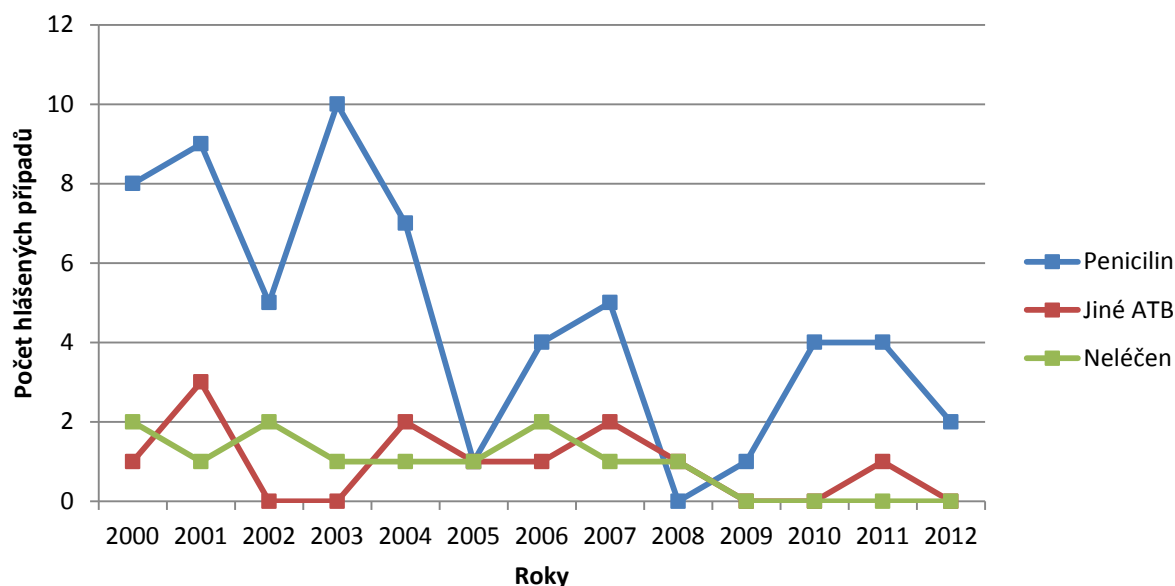
Záchyt vrozené syfilis



Graf 3 - Způsob záchytu vrozené syfilis v ČR (ÚZIS, Pohlavní nemoci)

Záchyt vrozené syfilis vyobrazený na tomto grafu je závislý na věku nemocných. Při vysokém počtu jedinců do 4 let věku je záchyt nemoci provedený po porodu vyšší. Ovšem počet náhodných záchytů je ve většině případů vyšší než záchyt depistážní.

Léčba vrozené syfilis



Graf 4 - Způsob léčby vrození syfilis v ČR (ÚZIS, Pohlavní nemoci)

Graf léčby vrozené syfilis zobrazuje užívání penicilinové léčby (kam je zahrnut Benzathin – Penicilin a Benzyl – Penicilin) v porovnání s jinými ATB, jako například Amoxicilin a Doxycyklin. Od roku 2004 se v grafu může objevit i znázornění kombinace jednotlivých antibiotik, tedy vyšší počet léčiv, než je počet nemocných. Zarážející údaj je, že některé případy syfilis zůstaly neléčeny.

8 OŠETŘOVÁNÍ NEMOCNÝCH

Ošetřování nemocných se syfilis již od středověku probíhalo tak, že nemocní bývali často zavíráni ve vyhřátých celách, kde byli opakovaně vystavováni působení rtuti, ať už mastmi, koupelemi nebo nápoji s vysokým obsahem kovu. Nechávali se izolováni a v horkém prostředí, aby se jejich těla zbavila „jedu“ v podobě nemoci. Takto nebyli ošetřováni pouze dospělí, ale velmi často také děti. Věřilo se totiž, že nemocné děti reagují na léčbu rtutí lépe než dospělí (Rothschild, 2005).

O syfilitických dětech, jejich léčbě a ošetřování v historii napsala Joan Sherwood, kanadská profesorka, v roce 2010 knihu *Infection of the Innocents*, kde se zaměřuje na případy syfilitických dětí a prevenci šíření nemoci. Jako další téma knihy je nakažení kojných od nemocných dětí, kdy se kojné o děti staraly a ošetřovaly je.

8.1 Nemocnice Vaugirard

Na novorozence s vrozenou syfilis se od roku 1780 zaměřovala nemocnice Vaugirard v Paříži, která byla založena jako odpověď na vysoký počet syfiliticky nemocných v Paříži. Tato akce ze strany francouzského státu byla počítána jako jeden z prvních pokusů zabývat se pohlavními nemocemi hlavně z medicínského hlediska, kdy sociální stránka věci šla poněkud do pozadí. Nemocní, místo aby byli primárně potrestáni za svou nemoc, byli v první řadě naopak léčeni. Nemocnice byla dokonce označena jako model pro ostatní nemocniční zařízení pro její důraz na aseptické prostředí a dobře větrané a velké prostory (Sherwood, 2010).

Protože se toho o vrozené syfilis koncem 18. století ještě mnoho nevědělo, sloužily syfilitické matky a jejich děti jako pokusné subjekty při experimentování s dávkami rtuti a způsobem podání. Ač bývaly dětem a dospělým doporučovány velké dávky kovu, u novorozeňat tomu tak nebylo. Letalita byla prokázána u mnoha tehdy populárních léků - Keyserovy pastilky, Belletův sirup, dokonce i kalomel v malých dávkách dokázal usmrtit (Sherwood, 2010).

Proto se přistoupilo k metodě léčby přes mateřské mléko. Kojné byly v 9. měsíci těhotenství matek tedy připravovány. Dostávaly nejprve malé dávky rtuti a pokud reagovaly dobře, přešly po týdnu ke rtuťovým koupelím, které trvaly 12 dní a s každým dnem se přidávala jedna hodina navíc. Koupele byly někdy doplňovány masážemi se

rtuťovou masť. Když se ženy dostaly do stavu slinění, obdržely dvě novorozeňata na ošetřování. Tato léčba dětí trvala zpravidla dva až tři měsíce (Sherwood, 2010).

Do nemocnice Vaugirard byly dopravovány matky syfilitičky, které měly těsně před termínem porodu. Byly léčeny malými dávkami rtuti před porodem i po porodu, aby kov přešel do mateřského mléka a ony mohly pokračovat v terapii svých dětí samy. Když byly děti předány kojným, styl terapie se nezměnil, i když původně zdravým ženám rtuť škodila (Sherwood, 2010).

Nemocnice však neměla dlouhého trvání. S nadcházející francouzskou revolucí se měnily preference společnosti a pro Vaugirard, který byl shledán příliš drahým zařízením, vzhledem k počtu zachráněných dětí (méně než 20%), nebylo místo (Sherwood, 2010).

8.2 Nemocné děti a kojné

Dávat děti zanedlouho po narození kojným byl dlouhodobý zvyk. Nejinak tomu bylo i v případě syfiliticky nemocných dětí. Rodiče dávali novorozence kojným, které často o nemoci dětí věděly. Vzít si k sobě a kojit s přidanou rtuť bylo tehdy dobrovolné, proto se spousta kojných odmítala starat o syfilitické děti. Stávalo se ovšem také, že rodiče na popud svého rodinného lékaře nemoc zatajili a kojnou potají a úmyslně léčili rtuť, aniž by o tom sama věděla. To však mohlo mít velice vážné následky. Nejen že dítě takovou léčbu nepřežilo, ale navíc se kojná mohla od dítěte nakazit a přenést tak infekci do své vlastní rodiny (Sherwood, 2010).

Některé kojné se po takovém zjištění snažily bránit právně. Nebylo ovšem jednoduché zjistit pravdu, protože rodiny nakažených dětí, ve snaze krýt svého rodinného lékaře, tvrdily, že nemocná byla nejdříve kojná samotná a přes mateřské mléko nakazila jejich dítě. Lékaři často vypovídali, že některé symptomy, které děti vykazují jsou nepřenositelné, proto nemohly ženy nakazit. Několik kojných však tyto spory vyhrálo a získalo určitou kompenzaci za nedobrovolné léčení rtuť a vystavení nemoci (Sherwood, 2010).

Paul Diday ve své knize Léčba syfilis u novorozeňat a kojenců také uvádí případy nakažených kojných, kterým byly děti svěřeny. Ten ovšem píše nejen o syfilis přenesené kojenci s vrozenou formou, ale také o kojných původně nemocných, které nakazily své svěřence. Jako důkazy, kdo byl kým nakažen, vyzdvihuje místa prvních projevů na těle nemocného. Pokud měla kojná první projevy pouze v okolí bradavek, byla nevinná a

rodina dítěte jí měla odškodnit. Pokud se prokázalo, že vřed (ať už ulcerovaný nebo zatím jen ulcus durum) byl přítomen například v genitální oblasti, kojná byla nakažena od někoho jiného, než od svěřeného dítěte (Diday,1859).

8.3 Ošetřování v dnešní době

Venerologická onemocnění jsou stále tabuizované téma, které si nemocní nechávají často pro sebe. Stále nesou určitý ponižující ráz, proto je potřeba s nemocnými jednat velmi diskrétně a v soukromí. Pro zajištění správných podmínek při ošetřování, diagnostice a následné depistáži je potřeba práce depistážní sestry.

Systematické ošetřování a dokumentace na našem území začalo po 1. světové válce, kdy specializovaní lékaři a sestry spojili své síly a vytvořili první depistážní služby pro venerická onemocnění (Resl,2014).

8.3.1 Depistážní sestra

Činnost sestry si žádá nejen vzdělanost, ale také určitou dávku taktu a trpělivosti. Pohlavní nemoci bývají stigmatizující a ne každý nemocný bude 100% zodpovědný, co se týče dodržování léčby. Mimo syfilis se sledují pacienti s kapavkou, tvrdým vředem nebo chlamydiemi. Jelikož jsou pohlavní nemoci vysoce nakažlivé, je potřeba dodržovat zásady asepse a hygienické plány pracoviště, kam spadá nejen používání ochranných osobních pomůcek a důsledná desinfekce, ale také používání jednorázových nástrojů, hygienické nakládání s použitým prádlem nebo individualizace pomůcek pacienta, včetně toalety a sprchy při hospitalizaci (Záhejský, 1989).

Depistážní (venerologická) sestra musí také řádně pacienta edukovat, hlavně v oblasti sexuální a hygienické. Po dobu léčby je pacientovi zakázáno mít pohlavní styk, či jiné činnosti, při kterých hrozí nakažení dalších osob (u drogově závislých např. sdílení jehel s dalšími lidmi). Sestra se také snaží pacienta vést k celkové sexuální zdrženlivosti, monogamnímu jednání a zásadám bezpečného sexu v podobě užívání ochranných pomůcek. Pacient je dále poučován, aby nevystavoval ostatní riziku nakažení v podobě například použitých ručníků ve společných prostorách (Záhejský, 1989).

Další žádaná vlastnost sestry je mlčenlivost. Všechny údaje o nemocných přechovává v uzamčené dokumentaci a na neschopenkách se objevují krycí kódy. Lze si představit vynaloženou odvalu nemocného, která může být vmžiku zničena netaktní sestrou. Aby sestra získala všechny potřebné informace, je důležité také získat důvěru

pacienta hned při prvních okamžicích, protože je nutné zjistit nejen od koho se nemocný nakazil, ale zda svým chováním mohl ohrozit další lidi. Všechny, kteří byli s nemocným v kontaktu od prokazatelného nakažení je potřeba také vyšetřit (Veselá, 2012).

Nemocní jsou pravidelně zváni ke kontrolám u lékaře, jejichž sjednání má sestra také na práci. Aktivně vyhledává nemocné a pravidelně je zve na prohlídky, často i s rodinou, se kterou sdílí domácnost. Jednotlivé pacienty pak hlásí příslušné krajské hygienické stanici, kde se pod kódovým označením shromáždí data (Veselá, 2012).

Nemocnému, jakmile je mu pohlavní choroba diagnostikována, je poskytnuta hospitalizační péče, podle vyhlášky 306/2012, o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče. Tento právní předpis, mimo jiné, ustanovuje povinnost hospitalizace nemocných se syfilis v I. a II. stadiu na dva týdny, kdy je jim podáván penicilin (Resl, 2014). Pacient má však také určité povinnosti. Vzhledem k faktu, že léčba pohlavních nemocí je v České Republice ze zákona povinná, jsou nemocní povinni se nechat řádně vyšetřit a v případě prokázání nemoci i podstoupit léčbu. V souladu s prevencí rozšiřování choroby jsou také povinni uvést všechny osoby, se kterými byli v kontaktu a dbát na bezpečí ostatních osob (Veselá, 2012). Pokud nebudou nemocní spolupracovat a budou dále rozšiřovat nemoc, vystavují se riziku pokuty, či trestnímu stíhání podle zákona č. 40/2009 Sb., článku 152, 153 a 155 (Resl, 2014).

9 DISKUSE

9.1 Popis syfilis z historického hlediska

Práce relativně komplexně shrnula historii syfilis od prvních zmínek ve středověké Evropě až po dnešní dobu. Svět se změnil, stejně jako masové šíření, které probíhalo v minulosti a současně s pohybem velkých armád.

Vrozená syfilis byla historicky relativně dobře zmapována, i když se nemocní rodiče nechtěli přiznávat k syfilis, ať už z náboženského hlediska nebo čistě z pocitového. Učenci a spisovatelé již v 16. století popisovali tehdy ještě neznámou a velmi nebezpečnou nemoc, která se přenášela v podstatě smilněním. Fracastoro jako první nemoc pojmenoval Syphilis, podle onoho pasáčka, který se vzepřel bohům a jako jeden z prvních umělců popsal i příznaky syfilis. O vrozené formě se v historických dokumentech píše také jako o heredosyphilis, tedy dědičné formě. Takto ji nazval i Hutchinson, který se případy nemocných dětí zabýval poměrně intenzivně (Frith, 2012).

Bylo prokázáno, že vrozená syfilis se na evropském kontinentu objevila poměrně časně, vzhledem ke kolumbijské teorii, kdy měl Kryštof Kolumbus v roce 1492 nemoc přivést na svých lodích z Nového světa. Chorvatský nález ze 16. století, který je v práci popsán, nemůže teorii ani potvrdit ani vyvrátit, vzhledem k velkým pohybům tehdejších armád a datování ostatků až století od Kolumbovy výpravy. Zároveň Aleš Hrdlička, který na začátku 20. století zkoumal hroby Indiánů v Severní a Jižní Americe, kdy na kostrách datovaných před rok 1492 (díky sekvojovým letokruhům) nenašel žádné změny spojené se syfilis (Hübschmann a Gawalowski, 1959).

9.2 Srovnání archeologických nálezů vrozené syfilis s dnešními případy

I další archeologické nálezy provedené v posledních letech přinesly spoustu nových poznatků. Například ostatky dívky z Lisabonu z 18. století, kdy se dochovaly nejen části kůže ale také vnitřní orgány, je velmi zajímavý a přínosný fakt. Díky tomu jsme se mohli dozvědět, že hepatosplenomegalie jistě postihovala děti s vrozenou syfilis již v tomto období, nehledě na dochované macerované vředy na nohou, které perforovaly skoro až do kolenního kloubu (Souza et al, 2006). Také ostatky nalezené na Barbadosu skýtají spoustu informací. Ze 104 jedinců byli 3 prokazatelně nemocní, navíc všichni tři byli dospělí. Žádné ostatky nemocných dětí se nenašly, což může ukazovat na fakt, že buď se jiné nemocné děti nenarodily nebo že zemřely ještě před porodem. Autor článku se uchyluje

spíše ke druhému stanovisku, proto uvádí, že nemocných mohlo být až 3x více, než se našlo ostatků prokazatelně nemocných (Jacobi et al, 1992).

Tyto nálezy mají určité společné prvky a jmenovatele se současnými případy nemoci, hlavně poškození kostí periostitidou a osteochondritidou, jak ukazuje případ z Itálie z roku 2009. U nedonošence sice nebyly zjištěny známky zvětšení jater a sleziny, jeho nízká porodní váha, RTG kostí, vyrážka a puchýře na ploskách nohou a na dlaních se shodují s historickým popisem i s vědeckým pozorováním Hutchinsona, který tyto případy ve svých pracích popisoval (Brighi et al, 2011).

9.3 Incidence vrozené syfilis

Incidence vrozené syfilis byla vždy špatně hodnotitelná. V historii byl syfilitický plod často potrácen a když bylo donošeno a přivedeno na svět, jeho život nemíval dlouhého trvání. Až začátek 20. století vnesl do této problematiky světlo Bordet-Wassermannovou reakcí. To ukazuje i tabulka incidence syfilis z Budapešti a tabulka incidence vrozené syfilis z Osla. I když zde není vzrůst tak výrazný, mezi lety 1909 a 1910 je rozdíl 30 nových případů výrazně vyšší než jsou rozdíly jiných, stejně dlouhých, období (Flexner a Ulrich, 1925).

Dnešní doba disponuje celou řadou testů a možností prokázání syfilis ještě před narozením dítěte, takže má matka šanci se léčit a poškodit plod co nejméně. Přesto statistická data z ÚZISu u mezidobí mezi 2000 a 2012 popisují řádově jednotky případů nově objevených případů vrozené syfilis. Největší podíl nově diagnostikovaných je na samém začátku tisíciletí. Tento fakt je připisován stále vysoké migraci cizinců, zvláště ze zemí bývalého východního bloku přes naše území. Postupem doby tento trend klesá.

V nově objevených případech vrozené syfilis u nás však nedisponují jen novorozenci a kojenci, své zastoupení zde mají i dospělí jedinci v produktivním věku, podle statistického úřadu dokonce i s vysokoškolským titulem. Zarážející ovšem je, že hned po novorozencích je druhá nejpočetnější skupina nemocných v důchodovém věku nad 65 let. Zde se nabízí otázka: Narodili se ještě do doby, kdy se neprováděl plošný screening těhotných? Nebo zůstala jejich nemoc po celý jejich život v latentním stadiu?

9.4 Ošetřovatelská péče

Ošetřování nemocných postižených syfilis bylo vždy rizikové. Ať byli nemocní dospělí nebo děti, bývali stigmatizováni po zbytek svého života. Přesto byla poměrně brzy

po propuknutí nalezena alespoň částečně účinná léčba. Z pohledu ošetřovatelského lze mluvit o ošetřování chronických ran, v tomto případě vředů a vyrážky, které se mohly objevit po celém těle. Ošetřování prováděli mastičkáři a lazebníci, kteří nemocní potírali mastmi a oleji s příměsí rtuti a zavírali do vytopených místností (Frith,2012).

Vrozená syfilis se v ošetřování historicky nijak výrazně nelišila, snad jen dávky kovu bývaly pozměněny, podle reakce dítěte. Jinak tomu nebylo ani v nemocnici Vaugirard fungující na konci 18. století. Těhotné syfilitičky byly léčeny postupně se zvyšujícími dávkami rtuti, stejně jako kojné, které souhlasily s opečováváním dětí. Evidence případů závisela spíše na pečlivosti lékařů než na systematickém sběru dat (Sherwood, 2010).

O funkčním a spolehlivém screeningu se dá hovořit až po druhé světové válce, kdy byly dostupné nejen spolehlivé testy, ale také účinný lék (Morabia a Zhang, 2004). V České Republice se pohlavní nemoci začaly systematicky evidovat v roce 1959, kdy se sběru a zpracování dat ujal ÚZIS. Ústav i dnes pracuje s daty, které jsou odesílány z venerologických ambulancí a lůžkových oddělení, kde jsou případy syfilis diagnostikovány, hospitalizovány a léčeny.

Funkce depistážní sestry je v tomto případě velmi důležitá, vede nejen kartotéku s evidencí případů, ale také koordinuje návštěvy nemocných u lékaře na prohlídkách a poskytuje ošetřovatelskou péči ambulantně docházejícím pacientům. Dává praktické rady, jak se s nemocí vypořádat a jak ochránit okolí od možnosti nákazy a celkově podporuje pacienty, kteří se s nemocí špatně vyrovnávají (Veselá, 2012). Zvláštní péče se pak věnuje těhotným ženám, kterým byla syfilis diagnostikována. Jelikož se nejedná jen o zdraví ženy, ale také dítěte, spolupracuje gynekolog s dermatovenerologem a podněcuje ženu k léčbě. I přes všechnu snahu odborníků je však každoročně několik případů novorozenců s diagnostikovanou vrozenou syfilis. Nabízí se otázka, zda preventivní programy pro těhotné selhaly, či zda jen byla těhotná nedůsledná a na pravidelné gynekologické kontroly nedocházela.

9.5 Stálé riziko vrozené syfilis

Informovanost laické veřejnosti o riziku vrozené syfilis, se domnívám, není nijak hluboká či odstrašující. Pokud je těhotné ženě diagnostikována syfilis, nemusí si ani být vědoma, že svou nemocí může své dítě vážně ohrozit nejen na zdraví, ale i na životě. Těhotenský screening prováděný celkem 2x za těhotenství má svá opodstatnění a budoucí

matky, které jej nepodstoupí, si nemusí uvědomit, že jsou prohlídky důležité hlavně pro kontrolu správného vývoje plodu.

Velká pozornost se věnuje prevenci HIV a přenosu transplacentárně na dítě a vrozená syfilis jde proto částečně do pozadí, zatímco efektivita léčby je jednostranně ve prospěch syfilis. Podle WHO je až jeden milion těhotných každoročně infikováno syfilis, z čehož se s vrozenou formou narodí přes čtvrt milionu dětí, což je výrazně vyšší číslo než dětí nakažených HIV (Walker a Walker, 2002).

9.6 Výběr literatury

Na téma syfilis bylo v České Republice vydáno poměrně dost knih, článků a příspěvků. Z historického hlediska však bylo zdrojů již méně.

Ve vztahu k archeologickým a antropologickým výzkumům byla napsána spousta odborných článků z celého světa. Velmi přínosných knih pro tuto práci bylo několik, například *Infection of the innocents* od kanadské profesorky Joan Sherwood, klinické memoáry od Jonathana Hutchinsona nebo *Dermatovenerologie* od profesora Vladimíra Resla.

Mezi další cenné zdroje informací se řadí odborný článek vydaný v *Journal of Military and Veteran's Health*, o historii syfilis, který kromě komplexního pohledu na historii nemoci obsahuje například také úryvek z knihy učenice Fracastora z roku 1530, který přináší báji o legendárním Syfilovi.

Vzhledem k charakteru práce, tedy historicko-srovnávacím pojednání, bylo využito dobových knih, včetně dat v nich uvedených. Kniha od Abrahama Flexnera, britského výzkumníka, *Prostituce v Evropě* obsahovala velké množství statistických dat ohledně promořenosti evropských prostitutek, včetně cenných dat o vrozené syfilis. Oproti tomu, knihy lékařů Hutchinsona a Didaye disponují jednotlivými klinickými případy, které se v jejich době (zpravidla první polovina 19. století) vyskytly a které lékaři léčili.

Novodobé poznatky o vrozené syfilis se zásadě klinickými příznaky neliší. Kdyby v dnešní době nedocházelo k léčbě penicilinem či jinými antibiotiky, nemoc by se projevovala velmi podobně. Tento fakt potvrzují archeologické objevy z celého světa, kdy pozůstatky nesly zjevné známky nemoci.

10 ZÁVĚR

V práci jsme se seznámili s patofyziologií nemoci, s jednotlivými stadii a jejich projevy a s diagnostikou. V historické části byla nemoc popsána od prvních zmínek v Evropě z konce 15. století, přes 16. a 17. století, kdy byla syfilis velice obávána a nemocní bývali nadosmrtně stigmatizováni. Dále se práce zaměřila na diagnostiku a léčbu z historického hlediska, až k objevům 20. století, kam se řadí objev spirochety samotné, objev penicilinu a zavedení screeningu těhotných žen.

Velmi zajímavý zdroj je kniha od londýnského lékaře Jonathana Hutchinsona, který se dlouhou dobu setkával s dětmi postiženými vrozenou syfilis a mohl tak dosti podrobně sledovat společné příznaky, které děti nesly, jako například zvláště tvarované řezáky (později Hutchinsonovy řezáky), zánětlivá postižení očí, která často vedla až ke slepotě nemocných nebo hluchotu v různých stupních závažnosti.

Zahraniční vykopávky a archeologické nálezy uskutečněné po celé Evropě naznačily, že vrozená syfilis byla historicky velmi závažná a často i smrtelná onemocnění. Ti, kteří neměli tak závažné příznaky, byli stigmatizováni nemocí po celý jejich život. V práci byly popsány případy nalezených ostatků z Lisabonu, z Polska nebo například z bývalé plantáže na Barbadosu. Všechny ostatky nesly velmi podobné známky infekce kostí – ztluštění periostu následkem periostitidy a osteochondritidy, morušové moláry nebo Hutchinsonovy řezáky. U nalezených ostatků se také dělaly testy na určení množství rtuti v kostech a zubech, aby se tak zjistilo, zda byli nemocní léčeni tehdy velmi oblíbenou technikou, tedy potíráním rtuťovými mastmi a oleji. Tato léčba byla však prokázána jen u mála případů.

Zajímavé poznatky byly přítomny i v knize Prostituce v Evropě od Abrahama Flexnera, který se zabýval nejen počty prostitutek ve velkých evropských městech, ale také jejich nemocemi a následnou léčbou. Syfilis byla velmi častá a léčba byla nekomplexní a neúčinná. Lékaři byli při povinných prohlídkách nedbalí a když bylo nějakým prostitutkám prokázáno, že jsou opravdu nakažené, bývaly místo léčby zavírány do vězení nebo do nemocnic, ovšem ne proto, aby se vyléčily, ale proto, aby v infekčním období byly pod dohledem a nemohly tak nemoc rozšiřovat dále. Tento způsob prevence byl však velmi neúčinný, protože i když primární vřed zmizel, prostitutky byly stále infekční.

Nedílnou součástí práce je také statistika údajů sebraných ústavem zdravotnických informací a statistiky, která popisuje výskyt nemoci v České Republice od roku 2000 do

roku 2012 a ukazuje počty nemocných, pohlaví, věk nebo například léčbu. Statistické výsledky objevily některé zajímavé případy, kdy prvozáchyt nemoci byl uskutečněn na důchodcích starších 65 let nebo například že některé prvozáchyty vrozené syfilis se vůbec neléčily.

Další stěžejní téma práce bylo historické ošetřování dětí s vrozenou syfilis. Ošetřování dětí celkově mívaly na starosti kojné, kterým byly kojenci svěřeni. Při ošetřování dítěte s vrozenou syfilis se kojné vystavovaly nebezpečí přenosu nemoci na ně, potažmo na celou jejich rodinu. Někdy toto riziko podstupovaly vědomě a profylakticky byly léčeny rtutí, a to takovými dávkami, aby rtuť přešla i do mateřského mléka a kojné tak mohly léčit kojence. Někdy ovšem fakt, že je dítě takto infekční, rodiče záměrně zatajili, a to z důvodu hanby nebo potřeby zaopatření dítěte. Kojné totiž nemocné dítě mohly odmítnout ošetřovat.

Velkou novinkou v ošetřování syfilitických dětí bylo otevření nemocnice Vaugirard v Paříži na konci 18. století, kde se hospitalizovaly ještě těhotné syfilitičky a rodily v nemocnici pod léčbou rtutí.

V současnosti je syfilis dobře léčitelná pohlavně přenosná choroba. V naší zemi podléhá povinnému hlášení a pravidelné zákonem dané dispenzární péči. I přes velmi dobře propracovanou legislativu diagnostiky a povinné léčby, výborně sestavený systém dispenzární péče i ve srovnání s okolními zeměmi, dochází v České republice k výskytu vrozené syfilis v řádu jednotlivých případů ročně. Screeningové vyšetření těhotných žen v první i druhé polovině těhotenství, zajišťovací léčba těhotných, které prodělaly infekci syfilis, pravidelné kontroly dětí narozených syfilitickým matkám, přeléčování rizikových novorozenců, to vše přispívá k velmi dobré situaci v naší zemi. I přesto k výskytu syfilis connata dochází. Považuji tedy za důležité o výskytu syfilis širokou veřejnost informovat, zdůraznit častější výskyt v populaci oproti např. infekci HIV, poučit o možnosti přenosu infekce z matky na dítě i o významu screeningových vyšetření v první a druhé polovině těhotenství. Velmi důležité je vyzdvihnout také práci depistážních sester, které mají v péči nejen dospělé nemocné, ale také děti a těhotné.

Historická práce ohledně vrozené syfilis v České Republice je relativně neobvyklou záležitostí, i když je to velice zajímavé a poutavé téma. Ač onemocnění mohou někteří považovat za historického strašáka a v podstatě vymýcenou nemoc (jako například pravé neštovice), rozhodně tomu tak není.

ZDROJE

BRAUN-FALCO, Otto, Helmut H. WOLFF a Gerd PLEWIG. *Dermatol\u00f3gia a venerol\u00f3gia*. Martin: Osveta, 2001. ISBN 80-806-3080-1.

BRIGHI, Giulia, Giorgia FARNETI, Antonella MARANGONI, Elisabetta TRIDAPALLI, Iria NERI, Maria Grazia CAPRETTI a Giacomo FALDELLA. Congenital Syphilis Like Many Years Ago. *Case Reports in Infectious Diseases* [online]. 2011, **2011**, 1-4 [cit. 2016-09-12]. DOI: 10.1155/2011/235059. ISSN 2090-6625. Dostupn\u00e9 z: <http://www.hindawi.com/journals/criid/2011/235059/>

\u010cSR. Z\u00e1kon o pot\u00edr\u00e1n\u00ed pohlavn\u00edch nemoc\u00ed. In: . Praha: St\u00e1tn\u00ed tisk\u00e1rna, 1922, ro\u010dn\u00edk 1922, \u010d\u00e1stka 83, \u010d\u00edslo 241. Dostupn\u00e9 tak\u00e9 z: <http://ftp.aspi.cz/opispdf/1922/083-1922.pdf>

DIDAY, Paul. *A treatise on syphilis in new-born children and infants at the breast*. Lyons: J. E. Adlard, 1859.

DUCHKOV\u00c1, H. Syfilis. *Modern\u00ed babictv\u00ed* [online]. 2007, **2007**(14), 7 [cit. 2016-12-11]. Dostupn\u00e9 z: <https://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2007-14/?pdf=27>

FLEXNER, Abraham a Dr. Karel ULRICH. *Prostituce v Evrop\u011b*. Praha: \u010csl. spole\u010dnost pro pot\u00edr\u00e1n\u00ed chorob pohlavn\u00edch, 1925. ISBN CN: J/35208.

FRITH, John. Syphilis - Its Early History and Treatment Until Penicillin, and the Debate on its Origins. *Journal of Military and Veterans' Health* [online]. 2012, **20**(4), 10 [cit. 2016-09-12]. ISSN 1839-2733. Dostupn\u00e9 z: <http://jmvh.org/article/syphilis-its-early-history-and-treatment-until-penicillin-and-the-debate-on-its-origins/>

H\u00dcBSCHMANN, Karel a Karel GAWALOWSKI. *Venerologie pro mediky a l\u00e9ka\u0159e*. Praha: St\u00e1tn\u00ed zdravotnick\u00e9 nakladatelstv\u00ed, 1959.

HUTCHINSON, Jonathan. *A clinical memoir of certain diseases of the eye and ear consequent on inherited syphilis*. Lond\u00fdn: Harrison, 1863.

JACOBI, Keith P., Della Collins COOK, Robert S. CORRUCINI a Jerome S. HANDLER. Congenital syphilis in the past: Slaves at Newton Plantation, Barbados, West Indies. *American Journal of Physical Anthropology* [online]. 1992, **89**(2), 145-158 [cit. 2016-09-12]. DOI: 10.1002/ajpa.1330890203. ISSN 0002-9483. Dostupn\u00e9 z: <http://doi.wiley.com/10.1002/ajpa.1330890203>

KUKLOV\u00c1, Ivana. Syfilis v\u010dera a dnes. *Dermatologie pro praxi* [online]. 2012, **2012**(3), 2 [cit. 2016-12-09]. Dostupn\u00e9 z: <http://www.dermatologiepropraxi.cz/pdfs/der/2012/03/06.pdf>

LAUC, Tomislav, Cinzia FORNAI, Zrinka PREMU\u017dI\u010c, Marin VODANOVI\u010c, Gerhard W. WEBER, Boris MA\u0160I\u010c a Petra RAJI\u010c \u0160IKANJI\u010c. Dental stigmata and enamel thickness in a probable case of congenital syphilis from XVI century Croatia. *Archives of*

Oral Biology [online]. 2015, **60**(10), 1554-1564 [cit. 2016-09-12]. DOI: 10.1016/j.archoralbio.2015.07.002. ISSN 00039969. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0003996915300017>

LUNARDINI, A., L. COSTANTINI, L. COSTANTINI BIASINI, D. CARAMELLA a G. FORNACIARI. Evidence of congenital syphilis and tuberculosis in a XIX Century mummy (Perugia, Italy). *Journal of Biological Research - Bollettino della Società Italiana di Biologia Sperimentale* [online]. 2012, **85**(1), - [cit. 2016-09-12]. DOI: 10.4081/4125. ISSN 1826-8838. Dostupné z: <http://www.pagepressjournals.org/index.php/jbr/article/view/4125>

MEDMICRO [online]. Brno: Mikrobiologický ústav LF MU a FN u sv. Anny v Brně, 2006 [cit. 2016-03-14]. Dostupné z: <http://www.medmicro.info/portal/index.html>

MORABIA, A. a ZHANG, F. *History of Medical screening: from concepts to action*. Postgrad Med J 2004;80:463-469 doi:10.1136/pgmj.2003.018226

Pohlavní nemoci 2000. Praha 2: ÚZIS ČR, 2001. ISBN 80-7280-047-7. ISSN 1210-8634.

Pohlavní nemoci 2001. Praha 2: ÚZIS ČR, 2002. ISBN 80-7280-100-7. ISSN 1210-8634.

Pohlavní nemoci 2002. Praha 2: ÚZIS ČR, 2003. ISBN 80-7280-217-8. ISSN 1210-8634.

Pohlavní nemoci 2003. Praha 2: ÚZIS ČR, 2004. ISBN 80-7280-427-8. ISSN 1210-8634.

Pohlavní nemoci 2004. Praha 2: ÚZIS ČR, 2005. ISBN 80-7280-470-7. ISSN 1210-8634.

Pohlavní nemoci 2005. Praha 2: ÚZIS ČR, 2006. ISBN 80-7280-584-3. ISSN 1210-8634.

Pohlavní nemoci 2006. Praha 2: ÚZIS ČR, 2007. ISBN 978-80-7280-700-0. ISSN 1210-8634.

Pohlavní nemoci 2007. Praha 2: ÚZIS ČR, 2008. ISBN 978-80-7280-786-4. ISSN 1210-8634.

Pohlavní nemoci 2008. Praha 2: ÚZIS ČR, 2009. ISBN 978-80-7280-830-4. ISSN 1210-8634.

Pohlavní nemoci 2009. Praha 2: ÚZIS ČR, 2010. ISBN 978-80-7280-899-1. ISSN 1210-8634.

Pohlavní nemoci 2010. Praha 2: ÚZIS ČR, 2011. ISBN 978-80-7280-948-6. ISSN 1210-8634.

Pohlavní nemoci 2011. Praha 2: ÚZIS ČR, 2012. ISBN 978-80-7472-006-2. ISSN 1210-8634.

Pohlavní nemoci 2012. Praha 2: ÚZIS ČR, 2013. ISBN 978-80-7472-085-7. ISSN 1210-8634.

POLÁČKOVÁ, Zora. Pohlavní choroby. *Dermatologie pro praxi* [online]. 2008, **2008**(2), 3 [cit. 2016-12-09]. Dostupné z: <http://www.dermatologiepropraxi.cz/pdfs/der/2008/02/06.pdf>

RESL, Vladimír. *Dermatovenerologie: přehled nejdůležitějších znalostí a zkušeností pro bakalářské a magisterské studium nelékařských oborů*. V Plzni: Západočeská univerzita, 2014. ISBN 978-80-261-0387-5.

ROTHSCHILD, B. M. History of Syphilis. *Clinical Infectious Diseases* [online]. 2005, **40**(10), 1454-1463 [cit. 2016-09-12]. DOI: 10.1086/429626. ISSN 1058-4838. Dostupné z: <http://cid.oxfordjournals.org/lookup/doi/10.1086/429626>

SEDLÁČEK, Dalibor, Ivan ŠUBRT a Jiří DORT. Kongenitální infekce - současný stav. *Pediatric pro praxi* [online]. 2007, **2007**(2), 5 [cit. 2016-12-09]. Dostupné z: <http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2007/02/02.pdf>

SHERWOOD, Joan. *Infection of the Innocents: wet nurses, infants, and syphilis in France, 1780-1900*. 1. Ithaca [N.Y.]: McGill-Queen's University Press, 2010. McGill-Queen's/Associated Medical Services studies in the history of medicine, health, and society, 37. ISBN 978-0-7735-3741-5.

SOUZA, Sheila Mendonça de, Sonia CODINHA a Eugénia CUNHA. The girl from the Church of the Sacrament: a case of congenital syphilis in XVIII century Lisbon. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz* [online]. 2006, **101**, 119-128 [cit. 2016-09-12]. DOI: 10.1590/S0074-02762006001000018. ISSN 0074-0276. Dostupné z: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext

SWIDERSKI, Richard M. *Quicksilver: a history of the use, lore and effects of mercury*. 1. Jefferson, N.C.: McFarland, c2008. ISBN 07-864-3596-8.

ŠTORK, Jiří. *Dermatovenerologie*. 2. vyd. Praha: Galén, c2013, xv, 502 s. ISBN 9788072628988.

ŠTÁVA, Zdeněk a Lubor JIRÁSEK. *Základy dermatologie a venerologie v tabulkách a schemech pro studující lékařství a praktické lékaře*. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1957.

TOMCZYK, Jacek, Hanna MAŃKOWSKA-PLISZKA, Piotr PALCZEWSKI a Dorota OLCZAK-KOWALCZYK. Congenital syphilis in the skeleton of a child from Poland (Radom, 18th–19th century AD). *Anthropological Review* [online]. 2015-01-1, **78**(1), - [cit. 2016-09-12]. DOI: 10.1515/anre-2015-0006. ISSN 2083-4594. Dostupné z: <http://www.degruyter.com/view/j/anre.2015.78.issue-1/anre-2015-0006/anre-2015-0006.xml>

VESELÁ, Petra. *Pohlavní choroby - nová hrozba?*. Plzeň, 2012. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni. Vedoucí práce Prof. MUDr. Vladimír Resl, CSc.

WALKER, Damian G a Godfrey JA WALKER. Forgotten but not gone: the continuing scourge of congenital syphilis. *The Lancet Infectious Diseases* [online]. 2002, **2**(7), 432-

436 [cit. 2016-09-12]. DOI: 10.1016/S1473-3099(02)00319-5. ISSN 14733099. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1473309902003195>

ZÁHEJSKÝ, Jiří. *Vybrané kapitoly z dermatovenerologie pro depistážní sestry: Učební text pro zdravotní sestry pracující na kožních odd. se zaměřením na depistážní a protivenerickou činnost : Určeno stř. zdravot. pracovníkům pro PSS*. Brno: Institut pro další vzdělávání stř. zdravot. pracovníků, 1989. Učební texty. ISBN 80-701-3009-1.

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 - Vídeňská statistika výskytu syfilis a kapavky mezi lety 1906 a 1910 (Flexner, 1925)

Tabulka 5 - Budapešťská statistika výskytu syfilis mezi lety 1907 a 1911 (Flexner, 1925)

Tabulka 6 - Norská statistika hlášených případů vrozené syfilis mezi lety 1880 a 1905 (Flexner, 1925)

Tabulka 7 - Dánská statistika hlášených případů vrozené syfilis mezi lety 1907 a 1911 (Flexner, 1925)

SEZNAM GRAFŮ

Graf 5 - Incidence vrožené syfilis v ČR mezi lety 2000 a 2012 (ÚZIS, Pohlavní nemoci)

Graf 6 - Věk nemocných s vroženou syfilis v ČR (ÚZIS, Pohlavní nemoci)

Graf 7 - Způsob záchytu vrožené syfilis v ČR (ÚZIS, Pohlavní nemoci)

Graf 8 - Způsob léčby vrožení syfilis v ČR (ÚZIS, Pohlavní nemoci)

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 – Edukační leták pro těhotné ženy

Příloha 2 – Hereditární syfilis

Příloha 3 – Syfilitická rýma


Příloha 4 – Dobové portréty, sedlovitý nos

Příloha 5 – Dobový plakát připomínající důležitost screeningu

PŘÍLOHY

Příloha 1, Edukační leták pro těhotné ženy

Chraňte své dítě ještě před narozením



Syfilis je pohlavně přenosné onemocnění, které se na našem území stále vyskytuje a je přenosné i z matky na plod. V dnešní době je dobře léčitelné antibiotickou terapií, pro úspěch terapie je však důležitý včasný záchyt.

Neléčená syfilis u těhotné ženy může skončit potratem či předčasným porodem, pro plod trvalými následky tělesnými i mentálními. Matka nemusí o svém onemocnění vědět.

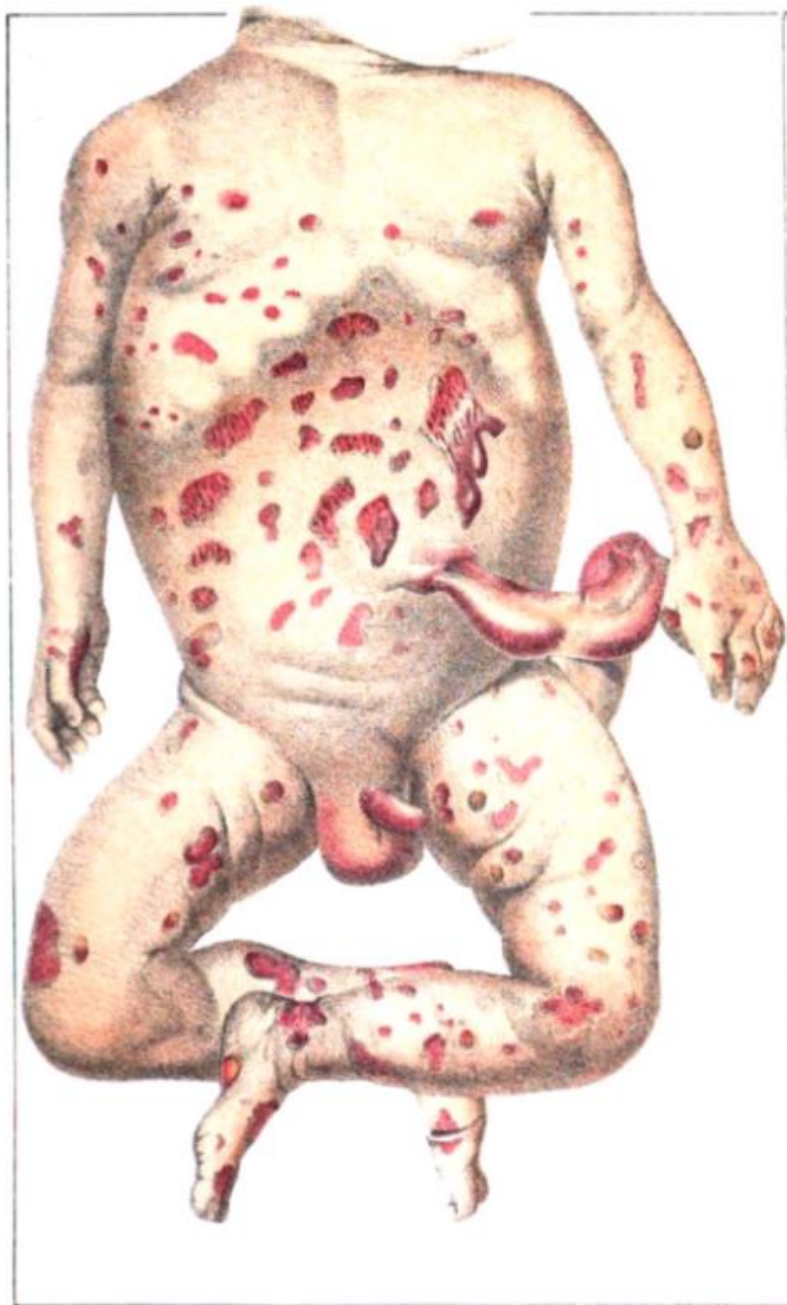
Věděli jste, že součástí preventivních vyšetření v těhotenství jsou i testy na syfilis?

Preventivní vyšetření na syfilis jsou v naší republice v rámci prenatální péče povinná.

Dodržujte proto v průběhu těhotenství pravidelné návštěvy gynekologa a s tím spojená preventivní vyšetření.

Chraňte své zdraví i zdraví Vašeho dítěte.

Příloha 2, Hereditární syfilis (BEANEY, James George. *Syphilis: Its nature and diffusion popularly considered*. Melbourne: George Robertson, 1869.)



Hereditary Syphilis.

Příloha 3, Syfilitická rýma (MedMicro, 2006)



Příloha 4, Dobové portréty, sedlovitý nos (MedMicro,2006)



Příloha 5, Dobový plakát připomínající důležitost screeningu (MedMicro, 2006)

