

Justyna Rogalska

## RÓŻYCZKA W POLSCE W 2012 ROKU

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

### STRESZCZENIE

**WSTĘP.** W 2004 r. różyczka została objęta Programem Eliminacji Różyczki Światowej Organizacji Zdrowia (WHO). Celem Programu jest przerwanie transmisji wirusa różyczki w środowisku i zapobieganie przypadkom różyczki wrodzonej u dzieci. Udział Polski w Programie Eliminacji Różyczki zobowiązuje do potwierdzenia rozpoznania klinicznych badaniami laboratoryjnymi. W Polsce do 2003 r. szczepieniem przeciw różyczce objęte były wyłącznie kobiety. Wśród mężczyzn zapadalność na różyczkę pozostała wysoka stwarzając ryzyko zakażenia nieuodpornionych ciężarnych kobiet, co może prowadzić do rozwoju zespołu różyczki wrodzonej u dziecka.

**CEL PRACY.** Celem pracy jest ocena sytuacji epidemiologicznej różyczki w Polsce w 2012 r. z uwzględnieniem stanu zaszczepienia przeciw różyczce populacji ogólnej oraz wybranych roczników.

**MATERIAŁ I METODY.** Ocenę sytuacji epidemiologicznej różyczki w Polsce przeprowadzono na podstawie wyników analizy danych z biuletynu „Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce w 2012 roku” oraz „Szczepienia ochronne w Polsce w 2012 roku” (MP. Czarkowski, Warszawa 2013, NIZP-PZH, GIS).

**WYNIKI.** W 2012 r. wystąpił znaczny wzrost liczby zachorowań na różyczkę – zarejestrowano 6 263 przypadki (w 2011 r. 4 290 przypadków) - oraz wzrost zapadalności (z 11,1 na 100 tys. do 16,3). Najwyższą zapadalność, niezależnie od płci i środowiska, odnotowano wśród osób w grupie wieku 15-19 lat (118,0). Podobnie do 2011 r., zapadalność na różyczkę chłopców i mężczyzn była wyższa niż zapadalność dziewcząt i kobiet (25,6 versus 7,5). W 2012 r. nie zarejestrowano zachorowań na zespół różyczki wrodzonej.

**PODSUMOWANIE I WNIOSKI.** Odsetek badań laboratoryjnych potwierdzających/wykluczających zachorowania na różyczkę w Polsce jest nadal bardzo niski. W 2012 r. tylko 0,2 % zachorowań na różyczkę potwierdzono badaniami laboratoryjnymi.

**Słowa kluczowe:** różyczka, epidemiologia, Polska, rok 2012

### WSTĘP

Od 2004 r. różyczka objęta jest Programem Eliminacji koordynowanym przez Światową Organizację Zdrowia (WHO). Głównym celem wysiłków podejmowanych przez państwa Regionu Europejskiego EHO, ukierunkowanych na przerwanie transmisji wirusa różyczki w środowisku, jest eliminacja zakażeń kobiet w ciąży i zapobieganie zespołowi różyczki wrodzonej u dzieci. Eliminację różyczki umożliwia m.in. utrzymanie ponad 95% poziomu uodpornienia populacji ogólnej przez podanie przynajmniej jednej dawki szczepionki przeciw różyczce. W Polsce w latach 1988-2003 szczepiono wyłącznie dziewczęta w 13 r.ż. W listopadzie 2003 r. wprowadzono do kalendarza szczepień ochronnych jako obowiązkowe szczepienie

szczepionką MMR – w latach 1988-2003 zalecane. W Polsce różyczka podlega zgłaszaniu od 1966 roku, natomiast od 1997 roku obowiązkiem rejestracji został również objęty zespół różyczki wrodzonej.

### CEL PRACY

Celem pracy jest ocena sytuacji epidemiologicznej różyczki w Polsce w roku 2012 oraz stanu zaszczepienia przeciw różyczce w populacji ogólnej.

### MATERIAŁ I METODY

Ocenę sytuacji epidemiologicznej różyczki w Polsce w roku 2012 przeprowadzono w oparciu o wyniki

analizy danych z biuletynu „Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce w 2012 roku” (Czarkowski MP i in., Warszawa 2013, NIZP - PZH i GIS), natomiast ocenę stanu uodpornienia populacji przeprowadzono na podstawie danych z biuletynu „Szczepienia ochronne w Polsce w 2012 roku” (Czarkowski MP i in., Warszawa 2013, NIZP - PZH i GIS).

Stosowana w pracy klasyfikacja przypadków zachorowań na różyczkę opiera się na definicji przypadku przyjętej przez Komisję Europejską w decyzji z dnia 28 kwietnia 2008 r. zmieniającej decyzję 2002/253/EC i wprowadzoną do rutynowego nadzoru w Polsce w 2009r. („Definicje przypadków chorób zakaźnych na potrzeby nadzoru epidemiologicznego”, Zakład Epidemiologii NIZP-PZH, 2012-2013).

## WYNIKI

**Sytuacja epidemiologiczna różyczki w Polsce w 2012 roku.** W 2012 roku zarejestrowano w Polsce ogółem 6 263 zachorowania na różyczkę - zapadalność 16,3/100 000, wyższa o 46,8% od zapadalności w 2011 r. i niższa o 52,8% od mediany zapadalności w latach 2006-2010 (Tab. I). W roku 2012 nie zarejestrowano żadnego przypadku zespołu różyczki wrodzonej.

Sezonowość zachorowań na różyczkę w 2012 r. była zbliżona do sezonowości obserwowanej w poprzednich latach. Najwięcej zachorowań wystąpiło w okresie od marca do maja ze szczytem w kwietniu - 1 155 przypadków (18,1% ogółu przypadków w roku), a najmniej we wrześniu (162, tj. 2,5%).

W 2012 r. odnotowano wzrost zapadalności na różyczkę w 7 województwach (Tab. I). Największy, ponad 7-krotny wzrost, w porównaniu z rokiem 2011, wystąpił w woj. lubelskim (z 10,7 do 81,4 na 100 000 ludności), a w województwie małopolskim był to wzrost ponad 4-krotny. Wśród dziewięciu województw, w których zmniejszyła się liczba zachorowań, największy spadek odnotowano w woj. dolnośląskim, gdzie zapadalność zmniejszyła się czterokrotnie (z 18,9 do 4,7).

Najwyższą w Polsce zapadalność odnotowano w 2012 r. w woj. lubelskim – 81,4 (zapadalność prawie 5 razy wyższa od ogólnej w całym kraju). Najniższą zapadalność zarejestrowano w woj. świętokrzyskim – 4,4 (prawie 4-krotnie niższą od ogólnej w kraju).

Podobnie jak w latach 2010 i 2011, w 2012 r. zapadalność na różyczkę dziewcząt i kobiet (7,5 na 100 000) była niższa od zapadalności chłopców i mężczyzn (25,6) (Tab. II). Różnica ta była ponad 3-krotna. Szczepienie przeciw różyczce dziewcząt w 13. roku życia, prowadzone w celu zapobiegania zespołowi różyczki wrodzonej, spowodowało, że zapadalność na różyczkę młodych mężczyzn w wieku powyżej 15 lat jest od lat znacząco wyższa w porównaniu z zapadalnością dziew-

cząt. Największą różnicę w zapadalności mężczyzn w porównaniu z zapadalnością kobiet odnotowano w grupach wieku 15-19 lat (odpowiednio 225,9 vs. 5,1 na 100 000) oraz 20-24 lata (40,1 vs. 2,1) (Tab. II). Nadwyżkę zachorowań chłopców w porównaniu do zachorowań dziewczynek zarejestrowano również u osób w wieku od 3 do 9 lat oraz w grupach wieku 25-29 lat i 40-34 lata. Nadwyżka ta wahała się od 4,7% do 74,4%. W pozostałych rocznikach dzieci, ale przede wszystkim wśród osób dorosłych, szczególnie w wieku od 30 do 54 lat, wyższą zapadalność odnotowano wśród kobiet. Okres, jaki upłynął od wprowadzenia obowiązkowego szczepienia wszystkich dzieci przeciwko różyczce (2003 r. - pierwsza dawka; 2005 r. - druga dawka w 10 r.ż.), jest zbyt krótki, by mogła zostać zahamowana wieloletnia tendencja do pogłębiania się różnicy pomiędzy zapadalnością kobiet i mężczyzn (Fig.1).

Zapadalność na różyczkę w miastach wahała się w 2012 r. od 9,9 na 100 000 ludności w miastach największych, liczących  $\geq 100$  tys. mieszkańców, do 20,2 w miastach liczących od 20 do 49 tys. mieszkańców (Tab. III). Ogólnie w miastach wynosiła 13,5 i była niższa od zapadalności na wsi (20,5) o 34,1%. Pomimo niższej ogólnej zapadalności w miastach, wśród dzieci w grupie wieku 0-4 lat, podobnie jak w poprzednim okresie, wyższe współczynniki zapadalności notowano właśnie w miastach (Tab. II). Tak jak w 2011 roku, wśród dzieci w wieku 5-9 lat odnotowano wyższe współczynniki zapadalności na wsi niż w mieście. Spośród ogółu zachorowań na różyczkę zgłoszonych w 2012 r., 42% dotyczyło dzieci i młodzieży do lat 15, przy czym udział zachorowań dzieci w grupie wieku 0-4 lat wynosił 21%, a dzieci w wieku 5-9 lat - 16% (Tab. II). W odróżnieniu od 2011 roku, kiedy najwyższą zapadalność - niezależnie od płci i środowiska - odnotowano wśród dzieci 5 i 6-letnich, w 2012 r. zarejestrowano wśród osób w wieku 15-19 lat (118,0 na 100 000) oraz niemowląt (87,2). Łączny udział zachorowań w tych dwóch grupach wieku, w ogólnej liczbie zarejestrowanych przypadków, wyniósł ok. 48%.

Z powodu różyczki w 2012 r. hospitalizowano w Polsce ogółem 42 osoby, tj. 0,67% wszystkich chorych (od 0,31% w woj. wielkopolskim do 3,48% w woj. zachodniopomorskim). Według wstępnych danych Głównego Urzędu Statystycznego, w 2012 roku nie zarejestrowano zgonów z powodu różyczki.

**Diagnostyka laboratoryjna różyczki.** Rozpoznanie różyczki powinno opierać się na wyniku badania laboratoryjnego. Wprowadzona w 2009 roku definicja przypadku różyczki zmieniła sposób kwalifikowania przypadków potwierdzonych i prawdopodobnych. W nowej definicji wykrycie obecności swoistych przeciwciał IgM przeciw różyczce w surowicy, obok powiązania epidemiologicznego, stanowi kryterium kwalifikacji przypadku prawdopodobnego. Natomiast

przypadek potwierdzony wymaga bardziej swoistych badań wirusologicznych, w tym izolacji wirusa, badania PCR lub wykazania znamiennego wzrostu przeciwciał IgG w surowicy krwi lub ślinie. Diagnostyka laboratoryjna w stosunku do każdego zgłoszonego podejrzenia/przypadku różyczki ma szczególne znaczenie, gdyż objawy choroby zbliżone są do objawów wielu chorób wysypkowych wieku dziecięcego. W ramach realizacji ustawowego obowiązku nadzoru epidemiologicznego nad różyczką w Polsce (Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o Zapobieganiu oraz Zwalczeniu Zakażeń i Chorób Zakaźnych u Ludzi, Dz.U.08.234.1570 ze zm.) badania w jej kierunku wykonać można w stacjach sanitarno-epidemiologicznych. Zgodnie z założeniami Programu Eliminacji Odry i Różyczki w Regionie Europejskim WHO, każdy przypadek potwierdzonej odry lub różyczki powinien dodatkowo zostać przebadany w Narodowych Laboratoriach ds. Diagnostyki Odry i Różyczki, akredytowanych przez WHO. W Polsce rolę ośrodka referencyjnego pełni Laboratorium Zakładu Wirusologii NIZP - PZH.

**Czułość i swoistość rozpoznań różyczki w Polsce w 2012 r.** W Polsce potwierdzanie rozpoznań klinicznych różyczki wynikami badań laboratoryjnych jest nadal niedostateczne, co utrudnia ocenę wpływu wprowadzonych w 2003 r. powszechnych szczepień całej populacji dzieci przeciw różyczce. W 2012 r. zaledwie 14 (0,2%) zachorowań zakwalifikowano jako przypadki potwierdzone, a 26 (0,4%) jako prawdopodobne. Pozostałe 99,4% zachorowań (6 223 przypadki) zgłoszono na podstawie objawów klinicznych (zasady klasyfikacji przypadków: „Definicje przypadków chorób zakaźnych na potrzeby nadzoru epidemiologicznego”, Zakład Epidemiologii NIZP – PZH). Może to tłumaczyć znaczną liczbę zachorowań na różyczkę zarejestrowaną wśród osób zaszczepionych (Tab. IV). W 2012 roku odsetek chorych na różyczkę, u których brak było danych o szczepieniu (27%) zwiększył się w porównaniu z poprzednimi latami (12% w 2010 i 2011 r). Informacji o stanie zaszczepienia brakowało u 16% chorych na różyczkę dzieci w wieku od 1 roku do 9 lat.

**Wykonawstwo szczepień przeciw różyczce i stan uodpornienia populacji w 2012r.** Szczepienie przeciw różyczce w 2012 r. obejmowało podanie dwóch dawek żywej, atenuowanej skojarzonej szczepionki przeciw odrze, śwince i różyczce (MMR). Schemat dawkowania od 2005 r. pozostaje niezmienny i zakłada podanie

dawki podstawowej w 13-14 miesiącu życia oraz dawki przypominającej w 10 roku życia.

W 2012 r. odsetek dzieci w 3. roku życia zaszczepionych przeciw różyczce wynosił w skali całego kraju 97,9 (w poszczególnych województwach od 96,4% w mazowieckim do 99,7% w woj. warmińsko-mazurskim). Odsetek dziewcząt w 13 roku życia zaszczepionych przeciw różyczce wynosił w skali całego kraju 99,4% (od 98,7% w woj. mazowieckim do 99,9% w woj. kujawsko-pomorskim, świętokrzyskim i warmińsko-mazurskim), a dziewcząt w 14. r.ż. – 99,4% (od 98,6% w woj. mazowieckim do 100,0% w woj. warmińsko-mazurskim).

## PODSUMOWANIE I WNIOSKI

Wysokie wykonawstwo szczepienia dziewcząt skutecznie zapobiega zachorowaniom na różyczkę wrodzoną. Jednak, biorąc pod uwagę wyższą zapadalność na różyczkę mężczyzn w wieku, w którym mają kontakt z kobietami w wieku rozrodczym, odsetek zaszczepienia dziewcząt poniżej 100% oraz fakt, iż w ok. 50% zakażenia wirusem różyczki przebiegają subklinicznie, wciąż istnieje ryzyko zachorowania na różyczkę dla kobiet w wieku rozrodczym oraz wystąpienia zespołu różyczki wrodzonej u noworodków.

W 2012 r. zaledwie 0,2 % zachorowań na różyczkę potwierdzono badaniami laboratoryjnymi, czyli 99,8% przypadków zgłoszono wyłącznie na podstawie obrazu klinicznego. Sytuacja ta wymaga szybkiej poprawy. Udział Polski w Programie Eliminacji Różyczki zobowiązuje do potwierdzenia rozpoznań klinicznych badaniami laboratoryjnymi. Niepokojący jest też duży odsetek braku danych o stanie zaszczepienia chorych na różyczkę. Utrudnia to interpretację wpływu szczepień na sytuację epidemiologiczną tej choroby.

Otrzymano: 5.03.2014 r.

Zaakceptowano do druku: 12.03.2014 r.

### Adres do korespondencji:

Mgr Justyna Rogalska  
Zakład Epidemiologii  
Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego  
- Państwowy Zakład Higieny  
ul. Chocimska 24, 00-791 Warszawa  
e-mail: jrogalska@pzh.gov.pl

## ERRATA

W spisach treści angielskim i polskim Przeglądu Epidemiologicznego 2014 T.68 Nr 1 mylnie wydrukowano autorów artykułu:

w spisie angielskim

*jest:* A B Servin: Gonorrhoea in 21st century – international and Polish situation

***powinno być:* A B Serwin, M Koper, M Unemo** : Gonorrhoea in 21<sup>st</sup> century – international and Polish situation

w spisie polskim

*jest:* A B Serwin: Rzeżączka w 21 wieku – sytuacja na świecie i w Polsce

***powinno być:* A B Serwin, M Koper, M Unemo** – Rzeżączka w 21 wieku – sytuacja na świecie i w Polsce

Redakcja Przeglądu Epidemiologicznego przeprasza Autorów za błąd w nazwisku i pominięcie dwóch współautorów w spisach treści numeru 1/2014