

# Vulvovaginitidy pro urogynekology

**MUDr. PhDr. Pavel Čepický, CSc.**

Gynekologicko-porodnická ambulance LEVRET, s.r.o., Praha

Gynekologicko-porodnická klinika 3. LF UK a FN KV, Praha

Přehledný článek zaměřený na příčiny, diagnostiku a terapii vulvovaginálního dyskomfortu („vulvovaginitidy“) a jejich urologické konsekvence, které jsou ovšem minimální. Podrobněji popisuje vulvovaginitidy virové etiologie (molluscum contagiosum, herpes genitalis, condylomata acuminata) a „vulvovaginitidy v tradičním slova smyslu“ (trichomoniáza, laktobacilóza, anaerobní vaginóza, aerobní vaginitis, atrofická vaginitis).

**Klíčová slova:** vulvovaginitis, vulvovaginální dyskomfort.

## Vulvovaginitides for urogynaecologists

The review article deals with the aetiology, diagnosis, and treatment of vulvovaginal discomfort (vulvovaginitides) and its urological sequelae which, however, are minimal. Described in more detail are vulvovaginitides of viral origin (molluscum contagiosum, genital herpes, condylomata acuminata) and vulvovaginitides “in the traditional sense of the word” (trichomoniasis, lactobacillosis, anaerobic vaginosis, aerobic vaginitis, atrophic vaginitis).

**Key words:** vulvovaginitis, vulvovaginal discomfort.

## Úvod

Tvrzení, že gynekologické záněty a záněty močových cest spolu velmi často souvisí, je tradováno desítky let a je – spíše mezi urology než mezi gynekology – chápáno jako neoddiskutovatelná pravda. Tak se gynekologové setkávají s pacientkami přicházejícími od urologů s žádostí „léčit výtok“ nebo „provést kultivační vyšetření z pochvy“ a podobně.

Budiž tedy hned a přímo řečeno, že jedině gynekologické záněty, které souvisí se záněty močových cest, jsou pohlavně přenosné infekce – *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Trichomonas vaginalis* (1, 2, 3). Z nich jediná, totiž trichomoniáza, způsobuje u žen vaginitidu (její urologický význam je nicméně, domnívám se, zcela marginální). Zbývající dvě postihují nikoli pochvu (dlaždicový epitel pochvy je vůči nim rezistentní), ale výhradně dělohu a další části vnitřního genitálu (ve směru ascendentní infekce:

cervicitis, endometritis, salpingitis, pelveo-peritonitis) (2).

Stará, a dnes obsoletní, představa o souvislosti vulvovaginitid a uroinfekcí souvisí s neméně starou, a neméně obsoletní, představou, že vulvovaginitidy jsou „infekce“. Dnes víme, že vulvovaginitidy nejsou (v drtivé většině) infekční onemocnění v přesném slova smyslu, nejsou to „infekce“, jsou to „dysmikrobie“.

## Klasifikace vulvovaginitid

Vědecká klasifikace vulvovaginitid (dnes se spíše než o vulvovaginitidách mluví o „vulvovaginálním dyskomfortu“) je obtížná a nepřehledná. Lepší je jakási praktická klasifikace, byť nezaujatému pozorovateli připomíná dělení klobouků na pánské, plyšové a černé.

Můžeme tedy rozlišit: kožní („nemikrobiologické“) nemoci vulvy, virové infekce vulvy, intraepiteliální neoplázie, „vulvovaginitidy v úzkém (či tradičním) slova smyslu“, ostatní stavy.

## Kožní a virové vulvovaginální nemoci

Vulvu může postihnout v zásadě jakékoli kožní onemocnění. Častěji se objevují lichen simplex, lichen ruber, psoriáza (byť vulva není predilekční lokalizací). Specifickým onemocněním vulvy je lichen sclerosus. Diagnózu, která nemusí být snadná (na vulvě je obraz často atypický) a nezřídka vyžaduje histologické ověření, činí gynekolog ve spolupráci s dermatologem, urologické konsekvence tato onemocnění nemají (4).

Virové infekce jsou přenosné pohlavním stykem nebo alespoň těsným tělesným kontaktem.

## Molluscum contagiosum

Příčinou je molluscipoxvirus. Léze jsou tvrdé, hladké, lesklé, velikosti 2–5 mm, z malé prolákliny uprostřed lze vytlačit mléčnou tekutinu. Mohou být mnohočetné a mohou být lokalizovány kdekoli, nicméně u mladých dospělých se najdou nejčastěji na genitálu.

Diagnóza se učiní z klinického obrazu. Specifická léčba neexistuje, během měsíců až dvou let nastává spontánní vyhojení. Léze lze odstranit chirurgicky (kyretáží nebo kryoterapií).

Urologický význam onemocnění nemá (1).

## Herpes genitalis

Je způsoben infekcí lidským herpesvirem, obvykle HSV-2, méně často HSV-1.

Projevuje se výsevem vesikul, které se však rychle strhnou, takže většinou už zastihneme vřídka. U primoinfekce se mohou objevit systémové příznaky (myalgie, febrilita). Výsev trvá asi dva týdny, poté dochází k spontánnímu vyhojení lézí. Virus však přetrvává v regionálních senzitivních gangliích a kdykoli v budoucnu (i po letech, někdy jednorázově, jindy opakovaně) může opět způsobit kožní výsev, byť obvykle v menším rozsahu a kratšího trvání.

Léčba akutní ataky virostatiky (acyklovir, vanciklovir) má význam pouze v případě, že se jí podaří zahájit ještě v krátkém stadiu prodromů před výsevem puchýřků, což je spíše výjimka a šťastná náhoda. Virostatika nicméně mohou mít význam v prevenci recidiv (pokud jsou časté) a v léčbě systémových infekcí u imunokompromitovaných jedinců. Při akutním výsevu genitálního herpesu je terapie pouze symptomatická (analgetika).

Urologický význam herpes genitalis je minimální. Může způsobit dysurii (resp. spíše pseudodysurii) (1).

## Papillomavirové infekce

Nejznámějším projevem papillomavirových infekcí genitálu jsou condylomata acuminata (genitální bradavice, říčky), způsobené nejčastěji typy HPV-6 a HPV-11 (sumárně LR-HPV, tedy „low risk“). Klinicky manifestní léze (což je jen menšina infekcí) se projevuje různě. Tradičně se rozlišují varianty: špičatá, papilární, papilózní, obří, plošná. Rovněž počet lézí, které se mohou objevit nejen na vulvě, ale i v pochvě a na děložním čípku, je rozličný, od jediné po rozsáhlý výsev.

Část lézí časem mizí spontánně, terapeuticky se používají různé modifikace chirurgické léčby nebo lokální aplikace cytotoxických látek (např. podofylin, kyselina trichloroctová, imiquimod).

Méně nápadné, ale potenciálně závažnější jsou léze způsobené kmeny HR-HPV („high risk“), např. HPV-16, HPV-18, které způsobují intraepiteliální a posléze invazivní karcinomy vulvy. Léčba

je chirurgická. Proti papillomavirovým infekcím genitálu je dnes možná vakcinace.

Urologický význam tato onemocnění nemají (1, 4).

## Vulvovaginitidy v úzkém (tradičním) slova smyslu

Projevují se výtokem a/nebo pálením či svěděním genitálu.

### Trichomoniáza

Infekční pohlavně přenášené onemocnění způsobené prvokem bičienka poševní (*Trichomonas vaginalis*). Akutní onemocnění se u ženy se projevuje výtokem (udává se, že výtok je řídký, zpěněný a nasládlý), občas i pruritem. Akutní projevy však mohou chybět a neléčené onemocnění přechází do chronické asymptomatické formy. Kromě pochvy se trichomonády usilují i v močové trubici, nezpůsobují však žádné urologické problémy (u muže je postižena pouze uretra a onemocnění je asymptomatické).

Diagnóza spočívá v průkazu trichomonád, buď mikroskopickým (ideálně v nativním preparátu, kde jsou pohyblivé se prvoci nápadní) nebo kultivačním.

Lékem první volby je metronidazol, s (problematickou) výjimkou prvního trimestru gravidity vždy per os. Vždy je nutno léčit oba (přesněji všechny) partnery (a všechny jejich další partnery a partnerky atd.). Rezistence trichomonád na metronidazol byla popsána, v praxi je však výjimečná a v případech údajného „selhání terapie“ jde ve velké většině případů o „reinfekci z neidentifikovaného zdroje“ (1, 3, 5).

### Vulvovaginální dysmikrobie

Podle tradiční představy tvoří fyziologické osídlení normální zdravé pochvy *Lactobacillus acidophilus*, který tvoří kyselinu mléčnou, jež udržuje v pochvě kyselé prostředí a brání infekci jinými bakteriemi. Dnes víme, že

a) Laktobacilů existuje více než 100 druhů, některé aerobní, některé anaerobní, z nichž pouze menší část jsou druhy „příznivé“ (např. *L. rhamnosus*, *L. iners*); rozlišení jednotlivých druhů je možné pouze pomocí PCR a v běžné laboratoři není dostupné;

b) V každé pochvě žijí minimálně desítky druhů dalších bakterií, z nichž mnohé nebyly dosud ani identifikovány a pojmenovány; průkaz většiny těchto bakterií je opět možný pouze pomocí PCR;

c) Každá žena má svůj jedinečný vaginální mikrobiom (6). I když je pravda, že u asymptomatické ženy většinou laktobacily převládají a pH je nízké ( $\leq 4,6$ ), není to zdaleka stoprocentní pravidlo;

d) Z řečeného vyplývá, že prakticky kteroukoli bakterii a kteroukoli kvasinku nalezenou v pochvě je nutno pokládat buď za normální součást vaginálního mikrobiomu, nebo za náhodnou dočasnou kontaminaci (u pochvy, neustále vystavené opakovanému „přísunu“ mikroorganismů ze zevního prostředí, běžnou), která je obvykle asymptomatická a s kterou se pochva dokáže vypořádat sama.

Problémy vznikají, když se vaginální mikrobiom nějak naruší: „něco“ se přemnoží. Vzniklá nerovnováha může způsobit potíže ženy a vynutit si léčbu, ponechána sama sobě má nicméně tendenci vrátit se po nedlouhé době opět k normálnímu (ženě vlastnímu) stavu.

Podle toho, „co“ se přemnoží, jsou dnes definovány čtyři klinické jednotky: existují však nevzácné případy kombinované (splňují diagnostická kritéria dvou, někdy i tří jednotek) nebo nedefinované (nesplňují diagnostická kritéria žádné definované jednotky).

### Vulvovaginální mykóza

Přemnožily se kvasinky rodu *Candida*, nejčastěji (90 %) *C. albicans*, asi 10 % tvoří *C. glabrata*, ostatní druhy se vyskytují ojediněle. (K tomu poznámka: Běžná mikrobiologická laboratoř druhou typizaci neprovádí a automaticky každou kandidu označuje jako *albicans*. Druhou typizaci si je nutno individuálně vyžádat, obvykle je to zbytečné a navíc drahé.)

Klinicky se projevuje jako svědění nebo pálení vulvy a výtok (obvykle hustý „tvarohovitý“ nebo naopak řídký, čirý, „vodnatý“). V „čistých“ případech je pH nízké ( $\leq 4,6$ ).

Diagnóza spočívá v mikroskopickém průkazu kvasinek u symptomatické ženy (náhodný nález kvasinek u ženy asymptomatické není patologie a neléčí se, kandidy jsou součástí normální poševní mikrobiální flóry) (1, 3, 4).

### Laktobacilóza

Přemnožily se tzv. vláknité laktobacily. Klinická symptomatologie se neliší od „typické mykózy“ (lečťák žena neúspěšně léčená pro „mykózu“ nikdy mykózu neměla – má laktobacilózu). Výtok je bílý a tvarohovitý, pH  $\leq 4,6$ . Diagnóza spočívá v mikroskopickém průkazu

vláknitých laktobacilů (a současně vyloučení přítomnosti kvasinek) (1).

### Anaerobní vaginóza

Přemnožily se anaerobní bakterie. Klinicky je přítomen výtok (řídý, šedavý, ulpívající na stěně pochvy, páchne rybinou), může být i pruritus. pH je vysoké (> 4,6). Diagnóza spočívá ve splnění Pheiferových (Anselmových) kritérií. Jsou čtyři, k diagnóze musí být splněna tři: typický vzhled výtoku, pH > 4,8, pozitivní aminový test (na štětičku nebo sklíčko s výtokem se přidá kapka 10% KOH, při pozitivním testu se objeví intenzivní „rybí“ zápach), v mikroskopickém obraze přítomnost klíčových buněk (epitelie pokryté bakteriemi, takže získávají „zrnitý vzhled“), v typickém „čistém“ případě leukocyty chybí. (Poznámka: Navzdory tradované pověře *Gardnerella vaginalis* není příčinou anaerobní vaginózy, její průkaz neznamená sám o sobě diagnózu tohoto stavu a její nepřítomnost anaerobní vaginózu nevylučuje.) (1, 4, 7).

### Aerobní vaginitis

Přemnožily se aerobní bakterie. Klinicky je výtok nažloutlý a páchne spíše hnilobně či hnisavě. pH je vysoké, aminový test je negativní. Diagnóza se činí podle Nugentova skóre v mikroskopickém obraze, v němž je záplava bakterií a početné leukocyty, laktobacilů je málo nebo chybí, v těžkých případech se objevují parabazální buňky (1, 4, 7).

## Diagnostika vulvovaginitid v klinické praxi

Nutné je: vyšetření v zrcadlech (charakter výtoku), stanovení pH, aminový test s 10% KOH, mikroskopické vyšetření.

Při mikroskopickém vyšetření (ať nativního, či fixovaného preparátu) naprosto nestačí určený MOP (mikrobní obraz poševní podle Jírovce, Petera a Málka). Koncepte MOP byla ve své době (konec 40. let) velkým pokrokem, ale dnes naprosto neodpovídá současnému pojetí. Je nutno semikvantitativně (0 až ++++) hodnotit přítomnost: trichomonád, kandid, laktobacilů, vláknitých laktobacilů, mobilunků (objevují se někdy u anaerobní vaginózy), ostatních bakterií, leukocytů, klíčových buněk, parabazálních buněk (objevují se v těžkých případech aerobní vaginitidy a u tzv. atrofické vaginitidy) (5, 8).

U jednorázové ojedinělé ataky potíží je otázka, zda toto vše je nutné, zda nepostačuje jen

gynekologické vyšetření, doplněné vyšetřením pH a aminovým testem nebo zda vůbec přímo nepředepsat některý směsný preparát (nejspíše kombinaci nifuratel + nystatin). Vždy je však vhodné odeslat do laboratoře nátěr k mikroskopickému vyšetření (při nejmenším k vyloučení trichomoniázy). Při chronických či recidivujících případech je ovšem řádné vyšetření nutné.

Poznámka: Jak patrně, kultivační vyšetření nejenže není součástí diagnostického algoritmu, ale méně zkušeného může dokonce znamenitě zavést a pacientku vážně poškodit. Je řada žen, jejichž lékař se pokouší neustálým střídáním antibiotik eliminovat nějakou stále kultivovanou (pochopitelně nevyhubitelnou, je součástí ženina normálního mikrobiomu) bakterii, nejčastěji *Streptococcus agalactiae* nebo *Enterococcus faecalis*. Bezhlavá antibiotická léčba rozbíjí poševní mikrobiom a sama vede k dysmikrobiím a potížím, o iatrogenizaci pacientky nemluvě. Prakticky jakákoli vykultivovaná bakterie je buď součástí normálního mikrobiomu nebo náhodný nález, který zdravá pochva dokáže eliminovat sama. Kromě toho z desítek druhů žijících v pochvě vykultivujeme vždy jen ten, který na použité kultivační půdě roste nejrychleji – mnohé kultivovat vůbec nelze (z klinicky významných např. *Atopobium vaginae*) nebo nejsou dosud ani rozpoznány a definovány (5).

## Terapie vulvovaginitid

Předně: Vždy léčíme ženu, nikoli laboratorní nález. Léčíme pouze pacientky symptomatické. Kontrola po léčbě je zbytečná, pokud potíže ustoupily, není další léčba indikována, ať je laboratorní nález jakýkoli. Jedinou výjimkou je trichomoniáza – z důvodů epidemiologických.

U symptomatologické ženy postupujeme podle diagnózy – pokud nevolíme některý směsný přípravek. U mykóz vaginální antimykotika, u aerobní vaginitidy a anaerobní vaginózy antibakteriální léky účinné proti aerobním či anaerobním bakteriím (např. polymyxin + neomycin u aerobní vaginitidy, metronidazol nebo clindamycin u anaerobní vaginózy), případně doplněné o antimykotikum. U poměrně vzácné laktobacilózy se doporučují širokospektré peniciliny. Volíme-li při nejisté diagnóze nebo u smíšených dysmikrobií směsný přípravek s širokým spektrem, nejefektivnější je kombinace nifuratelu a nystatinu (1, 2, 3, 7).

## Chronické a recidivující vulvovaginitidy

Zde je nutná řádná diagnóza, jak byla popsána výše. Podle výsledku pak cílená terapie v „dlouhém“ režimu (alespoň 12 dní, u mykózy alespoň 14 dní). Následovat má cílená prevence. Ta je nejdůležitější u recidivujících mykóz, zde má část farmakologickou (např. flukonazol 150 mg per os jednou měsíčně alespoň po dobu půl roku) a část opatření „životního stylu“ (zákaz džín, nevhodné jsou punčocháče a kalhoty a syntetické prádlo, vyhnout se dietní chybě ve smyslu vysokého přívodu cukrů, nestřídat vaginální a anální soulož v „nesprávném“ pořadí) (3, 9).

## Atrofická vaginitis

Je to vulvovaginální dyskomfort u hypoestriinní ženy. Diagnosticky obvykle odpovídá aerobní vaginitidě. Vyskytuje se v postmenopauze (užívání systémové hormonální terapie jí nemusí zabránit) a také u kojících žen.

Léčba je v první fázi antibakteriální, poté však musí následovat dlouhodobá (několikaletá) vaginální estrogenní terapie (je vcelku lhostejné, zda estriolem nebo estradiolem) (7).

## Urologický význam „vulvovaginitid v úzkém tradičním slova smyslu“

Je minimální, ne-li žádný. Bakterie z pochvy se mohou (nejspíše v souvislosti se sexuálními aktivitami) dostat do močových cest a zde případně způsobit symptomatické onemocnění. Tyto bakterie jsou však součástí vaginálního mikrobiomu, v pochvě je nelze vyhubit. Při případných recidivujících uroinfekcích nemá smysl zaměřit se na konkrétní bakterii a snažit se ji eliminovat (a nemá to naději na dlouhodobý úspěch). Je třeba odhalit důvod, proč u této ženy dochází k přestupu bakterie často a proč močové cesty reagují zánětem.

Jistou výjimkou je atrofická vaginitis. Nedostatkem estrogenů trpí nejenom pochva, ale i dolní močové cesty a vaginální estrogenní terapie má příznivý efekt i zde.

## Některé vzácné příčiny vulvovaginálního dyskomfortu

### Vestibulitis

Poněkud záhadné onemocnění projevující se bolestí introitu na dotyk – což často znemožňuje jakýkoli sexuální kontakt (a také gynecologické vyšetření).

kologické vyšetření). Kolposkopem lze obvykle kolem hymenu nalézt červené makuly. Příčina je neznámá a velmi obtížná je i terapie. Naštěstí alespoň u části žen mizí potíže časem (více měsiců) spontánně. Urologický význam nemá (4, 5).

### Alergická vulvovaginitida

Diagnóza je obtížná, na podezření nejspíš může uvést výskyt jiných alergických problémů. Pro závěr má rozhodující slovo imunolog.

### Dysestetická vulvodynie

Projevuje se pálením vulvy, které je sice úporné, ale nebrání spánku, souloži ani gyne-

kologickému vyšetření. V terapii se uplatní antidepressiva (5).

### Tzv. psychosomatická vulvovaginitis

Úporné subjektivní potíže odpovídající vulvovaginitis, bez objektivního ekvivalentu a bez reakce na terapii. V pozadí je nevědomé vyhýbání se pohlavnímu styku (podle toho se učiní i diagnóza: „Nemohu přece souložit, dokud nebudu zdravá.“) (5).

### Cervicitis

Cervicitis je zánět děložního hrdla. Jeho etiologie a patogeneze se zcela li-

ší od vulvovaginitid, symptomatologie (výtok) však někdy může vulvovaginitidu napodobovat.

Cervicitidou začíná pánevní zánětlivá nemoc a její příčinou jsou, v drtivé většině případů, pohlavně přenášené infekce, konkrétně kapavka a infekce *Chlamydia trachomatis*. Zde je současná infekce močových cest pravidlem. Gynekolog může provést odběry na PCR vyšetření zaměřené na gonokoky a chlamydie z hrdla děložního – urologovi ovšem nic nebrání v tom, aby stejné vyšetření provedl z uretry, se stejným výsledkem (7).

*Autor prohlašuje, že zpracování článku nebylo podpořeno žádnou společností.*

## LITERATURA

1. Čepický P. Nemoci vulvy a pochvy. Moderní gynekologie a porodnictví 2005; 14(2).  
2. Líbalová Z. Záněty v gynekologii. In: Roztočil, A. a kol.: Moderní gynekologie. Praha: Grada 2011: 186.  
3. Mašata J, Poisslová M, Mašatová D. Přehled nejčastějších vulvovaginálních infekcí. Možnosti jejich diagnostiky a léčby. Moderní gynekologie a porodnictví 2011; 20(1): 15.

4. Sláma J. Diferenciální diagnostika nálezů na vulvě. In: Kapitoly z diferenciální diagnostiky v gynekologii a porodnictví. Praha: Grada 2018: 5 (v tisku).  
5. Čepický P. Vulvovaginální dyskomfort. In: Kapitoly z diferenciální diagnostiky v gynekologii a porodnictví. Praha: Grada 2018: 1 (v tisku).  
6. Huang B, Fettweis JM, Brooks JP, Jefferson KK, Buck GA. The changing landscape of the vaginal microbiome. Clin.

Lab. Med. 2014; 34: 747.

7. Líbalová Z. Vulvovaginitis. Moderní gynekologie a porodnictví 2008; 17(Supplementum 1).  
8. Čepický P, Dvořák K, Dvořák V, et al. Doporučení k diagnostice a terapii vulvovaginitidy. Aktualizace 2005. Česká gynekologie 2005; 70: 14.  
9. Špaček J, Buchta V, Jílek P, a kol. Vulvovaginální dyskomfort a poruchy poševního prostředí. Praha: Grada 2013.

## KOMENTÁŘ K ČLÁNKU

Urol. praxi 2018; 19(3): 115

# Vulvovaginitidy pro urogynekology

**MUDr. Kamil Belej, Ph.D., FEBU, MBA**

Urologie – Chirurgické oddělení, Nemocnice Na Homolce, Praha

Vzhledem k blízkosti dolních močových cest, zevních rodidel a vchodu pochvy u žen se předpokládá určitá spojitost mezi patologickými zánětlivými nálezy v uvedené oblasti. Etiologicky způsobují infekce močových cest uropatogenní kmeny, které jsou součástí střevní flóry a osidlují tlusté střevo a oblast konečníku. Mikroorganismy ve vchodu poševním a v pochvě samotné mají jiné biologické vlastnosti a svým způsobem chrání zevní ústí močové trubice a dolní močové cesty proti průniku bakterií ze střeva. Zatímco infekce močových cest jsou většinou projevem invaze odjinud, považují se zánětlivé onemocnění v poševním

vchodu velmi často za poruchu rovnováhy mezi jednotlivými druhy mikroorganismů, které se tam nachází fyziologicky. Klasická infekční onemocnění zevních rodidel uvedená v článku, jenž jsou způsobena patogenními mikroorganismy na druhou stranu nejsou hrozbou pro normálně fungující dolní močové cesty bez jiných morfologických změn. Do celé problematiky zasahuje rovněž fakt, že infekce močových a ženských pohlavních orgánů řeší lékaři různých odborností. Komentovaný článek velmi přehledně a srozumitelně popisuje současný pohled na tuto problematiku z gynekologického hlediska. Velký význam má zejména kon-

statování, že zánětlivé afekce gynekologické a urologické vzájemně souvisí jen velmi okrajově. Důležité proto je, aby situaci dle potřeby zhodnotili vždy specialisté v dané oblasti, což zejména platí u komplikovaných, recidivujících či jiných chronických stavů. Vzhledem k výše uvedeným skutečnostem je tudíž vhodné, aby urologové pamatovali na základní principy vzniku, diagnostiky a léčby těchto infekcí a používali je v každodenní praxi.

*MUDr. Kamil Belej, Ph.D., FEBU, MBA*

*Urologie – Chirurgické oddělení*

*Nemocnice Na Homolce*

*Roentgenova 2/37, 150 30 Praha 5*