

Iwona Paradowska-Stankiewicz, Jolanta Rudowska

KRZTUSIEC W POLSCE W 2013 ROKU*

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

STRESZCZENIE

WSTĘP. Sytuacja epidemiologiczna krztusca na przestrzeni ostatnich lat uległa istotnym zmianom. Wysoki odsetek zachorowań na krztusiec dotyczy młodzieży nastoletniej oraz osób dorosłych. Zakażone osoby dorosłe mogą być źródłem zakażenia dla osób nieuodpornionych np. niemowląt. Najskuteczniejszą strategią zapobiegania zachorowaniom pozostaje realizacja szczepień zgodnie z obowiązującym kalendarzem.

CEL PRACY. Celem pracy jest ocena sytuacji epidemiologicznej krztusca w Polsce w 2013 r. oraz kształtowania się sytuacji w ubiegłych latach ze szczególnym uwzględnieniem oceny stanu zaszczepienia dzieci przeciw krztuścowi.

MATERIAŁ I METODY. Sytuację epidemiologiczną krztusca w Polsce oceniono 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 2013 r.” oraz biuletynu „Szczepienia ochronne w Polsce w 2013 r.” (MP Czarkowski i wsp., Warszawa 2014, NIZP-PZH, GIS).

WYNIKI. W 2013 r. zarejestrowano 4 684 zachorowania na krztusiec. Zapadalność wynosiła 5,7 na 100 000 mieszkańców i była ponad dwukrotnie niższa w porównaniu z poprzednim rokiem (12,2). Najwięcej zachorowań tj. 92% wystąpiło u osób w grupie wieku 15 lat i powyżej. Hospitalizowano 705 (tj. 32,3%) chorych. W 2013 r. nie zgłoszono zgonów z powodu krztusca.

PODSUMOWANIE I WNIOSKI. Obserwowany w 2013 r. spadek zachorowalności na krztusiec w porównaniu z poprzednimi latami, wskazuje na cykliczność przebiegu krztusca oraz krążenie bakterii w środowisku i nadal utrzymującą się wrażliwość populacji na zakażenie.

Słowa kluczowe: *krztusiec, epidemiologia, Polska, rok 2013*

WSTĘP

Sytuacja epidemiologiczna krztusca na przestrzeni ostatnich lat uległa istotnym zmianom. Wysoki odsetek zachorowań na krztusiec dotyczy młodzieży nastoletniej oraz osób dorosłych. Zakażone osoby dorosłe mogą być źródłem zakażenia dla osób nieuodpornionych np. niemowląt. Najskuteczniejszą strategią zapobiegania zachorowaniom pozostaje realizacja szczepień zgodnie z obowiązującym kalendarzem.

Diagnostyka serologiczna każdego podejrzanego o krztusiec zachorowania, obejmuje oznaczenie swoistych przeciwciał dla toksyny krztuścowej w klasie IgA i IgG – powinno to stanowić rutynowy sposób postępowania diagnostycznego zarówno klinicznego, jak i na potrzeby nadzoru epidemiologicznego.

CEL PRACY

Celem pracy jest ocena sytuacji epidemiologicznej krztusca w Polsce w 2013 r. oraz kształtowanie się sytuacji w ubiegłych latach ze szczególnym uwzględnieniem oceny stanu zaszczepienia dzieci przeciw krztuścowi.

MATERIAŁ I METODY

Sytuację epidemiologiczną krztusca w Polsce oceniono na podstawie wyników analizy indywidualnych zgłoszeń podejrzeń /zachorowań na krztusiec nadsyłanych do NIZP-PZH przez wojewódzkie stacje sanitarno-epidemiologiczne oraz danych z biuletynów rocz-

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

nych: „Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce w 2013 r.” i „Szczepienia ochronne w Polsce w 2013 r.” (MP Czarkowski i wsp., Warszawa 2014, NIZP-PZH, GIS). Klasyfikacji przypadków zachorowań na krztusiec dokonano na podstawie definicji przypadku (Definicje przypadków chorób zakaźnych na potrzeby nadzoru epidemiologicznego”, 2013, Zakład Epidemiologii NIZP-PZH). W świetle powyższej definicji kryteria kliniczne spełnia każda osoba, u której występuje kaszel utrzymujący się co najmniej przez 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 stwierdzono 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 2013 r. zmniejszyła się liczba zachorowań na krztusiec. Zarejestrowano 2 182 zachorowania tj. o 46,6% mniej niż w roku ubiegłym, ale więcej o 1-42% niż w latach 2010 - 2011. Zapadalność w 2013 r. w Polsce wynosiła 5,7 na 100 000 mieszkańców i w porównaniu z poprzednim rokiem (12,2) była ok. dwukrotnie niższa (Tab.I. Krztusiec w Polsce w latach 2008-2013. Zachorowania i zapadalność na 100 000 mieszkańców i udział procentowy zachorowań wg wieku).

W 2013 r. podobnie jak w ubiegłych latach występowały duże różnice zapadalności między województwami. Najwięcej zachorowań, około połowa wszystkich zarejestrowanych przypadków, wystąpiło w województwach, mazowieckim, podlaskim i łódzkim (odpowiednio: 546, 329 i 228 zachorowań). Natomiast najniższą liczbę zachorowań zgłoszono w województwie warmińsko-mazurskim: 12 przypadków. Tak duże zróżnicowanie zapadalności między poszczególnymi województwami może wynikać z niedostatecznej zgłaszalności zachorowań na krztusiec do Państwowej Inspekcji Sanitarnej, co również potwierdzają wyniki Ogólnopolskiego Badania Epidemiologii Krztusca (BEKi), (Tab.II. Krztusiec w Polsce w 2013 r. Zachorowania i zapadalność na 100 000 mieszkańców wg

województw).

Zaskakująco wysoki odsetek zachorowań, wynoszący 22,4%, stwierdzono w grupie najmłodszych dzieci: 0-4 lata, ale zwraca uwagę fakt, że w 2013 r. ponad połowa zachorowań wystąpiła u osób powyżej 15 r.ż. (Tab.I Krztusiec w Polsce w latach 2008-2013. Zachorowania i zapadalność na 100 000 mieszkańców i udział procentowy zachorowań wg wieku).

Zapadalność kobiet w 2013 r., podobnie jak w latach poprzednich, była wyższa od zapadalności mężczyzn (odpowiednio: 6,4 i 4,9). Wyższą zapadalność zarejestrowano w miastach (6,6), w porównaniu ze wsią (4,2) (Tab. III. Krztusiec w Polsce w 2013 r. Zachorowania i zapadalność na 100 000 mieszkańców i udział procentowy zachorowań wg płci, wieku i środowiska).

W 2013 r. w ogniskach zachorowały 243 osoby tj. czterokrotnie mniej niż w ubiegłym roku, natomiast 172 osoby (8,1% ogółu) miały kontakt z osobami kaszlącymi ponad 14 dni. U ok. połowy osób chorych na krztusiec (1 024 osoby) przebieg choroby był określony jako średni, a u 30 ciężki. Ciężkość przebiegu choroby nie została określona u 43% osób. Z powodu krztusca hospitalizowano w 2013 r. 705 osób.

W 2013 r. u 2 035 chorych wykonano laboratoryjne badania diagnostyczne krztusca - testy Elisa i testy immunoenzymatyczne oraz w jednym przypadku badanie PCR. W żadnym przypadku nie uzyskano izolacji pałeczek krztusca. Na podstawie objawów klinicznych krztusiec rozpoznano u 147 chorych. W 2013 r. nie zgłoszono zgonów z powodu krztusca.

W 2013 r. zakwalifikowano w oparciu o obowiązujące definicje przypadku - 1 375 (63%) przypadków możliwych, 42 (2%) prawdopodobne oraz 765 (35%) potwierdzonych.

Szczepienia przeciw krztuscowi w 2013 r. W 2013 r. poziom zaszczepienia dzieci w 2 r.ż. przeciw krztuscowi utrzymywał się na wysokim poziomie 98% do 99,6% w skali kraju. Z analizy meldunków epidemiologicznych wynika, że w grupie 2 182 osób, które w 2013 r. zachorowały na krztusiec, 394 osoby nie były zaszczepione, ponieważ urodziły się jeszcze przed wprowadzeniem obowiązku szczepień w Polsce lub otrzymały okresowe/trwałe zwolnienie ze szczepień (18% nieszczepionych). O 478 chorych (22%) nie wiadomo, czy były zaszczepione. Wśród pozostałych chorych 833 osoby otrzymały szczepienie podstawowe (4 dawki), a 335 osób szczepienie uzupełniające (5 dawek), 96 osób otrzymało 3 dawki szczepionki, zaś 46 osób nie ukończyło pełnego cyklu szczepień.

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 krztuscowi) 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 wzw typu B.

PODSUMOWANIE I WNIOSKI

Rok 2013 o niższej niż w poprzednim roku zapadalności można traktować jako rok międzyepidemiczny, potwierdzający utrzymywanie się cykliczności nasileń epidemicznych. Świadczy to o utrzymującym się krążeniu bakterii w środowisku i o narastającej grupie

osób wrażliwych - powyżej 20 roku życia. Najlepszą strategią profilaktyki krztuśca jest stosowanie szczepień w grupach wieku o narastającym ryzyku zachorowania – w obecnej sytuacji epidemiologicznej również osobom starszym.

Otrzymano: 15.06.2015 r.

Zaakceptowano do druku: 17.06.2015 r.

Adres do korespondencji:

Dr med. Iwona Paradowska-Stankiewicz

Zakład Epidemiologii

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-Państwowy

Zakład Higieny

ul. Chocimska 24, 00-791 Warszawa

tel. +48 22 5421386

e-mail: istankiewicz@pzh.gov.pl

