



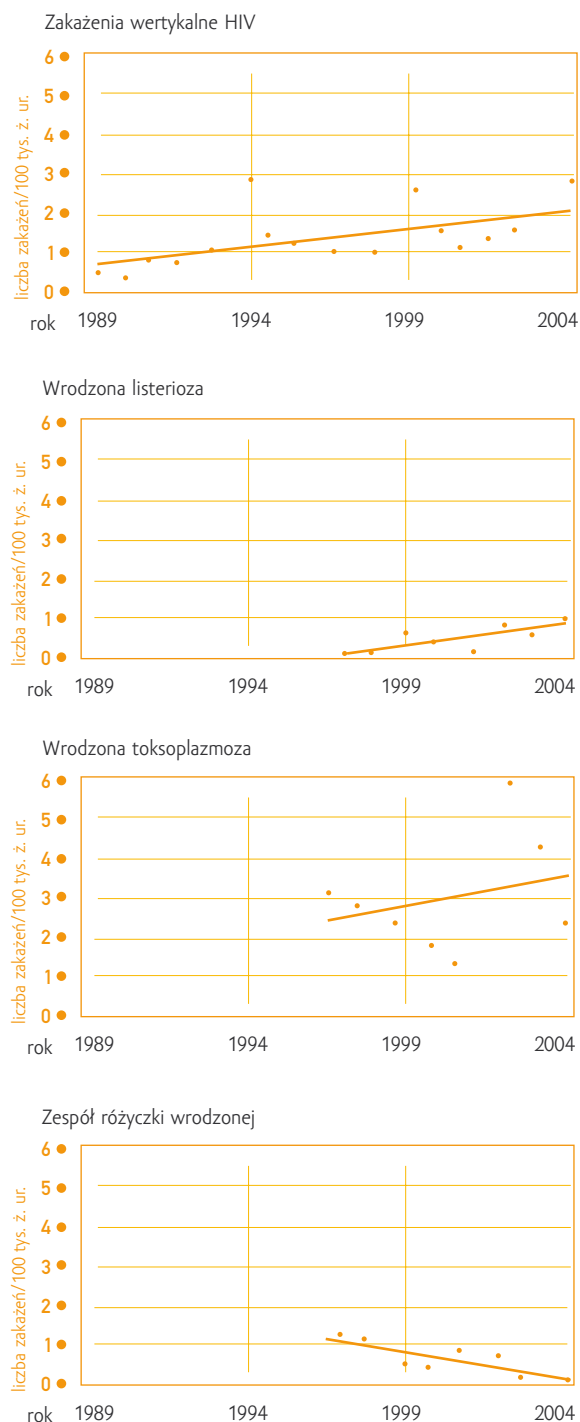
Tomasz Niemiec, Paweł Stefanoff, Krzysztof Drews

9. ZAKAŻENIA PERINATALNE

Zakażenie jest najczęściej spotykanym powikłaniem w praktyce lekarza położnika i stanowi jedną z głównych przyczyn zachorowalności i śmiertelności noworodków. Ocenia się, że z powodu zakażeń w okresie noworodkowym umiera 20–30% dzieci, przy czym w połowie przyczyną zgonów są zakażenia wczesne (do 3 doby życia), których źródłem zakażenia jest matka. Częstość występowania poszczególnych zakażeń perinatalnych w Polsce jest nieznana z powodu braku wiarygodnych badań odnoszących wyniki do populacji. Według oszacowań opublikowanych na świecie, które można odnieść do sytuacji w Polsce, najczęstszą przyczyną zakażeń perinatalnych w krajach rozwiniętych są: Chlamydia trachomatis (150/1000 żywych urodzeń), wirus cytomegalii (10/1000 żywych urodzeń), wirusy HSV i WZW (1/1000 żywych urodzeń). Posocznica noworodków występuje w 4–8 przypadków/1000 żywych urodzeń. Dotychczas informacje z terenu Polski pochodziły głównie z rutynowego nadzoru epidemiologicznego. W Polsce od 1989 r. do końca marca 2006 r. zgłoszono 92 zakażenia wertykalne HIV. Wskutek braku do 2006 r. ogólnokrajowego programu badań przesiewowych w kierunku HIV u kobiet w ciąży obserwowano wzrost liczby zakażeń wertykalnych (wyk. 1). W przeliczeniu na 100 tys. żywych urodzeń liczba zgłoszonych zakażeń wertykalnych wyniosła 1,7 w 2003 r.

i 2,8 w 2004 r. Wzrosła również zapadalność na AIDS wśród dzieci do 15 roku życia – od średnio 0,1/1 mln w latach 1990–1997 do 0,6 w latach 1998–2005. Według oficjalnych danych wrodzona listerioza jest chorobą rzadką – od początku jej rejestracji w 1997 r. zgłoszono 9 zachorowań, jednak zaobserwowano także tendencję wzrostu liczby rejestrowanych zachorowań (wyk. 1). Również zapadalność na wrodzoną toksoplazmozę wykazuje tendencję wzrostową, od 3,1/100 tys. żywych urodzeń w 1997 r. do 5,9 w 2002 r. Dla wymienionych chorób nie ma też dostępnej profilaktyki w postaci skutecznych i bezpiecznych szczepionek. Monitorowanie częstości oraz czynników ryzyka zachorowań na AIDS, listeriozę lub toksoplazmozę kobiet w okresie rozrodczym ma znaczenie przede wszystkim ze względu na ukierunkowanie działań edukacyjnych oraz promowanie zasad skutecznej ochrony płodu natychmiast po potwierdzeniu rozpoznania. W przypadku zespołu różyczki wrodzonej od 1989 r. wdrożono program profilaktyczny polegający na szczepieniu przeciwko wirusowi różyczki wszystkich dziewczynek przed okresem rozrodczym. Szczepienia te objęły dotychczas 17 roczników i w wyraźny sposób ograniczyły liczbę zachorowań. Zapadalność na różyczkę wrodzoną zmniejszyła się z 1,21/100 tys. żywych urodzeń w 1997 r. do 0,57 w 2002 r. Od 2003 r. nie zarejestro-

Wykres 1. Liczba wybranych zakażeń perinatalnych/100 tys. żywych urodzeń



Źródło: Państwowy Zakład Higieny – Zakład Epidemiologii, Główny Inspektorat Sanitarny – Departament Przeciwepidemiczny i Oświaty Zdrowotnej, Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce, Warszawa 1990–2005.

wano nowych zachorowań. W przypadku włączonych do rutynowego nadzoru od 2004 r. wrodzonej cytomegalii oraz posocznicy bakteryjnej noworodków, w pierwszym roku rejestracji odnotowano odpowiednio 16 zachorowań (zapadalność 4,5/100 tys. żywych urodzeń) i 277 (zapadalność 77,78). W związku z tym, że dotyczyły one pierwszego roku, w którym zgłaszano zachorowania, wyniki te należy interpretować ostrożnie. Dla pozostałych jednostek chorobowych objętych nadzorem epidemiologicznym (tężec noworodków, róża po porodzie i w położu, wrodzona zimnica) nie zgłoszono żadnego zachorowania. **Liczba urodzeń dzieci z kiłą wrodzoną w Polsce w ostatnich latach znacząco wzrasta** (od 0,73/100 tys. urodzeń w roku 1990 do 4,52/100 tys. urodzeń w roku 2002) i wynosi około 15/rok.

NADZÓR EPIDEMIOLOGICZNY (SURVEILLANCE) NAD ZAKAŻENIAMI PERINATALNYMI W POLSCE

Rutynowy system nadzoru epidemiologicznego nad zakażeniami perinatalnymi opiera się na obowiązku zgłaszania nowo wykrytych zakażeń przez lekarzy i kierowników laboratoriów na podstawie ustawy o chorobach zakaźnych i zakażeniach (DzU nr 126, poz. 1384 z późn. zm.) oraz odpowiednich rozporządzeń. Wprowadzono odrębny system nadzoru nad zakażeniami HIV oraz pozostałymi zakażeniami perinatalnymi. Dodatkowo wyniki badań potwierdzających zakażenie HIV (immunoblot, wykrycie kwasu nukleinowego HIV) zgłaszane są przez kierowników laboratoriów wykonujących takie badania oraz przez lekarzy, którzy rozpoznają zakażenie HIV, właściwemu terytorialnie Państwowemu Wojewódzkiemu Inspektorowi Sanitarnemu. W przypadku wszystkich pozostałych zakażeń perinatalnych zgłoszenia od lekarzy oraz kierowników laboratoriów (na podstawie dodatkowych wyników laboratoryjnych) przesyłane są do właściwych terytorialnie państwowych powiatowych inspektorów sanitarnych. Opracowaniem danych zbiorczych o wszystkich zakażeniach i zachorowaniach na poziomie kraju oraz indywidualnych wywiadów epidemiologicznych w przypadku niektórych chorób zajmuje się Zakład Epidemiologii Państwowego Zakładu Higieny na zlecenie Głównego Inspektora Sanitarnego. Tabela 1 przedstawia listę zakażeń wrodzonych objętych nadzorem epidemiologicznym w Polsce.

Polska uczestniczy w światowej strategii eliminacji zespołu różyczki wrodzonej (congenital rubella syndrome, CRS), w której zaleca się krajom członkowskim utrzymywanie wysokiego stanu zaszczepienia kobiet przeciwko różyczce oraz aktywnego monitorowania CRS w celu odpowiedniego udokumentowania eliminacji zachorowań w regionie europejskim WHO do 2010 r. Zgodnie z decyzją Parlamentu Europejskiego i Rady 2119/98/EC oraz decyzjami Komisji Europejskiej 2002/253/EC i 2000/96/EC nadzór epidemiologiczny nad zakażeniami perinatalnymi został na terenie regionu europejskiego WHO ujednolicony poprzez przyjęcie wspólnych definicji przypadku i gromadzenie informacji na temat epidemiologii wybranych chorób zakaźnych. Obecnie obowiązują


jące w Polsce definicje zostały opracowane w 1997 r. – zespół różyczki wrodzonej (definicja WHO) oraz 2002 r. – zakażenie HIV, malaria, listerioza, tężec oraz toksoplazmoza (definicja UE, bez wyodrębnienia zakażeń perinatalnych). W ramach współpracy ogólnoeuropejskiej kraje członkowskie regionu dostarczają dane o zgłoszonych zakażeniach do Europejskich Sieci Nadzoru, EU-BSN (indywidualne dane o wszystkich zespołach chorobowych objętych nadzorem na terenie UE), EuroHIV (szczegółowe dane dotyczące HIV) oraz EUVAC-NET (szczegółowe dane dotyczące zespołu różyczki wrodzonej).

Od roku 2004 w ramach projektu Phare 2003/005 prowadzona jest modernizacja polskiego systemu nadzoru epidemiologicznego nad chorobami zakaźnymi, obejmująca zaprojektowanie i wdrożenie centralnej bazy danych o chorobach zakaźnych. Baza ta będzie zbierała dane o zachorowaniach na choroby zakaźne zarejestrowane na terenie całej Polski. Dla wszystkich zachorowań odnotowane zostanie w rejestrze pytanie czy osoba płci żeńskiej jest w ciąży, co pozwoli na bardziej precyzyjne monitorowanie zakażeń perinatalnych w Polsce. Duże nadzieje w tym zakresie daje nowa ustawa o zwalczaniu chorób zakaźnych, w której proponuje się skuteczne narzędzie zgłaszania i nadzoru nad chorobami zakaźnymi, w tym zakażeniami perinatalnymi. Nowe zapisy w ustawie pozwolą na coroczne monitorowanie takich wskaźników, jak kiła wrodzona, kiła w ciąży, toksoplazmoza, zakażenia chlamydialne i wiele innych.

ROZPOZNANE PROBLEMY

Oficjalne dane o zakażeniach perinatalnych pochodzące z nadzoru epidemiologicznego są niedoszacowane z powodu oparcia nadzoru przede wszystkim na lekarzach pierwszego kontaktu, lekarzach chorób zakaźnych oraz pediatrach. Lekarze ginekology-położnicy i neonatolodzy mają często ograniczoną wiedzę na temat listy chorób podlegających obowiązkowi zgłoszenia. Nowa ustawa o zwalczaniu chorób zakaźnych nakłada obowiązek zgłaszania zakażeń perinatalnych na wszystkich ww. lekarzy.

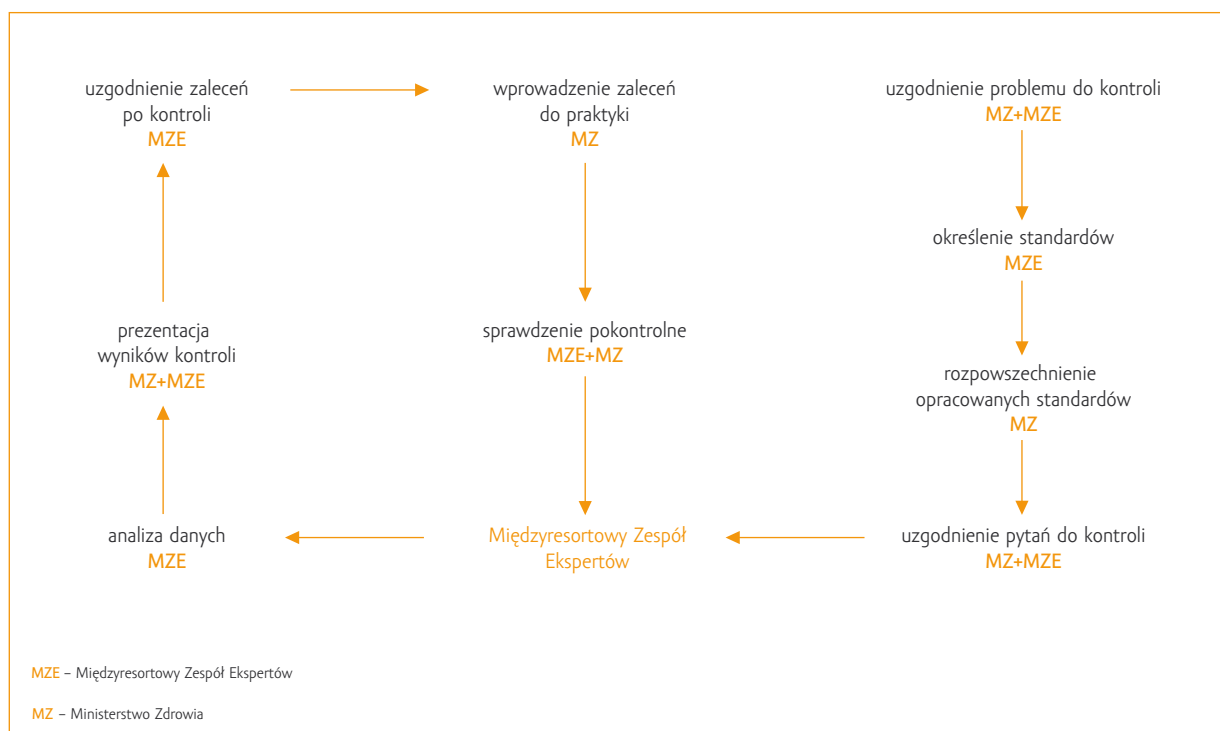
Często lekarze nie zlecają diagnostyki w kierunku chorób zakaźnych u kobiet ciężarnych z powodów ekonomicznych lub innych. Nie ma w tym zakresie jasnych rozwiązań prawnych. Istniejące standardy zobowiązujące lekarzy do określonego postępowania profilaktycznego w razie wykrycia infekcji wymagają aktualizacji i ujednolicenia. Rozpoznane zakażenia często są nie zgłaszane, co znacznie utrudnia ocenę sytuacji epidemiologicznej na poziomie kraju nawet w zakresie obowiązkowo zgłaszanych jednostek chorobowych. Dodatkowo odrębny system nadzoru nad zakażeniami przenoszonymi drogą płciową (STI), niekompatybilny z nadzorem nad HIV/AIDS oraz pozostałymi chorobami zakaźnymi, utrudnia prawidłowy ogląd zdrowia reprodukcyjnego kobiet w zakresie zagrożenia chorobami zakaźnymi. Z powodu niejednolitego nadzoru epidemiologicznego oraz zróżnicowanej współpracy z różnymi grupami zawodowymi lekarzy nie znamy sytuacji epidemiologicznej zakażeń perinatalnych, które są naj-

 Tabela 1. Zakażenia perinatalne podlegające obowiązkowi zgłoszenia w Polsce w 2006 r. oraz liczba zarejestrowanych zakażeń w 2004 r.

Nazwa jednostki chorobowej	Kod ICD-10	Rok wdrożenia nadzoru	Liczba zakażeń zarejestrowanych w 2004 r.
Zakażenia wertykalne HIV	-	1989	10
Wrodzony zespół różyczkowy	P35.0	1997	0
Wrodzona toksoplazmoza	P37.1	1997	21
Wrodzona listerioza	P37.2	1997	9
Tężec noworodków	A33	1997	0
Róża po porodzie i w położu	O86.8	1997	0
Wrodzona zimnica	P37.3-P37.4	1997	0
Kiła wrodzona	A50	1997	18
Wrodzona cytomegalia	P35.1	2004	16
Posocznica bakteryjna noworodka	P36	2004	277

Źródło: Opracowanie własne.

Wykres 2. Schemat pracy interdyscyplinarnego zespołu ekspertów



Źródło: Państwowy Zakład Higieny – Zakład Epidemiologii, Główny Inspektorat Sanitarny – Departament Przeciwepidemiczny i Oświaty Zdrowotnej, Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce, Warszawa 1990–2005.

prawdopodobniej najczęstsze: zakażeń Chlamydia trachomatis, wirusem cytomegalii lub paciorkowcami grupy B. Nie znając częstości zakażeń oraz specyficznych dla Polski czynników warunkujących ich rozpowszechnienie, problematyczne jest zaplanowanie skutecznych programów z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia. Trudności w monitorowaniu zakażeń wertykalnych HIV nastęrcza fakt, że większość kobiet w ciąży nie przechodziła do niedawna badań w kierunku HIV i nie była świadoma swojego statusu. Jest to szczególnie ważne z uwagi na dostępność skutecznej terapii antyretrowirusowej. Aby uzyskać pełniejszy obraz sytuacji epidemiologicznej, zbierane są dane na temat osób badanych w kierunku HIV (dane zagregowane), a także prowadzone badania przekrojowe w wybranych grupach ryzyka. Badania przekrojowe są uznanym narzędziem służącym monitorowaniu epidemii HIV/AIDS i w wielu krajach europejskich są prowadzone na zasadzie corocznie realizowanych programów. Dodatkowych informacji dostarcza również monitoring kobiet ciężarnych i badania biocirów krwi. Niezwykle istotne z punktu widzenia profilaktyki zakażeń wertykalnych HIV jest zarządzenie nr 21/2006 Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 18 maja 2006 r. w sprawie zatwierdzenia do realizacji Programu Wczesnego Wykrywania Zakażeń HIV u kobiet w ciąży. Program

ten powstał z inicjatywy Krajowego Centrum ds. AIDS, a finansowany będzie ze środków własnych NFZ. Testy oferowane kobietom i wykonywane na zasadzie dobrowolności połączone będą z poradnictwem okołotestowym. Informacje o wynikach dodatknych przesyłane będą do Krajowego Centrum ds. AIDS.

PLANOWANE DZIAŁANIA

Tworzony elektroniczny system nadzoru epidemiologicznego nad chorobami zakaźnymi umożliwia monitorowanie występowania wszystkich chorób zakaźnych podlegających obowiązkowi zgłoszenia. W celu sprostania zaleceniom WHO Zakład Epidemiologii Państwowego Zakładu Higieny planuje dokonanie weryfikacji eliminacji zespołu różyczki wrodzonej poprzez retrospektywne przeglądy dokumentacji lekarskich, rejestrów wad wrodzonych oraz rejestrów zgonów. Stwierdzana niska czułość nadzoru epidemiologicznego nad zakażeniami perinatalnymi w Polsce skutkuje dostrzeżeniem potrzeby wdrożenia szeroko zakrojonego programu usprawnienia tego nadzoru przy pomocy międzyresortowego zespołu ekspertów. Program taki powinien obejmować utworzenie międzyresortowego/interdyscyplinarnego zespołu ekspertów z udziałem towarzystw naukowych zajmujących się bezpośrednio zakażeniami perinatalnymi (Polskie

Towarzystwo Ginekologiczne, Polskie Towarzystwo Medycyny Perinatalnej, Państwowy Zakład Higieny, Polskie Towarzystwo Lekarzy Chorób Zakaźnych, Polskie Towarzystwo Pediatryczne, Polskie Towarzystwo Genetyczne i inne), który we współpracy z Ministerstwem Zdrowia opracowałby standardy nadzoru nad zakażeniami perinatalnymi w Polsce. Podobne zespoły działają w innych krajach UE. Schemat pracy takiego zespołu przedstawia wykres 2.

Do szczegółowych zadań takiego zespołu należałoby:

- 1) informowanie środowisk lekarskich, w szczególności ginekologów-położników oraz neonatologów, o problemach związanych z diagnostyką oraz profilaktyką zakażeń perinatalnych;
- 2) zachęcanie lekarzy do świadomego zgłaszania rozpoznanych zakażeń odpowiednim instytucjom zdrowia publicznego;
- 3) aktywny nadzór obejmujący m.in. monitorowanie rejestrów wad wrodzonych oraz dodatnich wyników laboratoryjnych u kobiet ciężarnych;
- 4) okresowe przeglądy serologiczne kobiet w wieku rozrodczym mające na celu ocenę ryzyka wystąpienia zakażeń perinatalnych;
- 5) zaplanowanie badań epidemiologicznych mających na celu identyfikację czynników ryzyka sprzyjających występowaniu zakażeń perinatalnych;
- 6) opracowanie na podstawie zebranych danych epidemiologicznych zaleceń dotyczących diagnostyki kobiet w różnych okresach ciąży oraz procedur postępowania profilaktycznego w poszczególnych przypadkach;
- 7) opracowanie na podstawie analizy sytuacji epidemiologicznej zakażeń perinatalnych propozycji zmian legislacyjnych, obejmujących weryfikację listy zakażeń wrodzonych podlegających obowiązkowi nadzoru, listy zalecanych oraz obowiązkowych badań diagnostycznych dla kobiet w różnych okresach ciąży.

Piśmiennictwo

Maresh M., *Audit in Obstetrics and Gynaecology*, Blackwell Science 1994.

Państwowy Zakład Higieny – Zakład Epidemiologii, Główny Inspektorat Sanitarny – Departament Przeciwepidemiczny i Oświaty Zdrowotnej, *Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce*, Warszawa 1990–2005.

Słomko Z., Drews K., Niemiec T., *Profilaktyka w położnictwie, ginekologii i neonatologii*, Polskie Towarzystwo Ginekologiczne 2005.

Szczapa J., Wojsyk-Banaszak I., *Wybrane problemy zakażeń okresu noworodkowego*, Krakowska Oficyna Naukowa Tekst, Kraków 2005.