



Wrażenia z europejskiego kongresu IUSTI (International Union Sexually Transmitted Infections)

Ryga (Łotwa), 8–10 września 2011 roku

Przegl Dermatol 2011, 98, 533–535

Od wielu lat, jako dermatolog, nie mam styczności z problemami związanymi z chorobami przenoszonymi drogą płciową (ang. *sexually transmitted infections* – STI). Postanowiłam więc zapoznać się z tematami, które mają tak wielkie znaczenie w dzisiejszym świecie.

Staying alert for sexual health – tak brzmiało główne hasło kongresu IUSTI, który odbył się 8–10 września 2011 roku w Rydze (ryc. 1.). Nasilający się problem niepłodności – zarówno u mężczyzn, jak i u kobiet – wynika m.in. z braku dostatecznej wiedzy oraz braku dostępności do nowoczesnej diagnostyki bakteriologicznej, wirusologicznej i serologicznej, pozwalającej na wczesne rozpoznanie i szybkie rozpoczęcie leczenia, nawet w stanach bezobjawowych STI.

Na zjeździe wiele uwagi poświęcono zakażeniom wywołanym przez chlamydie (Ct), mikoplazmy i gonokoki, natomiast problemy HIV/AIDS poruszano wtedy, gdy były związane ze STI. Zakażenia krętkiem błędym omawiano z dokumentacją fotograficzną, podkreślając szczególne trudności rozpoznawcze we wczesnym, objawowym okresie kiły. Nie poruszono tematu leczenia kiły przy zastosowaniu skutecznie działającej od wielu lat penicyliny. Przedstawiciele państw Europy Wschodniej (S. Rubins) podkreślali pojawianie się przypadków kiły wrodzonej.

Doktor Maria van der Laar (Szwecja) – ekspert w dziedzinie epidemiologii, profilaktyki i kontroli STI – przedstawiła sytuację w Europie. Do najczęstszych zakażeń należą infekcje chlamydialne – około 350 tys. w 2009 roku (185/100 000 mieszkańców), częściej u kobiet niż u mężczyzn, w 75% wśród młodych ludzi, natomiast przypadki rzeżączki – 30 000 (9,7/100 000 mieszkańców) – obserwuje się zwłaszcza w grupie MSM (*men who has sex with men*). Obserwuje się wyraźną tendencję malejącą zachorowań na kiłę i rzeżączkę, szczególnie w państwach, w których wcześniej wskaźniki były wysokie. Zwracano uwagę na wyraźny wzrost liczby wszystkich zakażeń w grupie MSM. Dane statystyczne należy oceniać ostrożnie z powodu niewystarczającej rejestracji cho-

rób oraz braku współpracy z wieloma państwami Europy.

Najbardziej alarmująca wydaje się sprawa oporności na antybiotyki (ang. *antimicrobial resistance* – ARM) w leczeniu rzeżączki w Federacji Rosyjskiej (A.A. Kubanov), na Białorusi (S. Glazkova) i w Kirgistanie (G. Mamayeva). Wspomniane państwa ściśle współpracują z Kliniką Mikrobiologii w Örebro (Szwecja). Ekspertem w dziedzinie badań genetycznych i molekularnych jest mikrobiolog prof. Magnus Unemo z *Laboratory for Pathogenic Neisseria*, ośrodka współpracującego ze Światową Organizacją Zdrowia (ang. *World Health Organization* – WHO) w sprawach zakażeń rzeżączkowych. W prywatnej rozmowie ze mną prof. Unemo wyrażał chęć nawiązania współpracy z Polską. W wielu wystąpieniach przekazywano ostrzeżenia, że rzeżączka może być chorobą nieuleczalną, jeżeli nie znajdzie się odpowiednio działającego antybiotyku.

Profesor Tetsuro Jatsumoto z Japonii przedstawił temat wielolekowej oporności *Neisseria gonorrhoeae* (Ng). Od 40 lat stwierdza się oporność na penicyliny i tetracykliny w skali do 80%, od 30 lat – na fluorochinolony i makrolidy w skali 70–80%. Pozostały



Rycina 1. Profesor Andris Y. Rubins, prezydent Kongresu z autorką sprawozdania

3 leki: ceftriakson, cefodyzym i spektynomycyna. Stosowanie dwóch ostatnich leków jest nieskuteczne w leczeniu gonokokowego zapalenia jamy ustnej i gardła, które najczęściej występują w Japonii. Od 2 lat odnotowuje się także oporność szczepów Ng na ceftriakson.

Zakażenia Ct należą do najczęstszych zakażeń przenoszonych wyłącznie drogą płciową w serotypach D-K i dotyczą zapalenia cewki moczowej, najądrzy, szyjki macicy, jajowodów, chorób miednicy (ang. *pelvic inflammatory disease* – PID) i tkanki okołowątrobowej. W Norwegii (K. Gravningen) oraz Portugalii (Z. Magalhaes) stwierdzono niemal dwukrotnie częstsze zakażenia Ct u dziewcząt niż u chłopców, co może być wynikiem wczesnych zachowań seksualnych. Podkreśla się trudności w rozpoznawaniu w 15% przypadków zakażeń bez objawów. Zapalenie odbytu na tle Ct, przy niezbyt nasilonych objawach, występuje najczęściej w grupie MSM. Użyto określenia „chlamydia odbytu – tykająca bomba w społeczności gejów” (T. Lewis z Wielkiej Brytanii). Do częstych zjawisk należy współistnienie zakażenia Ng i Ct, stąd pojawiły się zalecenia jednoczesnego badania obu patogenów.

Do zakażeń chlamydialnych należy ziarnica weneryczna pachwin (*lymphogranuloma venereum* – LVG) z immunotypami L₁, L₂, L₃. Schorzenie to, najczęstsze w krajach tropikalnych, pojawiło się w Europie około 20 lat temu i powoli zwiększa się liczba zachorowań w Holandii (H.J.C. de Vries), Szwecji (I. Velicko), we Włoszech (S. Ramoni) i innych krajach zachodnich. Z zakażenia sporadycznego staje się ono endemicznym. Występuje niemal wyłącznie w grupie MSM, w większości zakażonych HIV.

Spośród dyskutowanych zagadnień poświęcono również uwagę nierzeżączkowemu, niechlamydialnym zakażeniom cewki i PID. *Mycoplasma genitalium* jest ważnym patogenem w STI, chociaż mniej agresywnym – stanowi 50% zakażeń Ct (H. Moi – Norwegia, C. Bjartling – Szwecja).

Omówiono ponadto zakażenia bakteryjne, grzybicze (*Candida*), rzęsistkowice oraz zakażenia wirusowe (HSV1, HSV2). Zakażeniom HPV, należącym do najczęstszych infekcji przenoszonych drogą płciową, poświęcono stosunkowo mało uwagi. Jorma Paavonen z Finlandii, otwierając obrady, omówiła zalety szczepionki w ochronie przed nowotworami anogenitalnymi u młodych oraz starszych kobiet (do 45. roku życia), a także u mężczyzn.

Colin Lumb (Wielka Brytania) zwrócił uwagę na potrzebę zajęcia się zdrowiem seksualnym ludzi starszych. Obecnie zainteresowanie dotyczy młodej generacji z liberalnymi zachowaniami seksualnymi, tymczasem zwiększa się liczba zakażeń u osób

w wieku 45–60 lat, co można wiązać z obniżeniem bariery antykoncepcji.

Jedynym polskim akcentem było wystąpienie dr B. Gąsior-Chrzan, wychowanki wrocławskiej Kliniki Dermatologicznej, która od 23 lat pracuje w Tromsø w Norwegii. Wygłosiła ona interesujący referat, z licznymi ilustracjami, dotyczący leczenia kiły przed wynalezieniem penicyliny.

International migration – międzynarodowa wędrówka – obejmuje blisko 240 milionów ludzi mieszkających poza swoim krajem. Dotyczy to osób szukających pracy, uciekinierów, osób starających się o azyl oraz ludzi przemieszczających się z różnych stron świata. Ocenia się, że w Europie Zachodniej 42% osób w tej grupie jest dopiero co zakażona HIV/STI. Pacjenci ci mają trudny dostęp do świadczeń medycznych (A. Moroni – Włochy). W obronie czarnoskórej wspólnoty afrykańskiej wystąpiła J. Stevenson, przedstawicielka *African Health Policy Network* z Londynu, żądając od rządu dostępu do leczenia dla legalnych i nielegalnych emigrantów. Równie humanitarne wystąpienie miał R. Staub ze Szwajcarii, który głosił zasadę *love life*. W programie zwalczania HIV/STI domagał się respektowania ludzkiej godności, bez dyskryminacji ze względu na orientację seksualną, pełnej dostępności do konsultacji i leczenia. Szczególna uwaga ma być zwrócona na grupę MSM, w której występuje najwięcej zakażeń.

We wszystkich obradach przeważały zalecenia dotyczące profilaktyki, bezpiecznego seksu, zajęcia się grupą MSM jako głównym źródłem szerzenia się zakażeń HIV/STI, rozszerzenia nowoczesnych badań diagnostycznych i zwiększenia dostępu do nich.

W ramach profilaktyki zakażeń HIV/AIDS omówiono dwa programy: PrPE – *pre-exposure prophylaxis* (M.V. Mayans – Hiszpania) oraz PEPSE – *post exposure prophylaxis* (M. Cusini – Włochy). W przypadku niezabezpieczonego seksu z osobą HIV-dodatnią czy z grupy ryzyka lub pęknięcia prezerwatywy rozpatruje się podanie leków przeciwwirusowych, pod warunkiem że nie minęły 72 godziny od tego zdarzenia.

Moje osobiste wrażenia – po dokładnym przeanalizowaniu obrad dotyczących STI zastanawiam się, czy jest to dziedzina, która powinna należeć wyłącznie do dermatologii. Zagadnienia STI leżą także w gestii ginekologii, urologii, bakteriologii, wirusologii, chorób zakaźnych, socjologii i innych. Najlepszym przykładem są trudności w rozpoznawaniu kiły objawowej. W przedstawionych przypadkach ostateczna diagnoza była oparta na badaniu histopatologicznym z barwieniem na krętki. W Polsce młode pokolenie dermatologów stoi przed tymi samymi dylematami nie z powodu braku przypadków kiły, ale braku odpowiedniej wiedzy. Warto określić zakres odpowiedzialności za całość różnorodnych

problemów STI: rozszerzenia diagnostyki laboratoryjnej czy wprowadzenia nowych metod leczenia – może we współpracy z IUSTI?

W Polsce lekarz stwierdzający przypadek choroby z grupy STI ma obowiązek zgłoszenia go stacji sanitarno-epidemiologicznej, która z kolei nie ma uprawnień do nadzoru nad tymi schorzeniami. Jak szukać rozwiązania tych problemów?

Maria Kowalska, Kielce