

Małgorzata Stępień

MALARIA W POLSCE W 2011 ROKU

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

STRESZCZENIE

CEL PRACY. Ocena sytuacji epidemiologicznej malarii w Polsce w 2011 r. w porównaniu z latami wcześniejszymi.
MATERIAŁ I METODY. Ocena występowania zachorowań na malarię w Polsce zarejestrowanych w 2011 r. w oparciu o wyniki analizy indywidualnych raportów przesyłanych do NIZP-PZH przez Stacje Sanitarно-Epidemiologiczne oraz danych zbiorczych publikowanych w Biuletynach rocznych „Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce”. W klasyfikacji zachorowań na potrzeby nadzoru epidemiologicznego stosowano definicję przypadku z 2008 r. obowiązującą w krajach EU. Rejestrowano wyłącznie przypadki objawowe potwierdzone laboratoryjnie.
WYNIKI. Ogółem w 2011 r. zarejestrowano w Polsce 14 przypadków malarii, wszystkie zawleczone z krajów endemicznego występowania malarii: 64% zachorowań zawleczono z Afryki, a 21% z Azji. W porównaniu z rokiem ubiegłym zgłoszono o 21 przypadków mniej, nie zarejestrowano zgonów. U jednej osoby nie wyjeżdżającej w ostatnim roku odnotowano prawdopodobnie nawrót malarii, gatunku zarodźca nie ustalono. Wśród zachorowań o ustalonym gatunku zarodźca 7 (63%) było wywołanych przez *P. falciparum*, 2 (18%) przez *P. vivax*, jeden przez *P. malariae* i w jednym stwierdzono inwazję mieszaną. W 50% przypadków do zarażenia doszło podczas wyjazdów związanych z pracą, w 43% podczas wyjazdów turystycznych, w jednym przypadku zachorował student, który był w Kamerunie rok wcześniej. Chemioprophylaktykę stosowało 5 osób, w tym tylko jedna osoba zgodnie z zaleceniami. W 2011 r. w związku z ogniskiem malarii rodzimej w Grecji wprowadzono w Polsce ograniczenia dotyczące oddawania krwi dla osób powracających z niektórych regionów Grecji.
WNIOSKI. Pomimo dużych wahań rocznych całkowita liczba przypadków zgłaszanych w Polsce pozostaje niska. Głównym problemem malarii zawlekanej do Polski pozostaje ciężki przebieg choroby u wielu chorych, najczęściej w następstwie opóźnionego rozpoznania.

Słowa kluczowe: *malaria (zimnica), epidemiologia, Polska, rok 2011*

MATERIAŁ I METODY

Ocenę sytuacji epidemiologicznej malarii w Polsce w 2011 r. przeprowadzono na podstawie wyników analizy raportów o indywidualnych zachorowaniach nadesłanych do NIZP-PZH przez Stacje Sanitarно-Epidemiologiczne oraz danych z Biuletynu rocznego „Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce w 2011 roku” (Czarkowski MP i in., W-wa, NIZP-PZH i GIS). W Polsce rejestrowane są zachorowania na malarię, które wystąpiły na terenie Polski i spełniają kryteria definicji przypadku podanej przez Komisję Europejską dn. 28.04.2008 r. zmieniającej decyzję 2002/253/EC. Zmieniona definicja przypadku malarii obowiązująca w Polsce od 2009 r. w porównaniu z poprzednią uwzględnia objawy choroby, a kryteria laboratoryjne zostały rozszerzone o wykrycie antygenu *Plasmodium spp.*

WYNIKI

W 2011 r. zarejestrowano ogółem 14 zachorowań na malarię (zapadalność 0,36 na 1 mln ludności), o 21 przypadków (60%) mniej niż w roku 2010 i o 6 (30%) mniej w porównaniu do mediany za lata 2005-2009. Obserwowane od kilku lat duże wahania roczne liczby zgłaszanych zachorowań mieszczą się w oczekiwanych granicach i nie wskazują na zmianę sytuacji epidemiologicznej malarii w Polsce. Podobnie jak w dwóch poprzednich latach nie odnotowano zgonów z powodu malarii.

Zachorowało: 10 mężczyzn (71%) i 4 kobiety, średnia wieku wynosiła 38 lat, wiek chorych wahał się od 24 do 56 lat.

Wszystkie zgłoszone w 2011 r. zachorowania były importowane z krajów endemicznego występowania ma-

larii, w tym jedno prawdopodobnie było wznową (relapse) malarii przebytej rok wcześniej. Zachorowało trzech obywateli innych krajów czasowo przebywających w Polsce.

U 12 chorych potwierdzono inwazję badaniem mikroskopowym (obecność zarodźców w rozmazie krwi), w 7 przypadkach uzyskano dodatni wynik szybkiego testu immunochromatograficznego, z czego u 2 osób szybki test był jedynym potwierdzeniem rozpoznania. U żadnego chorego nie wykonano badania molekularnego (PCR). U 50% chorych potwierdzenie rozpoznania uzyskano po ponad 8-dniowym utrzymywaniu się objawów.

Wśród przypadków zarażenia określonym gatunkiem zarodźca: 7 (63%) było wywołanych przez *Plasmodium falciparum*, w dwóch przypadkach rozpoznano *P. vivax*, w jednym *P. malariae*, w jednym inwazję mieszaną (*P. falciparum* i *P. vivax*). W trzech przypadkach nie udało się określić gatunku zarodźca.

U 50% chorych przebieg kliniczny malarii określono jako średni, u czterech chorych przebieg choroby był ciężki, jednak tylko u jednego z nich stwierdzono wykładniki ciężkiej malarii wg kryteriów WHO (*severe malaria*). U pozostałych trzech osób nie określono ciężkości przebiegu choroby (odmowa hospitalizacji lub opuszczenie szpitala przed zakończeniem leczenia).

Do zarażenia dochodziło najczęściej podczas podróży do Afryki (64%), w tabeli I (Importowane zachorowania na malarię w Polsce w 2011 r. wg kraju narażenia i gatunku *Plasmodium*) przedstawiono zestawienie krajów, w których chorzy prawdopodobnie ulegli zarażeniu. Wśród zawleczeń z kontynentu afrykańskiego, podobnie jak w poprzednich latach, dominują zachorowania wywołane przez *P. falciparum* (78%), również wszystkie zachorowania o ciężkim przebiegu zostały zawleczone z Afryki i w większości zostały wywołane przez *P. falciparum* (w jednym przypadku nie określono gatunku zarodźca).

Celem wyjazdów była najczęściej praca (7 osób, w tym 1 osoba z załogi statku i 1 misjonarz) lub turystyka (6 osób), zachorował również jeden student pochodzący prawdopodobnie z Afryki (brak pełnego wywiadu).

Informację o stosowaniu chemioprophylaktyki przeciwmalarycznej uzyskano od 10 osób (71%), wśród nich połowa stosowała jakąkolwiek chemioprophylaktykę, ale tylko jedna osoba stosowała lek właściwie dobrany i zgodnie z zaleceniami lekarskimi. Najczęściej występującym błędem podczas stosowania profilaktyki było nieregularne przyjmowanie lub zaprzestanie przyjmowania leku zaraz po opuszczeniu strefy narażenia. Wśród błędów w stosowaniu profilaktyki lekowej nadal zdarza się przyjmowanie chlorochiny podczas podróży do krajów, w których występuje powszechna lekooporność zarodźców na ten lek.

OMÓWIENIE WYNIKÓW

Liczba zachorowań na malarię rejestrowanych w Polsce pozostaje od wielu lat na niskim poziomie. Zachorowania występują głównie wśród osób wyjeżdżających turystycznie lub w związku z pracą, co pozostaje w kontraście do krajów Europy Zachodniej, w których większość zachorowań (do 86%) występuje wśród imigrantów odwiedzających kraj pochodzenia (VFR – *visiting friends and relatives*). Obserwowane różnice prawdopodobnie utrzymują się, ponieważ w Polsce liczba imigrantów z krajów endemicznego występowania malarii jest niewielka i nie wzrasta. Niepokój budzą natomiast doniesienia z Grecji w związku z wystąpieniem w niektórych regionach potwierdzonych przypadków rodzimej malarii *vivax*, prawdopodobnie wprowadzonej przez osoby pracujące czasowo w Grecji, a pochodzące z krajów endemicznego występowania malarii (Pakistan). W związku z wystąpieniem przypadków rodzimych w dwóch kolejnych latach na tym samym obszarze istnieje realne niebezpieczeństwo wprowadzenia malarii w kraju, w którym została ona wcześniej wyeliminowana. Zagrożenie malarią dla osób odwiedzających Grecję ocenia się jako niskie, ponieważ przypadki rodzime występowały głównie się w rejonie rolniczym (południowo-wschodnia część Peloponezu - Lakonia), rzadko odwiedzanym przez turystów i sytuacja została opanowana. Mimo niskiego zagrożenia przebywanie co najmniej 24 godziny w Grecji na terenach, na których stwierdzono rodzime przypadki malarii (Lakonia- Evrotas oraz Attyka Wsch.- Maraton) zostało uznane w Polsce za powód dyskwalifikacji czasowej dla osób oddających krew na okres 12 miesięcy od powrotu.

WNIOSKI

Malaria wciąż stanowi duże zagrożenie zdrowotne dla osób wyjeżdżających do krajów endemicznego występowania tej choroby, dlatego konieczne jest dalsze propagowanie dostępnej profilaktyki przeciwmalarycznej wśród osób planujących podróże. Częste opóźnienia w rozpoznaniu i podjęciu leczenia świadczą o niskiej świadomości zagrożenia malarią zarówno wśród pacjentów jak i lekarzy pierwszego kontaktu.

Otrzymano: 09.01.2013 r.

Zaakceptowano do druku: 23.01.2013 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