

# Ocena metod zwalczania kiły w województwie podlaskim w latach 1999–2007

## Evaluation of methods of combating syphilis in Podlaskie Province in the years 1999-2007

Adam Jakubowski<sup>1</sup>, Małgorzata Janczyło-Jankowska<sup>2</sup>, Maria Soszka-Jakubowska<sup>1</sup>, Bożena Chodyncka<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinika Dermatologii i Wenerologii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Kierownik: prof. dr hab. med. Bożena Chodyncka

<sup>2</sup>Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. K. Dłuskiego w Białymstoku

Dyrektor: lek. med. Henryk Misiewicz

Przegl Dermatol 2009, 96, 293–299

### SŁOWA KLUCZOWE:

pacjent indeksowy, kontakt seksualny, profilaktyczne badania serologiczne w kierunku kiły, współczynnik zachorowalności, współczynnik efektywności.

### KEY WORDS:

indexed patient, sexual contact, prophylactic serological tests for syphilis, incidence rate, efficacy index.

### ADRES DO KORESPONDENCJI:

dr hab. med. Adam Jakubowski  
Klinika Dermatologii i Wenerologii  
Uniwersytetu Medycznego  
ul. Żurawia 14, 15-540 Białystok

### STRESZCZENIE

**Wprowadzenie.** Do podstawowych metod zwalczania kiły zalicza się profilaktyczne badania serologiczne w kierunku tego schorzenia, postępowanie epidemiologiczne mające na celu wykrywanie źródeł zakażenia i kontaktów, leczenie (w tym profilaktyczne kontaktów chorych) i promocję zachowań prozdrowotnych.

**Cel pracy.** Celem pracy była ocena metod wykrywania i zwalczania kiły na terenie województwa podlaskiego w latach 1999–2007.

**Materiał i metodyka.** Analizą objęto 695 030 profilaktycznych badań serologicznych, 129 chorych na kiłę wczesną oraz 139 kontaktów zgłoszonych przez tych chorych (w tym 83 imiennych). W ocenie posługiwano się wskaźnikami ogólnie przyjętymi w epidemiologii chorób wenerycznych.

**Wyniki.** Wykazano systematyczne zmniejszanie się liczby wykonywanych profilaktycznych badań serologicznych w kierunku kiły (z 225 604 w 1998 roku, 130 339 w 1999 roku do 53 084 w 2007 roku), odsetka przebadanej ludności (odpowiednio z 18,4 do 10,7 i 4,4%) oraz odsetka wykrytych tą metodą nowych zachorowań z 47,8% w 1998 roku do 20% w 2007 roku; 75 z 129 chorych (58,1%) na kiłę wczesną podało 83 kontakty imienne (wskaźnik 0,64), z których przebadano 72 (wskaźnik 0,86). Wykryto wśród nich 23 nowe przypadki zachorowań (wskaźnik efektywności 0,18 i epidemiologiczny 0,31), a u 12 osób (16,7%) bez objawów klinicznych i ujemnych w pierwszym badaniu serologicznym zastosowano, za ich zgodą, leczenie profilaktyczne (wskaźnik 0,16). Z własnej inicjatywy do poradni wenerologicznej zgłosiło się 55 chorych (42,6%), u 51 (39,5%) zakażenie wykryto w profilaktycznych badaniach serologicznych w kierunku kiły, a u 23 (17,8%) w drodze postępowania epidemiologicznego. W porównaniu z latami poprzednimi wydłużył się czas od momentu podania przez chorego kontaktu do jego zbadania.

**Wnioski.** W badaniach wykazano systematycznie zmniejszającą się rolę profilaktycznych badań serologicznych w wykrywaniu i zapobieganiu szerzeniu się kiły. Notowano małe odsetki chorych zgłaszających kontakty, małe wskaźniki zgłoszonych i przebadanych kontaktów, efektywności badań i epidemiologiczny, a także leczenia profilaktycznego kontaktów bezobjawowych klinicznie i ujemnych serologicznie w pierwszym badaniu. Wskazuje to na konieczność usprawnienia postępowania epidemiologicznego, koordynacji i nadzoru pracy poradni wenerologicznych oraz szerokiej promocji zachowań prozdrowotnych. Osiągnąć można to m.in. przez reak-

tywowanie zlikwidowanych w wyniku reformy ochrony zdrowia ze stycznia 1999 roku działów metodyczno-organizacyjnych na szczeblu wojewódzkich przychodni skórno-wenerologicznych, działających w obecnych stolicach województw.

#### ABSTRACT

**Introduction.** The principal methods used to combat syphilis include prophylactic serological tests for syphilis, epidemiological investigations to detect the source of infection and contacts, treatment (including prophylactic treatment of the patients' contacts) and promotion of proper health behaviours.

**Objective.** The aim of the study was to assess the methods used to detect and combat syphilis in Podlaskie Province in the years 1999-2007.

**Material and methods.** The analysis involved 695,030 prophylactic serological tests for syphilis (psts), 129 patients with early syphilis and 139 of their contacts (including 83 named). Indices commonly accepted in the epidemiology of venereal diseases were used for the assessment.

**Results.** A systematic drop in the number of prophylactic serological tests for syphilis performed (from 225,604 in 1998 and 130,339 in 1999 to 53,084 in 2007), in the percentage of the population examined (from 18.4 to 10.7 and 4.4%, respectively) and in the proportion of new cases detected with this method (from 47.8% in 1998 to 20% in 2007) was noted. 75/129 patients (58.1%) with early syphilis indicated 83 named contacts (index – 0.64), of whom 72 were examined (index – 0.86). In the tested group 23 new cases of syphilis were detected (efficacy index – 0.18 and epidemiological index – 0.31). Twelve asymptomatic patients (16.7%) negative at the first serological examination agreed to receive prophylactic treatment (index – 0.16). Fifty-five subjects (42.6%) reported to a venereal disease outpatient clinic on their own initiative, in 51 (39.5%) of them the infection was detected in psts whereas in 23 (17.8%) via epidemiological investigations. As compared to the previous years, the time from between notification of syphilis contacts to their examination was prolonged.

**Conclusions.** The study revealed a systematically decreasing role of prophylactic serological tests in detection and prevention of syphilis spread. The findings showed low percentages of patients who reported contacts as well as low indices of the reported and examined contacts. The efficacy and epidemiological indices were decreased and so were those referring to the prophylactic treatment of contacts who were asymptomatic and serologically negative at the first examination. Our findings indicate the necessity to improve epidemiological investigations, coordination and supervision of the work done in venereal outpatient clinics as well as the need for wide promotion of proper health behaviours. This can be accomplished by reactivating the methodical and organizational divisions which were closed by the health care reform of January 1999, at the level of provincial dermatovenereal outpatient clinics operating in the capitals of provinces.

---

#### WPROWADZENIE

W ostatnich latach w województwie podlaskim obserwowano małe wskaźniki zapadalności na kiłę wczesną, mimo powolnego, notowanego od kilku lat w skali kraju, ich zwiększenia oraz zwiększenia liczby wykrytych przypadków kiły późnej. Niepokojącym zjawiskiem jest systematycznie zmniejszająca się od 1999 roku liczba profilaktycznych ba-

dań serologicznych w kierunku kiły (PBSK) – jednej z najskuteczniejszych metod wykrywania tego schorzenia, zwłaszcza jej bezobjawowych postaci [1]. Do podstawowych metod zwalczania kiły zalicza się: postępowanie epidemiologiczne mające na celu wykrywanie źródeł zakażenia i kontaktów, profilaktyczne badania serologiczne w kierunku tego schorzenia, leczenie (w tym profilaktyczne kontaktów chorych) i promocję zachowań prozdrowotnych [2].

Wykrywanie źródeł zakażenia i kontaktów jest najstarszą metodą zwalczania chorób przenoszonych drogą płciową, a jej początki sięgają drugiej połowy XIX wieku [3]. Warunkiem jej powodzenia jest przerwanie łańcucha epidemiologicznego poprzez ujawnienie przez pacjenta chorego na kile wczesną wszystkich partnerów seksualnych, od których mógł się zakażać lub których mógł zakażać sam. Pacjent w okresie kily pierwszego okresu powinien ujawnić swoich partnerów seksualnych z ostatnich 45–90 dni, w kile drugiego okresu – 90–180 dni i do roku w kile utajonej wczesnej [3, 4]. Podobnie wieloletnią tradycję, sięgającą lat 20. ubiegłego wieku, mają PBSK [5]. Wprowadzone w Polsce na skalę masową po II wojnie światowej okazały się jedną z najskuteczniejszych metod wykrywania i zwalczania tego schorzenia [2]. Na Białostocczyźnie PBSK są systematycznie prowadzone i oceniane od 1969 roku [6]. Pozwoliły one na wykrycie prawie 100% nieujawnionych dotychczas przypadków kily późnej i 40–70% przypadków kily wczesnej, nawet w okresach o małej zachorowalności. Zastosowane w końcu lat 40. ubiegłego wieku leczenie profilaktyczne partnerów seksualnych pacjentów z kile wczesną bezobjawowych klinicznie i ujemnych serologicznie w pierwszym badaniu partnerów seksualnych uznano za prawidłowe i niezbędne postępowanie lekarskie [2, 7]. Równie ważną rolę w zapobieganiu szerzeniu się kily odgrywa promocja zachowań prozdrowotnych, zwłaszcza wśród ludzi młodych, będących w okresie dużej aktywności seksualnej, często zmieniających partnerów i nieświadomych wynikających z tego zagrożeń.

## CEL PRACY

Celem pracy była ocena metod wykrywania i zwalczania kily wczesnej na terenie województwa podlaskiego w latach 1999–2007, uwzględniająca jedynie mieszkańców terenów włączonych do województwa podlaskiego w wyniku reformy administracyjnej kraju z 1 stycznia 1999 roku i porównanie wyników niektórych z nich z wynikami z lat poprzednich (1996–1998).

## MATERIAŁ I METODYKA

Analizą objęto dokumentację lekarską, wyniki badań serologicznych i dane wywiadu epidemiologicznego 229 chorych na kile wczesną (100 z lat 1996–1998 i 129 z lat 1999–2007) oraz zgłoszonych przez nich 148 kontaktów imiennych (odpowiednio 65 i 83). Przeanalizowano ponadto 918 634 wyniki PBSK, w tym 223 604 wykonane w 1998 roku oraz 695 030 w latach 1999–2007. Oceniając je, posługiwano się wskaźnikami ogólnie przyjętymi w epidemiologii chorób przenoszonych drogą płciową.

## WYNIKI

Wyniki przedstawiono w tabelach I i II oraz na rycinach 1.–3.

Spośród 129 przypadków kily wczesnej, wykrytych w latach 1999–2007, 55 osób (42,6%) zgłosiło się do poradni z własnej inicjatywy, zaniepokojonych objawami choroby bądź podejrzeniem, że ich partner seksualny cho-

**Tabela I.** Profilaktyczne badania serologiczne w kierunku kily w województwie podlaskim w 1998 roku i latach 1999–2007  
*Table I.* Prophylactic serological tests for syphilis in Podlaskie Province in 1998 and 1999–2007

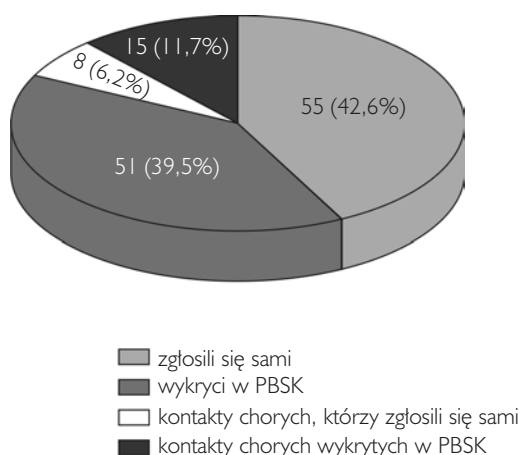
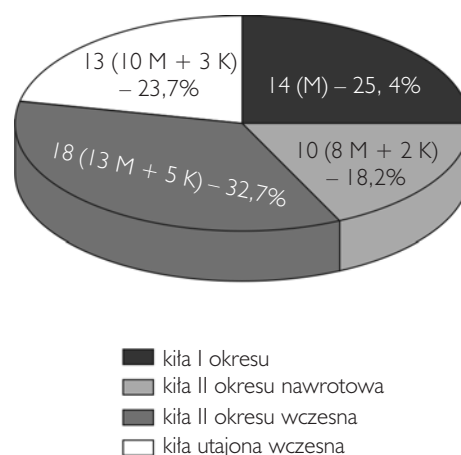
Wyszczególnienie	Lata										
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	
liczba wykonanych PBSK	225 604	130 339	83 152	86 897	85 211	84 409	62 543	54 517	53 878	53 084	
odsetek badań z 1998 roku	100	57,7	36,8	38,5	37,7	37,4	27,7	24,1	23,8	23,5	
odsetek przebadanych mieszkańców województwa	18,4	10,7	6,9	7,2	7,1	7	5,2	4,5	4,5	4,4	
odsetek chorych na kile wczesną wykrytych w PBSK	55	29,4	50	21,4	50	52,4	38,9	28,6	27,2	20	
liczba PBSK – grupy badanych:											
hospitalizowani	70 220	55 631	28 594	29 806	28 560	25 336	13 573	11 960	9858	7254	
odsetek badań z 1998 roku	100	79,2	40,7	42,4	40,6	36	19,3	17	14	10,3	
ciężarne	11 053	7647	4841	4895	4274	4124	3656	3627	3509	5289	
odsetek	100	69,2	43,7	44,2	38,6	37,3	33	32,8	31,7	47,8	
krwiodawcy	25 442	33 291	30 806	33 033	35 788	35 478	35 820	36 085	37 137	37 534	
odsetek	100	130,8	121	129,8	140,6	139,4	140,7	141,8	145,9	147,5	
aresztanci	2603	1616	2124	2484	2007	1900	5	36	27	29	
odsetek	100	62	81,5	95,4	77,1	72,9	0,2	1,3	1,03	1,1	
pozostali	116 286	32 154	16 787	16 579	15 582	17 554	9489	2809	3347	2978	
odsetek	100	27,6	14,4	14,2	13,3	15	8,1	2,4	2,8	2,5	

**Tabela II.** Analiza porównawcza niektórych parametrów pozwalających na ocenę działalności epidemiologicznej poradni wenerologicznych województwa podlaskiego w latach 1996–1998 i 1999–2007**Table II.** Comparative analysis of some parameters evaluating epidemiological activity at venereal outpatient clinics in Podlaskie Province in years 1996–1998 and 1999–2007

Lata	Liczba chorych	Podających kontakty imienne		Kontakty imienne								Wskaźniki						
				zgłoszone		zbadane		zakażone		ujemne		leczone profi-laktycznie		epidemiologiczny	efektywności			
				n	[%]	n	wsp.	n	[%]	n	[%]	n	[%]			wsp.	n	[%]
1996–1998	100	51	51	65	0,65	52	0,80	27	51,9	10	19,2	15	28,8	0,27	13	20	0,53	0,27
1999–2007	129	75	58,1	83	0,64	72	0,86	36*	50	25	34,7	11	15,3	0,15	11	13,2	0,30	0,18

\*wśród nich 23 nowo wykryte przypadki kiły wczesnej (31,9%), pozostali wykryci wcześniej

Lata	Odsetek i czas w dniach od momentu zgłoszenia kontaktu do pierwszego badania lekarskiego				
	1–3 dni	4–10 dni	11–20 dni	21–30 dni	> miesiąca
1996–1998	44	40	6	0,0	10
1999–2007	40,3	24,2	29,3	6,5	9,7

**Ryc. 1.** Metody wykrywania kiły wczesnej u 129 pacjentów  
**Fig. 1.** Methods of detection of early syphilis in 129 patients**Ryc. 2.** Okresy kiły wczesnej u pacjentów zgłaszających się do poradni wenerologicznych z własnej inicjatywy  
**Fig. 2.** Stages of early syphilis in patients who reported to a venereal outpatient clinic on their own initiative

ruje na kiłę (ryc. 1.). W PBSK wykryto 51 chorych (39,5%), a w postępowaniu epidemiologicznym dalszych 23 (17,9%). Wśród tych ostatnich aż 15 (11,7%) to kontakty chorych wykrytych dzięki PBSK, a pozostałych 8 (6,2%) to kontakty chorych, którzy zgłosili się z własnej inicjatywy. Wśród pacjentów, którzy zgłosili się sami, kiłę I okresu stwierdzono u 14 mężczyzn (25,4%), kiłę II okresu wczesną u 10 chorych (18,2%), w tym 8 mężczyzn i 2 kobiety. Kiłę II okresu nawrotową rozpoznano u 18 chorych (32,7%), w tym u 13 mężczyzn i 5 kobiet. Kiłę utajoną wczesną potwierdzono badaniami serologicznymi u 13 chorych (23,7%), w tym u 10 mężczyzn i 3 kobiet (ryc. 2.).

Dane z tabeli I wskazują na systematyczną redukcję liczby PBSK wykonywanych w latach 1999–2007. Jeżeli liczbę tych badań, wykonanych w 1998 roku, przyjmiemy za 100%, to w analizowanym okresie zmniejszyła się ona

w 2007 roku do 23,5%. Pociągnęło to za sobą systematyczną redukcję odsetka przebadanej w PBSK ludności województwa z 18,4% w 1998 roku do 4,4% w 2007 roku. Odsetek chorych na kiłę wczesną wykrytych w PBSK zmienił się w poszczególnych latach (od 20 do 52,4%, średnio w całym okresie – 39,2%), ale w żadnym nie osiągnął wartości notowanych w 1998 roku (55%). Najmniejszy odsetek wykrytych przypadków kiły wczesnej odnotowano w 2007 roku (20%). Systematyczne zmniejszenie, w porównaniu z 1998 rokiem, obserwowano we wszystkich badanych grupach z wyjątkiem krwiodawców (wzrost o 21–47,5% w poszczególnych latach). Największą redukcję liczby i odsetka badanych w 2007 roku w porównaniu z rokiem 1998 notowano wśród osób aresztowanych (zaprzestano tych badań w 2004 roku), badanych okresowo do karty zdrowia i przy innych okazjach (do 2,6%) oraz

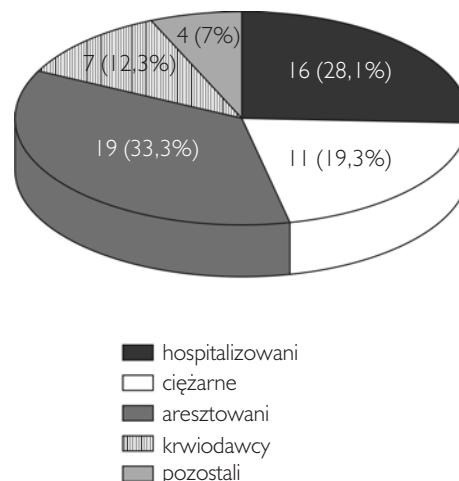
hospitalizowanych (do 10,3%). O ponad połowę zmniejszyła się liczba PBSK wykonywanych u kobiet ciężarnych.

Analizę skuteczności PBSK wykonanych w poszczególnych badanych grupach przedstawiono na rycinie 3. Spośród 57 chorych wykrytych dzięki PBSK (6 z nich, wykrytych w badaniach autorów niniejszego opracowania, przekazano do innych województw, zgodnie z miejscem ich zamieszkania) aż 19 przypadków (wskaźnik efektywności badań 185,7) wykryto wśród osób aresztowanych i osadzonych w więzieniach, 11 wśród kobiet ciężarnych (wskaźnik 26,2), 16 chorych (wskaźnik 7,6) to hospitalizowani, 7 przypadków to krwiodawcy (wskaźnik 2,2), a pozostałych 4 (wskaźnik 3,4) to badani okresowo.

W tabeli II przedstawiono najważniejsze parametry działalności epidemiologicznej poradni wenerologicznych województwa podlaskiego, obejmujące 3 ostatnie lata przed wprowadzeniem reformy opieki zdrowotnej i analizowany okres lat 1999–2007. W tym ostatnim okresie zwiększył się nieznacznie odsetek chorych podających kontakty imienne i odsetek zbadanych kontaktów, jednak wskaźnik kontaktów zgłoszonych, w porównaniu z latami 1996–1998, się nie zmienił. W latach 1999–2007 prawie o połowę zredukował się zarówno współczynnik leczenia profilaktycznego, a tym samym odsetek zgłoszonych kontaktów imiennych bezobjawowych i ujemnych serologicznie w pierwszym badaniu lekarskim (odpowiednio z 0,27 do 0,15% i z 28,8 do 15,3%). Podobnie w tym okresie zmniejszył się wskaźnik epidemiologiczny (z 0,63 do 0,30) i wskaźnik efektywności badań (z 0,27 do 0,18). Niepokojącym zjawiskiem było wydłużanie się czasu od momentu zgłoszenia przez chorego kontaktu imiennego do jego pierwszego badania. W okresie pierwszych 10 dni w latach 1996–1998 zbadano 84% tych kontaktów, a w latach 1999–2007 tylko 64,5%. W tym ostatnim okresie zwiększył się odsetek zbadanych między 11. a 30. dniem do 35,8% w porównaniu z latami 1996–1998 (6%). W obu porównywanych okresach zbliżony odsetek kontaktów zbadano w okresie przekraczającym miesiąc od momentu ich zgłoszenia przez chorych na kile wczesną.

## OMÓWIENIE

Przedstawione dane potwierdzają wcześniejsze spostrzeżenia autorów niniejszej pracy o roli PBSK jako najskuteczniejszej metody wykrywania i zapobiegania zakażeniu krętkiem białym [1, 6]. Począwszy od 1999 roku, w Polsce odnotowywano systematyczne zmniejszenie liczby wykonywanych PBSK [8]. Podobne zjawisko obserwowano w województwie podlaskim. W 2007 roku w porównaniu z 1998 rokiem liczba PBSK zmniejszyła się do 23,5%, odsetek nowych przypadków kili wczesnej wykrytych tą metodą do 20%, a odsetek przebadanej ludności do 4,4%. Należy podkreślić, że – mimo obserwowanej redukcji liczby wykonywanych PBSK – pozwoliły one



Liczba wykrytych 57\*

\*6 wykrytych w badaniach własnych przypadków kili wczesnej przekazano do innych województw

Grupa	Liczba PBSK	Wykryci	Współczynnik efektywności
hospitalizowani	210 572	16	7,6
ciężarne	41 879	11	26,2
aresztowani	10 228	19	185,7
krwiodawcy	314 972	7	2,2
pozostali	117 379	4	3,4
<b>ogółem</b>	<b>695 030</b>	<b>57</b>	<b>8,1</b>

Ryc. 3. Skuteczność profilaktycznych badań serologicznych w kierunku kili w badanych grupach ludności województwa podlaskiego w latach 1999–2007

Fig. 3. Effectiveness of prophylactic serological tests for syphilis in studied groups of Podlaskie Province in 1999–2007

na wykrycie w latach 1999–2007 około 40% wszystkich notowanych przypadków kili wczesnej. Największy współczynnik efektywności PBSK i odsetek chorych na kile wczesną (odpowiednio 185,7 i 14,7%) stwierdzono w grupie osób zatrzymanych i aresztowanych. Uzyskane wyniki zgodne są z danymi piśmiennictwa światowego [9–14]. Autorzy cytowanych prac podkreślają konieczność badań przesiewowych w tej grupie, natychmiastowego leczenia wykrytych chorych i szerszego stosowania edukacji prozdrowotnej. Do czynników sprzyjających zakażeniom zaliczają: przenoszenie już chorych więźniów do innych zakładów karnych, związki homoseksualne między uwięzionymi, a także personelem nadzorującym. W tym świetle poważne zastrzeżenia budzi rozporządzenie ministra sprawiedliwości z 31 października 2003 roku (DzU Nr 204, poz. 185) o zaprzestaniu w Polsce wykonywania PBSK u osób zatrzymanych i aresztowanych.

Badania własne potwierdziły wcześniejsze spostrzeżenia o znaczeniu PBSK w ujawnianiu kili u kobiet ciężarnych [1, 6]. Wśród 41 879 kobiet ciężarnych przebadanych w PBSK w latach 1999–2007 (około 41%



z ogólnej liczby około 102 000 rodzących) wykryto 11 przypadków (0,026%) kiły wczesnej (wskaźnik efektywności 26,2). Zarówno odsetek ciężarnych przebadanych w PBSK, jak i wykrytych tą metodą przypadków kiły w tej grupie jest mniejszy jednak od notowanych przez innych autorów [15, 16]. W rekomendacjach europejskich i amerykańskich podkreśla się główną rolę PBSK w zwalczaniu kiły wrodzonej. Według rekomendacji europejskich kobiety ciężarne powinny być badane serologicznie już przy pierwszej wizycie u ginekologa, a kolejne badania zależne są od lokalnej sytuacji epidemiologicznej zachorowań na kiłę. W USA kobiety ciężarne są natomiast badane przy pierwszej wizycie u ginekologa, w 28. tygodniu ciąży i przed porodem, jeśli istnieje duże ryzyko kiły wrodzonej [17, 18].

Niepokojącym zjawiskiem jest systematyczna redukcja liczby PBSK wykonanych zarówno w grupie osób hospitalizowanych (do 10,3%) i tzw. grupie „pozostałych” (badanych przy przyjęciu do pracy, w ramach badań okresowych itp.) do 2,5% w 2007 roku. Mimo wyraźnego zmniejszenia ogólnej liczby PBSK w obu grupach, wykryto 20 przypadków kiły wczesnej (16 wśród hospitalizowanych), głównie utajonej. Znaczenie wykonywanych PBSK w grupie chorych hospitalizowanych potwierdzają spostrzeżenia innych autorów [19, 20], którzy podkreślają ich wartość w wykrywaniu bezobjawowych i późnych postaci kiły. Ograniczenie wykonywania PBSK wśród osób podejmujących pracę i w ramach pracowniczych badań okresowych pozwoliło na wykrycie w tej grupie jedynie 4 przypadków kiły wczesnej, podczas gdy w latach 1971–2004 wykryto w tej grupie na terenie Białostocczyzny 263 przypadki kiły wczesnej (średnio po 10 przypadków rocznie). Najmniejszą skuteczność PBSK, mimo dużej liczby wykonywanych badań, obserwowano w grupie krwiodawców (7 przypadków; wskaźnik efektywności 2,2), jednak badania te ze względu na bezpieczeństwo biorców powinny być kontynuowane. Z przeglądu dostępnego piśmiennictwa wynika, że mają one duże znaczenie w wykrywaniu kiły u dawców krwi w krajach o dużych wskaźnikach zapadalności na to schorzenie.

Analiza 55 chorych, którzy zgłosili się do poradni wenerologicznej z własnej inicjatywy, wskazuje, że zdecydowanie przeważali wśród nich mężczyźni (45, tj. 81,8%), którzy stanowili 100% chorych na kiłę I okresu, a w pozostałych okresach – 70–80% przypadków. Wskazywałoby to na bardzo małą znajomość zagrożenia zakażeniem kilowym wśród kobiet, z których większość (około 80%) zgłaszała się do poradni dopiero w okresie kiły II okresu nawrotowej i utajonej wczesnej.

Przeprowadzone wśród chorych na kiłę wczesną postępowanie epidemiologiczne pozwoliło na wykrycie dalszych 23 przypadków zachorowań (17,9%) wśród kontaktów imiennych zgłoszonych przez chorych. Wśród nich 15 (11,7%) to kontakty zgłoszone przez chorych wykrytych dzięki PBSK, a 8 (6,2%) przez chorych,

którzy zgłosili się do poradni z własnej inicjatywy. Dane te potwierdzają wartość PBSK w wykrywaniu zakażeń i przerywaniu łańcucha epidemiologicznego.

Wśród parametrów oceniających działalność epidemiologiczną poradni wenerologicznej wymienia się: odsetek chorych zgłaszających kontakty imienne, wskaźnik zgłoszonych i zbadanych kontaktów, odsetek i współczynnik poddanych leczeniu profilaktycznemu oraz wskaźniki epidemiologiczny i efektywności badań. Wartości tych parametrów z lat 1999–2007 były nieco mniejsze w porównaniu z latami 1996–1998 i zdecydowanie mniejsze od stwierdzanych w latach 1989–1999 podanych w pracy Soszki-Jakubowskiej i wsp. [21]. W badaniach z randomizacją Patermana i wsp. [22] i innych badaniach bez randomizacji [23–25] współczynniki kontaktów imiennych były zdecydowanie większe i mieściły się w przedziale od 1,38 do 6,25, podobnie jak odsetki zbadanych kontaktów – 77–90%, a współczynnik epidemiologiczny 0,18–0,41. Paterman i wsp. [22] u kontaktów ujemnych w pierwszym badaniu aż w 63,7% przypadku stosowali natychmiast leczenie profilaktyczne w celu przerwania łańcucha epidemiologicznego. Cytowani autorzy w zdecydowanie mniejszym odsetku (12–27%) wykrywali zakażenia wśród badanych kontaktów. Równie dużą wagę większość wenerologów przypisuje jak najkrótszemu czasowi doprowadzenia kontaktu do pierwszego badania lekarskiego, co gwarantuje szybkie i skuteczne przerwanie łańcucha epidemiologicznego. W latach 70. ubiegłego stulecia (dane niepublikowane z rocznych sprawozdań działalności byłego Specjalistycznego Dermatologicznego ZOZ w Białymstoku) w poszczególnych latach w trzech pierwszych dniach zgłaszało się na badania 53,4–100% kontaktów (w latach 1996–1998 około 44%, a w latach 1999–2007 około 40%). W tym ostatnim okresie około 50% kontaktów zgłaszało się między 4. a 30. dniem, a pozostali (około 10%) znacznie później (w jednym przypadku po roku), co w dużym stopniu umożliwiała zakażenie ich kolejnych partnerów seksualnych.

## WNIOSKI

Wyniki przeprowadzonych badań pozwalają na przedstawienie następujących wniosków:

- 1) mimo czterokrotnego (w porównaniu z 1998 rokiem) zmniejszenia liczby wykonywanych PBSK, są one najskuteczniejszą metodą wykrywania kiły, zwłaszcza jej postaci bezobjawowych, głównie w grupach osób aresztowanych, kobiet ciężarnych i osób hospitalizowanych;
- 2) notowane w ostatnich latach mniejsze odsetki chorych zgłaszających kontakty, mniejsze wskaźniki zgłoszonych i zbadanych kontaktów, leczenia profilaktycznego i innych parametrów oceny epidemiologicznej, wydłużający się czas doprowadzenia kontaktów do badania lekarskiego oraz przewaga osób

- zgłaszających się z objawami zaawansowanej w czasie choroby wskazują na niedociągnięcia w pracy epidemiologicznej poradni wenerologicznych i promowaniu właściwych zachowań prozdrowotnych;
- 3) w celu poprawienia tej sytuacji należy rozważyć możliwość odwołania rozporządzeń ministerstw zdrowia i sprawiedliwości, ograniczających lub wstrzymujących profilaktyczne badania serologiczne w kierunku kily, przywrócenia działalności działów metodyczno-organizacyjnych w wojewódzkich przychodniach skórno-wenerologicznych, koordynujących działalność tego pionu na terenie województw i przywrócenia wzorowej współpracy z organami administracyjnymi i porządkowymi państwa w celu szybkiego doprowadzania zgłoszonych kontaktów do badania lekarskiego.

### Piśmiennictwo

- Soszka-Jakubowska M., Janczyło-Jankowska M., Jakubowski A., Chodyncka B.:** Profilaktyczne badania serologiczne w kierunku kily w województwie podlaskim w latach 1999–2006 po wdrożeniu reformy systemu opieki zdrowotnej w Polsce. *Przegl Dermatol* 2008, 95, 143-148.
- Stapiński A.:** Zwalczanie kily i rzeżączki w Polsce. Wydawnictwo Medyczne PZWL, Warszawa, 1979.
- Covan F.M., French R., Johnson A.M.:** The role and effectiveness of partner notification in STD control: a review. *Genitourin Med* 1996, 72, 247-252.
- Gunn R.A., Harper S.L.:** Emphasizing infectious syphilitic partner notification. *Sex Transm Dis* 1998, 25, 218-219.
- Morabia A., Zhang F.F.:** History of medical screening: from concepts to action. *Postgrad Med J* 2004, 80, 463-469.
- Lesiński J., Jakubowski A., Szymczak M., Wiśniewska C., Krach J., Łyżwa T.:** Znaczenie zapobiegawczych badań serologicznych w akcji zwalczania zachorowalności na kilę na terenie województwa białostockiego w latach 1969–1974. *Przegl Dermatol* 1976, 63, 151-158.
- Alexander L.J., Schoch A.G.:** Prevention of syphilis: penicillin calcium in oil and white wax, U.S.P., bismuth ethylcamphorate and oxophenarsine hydrochloride in treatment during incubation stage persons exposed to syphilis. *Arch Derm Syphilol* 1949, 59, 1-10.
- Majewski S., Rudnicka I.:** Choroby przenoszone drogą płciową w Polsce w latach 2006 i 2005. *Przegl Epidemiol* 2007, 61, 331-338.
- Adjei A.A., Armah H.B., Gbagbo F., Ampofo W.K., Boamah I., Adu-Gyamfi C. i inni:** Correlates of HIV, HBV, HCV and syphilis infections among prison inmates and officers in Ghana: a national multicenter study. *BMC Infect Dis* 2008, 8, 33.
- Kahn R.H., Scholl D.T., Shane S.M., Lemoine A.L., Farley T.A.:** Screening for syphilis in arrestees: usefulness for community-wide syphilis surveillance and control. *Sex Transm Dis* 2002, 29, 150-156.
- Kahn R.H., Peterman T.A., Arno J., Coursey E.J., Berman S.M.:** Identifying likely syphilis transmitters: implications for control and evaluation. *Sex Transm Dis* 2006, 33, 630-635.
- Rich J.D., Hou J.C., Charuvastra A., Towe C.W., Lally M., Spaulding A. i inni:** Risk factors for syphilis among incarcerated women in Rhode Island. *AIDS Patient Care STDS* 2001, 15, 581-585.
- Chen J.L., Bovee M.C., Kerndt P.R.:** Sexually transmitted diseases surveillance among incarcerated men who have sex with men – an opportunity for HIV prevention. *AIDS* 13. *Educ Prev* 2003, 15 (1 Supl. A), 117-126.
- Wolfe M.I., Xu F., Patel P., O’Cain M., Schillinger J.A., St. Luis M.E. i inni:** An outbreak of syphilis in Alabama prisons: correlation health policy and communicable disease control. *Am J Public Health* 2001, 91, 1220-1225.
- Trepka M.J., Bloom S.A., Zhang G., Kim S., Nobles R.E.:** Inadequate syphilis screening among women with prenatal care in a community with a high syphilis incidence. *Sex Transm Dis* 2006, 33, 670-674.
- Jones H., Taylor D., Montgomery C.A., Patrick D.H., Money D., Vipond J.C. i inni:** Prenatal and congenital syphilis in British Columbia. *J Obstet Gynaecol Can* 2005, 27, 467-472.
- Centers for Disease Control and Prevention; Workowski K.A., Berman S.M.:** Sexually transmitted disease treatment guidelines, 2006. *MMWR Recomm Rep* 2006, 55, 1-94.
- French P., Gomberg M., Janier M., Schmidt B., van Woorst Vader P., Young H.:** 2008 European guideline on the management of syphilis. 18. Dostępne na: <http://www.iusti.org/regions/Europe/euroguidelines.htm>.
- Auger G., Juvin M.E., Lepelletier D., Reynaud A., Corvec S.:** Retrospective study of serological tests for syphilis diagnosis at Nantes University Hospital, between 1999 and 2006. *Path Biol (Paris)* 2009, 57, e23-e28.19.
- Vlajinac H., Sipetic S., Bjekic M., Savcic G., Marincovic J.:** Outbreak of early syphilis in an institution for the care of adults with mental disorders. *Epidemiol Infect* 2006, 134, 585-588.
- Soszka-Jakubowska M., Jakubowski A., Chodyncka B.:** Znaczenie wykrywania kontaktów w zwalczaniu zakażenia HIV oraz kily i rzeżączki. *Przegl Dermatol* 2004, 91, 217-222.
- Paterman T.A., Toomey K.E., Dicker L.W., Zaidi A.A., Wroten J.E., Carolina J.:** Partner notification for syphilis: a randomized, controlled trial of three approaches. *Sex Transm Dis* 1997, 24, 511-518.
- Rothenberg R.B., Potterat J.J.:** Partner notification for sexually transmitted diseases and HIV infection. [w:] *Sexually transmitted diseases*. K.K. Holmes, P.F. Sparling, P.A. Mårdh (red.). Health Professions Division, McGraw-Hill, New York, 1999, 745-752.
- Potterat J.J.:** Partner notification for HIV: running out of excuses. *Sex Transm Dis* 2003, 30, 89-90.
- Kohl K.S., Farley T.A., Ewell J., Scioneaux J.:** Usefulness of partner notification for syphilis control. *Sex Transm Dis* 1999, 26, 201-207.

Otrzymano: 8 VII 2009 r.  
Zaakceptowano: 15 VII 2009 r.