

Marta Niedźwiedzka-Stadnik, Karolina Zakrzewska

SYPHILIS IN POLAND IN 2023*

KIŁA W POLSCE W 2023 ROKU*

Department of Epidemiology of Infectious Diseases and Surveillance,
National Institute of Public Health NIH – National Research Institute
Zakład Epidemiologii Chorób Zakaźnych i Nadzoru, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego
PZH – Państwowy Instytut Badawczy

* The work was carried out as part of task No. BE-1.2025 / Praca została wykonana w ramach zadania nr BE-1.2025

ABSTRACT

BACKGROUND. In 2023 there was a significant increase in the number of syphilis cases in Poland, more than 50% new cases were reported compare to previous year. There is still a problem with the clinical differentiation of reported cases, i.e. new infections, reinfections, and residual positive serological tests confirming the presence of antibodies against *Treponema pallidum* in previously successfully treated individuals.

OBJECTIVE. The aim of the study was to assess the epidemiological situation of syphilis cases in Poland in 2023 in comparison to previous years.

MATERIAL AND METHODS. Analysis of the epidemiological situation was based on case-based data from reports of newly detected syphilis cases received from doctors and laboratories and registered in 2023 year. Additionally aggregated data from MZ-56 reports on infectious diseases, infections and poisoning from 2017 to 2019 sent from Sanitary Inspections to NIPH NIH – NRI was used. Also, data about treatment patients in dermatology/venerology clinics in 2020-2023, reported on MZ-14 forms and published in NIPH NIH – NRI bulletins on website was used.

RESULTS. In 2023, in Poland, 2,968 syphilis cases were reported (diagnosis rate was 7.89 per 100,000 population), including 130 cases among non-Polish citizens. The most often syphilis cases were detected among people below 30 years old (37.1%) and among men (88.1%). In 2023, early syphilis (ICD-10 code: A51) consisted 36.0% of all cases reported to surveillance (1,068 cases), and other syphilis and undetermined (ICD-10 code: A53) consisted 60.6% (1,799 cases).

CONCLUSIONS. In 2023, the number of reported syphilis cases increased more than by half compared to the previous year. The percentage of cases of early syphilis (the most infectious), which probably occurred in a short period of time, also remains high, what can influence on transmission this infection in population and lead to increase in the number of new cases.

Keywords: *syphilis, STI, epidemiology, Poland, 2023*

INTRODUCTION

According to data from the European Center for Disease Prevention and Control (ECDC) 41,051 confirmed cases of syphilis were reported in 2023 year from 29 EU/EEA countries. The notifications rate was 9.9 cases per 100,000 population, which consist a 13% increase compared with 2022 and a 100% increase compared with 2014. The rate was 7 times higher in men than in women and was highest among men aged 25-34 years (43 cases per 100,000 inhabitants). Among cases with a known route of transmission, most were reported among men who have sex with men (MSM, 72% of cases). At EU level, the number of new reports of syphilis cases has been increasing since 2014, mainly due to an increase in the number of cases among MSM (1). The number of cases of early syphilis, i.e. syphilis at a highly infectious stage, is also increasing. In 2023, more than half of the syphilis cases reported by 11 countries were diagnosed as primary and/or secondary syphilis (approximately 57% of cases), compared to 50% of cases reported from 10 countries in 2022.

The highest notification rate was reported in Luxemburg – 22.8 per 100,000 inhabitants (164 cases), on Malta – 22.7 (123 cases) and in Spain – 22.0 (10,591 cases), however the lowest incidence rate was reported in Latvia – 0.8 cases per 100,000 inhabitants (15 cases) and in Croatia – 0.9 (36 cases).

Also in Poland an increase in the number of diagnosed syphilis cases was observed in recent years (2). The increase has been recorded since 2012, during the COVID-19 pandemic in 2020-2021 the number of cases decreased by more than half, while in 2022 the number of cases started to increase again to the pre-pandemic value (3).

The aim of the present study was to assess the epidemiological situation of syphilis in Poland in 2023 in comparison with previous years (2017-2022), based on data available from routine monitoring systems.

MATERIAL AND METHODS

The analysis of the epidemiological situation of syphilis in 2023 was based on case-based data obtained from reports of newly detected syphilis cases received from doctors (ZLK-3 forms) and/or reports from laboratories about confirmed cases (ZLB-1 forms) sent to Sanitary Inspection, for which the case was filed for syphilis cases in Epibaza system. The analysis included cases recorded until the end of December 2025, based on ZLK-3 and ZLB-1 reports registered in 2023, but entered with a delay by Sanitary Inspections. Newly diagnosed cases are classified according to case classification for surveillance based on European Commission decision from 22 June 2018. A case definition, uniform for the whole EU, is used for reporting

communicable diseases to the EU/EEA on the basis of Decision No 2119/98 / EC of the European Parliament and of the European Council (4). In Poland it was introduced in 2009, but in later years it was modified for surveillance specification in Poland and includes reporting of probable, confirmed and possible cases (5). Additionally, aggregated data from MZ-56 reports on infectious diseases, infections and poisoning from 2017 to 2019 sent by Sanitary Inspections to Department of Epidemiology of Infectious Diseases and Surveillance in NIPH NIH – NRI was used. MZ-56 reports are based on newly detected syphilis cases received from doctors according to Regulation of the Ministry of Health of 2019 (ZLK form) (6) and reports from laboratories about confirmed test results for biological pathogens according to Regulation of the Ministry of Health of 2020 (ZLB form) (7).

Also, data about patients treated for the first time in dermatology/venerology clinics in 2020-2023 reported on MZ-14 forms according to data from Centre for Healthcare Information Systems (*pl* CEZ), collected under the "Programme of statistical surveys for public statistics" was used (8). In the analysis of data on patients treated for the first time, which served to compare data from various sources, data from before 2020 were not included due to the inability to separate reports from physicians in the surveillance data before 2020. In Poland, case-based surveillance on syphilis cases was introduced in 2020.

Newly diagnosed syphilis cases include both: early syphilis primary and secondary (ICD-10 code: A51), including early latent syphilis (ICD-10 code: A51.5) and late syphilis (ICD-10 code: A52) symptomatic and latent syphilis. The number of latent cases depends on the screening tests performance. Hence, in the analysis for total syphilis, the values of the diagnosis rate were defined as the number of new diagnoses (all syphilis stage described by ICD-10 code: A51-A53) in relation to the population, including cases reported as other and undiagnosed syphilis with unknown date of symptoms (ICD-10 code: A53).

RESULTS AND DISCUSSION

Syphilis notification rates in Poland. In 2023, 2,968 syphilis cases were reported in Poland (notification rate was 7.89 per 100,000), including 130 cases occurred among non-Polish citizens, especially people from Ukraine – 75.4% (98/130). The number of syphilis cases increased by 55% compared to the previous years, however compare to median in 2017-2021 years it was increase by 105.4% (Table I).

The highest syphilis diagnosis rate in 2023 year, was indicated in mazowieckie voivodeship – 20.02 cases per 100,000. Diagnosis rate above 5 cases per 100,000 was registered in 7 voivodeship, however the smallest incidence rate was registered in Świętokrzyskie

voivodeship – 1.37 per 100,000 inhabitants. Increased of the rate in 2023 compared to the previous year was registered almost in all voivodeships, excluded Opolskie. In this voivodeship the rate decreased from 4.56 cases to 2.46 cases per 100,000 inhabitants (Table I).

The majority of cases reported in 2023 were diagnosed in 2023 – 77.3% (2,294 cases), the remaining cases were diagnosed in previous years and were reported with a delay, respectively – 16.6% cases in 2022 (493 cases), 5.4% in 2021 year (160 cases), and 21 cases in 2020 year (constituting 0.7% cases reported in 2023).

Demographic data of syphilis cases. In 2023 more cases were registered among men 88.1% (2,614 cases), compared to 11.9% among women (354 cases). The highest percentage of cases among women was in Mazowieckie voivodeship – 27.4% and Śląskie – 13.6%. In the rest of the voivodeships, the percentage of cases among women was below 10% of all cases, and the lowest percentage among women was diagnosed in Opolskie – 1.1%.

The highest number of cases were registered among people below 30 years old (37.1%; 1,102 cases) and in the age group 30-39 years – 34.8% (1,033 cases). Most people below 30 years old, relative to all cases in this year, were registered in Mazowieckie voivodeship – 40.3%, and Wielkopolskie 12.6%. Similarly, the highest number of people aged 30-39 and among people above 40 years old, was diagnosed in Mazowieckie – 37.8% and 32.2% respectively (Table II).

Transmission route for *T. pallidum*. Both, for women and men, a high percentage of reports without data for transmission route for *T. pallidum* infections was registered – respectively 51.4% (182/354) among women and 53.7% (1,405/2,614) among men. In the rest of cases transmission by sexual contact was reported. Among men with given transmission route, most cases were reported from men who have sex with men – 65.3% (790/1,209), and the infections among heterosexual men concern 19.4% cases (235/1,209). In the rest of cases there were sexual contact without type of contact registered, by 15.2% cases (184/1,209) (Fig. 1). Cases among women were mostly due to heterosexual contacts – 80.2% (138/172). The rest of infections among women with known transmission route was indicated as transmission route by sexual contacts without type of contact – 19.8% (34/172 cases).

Among all men with known transmission route, the most infection among MSM (above 70% of all cases) was reported in Lubelskie, Mazowieckie, Pomorskie and Wielkopolskie voivodeships. The highest percentage of infections through heterosexual contact was recorded in the Lubuskie, Podlaskie, and Warmińsko-Mazurskie voivodeships – over 40% of all cases with a known route of transmission. However, the highest rates of infections through sexual contact without specifying the type of contact were reported in the Śląskie voivodeship – 25.6%,

and the Opolskie voivodeship – 23.1% (Table III). The lowest percentage of infections among MSM compare to all men was registered in Mazowieckie voivodeship – 10.7%, whereas the lowest percentage among heterosexual contacts transmission was registered in Wielkopolskie – 13.5% and Opolskie – 15.4%, and the percentage for infections by sexual contact with missing type of contact was lowest in Warmińsko-Mazurskie voivodeship – 3.6% cases with known transmission route.

Infections by *T. pallidum* registered according to syphilis case definition for surveillance. In 2023, 2,699 confirmed cases were registered according to the case definition, based on positive test results confirming *T. pallidum* infection. Possible cases concerned 8.7% cases (257 cases), while only 12 syphilis cases were classified as probable cases.

Clinical stage of syphilis and treatment of patients suffering from syphilis in dermatology/venerology clinics in Poland (based on data from national surveillance and MZ-14 reports). In 2023 year, early syphilis (ICD-10 code: A51) consisted 36.0% of all diagnoses reported to surveillance (1,068/2,968 cases), and other syphilis and undetermined (ICD-10 code: A53) consisted 60.6% (1,799 cases). More cases of early syphilis were diagnosed among men, compared to women – 90.6% vs 9.4%, respectively to all early syphilis cases (968 cases for men vs. 100 cases for women). Late syphilis (ICD-10 code: A52) was also diagnosed more often among men compare to women population: 83.2% vs. 16.8% (84 cases in men vs. 17 cases in women). Similarly, other syphilis and undetermined syphilis (ICD-10 code: A53) were diagnosed much more often among men compared to women – 86.8% cases among men (1,562 cases), and 13.2% cases among women (237 cases).

Compared the proportion of cases by gender, among women, more cases were diagnosed with A53 syphilis code – 66.9%, and early syphilis with A51 code was concerned of 28.2%, while among men, A53 syphilis code consisted of 59.8% infections, and early syphilis (ICD-10 code: A51) – 37.0% cases (Fig. 2).

In 2023, according to the MZ-14 reports, 2,620 patients were treated in dermatology/venerology clinics, with the largest group of patients having early symptomatic syphilis – 41.1% (1,077/2,620 cases), as well as late syphilis and other syphilis and undetermined – 40.5% (1,060/2,620 cases). The smallest number of patients were treated at the early latent syphilis stage – 18.4% (483 cases) (Table IV). The highest rate of treated people due to early symptomatic syphilis (ICD-10 code: A51.0-A51.4) was reported in Mazowieckie voivodeship – 8.46 per 100,000 inhabitants, and the lowest in Podkarpackie voivodeship – 0.43, i.e. 9 syphilis cases. However, late, and other, and undetermined syphilis was most often treated in Mazowieckie – 4.97 cases per 100,000 inhabitants, and similarly in Wielkopolskie and

Warmińsko-Mazurskie – 4.56 vs 4.48 cases per 100,000 inhabitants, and the lowest rate was in Podlaskie and Opolskie – 0.35 vs 0.43 cases per 100,000 inhabitants (Table IV).

In 2023, the number of treated people increased by 19.0% compared to 2022. The number of people reported for epidemiological surveillance (both by physicians and based only on laboratory tests) also increased by over 55% compared to the previous year (Fig. 3). For the first time since 2020, the number of people reported to surveillance was higher than the number of treated people, however, after excluding cases diagnosed only in the laboratory based on test results, this difference decreased to the level observed in previous years.

Clinical stage of syphilis cases. For over half of the cases 58.9% (1,748/2,968), a physician reports with diagnosis was notices (78.3% from this cases have the laboratory test result also). From all cases reported by physicians, in over half, the symptoms of syphilis infection were reported (according to the clinical criterion from case definition for epidemiological surveillance) – 54.1% cases (945/1,748). Most often, patients presented with symptoms: diffuse maculo-papular rash – 36.3% (343/945), one or several chancres in the genital, perineal, anal area or mouth or pharyngeal mucosa or elsewhere extragenital – 28.7% (271/945), and diffuse alopecia also – 21.4% (202/945). For 8.3% of cases (78/945), no current symptoms were indicated, but the patient declared a previous occurrence of symptoms according to the stage of syphilis, over 12 months or within the last 12 months.

Type of clinical services where syphilis cases were diagnosed. In 2023, over a quarter of all syphilis cases were diagnosed by dermatologists-venereologists – 27.7% (823/2,968) (Fig. 4), by infectious diseases specialists – 11.6% (344/2,968), or other specialists – 6.2% (185/2,968). Primary care physicians diagnosed 7.3% syphilis cases (277/2,968), as well as during hospital stays in connection with clinical diagnostics – 9.3% (277/2,968). Unfortunately, over 25.7% of people (763/2,968) were diagnosed based on laboratory tests performed without physician consultations (reports only from laboratories).

SUMMARY

In Poland, an increase in new diagnoses of syphilis has been observed (2). Although during the COVID-19 pandemic in 2020 the number of reported cases decreased significantly compared to 2019 (9), this is mainly the result of delays in reporting, which was observed in previous years, and also compare to other sexually transmitted infections (10,11).

The majority of cases were diagnosed as other or undetermined syphilis (A53) – over 60% of cases, mainly due to the high percentage of cases registered based on laboratory test results, without information about clinicians diagnosis – 41.1% of all cases. The fewest cases

were diagnosed as late syphilis – only about 3-4%. It seems that this percentage may be underestimated, taking into account data from clinical centres in Poland, e.g. the Clinic of Dermatology and Venereology of the Medical University of Białystok, where the share of patients with late syphilis among the total number of patients treated for syphilis is much higher (12,13). The number of late syphilis cases in surveillance may be underestimated, especially due to the high percentage of patients who are reported only based on laboratory test results, without information from their medical history.

There is geographical variation in the number of cases reported for surveillance between voivodeships. The highest diagnosis rates were recorded in the Mazowieckie, Wielkopolskie, Pomorskie, Łódzkie and Zachodniopomorskie, while in the remaining voivodeships these rates are much lower, which may indicate a problem with the diagnosing and/or reporting of cases.

MSM men should be the target group of preventive measures, because in 2023 the infection among MSM consist above 60% of infections among men with a known route of transmission. Correlation between people infected with syphilis, often with reinfection, and a positive serological test for HIV was demonstrated, among others, in a study of 54 men conducted by the Department of Dermatology, Jagiellonian University Medical College in Krakow. A higher risk of reinfection with syphilis among MSM infected with HIV was correlated (OR = 9.6, 95% CI: 2.2-42.5) (14).

For many years, surveillance has been plagued by issues with the quality of collected data, which, in the case of syphilis, impacts the accuracy of classification and verification of reported cases. Deficiencies include: the route of transmission, clinical stage, information on previous syphilis treatment, and the complete documentation on laboratory tests necessary to classify a case according to the case definition for epidemiological surveillance of infectious diseases. These data deficiencies particularly impact the correct classification of a case as reinfection or the presence of only serological scarring i.e., the presence of antibodies following a previously successfully treated infection. This translates into difficulties in analyzing the epidemiological situation of syphilis infections and assessing the number of reported cases.

A preliminary attempt to analyze reinfection and serological scarring in syphilis cases reported for surveillance was conducted in 2023. Based on preliminary data, reinfection was detected in 1.9% of cases (58/2,968) in 2023. In these cases, a four-fold increase in antibody levels was observed in non-treponemal tests – the cases were reported in 2023 as reinfection with *T. pallidum*. Assessment of serological scarring was hampered by the lack of access to individual surveillance data before 2020, which prevented verification of previous registration infection and assessment of treatment response. It was estimated that in 15.3% of cases reported

in 2023, based only on treponemal tests (290/1,900 cases recorded as A53 and A52), reinfection of a previously infected person (and successfully treated before 2020) cannot be ruled out due to the lack of data on the previous infection. However, these reports may also involve individuals previously infected but not reported for surveillance. These cases were reported in 2023 as unspecified syphilis (ICD10: A53) or late syphilis (ICD10: A52).

Comparing the number of diagnosed syphilis cases reported for epidemiological surveillance with the number of people treated for syphilis in Poland, a clear upward trend is evident in both the number of people treated and the number of cases reported for surveillance. The highest increase in the number of people treated was observed between 2021 and 2022, at 32.1%. In 2023, the increase was slightly lower, at 19.0%. However, the increase in the number of people reported for surveillance was also the highest between 2021 and 2022, at 69.9%, and in 2023, compared to 2022, the increase was 54.9%. The largest difference between the number of people treated, and the number of people reported for surveillance occurred in 2020, clearly highlighting the impact of the COVID-19 pandemic on the delay in reporting data for epidemiological surveillance. Until 2022, the number of treated cases exceeded the number of reports. In 2023, for the first time, the number of cases reported for surveillance exceeded the number of treated individuals. However, after excluding cases reported solely based on laboratory diagnosis of *Treponema pallidum* infection, and comparing this figure with the number of individuals undergoing treatment, it is still higher than the number of individuals diagnosed by medical doctors. These results may indicate an increasing frequency of patient testing without a medical referral, which may mean that some of these patients had symptoms that led them to test for *T. pallidum*, but there is no information on whether these individuals received treatment.

CONCLUSIONS

1. Improvement of physician reporting completeness of clinical data is essential for accurate assessment of the epidemiological situation of syphilis in Poland.
2. The meaningful difference between the number of treated patients and the number of cases reported to surveillance may indicate on a problem with patients being diagnosed without a medical referral.
3. Large regional differences in reporting rates for surveillance at the voivodeship level may indicate a problem with the diagnosing and/or reporting of new cases.

REFERENCES

1. European Centre for Disease Prevention and Control. Syphilis. In: ECDC. Annual Epidemiological Report for 2023. Stockholm: ECDC; 2025.
<https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/syphilis-annual-epidemiological-report-2023>
2. Niedźwiedzka-Stadnik M, Zakrzewska K. Syphilis in Poland in 2021-2022. *Przegl Epidemiol* 2024;78(4): 512-523. doi.org/10.32394/pe/202062
3. Infectious Diseases and Poisonings in Poland. Annals 2012-2023. Bulletins of the National Institute of Public Health – National Research Institute and Chief Sanitary Inspectorate: Warsaw, 2013-2024. (Available from:
https://wwwold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/index_p.html
4. Commission implementing decision (EU) 2018/945 of 22 June 2018 on the communicable diseases and related special health issues to be covered by epidemiological surveillance as well as relevant case definitions. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:32018D0945>
5. Niedźwiedzka-Stadnik M, Zakrzewska K. Sexually transmitted infections in Poland in 2013-2018 in comparison to other European countries based on infectious diseases surveillance in Poland and in Europe. *Przegl Epidemiol* 2021; 75(4):502-514. doi.org/10.32394/pe.75.47
6. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 grudnia 2019 r. w sprawie zgłaszania podejrzeń i rozpoznań zakażeń, chorób zakaźnych oraz zgonów z ich powodu (Dz.U. 2019 poz. 2430)
<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20190002430>
7. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 czerwca 2020 r. w sprawie zgłaszania wyników badań w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych u ludzi (Dz.U. 2020 poz. 1118)
8. Ministerstwo Zdrowia, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia.
<https://e-zdrowie.gov.pl>; <https://cez.gov.pl>
9. Niedźwiedzka-Stadnik M, Zakrzewska K. Syphilis in Poland in 2020. *Przegl Epidemiol* 2022;76(3):391-401. doi.org/10.32394/pe.76.37
10. Zakrzewska K, Niedźwiedzka-Stadnik M. Gonorrhoea in Poland in 2023. *Przegl Epidemiol* 2025;79(3):428-443, doi: <https://doi.org/10.32394/pe/213327>

11. Niedźwiedzka-Stadnik M, Nowakowska-Radziwonka E, Marzec-Bogusławska A. HIV infections and AIDS in Poland in 2023. doi: <https://doi.org/10.32394/pe/217374> (publikacja zaakceptowana do druku w Przegl Epidemiol, wersja online na dzień 10.02.2026)
12. Serwin AB, Matwiejuk M, Myśliwiec H, Flisiak I. Patients with late syphilis and neurosyphilis treated in Białystok in 2014-2023. Przegl Epidemiol 2025 May 30;79(1):3-12, doi: 10.32394/pe/203325.
13. Serwin AB, Grochowska A, Flisiak I. Men treated for syphilis in Białystok, Poland, 2014-2018. Przegl Epidemiol 2019;73(3):329-335. doi.org/10.32394/pe.73.28
14. Pastuszczyk M, Bociąga-Jasik M, Sitko M, Wojas-Pelc A. HIV infection and sex in sex-on-premises venues are associated with a higher risk of syphilis reinfection among men who have sex with men. Postepy Dermatol Alergol. 2018 Oct;35(5):481-484. doi: 10.5114/ada.2018.77238.

Received: 31.12.2025

Accepted for publication: 19.02.2026

Otrzymano: 31.12.2025 r.

Zaakceptowano do druku: 19.02.2026 r.

Address for correspondence:

Adres do korespondencji:

Marta Niedźwiedzka-Stadnik

Zakład Epidemiologii Chorób Zakaźnych i Nadzoru

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – PIB

e-mail: mniedzwiedzka@pzh.gov.pl

Table I. Newly reported syphilis cases in Poland in 2017-2023, by voivodeship
Tabela I. Przypadki kiły w Polsce wykazane w latach 2017-2023, wg województw

Voivodeship	Newly reported syphilis cases					
	median 2017-2021		2022		2023	
	n*	d	n	d	n	d
1. Dolnośląskie	42	1.45	71	2.46	150	5.21
2. Kujawsko-Pomorskie	55	2.64	43	2.14	70	3.51
3. Lubelskie	31	1.52	57	2.82	59	2.93
4. Lubuskie	27	2.66	32	3.27	53	5.44
5. Łódzkie	67	2.71	145	6.10	168	7.11
6. Małopolskie	99	2.91	166	4.84	186	5.42
7. Mazowieckie	456	8.46	579	10.51	1103	20.02
8. Opolskie	38	3.86	43	4.56	23	2.46
9. Podkarpackie	27	1.27	65	3.13	84	4.05
10. Podlaskie	15	1.27	19	1.66	53	4.66
11. Pomorskie	100	4.28	129	5.47	229	9.71
12. Śląskie	109	2.39	130	2.99	236	5.46
13. Świętokrzyskie	10	0.83	3	0.25	16	1.37
14. Warmińsko-Mazurskie	19	1.33	26	1.90	42	3.09
15. Wielkopolskie	220	6.29	292	8.36	367	10.52
16. Zachodniopomorskie	55	3.24	115	7.01	129	7.91
POLAND	1445	3.76	1915	5.07	2968	7.89

Table II. Newly diagnosed syphilis cases in Poland in 2023, by sex, age and voivodeship

Tabela II. Nowo wykryte przypadki kiły w Polsce w 2023 r. wg płci, wieku i województwa

Voivodeship	Sex					Age group*					
	N	Females		Males		<30		30-39		>=40	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Dolnośląskie	150	21	5.9	129	4.9	61	5.5	43	4.2	46	5.5
Kujawsko-Pomorskie	70	14	4.0	56	2.1	23	2.1	25	2.4	22	2.6
Lubelskie	59	10	2.8	49	1.9	21	1.9	23	2.2	15	1.8
Lubuskie	53	10	2.8	43	1.6	16	1.5	16	1.5	21	2.5
Łódzkie	168	29	8.2	139	5.3	53	4.8	68	6.6	47	5.6
Małopolskie	186	17	4.8	169	6.5	65	5.9	68	6.6	53	6.4
Mazowieckie	1103	97	27.4	1006	38.5	444	40.3	390	37.8	268	32.2
Opolskie	23	4	1.1	19	0.7	8	0.7	9	0.9	6	0.7
Podkarpackie	84	9	2.5	75	2.9	33	3.0	29	2.8	22	2.6
Podlaskie	53	9	2.5	44	1.7	23	2.1	13	1.3	17	2.0
Pomorskie	229	21	5.9	208	8.0	72	6.5	80	7.7	77	9.3
Śląskie	236	48	13.6	188	7.2	76	6.9	84	8.1	76	9.1
Świętokrzyskie	16	3	0.8	13	0.5	10	0.9	2	0.2	4	0.5
Warmińsko-Mazurskie	42	10	2.8	32	1.2	14	1.3	17	1.6	11	1.3
Wielkopolskie	367	33	9.3	334	12.8	139	12.6	118	11.4	110	12.3
Zachodniopomorskie	129	19	5.4	110	4.2	44	4.0	48	4.6	37	4.4
POLAND	2968	354	100.0	2614	100.0	1102	100.0	1033	100.0	832	100.0

N – total; *missing age for Mazowieckie for one person

Source: NIPH NIH – NRI based on Sanitary Inspection data: case-based data for 2023 year

Table III. Newly diagnosed syphilis cases in Poland in 2023, by voivodeship and transmission route

Tabela III. Nowo wykryte przypadki kiły w Polsce w 2023 r. wg województwa i drogi zakażenia

Voivodeship	Transmission group											
	MSM*			Heterosexual contacts			Sexual contacts, missing type of contacts			Unknown/other***		Total
	n	% of known transmission**	% of total**	n	% of known transmission	% of total	n	% of known transmission	% of total	n	% of total	n
1.Dolnośląskie	39	59.1	30.2	29	36.3	19.3	12	15.0	8.0	69	46.0	150
2.Kujawsko-Pomorskie	30	66.7	53.6	16	30.8	22.9	6	11.5	8.6	18	25.7	70
3.Lubelskie	32	71.1	65.3	15	28.8	25.4	5	9.6	8.5	7	11.9	59
4.Lubuskie	16	61.5	37.2	13	40.6	24.5	3	9.4	5.7	21	39.6	53
5.Łódzkie	60	66.7	43.2	33	29.5	19.6	19	17.9	11.3	56	33.3	168
6.Małopolskie	73	64.0	43.2	28	22.2	15.1	25	19.8	13.4	60	32.3	186
7.Mazowieckie	108	72.5	10.7	36	22.2	3.3	18	11.1	1.6	941	85.3	1103
8.Opolskie	8	61.5	42.1	2	15.4	8.7	3	23.1	13.0	10	43.5	23
9.Podkarpackie	26	59.1	34.7	14	29.8	16.7	7	14.9	8.3	35	41.7	84
10.Podlaskie	16	45.7	36.4	17	42.5	32.1	7	17.5	13.2	11	20.8	53
11.Pomorskie	96	71.6	46.2	41	27.7	17.9	11	7.4	4.8	81	35.4	229
12.Śląskie	67	48.6	35.6	55	33.5	23.3	42	25.6	17.8	71	30.1	236
13.Świętokrzyskie	7	63.6	53.8	3	25.0	18.8	2	16.7	12.5	4	25.0	16
14.Warmińsko-Mazurskie	13	61.9	40.6	14	50.0	33.3	1	3.6	2.4	14	33.3	42
15.Wielkopolskie	163	74.8	48.8	31	13.5	8.4	36	15.7	9.8	137	37.3	367
16.Zachodniopomorskie	41	59.4	37.3	26	31.7	20.2	15	18.3	11.6	47	36.4	129
POLAND	796	65.4	30.5	373	27.0	12.6	212	15.4	7.1	1587	53.5	2968

*MSM – men who have sex with men; ** calculated only to men with known transmission route and to the total number of men; *** other, 0.9% from category unknown/other

Source: NIPH NIH – NRI based on Sanitary Inspection data: case-based data for 2023 year

Table IV. First time treated syphilis cases in dermatology/venerology clinics in Poland in 2023 by voivodeship and syphilis stage

Tabela IV. Osoby leczone na kiłę po raz pierwszy w poradniach skórno-wenerologicznych w Polsce w 2023 roku wg województwa i postaci klinicznej kiły

Voivodeship	2023					
	Early syphilis				Late latent, other and undetermined (A52-A53)	
	primary/secondary (A51.0-A51.4)		early latent (A51.5-A51.9)			
	n	l	n	l	n	l
1. Dolnośląskie	31	1.08	22	0,76	51	1.77
2. Kujawsko-Pomorskie	13	0.65	22	1.10	32	1.60
3. Lubelskie	82	4.06	9	0.45	69	3.42
4. Lubuskie	12	1.23	8	0.82	40	4.09
5. Łódzkie	17	0.72	19	0.80	29	1.22
5. Małopolskie	153	4.46	19	0.55	119	3.47
6. Mazowieckie	466	8.46	155	2.81	274	4.97
7. Opolskie	15	1.60	6	0.64	13	1.38
9. Podkarpackie	9	0.43	6	0.29	9	0.43
10. Podlaskie	14	1.23	0	-	4	0.35
11. Pomorskie	118	5.00	52	2.20	81	3.43
12. Śląskie	63	1.45	58	1.34	62	1.43
13. Świętokrzyskie	8	0.68	1	0.09	7	0.60
14. Warmińsko-Mazurskie	32	2.35	17	1.25	61	4.48
1. Wielkopolskie	34	0.97	82	2.35	159	4.56
2. Zachodniopomorskie	10	0.61	7	0.43	50	3.06
POLAND	1077	2.86	483	1.28	1060	2.81

n – number; l – treatment rate per 100,000 population

Source: NIPH NIH – NRI based on CEZ data: e-health system data (MZ-14 forms – number of treatment cases in 2023 year)

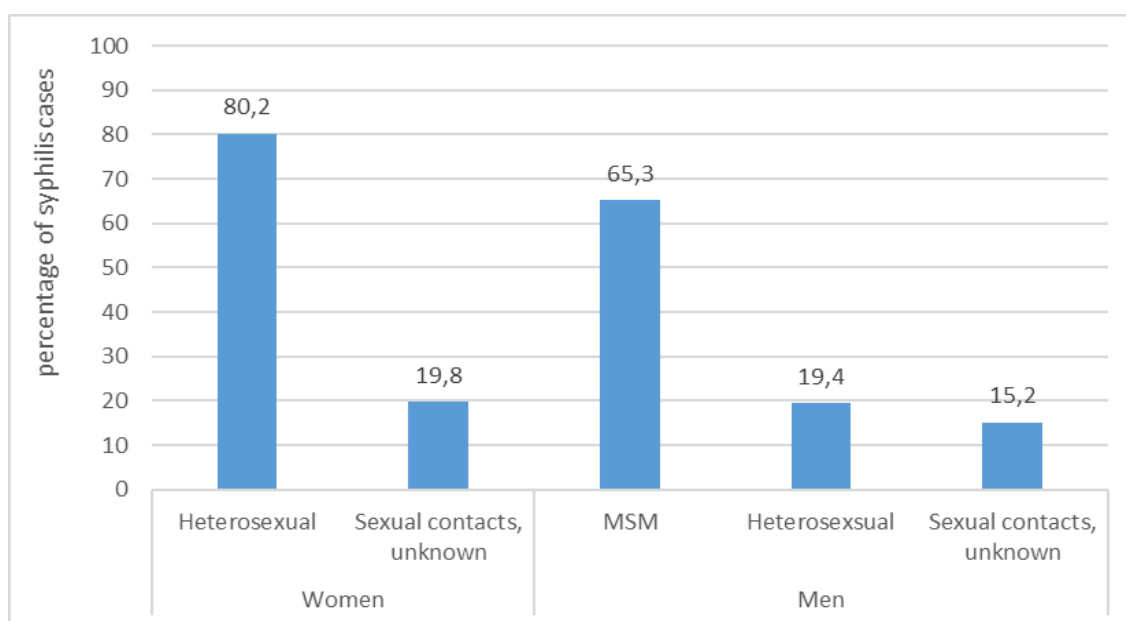


Figure 1. Percentage of syphilis cases in Poland in 2023, by transmission routes among men and women (percentage calculated relative to the known transmission route)

Rycina 1. Odsetek przypadków kiły w Polsce w 2023 roku, wg drogi zakażenia wśród mężczyzn i kobiet (odsetek liczony względem znanej drogi transmisji)

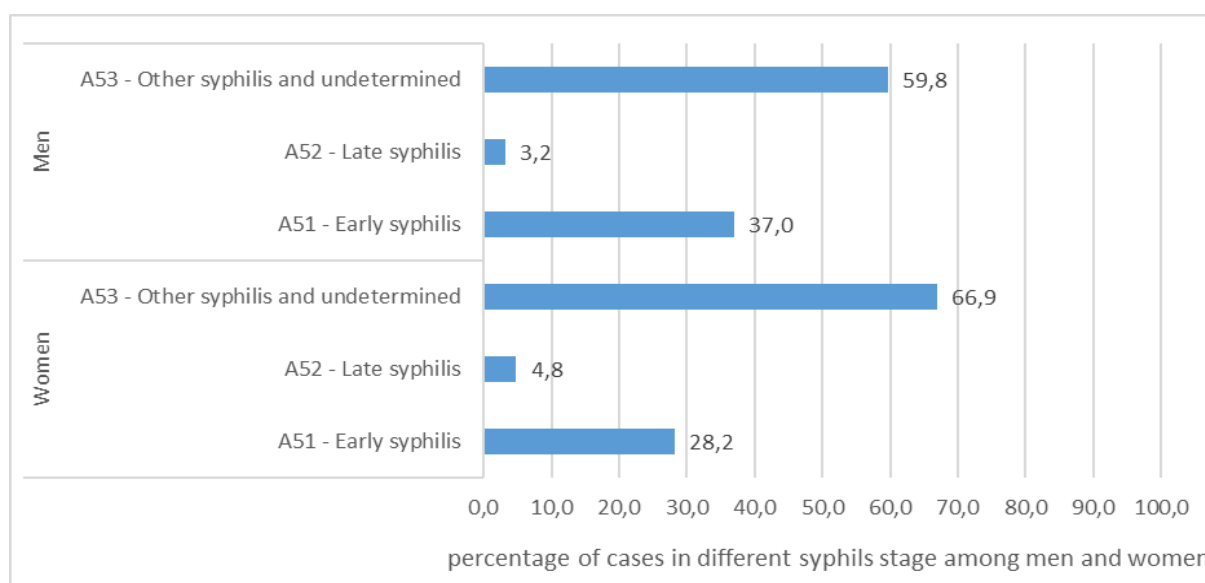


Figure 2. Syphilis stage at the moment of diagnosis in Poland in 2023, among women and men
 Rycina 2. Postać kliniczna kiły w momencie rozpoznania w Polsce w 2023 roku, wśród kobiet i mężczyzn

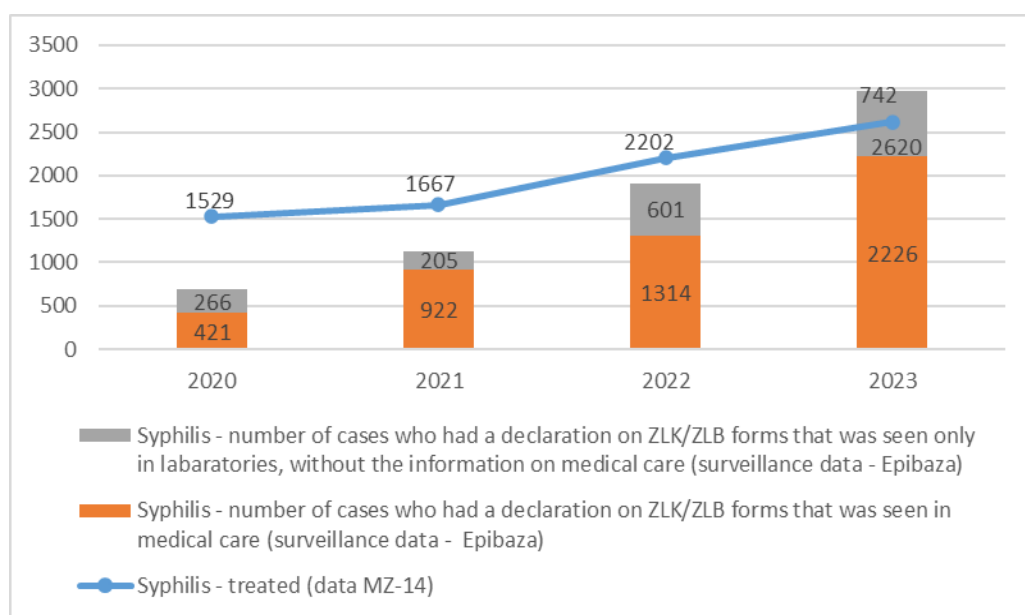


Figure 3. Number of reported syphilis cases and treated persons in Poland in 2020-2023
 Rycina 3. Liczba zgłoszeń kiły i liczba leczonych pacjentów w Polsce w 2020-2023 roku

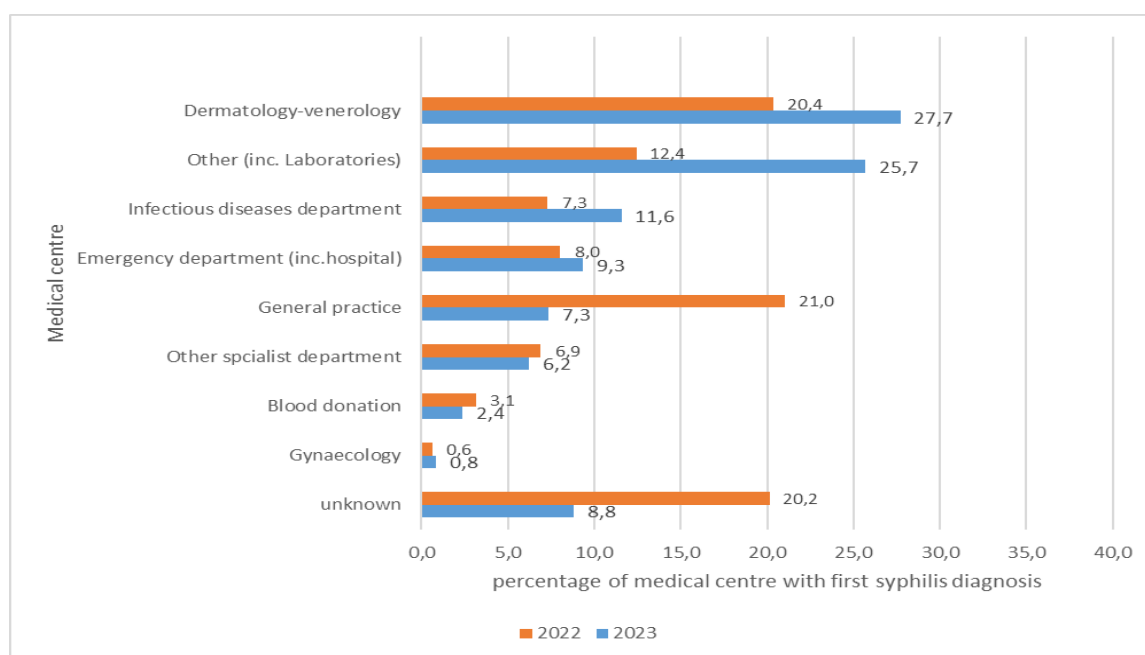


Figure 4. Type of clinical service or medical centre where syphilis cases can be notified for the first visits in 2023 in Poland, compared to 2022 year

Rycina 4. Rodzaj usługi medycznej lub podmiot medyczny, w którym zachorowania na kiłę mogły zostać rozpoznane po raz pierwszy w 2023 roku, w porównaniu z rokiem 2022

Marta Niedźwiedzka-Stadnik, Karolina Zakrzewska

SYPHILIS IN POLAND IN 2023*

KIŁA W POLSCE W 2023 ROKU*

Department of Epidemiology of Infectious Diseases and Surveillance,
National Institute of Public Health NIH – National Research Institute
Zakład Epidemiologii Chorób Zakaźnych i Nadzoru, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego
PZH – Państwowy Instytut Badawczy

* The work was carried out as part of task No. BE-1.2025 / Praca została wykonana w ramach zadania nr BE-1.2025

STRESZCZENIE

WPROWADZENIE. W 2023 roku nastąpił znaczny wzrost liczby przypadków kiły w Polsce, zgłoszono o ponad 50% więcej przypadków niż w roku poprzednim. Nadal pozostaje problemem rozróżnienie kliniczne zgłaszanych przypadków tj. nowych zakażeń, reinfekcji, oraz pozostałości dodatnich testów serologicznych potwierdzających obecność przeciwciał w kierunku *Treponema pallidum* u osób wcześniej skutecznie leczonych.

CEL. Celem pracy była ocena sytuacji epidemiologicznej kiły w Polsce w roku 2023 w porównaniu z poprzednimi latami.

MATERIAŁ I METODY. Ocenę sytuacji epidemiologicznej przeprowadzono na podstawie zgłoszeń przypadków kiły zarejestrowanych w roku 2023, pochodzących od lekarzy i z laboratoriów. Wykorzystano również zagregowane dane ze sprawozdań o zachorowaniach na choroby zakaźne, zakażeniach i zatruciach MZ-56 (meldunki dwutygodniowe, kwartalne, roczne) za lata 2017-2019 przekazane przez Państwową Inspekcję Sanitarną do NIZP PZH – PIB oraz dane ze sprawozdań MZ-14 o leczonych w poradniach skórno-wenerologicznych, publikowane w biuletynach NIZP PZH – PIB za lata 2020-2023.

WYNIKI. W 2023 roku w Polsce zgłoszono 2 968 przypadków kiły (wskaźnik rozpoznań 7,89 na 100 000 mieszkańców), w tym 130 u obcokrajowców. Najwięcej przypadków stwierdzono u osób poniżej 30 r.ż. (37,1%) oraz mężczyzn (88,1%). W 2023 roku kiła wczesna (ICD-10: A51) stanowiła 36,0% wszystkich rozpoznań kiły zgłoszonych do nadzoru (1 068 przypadków), a kiła inna i nieokreślona (ICD-10: A53) 60,6% (1 799 przypadków).

WNIOSKI. W 2023 roku liczba zgłoszeń przypadków kiły zwiększyła się o ponad połowę w porównaniu z poprzednim rokiem. Na wysokim poziomie pozostawał również odsetek przypadków kiły wczesnej (najbardziej zakaźnej), co może mieć wpływ na rozprzestrzenianie się zakażeń w populacji i wzrost liczby nowych przypadków.

Słowa kluczowe: kiła, STI, epidemiologia, Polska, rok 2023

WSTĘP

Według danych publikowanych przez Europejskie Centrum ds. Prewencji i Kontroli Chorób (ECDC) w 2023 r. zgłoszono 41 051 potwierdzonych przypadków kiły z 29 państw UE/EOG. Wskaźnik nowych rozpoznań wyniósł 9,9 przypadków na 100 000 mieszkańców, co stanowi wzrost o 13% w porównaniu z 2022 r., oraz wzrost o 100% w porównaniu z 2014 rokiem. Wskaźnik nowych rozpoznań kiły był 7 razy wyższy u mężczyzn w porównaniu z kobietami i najwyższy u mężczyzn w wieku 25-34 lata (43 przypadki na 100 000 mieszkańców).

Wśród przypadków kiły ze znaną drogą transmisji zakażenia, większość została zgłoszona u mężczyzn utrzymujących kontakty seksualne z mężczyznami (MSM, 72% przypadków). Na poziomie UE, liczba nowych zgłoszeń przypadków kiły wzrasta od 2014 roku, głównie ze względu na wzrost liczby przypadków wśród MSM (1). Wzrasta również liczba przypadków kiły wczesnej, czyli kiły w stadium wysokiej zakaźności – w roku 2023 ponad połowa raportowanych przez 11 krajów przypadków kiły została rozpoznana jako kiła pierwotna lub/i wtórna (około 57% przypadków), w porównaniu do 50% przypadków zgłoszonych z 10 krajów w roku 2022.

Najwyższy wskaźnik rozpoznań odnotowano w Luxemburgu – 22,8 na 100 000 mieszkańców (164 przypadki), na Malcie – 22,7 (123 przypadki) oraz w Hiszpanii – 22,0 (10 591 przypadków), natomiast najniższy wskaźnik rozpoznań występował w Łotwie – 0,8 przypadków na 100 000 mieszkańców (15 przypadków) i w Chorwacji 0,9 (36 przypadków).

Również w Polsce obserwowany był wzrost liczby nowo rozpoznanych przypadków w latach poprzednich (2). Wzrost rejestrowany jest od 2012 roku, w okresie pandemii COVID-19 w latach 2020-2021 odnotowano spadek liczby przypadków o ponad połowę, natomiast w 2022 r. liczba przypadków ponownie zaczęła wzrastać do wartości obserwowanych przed okresem pandemii (3).

Celem obecnego opracowania była ocena sytuacji epidemiologicznej kiły w Polsce w 2023 roku w odniesieniu do lat ubiegłych (2017-2022), na podstawie danych dostępnych z rutynowych systemów monitorowania.

MATERIAŁ I METODY

Ocenę sytuacji epidemiologicznej kiły w roku 2023 oparto na wynikach analizy przypadków kiły nowo rozpoznanych w 2023 r. i zgłoszonych przez lekarzy (formularz ZLK-3) i/lub na podstawie zgłoszeń dodatknych wyników badań w kierunku *T. pallidum* przekazanych przez kierowników laboratoriów (formularz ZLB-1) do Państwowej Inspekcji Sanitarnej, dla których utworzono wywiad dla przypadku kiły w systemie Epibaza. Do analizy włączono

wywiady zarejestrowane w Epibazie do końca grudnia 2025 roku, na podstawie zgłoszeń wykazanych w 2023 roku, ale wpisanych z opóźnieniem przez stacje PSSE.

Nowo wykryte przypadki klasyfikowane są zgodnie z definicją przypadku kiły wykorzystywaną do celów nadzoru epidemiologicznego zgodnie z Decyzją Komisji Europejskiej z dn. 22 czerwca 2018 r. Definicje przypadków, jednolite dla całej UE, stosowane są w celu klasyfikacji i zgłaszania chorób zakaźnych do sieci Wspólnoty na podstawie Decyzji No 2119/98/EC Parlamentu Europejskiego i Rady Europejskiej (4). W Polsce definicja przypadku kiły została wprowadzona w 2009 r., jednak w kolejnych latach została nieznacznie rozszerzona na potrzeby nadzoru w Polsce i obejmuje zgłaszanie przypadków prawdopodobnych, potwierdzonych oraz możliwych (5).

W pracy wykorzystano również dane zagregowane ze sprawozdań MZ-56 przekazywanych przez Stacje Sanitarно-Epidemiologiczne do Zakładu Epidemiologii Chorób Zakaźnych i Nadzoru NIZP PZH – PIB za lata 2017-2019. Raporty MZ-56 są przygotowywane przez stacje PSSE na podstawie zgłoszeń kiły rozpoznanej przez lekarzy, zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 2019 r. (formularz ZLK-3) (6) i zgłoszeń dodatkich wyników badań w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych przez kierowników laboratoriów, zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 2020 r. (formularz ZLB-1) (7).

Dane o leczonych po raz pierwszy w poradniach skórno-wenerologicznych w latach 2020-2023 podano wg danych Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CEZ), zbieranych w ramach Programu Badań Statystycznych Statystyki Publicznej, sprawozdanie MZ-14 (8). W analizie danych o leczonych po raz pierwszy, używanych dla porównania danych z różnych źródeł, nie uwzględniono danych sprzed 2020 r. ze względu na brak możliwości wyodrębnienia zgłoszeń od lekarzy w danych nadzorowych przed 2020 r. Rejestracja danych jednostkowych o zachorowaniach na kiłę w nadzorze została wprowadzona w 2020 r.

Nowo rozpoznane przypadki kiły dotyczą zarówno kiły wczesnej: pierwotnej i wtórnej (ICD-10: A51), w tym kiły wczesnej utajonej (ICD-10: A51.5), jak i kiły późnej (ICD-10: A52) objawowej lub utajonej. Liczba przypadków kiły utajonej zależy w dużej mierze od wykonywanych badań przesiewowych. Stąd w analizie dla kiły ogółem podano wartości wskaźnika zdefiniowane jako liczba nowych rozpoznań kiły (wszystkie postacie kiły opisane kodem ICD-10: A51-A53) w odniesieniu do całej populacji, uwzględniając również zgłoszenia kiły innej i nieokreślonej, w których często nie jest znana data zachorowania (ICD-10: A53).

WYNIKI I ICH OMÓWIENIE

Wskaźniki nowych rozpoznań kiły w Polsce. W 2023 roku w Polsce rozpoznano kiłę u 2 968 osób (wskaźnik rozpoznań wynosił 7,89 na 100 000 mieszkańców), w tym u 130 obcokrajowców, głównie u osób z Ukrainy – 75,4% (98/130). Liczba przypadków kiły wzrosła o prawie 55% w porównaniu z rokiem poprzednim natomiast w porównaniu z medianą w latach 2017-2021 wzrosła o 105,4% (Tab. I).

Najwyższy wskaźnik rozpoznań na kiłę w 2023 roku stwierdzono w województwie mazowieckim – 20,02 przypadków na 100 000 mieszkańców. Wskaźnik powyżej 5 przypadków na 100 000 mieszkańców zarejestrowano w 7 województwach. Natomiast najniższy wskaźnik zarejestrowano w województwie świętokrzyskim – 1,37 na 100 000 mieszkańców. Wzrost wskaźnika w roku 2023 w porównaniu z rokiem poprzednim zarejestrowano prawie we wszystkich województwach, z wyjątkiem województwa opolskiego. W tym województwie zarejestrowano spadek wskaźnika z 4,56 do 2,46 przypadków na 100 000 mieszkańców (Tab. I).

Większość przypadków zgłoszonych w 2023 została rozpoznana w roku 2023 – 77,3% (2 294 przypadki), pozostałe zostały rozpoznane w latach wcześniejszych i zgłoszone z opóźnieniem, odpowiednio 16,6% przypadków rozpoznanych w roku 2022 (493 przypadki), 5,4% w roku 2021 (160 przypadków) i 21 przypadków w 2020 roku (stanowiących 0,7% przypadków zgłoszonych w 2023 roku).

Dane demograficzne osób zakażonych. W roku 2023 znaczącą większość przypadków kiły stwierdzono u mężczyzn 88,1% (2 614 przypadków), w porównaniu do 11,9% kobiet (354 przypadki). Najwyższy udział zachorowań wśród kobiet odnotowano w województwie mazowieckim – 27,4%, oraz śląskim – 13,6%. W pozostałych województwach odsetek zakażeń wśród kobiet był poniżej 10%, a najniższy odsetek przypadków wśród kobiet rozpoznano w województwie opolskim – 1,1%. Największą liczbę przypadków zarejestrowano u osób w wieku poniżej 30 r.ż. (37,1%, 1 102 przypadki) oraz u osób w wieku 30-39 lat – 34,8% (1 033 przypadki). Najwięcej osób w wieku poniżej 30 r.ż., odnotowano w woj. mazowieckim – 40,3% oraz wielkopolskim – 12,6%. Podobnie, najwięcej osób między 30 a 39 r.ż. oraz po 40 r.ż. zostało rozpoznanych w województwie mazowieckim – odpowiednio 37,8% i 32,2% (Tab. II).

Droga transmisji zakażeń *T. pallidum*. Zarówno dla kobiet, jak i mężczyzn zarejestrowano bardzo wysoki odsetek zgłoszeń bez podania informacji na temat prawdopodobnej drogi zakażenia *T. pallidum*, odpowiednio u kobiet – 51,4% (182/354), i u mężczyzn – 53,7% (1 405/2 614). W pozostałych przypadkach potwierdzono drogę płciową.

Wśród mężczyzn z podaną drogą zakażenia na zgłoszeniu, najwięcej przypadków kiły zgłoszono wśród mężczyzn utrzymujących kontakty seksualne z mężczyznami – 65,3% (790/1 209), a zakażenia wśród mężczyzn podejmujących kontakty heteroseksualne dotyczyły 19,4% (235/1 209). W pozostałych przypadkach nie określono typu kontaktów seksualnych – 15,2% (184/1 209) (Ryc. 1).

Przypadki wśród kobiet najczęściej były wynikiem zakażeń heteroseksualnych – w 80,2% (138/172). Pozostałe zakażenia wśród kobiet o potwierdzonej drodze płciowej, zostały podane bez określonego typu kontaktu seksualnego – 19,8% (34/172 przypadki).

Wśród wszystkich mężczyzn ze znaną drogą zakażenia, najczęściej zakażenia wśród MSM (powyżej 70%) zgłaszano w województwach: lubelskim, mazowieckim, pomorskim i wielkopolskim. Najwyższy odsetek zakażeń drogą kontaktów heteroseksualnych odnotowano w woj. lubuskim, podlaskim i warmińsko-mazurskim – ponad 40% wśród wszystkich przypadków ze znaną drogą transmisji. Natomiast najwięcej zakażeń drogą kontaktów seksualnych bez określenia typu kontaktu zgłoszono w województwie śląskim – 25,6% i opolskim – 23,1% (Tab. III).

Najmniejszy odsetek zakażeń wśród MSM wśród wszystkich mężczyzn zarejestrowano w woj. mazowieckim – 10,7%, natomiast najmniejszy odsetek zakażeń wśród osób heteroseksualnych ze znaną drogą zakażenia zarejestrowano w woj. wielkopolskim – 13,5% i opolskim – 15,4%, a zakażenia przez kontakty seksualne bez określenia typu kontaktu stanowiły najmniejszy odsetek w woj. warmińsko-mazurskim – 3,6% zakażeń ze znaną drogą zakażenia.

Zakażenia *T. pallidum* zgłoszone zgodnie z klasyfikacją przypadku kiły dla potrzeb nadzoru epidemiologicznego. W roku 2023 wśród wszystkich zgłoszonych przypadków, 2 699 było rozpoznanych na podstawie dodatnich wyników badań potwierdzających zakażenie *T. pallidum* i zgodnie z definicją przypadku zostały one zaklasyfikowane jako przypadki potwierdzone. Przypadki możliwe dotyczyły 8,7% zgłoszonych przypadków (257 przypadków), natomiast jako przypadki prawdopodobne sklasyfikowano 12 przypadków kiły.

Postać kliniczna kiły i leczenie pacjentów chorujących na kiłę w poradniach skórno-wenerologicznych w Polsce (dane na podstawie nadzoru epidemiologicznego i MZ-14). W 2023 roku kiła wczesna (ICD-10: A51) stanowiła 36,0% wszystkich rozpoznań zgłoszonych do nadzoru (1 068 /2 968), a kiła inna i nieokreślona (ICD-10: A53) 60,6% (1 799 przypadków). Więcej przypadków kiły wczesnej rozpoznawano wśród mężczyzn niż wśród kobiet – odpowiednio 90,6% vs 9,4% wszystkich przypadków kiły wczesnej (968 przypadków wśród mężczyzn vs. 100 przypadków wśród kobiet). Kiła późna (ICD-10: A52) rozpoznawana

była również częściej w populacji mężczyzn w porównaniu z kobietami: 83,2% vs 16,8% (84 przypadki wśród mężczyzn vs. 17 wśród kobiet). Podobnie kiłę inną i nieokreśloną (ICD-10: A53) znacznie częściej rozpoznawano wśród mężczyzn w porównaniu z kobietami – 86,8% przypadków kiły wśród mężczyzn (1 562 przypadków) i 13,2% wśród kobiet (237 przypadków). Porównując proporcję poszczególnych postaci kiły według płci osób zakażonych, u kobiet najczęściej rozpoznawano kiłę A53 – 66,9% oraz kiłę A51 u 28,2%, natomiast u mężczyzn kiła A53 stanowiła 59,8% zakażeń, a kiła wczesna (ICD10: A51) – 37,0% przypadków (Ryc. 2).

W 2023 roku w poradniach skórno-wenerologicznych, zgodnie ze sprawozdaniem MZ-14, było leczonych 2 620 pacjentów, w tym najczęściej byli to pacjenci w stadium kiły wczesnej objawowej – 41,1% (1 077/2 620), a następnie kiły późnej oraz kiły innej i nieokreślonej – 40,5% (1 060 /2 620). Najmniej pacjentów było leczonych w stadium kiły wczesnej utajonej – 18,4% (483 przypadki) (Tab. IV). Najwyższy wskaźnik leczonych osób z powodu kiły wczesnej objawowej (ICD-10: A51.0-A51.4) zgłoszono w województwie mazowieckim – 8,46 na 100 000 mieszkańców, a najniższy w woj. podkarpackim – 0,43 tj. 9 przypadków kiły. Kiła późna i inna lub nieokreślona najczęściej była leczona w woj. mazowieckim – 4,97 przypadków na 100 000 mieszkańców oraz podobnie w województwie wielkopolskim i warmińsko-mazurskim – 4,56 i 4,48 przypadków na 100 000 mieszkańców, a najrzadziej w województwie podlaskim i opolskim – 0,35 i 0,43 przypadki na 100 000 mieszkańców (Tab. IV).

W 2023 roku liczba leczonych osób zwiększyła się o 19,0% w porównaniu z rokiem 2022. Wzrosła również liczba osób, które zostały zgłoszone do nadzoru epidemiologicznego (zarówno przez lekarzy, jak i tylko na podstawie badań laboratoryjnych) o ponad 55% w porównaniu z rokiem poprzednim (Ryc. 3). Po raz pierwszy od roku 2020 liczba osób zgłoszonych była wyższa niż liczba osób w leczeniu, jednak po wykluczeniu przypadków rozpoznanych tylko w laboratorium na podstawie wyniku badania, różnica ta zmniejszyła się do poziomu obserwowanego w latach poprzednich.

Obraz kliniczny przypadków kiły. Dla ponad połowy przypadków 58,9% (1 748/2 968), otrzymano zgłoszenie rozpoznania od lekarza (78,3% z tych przypadków miało również zgłoszenie z laboratorium w wynikami badania). Spośród zgłoszeń rozpoznanych przez lekarza, dla ponad połowy przypadków podano objawy zakażenia kiłą (zgodne z definicją przypadku dla nadzoru epidemiologicznego) – w 54,1% przypadków (945/1 748). Najczęściej pacjenci zgłaszali się z objawami: wysypki plamisto-grudkowej – 36,3% (343/945), jednego pojedynczego owrzodzenia pierwotnego lub kilku takich zmian w okolicy genitaliów, krocza, odbytu, ust lub błony śluzowej gardła lub w innym miejscu poza obrębem genitaliów – 28,7%

(271/945), a także zmian śluzówkowo-skórnych – 21,4% (202/945). Dla 8,3% przypadków (78/945) wskazano brak objawów obecnie, ale pacjent deklaruwał wcześniejsze wystąpienie objawów zgodnie ze stadiami kiły powyżej 12 miesięcy lub w ciągu ostatnich 12 miesięcy.

Rodzaj podmiotów medycznych wykonujących działalność leczniczą, w których rozpoznawano zakażenia na kiłę. W 2023 r. ponad jedna czwarta wszystkich przypadków kiły została zdiagnozowana przez lekarzy dermatologów-wenerologów – 27,7% (823/2 968) (Ryc. 4) oraz przez lekarzy chorób zakaźnych – 11,6% (344/2 968) lub lekarzy innych specjalności – 6,2% (185/2 968). Lekarze podstawowej opieki zdrowotnej rozpoznali 7,3% (218/2 968) przypadków kiły, a podczas pobytu w szpitalu w związku z diagnostyką kliniczną rozpoznano 9,3% (277/2 968) przypadków. Ponad 25,7% przypadków (763/2 968) zostało rozpoznanych tylko na podstawie wykonanych badań diagnostycznych bez konsultacji z lekarzem lub bez przekazania zgłoszenia od lekarza (zgłoszenia tylko z laboratoriów).

PODSUMOWANIE

W Polsce w ostatnich latach obserwuje się wzrost liczby nowych rozpoznań kiły (2). Choć w okresie pandemii COVID-19 w 2020 r. w stosunku do 2019 r. liczba zgłoszonych przypadków znacznie zmniejszyła się (9), było to głównie wynikiem opóźnień w raportowaniu, obserwowanych również w latach poprzednich, podobnie jak w przypadku innych chorób przenoszonych drogą płciową (10,11).

Większość przypadków rozpoznawana jest jako kiła inna lub nieokreślona (A53) – ponad 60% przypadków, głównie w wyniku dużej liczby przypadków rejestrowanych tylko na podstawie wyników badań laboratoryjnych, bez informacji o rozpoznaniu przez lekarza – 41,1% wszystkich przypadków. Najmniej przypadków rozpoznawanych jest jako kiła późna – około 3-4%. Wydaje się, że odsetek ten może być zaniżony, biorąc pod uwagę dane z ośrodków klinicznych w Polsce np. z Kliniki Dermatologii i Wenerologii UM w Białymstoku, w których udział pacjentów z kiłą późną wśród pacjentów leczonych z powodu kiły ogółem jest znacznie wyższy (12,13). Liczba przypadków kiły późnej w nadzorze może być niedoszacowana zwłaszcza w związku z dużym odsetkiem pacjentów, którzy zgłaszani są tylko na podstawie wyników badań laboratoryjnych, bez informacji z wywiadu lekarskiego.

Obserwowane jest zróżnicowanie geograficzne liczby przypadków zgłoszonych do nadzoru pomiędzy województwami. Najwyższe wskaźniki wykrywalności zarejestrowano w województwach: mazowieckim, wielkopolskim, pomorskim, łódzkim i zachodniopomorskim, natomiast w pozostałych wskaźniki te są znacznie niższe, co może wskazywać na problem z rozpoznawalnością i/lub zgłaszalnością przypadków.

Mężczyźni MSM powinni być grupą docelową działań profilaktycznych, ponieważ zakażenia MSM stanowią większość wśród mężczyzn ze znaną drogą zakażenia (w 2023 roku ponad 60%). Ryzyko powtórnego zakażenia kiłą wśród mężczyzn MSM badano m.in. w grupie 54 mężczyzn, pacjentów zgłaszających się do Kliniki Dermatologii Uniwersytetu Jagiellońskiego CM w Krakowie. Wykazano m. in. wysokie ryzyko reinfekcji kiłą u mężczyzn MSM zakażonych HIV (OR = 9,6, 95% CI: 2,2-42,5) (14).

Od wielu lat w nadzorze obserwuje się problem z jakością gromadzonych danych, co w przypadku kiły wpływa na poprawność klasyfikacji i weryfikacji zgłoszonych przypadków. Braki dotyczą np. drogi transmisji, postaci klinicznej, informacji o poprzednim leczeniu kiły czy kompletu badań laboratoryjnych pozwalających na klasyfikację przypadku zgodnie z definicją przypadku dla potrzeb nadzoru epidemiologicznego nad chorobami zakaźnymi. Wymienione braki danych mają szczególnie wpływ na prawidłową klasyfikację przypadku jako reinfekcji lub występowanie tylko blizny serologicznej, czyli występowania przeciwciał po przebytym zakażeniu w przeszłości skutecznie leczonym. Przekłada się to na utrudnioną analizę sytuacji epidemiologicznej zakażeń kiłą oraz ocenę liczby zgłoszonych przypadków.

Wstępna próba analizy reinfekcji oraz blizny serologicznej w przypadku zachorowań na kiłę zgłoszonych do nadzoru została przeprowadzona w roku 2023. Na podstawie wstępnych danych w 2023 roku reinfekcje stwierdzono w 1,9% przypadków (58/2 968). W tych przypadkach obserwowano 4-krotny wzrost poziomu przeciwciał w testach niekrętkowych – przypadki zostały zgłoszone w roku 2023 jako ponowne zakażenie *T. pallidum*. Ocena blizny serologicznej była utrudniona z powodu braku dostępu do jednostkowych danych nadzorowych sprzed 2020 roku, co uniemożliwiło weryfikację wcześniejszej rejestracji zakażenia, a także ocenę reakcji na leczenie. Oszacowano, że w 15,3% przypadków zgłoszonych w 2023 r. jedynie na podstawie testów krętkowych (290/1 900 przypadków zarejestrowanych jako A53 i A52), nie można wykluczyć ponownego zgłoszenia osoby wcześniej zakażonej (i skutecznie leczonej, przed 2020 r.), z uwagi na brak danych o poprzednim zakażeniu. Jednak zgłoszenia te mogą również dotyczyć osób wcześniej zakażonych, ale nie zgłoszonych do nadzoru. Przypadki te wykazano w 2023 r. jako kiłę nieokreśloną (ICD10: A53) lub późną (ICD10: A52).

Porównując liczbę rozpoznanych przypadków kiły, które zostały zgłoszone do nadzoru epidemiologicznego z liczbą osób leczonych z powodu kiły w Polsce, widać wyraźny trend rosnący zarówno w liczbie leczonych osób, jak i przypadków zgłoszonych do nadzoru. Najwyższy wzrost liczby leczonych osób obserwowano między rokiem 2021 a 2022, o 32,1%. W roku 2023 wzrost był już nieco niższy, na poziomie 19,0%. Natomiast wzrost liczby osób zgłaszanych do nadzoru również był najwyższy między 2021 a 2022 rokiem – o 69,9%, w roku

2023 w porównaniu z rokiem 2022 wzrost wynosił 54,9%. Największa różnica między liczbą leczonych, a liczbą osób zgłoszonych do nadzoru występowała w 2020 roku, co wyraźnie podkreśla wpływ pandemii COVID-19 na opóźnienie w raportowaniu danych do nadzoru epidemiologicznego. Do roku 2022 liczba przypadków leczonych była wyższa niż liczba zgłoszeń, w roku 2023 po raz pierwszy liczba przypadków zgłoszonych do nadzoru była większa niż liczba leczonych osób. Jednak po wykluczeniu przypadków, które zostały zgłoszone tylko na podstawie laboratoryjnego rozpoznania zakażenia *Treponema pallidum* i odnosząc do tej wartości liczbę osób w leczeniu, jest ona nadal wyższa niż liczba osób rozpoznanych przez podmioty medyczne. Wyniki te mogą wskazywać na coraz częstsze badanie się pacjentów bez skierowania lekarskiego, co może oznaczać, że część z tych pacjentów miała objawy, z powodu których postanowiła wykonać test w kierunku *T. pallidum*, jednak brak jest informacji o objęciu tych osób leczeniem.

WNIOSKI

1. Poprawa zgłaszalności przez lekarzy oraz poprawa jakości raportowanych danych dotyczących rozpoznanych zakażeń jest niezbędna dla pełnej oceny sytuacji epidemiologicznej kiły w Polsce
2. Znacząca różnica między liczbą osób leczonych, a liczbą zgłoszonych do nadzoru, może wskazywać na problem diagnozowania się pacjentów bez skierowania lekarskiego
3. Duże różnice regionalne w zakresie wskaźników zgłaszalności do nadzoru na poziomie województw mogą wskazywać na problem z rozpoznawalnością i/lub zgłaszalnością nowych przypadków.

PIŚMIENNICTWO

1. European Centre for Disease Prevention and Control. Syphilis. In: ECDC. Annual Epidemiological Report for 2023. Stockholm: ECDC; 2025.
<https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/syphilis-annual-epidemiological-report-2023>
2. Niedźwiedzka-Stadnik M, Zakrzewska K. Syphilis in Poland in 2021-2022. Przegl Epidemiol 2024;78(4): 512-523. doi.org/10.32394/pe/202062
3. Infectious Diseases and Poisonings in Poland. Annals 2012-2023. Bulletins of the National Institute of Public Health – National Research Institute and Chief Sanitary Inspectorate: Warsaw, 2013-2024. (Available from: https://wwwold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/index_p.html)

4. Commission implementing decision (EU) 2018/945 of 22 June 2018 on the communicable diseases and related special health issues to be covered by epidemiological surveillance as well as relevant case definitions. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:32018D0945>
5. Niedźwiedzka-Stadnik M, Zakrzewska K. Sexually transmitted infections in Poland in 2013-2018 in comparison to other European countries based on infectious diseases surveillance in Poland and in Europe. *Przegl Epidemiol* 2021; 75(4):502-514. doi.org/10.32394/pe.75.47
6. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 grudnia 2019 r. w sprawie zgłaszania podejrzeń i rozpoznań zakażeń, chorób zakaźnych oraz zgonów z ich powodu (Dz.U. 2019 poz. 2430)
<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20190002430>
7. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 czerwca 2020 r. w sprawie zgłaszania wyników badań w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych u ludzi (Dz.U. 2020 poz. 1118)
8. Ministerstwo Zdrowia, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia. <https://e-zdrowie.gov.pl>; <https://cez.gov.pl>
9. Niedźwiedzka-Stadnik M, Zakrzewska K. Syphilis in Poland in 2020. *Przegl Epidemiol* 2022;76(3):391-401. doi.org/10.32394/pe.76.37
10. Zakrzewska K, Niedźwiedzka-Stadnik M. Gonorrhoea in Poland in 2023. *Przegl Epidemiol* 2025;79(3):428-443, doi: <https://doi.org/10.32394/pe/213327>
11. Niedźwiedzka-Stadnik M, Nowakowska-Radziwonka E, Marzec-Bogusławska A. HIV infections and AIDS in Poland in 2023.
doi: <https://doi.org/10.32394/pe/217374> (publikacja zaakceptowana do druku w *Przegl Epidemiol*, wersja online na dzień 10.02.2026)
12. Serwin AB, Matwiejuk M, Myśliwiec H, Flisiak I. Patients with late syphilis and neurosyphilis treated in Białystok in 2014-2023. *Przegl Epidemiol* 2025 May 30;79(1):3-12, doi: 10.32394/pe/203325.
13. Serwin AB, Grochowska A, Flisiak I. Men treated for syphilis in Białystok, Poland, 2014-2018. *Przegl Epidemiol* 2019;73(3):329-335. doi.org/10.32394/pe.73.28
14. Pastuszczyk M, Bociąga-Jasik M, Sitko M, Wojas-Pelc A. HIV infection and sex in sex-on-premises venues are associated with a higher risk of syphilis reinfection among men who have sex with men. *Postepy Dermatol Alergol*. 2018 Oct;35(5):481-484. doi: 10.5114/ada.2018.77238.

Received: 31.12.2025

Accepted for publication: 19.02.2026

Otrzymano: 31.12.2025 r.

Zaakceptowano do druku: 19.02.2026 r.

Address for correspondence:

Adres do korespondencji:

Marta Niedźwiedzka-Stadnik

Zakład Epidemiologii Chorób Zakaźnych i Nadzoru

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – PIB

e-mail: mniedzwiedzka@pzh.gov.pl