

Małgorzata Stępień

MALARIA W POLSCE W 2013 ROKU*

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

STRESZCZENIE

CEL. Ocena sytuacji epidemiologicznej malarii w Polsce w 2013 r. w porównaniu z latami wcześniejszymi.

MATERIAŁ I METODY. Ocenę przeprowadzono w oparciu o wyniki analizy indywidualnych raportów przesyłanych do NIZP-PZH przez stacje sanitarno-epidemiologiczne oraz danych zbiorczych publikowanych w Biuletynach rocznych „Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce”. Zachorowania rejestrowano zgodnie z kryteriami definicji przypadku obowiązującej w krajach EU.

WYNIKI. W 2013 r. w Polsce zarejestrowano 36 zawleczonych do kraju przypadków malarii, o 15 więcej niż w 2012 r., nie odnotowano zgonów. 80% zachorowań było importowanych z krajów afrykańskich, w tym najwięcej z Nigerii, 14% z Azji i 6% z Ameryki Płd. U jednej osoby powracającej z Filipin stwierdzono współistniejącą infekcję wirusem dengi. Gatunek zarodźca określono w 35 na 36 zachorowań w badaniu mikroskopowym rozmazu krwi lub w badaniu PCR. W 23 przypadkach (66%) stwierdzono inwazję *P. falciparum*, w 9 (26%) – *P. vivax*, po jednym przypadku *P. ovale* i *P. malariae* oraz w jednym - inwazję mieszaną.

Podobnie jak w poprzednich latach w większości przypadków do zarażenia doszło w związku z wyjazdami turystycznymi (47%) lub zawodowymi (36%), imigranci lub studenci odwiedzający kraj pochodzenia stanowili 11% chorych, w dwóch przypadkach (6%) cel podróży nie został ustalony. Siedem osób stosowało chemioprophylaktykę, w tym dwie osoby zgodnie z zaleceniami.

WNIOSKI. Pomimo znaczącego wzrostu liczby zachorowań w stosunku do poprzednich lat całkowita liczba importowanych zachorowań na malarię pozostaje na niskim poziomie. Utrzymująca się duża liczba opóźnień w rozpoznaniu malarii oraz wysoki odsetek zachorowań o ciężkim przebiegu klinicznym wskazują na potrzebę podnoszenia świadomości lekarzy w zakresie możliwości występowania malarii w kraju oraz przypominania osobom podróżującym o konieczności informowania lekarza o pobycie na terenach występowania malarii w razie wystąpienia gorączki po powrocie.

Słowa kluczowe: *malaria (zimnica), epidemiologia, Polska, rok 2013*

Cel pracy: ocena sytuacji epidemiologicznej malarii w Polsce w 2013 r. w porównaniu z latami wcześniejszymi.

MATERIAŁ I METODY

Ocenę sytuacji epidemiologicznej malarii w Polsce w 2013 r. przeprowadzono na podstawie wyników analizy raportów jednostkowych o zachorowaniach na malarię nadesłanych do NIZP-PZH przez stacje sanitarno-epidemiologiczne oraz analizy danych z biuletynu rocznego „Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce

w 2013 roku” (Czarkowski MP i in., Warszawa 2013, NIZP-PZH i GIS). W 2013 r. rejestrowano zachorowania na malarię, które wystąpiły na terenie Polski i spełniały kryteria definicji przypadku przyjętej przez Komisję Europejską w decyzji z dnia 8 sierpnia 2012 r. (2012/506/UE). Definicja przypadku malarii nie uległa zmianie w stosunku do definicji wprowadzonej w 2008 r. Za przypadek potwierdzony uznaje się każdą osobę z gorączką lub gorączką w wywiadzie, u której wykazano obecność zarodźców malarii w rozmazach krwi metodą mikroskopii świetlnej, lub wykryto we krwi kwas nukleinowy lub antygen *Plasmodium*.

* Praca została wykonana w ramach zadania nr10/EM/2014 r.

© Copyright Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny

WYNIKI

Ogółem w 2013 r. zarejestrowano w Polsce 36 zachorowań na malarię (zapadalność 0,9 na 1 mln ludności), była to najwyższa liczba zgłoszonych zachorowań w ciągu ostatnich 15 lat. W porównaniu z rokiem 2012 zarejestrowano o 15 przypadków więcej (wzrost o 71%), a w porównaniu do mediany z lat 2007-2011 odnotowano wzrost o 64%. Wszystkie zachorowania zakończyły się wyzdrowieniem.

Podobnie jak w poprzednich latach wśród chorych przeważali mężczyźni - 28 chorych (78%). Chorowały osoby w wieku od 10 do 66 lat, najwięcej chorych było w grupie 31-40 lat (28%), a mediana wynosiła 39 lat. Wszystkie zachorowania były zawleczone z krajów endemicznego występowania malarii. U jednego chorego objawy mogły być spowodowane nawrotem choroby, która wystąpiła w Afryce miesiąc wcześniej, a u chorej powracającej z Filipin rozpoznano jednoczesne zakażenie wirusem dengi.

Czterech chorych pochodziło z krajów endemicznego występowania malarii (11%), wśród nich jedna osoba studiująca w Polsce oraz 3 osoby, które mieszkają obecnie w Polsce i odwiedzają rodziny w kraju pochodzenia.

Do zarażenia dochodziło najczęściej podczas wyjazdów do Afryki (80% wszystkich zachorowań), zwłaszcza do Nigerii, a poza Afryką – do Indii (Tab. I. Importowane zachorowania na malarię w Polsce w 2012 r. wg kraju narażenia i gatunku *Plasmodium*).

W 35 przypadkach na 36 (97%) rozpoznanie malarii potwierdzono badaniem mikroskopowym rozmazu krwi, w jednym przypadku podstawą rozpoznania było badanie molekularne metodą PCR. U 12 chorych wykonano również test immunochromatograficzny uzyskując w każdym przypadku co najmniej jeden wynik dodatni, jednak w żadnym przypadku szybki test nie był jedynym badaniem potwierdzającym rozpoznanie. Badanie molekularne wykonano tylko u 2 osób. W 20 przypadkach (55%) rozpoznanie malarii postawiono po upływie ponad 3 dni od początku choroby, opóźnienia były spowodowane, podobnie jak w latach poprzednich zarówno zbyt późnym zgłaszaniem się chorych do lekarza jak i błędnym pierwszym rozpoznaniem.

Gatunek zarodźca został określony u wszystkich chorych poza jednym; w 23 przypadkach (66%) rozpoznano *P. falciparum*, w 9 (26%) - *P. vivax*, po jednym przypadku *P. malariae* i *P. ovale* oraz u jednego chorego inwazję mieszaną *P. falciparum/P. vivax*.

Ciężki przebieg kliniczny stwierdzono u 12 chorych (33%), w tym u dwóch w przebiegu inwazji wywołanej przez *P. vivax*. We wszystkich przypadkach o ciężkim przebiegu (z jednym wyjątkiem - malaria *vivax* nabyta w Wenezueli) doszło do zarażenia w krajach afrykań-

skich. Kryteria ciężkiej malarii wg WHO (ang. severe malaria) spełnione były w 6 przypadkach.

Najczęściej dochodziło do zarażenia podczas wyjazdów turystycznych (47%), na drugim miejscu były wyjazdy związane z pracą (36%); wśród wyjeżdżających zawodowo było dwóch misjonarzy. W dwóch przypadkach cel podróży nie został ustalony.

Informację dotyczącą stosowania chemioprophylaktyki uzyskano od 35 osób - tylko 7 osób stosowało chemioprophylaktykę przeciwmalaryczną, a spośród pozostałych 28 - cztery osoby były zaopatrzone w odpowiednie leki, ale ich nie stosowały.

Najczęściej powtarzającym się błędem wśród osób stosujących chemioprophylaktykę było zaprzestanie stosowania leku zaraz po opuszczeniu kraju narażenia, zaledwie dwóch pacjentów zapewniało, że przyjmowali leki w pełnej zgodności z zaleceniami.

OMÓWIENIE WYNIKÓW I PODSUMOWANIE

Pomimo znaczącego wzrostu liczby zachorowań w porównaniu z poprzednimi latami całkowita liczba importowanych zachorowań w Polsce nadal utrzymuje się na niskim poziomie. Nadal, co jest ważne, utrzymuje się niski udział osób pochodzących z krajów endemicznego występowania malarii (imigrantów, studentów) wśród ogółu zawleczonych zachorowań do Polski. Duża przewaga wśród chorych osób podróżujących turystycznie lub w związku z pracą, pozostaje w kontraście do sytuacji w krajach Europy Zachodniej, gdzie obserwuje się stale rosnący udział osób pochodzących z krajów endemicznych (ponad 80%), które ulegają zarażeniu odwiedzając kraj pochodzenia. Pochodzenie chorych może mieć wpływ na przebieg kliniczny malarii - u osób pochodzących z krajów endemicznych, odporność wytworzona podczas wcześniejszych zachorowań, nawet jeżeli nie chroni przed kolejnymi epizodami, to znacznie łagodzi przebieg malarii i chroni przed powikłaniami. Wśród zarażonych malarią zarejestrowanych w Polsce przeważają osoby, które nigdy wcześniej nie miały kontaktu z malarią, co może częściowo tłumaczyć niepokojąco wysoki odsetek zachorowań o ciężkim przebiegu.

Innym czynnikiem wpływającym na przebieg kliniczny i zejście choroby, niezależnie od struktury populacyjnej, jest czas podjęcia właściwego leczenia. W Polsce liczba opóźnionych rozpoznań pozostaje nadal wysoka (ponad połowa przypadków rozpoznana po upływie 3 dni) i sytuacja w tym zakresie nie ulega zmianie mimo przypominania przed każdym sezonem wyjazdowym o możliwości zarażenia.

Szczególnie istotne jest przypominanie lekarzom POZ o możliwości zawleczenia malarii, ponieważ naj-

więcej opóźnień w podjęciu leczenia malarii wynika z błędnych rozpoznań stawianych właśnie w podstawowej opiece zdrowotnej.

Otrzymano: 03.03.2015 r.

Zaakceptowano do druku: 09.03.2015 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

