

STRESZCZENIE

Celem pracy była próba odpowiedzi na pytanie: czy w Polsce występuje hantawirusowa gorączka krwotoczna z zespołem nerkowym (HFRS) u ludzi? Badania HFRS rozpoczęto w roku 2004 po zdiagnozowaniu pierwszego (indeksowego), potwierdzonego przypadku u kobiety w woj. podkarpackim. Przedstawiono okres 15 lat badań potwierdzających endemiczne, utrwalone i rodzime występowanie zakażeń hantawirusowych w Polsce. Badania te pozwoliły na wdrożenie w kraju od 2007 roku identyfikowanie choroby w bieżącej, rutynowej diagnostyce wirusologicznej oraz ustawowy obowiązek jej zgłaszania i rejestracji. Ponadto w przeprowadzonych badaniach retrospektywnych, stwierdzono występowanie zakażeń hantawirusowych ludzi w latach wcześniejszych. W pracy wdrożono sposób podwójnej weryfikacji wyników serologicznych, jako metody określającej etiologię HFRS. Wprowadzono uzupełnienie wywiadów lekarskich u chorych o badanie ankietowe własnego pomysłu. Pozwoliło ono na wykrycie szeregu parametrów epidemiologicznych HFRS (w tym narażenia środowiskowego), rozpropagując zarazem informację o gorączce krwotocznej z zespołem nerkowym, jedynej rodzimej gorączce krwotocznej występującej w Polsce. W latach 2004 – 2018 przeprowadzono ogółem 1370 badań diagnostycznych u 721 osób, których objawy chorobowe sugerowały możliwość zachorowania. Rozpoznano 164 przypadki HFRS (22,7% badanych). Serologicznie, etiologię hantawirusów wykazano w 93 przypadkach PUUV-HFRS (59%) i 71 przypadkach DOBV-HFRS (41%). Wśród chorych hospitalizowanych, w grupie DOBV-HFRS było 43% chorych z ciężkim przebiegiem choroby, 52% z przebiegiem umiarkowanym, 5% z łagodnym a wśród chorych w grupie PUUV-HFRS było 4% chorych z ciężkim przebiegiem choroby, 66% z przebiegiem umiarkowanym i 30% z łagodnym. 2,3% wszystkich przypadków HFRS zakończyło się zgonem i byli to chorzy, u których zdiagnozowano DOBV-HFRS. Wdrożenie leczenia nerkozastępczego było konieczne w 2,5% przypadkach PUUV-HFRS i aż u 31% chorych z DOBV-HFRS. W obrazie klinicznym, HFRS w Polsce była chorobą gorączkową, z ostrą małopłytkowością i skazą krwotoczną, z ostrym uszkodzeniem nerek i powikłaniami wielonarządowymi. Etiologia DOBV podwyższała ciężkość przebiegu HFRS 18-krotnie (OR=18,05 (CI 5,05-64,57).

Stwierdzono 2 przypadki koinfekcji z *Leptospira interrogans*, skutkujące cięższym przebiegiem PUUV-HFRS.

Częstość identyfikacji HFRS wywołanego przez DOBV u ludności w Polsce jest wyższa niż rejestrowana w Europie Północnej i Zachodniej (tam ok. 3% stanowi DOBV-HFRS). Wśród grup zawodowych narażonych na zakażenia hantawirusowe stwierdzono serokonwersję przeciwciał anti-hantawirusowych na poziomie 3,18% w grupie leśników na Lubelszczyźnie (wykryto przeciwciała IgG anti-DOBV i IgG anti-PUUV) i 2,4% w woj. podkarpackim (obecne przeciwciała IgG anti-PUUV). Epidemiczny wzrost zachorowań na HFRS wystąpił u ludzi w Polsce w latach 2007, 2014 i 2021 (z przedziałami 7 – letnimi).

HFRS zdiagnozowano w 8 województwach Polski: Wschodniej, Południowo-Wschodniej, Południowej i Centralnej. Obszarem endemicznym, z najwyższą zapadalnością na HFRS w Polsce, jest województwo podkarpackie, zaś terenem hiperendemii jest powiat sanocki i gmina Komańcza tegoż województwa. Średnia zapadalność w Polsce na HFRS w latach 2007 – 2018 była na poziomie 0,021 zachorowań na 100 000 mieszkańców (od 0,008 do 0,140 / 100 000), w woj. podkarpackim zapadalność na HFRS była 16-krotnie większa. W powiecie sanockim tego województwa zachorowalność była bardzo wysoka, osiągając 30,26 przypadków na 100 tysięcy mieszkańców. W Polsce HFRS jest chorobą skrajnie „niedoszacowaną”, konieczna jest zdecydowana poprawa wykrywania jej przypadków zwłaszcza u osób narażonych środowiskowo i zawodowo na kontakt z tą groźną zoonozą. Osiągnąć to można poprzez wprowadzenie czynnego nadzoru epidemiologicznego (lub nawet typu „sentinel”), rozszerzenie diagnostyki laboratoryjnej i stałe działania edukacyjne, zarówno wśród ludności z grup ryzyka, jak i personelu systemu ochrony zdrowia.