2. Epidemiologia

- ! Kiła obecna jest na całym świecie.
- ! Mężczyźni chorują dwukrotnie częściej.
- ! Kiła znacząco zwiększa ryzyko transmisji HIV.
- ! Częstość występowania kiły wrodzonej koreluje z wczesną kiłą kobiet ciężarnych.

Według najnowszych badań paleologicznych kiła w formie endemicznej towarzyszyła ludzkości od bardzo dawna. Problemem epidemiologicznym i zdrowotnym stała się od czasu pierwszej epidemii, która wybuchła w 1495 r. Choroba miała wtedy ciężki, często śmiertelny przebieg. Pomimo tego, że już kilkadziesiąt lat po pierwszej epidemii jej przebieg złagodniał, to jeszcze w XIX w. większość pacjentów szpitali dermatologicznych, neurologicznych i psychiatrycznych stanowili chorzy na kiłę.

Po wprowadzeniu w 1943 r. penicyliny do leczenia kiły nastąpił znaczny spadek liczby nowych zachorowań. Ponowny wzrost zachorowalności zaobserwowano w latach 80. XX w. i – mimo dostępności testów serologicznych oraz skutecznych antybiotyków – do tej pory nie zdołano wyeliminować kiły. Jej obecność w XXI w. jest wypadkową „pasożytniczej" strategii krętka bladego i ludzkich zachowań wspierających jego przetrwanie. Bakteria będąca czynnikiem etiologicznym kiły jest obligatoryjnym patogenem ludzkim, a człowiek jest jej jedynym wektorem i gospodarzem. Dodatkowo z powodu HIV od ponad 30 lat kiła zyskała nowy potencjał chorobotwórczości – stała się istotnym czynnikiem znacznie zwiększającym ryzyko transmisji HIV. Choroba obecna jest na całym świecie, ale występuje ze zmiennym nasileniem. Współczynnik zachorowalności zależny jest od regionu geograficznego, warunków socjoekonomicznych i aktywności seksualnej danych grup wiekowych. Choroba dotyczy częściej młodych dorosłych oraz – z powodu obniżenia wieku inicjacji seksualnej – również młodzieży; mężczyźni chorują niemal dwukrotnie częściej. Według najnowszych danych Światowej Organizacji Zdrowia (*World Health Organization* – WHO) z 2012 r. obecnie na świecie ok. 18 mln ludzi w wieku 15-49 lat choruje na kiłę. Każdego roku identyfikowane jest 5-6 mln nowych

przypadków kiły nabytej i z tej liczby ok. 60% przypadków odnotowywanych jest w krajach rozwijających się i Afryce. W ostatnich latach także w krajach rozwiniętych odnotowuje się wzrost liczby nowych zachorowań na kiłę. Jest też bardzo prawdopodobne, że dane liczbowe mogą być niedoszacowane z powodu możliwej niedokładnej ewidencji zachorowań na kiłę, dostępności antybiotyków i leczenia na „własną rękę" oraz częściej występującej obecnie bezobjawowej formy kiły (*lues latens*). W Ameryce Południowej, w samej tylko Brazylii rocznie odnotowuje się kilkaset tysięcy nowych przypadków. Rośnie liczba zachorowań na kiłę w Stanach Zjednoczonych, Europie i Chinach, głównie w grupie MSM (*Men who have Sex with Men*). Powodów ponownego wzrostu zachorowań należy upatrywać w zmianie zachowań seksualnych, epidemii AIDS, narkomanii. Do czynników ryzyka należą prostytucja, częste zmiany partnerów seksualnych, rekreacyjne stosowanie „miękkich narkotyków". W wielu środowiskach przygodne kontakty seksualne, często aranżowane z użyciem mobilnych aplikacji, są atrakcyjną formą rozrywki. Inne istotne czynniki to fałszywe przekonanie, że choroby weneryczne są bardzo łatwe do leczenia (lub brak wiedzy o ich istnieniu), i seks bez barierowych środków ochrony (*condomless sex*). Największe ryzyko zakażenia występuje w populacjach miejskich, wśród młodych mężczyzn, MSM, chorych zakażonych HIV, mieszkańców krajów rozwijających się, a także osób świadczących usługi seksualne za pieniądze lub narkotyki (*sex workers)*.

Kolejnym istotnym problemem zdrowia publicznego jest to, że rocznie na świecie co najmniej 1,4 mln kobiet ciężarnych choruje na kiłę. Częstość występowania kiły wrodzonej koreluje z wczesną kiłą kobiet ciężarnych. Obecnie z tego powodu co roku odnotowuje się ok. 350 tys. powikłań położniczych, z czego ponad 210 tys. to okołoporodowa śmierć noworodków. W sytuacji, gdy tanie i proste testy serologiczne są dostępne od ponad stu lat, jest to katastrofalny dowód braku zalecanej profilaktyki w opiece prenatalnej. Kiła wrodzona jest chorobą, której można zapobiegać, jeśli ciężarne mają wykonywane badania przesiewowe i w razie zakażenia są leczone przed zakończeniem drugiego trymestru ciąży.

Z epidemiologicznego punktu widzenia istnieje wiele czynników mających wpływ na wzrost zachorowalności na kiłę. Należy mieć na uwadze również to, że czynniki te często się nakładają. Najważniejszym z nich jest kontakt seksualny z osobą chorą, niezależnie od jego formy (seks oralny, waginalny lub analny). Pozostałe czynniki wymieniono w tabeli 1.

Kiła, będąca chorobą przenoszoną głównie drogą płciową (*Sexualy Transmitted Infections* – STI), ma unikalne właściwości, które zostały ujęte w tabeli 2.

Tabela 1. Epidemiologiczne czynniki powodujące wzrost zachorowalności na kiłę

1. Seks bez barierowych środków ochronnych (*condomless sex*)
2. Niedostatek opieki prenatalnej i nieleczone kobiety ciężarne z kiłą (ryzyko transmisji wertykalnej)
3. Duża liczba partnerów/partnerek seksualnych, promiskuityzm
4. Inne choroby przenoszone drogą płciową, obecnie i w przeszłości
5. Zakażenie HIV
6. MSM i ich partnerzy
7. Uprawianie seksu dla pieniędzy lub narkotyków (*sex workers*)
8. Przemoc seksualna.
9. Brak odpowiedniej wiedzy o chorobach wenerycznych i drogach zakażenia

Na podstawie: Minnesota Department of Health STD, HIV and TB Section. Syphilis Treatment Protocol 2016; 4: 4 [online:] www.health.state.mn.us/std [dostęp: 30.11.2016].

Tabela 2. Cechy wyróżniające kiłę od innych chorób przenoszonych drogą płciową

1. Przebieg zawsze z bakteriemią i zajęciem wszystkich tkanek
2. Zdolność przejścia w bezobjawową fazę utajoną
3. Możliwość zajęcia ośrodkowego układu nerwowego w każdym okresie choroby
4. Możliwość zakażenia płodu na drodze transmisji wertykalnej
5. We wczesnych latach choroby (4 lata) możliwość zakażenia na drodze nieseksualnej
6. Możliwość ustąpienia choroby bez leczenia („samowyleczenie”)

Na podstawie: Tramont E.C.: Syphilis in Adults: From Christopher Columbus to Sir Alexander Fleming to AIDS. Clin Infect Dis 1995; 21: 1362.