

Sławomir Majewski, Iwona Rudnicka

## CHOROBY PRZENOSZONE DROGĄ PŁCIOWĄ W POLSCE W 2011 ROKU

### STRESZCZENIE

**CELEM** pracy była ocena sytuacji epidemiologicznej chorób przenoszonych drogą płciową w Polsce w 2011 roku. **MATERIAL I METODY.** Poddano analizie dane o zachorowaniach na kiłę, rzeżączkę, NGU, opryszczkę narządów płciowych i kłykciny kończyste pochodzące z rocznych meldunków MZ-14 z poszczególnych województw. **WYNIKI.** W 2011 roku zgłoszono 841 zachorowań na wszystkie postaci kiły – o 24 więcej niż w 2010. Były to 554 przypadki kiły nabytej wczesnej - z czego 394 objawowej wczesnej, 274 przypadki kiły późnej i 11 kiły wrodzonej. Kiłę w czasie ciąży i porodu stwierdzono u 13 kobiet. Najwyższa zapadalność na kiłę – podobnie jak w latach ubiegłych – była w województwie mazowieckim (4,7/ 100 000 ludności), a najniższa w świętokrzyskim (0,2/100 000) przy średniej w kraju 2,2 zachorowań na 100 000 ludności. W 2011 zarejestrowano 351 zachorowań na rzeżączkę – o 77 więcej w porównaniu z 2010. Najwięcej przypadków zgłoszono w województwie mazowieckim. Nierzeżączkowe zapalenia cewki moczowej i narządu rodno rozpoznano u 484 osób. Było to o 294 przypadki mniej niż w roku poprzednim. Najwyższą zapadalność wynoszącą 9,6/100 000 ludności odnotowano w województwie dolnośląskim. Zgłoszono 428 przypadków kłykciny kończyste, o 174 mniej w porównaniu z rokiem 2010. Najwięcej zachorowań rejestrowano w województwie mazowieckim, warmińsko-mazurskim, kujawsko-pomorskim. Podobnie jak w latach ubiegłych najbardziej niekorzystna sytuacja epidemiologiczna pod względem wszystkich rejestrowanych chorób przenoszonych drogą płciową była w województwie mazowieckim. **WNIOSKI.** W 2011 roku zarejestrowano mniej zachorowań na nierzeżączkowe zapalenia cewki moczowej i narządu rodno oraz na kłykciny kończyste. W tym czasie wzrosła liczba zgłoszonych przypadków kiły i rzeżączki. W dalszym ciągu zmniejsza się liczba wykonywanych badań serologicznych w kierunku kiły. Wskaźniki leczenia epidemiologicznego kiły i rzeżączki od lat są bardzo niskie. Dane epidemiologiczne są prawdopodobnie niepełne z powodu niezgłaszania zachorowań.

**Słowa kluczowe:** choroby przenoszone drogą płciową, epidemiologia, Polska, rok 2011

**Celem** pracy była ocena sytuacji epidemiologicznej dotyczącej chorób przenoszonych drogą płciową w Polsce w 2011 roku.

### MATERIAŁ I METODY

Analizowano dane o zachorowaniach na kiłę, rzeżączkę, nierzeżączkowe zapalenia cewki moczowej, opryszczkę narządów płciowych i kłykciny kończyste zawarte w meldunkach Mz-14 z poszczególnych województw.

### WYNIKI

**KIŁA.** W 2011 r. w Polsce zgłoszono 841 zachorowań na wszystkie postaci kiły, o 24 przypadki więcej niż w 2010r. Współczynnik zapadalności na kiłę w 2011 r.

wynosił 2,2 na 100 000 ludności; w 2010 - 2,14 (Tab.I. Liczba zachorowań, zapadalność na 100 000 wg województw w Polsce w 2011 r. na kiłę wrodzoną, wczesną i wczesną objawową).

Rozpoznano 554 przypadki kiły nabytej wczesnej, o 18 mniej niż w 2010 r. Współczynnik zapadalności w 2011 r. wyniósł 1,45 na 100 000; w 2010 r. – 1,49.

Zgłoszono 394 przypadki kiły objawowej wczesnej. Wskaźnik zapadalności wyniósł 1,03 na 100 000 ludności podobnie jak w 2010 r. Zgłoszono 160 zachorowań na kiłę utajoną wczesną (w 2010 r. - 179). Wskaźnik zapadalności wyniósł 0,42, a w 2010r. - 0,47.

Kiłę późną stwierdzono u 274 osób (w 2010 – u 227). Wskaźnik zapadalności wyniósł 0,72, podczas gdy w 2010 r. – 0,59.

Zgłoszono 11 zachorowań na kiłę wrodzoną (po 2 w dolnośląskim, łódzkim, śląskim; po 1 w lubelskim, lubuskim, kujawsko-pomorskim, małopolskim, i warmińsko-mazurskim). W roku poprzednim rozpoznano

kiłę wrodzoną u 18 dzieci. Kiłę w czasie ciąży lub porodu stwierdzono u 13 kobiet, w 2010 u 22.

Wskaźnik natychmiastowego (epidemiologicznego) leczenia kiły u tzw. kontaktów wyniósł 0,04; w 2010 r. - 0,08 (Tab.II. Liczba zachorowań i zapadalność na kiłę utajoną wczesną i późną, leczenie profilaktyczne wg województw).

**RZEŻĄCZKA.** W 2011 r. zgłoszono 351 przypadków rzeżączki o 77 więcej w porównaniu z 2010 r. Wskaźnik zapadalności wyniósł 0,92 na 100 000 ludności, a wskaźnik natychmiastowego leczenia kontaktów rzeżączki 0,08 (Tab.III. Rzeżączka, kłykciny kończyste i opryszczka narządów płciowych – liczby zachorowań i zapadalność w 2011 r. wg województw).

**NIERZEŻĄCZKOWE ZAKAŻENIA CEWKI MOCZOWEJ I NARZĄDU RODNEGO (NGU)** rozpoznano u 484 osób. Było to o 294 przypadki mniej niż w 2010 r. Wskaźnik zapadalności wyniósł 1,27 na 100 000 ludności, w 2010r.– 2,04.

**KŁYKCINY.** W 2011 r. zgłoszono 428 przypadków kłykciny kończystych, o 174 mniej niż w roku poprzednim. Była to 1/3 zachorowań stwierdzonych w 2009. Wskaźnik zapadalności wyniósł 1,1 na 100 000 ludności, w 2010 r. – 1,58.

**OPRYSZCZKA.** Zgłoszono 173 zachorowania na opryszczkę narządów płciowych, to jest o 34 więcej niż w 2010 r. Wskaźnik zapadalności wyniósł 0,45 na 100 000 ludności, w 2010- 0,36.

Sytuacja epidemiologiczna w poszczególnych województwach była zróżnicowana. Najwyższa zapadalność na kiłę - tak jak w latach ubiegłych – była w województwie: mazowieckim – 4,7 na 100 000 ludności (ponad 2 x wyższa od średniej zapadalności w kraju). Powyżej średniej w kraju była też zapadalność w województwie łódzkim – 4,4; lubuskim - 3,9; warmińsko-mazurskim – 2,3. Najniższe współczynniki zapadalności na kiłę odnotowano w województwach: świętokrzyskim – 0,2; podkarpackim - 0,4; podlaskim – 0,4. Najwyższy współczynnik zapadalności na kiłę wczesną ogółem - podobnie jak w roku ubiegłym- stwierdzono w województwie: mazowieckim – 3,5 (w 2010 – 3,13). Wyższa niż w kraju była także zapadalność w województwie łódzkim – 3,3; warmińsko-mazurskim – 1,8; wielkopolskim – 1,6; zachodnio-pomorskim – 1,5. W tych samych województwach była też najwyższa zapadalność na kiłę wczesną objawową: w łódzkim – 1,58 (2,6 x wyższa od średniej w kraju); w mazowieckim 2,6 na 100 000 ludności. Najkorzystniejsza sytuacja epidemiologiczna pod względem kiły wczesnej ogółem i wczesnej objawowej była w województwie podlaskim, gdzie nie odnotowano ani jednego zachorowania oraz podkarpackim i świętokrzyskim. Wzrost zachorowań na kiłę wczesną wystąpił w województwach: lubuskim, lubelskim, łódzkim, warmińsko-mazurskim, podkarpackim. Liczba przypadków kiły wczesnej utajonej w porównaniu z 2010

rokiem nie zmieniła się w woj. mazowieckim, śląskim, wielkopolskim, a w opolskim i podlaskim podobnie jak w 2010) oraz świętokrzyskim nie zgłoszono żadnego. W pozostałych województwach obserwowano spadek zachorowań na kiłę utajoną wczesną, największy w woj. kujawsko-pomorskim i małopolskim.

Wskaźniki zapadalności na kiłę późną były najwyższe w województwach: lubuskim – 2,6 (3,6 x wyższy od średniej w kraju); małopolskim – 1,3; mazowieckim – 1,2; dolnośląskim – 1,1. Wzrost zachorowań na kiłę późną stwierdzono w woj. dolnośląskim, lubuskim, łódzkim, małopolskim, śląskim i warmińsko-mazurskim. W woj. podkarpackim sytuacja epidemiologiczna nie zmieniła się, a w pozostałych województwach obserwowano spadek zachorowań na kiłę późną, największy w opolskim.

Zapadalność na rzeżączkę była najwyższa w województwach: mazowieckim – 4,1 (4,6 x wyższa od średniej w kraju); kujawsko-pomorskim – 1,4; lubuskim. W pozostałych województwach zapadalność na rzeżączkę była niższa niż średnia w kraju. Do największego pogorszenia sytuacji doszło w woj. małopolskim. W opolskim nie zgłoszono ani jednego zachorowania – podobnie jak w roku ubiegłym.

Najwyższy współczynnik zapadalności na NGU, podobnie jak w latach ubiegłych, odnotowano w województwie dolnośląskim – 19,6. W województwie lubuskim i kujawsko-pomorskim zapadalność była wyższa od średniej w kraju. Żadnego zgłoszenia nie zarejestrowano w woj. lubelskim, podlaskim, świętokrzyskim i zachodnio-pomorskim.

W przypadku kłykciny kończystych wskaźnik zapadalności wyższy od średniej w kraju był województwie mazowieckim – 4,9; warmińsko-mazurskim – 4,2; kujawsko-pomorskim – 2,9; lubuskim – 2,2. W woj. dolnośląskim, lubelskim, opolskim, podlaskim, podlaskim, pomorskim, śląskim, świętokrzyskim i zachodnio-pomorskim nie zgłoszono żadnego przypadku.

Zapadalność na opryszczkę narządów płciowych najwyższa była w województwach kujawsko-pomorskim – 3,4; mazowieckim – 1,3 i warmińsko-mazurskim - 1,2. W województwach lubuskim, łódzkim, małopolskim zapadalność na 100 000 była niższa od średniej w kraju. W pozostałych 10 województwach nie zgłoszono ani jednego przypadku opryszczki.

W 2011 roku - podobnie jak w latach ubiegłych - najbardziej niekorzystna sytuacja epidemiologiczna pod względem wszystkich rejestrowanych chorób przenoszonych drogą płciową była w województwie mazowieckim.

## WNIOSKI.

W 2011 doszło do wzrostu zachorowań na rzeżączkę o 28%, opryszczkę narządów płciowych o 24% i kiłę

o 3%. Zgłoszono o 37% mniej przypadków nierzeżączkowych zapaleń cewki moczowej i 29% mniej kłykcin kończystych. Większość zgłoszeń rzeżączki (60%) pochodziła z województwa mazowieckiego – z czego 78% pacjentów była leczona w Klinice Dermatologii i Wenerologii WUM. Ponad 60% kłykcin kończystych i 29% przypadków kiły zarejestrowano w województwie mazowieckim.

Nadal zmniejsza się liczba wykonywanych badań serologicznych w kierunku kiły. W pionie skórno-wenerologicznym w 2011 roku zbadano poniżej 100 000 próbek krwi co stanowi zaledwie 2% badań sprzed dekady. Ma to bezpośredni wpływ na 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 do krwiodawców i ciężarnych.

Nie wszyscy lekarze dopełniają ustawowego obowiązku zgłaszania zachorowań, co powoduje że dane epidemiologiczne są niepełne. Wskaźniki leczenia pro-

filaktycznego kiły i rzeżączki od lat są bardzo niskie. Pacjenci nie ujawniają partnerów seksualnych i nie informują ich o konieczności zgłoszenia się do lekarza.

Niekorzystny wpływ na sytuację epidemiologiczną ma brak środków na prowadzenie badań profilaktycznych i działań edukacyjnych, niski poziom świadomości zdrowotnej w społeczeństwie, łatwy dostęp do usług seksualnych. Polityka Państwa dotycząca zwalczania chorób przenoszonych drogą płciową powinna uwzględnić ich społeczny charakter i zapewnić środki finansowe konieczne do 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.

Otrzymano: 26.03.2013 r.

Zaakceptowano do druku: 3.04.2013 r.

**Adres do korespondencji:**

Prof. dr hab. Sławomir Majewski  
dr n. med. Iwona Rudnicka  
Klinika Dermatologii i Wenerologii  
Warszawski Uniwersytet Medyczny  
ul. Koszykowa 82 a