

Małgorzata Stępień

MALARIA W POLSCE W 2009 ROKU

MALARIA IN POLAND IN 2009

Zakład Epidemiologii Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny w Warszawie

STRESZCZENIE

W 2009 roku zarejestrowano w Polsce 22 zachorowania na malarię, potwierdzone zgodnie z definicją przypadku stosowaną w krajach UE do celów nadzoru epidemiologicznego. Wszystkie zachorowania zostały zawleczone do Polski z krajów endemicznego występowania malarii, w większości z Afryki (86%). Nie odnotowano przypadków późnych nawrotów malarii spowodowanych *P. vivax* i *P. ovale*, u 1 chorego stwierdzono nawrót objawów malarii tropikalnej po nieskutecznym wcześniejszym leczeniu. Czynnikiem etiologicznym w 18 przypadkach był *P. falciparum*, w 2 – *P. vivax*, w 1 – *P. ovale* i w 1 – *P. malariae*. Większość zachorowań wystąpiła u osób w grupie wieku 21-40 lat, zachorowało 21 mężczyzn i 1 kobieta. Najwięcej zachorowań miało związek z wyjazdami w celach zawodowych – 14 przypadków, 6 osób podróżowało turystycznie, 1 osoba odwiedzała rodzinę, w 1 przypadku nie podano celu podróży. Chemioprophylaktykę stosowały tylko 3 osoby, w tym 1 zgodnie z zaleceniami. Przebieg kliniczny u 7 chorych określono jako ciężki, w 1 przypadku średnio-ciężki. W 2009 r. nie odnotowano zgonów z powodu malarii.

Słowa kluczowe: *malaria (zimnica), epidemiologia, Polska, rok 2009*

W analizie sytuacji epidemiologicznej malarii w Polsce w 2009 r. wykorzystano dane z biuletynu rocznego „Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce w 2009 roku” (Czarkowski MP i in., W-wa, NIZP-PZH i GIS) oraz z formularzy o indywidualnych zachorowaniach nadesłanych do NIZP-PZH przez Wojewódzkie Stacje Sanitarно-Epidemiologiczne.

W roku 2009 odnotowano w Polsce 22 zachorowania na malarię (zapadalność 0,058 na 100 000), wszystkie zgłoszone zachorowania to przypadki malarii importowanej. Liczba zachorowań w 2009 r. była taka sama jak w roku 2008 i zbliżona do mediany za lata 2003-2007 (o 3 przypadki więcej). W latach 2000-2009 liczba zgłaszanych przypadków wahała się pomiędzy 20 a 30 rocznie (z najniższą liczbą zachorowań w 2007 r.

ABSTRACT

In Poland in 2009 were reported 22 malaria cases confirmed according to the EU case definition for the purposes of routine surveillance system. All of them were imported, including 1 case of recrudescence, 86% from Africa. In 18 cases *P. falciparum* etiology was confirmed and in 2 – *P. vivax*, in 1- *P. ovale* and 1 *P. malariae*. Most cases occurred in the age group 21-40 years, there were 21 cases in males and 1 in female. Common reasons for travel to endemic countries were work-related visits (14 cases) and tourism (6 cases), one person who visited the family and in one case unknown reason for travel. Three persons used chemoprophylaxis during their travel but only one of them appropriately, relevant information was missing in 5 cases. Clinical course was severe in 7 cases of *P. falciparum* malaria and medium-severe in one case. In 2009, there were no malaria deaths in Poland. Education on the prevention of malaria and pretravel health advising is still greatly needed.

Key words: *malaria, epidemiology, Poland, 2009*

– 11 przypadków) i była niższa niż liczba zachorowań zgłaszanych w II połowie lat 90-tych, kiedy rejestrowano ponad 30 zachorowań rocznie.

W 2009 r. nie odnotowano zgonów z powodu malarii. Wśród zgłoszonych zachorowań nie było późnych nawrotów malarii, ale jeden przypadek może być zakwalifikowany jako nawrót objawów (*recrudescence*) malarii wywołanej *P. falciparum* na skutek niepowodzenia leczenia podjętego w Kamerunie.

Wszystkie zgłoszone zachorowania zostały potwierdzone zgodnie z definicją przypadku w UE: w 21 przypadkach wykryto zarodźce malarii w rozmazach krwi metodą mikroskopii świetlnej, a w 1 przypadku rozpoznanie postawiono na podstawie badania PCR wykrywającego kwas nukleinowy *Plasmodium* we

Tabela I. Importowane zachorowania na malarię w Polsce w 2009 r. wg kraju narażenia i gatunku *Plasmodium*
 Table I. Number of imported malaria cases in Poland in 2009 by country of exposure and species of *Plasmodium*

Kontynent i kraj zarażenia	Liczba przypadków	Gatunek <i>Plasmodium</i>				
		<i>P.vivax</i>	<i>P.falciparum</i>	<i>P.ovale</i>	<i>P.malariae</i>	
Afryka	RAZEM	19	1	17	1	-
	Ghana	3	-	3	-	-
	Gwinea	1	-	1	-	-
	Kamerun	2	1	1	-	-
	Kenia	1	-	1	-	-
	Mali	1	-	1	-	-
	Nigeria	5	-	4	1	-
	Sudan	2	-	2	-	-
	Tanzania	1	-	1	-	-
	Uganda	2	-	2	-	-
	Nieustalone	1	-	1	-	-
Ameryka Płd	RAZEM	1	-	-	-	1
	Brazylia, Wenezuela (rejs)	1	-	-	-	1
Australia i Oceania	RAZEM	2	1	1	-	-
	Papua Nowa Gwinea	2	1	1	-	-
OGÓŁEM		22	2	18	1	1

krwi. Ogółem badanie PCR wykonano u 4 chorych; u jednego badanie było podstawą rozpoznania, u 3 badanie molekularne stanowiło uzupełnienie badania mikroskopowego. Czynnikiem etiologicznym większości zachorowań (18 przypadków; 81,8%) był *P.falciparum*, w 2 przypadkach rozpoznano *P.vivax*, oraz po jednym przypadku *P.ovale* i *P.malariae*. Gatunek zarodźca ustalono we wszystkich przypadkach (w 2 przypadkach badaniem rozstrzygającym było badanie PCR), nie odnotowano inwazji mieszanych. Przebieg kliniczny u 7 chorych określono jako ciężki (31,8%!), u jednego jako średnio-ciężki; w tej grupie w 4 przypadkach stwierdzono wykładniki ciężkiej malarii (*severe malaria*) zgodne z kryteriami WHO: niewydolność nerek, zaburzenia krzepliwości, samoistne krwawienia, niedokrwistość, zaburzenia świadomości, hyperparazytemię. Zwraca uwagę wysoki odsetek zachorowań o ciężkim przebiegu (wg różnych źródeł udział malarii o ciężkim przebiegu wśród wszystkich przypadków malarii falciparum wynosi 1-5%, śmiertelność w tej grupie zwykle przekracza 20%). Wszystkie zachorowania o ciężkim przebiegu klinicznym były spowodowane przez *P.falciparum*.

W 2009 r. zachorowało 21 mężczyzn (95,5%) i tylko 1 kobieta, wiek chorych wahał się od 16 do 60 lat, większość była w przedziale wieku 21-40 lat (68%).

W tabeli I zestawiono kraje, w których najprawdopodobniej doszło do zarażenia malarią. Podobnie jak w latach poprzednich większość zachorowań została zawleczona z kontynentu afrykańskiego (19 przypadków; 86%), najwięcej z Nigerii i Ghany (odpowiednio 5 i 3). Pojedyncze zachorowania odnotowano wśród podróżujących do innych krajów Afryki Subsaharyjskiej i podczas rejsu do Ameryki Płd., 2 osoby przed zachorowaniem przebywały w Papui Nowej Gwinei. Większość

zachorowań nabytych w Afryce spowodowana była *P.falciparum* (17; 89,5%). Do zarażenia dochodziło najczęściej podczas wyjazdów służbowych i związanych z pracą w krajach endemicznego występowania malarii (14 przypadków; 63,6%, w tym 3 misjonarzy i 2 marynarzy). Drugim częstym celem podróży były wyjazdy turystyczne (6 osób; 27,3%). Celem jednego wyjazdu były odwiedziny u rodziny (student), a w jednym przypadku nie podano powodu podróży.

Od 17 spośród 22 chorych uzyskano informacje na temat stosowania chemioprophylaktyki przeciwmalarijnej: chemioprophylaktykę stosowały tylko 3 osoby (17,6%), w tym 2 niewłaściwie tj. niezgodnie z zaleceniami lub lek dobrany niewłaściwie do docelowego miejsca wyjazdu.

W grupie osób wyjeżdżających turystycznie tylko 1 osoba stosowała chemioprophylaktykę, potwierdza to i uzasadnia konieczność propagowania właściwej profilaktyki (swoistej i nieswoistej) wśród osób wyjeżdżających do krajów endemicznego występowania malarii.

Liczba przypadków zgłoszonych w 2009 r. utrzymuje się na względnie niskim poziomie, szczególnie w porównaniu z krajami Europy Zachodniej, gdzie większość zachorowań występuje wśród emigrantów i studentów odwiedzających rodziny. Wśród powodów małej liczby zachorowań rejestrowanych w Polsce, mimo utrzymującego się ruchu turystycznego, wymienia się:

- niekompletne zgłaszanie potwierdzonych przypadków malarii
- większą dostępność chemioprophylaktyki i leków stosowanych w samoleczeniu (*stand-by emergency treatment SBET*), oraz
- rozpoznanie zachorowania poza Polską.

Część przypadków może pozostawać nierozpoznana ani za życia, ani pośmiertnie. Utrzymująca się od wielu lat wysoka śmiertelność z powodu malarii w Polsce (mimo, że zgony nie występują corocznie) wymaga zwrócenia uwagi, zwłaszcza lekarzy POZ, na zagrożenie malarią już na etapie wczesnego rozpoznania. Ponadto bardzo ważne dla zapobiegania malarii jest przestrzeganie przez organizatorów wyjazdów do krajów endemicznego występowania malarii obowiązku informowania o zagrożeniach zdrowotnych na odwiedzanych obszarach (Dz. U. 2004 nr 223, poz. 2268 z późn. zm.).

Otrzymano: 15.03.2011 r.

Zaakceptowano do druku: 21.03.2011 r.

Adres do korespondencji:

Małgorzata Stępień

Zakład Epidemiologii

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego

– Państwowy Zakład Higieny

ul. Chocimska 24, 00-791 Warszawa

tel. (022) 5421-248

email: mstepien@pzh.gov.pl