

Monika Roberta Korczyńska, Iwona Paradowska-Stankiewicz

RÓŻYCZKA W POLSCE W 2013 ROKU*

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

STRESZCZENIE

WSTĘP. Różyczka (łac. *rubella*) od 2004 r. podlega eliminacji w ramach programu koordynowanego przez Światową Organizację Zdrowia (WHO). Głównym celem Programu jest zahamowanie transmisji wirusa w środowisku oraz zapobieganie przypadkom różyczki wrodzonej u dzieci. Cel ten można osiągnąć przez prowadzenie szczepień. Ocenę realizacji programu eliminacji różyczki dokonuje się w oparciu o analizę danych z nadzoru epidemiologicznego obejmującego potwierdzenie rozpoznania klinicznego badaniami laboratoryjnymi. W Polsce szczepienia przeciw różyczce wprowadzono w 1987 r., tylko początkowo wyłącznie u 13-o letnich dziewcząt, co miało pewien wpływ na wiek zachorowań mężczyzn. Młodzi mężczyźni mogą zakażać swoje partnerki i zwiększać ryzyko rozwoju zespołu różyczki wrodzonej. Od 2003 r. stosowane jest szczepienie przeciw różyczce, odrze i śwince (szczepionka MMR) u dzieci w wieku 13-15 miesięcy.

CEL PRACY. Celem pracy jest ocena sytuacji epidemiologicznej różyczki w Polsce w 2013r. z uwzględnieniem stanu zaszczepienia przeciw różyczce.

MATERIAŁ I METODY. Sytuację epidemiologiczną różyczki w Polsce oceniono na podstawie analizy danych z biuletynu „Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce w 2013 roku” oraz biuletynu „Szczepienia ochronne w Polsce w 2013 roku” (MP. Czarkowski, Warszawa 2014, NIZP-PZH, GIS).

WYNIKI. W 2013 r. wystąpił epidemiczny wzrost zachorowań na różyczkę – zarejestrowano 38 548 przypadków tj. ponad 6-o krotnie więcej niż w 2012 r. (6 263 przypadków), oraz wzrost zapadalności do 84,4 na 100 tys. tj. ponad 5-o krotnie więcej niż w 2012 r. (16,3 na 100 tys.). Najwyższą zapadalność, niezależnie od płci i środowiska, odnotowano w grupie wieku 15-19 lat (911,6 na 100 tys.). Zapadalność na różyczkę chłopców i mężczyzn była znacząco wyższa niż zapadalność dziewcząt i kobiet: odpowiednio 181,4 i 23,9. Zgłoszono 2 przypadki zespołu różyczki wrodzonej.

PODSUMOWANIE I WNIOSKI. W 2013r. w Polsce wystąpiła epidemia wyrównawcza różyczki, będąca efektem stosowania w przeszłości szczepień przeciw różyczce, wyłącznie u dziewcząt w 13 r.ż. Nadal odsetek badań laboratoryjnych potwierdzających/wykluczających zachorowania na różyczkę w Polsce był bardzo niski, wynosił 0,2%.

Słowa kluczowe: różyczka, epidemiologia, Polska, 2013 rok

WSTĘP

Różyczka u dzieci ma na ogół przebieg łagodny, ale dla kobiet w okresie ciąży stanowi poważne zagrożenie dla płodu w postaci zespołu różyczki wrodzonej. Od 2004 r. różyczka objęta jest Programem Eliminacji koordynowanym przez Światową Organizację Zdrowia (WHO). Celem programu jest zahamowanie transmisji wirusa różyczki w środowisku oraz eliminacja zakażeń kobiet w ciąży i zapobieganie zespołowi różyczki wrodzonej u dzieci. Osiągnięcie głównego celu programu

jest możliwe poprzez utrzymanie ponad 95% poziomu uodpornienia populacji ogólnej dzięki szczepieniom. W Polsce w latach 1987-2003 szczepiono wyłącznie dziewczęta w 13 r.ż. Ten fakt przyczynił się pośrednio do wzrostu podatności na zachorowanie mężczyzn, którzy stanowią rezerwuuar wirusa. W 2003 roku do obowiązkowego kalendarza szczepień wprowadzono trójskładnikową szczepionkę M-M-R (świnka-odra-różyczka), dla dzieci w wieku 13-15 miesięcy. W 2004 r. do Programu Szczepień Ochronnych dołączono 2 dawkę szczepionki M-M-R podawaną dzieciom w 10

*Praca została wykonana w ramach zadania nr 10/EM/2014

r.ż. Schemat dwudawkowy szczepionki M-M-R jest aktualnie obowiązującym. W Polsce różyczka podlega obowiązkowemu zgłoszeniu do Państwowej Inspekcji Sanitarnej od 1966 roku, natomiast od 1997 roku obowiązkiem rejestracji został również objęty zespół różyczki wrodzonej. Od 2010 roku występuje wzrost liczby zachorowań na różyczkę, a w 2013 roku zwiększył się dziesięciokrotnie w porównaniu z 2010 r. W tym roku wystąpiła epidemia wyrównawcza różyczki.

CEL PRACY

Celem pracy jest ocena sytuacji epidemiologicznej różyczki w Polsce w roku 2013 oraz stanu zaszczepienia przeciw różyczce w populacji ogólnej.

MATERIAŁ I METODY

Ocenę sytuacji epidemiologicznej różyczki w Polsce w roku 2013 przeprowadzono w oparciu o analizę danych z biuletynu „Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce w 2013 roku” (Czarkowski MP i in., Warszawa 2014, NIZP - PZH i GIS), natomiast ocenę stanu uodpornienia populacji przeprowadzono na podstawie danych z biuletynu „Szczepienia ochronne w Polsce w 2013 roku” (Czarkowski MP i in., Warszawa 2014, NIZP - PZH i GIS).

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

WYNIKI

Sytuacja epidemiologiczna różyczki w Polsce w 2013 roku. W 2013 r. zarejestrowano w Polsce ogółem 38 548 zachorowań na różyczkę z zapadalnością 100,1/100 000, wyższą o 83,7% od zapadalności w 2012 r. i o 65,5% od mediany zapadalności w latach 2007-2011 (Tab.I). W roku 2013 zarejestrowano 2 przypadki zespołu różyczki wrodzonej.

W 2013 r. z powodu epidemii wyrównawczej znaczny wzrost zapadalności odnotowano we wszystkich 16-tu województwach (Tab. I).

Najwyższa zapadalność w 2013 r. wystąpiła w województwie małopolskim (254,9 na 100 000 ludności) i była ponad 2 razy wyższa od zapadalności ogólnej w Polsce (100,1/100 000). Natomiast najniższa zapadalność była w woj. dolnośląskim, jednak przekroczyła

4-krotnie zapadalność z 2012 roku (z 4,7 do 18,1 na 100 000 ludności). Największy, ponad 25-krotny wzrost zapadalności, w porównaniu z rokiem 2012, wystąpił w woj. wielkopolskim (z 9,3 do 225,6 na 100 000 ludności), a w województwie lubuskim zwiększył się 19-krotnie. Zapadalność na różyczkę w 2013 roku była kilkukrotnie wyższa od mediany wyliczonej za lata 2007-2011, wynoszącej 34,5 (Tab. I).

Podobnie jak w latach wcześniejszych (2010-2012), w 2013 r. zapadalność kobiet (23,9 na 100 000) była 9-krotnie niższa od zapadalności chłopców i mężczyzn (181,4) (Tab. II). Główną przyczyną był fakt, że mężczyźni, którzy zachorowali na różyczkę, w przeszłości nie byli objęci szczepieniami. Mimo obserwowanego w kolejnych latach spadku zapadalności na różyczkę w populacji, jednocześnie liczba chłopców wrażliwych na zakażenie pozostawała niezmienną. Skutkiem takiej sytuacji była epidemia wyrównawcza, która rozpoczęła się pod koniec 2012 r. i trwała do 2013 r.

Największą przewagę w zapadalności mężczyzn w porównaniu z zapadalnością kobiet odnotowano w grupach wieku 15-19 lat (odpowiednio 1747,6 vs. 36,8 na 100 000) oraz 20-24 lata (532,5 vs. 13,7) oraz u niemowląt w wieku od 0 do 1 roku (158,6 vs. 15,2) (Tab. II). Wśród dorosłych, szczególnie w wieku od 40 do 59 lat, wyższą zapadalność odnotowano wśród kobiet (Fig. 1).

Zapadalność na różyczkę w miastach wahała się w 2013 r. od 70,1 na 100 000 ludności w miastach \geq 100 tys. mieszkańców, do 108,3 w miastach liczących poniżej 20 tys. mieszkańców (Tab. III). Ogólnie zapadalność w miastach (84,4 na 100 000 mieszk.) była niższa o 31,9 % od zapadalności na wsi (124,1). Pomimo niższej ogólnej zapadalności w miastach, zapadalność dzieci w grupie wieku 0-4 lata, podobnie jak w roku 2012 była wyższa w miastach (Tab. II).

Spśród ogółu zgłoszonych zachorowań na różyczkę w 2013 r., 17,4% dotyczyło dzieci i młodzieży do 15 r. życia (w tym udział zachorowań w grupie 0-4 wynosił 40,9%, 5-14 - 1,5%, 10-14 - 17,6%) (Tab. II). W 2013 roku, podobnie jak w 2012, najwyższą zapadalność - niezależnie od płci i środowiska - odnotowano w grupie wieku 15-19 lat (911,6 na 100 000) oraz w wieku 20-24 lat (278,3). Łączny udział zachorowań w tych dwóch grupach wieku, w ogólnej liczbie zarejestrowanych przypadków, wyniósł 70,5%.

W Polsce w 2013 r. z powodu różyczki ogółem hospitalizowano 205 osób (0,53%), najwięcej w województwach: mazowieckim (43 osoby) i wielkopolskim (36 osoby). Według danych Głównego Urzędu Statystycznego, w 2013 roku nie zarejestrowano zgonów z powodu różyczki.

Sezonowość zachorowań na różyczkę w 2013 r. nie różniła się w porównaniu z poprzednimi latami. Najwięcej zachorowań wystąpiło w okresie od marca

do maja ze szczytem w kwietniu - 11 877 przypadków (31,1 % ogółu przypadków w roku), a najmniej we wrześniu (237 - 0,6%) (Fig. 2).

Diagnostyka laboratoryjna różyczki. Potwierdzenie rozpoznania różyczki, jak i innych chorób zakaźnych podlegających nadzorowi powinno opierać się na wynikach badania laboratoryjnego. Według definicji przypadku z 2012-2013 r. wykrycie obecności swoistych przeciwciał IgM przeciw różyczce w surowicy krwi i dodatkowo powiązanie epidemiologiczne, stanowią kryterium kwalifikacji przypadku prawdopodobnego. Przypadek potwierdzony wymaga badań wirusologicznych: badania PCR lub izolacji wirusa i/ lub wykazania znamiennego wzrostu przeciwciał IgG w surowicy krwi lub ślinie. Objawy różyczki są bardzo podobne do objawów wielu innych chorób wysypkowych dzieci, dlatego diagnostyka laboratoryjna w stosunku do każdego zgłoszonego podejrzenia/przypadku różyczki ma szczególne znaczenie. W ramach realizacji ustawowego obowiązku nadzoru epidemiologicznego nad różyczką w Polsce (Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o Zapobieganiu oraz Zwalczaniu Zakażeń i Chorób Zakaźnych u Ludzi, Dz.U.08.234.1570 ze zm.) badania w jej kierunku wykonać można w stacjach sanitarno-epidemiologicznych. Zgodnie ze strategią 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 2013 r. Czułość i swoistość rozpoznań różyczki od wielu lat pozostaje na dość niskim poziomie, co utrudnia interpretację zachorowań wśród osób szczepionych oraz ocenę rzeczywistej liczby zachorowań. Powodem tego jest fakt, że potwierdzanie rozpoznań klinicznych różyczki badaniami laboratoryjnymi jest nadal niedostateczne. W 2013 r. jedynie 52 (0,2%) zachorowania były zakwalifikowane jako przypadki potwierdzone, a 107 (0,4%) jako prawdopodobne. Pozostałe 99,6% (38 387 zachorowań) zgłoszono wyłącznie na podstawie objawów klinicznych. Zasady klasyfikacji przypadków są zamieszczone w biuletynie: „Definicje przypadków chorób zakaźnych na potrzeby nadzoru epidemiologicznego”, Zakład Epidemiologii NIZP – PZH. W 2013 roku odsetek chorych na różyczkę, u których brak było danych o szczepieniu był zbliżony do roku poprzedniego i wynosił 27%. Zwiększyła się liczba przypadków (dzieci w wieku 1-9 lat), u których brakowało informacji o stanie zaszczepienia (z 16 % do 18%) (Tab.IV).

Wykonawstwo szczepień przeciw różyczce i stan uodpornienia populacji w 2013 r. Szczepienie przeciw

różyczce w 2013 r. obejmowało podanie dwóch dawek żywej, atenuowanej skojarzonej szczepionki przeciw odrze, śwince i różyczce (M-M-R). Schemat dawkowania od 2004 r. pozostaje niezmienny i zakłada podanie dawki podstawowej w 13-15 miesiącu życia oraz dawki przypominającej w 10 roku życia.

W 2013 r. odsetek dzieci w 3 roku życia zaszczepionych przeciw różyczce zmniejszył się o 0,4 % w porównaniu z ubiegłym rokiem i wyniósł 97,5% w skali całego kraju (w poszczególnych województwach wahał się od 96,4% w woj. mazowieckim do 99,7% w woj. warmińsko-mazurskim). Odsetek dziewcząt w 13 roku życia zaszczepionych przeciw różyczce wynosił w skali całego kraju 99,3%, a dziewcząt w 15. r.ż. – 99,5%.

PODSUMOWANIE I WNIOSKI

W 2013 roku wystąpiła epidemia wyrównawcza różyczki. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) oraz Centrum Kontroli Chorób (CDC) zaleciło osobom podróżującym do Polski, w szczególności kobietom w wieku rozrodczym zaszczepienie się przeciw różyczce. Biorąc pod uwagę wysoką zapadalność mężczyzn w wieku 19-29 lat, odsetek zaszczepienia dziewcząt poniżej 100% oraz fakt, iż około połowa zakażeń wirusem różyczki przebiega subklinicznie, wciąż istnieje ryzyko zachorowania na różyczkę kobiet w wieku rozrodczym oraz wystąpienia zespołu różyczki wrodzonej u noworodków.

Biorąc pod uwagę, że wysoki odsetek wykonanych szczepień wśród dziewcząt i chłopców skutecznie zapobiega zachorowaniom na różyczkę wrodzoną, należy, zintensyfikować edukację społeczeństwa w tym zakresie.

W 2013 r. zaledwie 0,3% zachorowań na różyczkę potwierdzono badaniami laboratoryjnymi, czyli 99,7% 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 osób chorych na różyczkę. Utrudnia to interpretację wpływu szczepień na sytuację epidemiologiczną tej choroby.

Otrzymano: 23.03.2015 r.

Zaakceptowano do publikacji: 27.03.2015 r.

Adres do korespondencji:

mgr Monika Roberta Korczyńska

Zakład Epidemiologii

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy

Zakład Higieny

ul. Chocimska 24, 00-791 Warszawa

e-mail: mkorczynska@pzh.gov.pl

