

Iwona Paradowska-Stankiewicz, Jolanta Rudowska

KRZTUSIEC W POLSCE W 2011 ROKU

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

STRESZCZENIE

WSTĘP. Wyniki Ogólnopolskiego Badania Epidemiologii Krztusca realizowanego przez Zakład Epidemiologii NIZP-PZH w latach 2009-2011 wykazały wysoki odsetek zachorowań na krztusiec osób dorosłych, u których jedynym objawem infekcji pałeczką *Bordetella pertussis* był przewlekający się kaszel. Należy podkreślić, że zakażone osoby dorosłe stwarzają ryzyko transmisji zakażenia na osoby nieuodpornione np. niemowlęta.

CEL PRACY. Celem pracy jest ocena sytuacji epidemiologicznej krztusca w Polsce w 2011 r. z uwzględnieniem stanu zaszczepienia dzieci przeciw krztuścowi.

MATERIAŁ I METODY. Ocena sytuacji epidemiologicznej krztusca w Polsce została przeprowadzona na podstawie wyników analizy jednostkowych zgłoszeń podejrzeń zachorowań na krztusiec nadsyłanych do NIZP-PZH przez wojewódzkie stacje sanitarno-epidemiologiczne, danych z biuletynu „Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce w 2011 r.” oraz biuletynu „Szczepienia ochronne w Polsce w 2011 r.” (MP Czarkowski i wsp., Warszawa 2012, NIZP-PZH, GIS).

WYNIKI. W 2011 r. zarejestrowano 1 669 zachorowań na krztusiec. Zapadalność wynosiła 4,3 na 100 000 mieszkańców i była wyższa w porównaniu z poprzednim rokiem (3,3) o 25,5%. Najwyższa zapadalność wystąpiła u dzieci w wieku 3 lat i wynosiła 20,8 na 100 000 oraz u osób w grupie wieku 10-14 lat (20,3). Hospitalizowano 648 osób (tj. 38,8%) chorych. W 2011 r. nie zgłoszono zgonów z powodu krztusca.

PODSUMOWANIE I WNIOSKI. Obserwowana w 2011 r. wyższa zachorowalność na krztusiec w porównaniu z poprzednim rokiem, może wskazywać na poprawę czułości systemu nadzoru.

Słowa kluczowe: krztusiec, epidemiologia, Polska, rok 2011

WSTĘP

Wyniki Ogólnopolskiego Badania Epidemiologii Krztusca realizowanego przez Zakład Epidemiologii NIZP-PZH w latach 2009-2011 potwierdziły występowanie wysokiego odsetka zachorowań na krztusiec wśród osób dorosłych, u których jedynym objawem infekcji pałeczką *Bordetella pertussis* był przewlekający się kaszel. Zakażone osoby dorosłe mogą być źródłem zakażenia dla osób nieuodpornionych np. niemowląt.

Krztusiec jest chorobą podlegającą obowiązkowemu zgłaszaniu i rejestracji. Każde podejrzenie zachorowania powinno zostać potwierdzone przez wykonanie badań laboratoryjnych, tzn. przez oznaczenie swoistych przeciwciał dla toksyny krztuścowej w klasie IgA i IgG.

CEL PRACY

Celem pracy jest ocena sytuacji epidemiologicznej krztusca w Polsce w 2011 r. z uwzględnieniem stanu zaszczepienia przeciw krztuścowi.

MATERIAŁ I METODY

Ocena sytuacji epidemiologicznej krztusca w Polsce została przeprowadzona na podstawie wyników analizy indywidualnych zgłoszeń podejrzeń /zachorowań na krztusiec nadsyłanych do NIZP-PZH przez wojewódzkie stacje sanitarno-epidemiologiczne oraz danych z biuletynu rocznego „Choroby zakaźne i zatrucia

w Polsce w 2011 r.” i „Szczepienia ochronne w Polsce w 2011 r.” (MP Czarkowski i wsp., Warszawa 2012, NIZP-PZH, GIS). Klasyfikacji przypadków zachorowań na krztusiec dokonano na podstawie definicji przypadku (Definicje przypadków chorób zakaźnych na potrzeby nadzoru epidemiologicznego”, 2011, Zakład Epidemiologii NIZP-PZH). W świetle powyższej definicji kryteria kliniczne spełnia każda osoba, u której występuje kaszel trwający co najmniej dwa tygodnie oraz występuje co najmniej jeden z trzech objawów: napady kaszlu, napady bezdechu po kaszlu lub wymioty występujące bezpośrednio po kaszlu lub każda osoba u której lekarz rozpoznał krztusiec lub napady bezdechu u niemowląt. Kryteria laboratoryjne obejmują co najmniej jedno z trzech kryteriów: izolację *Bordetella pertussis* lub wykrycie kwasu nukleinowego *Bordetella pertussis* w materiale klinicznym lub wykrycie znamiennego wzrostu swoistych przeciwciał przeciw *Bordetella pertussis*. Kryteria epidemiologiczne zostają spełnione gdy występuje przeniesienie zakażenia z człowieka na człowieka. Opierając się na kryteriach klinicznych, laboratoryjnych i epidemiologicznych ustalono klasyfikację: przypadek możliwy (osoba spełniająca kryteria kliniczne), przypadek prawdopodobny (osoba spełniająca kryteria kliniczne i epidemiologiczne), przypadek potwierdzony (osoba spełniająca kryteria kliniczne i laboratoryjne).

WYNIKI

W 2011 r. zarejestrowano 1669 zachorowań na krztusiec tj. o 25,5% więcej niż w roku ubiegłym oraz mniej niż w latach 2007 - 2009. Zapadalność w 2011 r. w Polsce wynosiła 4,3 na 100 000 mieszkańców i w porównaniu z poprzednim rokiem (3,3) była wyższa (Tab.I. Krztusiec w Polsce w latach 2006-2011. Zachorowania i zapadalność na 100 000 mieszkańców i udział procentowy zachorowań wg wieku).

W 2011 r. podobnie do lat ubiegłych stwierdza się duże zróżnicowanie zapadalności między województwami. Najwięcej zachorowań, około 40% wszystkich zarejestrowanych przypadków, wystąpiło w województwach mazowieckim i śląskim (odpowiednio: 426 i 264 zachorowania). Natomiast najniższą liczbę zachorowań zgłoszono w województwie lubuskim i warmińsko-mazurskim: 7 i 10 przypadków. Tak duże zróżnicowanie zapadalności między poszczególnymi województwami może wynikać z niedostatecznej zgłaszalności zachorowań na krztusiec do Państwowej Inspekcji Sanitarnej, co także potwierdzają wyniki Ogólnopolskiego Badania Epidemiologii Krztuśca (BEKi), (Tab.II. Krztusiec w Polsce w 2011 r. Zachorowania i zapadalność na 100 000 mieszkańców wg województw).

Zachorowania osób w grupie wieku 10 – 14 lat oraz powyżej 15 lat stanowiły 73% ogółu przypadków. Najwyższy odsetek zachorowań, po ok. 24% i 49% ogółu przypadków, stwierdzono w grupach wieku 10-14 lat i powyżej 15 r.ż. W tych grupach wieku zapadalność na 100 000 osób wynosiła odpowiednio 20,3 oraz 2,5. W 2011 r. połowa zachorowań wystąpiła u osób powyżej 15 r.ż., natomiast co trzecie zachorowanie łącznie u dzieci w wieku od 0 do 4 i od 5 do 9 lat, zapadalność w tych grupach wynosiła 15,1 i 7,4 (Tab.I Krztusiec w Polsce w latach 2006-2011. Zachorowania i zapadalność na 100 000 mieszkańców i udział procentowy zachorowań wg wieku).

Zapadalność kobiet w 2011 r., podobnie jak w latach poprzednich, była wyższa od zapadalności mężczyzn (odpowiednio: 5,0 i 3,6). Wyższą zapadalność zarejestrowano w miastach (4,9), w porównaniu ze wsią (3,5) (Tab. III. Krztusiec w Polsce w 2011 r. Zachorowania i zapadalność na 100 000 mieszkańców i udział procentowy zachorowań wg płci, wieku i środowiska).

W 2011 r. w ogniskach zachorowało 317 osób, 166 osób miało kontakt z osobami kaszlącymi ponad 14 dni. U 810 osób przebieg choroby był określony jako średni, a u 25 ciężki. Z powodu krztuśca hospitalizowano w 2011 r. 648 osób.

W 2011 r. u 1 568 chorych wykonano diagnostykę laboratoryjną krztuśca - testy Elisa i testy immunoenzymatyczne. Potwierdzenie bakteriologiczne izolacją pałeczek krztuśca otrzymano w przypadku 1 zachorowania. Na podstawie objawów klinicznych krztusiec rozpoznano u 100 chorych. W 2011 r. nie zgłoszono zgonów z powodu krztuśca.

Szczepienia przeciw krztuścowi w 2011 r. W 2011 r. poziom zaszczepienia dzieci przeciw krztuścowi utrzymywał się na wysokim poziomie 98,1% do 99,7% w skali kraju. Z analizy meldunków epidemiologicznych wynika, że w grupie 1 669 osób, które w 2011 r. zachorowały na krztusiec, 252 osoby nie były zaszczepione, ponieważ urodziły się jeszcze przed wprowadzeniem szczepień lub otrzymały trwale zwolnienie ze szczepień (15% nieszczepionych). O 261 chorych nie wiadomo, czy były zaszczepione. Wśród pozostałych chorych 907 osób otrzymało szczepienie podstawowe (4 dawki), a 134 osoby szczepienie uzupełniające (5 dawek), 73 osoby otrzymały 3 dawki szczepionki, zaś 42 osoby nie ukończyły pełnego cyklu szczepień.

Obecnie według Programu Szczepień Ochronnych każde dziecko powinno otrzymać łącznie 5 dawek szczepionki DTP w: 2, 3-4, 5-6 i 16-18 miesiącach życia (szczepienie podstawowe przy użyciu pełnokomórkowej szczepionki przeciw krztuścowi) oraz dawkę przypominającą szczepionką acelularną w 6 roku życia. Szczepionka przeciw krztuścowi stosowana w Polsce jest skojarzona ze szczepionką przeciw błonicy i przeciw tężcowi (DTP). W kraju dostępne są także

szczepionki DTP skojarzone dodatkowo ze szczepionką przeciw Hib, inaktywowaną szczepionką przeciw poliomyelitis oraz szczepionką przeciw wzv typu B.

PODSUMOWANIE I WNIOSKI

Obserwowana w 2011 r. wyższa zachorowalność na krztusiec w porównaniu z poprzednim rokiem, z jednej strony wskazuje na krążenie drobnoustroju w środowisku i wrażliwość populacji na zakażenie, z drugiej zaś może wskazywać na poprawę czułości systemu nadzoru.

Otrzymano: 11.03.2013 r.

Zaakceptowano do druku: 18.03.2013 r.

Adres do korespondencji:

Dr med. Iwona Paradowska-Stankiewicz

Zakład Epidemiologii

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-Państwowy

Zakład Higieny

Ul. Chocimska 24, 00-791 Warszawa

e-mail: istankiewicz@pzh.gov.pl