

Ewa Karasek, Iwona Paradowska-Stankiewicz

RÓŻYCZKA W POLSCE W 2010 ROKU

RUBELLA IN POLAND IN 2010

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

STRESZCZENIE

WSTĘP. Różyczka jest objęta programem eliminacji koordynowanym przez Światową Organizację Zdrowia (WHO). Ta łagodna na ogół choroba dla dzieci, w przypadku zakażenia nieuodpornionej ciężarnej, może spowodować poważne wady wrodzone płodu (tzw. różyczka wrodzona). Strategia państw należących do regionu europejskiego WHO ukierunkowana jest na przerwanie transmisji wirusa różyczki w środowisku, w celu zapobiegania przypadkom różyczki wrodzonej u dzieci.

CEL PRACY. Celem pracy jest ocena sytuacji epidemiologicznej różyczki w Polsce w 2010 r. oraz stanu uodpornienia przeciw różyczce.

MATERIAŁ I METODY. Analizę sytuacji epidemiologicznej różyczki w Polsce przeprowadzono na podstawie danych z biuletynów „Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce w 2010 roku” (Czarkowski MP i wsp. Warszawa 2011, NIZP-PZH oraz „Szczepienia ochronne w Polsce w 2010 roku”. Klasyfikacja przypadków różyczki opiera się na definicji chorób zakaźnych opracowanych przez Zakład Epidemiologii NIZP - PZH: „Definicje przypadków chorób zakaźnych na potrzeby nadzoru epidemiologicznego”.

WYNIKI. W 2010 r. zaobserwowano spadek zapadalności na różyczkę w porównaniu z rokiem 2009 z 19,0 na 100 000 do 11,0 na 100 000. Ogółem zarejestrowano 4 197 zachorowań na różyczkę. W zestawieniu z definicją przypadku różyczki dla celów nadzoru epidemiologicznego, żadne z zachorowań nie zostało zgłoszone jako przypadek potwierdzony, 29 zachorowań (0,7%) zaklasyfikowano jako prawdopodobne, zaś pozostałe przypadki zgłoszono jedynie na podstawie kryteriów klinicznych. W 2010 r. zarejestrowano jedno zachorowanie na różyczkę wrodzoną. Zapadalność na różyczkę wśród dziewcząt i kobiet (9,0) była niższa od zapadalności chłopców i mężczyzn (13,1). Najwyższą zapadalność - niezależnie od płci i środowiska - odnotowano wśród dzieci 7-letnich (96,4 na 100 000) oraz 8-letnich (93,1). Odsetek dziewcząt w 13 roku życia zaszczepionych przeciw różyczce wynosił w skali kraju 99,2%.

ABSTRACT

INTRODUCTION. Rubella is the disease subject to the elimination programme coordinated by the World Health Organization (WHO). Generally, rubella is an infection of mild course among children but in the case of pregnant women, who are not immunized, it may contribute to the occurrence of severe congenital abnormalities (congenital rubella syndrome) may amount to 95%. The strategy of the countries belonging to the WHO European Region is directed to the interruption of the rubella virus transmission in the environment in order to prevent the cases of congenital rubella syndrome (CRS).

OBJECTIVES. The aims of the present article are to analyze the epidemiological situation of rubella in Poland in 2010 and to discuss the rubella vaccination coverage.

MATERIAL AND METHODS. The epidemiological situation of rubella in Poland was analyzed on the basis of publications: “Infectious diseases and poisonings in Poland in 2010” (Czarkowski MP et al. Warsaw 2011, NIPH-NIH and “Vaccinations in Poland in 2010”. The classification of the rubella cases is based on the definition of the infectious diseases developed by the Department of Epidemiology (NIPH – NIH): “Definitions of the cases of infectious diseases for the purposes of the epidemiological surveillance”.

RESULTS. Comparing the epidemiological situation in 2009 and 2010, in 2010 a decline in the incidence of rubella was observed - from 19.0 per 100 000 population to 11.0 per 100 000 population. Overall, 4 197 cases of rubella were reported. While analyzing the definition of the rubella case for the purposes of the epidemiological surveillance, none of the cases was reported as the confirmed case, 29 (0.7%) were classified as the probable and the remaining cases were classified only on the basis of clinical criteria. In 2010, one congenital rubella syndrome (CRS) was registered. The rubella incidence among girls and women (9.0) was lower than the incidence observed among boys and men (13.1). The highest incidence – regardless of the gender and surroundings – was reported in children aged 7 years old

PODSUMOWANIE I WNIOSKI. Sytuacja epidemiologiczna różyczki w 2010 r. w stosunku do roku 2009 uległa poprawie, biorąc pod uwagę ogólną zapadalność. Jednak niepokojący jest fakt, że wciąż jest niski odsetek badań laboratoryjnych potwierdzających/wykluczających różyczkę. Ogólny spadek zachorowań na różyczkę to efekt utrzymującego się na wysokim poziomie zaszczepienia dzieci. Teoretycznie wysoki poziom zaszczepienia dziewcząt przeciw różyczce znacznie zmniejsza prawdopodobieństwo wystąpienia różyczki wrodzonej. Jednak wyższa zapadalność mężczyzn na różyczkę w wieku, w którym mają styczność z kobietami w wieku rozrodczym, stwarza ryzyko zakażenia różyczką nieuodpornionych kobiet w ciąży.

Słowa kluczowe: *różyczka, epidemiologia, Polska, rok 2010*

(96.4 per 100 000) and 8 years old (93.1). The percentage of the 13-year-old girls vaccinated against rubella amounted to 99.2%.

CONCLUSIONS. The epidemiological situation of rubella in 2010 in comparison with the situation in 2009, has improved. However, the concern is raised by the low percentage of the laboratory tests aiming at confirmation or exclusion of the rubella. The decline in the number of rubella cases is the consequence of the sustained high vaccination coverage among children. Theoretically, the high rubella vaccination coverage among the girls significantly decreases the probability of congenital rubella syndrome occurrence. On the other hand, the higher incidence of rubella among men who have the contact with the women in the reproductive age poses the risk of infecting the pregnant women who are not immunized.

Key words: *rubella, epidemiology, Poland, 2010*

WSTĘP

Różyczka od 2004 r. jest objęta programem eliminacji koordynowanym przez Światową Organizację Zdrowia (WHO). Ta z pozoru łagodna choroba wieku dziecięcego w przypadku zakażenia nieuodpornionej ciężarnej spowodować może z prawdopodobieństwem sięgającym do 95% wady wrodzone płodu (różyczka wrodzona), których ciężkość uzależniona jest od tygodnia ciąży, w którym doszło do kontaktu z wirusem. Wysiłki państw należących do regionu europejskiego WHO, ukierunkowane na przerwanie transmisji wirusa różyczki w środowisku, mają na celu zapobieganie przypadkom różyczki wrodzonej u dzieci. Plan strategiczny na lata 2005-2010 wśród wymagań podstawowych służących eliminacji różyczki sugerował utrzymanie wysokiego ($\geq 95\%$) poziomu uodpornienia populacji ogólnej przynajmniej jedną dawką szczepionki przeciw różyczce. W Polsce szczepienia przeciw różyczce do roku 2003 skierowane były jedynie do kobiet, w czym upatruje się przyczynę wyższej zapadalności na różyczkę mężczyzn i możliwości transmisji zakażenia.

CEL PRACY

Celem pracy jest ocena sytuacji epidemiologicznej różyczki w Polsce w 2010 r. oraz jej porównanie do lat poprzednich z uwzględnieniem stanu zaszczepienia przeciw różyczce w populacji ogólnej oraz wśród wybranych roczników – pozwoli to określić ryzyko występowania zachorowań na różyczkę wrodzoną w Polsce.

MATERIAŁ I METODY

Analizę sytuacji epidemiologicznej różyczki w Polsce w 2010 r. przeprowadzono na podstawie danych pochodzących z rocznego biuletynu „Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce w 2010 roku (Czarkowski MP i in. „Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce w 2010 roku.” Warszawa 2011, NIZP - PZH i GIS). Analizę stanu uodpornienia populacji w roku 2010 przeprowadzono w oparciu o dane pochodzące z rocznego biuletynu „Szczepienia ochronne w Polsce w 2010 roku” (Czarkowski MP i in. Warszawa 2011, NIZP - PZH i GIS).

Klasyfikacja przypadków zachorowań na różyczkę w roku 2010 opiera się na definicji sformułowanej na potrzeby nadzoru epidemiologicznego przez Zakład Epidemiologii NIZP – PZH, obowiązującej w latach 2009 - 2011 („Definicje przypadków chorób zakaźnych na potrzeby nadzoru epidemiologicznego”, Zakład Epidemiologii NIZP - PZH) i obejmuje:

Przypadek możliwy (podejrzany) – każda osoba chora spełniająca kryteria kliniczne.

Przypadek prawdopodobny – każda osoba, która spełnia kryteria kliniczne i co najmniej jedno z dwóch następujących kryteriów: powiązanie epidemiologiczne, spełnione kryteria laboratoryjne przypadku prawdopodobnego.

Przypadek potwierdzony – każda osoba chora, która w ostatnim czasie nie była szczepiona przeciw różyczce oraz spełnia kryteria laboratoryjne przypadku potwierdzonego.

W razie niedawnego szczepienia: każda osoba, u której wykryto dziki szczep wirusa różyczki.

a. Kryteria kliniczne spełnia każda osoba, u której na-

Tabela I. Różyczka w Polsce w latach 2004-2010. Liczba zachorowań i zapadalność na 100 000 ludności wg województw
Table I. Rubella in Poland 2004-2010. Number of cases and incidence per 100 000 population by voivodeship

Województwo	Mediana 2004-2008		2009 r.		2010 r.	
	zachorowania	zapadalność	zachorowania	zapadalność	zachorowania	zapadalność
POLSKA	13 146	34,5	7 587	19,9	4 197	11,0
1. Dolnośląskie	452	15,7	311	10,8	615	21,4
2. Kujawsko-pomorskie	635	30,7	340	16,4	208	10,1
3. Lubelskie	225	10,3	203	9,4	278	12,9
4. Lubuskie	170	16,9	197	19,5	201	19,9
5. Łódzkie	447	17,3	318	12,5	152	6,0
6. Małopolskie	645	19,7	389	11,8	307	9,3
7. Mazowieckie	1 365	26,5	727	13,9	297	5,7
8. Opolskie	186	17,7	389	37,7	428	41,6
9. Podkarpackie	461	22,0	231	11,0	201	9,6
10. Podlaskie	300	25,0	1 622	136,2	91	7,7
11. Pomorskie	872	39,5	238	10,7	184	8,2
12. Śląskie	1 049	22,4	648	14,0	444	9,6
13. Świętokrzyskie	730	57,3	410	32,3	107	8,4
14. Warmińsko-mazurskie	282	19,8	107	7,5	149	10,4
15. Wielkopolskie	1 108	32,8	1 227	36,1	357	10,5
16. Zachodniopomorskie	296	17,5	230	13,6	178	10,5

gle wystąpiła rozsiana wysypka plamisto-grudkowa oraz co najmniej jedno z następujących pięciu objawów: powiększenie węzłów chłonnych szyjnych, powiększenie węzłów chłonnych podpotylicznych, powiększenie węzłów chłonnych zausznych, bóle stawowe, zapalenie stawów.

b. Kryteria laboratoryjne dla przypadku potwierdzonego to spełnienie co najmniej jednego z następujących trzech kryteriów: izolacja wirusa różyczki z materiału klinicznego, wykrycie kwasu nukleinowego wirusa różyczki w materiale klinicznym, wykazanie znamiennego wzrostu miana swoistych przeciwciał (IgG) przeciw wirusowi różyczki w surowicy krwi lub ślinie.

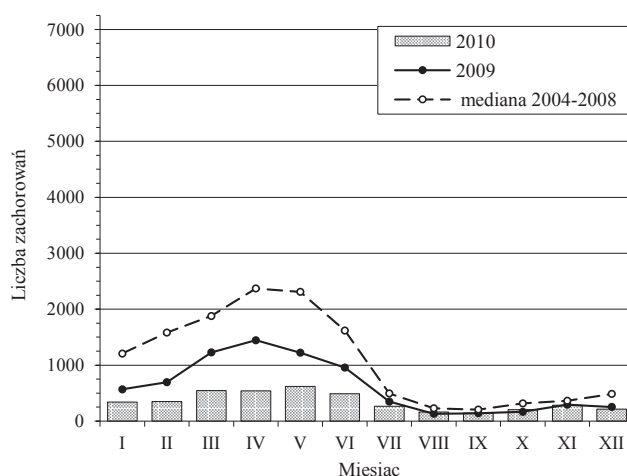
Przypadek prawdopodobny oznacza wykrycie obecności swoistych przeciwciał (IgM) przeciw wirusowi różyczki w surowicy krwi. (Jeżeli podejrzewa się różyczkę u kobiety w ciąży, wymagane jest dodatkowo potwierdzenie dodatnich wyników testów IgM w kierunku różyczki (np. stwierdzenie niskiej awidności przeciwciał IgG przeciw wirusowi różyczki). W niektórych przypadkach, np. w przypadku potwierdzonego ogniska różyczki, stwierdzenie obecności przeciwciał IgM można uznać za kryterium potwierdzające; nie dotyczy to jednak kobiet w ciąży).

W interpretacji wyników testów laboratoryjnych należy wziąć pod uwagę przebyte szczepienie przeciw różyczce.

c. Kryteria epidemiologiczne - powiązanie epidemiologiczne polegające na przeniesieniu zakażenia z człowieka na człowieka.

WYNIKI

Sytuacja epidemiologiczna różyczki w Polsce w roku 2010. W 2010 r. zarejestrowano w Polsce 4 197 zachorowań na różyczkę (3 390 mniej niż w roku 2009). Zapadalność w przeliczeniu na 100 000 wyniosła 11,0 i była niższa o 42 % od zapadalności w 2009 r. i o 68 % od mediany zapadalności w latach 2004-2008. W 2010 r. zarejestrowano jeden przypadek zespołu różyczki wrodzonej (woj. dolnośląskie). W ciągu roku kalendarzowego najwięcej zachorowań, podobnie jak w poprzednich latach wystąpiło w maju (620 zachorowań, 14,90% ogółu przypadków), natomiast najmniej we wrześniu (145 tj. 3,5% przypadków z całego roku).



Ryc. 1. Różyczka w Polsce w latach 2004-2010. Liczba zachorowań w miesiącach (wg daty zachorowania)
Fig. 1. Rubella in Poland 2004-2010. Number of reported cases by month

Tabela II. Różyczka w Polsce w latach 2004-2008. Liczba zachorowań i zapadalność na 100 000 ludności wg płci, środowiska i liczby ludności w miastach

Table II. Rubella in Poland 2004-2008. Number of cases and incidence per 100 000 population by year, gender and location (urban/rural)

Płeć	Środowisko	Mediana 2004-2008		2009 r.		2010 r.	
		zachorowania	zapadalność	zachorowania	zapadalność	zachorowania	zapadalność
Kobiety	miasto	2 148	17,4	1 415	11,5	982	8,0
	miasto < 20 tys.	609	24,0	489	19,0	317	12,3
	miasto 20-49 tys.	354	16,1	260	11,9	206	9,4
	miasto 50-99 tys.	426	25,0	134	8,0	106	6,3
	miasto ≥ 100 tys.	785	13,4	532	9,1	353	6,1
	wieś	1 727	23,2	1 275	17,1	798	10,7
	ogółem	3 725	18,9	2 690	13,6	1 780	9,0
Mężczyźni	miasto	4 670	42,3	2 632	23,9	1 304	11,8
	miasto < 20 tys.	1 308	55,4	987	41,5	449	18,9
	miasto 20-49 tys.	940	47,1	373	18,8	319	16,0
	miasto 50-99 tys.	966	61,6	266	17,4	165	10,8
	miasto ≥ 100 tys.	1 364	26,5	1 006	19,6	371	7,2
	wieś	4 884	66,3	2 265	30,6	113	15,0
	ogółem	9 554	51,9	4 897	26,6	2 417	13,1
Ogółem	miasto	6 535	28,0	4 047	17,4	2 286	9,8
	miasto < 20 tys.	1 819	37,0	1 476	29,8	766	15,5
	miasto 20-49 tys.	1 294	30,9	633	15,2	525	12,5
	miasto 50-99 tys.	1 478	46,0	400	12,5	271	8,5
	miasto ≥ 100 tys.	1 944	17,7	1 538	14,0	724	6,6
	wieś	6 611	44,6	3 540	23,8	1 911	12,8
	ogółem	13 146	34,5	7 587	19,9	4 197	11,0

Sezonowość w 2010 r. była zbliżona do sezonowości w 2009 roku oraz latach 2004-2008 (ryc. 1).

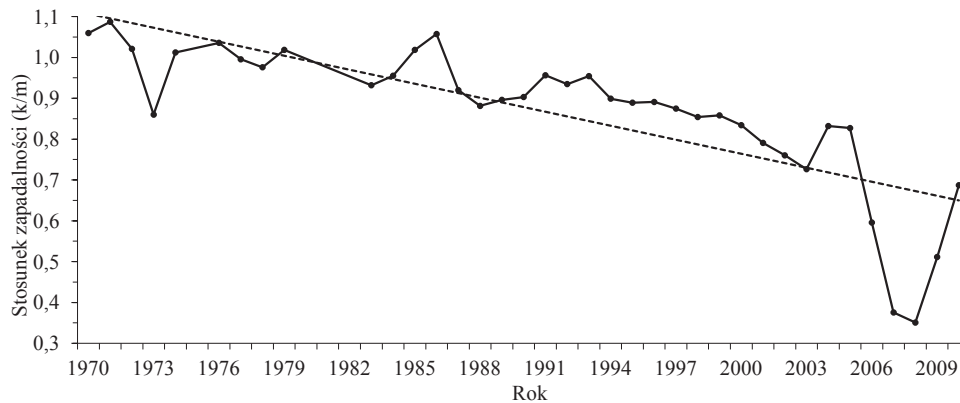
Zmniejszoną zapadalność na różyczkę odnotowano w 11 województwach (tab. I) Największy, prawie 20-krotny spadek, w porównaniu z rokiem 2009, wystąpił w woj. podlaskim (z 136,2 do 7,7 na 100 000 ludności) zaś w województwie wielkopolskim był to spadek ponad 3-krotny. Pośród pięciu województw, w których zwiększyła się liczba zachorowań, największy wzrost odnotowano w woj. dolnośląskim., zapadalność zwiększyła się prawie dwukrotnie (z 10,8 do 21,4 na 100 000). Najwyższą w skali województw zapadalność odnotowano w woj. opolskim - 41,6 na 100 000 ludności (zapadalność prawie 4 razy wyższa od ogólnej w kraju). Najniższą zapadalność zarejestrowano w woj. mazowieckim – 5,7 (prawie 2-krotnie niższą od ogólnej w całym kraju).

Zapadalność na różyczkę w miastach w 2010 r. wahała się od 6,6 na 100 000 w miastach liczących ≥100 000 tys. mieszkańców, do 15,5 na 100 000 w miastach najmniejszych, liczących mniej niż 20 tys. mieszkańców, a ogólnie w miastach wynosiła 9,8 i była niższa od zapadalności na wsi (12,8 na 100 000) o 23,5%. Wśród dzieci w grupie wieku 0 - 4 lata, podobnie jak w 2009 r., wyższą zapadalność zanotowano w miastach (tab. III), zaś wśród dzieci w wieku 5-9 lat odnotowano wyższą zapadalności na wsi niż w mieście.

Spośród ogółu zachorowań na różyczkę zgłoszonych w 2010 r., 85,6% dotyczyło dzieci i młodzieży do lat 15, przy czym udział zachorowań dzieci w grupie wieku 0-4 lata wynosił 35,6%, a dzieci w wieku 5-9 lat – 36,9% (tab. III). Podobnie jak w 2009 roku, najwyższą zapadalność - niezależnie od płci i środowiska - odnotowano wśród dzieci 7-letnich (96,4 na 100 000) oraz 8-letnich (93,1). Łączny udział zachorowań w wymienionych dwóch grupach wieku, do ogólnej liczby zarejestrowanych przypadków, wyniósł ok. 16%.

Diagnostyka laboratoryjna różyczki. Diagnostyka laboratoryjna w rozpoznaniu różyczki ma szczególne znaczenie. Przebieg kliniczny różyczki jest bardzo zbliżony do innych wirusowych chorób wysypkowych, np. o etiologii parwowirusowej, enterowirusowej, czy adenowirusowej. Dlatego, aby poprawić trafność rozpoznania zalecane jest wykonywanie laboratoryjnych badań potwierdzających w odniesieniu do każdego zgłoszonego podejrzenia/przypadku różyczki.

W ramach realizacji ustawowego obowiązku prowadzenia nadzoru epidemiologicznego nad różyczką w Polsce, badania w jej kierunku wykonać można w jednostkach państwowej stacji sanitarno-epidemiologicznej. Jednak zgodnie z założeniami programu eliminacji odry i różyczki w Regionie Europejskim WHO, każdy przypadek potwierdzonej odry lub różyczki powinien dodatkowo zostać przebadany w Narodowych Labora-



Ryc. 2. Różyczka w Polsce w latach 1970-2010. Stosunek zapadalności kobiet do zapadalności mężczyzn
 Fig. 2. Rubella in Poland 1970-2010. Incidence per 100 000 population (female/male ratio)

toriach ds. Diagnostyki Odry i Różyczki, akredytowanych przez WHO (w Polsce jedynym takim ośrodkiem referencyjnym jest Laboratorium Zakładu Wirusologii NIZP - PZH.). Tymczasem, w Polsce obserwowana jest niska czułość i swoistość rozpoznań różyczki. Sytuacja ta wciąż utrudnia rzeczywistą ocenę zachorowań na róż-

życzkę w Polsce. Wprowadzona w 2009 roku definicja przypadku różyczki zmieniła sposób kwalifikowania przypadków potwierdzonych i prawdopodobnych. W myśl definicji: wykrycie obecności swoistych IgM przeciw różyczce w surowicy, obok powiązania epidemiologicznego, stanowi kryterium kwalifikacji

Tabela III. Różyczka w Polsce w 2010 r. Liczba zachorowań, zapadalność na 100 000 ludności i udział procentowy wg wieku, płci i środowiska

Table III. Rubella in Poland 2010. Number of cases, incidence per 100 000 population, and percentage of cases by age, gender and location (urban/rural)

Wiek w latach	Płeć						Środowisko						Ogółem		
	mężczyźni			kobiety			miasto			wieś					
	zachorowania	zapadalność	%	zachorowania	zapadalność	%	zachorowania	zapadalność	%	zachorowania	zapadalność	%	zachorowania	zapadalność	%
0 - 4	821	80,6	34,0	672	69,8	37,8	917	79,3	40,1	576	69,8	30,1	1 493	75,3	35,6
0	188	87,1	7,8	155	76,8	8,7	207	84,4	9,1	136	78,9	7,1	343	82,1	8,2
1	184	86,1	7,6	170	84,1	9,6	223	91,3	9,8	131	76,2	6,9	354	85,1	8,4
2	139	67,6	5,8	91	46,7	5,1	146	62,7	6,4	84	50,1	4,4	230	57,4	5,5
3	138	70,7	5,7	135	73,1	7,6	171	77,5	7,5	102	64,1	5,3	273	71,9	6,5
4	172	91,1	7,1	121	67,7	6,8	170	79,8	7,4	123	79,7	6,4	293	79,7	7,0
5 - 9	814	88,8	33,7	736	84,9	41,3	836	83,7	36,6	714	91,0	37,4	1 550	86,9	36,9
5	173	94,0	7,2	158	90,9	8,9	203	98,5	8,9	128	84,4	6,7	331	92,5	7,9
6	167	92,5	6,9	150	88,0	8,4	166	83,1	7,3	151	100,0	7,9	317	90,3	7,6
7	163	90,6	6,7	174	102,4	9,8	191	97,7	8,4	146	94,7	7,6	337	96,4	8,0
8	183	100,0	7,6	149	85,9	8,4	166	84,6	7,3	166	103,5	8,7	332	93,1	7,9
9	128	67,8	5,3	105	58,5	5,9	110	54,8	4,8	123	73,3	6,4	233	63,3	5,6
10 - 14	364	35,4	15,1	186	19,0	10,4	249	23,2	10,9	301	32,2	15,8	550	27,4	13,1
15 - 19	325	25,7	13,4	47	3,9	2,6	135	9,9	5,9	237	21,3	12,4	372	15,0	8,9
20 - 24	43	2,9	1,8	18	1,3	1,0	34	2,0	1,5	27	2,2	1,4	61	2,1	1,5
25 - 29	20	1,2	0,8	53	3,3	3,0	51	2,5	2,2	22	1,8	1,2	73	2,2	1,7
30 - 34	12	0,8	0,5	30	2,0	1,7	24	1,2	1,0	18	1,6	0,9	42	1,4	1,0
35 - 39	8	0,6	0,3	17	1,3	1,0	19	1,1	0,8	6	0,6	0,3	25	0,9	0,6
40 - 44	5	0,4	0,2	11	0,9	0,6	13	0,9	0,6	3	0,3	0,2	16	0,7	0,4
45 - 49	1	0,1	0,0	4	0,3	0,2	3	0,2	0,1	2	0,2	0,1	5	0,2	0,1
50 - 54	1	0,1	0,0	3	0,2	0,2	2	0,1	0,1	2	0,2	0,1	4	0,1	0,1
55 - 59	2	0,1	0,1	2	0,1	0,1	1	0,1	0,0	3	0	0	4	0,1	0,1
60 - 74	1	0,1	0,0	1	0,1	0,1	2	0,1	0,1				2	0,1	0,0
75+							0								
Ogółem	2 417	13,1	1,0	1 780	9,0		2 286	9,8	1,0	1 911	12,8	1,0	4 197	11,0	1,0

Tabela IV. Różyczka w Polsce w 2010 r. Zachorowania i zapadalność na 100 000 ludności wg stanu zaszczepienia przeciw różyczce i wieku

Table IV. Rubella in Poland 2010. Number of cases and incidence per 100 000 population by immunisation status and age group\

Wiek	Zaszczepieni			Niezaszczepieni			Brak danych o szczepieniu	
	liczba zaszczep.*	liczba chorych	zapadalność	liczba nie zaszczep.*	liczba chorych	zapadalność	liczba chorych	%
0	.	15	.	.	284	.	44	11,1
1	346 706	194	56,0	61 687	107	173,5	53	13,4
2	398 429	175	43,9	7 486	26	347,3	29	11,0
3	377 659	209	55,3	3 777	18	476,6	46	14,8
4	363 288	233	64,1	2 336	23	984,6	37	9,1
5	349 694	272	77,8	1 707	18	1 054,5	41	8,9
6	340 035	249	73,2	1 062	23	2 165,7	45	7,7
7	317 047	191	60,2	17 147	104	606,5	42	6,8
8	194 358	132	67,9	142 437	154	108,1	46	7,3
9	165 408	154	93,1	29 712	47	158,2	32	7,9
10-14	.	574	.	.	143	.	51	4,0
15 +	.	111	.	.	326	.	138	8,9
Ogółem	.	2 940	.	.	1 273	.	604	11,7

* szczepienia przeciw odrze-świnice-różyczce (wg PZH, GIS „Szczepienia ochronne w Polsce w 2010 roku”, Warszawa 2010)

przypadku prawdopodobnego, przypadek zaklasyfikowany jako **potwierdzony** wymaga bardziej swoistych badań wirusologicznych: izolacji wirusa lub badania PCR lub wykazania znamiennego wzrostu przeciwciał IgG w surowicy krwi lub ślinie. W 2010 r. żaden ze zgłoszonych przypadków nie został zakwalifikowany jako przypadek potwierdzony, tylko 29 (0,7%) zakwalifikowano jako przypadki prawdopodobne, zaś pozostałe 99,3% zachorowań zgłoszono na podstawie objawów klinicznych, które mogą przypominać objawy występujące w przebiegu np. odry czy płonicy. Znajduje to również potwierdzenie w znacznej liczbie zachorowań na różyczkę zarejestrowanych wśród osób zaszczepionych (tab. IV).

Wykonawstwo szczepień przeciw różyczce i stan uodpornienia populacji w 2010 r. Program Szczepień Ochronnych na 2010 r. obejmuje w ramach szczepień obowiązkowych podanie żywej, atenuowanej skojarzonej szczepionki przeciw wirusom: odry, świnki i różyczki (MMR). Schemat dawkowania od 2006 r. pozostaje niezmienny, obejmuje podanie pierwszej dawki (podstawowej) w 13-14 miesiącu życia oraz drugiej dawki w 10 roku życia. W latach 2004-2005 zgodnie z obowiązującym wówczas programem szczepień ochronnych stosowano w 13-14 miesiącu życia szczepionki MMR (jedna dawka), ponadto dziewczętom w 13 r.ż. monowalentną szczepionkę przeciw różyczce. W latach 1989-2003 roku szczepiono przeciw różyczce wyłącznie dziewczęta w 13 roku życia.

W 2010 r., odsetek dzieci w 3. roku życia zaszczepionych przeciw różyczce wynosił w skali całego kraju

98,2 %, w poszczególnych województwach waha się od 97% w woj. dolnośląskim i woj. mazowieckim do 99,8% w woj. warmińsko-mazurskim). Odsetek dziewcząt w 13 roku życia zaszczepionych przeciw różyczce wynosił w skali całego kraju 98,1% (od 96% w woj. łódzkiej do 99,8% w woj. warmiński-mazurskim i zachodniopomorskim).

W 2010 roku odsetek osób chorych na różyczkę, u których brak było danych o szczepieniu (11,7 %) był porównywalny z 2009 r. i niższy niż w latach poprzednich (34% w 2007 r., 18% w roku 2008). Brak tych danych jest kolejnym czynnikiem utrudniającym interpretację wpływu szczepień na sytuację epidemiologiczną różyczki. Szczególnie niepokojące jest stwierdzenie braku danych o zaszczepieniu u 13,6% chorych na różyczkę dzieci w wieku od 1 roku do 9 r.ż. Zapadalność na różyczkę dziewcząt i kobiet (9,0 na 100 000), podobnie jak w roku 2009 r. była niższa niż zapadalność chłopców i mężczyzn (13,1 na 100 000) (tab. III). Powodem różnic w zapadalności była konstrukcja kalendarza szczepień w latach 1989-2003, kiedy szczepienia przeciw różyczce stosowano wyłącznie u dziewcząt w 13 roku życia. W 2010 r. była to różnica odpowiednio 52,7% i 84,8%. W młodszych grupach wieku odnotowano zwiększoną liczbę zachorowań chłopców w wieku od 0 do 2 lat, od 4 do 6 lat oraz 8-9 lat w porównaniu do zachorowań dziewczynek w tym wieku. Różnica ta wahała się od 2% (1. rok życia) do 23,4% (4. rok życia). Tendencja ta utrzymywała się także w grupie wieku 10-24 lata. W pozostałych rocznikach wyższą zapadalność odnotowano wśród kobiet. Okres, jaki upłynął od wprowadzenia obowiązkowego

szczepienia wszystkich dzieci przeciw różyczce (2003 r. - pierwsza dawka; 2005 r. - druga dawka), jest nadal zbyt krótki, by mogła zostać zahamowana wieloletnia tendencja utrzymującej się różnicy pomiędzy zapadalnością kobiet i mężczyzn (ryc. 2).

PODSUMOWANIE I WNIOSKI

Sytuacja epidemiologiczna różyczki w 2010 roku w stosunku do roku 2009 uległa poprawie - spadek zapadalności ogółem o 44,7%). Wystąpiły znaczące różnice zapadalności w poszczególnych województwach jak też w miastach, w porównaniu ze środowiskiem wsi. Wciąż niska liczba swoistych badań laboratoryjnych w kierunku różyczki poddaje w wątpliwość, czy zgłaszana liczba zachorowań na różyczkę jest tożsama z faktyczną liczbą przypadków różyczki w Polsce. Podkreśla się konieczność wykonywania laboratoryjnych badań potwierdzających każdy zgłoszony przypadek różyczki.

Ogólny spadek zachorowań na różyczkę obserwowany w roku 2010 to efekt wysokiego poziomu

zaszczepienia dzieci (98,2 % dzieci w 3 roku życia). Dość wysokie wykonawstwo szczepień dziewcząt w 13 r.ż. skutecznie zapobiega też zachorowaniom na różyczkę wrodzoną. Jednakże, wysoka zapadalność na różyczkę mężczyzn w wieku, w którym mają styczność z kobietami w wieku rozrodczym, zwiększa ryzyko zakażenia kobiet w ciąży i wystąpienia zespołu różyczki wrodzonej u noworodków. Ten fakt uwarunkowany jest w głównej mierze tym, że odsetek zaszczepienia kobiet w wieku rozrodczym wynosi mniej niż 100%.

Otrzymano: 2.04.2012 r.

Zaakceptowano do druku: 6.04.2012 r.

Adres do korespondencji:

Mgr Ewa Karasek

Zakład Epidemiologii

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego

- Państwowy Zakład Higieny

ul. Chocimska 24, 00-791 Warszawa

e-mail: ekarasek@pzh.gov.pl