

*Sławomir Majewski, Iwona Rudnicka*

## CHOROBY PRZENOSZONE DROGĄ PŁCIOWĄ W POLSCE W 2006 ROKU W ŚWIETLE DANYCH Z 2005 ROKU

Centrum Diagnostyki i Leczenia Chorób Przenoszonych Drogą Płciową  
Akademii Medycznej w Warszawie  
Dyrektor: Sławomir Majewski

*Dane Centrum Diagnostyki i Leczenia Chorób Przenoszonych Drogą Płciową Akademii Medycznej w Warszawie o zgłoszonych w Polsce w 2006 roku zachorowaniach na kiłę, rzeżączkę, nierzeżączkowe zakażenia cewki moczowej i narządu rodnego (NGU), opryszczkę narządów płciowych i kłykciny kończyste sporządzone na podstawie meldunków Mz-14 z 16 województw.*

*Słowa kluczowe: choroby przenoszone drogą płciową, epidemiologia, Polska*  
*Key words: sexually transmitted diseases, epidemiology, Poland*

**Kiła.** W 2006 r. w Polsce zgłoszono 936 zachorowań na wszystkie postacie kiły, o 127 przypadków tj. 15,7% więcej w porównaniu z rokiem 2005. Współczynnik zapadalności na kiłę w 2006 r. wyniósł 2,46 na 100 000 ludności; w 2005 - 2,12.

Rozpoznano 697 przypadków kiły nabytej wczesnej, o 100 tj. o 16,8% więcej niż w 2005 r. Współczynnik zapadalności w 2006 r. wyniósł 1,89 na 100 000 ludności, podczas gdy w 2005 r. - 1,56.

W 2006r. rozpoznano 443 przypadki kiły objawowej wczesnej; o 73 tj. o 19,7% więcej niż w roku poprzednim. Wskaźnik zapadalności wyniósł 1,16 na 100 000 ludności, w 2005 r. 0,97. Zgłoszono także 254 przypadki kiły utajonej wczesnej (w 2005 r. - 227) Wskaźnik zapadalności na kiłę utajoną wczesną wyniósł 0,67; a w 2005r. - 0,59.

Kiłę późną stwierdzono u 225 osób. Wskaźnik zapadalności wyniósł 0,59, podczas gdy w 2005 r. - 0,53.

Kiłę wrodzoną rozpoznano w 14 przypadkach (13 do 1 roku życia), w roku poprzednim w 8. Kiłę w czasie ciąży lub porodu stwierdzono u 83 kobiet, w 2005 u 70.

Wskaźnik natychmiastowego (epidemiologicznego) leczenia kiły u tzw. kontaktów wyniósł 0,27; w 2005 r. - 0,21.

**Rzeżączka.** W 2006 r. zgłoszono 409 przypadków rzeżączki (w roku poprzednim - 402). Wskaźnik zapadalności wyniósł 1,07 na 100 000 ludności. Wskaźnik natychmiastowego

leczenia kontaktów rzeżączki wyniósł 0,09, podobnie jak w latach poprzednich (2004, 2005).

**Nierzeżączkowe zakażenia cewki moczowej i narządu rodnego (NGU).** rozpoznano u 1481 osób. Było to o 160 przypadków więcej (wzrost o 12%) niż w 2005 r. Wskaźnik zapadalności wyniósł 3,89 na 100 000 ludności, w 2005 r. – 3,46.

**Kłykciny.** W 2006 r. zgłoszono 956 przypadków kłykcin kończystych, o 96 mniej w porównaniu z rokiem poprzednim. Wskaźnik zapadalności wyniósł 2,51 na 100 000 ludności, w 2005 r. – 2,76.

**Opryszczka.** Opryszczkę narządów płciowych stwierdzono u 296 osób, o 30 przypadków mniej niż w 2005 r. Wskaźnik zapadalności wyniósł 0,78 na 100 000 ludności, w 2005- 0,85.

Sytuacja epidemiologiczna w poszczególnych województwach różniła się znacznie.

Najwyższa zapadalność na kiłę - tak jak w latach ubiegłych – była w województwach: mazowieckim – 5,9 (ponad dwukrotnie wyższa od średniej zapadalności w kraju); opolskim – 4,0 i dolnośląskim - 3,8. Najniższe współczynniki zapadalności na kiłę, odnotowano w województwach: kujawsko-pomorskim i warmińsko-mazurskim – 0,8.

Najwyższy współczynnik zapadalności na kiłę wczesną ogółem - podobnie jak w roku ubiegłym- stwierdzono w województwie: mazowieckim – 4,9. Wyższa niż w kraju była zapadalność w województwie dolnośląskim – 2,2 i opolskim – 2,2. W województwach tych była też najwyższa zapadalność na kiłę wczesną objawową. Najkorzystniejsza sytuacja epidemiologiczna pod względem kiły wczesnej ogółem i wczesnej objawowej była w województwach: warmińsko-mazurskim i podkarpackim. Spadek zachorowań na kiłę wczesną wystąpił w 7 województwach: lubuskim, śląskim, kujawsko-pomorskim, zachodnio-pomorskim, dolnośląskim, małopolskim i podkarpackim. W pozostałych 9 województwach obserwowano wzrost zachorowań, który był najwyraźniejszy w woj. lubelskim (2,8x), pomorskim (1,9x) i mazowieckim (1,6x). Liczba zachorowań na kiłę wczesną utajoną w porównaniu z 2005 rokiem zmniejszyła się w 5 województwach: kujawsko-pomorskim, lubuskim, małopolskim, świętokrzyskim, i zachodnio-pomorskim, a w pozostałych wzrosła.

Wskaźniki zapadalności na kiłę późną były najwyższe w województwach: opolskim -1,7 (ponad trzykrotnie wyższy od średniej w kraju) i dolnośląskim – 1,4; zaś najniższe w podlaskim – 0,1 i warmińsko-mazurskim, gdzie nie stwierdzono ani jednego przypadku. Wzrost zachorowań na kiłę późną stwierdzono w woj. podkarpackim, świętokrzyskim i lubelskim.

Kiłę wrodzoną rozpoznano w 6 województwach: 6 przypadków w woj. dolnośląskim, po 2 mazowieckim, podkarpackim i wielkopolskim i po jednym w opolskim i śląskim.

Zapadalność na rzeżączkę – podobnie jak w roku ubiegłym - była najwyższa w województwach: mazowieckim – 3,4 (ponad trzykrotnie wyższa od średniej w kraju); lubuskim – 2,3; pomorskim - 1,4 i dolnośląskim – 1,3. W pozostałych województwach wskaźniki zapadalności były niższe od średniej w kraju, a w podkarpackim nie zgłoszono ani jednego przypadku.

Najwyższe współczynniki zapadalności na NGU odnotowano w województwach: dolnośląskim – 26,6 (prawie 7 razy wyższy od średniej w kraju); pomorskim – 4,7; lubuskim – 3,9; mazowieckim – 3,3; a najniższe w wielkopolskim – 0,4 i opolskim 0,7. Największy

Tabela I. Zachorowania na kiłę wrodzoną, kiłę wczesną i kiłę objawową wczesną w latach 2005 i 2006. Liczba zachorowań, wskaźnik na 100 000 ludności (wg województw)

Table I. Congenital syphilis, early syphilis, early symptomatic syphilis in 2005 and 2006. Number of cases and incidence per 100 000 population (by voivodeship)

	KIŁA WSZYSTKIE POSTACIE /A50-A53/				KIŁA WRODZONA /A50-A50.9/				OGÓLEM KIŁA Wczesna /A51.0-A51.9/				KIŁA OBJAWOWA Wczesna /A51.0-A51.4/								
	2005		2006		2005		2006		2005		2006		2005		2006		2005		2006		
	809	936	wsk. na 100 000	2,46	5	13	8	14	597	697	wsk. na 100 000	1,83	370	443	wsk. na 100 000	1,2	1,16	158	35,7	158	35,7
POLSKA	100	110	3,8	2	2	2	6	70	64	0,9	2,2	41	31	0,8	1,1	12	38,7	12	38,7	12	38,7
1. DOLNOŚLĄSKIE	23	17	0,8	-	-	-	-	14	12	0,8	0,6	7	11	1,6	0,5	1	9,1	1	9,1	1	9,1
2. KUJAWSKO-POMORSKIE	19	47	2,2	1	1	1	-	13	37	2,8	1,7	8	14	1,7	0,6	6	42,9	6	42,9	6	42,9
3. LUBELSKIE	32	16	1,6	-	-	-	-	11	7	0,6	0,7	5	5	1,0	0,5	3	60,0	3	60,0	3	60,0
4. LUBUSKIE	51	39	1,5	-	-	-	-	38	33	0,8	1,3	29	24	0,8	0,9	4	16,7	4	16,7	4	16,7
5. ŁÓDZKIE	74	73	2,2	-	-	1	-	57	52	0,9	1,6	24	34	1,4	1,0	5	14,7	5	14,7	5	14,7
6. MAŁOPOLSKIE	205	305	5,9	1	1	1	2	154	254	1,6	4,9	100	192	1,9	3,7	88	45,8	88	45,8	88	45,8
7. MAZOWIECKIE	29	42	4,0	-	-	-	1	16	23	1,4	2,2	15	19	1,3	1,8	-	-	-	-	-	-
8. OPOLSKIE	10	18	0,9	-	-	-	2	9	8	0,9	0,4	5	3	0,6	0,1	1	33,3	1	33,3	1	33,3
9. PODKARPACKIE	11	13	1,1	1	1	1	-	8	12	1,5	1,0	4	8	2,0	0,7	4	50,0	4	50,0	4	50,0
10. PODLASKIE	24	49	2,2	-	-	-	-	19	36	1,9	1,6	11	21	1,9	0,4	6	28,6	6	28,6	6	28,6
11. POMORSKIE	138	101	2,2	-	-	1	1	112	80	0,7	1,7	73	35	0,5	0,7	14	40,0	14	40,0	14	40,0
12. ŚLĄSKIE	10	13	1,0	-	-	-	-	9	10	1,1	0,8	5	9	1,8	0,7	5	55,5	5	55,5	5	55,5
13. ŚWIĘTOKRZYSKIE	8	8	0,8	-	-	-	-	6	8	1,3	0,6	3	4	1,3	0,3	1	25,0	1	25,0	1	25,0
14. WARMIŃSKO-MAZURSKIE	52	66	1,9	-	-	-	2	42	45	1,1	1,3	27	20	0,7	0,6	8	40,0	8	40,0	8	40,0
15. WIELKOPOLSKIE	23	19	1,1	-	-	-	-	16	0,8	0,9	0,9	13	13	0,7	0,6	8	40,0	8	40,0	8	40,0
16. ZACHODNIO-POMORSKIE	23	19	1,1	-	-	-	-	16	0,8	0,9	0,9	13	13	0,7	0,6	8	40,0	8	40,0	8	40,0

Tabela II. Zachorowania na kiłę utajoną wczesną, kiłę późną i NGU w latach 2005 i 2006. Liczba zachorowań, leczenie profilaktyczne, wskaźnik na 100 000 ludności (według województw)

Table II. Early latent syphilis, tarda syphilis and NGU in 2005 and 2006. Number of cases, prophylactic treatment and incidence per 100 000 population ( by voivodeship)

	KIŁA UTAJONA WCZESNA /A51.5-A51.9/						2006 leczenie profilaktyczne	2006 leczenie profilaktyczne /kita wczesna objawowa	2005 leczenie profilaktyczne /kita wczesna objawowa	KIŁA PÓŹNA /A52.0-A53/				NGU /A56-A56,8/			
	2005		2006		wsk. 2006/2005	wsk. na 100000 ludności				kita wczesna utajona/objawowa	2005	2006	wskaźnik 2006/2005	wsk. na 100 000 ludności	2005	2006	wsk. na 100 000 ludności
POLSKA	227	254	1,1	0,67	0,57	118	0,27	0,21	204	225	1,1	0,59	1321	1481	3,89		
1. DOLNOŚLĄSKIE	29	33	1,1	1,4	1,06	31	1,00	0,61	28	40	1,4	1,4	289	769	26,6		
2. KUJAWSKO-POMORSKIE	7	1	0,1	0,1	0,09	1	0,09	0,29	9	5	0,5	0,2	26	20	0,9		
3. LUBELSKIE	5	23	4,6	1,1	1,64	-	-	0,38	5	10	2,0	0,5	14	13	0,6		
4. LUBUSKIE	6	2	0,3	0,2	0,40	1	0,20	-	21	9	0,4	0,9	45	40	3,9		
5. ŁÓDZKIE	9	9	1,0	0,3	0,37	2	0,08	0,10	13	6	0,5	0,2	102	49	1,9		
6. MAŁOPOLSKIE	33	18	0,5	0,5	0,53	2	0,06	0,13	16	21	1,3	0,6	53	58	1,8		
7. MAZOWIECKIE	54	62	1,1	1,2	0,32	44	0,23	0,25	50	49	0,9	0,9	182	172	3,3		
8. OPOLSKIE	1	4	4,0	0,4	0,21	-	-	-	13	18	1,4	1,7	1	7	0,7		
9. PODKARPACKIE	4	5	1,2	0,2	1,67	3	1,00	0,40	1	8	8,0	0,4	30	41	1,9		
10. PODLASKIE	4	4	1,0	0,3	0,50	1	0,12	-	2	1	0,5	0,1	26	12	1,0		
11. POMORSKIE	8	15	1,9	0,7	0,71	9	0,43	0,45	5	13	2,6	0,6	150	103	4,7		
12. ŚLĄSKIE	39	45	1,2	0,9	1,28	7	0,20	0,09	25	20	0,8	0,4	139	78	1,7		
13. ŚWIĘTOKRZYSKIE	4	1	0,3	0,1	0,11	1	0,11	0,4	1	3	3,0	0,3	30	41	3,2		
14. WARMIŃSKO-MAZURSKIE	3	4	1,3	0,3	1,00	-	-	-	2	-	-	-	57	28	1,9		
15. WIELKOPOLSKIE	15	25	1,7	0,7	1,25	9	0,45	0,04	10	19	1,9	0,6	18	13	0,4		
16. ZACHODNIO-POMORSKIE	6	3	0,5	0,2	0,23	5	0,38	0,15	3	3	1,0	0,2	159	37	2,2		

Tabela III. Zachorowania na rzeżączkę, kłytkiny kończyste i opryszczkę narządów płciowych w latach 2005 i 2006. Liczba zachorowań, wskaźnik na 100 000 ludności, hospitalizacja, profilaktyka (według województw)

Table III. Gonorrhoea, condylomata acuminata and genital herpes in 2005 and 2006. Number of cases, hospitalization, prophylaxis and incidence per 100 000 population by voivodeship

	RZEŻĄCZKA /A-54/				2006 leczenie proflaktyczne	2006 leczenie proflaktyczne/ rzeżączka	2005 leczenie proflaktyczne/ rzeżączka	HOSPITALIZACJA		Kłytkiny kończyste				Opryszczka narządów płciowych			
	2005	2006	2006/2005	wskaźnik na 100 000 ludności				KRAJ	RZEŻĄCZKA	2005	2006	wskaźnik na 100 000 ludności	2005	2006	wskaźnik na 100 000 ludności	2005	2006
POLSKA	402	409	1,02	1,07	39	0,09	0,09	252	2	1052	956	2,51	326	296	0,78		
1. DOLNOŚLĄSKIE	20	38	1,9	1,3	2	0,05	-	15	-	29	43	1,5	7	1	0,1		
2. KUJAWSKO-POMORSKIE	22	14	0,6	0,7	2	0,15	0,05	9	-	52	69	3,3	15	14	0,7		
3. LUBELSKIE	5	7	1,4	0,3	-	-	-	9	-	5	27	1,2	-	3	0,1		
4. LUBUSKIE	30	23	0,8	2,3	1	0,04	0,03	4	-	37	42	4,2	22	18	1,8		
5. ŁÓDZKIE	20	39	1,9	1,5	3	0,08	0,20	15	-	84	33	1,3	9	8	0,3		
6. MAŁOPOLSKIE	16	16	1,0	0,5	-	-	0,56	23	-	64	64	1,9	26	51	1,6		
7. MAZOWIECKIE	165	174	1,1	3,4	15	0,08	0,08	37	1	511	417	8,1	105	124	2,4		
8. OPOLSKIE	3	4	1,3	0,4	-	-	0,33	27	-	25	31	2,9	2	6	0,6		
9. PODKARPACKIE	5	-	-	-	-	-	-	4	-	12	32	1,5	4	32	1,5		
10. PODLASKIE	7	3	0,4	0,3	2	0,67	0,14	9	-	5	42	3,5	-	9	0,8		
11. POMORSKIE	27	31	1,5	1,4	-	-	0,07	4	-	44	55	2,5	13	3	0,1		
12. ŚLĄSKIE	43	25	0,6	0,5	6	0,24	0,12	47	-	70	32	0,7	82	3	0,1		
13. ŚWIĘTOKRZYSKIE	5	4	0,8	0,3	-	-	-	9	-	12	4	0,3	4	5	0,4		
14. WARMINSKO-MAZURSKIE	5	8	1,6	0,6	2	0,25	-	5	-	37	31	2,2	8	3	0,2		
15. WIELKOPOLSKIE	22	16	0,7	0,5	1	0,06	-	35	1	35	24	0,7	3	-	-		
16. ZACHODNIO-POMORSKIE	7	7	1,0	0,4	5	0,71	0,14	-	-	30	10	0,6	26	16	0,9		

Tabela IV. Zachorowania na kiłę, rzeżączkę, NGU, kłykciny kończyste i opryszczkę narządów płciowych w latach 2005 i 2006. Liczba zachorowań, wskaźnik na 100 000 ludności (według województw)

Table IV. Syphilis, gonorrhoea, NGU, condylomata acuminata and genital herpes in 2005 and 2006. Number of cases and incidence per 100 000 population (by voivodeship)

	KIŁA WSZYSTKIE POSTACIE /A50-A53/		RZEŻĄCZKA /A54/		NGU /A56 - A56.8/		KŁYKICINY KOŃCZYSTE /A 63.0/		OPRYSZCZKA NARZĄDÓW PŁCIOWYCH /A60-A60.9/	
	2005	2006	2005	2006	2005	2006	2004	2006	2005	2006
		wskaźnik na 100 000 ludności		wskaźnik na 100 000 ludności		wskaźnik na 100 000 ludności		wskaźnik na 100 000 ludności		wskaźnik na 100 000 ludności
<b>WOJEWÓDZTWA</b>										
POLSKA	809	936	402	409	1321	1481	1052	956	326	296
1. DOLNOŚLĄSKIE	100	110	20	38	289	769	29	43	7	1
2. KUJAWSKO-POMORSKIE	23	17	22	14	26	20	52	69	15	14
3. LUBELSKIE	19	47	5	7	14	13	5	27	-	3
4. LUBUSKIE	32	16	30	23	45	40	37	42	22	18
5. ŁÓDZKIE	51	39	20	39	102	49	84	33	9	8
6. MAŁOPOLSKIE	74	73	16	16	53	58	64	64	26	51
7. MAZOWIECKIE	205	305	165	174	182	172	511	417	105	124
8. OPOLSKIE	29	42	3	4	1	7	25	31	2	6
9. PODKARPACKIE	10	18	5	-	30	41	12	32	4	32
10. PODLASKIE	11	13	7	3	26	12	5	42	-	9
11. POMORSKIE	24	49	27	31	150	103	44	55	13	3
12. ŚLĄSKIE	138	101	43	25	139	78	70	32	82	3
13. ŚWIĘTOKRZYSKIE	10	13	5	4	30	41	12	4	4	5
14. WARMIŃSKO-MAZURSKIE	8	8	5	8	57	28	37	31	8	3
15. WIELKOPOLSKIE	52	66	22	16	18	13	35	24	3	-
16. ZACHODNIO-POMORSKIE	23	19	7	7	159	37	30	10	26	16

wzrost zachorowań w porównaniu z 2005 rokiem był w woj. dolnośląskim. W większości województw obserwowano spadek zachorowań na NGU.

W przypadku kłykcin kończystych wskaźnik zapadalności na 100 000 ludności wyższy od średniej w kraju był w tych samych województwach co w roku ubiegłym: mazowieckim – 8,1 i lubuskim – 4,2; zaś najniższy w świętokrzyskim – 0,3.

Zapadalność na opryszczkę narządów płciowych najwyższa była w województwach: mazowieckim – 2,4, lubuskim – 1,8 i podkarpackim – 1,5. W województwie wielkopolskim nie zgłoszono ani jednego przypadku opryszczki.

W 2006 roku najbardziej niekorzystna sytuacja epidemiologiczna pod względem wszystkich rejestrowanych chorób przenoszonych drogą płciową była, podobnie jak w latach ubiegłych, w województwie mazowieckim i lubuskim.

### KOMENTARZ

W 2006 roku doszło do pogorszenia sytuacji epidemiologicznej. Zanotowano istotny wzrost zachorowań na kiłę nabytą. W dalszym ciągu rodzą się w Polsce dzieci z kiłą wrodzoną. Nadal spada liczba wykonywanych badań serologicznych w kierunku kiły. Nie poprawiają się wskaźniki leczenia natychmiastowego (profilaktycznego) tzw. kontaktów w przypadku kiły i rzeżączki.

W pionie skórno-wenerologicznym w 2006 roku zbadano 943 380 próbek krwi, co stanowi 67% badań wykonanych 5 lat temu i jedynie 13% badań sprzed 10 lat. Ma to bezpośredni wpływ na niedostateczne rozpoznawanie kiły utajonej wczesnej i późnej, którą diagnozuje się na podstawie badań krwi. Niedostateczne rozpoznawanie kiły utajonej związane jest także z ograniczeniem wykonywania badań przesiewowych w kierunku kiły. Obecnie obligatoryjnie są nimi objęci jedynie krwiodawcy i ciężarne. Kiłę w czasie ciąży stwierdza się obecnie u podobnej liczby ciężarnych co w latach, gdy w Polsce rozdziło się ponad 100 000 dzieci więcej. W 2006 roku kiłę wrodzoną rozpoznano u 14 dzieci.

Nie wszyscy lekarze, szczególnie prowadzący prywatne praktyki, dopełniają ustawowego obowiązku zgłaszania zachorowań. Stąd też dane o zachorowaniach są niepełne. Przyczynia się też do tego brak środków na utrzymanie sprawnie funkcjonującego nadzoru epidemiologicznego - w tym rejestrów chorych wenerycznie. Fundusze przekazywane na ten cel przez Główny Inspektorat Sanitarny nie są wystarczające.

Wskaźniki leczenia profilaktycznego kiły i rzeżączki od lat są bardzo niskie. Pacjenci nie ujawniają personaliów swoich partnerów seksualnych i często nie informują ich o konieczności zgłoszenia się do lekarza.

Obecne regulacje prawne (Ustawa o chorobach zakaźnych i zakażeniach z 6 września 2001 roku) nie zapewniają bezpłatnego diagnozowania, leczenia wraz z podawaniem leków ani kontroli po leczeniu dla wszystkich chorych. Bezpłatną opiekę wenerologiczną mają zapewnioną osoby objęte ubezpieczeniem zdrowotnym. Powoduje to ograniczenia w dostępności leczenia.

Istotne znaczenie ma również bardzo zła sytuacja epidemiologiczna w krajach byłego Związku Radzieckiego, gdzie wskaźniki zapadalności przewyższają wielokrotnie wskaźniki notowane w Polsce. W Rosji rozpoznaje się kiłę nabytą ponad 50 razy częściej niż w Polsce,

na Ukrainie i na Białorusi około 25 razy częściej. Rzeżączkę w tych krajach stwierdza się do 100 razy częściej niż w naszym kraju.

Niekorzystny wpływ na sytuację epidemiologiczną ma brak środków na prowadzenie badań profilaktycznych i działań edukacyjnych. Od 2000 roku nie ukazały się w Polsce jakiegokolwiek materiały informacyjne o chorobach przenoszonych drogą płciową dla pacjentów, a poziom świadomości zdrowotnej w polskim społeczeństwie niestety jest niski. Szerzeniu się chorób przenoszonych drogą płciową sprzyja także łatwy dostęp do usług seksualnych (agencje towarzyskie, prostytutka przydrożna).

Trudno przewidzieć jakie będą przyszłe koszty zdrowotne i społeczne czynionych przez ostatnie 7 lat oszczędności. Polityka Państwa dotycząca zwalczania chorób przenoszonych drogą płciową powinna uwzględnić ich społeczny charakter i zapewnić środki finansowe konieczne do bezpłatnego leczenia, badań profilaktycznych i działań edukacyjnych. Jest to ważne również ze względu na stały wzrost w Polsce liczby osób zakażonych HIV w wyniku kontaktów płciowych oraz fakt, że objawy „klasycznych” chorób wenerycznych wielokrotnie zwiększają zakaźność HIV.

*S Majewski, I Rudnicka*

#### SEXUALLY TRANSMITTED DISEASES IN POLAND IN 2006 AND IN 2005

#### SUMMARY

In 2006 year 936 cases of all form of syphilis notified in Poland; incidence 2.46 per 100,000 population (2005 – 809, incidence 2.12). The largest of cases was in mazowieckie (305, incidence 5.9), dolnośląskie (110, incidence 3.8), śląskie (101, incidence 2.2) voivodeships. There were recognized 409 cases of gonorrhoea (in 2005 – 402). Epidemiological situation of sexually transmitted diseases has been getting worse. As in the past years the children with congenital syphilis was born. Decrease numbers of screening serological tests in syphilis and gonorrhoea. The rate of prophylaxis and immediate treatment (contacts) no change to improvement.

#### **Adres autorów:**

Prof. dr hab. Sławomir Majewski

dr n. med. Iwona Rudnicka

Centrum Diagnostyki i Leczenia Chorób Przenoszonych Drogą Płciową

Akademii Medycznej w Warszawie

ul. Koszykowa 82 a