

# EPINEWS MAŁOPOLSKI

Oddział Nadzoru Epidemiologii  
Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Krakowie



**CHRONIMY ZDROWIE  
Z MYŚLĄ O PRZYSZŁOŚCI**





# SPIS TREŚCI

## **I. Ciekawostki epidemiologiczne**

1. Higiena rąk w ochronie zdrowia
2. Nie tylko w szpitalu, czyli zwykłe, codzienne mycie rąk

## **II. Sytuacja epidemiologiczna w Małopolsce**

1. Statystyka wybranych chorób zakaźnych
2. Analiza wybranych chorób zakaźnych – denga, WZW A, choroby przenoszone drogą płciową wywołane przez Chlamydie, rzeżączka
3. Ogniska chorób zakaźnych

## **III. Szczepienia ochronne**

1. Czy znasz historię szczepionek?
2. Realizacja *Programu Szczepień Ochronnych* – szczepienie przeciw gruźlicy

## **IV. Inne wybrane zagadnienia**

1. Obowiązujące zasady zgłaszania oraz rejestracji chorób zakaźnych
- 

# I. Ciekawostki epidemiologiczne

## 1. Higiena rąk w ochronie zdrowia

Walory oraz zalety mycia i dezynfekcji rąk w medycynie odkrył już w 1847 r. węgierski lekarz położnik Ignaz Semmelweis (1818-1865). W placówkach ochrony zdrowia higiena rąk jest podstawową czynnością wykonywaną przez personel medyczny wielokrotnie w ciągu dnia.

Mycie lub dezynfekcja rąk wykonywane są m.in.:

- przed kontaktem z pacjentem,
- przed wykonywaniem procedur aseptycznych,
- przed przygotowywaniem i podawaniem leków,
- przed zakładaniem rękawic ochronnych,
- po kontakcie z pacjentem,
- po kontakcie z materiałem potencjalnie zakaźnym,
- po kontakcie z otoczeniem pacjenta,
- po zdjęciu rękawic ochronnych.

Przestrzeganie zasad higieny rąk jest kluczowe dla bezpieczeństwa pacjentów, osób odwiedzających, jak i personelu medycznego. Prawidłowa higiena rąk chroni przed przenoszeniem drobnoustrojów. Dzięki temu zmniejsza się ryzyko:

- infekcji dróg oddechowych,
- zakażeń przewodu pokarmowego,
- chorób przenoszonych drogą kontaktową,
- zakażeń związanych z opieką zdrowotną,
- zakażeń wywoływanych przez drobnoustroje wielolekooporne.

### W placówkach ochrony zdrowia stosuje się dwie podstawowe metody higieny rąk:

- 1) mycie higieniczne – mycie rąk wodą z mydłem przez co najmniej 30-60 sekund (według techniki Ayliffe'a),
- 2) dezynfekcja preparatem alkoholowym – wcieranie preparatu w dłonie przez 30-60 sekund (według techniki Ayliffe'a).

## Technika Ayliffe'a

Jest to międzynarodowy standard higienicznego mycia i dezynfekcji rąk opracowany w latach 70. przez zespół brytyjskich mikrobiologów pod kierunkiem prof. Grahama Ayliffe'a.

Polega on na naniesieniu na dłonie odpowiedniej porcji mydła lub preparatu antyseptycznego i wykonaniu następujących kroków (Rys. 1):

- 1) pocieranie dłoni o dłoń,
- 2) pocieranie części wewnętrznej prawej dłoni o powierzchnię grzbietową lewej dłoni; zmiana rąk,
- 3) dłoń na dłoni, palce splecione, przesuwanie palców jednej dłoni między palcami drugiej dłoni, aż do zagłębień międzypalcowych,
- 4) pocieranie grzbietowej powierzchni zagiętych palców jednej dłoni pod zagiętymi palcami drugiej dłoni,
- 5) kciuk prawej dłoni ujęty w lewą dłoń, wykonywanie ruchów obrotowych wokół kciuka; zmiana rąk,
- 6) obrotowe pocieranie opuszków prawej dłoni w zagłębieniu dłoniowym lewej dłoni; zmiana rąk.

Etapy 1-6 należy wykonać dokładnie, powtarzając dany ruch „tam i z powrotem” 5 razy.



1



2



3



4



5



6

Rys. 1 Etapy mycia i dezynfekcji rąk metodą Ayliffe'a

## 2. Nie tylko w szpitalu, czyli zwykle, codzienne mycie rąk

Choć technika Ayliffe'a została opracowana na potrzeby ochrony zdrowia, może być z powodzeniem stosowana również w codziennym życiu, aby nie pomijać w zwykłym myciu rąk żadnego ich obszaru. (Rys. 2).

Już **15 sekund** dokładnego mycia rąk ciepłą wodą z mydłem usuwa większość drobnoustrojów obecnych na ich powierzchni, natomiast wydłużenie mycia do około **30 sekund** może zwiększyć skuteczność nawet do ponad 99% w przypadku wielu bakterii.

**Warto o tym, pamiętać, gdyż większość społeczeństwa myje ręce przez zaledwie 5 sekund!**



Rys. 2 Najczęściej pomijane obszary podczas mycia rąk

### Zwykle, codzienne mycie rąk powinno się wykonywać:

- po powrocie do domu z pracy, ze sklepu, po podróży środkami komunikacji miejskiej,
- przed przystąpieniem do posiłku, przed jego przygotowywaniem,
- po skorzystaniu z toalety,
- po kontakcie ze zwierzętami i przedmiotami należącymi do nich (kuweta, zabawki, smycz itp.),
- po kichaniu, kaszlu, czyszczeniu nosa,
- po czynnościach porządkowych, wyniesieniu śmieci,
- po dotknięciu pieniędzy,
- po kontakcie z osobą chorą w domu lub w szpitalu,
- podczas opieki nad dziećmi – np. bakterie i wirusy znajdujące się na zabawkach, których opiekunowie dotykali nieumytymi rękoma przedostają się do układu pokarmowego dziecka.

## Czy wiesz, że...

- Organizm człowieka jest siedliskiem około 38 bilionów komórek bakteryjnych. Liczba ta jest porównywalna z liczbą komórek ludzkiego organizmu.
- Na skórze dłoni człowieka może znajdować się od kilkudziesięciu tysięcy do kilku milionów bakterii na każdy centymetr kwadratowy skóry. Większość z nich stanowi naturalną mikroflorę pełniącą funkcję ochronną.
- Ręce są najważniejszym wektorem przenoszenia drobnoustrojów pomiędzy ludźmi i powierzchniami. Najwięcej bakterii na dłoniach często znajduje się pod paznokciami.

### Badania pokazują, że:

- na banknotach, monetach<sup>1,2</sup> telefonach komórkowych<sup>3</sup> znajduje się wiele rodzajów mikroorganizmów – od różnych gatunków bakterii i grzyby, po protisty i bakteriofagi,
- na 72% przebadanych wózków sklepowych wykryto bakterie grupy coli, a na ponad połowie analizowanych próbek stwierdzono obecność *Escherichia coli*<sup>4</sup>,
- na 95% przebadanych powierzchni dotykowych w londyńskiej komunikacji publicznej wykryto bakterie, w tym gronkowca złocistego (*Staphylococcus aureus*)<sup>5</sup>.

### Higiena rąk jest uznawana za jedną z najprostszych i najskuteczniejszych metod zapobiegania zatruciom pokarmowym, chorobom wirusowym, pasożytniczym, skórny i rozprzestrzenianiu się zakażeń.

<sup>1</sup> Angelakis E, Azhar EI, Bibi F, Yasir M, Al-Ghamdi AK, Ashshi AM, et al. Paper money and coins as potential vectors of transmissible disease. *Future Microbiology*. 2014;9(2):249–261. doi:10.2217/fmb.13.161

<sup>2</sup> Vriesekoop F, Russell C, Alvarez-Mayorga B, Aidoo K, Yuan Q, Scannell A, et al. Dirty money: an investigation into the hygiene status of some of the world's currencies as obtained from food outlets. *Foodborne Pathogens and Disease*. 2010;7(12):1497–1502. doi:10.1089/fpd.2010.0606.

<sup>3</sup> Olsen M. i wsp. Mobile phones are hazardous microbial platforms warranting robust public health and biosecurity protocols *Scientific Reports*. 2022.

<sup>4</sup> Gerba CP. Grocery cart handle contamination study, University of Arizona, 2011.

<sup>5</sup> Otter JA, French GL. Bacterial contamination on touch surfaces in the public transport system and in public areas of a hospital in London. *Journal of Applied Microbiology*. 2009;106(6):2017–2022

## II. Sytuacja epidemiologiczna w Małopolsce

### 1. Statystyka wybranych chorób zakaźnych

Jednostka chorobowa		Liczba przypadków		
		I i II kw. 2024	I i II kw. 2025	I i II kw. 2026
<b>Zakażenia i choroby przenoszone drogą pokarmową</b>				
Salmonelloza - zatrucie pokarmowe		258	294	214
Giardioza (lamblioza)		104	153	88
Wirusowe zakażenia jelitowe	wywołane przez rotawirusy	945	755	719
	wywołane przez norowirusy	686	748	979
Wirusowe zapalenie wątroby typu A		20	12	142
<b>Choroby, którym można zapobiegać drogą szczepień ochronnych</b>				
Krzusiec		805	761	173
Odra		6	4	4
Różyczka		13	7	6
Zakażenia SARS-CoV-2 (COVID-19)		4 947	2 520	2 600
Grypa	ogółem	285	534	506
	u dzieci w wieku 0-14 lat	99	243	163
Grypa potwierdzona szybkim testem antygenowym		15 303	47 777	45 227
Zakażenia wirusem RSV	ogółem	4 230	9 402	7 160
	w tym u dzieci do lat 2	2 028	3 764	2 801
<b>Choroby wektorowe i gorączki krwotoczne</b>				
Kleszczowe zapalenie mózgu (KZM)		11	20	21
Borelioza z Lyme	ogółem	1 486	2 008	2 156
	neuroborelioza	11	8	11
<b>Choroby przenoszone drogą płciową</b>				
Nowo wykryte zakażenia HIV		149	124	93
AIDS - Zespół nabytego upośledzenia odporności		5	4	8
Rzeżączka		37	53	119
Choroby przenoszone drogą płciową wywołane przez Chlamydie		34	31	161
Kiła		98	113	148
<b>Choroby środowiskowe – legionelloza</b>				
Choroba legionistów		27	36	31
<b>Inne choroby zakaźne istotne w nadzorze epidemiologicznym</b>				
Styczność i narażenie na wściekliznę/potrzeba szczepień		625	566	813
Ospa mała		2	16	1
Wirusowe zapalenie wątroby typu B		85	68	107
Wirusowe zapalenie wątroby typu C		110	115	170

\*Dane w powyższej tabeli pochodzą z MZ-56 „Sprawozdanie o zachorowaniach na choroby zakaźne, zakażeniach i zatruciach zgłoszonych w okresie (...)”

## 2. Analiza wybranych chorób zakaźnych

### Denga (gorączka krwotoczna)

**Czynnik etiologiczny:** wirus RNA z rodziny *Flaviviridae*

**Źródło zakażenia:** chory człowiek lub zwierzę (człowiek nie zakaża się od człowieka, jedynie zakażona matka może przekazać wirusa wraz z mlekiem)

**Droga szerzenia:** do zakażenia człowieka dochodzi na skutek ukąszenia przez jeden z rodzajów komara przenoszącego wirusa. Dengę przenoszą głównie komary z rodzaju *Aedes*, przede wszystkim *Aedes aegypti* (komar egipski) oraz *Aedes albopictus* (komar tygrysi)

**Okres wylęgania:** od 8 do 10 dni (od ukucia przez komara, który ma w sobie wirusa dengi do wystąpienia pierwszych objawów)

**Objawy:** choroba ma trzy postaci:

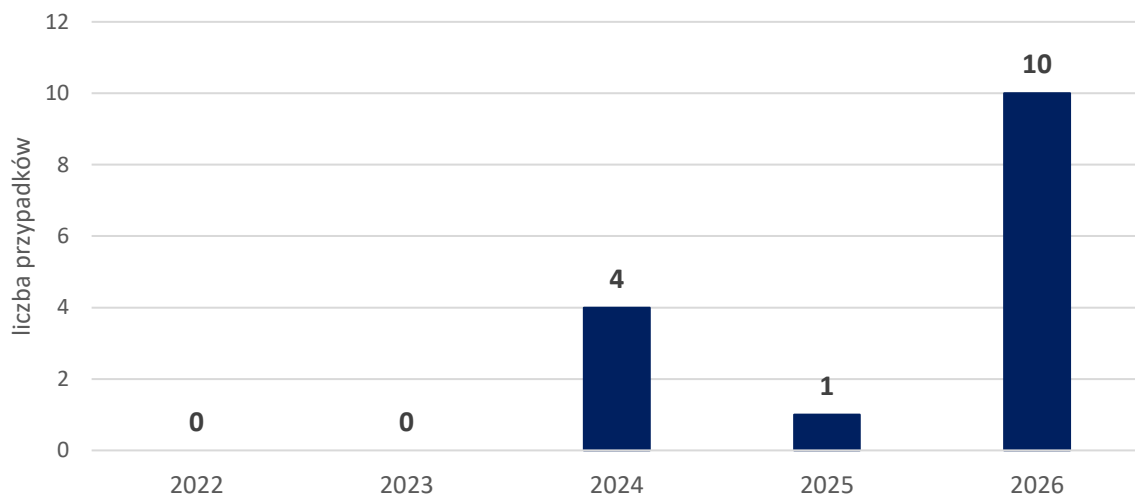
- 1) postać klasyczna – objawy grypopodobne, wysoka gorączka, dreszcze, silne bóle głowy, mięśni i stawów. Pojawiają się też objawy ze strony przewodu pokarmowego (biegunka), uszkodzenie wątroby i wystąpienie żółtaczk. Czas trwania choroby nie przekracza 7 dni. Jako następstwo mogą wystąpić brak łaknienia aż do jadłowstrętu oraz objawy depresyjne i lękowe.
- 2) postać krwotoczna (DHF) – przebiega zazwyczaj dwuetapowo: objawy chorobowe w pierwszym etapie są zbliżone lub takie same jak w postaci klasycznej, a w drugim etapie występują objawy skazy krwotocznej pod postacią krwawienia z nosa, wybroczyn dośluzówkowych, niekiedy krwawych wymiotów lub stolców z krwią. Na skórze pojawia się wysypka odropodobna nie obejmująca twarzy. Postać ta może wystąpić, jeśli dojdzie do powtórnego zakażenia wirusem.
- 3) postać wstrząsowa (DSS) – najcięższa postać charakteryzuje się spadkiem ciśnienia tętniczego, utratą przytomności, wstrząsem, zespołem rozsianego wykrzepiania wewnątrznaczyniowego (DIC) i hipoalbuminemią.

**Występowanie:** rodzime zachorowania na dengę występują w Afryce, Ameryce Południowej i Środkowej, Karaibach, krajach regionu Pacyfiku, wschodniej części Morza Śródziemnego i Azji Południowo-Wschodniej. Od 2010 r. odnotowuje się zachorowania na dengę nabyte w Europie.

Ryzyko pojawienia się dengi w Europie (w tym także w Polsce) wiąże się głównie z tym, że zakażeni podróżnicy/turyści wracają z krajów, gdzie ta choroba jest powszechna. Jeśli w danym miejscu Europy występują też odpowiednie komary zdolne do przenoszenia wirusa (w Niemczech, Czechach, Słowacji potwierdzono obecność komarów tygrysi, w Polsce nie odnotowano), mogą one zarazić kolejne osoby i choroba może się dalej rozprzestrzeniać.

Aktualne prawdopodobieństwo wystąpienia rodzimych zachorowań na dengę na obszarach kontynentalnej Europy wzrasta, ponieważ warunki środowiskowe stają się korzystne dla aktywności ww. gatunków komarów, jak i namnażania wirusa w komarach.

W Małopolsce w I i II kwartale 2026 r. odnotowano 10 przypadków gorączki dengi, wszystkie jako infekcje zawleczone, czyli nabyte poza Polską m.in. w Tajlandii, na Malediwach, w Wietnamie (wykres 1). Po okresach ograniczeń w latach pandemicznych ludzie częściej wyjeżdżają do regionów, gdzie denga jest endemiczna (Azja Południowo-Wschodnia, Ameryka Łacińska).



**Wykres 1. Liczba przypadków dengi w woj. małopolskim w I i II kwartale w latach 2022-2026.**

### **Profilaktyka:**

- 1) przed podróżą w rejony występowania dengi idź do lekarza medycyny podróży i zapytaj o szczepionkę – Europejska Agencja Leków (EMA) dopuściła do obrotu szczepionkę przeciwko gorączce denga, jednak kwalifikacja do jej podania jest sprawą indywidualną i zależy między innymi od wieku podróżnego, czy przechorowania dengi w przeszłości.
- 2) w czasie podróży:
  - stosuj repelenty na skórę i na ubrania,
  - ubieraj odpowiednie ubranie (długie rękawy i spodnie),
  - stosuj moskitiery oraz siatki zakrywające okna i drzwi,
  - stosuj środki owadobójcze na moskitiery i ubranie,
  - stosuj spirale przeciwkomarowe,
  - używaj klimatyzacji,
  - w okresie żerowania komarów, o ile to możliwe, przebywaj w zamkniętych pomieszczeniach.

## Wirusowe zapalenie wątroby typu A

(tzw. „choroba brudnych rąk”, „żółtaczką pokarmową”)

**Czynnik etiologiczny:** wirus *HAV*

**Źródło zakażenia:** zakażony człowiek

**Droga szerzenia:** głównie pokarmowa (brudne ręce lub skażona żywność), rzadziej droga kontaktów seksualnych (głównie analnych) lub bardzo rzadko poprzez skażone igły u narkomanów, czy transfuzję krwi

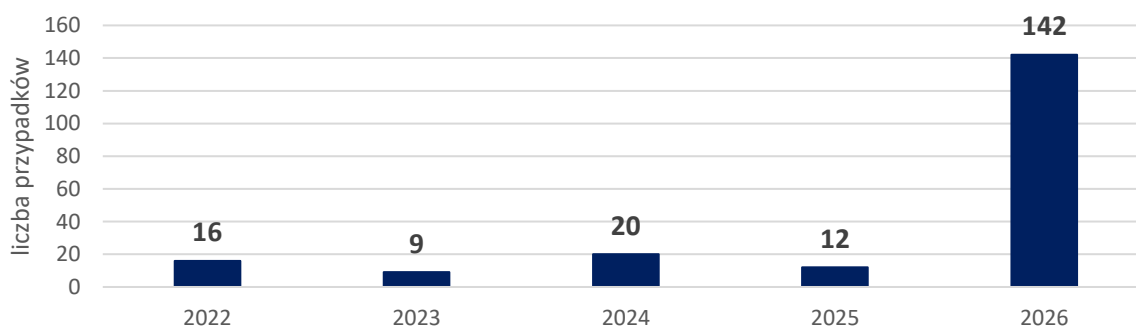
**Okres wylęgania:** od 15 do 50 dni (średnio 30 dni)

**Objawy:** osłabienie, gorączka, brak apetytu, nudności, bóle brzucha (szczególnie w prawym podżebrzu), żółtaczką (zażółcenie skóry i oczu), ciemny mocz, jasny stolec, powiększenie wątroby

W naszym kraju zachorowania na WZW A występowały w przeszłości przeważnie u osób podróżujących do państw o wyższej niż Polska endemiczności występowania tego wirusa. W czerwcu 2017 r. miał jednak miejsce gwałtowny wzrost zachorowań na tę jednostkę chorobową, który związany był z trwającym w Europie, a także na terenie naszego kraju ogniskiem WZW A wśród mężczyzn mających kontakty seksualne z mężczyznami (ang. MSM).

Od 1 stycznia do 30 czerwca 2026 r. zarejestrowano w Małopolsce 142 przypadki zachorowań na WZW A, co stanowiło wzrost o ponad 1000% w porównaniu do analogicznego okresu 2025 r., kiedy to zgłoszono 12 przypadków (wykres 2). Podobna tendencja zauważalna była również w odniesieniu do całej Polski, choć odnotowany wzrost nie był aż tak duży (o ok. 300%) – 1 312 zachorowań w ww. okresie 2026 r. do 334 zachorowań w ww. okresie 2025 r.

Należy podkreślić, iż każde zachorowanie stwarza ryzyko wystąpienia lokalnego ogniska. W całym 2025 r. odnotowano 8 ognisk zakażenia wirusem zapalenia wątroby typu A (7 domowych i 1 w DPS), podczas gdy od 1 stycznia do 30 czerwca 2026 r. zarejestrowano już 11 takich ognisk (wszystkie domowe).



**Wykres 2. Liczba przypadków WZW A w woj. małopolskim w I i II kwartale w latach 2022-2026.**

**Profilaktyka:** szczepienie przeciw HAV, higiena rąk, spożywanie bezpiecznej (czystej) wody i żywności, unikanie surowych/nieumytych produktów w rejonach o niskim standardzie sanitarnym

## Choroby przenoszone drogą płciową wywołane przez Chlamydie

**Czynnik etiologiczny:** *Chlamydia trachomatis* (bakteria wewnątrzkomórkowa)

**Źródło zakażenia:** zakażony człowiek (często bezobjawowy)

**Droga szerzenia:** kontakty seksualne (waginalne, analne, oralne), zakażenie okołoporodowe

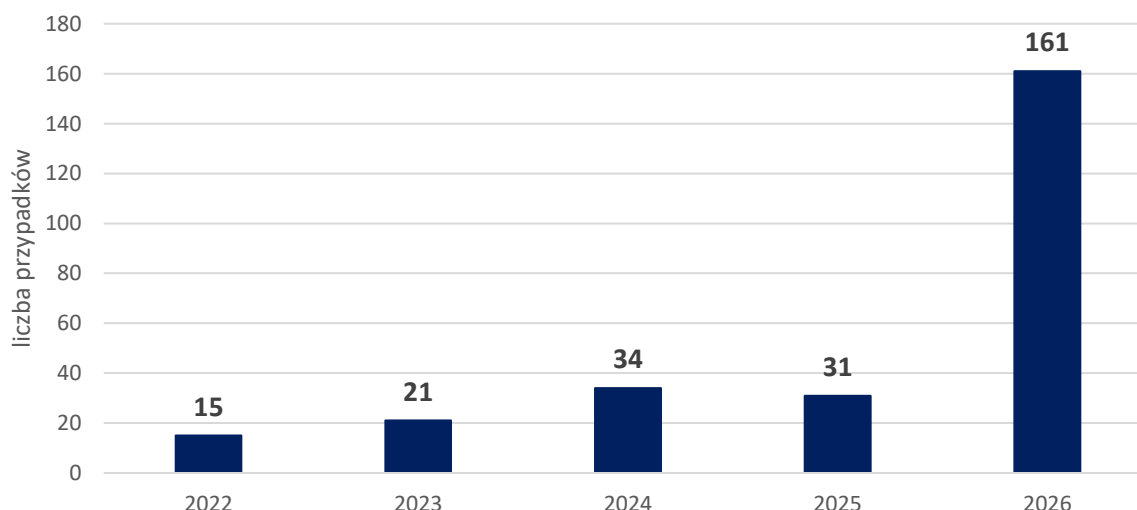
**Okres wylęgania:** zwykle 7-21 dni

**Objawy:** często brak objawów

- u kobiet: upławy, krwawienia międzymiesiączkowe, ból podbrzusza
- u mężczyzn: pieczenie przy oddawaniu moczu, wydzielina z cewki
- możliwe zapalenie szyjki macicy, cewki moczowej
- powikłania: niepłodność, ciąża pozamaciczna

W I i II kwartale 2026 r. odnotowano w Małopolsce znaczny wzrost chorób przenoszonych drogą płciową wywołanych przez Chlamydie w porównaniu do analogicznego okresu w latach poprzednich. Do Inspekcji Sanitarnej na terenie naszego województwa zgłoszono 161 przypadków chorób wywołanych przez *Chlamydia trachomatis*, natomiast w I i II kwartale 2025 r. – jedynie 31 zachorowań (wykres 3). Stanowiło to wzrost o ponad 400%.

Podobna tendencja dotyczy również całej Polski. Od 1 stycznia do 30 czerwca 2026 r. zarejestrowano w naszym kraju 940 zachorowań, natomiast w tym samym okresie w 2025 r. – 656 przypadków.



**Wykres 3. Liczba przypadków chorób przenoszonych drogą płciową wywołanych przez Chlamydie w woj. małopolskim w I i II kwartale w latach 2022-2026.**

**Profilaktyka:** stosowanie prezerwatyw, regularne badania (szczególnie u osób <25 r.ż. i posiadających wielu partnerów seksualnych), leczenie się osób zakażonych i ich partnerów, edukacja seksualna, unikanie ryzykownych kontaktów seksualnych.

## Rzeżączka

**Czynnik etiologiczny:** bakteria *Neisseria gonorrhoeae* (dwoinka rzeżączki)

**Źródło zakażenia:** zakażony człowiek (często bezobjawowy)

**Droga szerzenia:** kontakty seksualne (waginalne, analne, oralne), rzadziej okołoporodowo (z matki na noworodka)

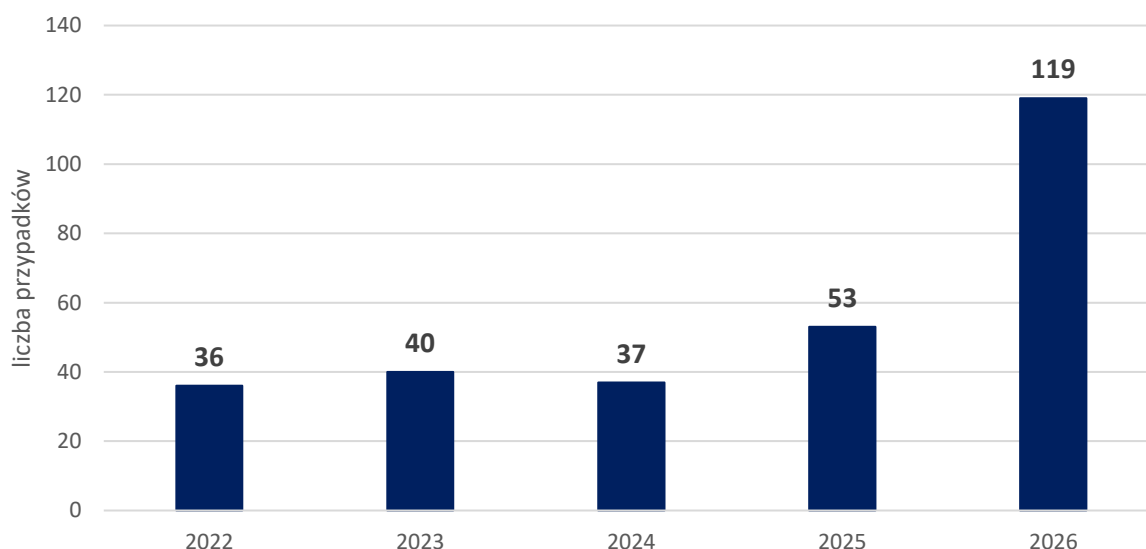
**Okres wylęgania:** zwykle 2-7 dni (czasem do 14 dni)

### **Objawy:**

- u mężczyzn: ropny wyciek z cewki moczowej, ból przy oddawaniu moczu
- u kobiet: upławy, ból podbrzusza, często skąpe objawy lub ich brak
- możliwe zakażenia gardła, odbytu
- powikłania: zapalenie narządów miednicy mniejszej, niepłodność

Rzeżączkę w woj. małopolskim diagnozuje się coraz częściej. W okresie od 1 stycznia do 30 czerwca 2026 r. do Inspekcji Sanitarnej w Małopolsce zgłoszono 119 rozpoznań tej jednostki chorobowej, podczas gdy w analogicznym okresie 2025 r. zarejestrowano ją u 53 osób (wykres 4). Oznacza to wzrost w liczbie stwierdzonych przypadków w analizowanym okresie o ponad 120%.

Podobnie w odniesieniu do całego kraju. W I i II kwartale 2026 r. odnotowano 822 przypadki, natomiast w I i II kwartale 2025 r. – 716 przypadków.



**Wykres 4. Liczba przypadków rzeżączki w woj. małopolskim w I i II kwartale w latach 2022-2026**

**Profilaktyka:** stosowanie prezerwatyw, badania przesiewowe u osób aktywnych seksualnie, leczenie się osób zakażonych i ich partnerów, unikanie ryzykownych kontaktów seksualnych.

### 3. Ogniska chorób zakaźnych

Ognisko zakażeń i zatruc pokarmowych, określane jako ognisko pokarmowe, odnosi się do sytuacji, w której występuje powiązane ze sobą zachorowanie wielu osób po spożyciu tego samego pokarmu lub wody.

#### Rodzaje ognisk pokarmowych:

- ogniska domowe – ograniczone do jednej rodziny lub gospodarstwa,
- ogniska zbiorowe – obejmujące większą grupę osób.

#### Ze względu na mechanizm zachorowania ogniska pokarmowe dzielimy na:

- zakażenia pokarmowe – powstają, gdy wraz z jedzeniem do organizmu dostają się drobnoustroje chorobotwórcze (np. *Salmonella*)
- zatrucia pokarmowe – występują po spożyciu pokarmu zawierającego toksyny (trucizny) wytworzone przez bakterie (np. jad kiełbasiany) lub substancje chemiczne.

Analizując sytuację epidemiologiczną w zakresie ognisk przenoszonych drogą pokarmową w I i II kwartałach trzech ostatnich lat, najwyższą liczbę ognisk zgłoszonych do Inspekcji Sanitarnej w Małopolsce odnotowano w I półroczu 2025 r. (72 ogniska), z czego 63,9% stanowiły ogniska domowe. Najniższą z kolei liczbę ognisk zarejestrowano w I półroczu 2024 r. (39 ognisk). We wszystkich trzech analizowanych okresach czasu dominowały ogniska domowe, których czynnikiem etiologicznym była bakteria *Salmonella*.

Rodzaj ogniska ze względu na miejsce jego wystąpienia	I i II kw. 2024 r.		I i II kw. 2025 r.		I i II kw. 2026 r.	
	Liczba	Czynnik etiologiczny	Liczba	Czynnik etiologiczny	Liczba	Czynnik etiologiczny
<b>Domowe</b>	19	Salmonella – 7 Rotawirus - 3 Hepatitis/HAV - 2 Giardia lamblia - 1 Norowirus - 1 Czynnik nieustalony - 5	46	Salmonella – 30 Czynnik nieustalony - 7 Rotawirus - 3 Giardia lamblia - 2 Hepatitis/HAV - 2 Norowirus – 1 Campylobacter – 1	31	Salmonella - 15 Hepatitis/HAV - 11 Norowirus - 2 Czynnik nieustalony – 2 Campylobacter – 1
<b>Szpitalne</b>	14	Clostridioides difficile - 14	21	Clostridioides difficile - 16 Norowirus - 3 Rotawirus - 2	15	Clostridioides difficile - 12 Rotawirus – 2 Norowirus - 1
<b>Pozostałe</b>	6	Norowirus - 3 Czynnik nieustalony – 2 Salmonella – 1	5	Norowirus – 3 Salmonella - 1 Czynnik nieustalony - 1	7	Norowirus – 3 Czynnik nieustalony – 2 Rotawirus - 1 Campylobacter – 1
<b>Łącznie</b>	<b>39</b>		<b>72</b>		<b>53</b>	

## III. Szczepienia Ochronne

### 1. Czy znasz historię szczepionek?

Pierwsza szczepionka została opracowana w 1796 r. przez angielskiego lekarza Edwarda Jennera. Przeprowadził on eksperyment, polegający na pobraniu od osoby zakażonej wirusem ospy krowiej płynu surowiczego ze zmian chorobowych, a następnie wstrzyknięciu ośmioletniemu chłopcu. W jego organizmie rozwinęła się łagodna postać choroby, dzięki czemu stał się on również odporny na ospę prawdziwą. Choroba ta oraz wiele innych zostały wyeradykowane w XX wieku m.in. dzięki powszechnej wakcynizacji oraz działaniom Jennera. Podsumowując, szczepienia ochronne, obok higieny i antybiotyków są jednymi z największych osiągnięć współczesnej medycyny.

#### Historia szczepień w pigułce

Już około 1000 r. zauważono związek pomiędzy narażeniem na daną chorobę a odpornością. Osoby, którym udało się przeżyć chorobę zakaźną nie zarażały się nią ponownie, dlatego podjęto próby uodparniania ludzi poprzez wariolizację. Jest to proces, który polega na umieszczeniu pod skórą niewielkiej ilości materiału zakaźnego (np. ze zmian chorobowych ospy prawdziwej) od pacjentów, którzy z tej choroby wyzdrowieli. Jednakże, metoda ta była obciążona wysokim ryzykiem, przyczyniała się niekiedy do śmierci, a nawet epidemii.

W średniowieczu oraz czasach nowożytnych choroby zakaźne szybko się rozprzestrzeniały, szczególnie w zatłoczonych miastach, gdzie ciężko było o zachowanie zasad higieny. Najwięcej zgonów powodowała ospa prawdziwa, krztusiec oraz odra. Po odkryciu Jennera z 1796 r. oraz zastosowaniu powszechnej wakcynacji udało się w 1980 r. całkowicie wyeradykować ospę prawdziwą, co zostało potwierdzone przez Światową Organizację Zdrowia (ang. WHO). Kolejnym przełomowym momentem były odkrycia Louisa Pasteura – szczepionka przeciwko wąglikowi oraz wściekliznie. XX wiek przyniósł kolejne sukcesy – opracowanie szczepionek przeciw gruźlicy, błonicy, krztuścowi, tężcowi, durowi, żółtej gorączce, grypie, polio, odrze, śwince, różyczce oraz WZW A i B. W latach 60 XX wieku w Polsce wprowadzono Program Szczepień Ochronnych z podziałem na szczepienia obowiązkowe i zalecane. Szczepienia w obecnej formie istnieją od pokoleń, łagodząc skutki chorób, którym można dzięki nim zapobiec, dlatego ważnym jest, aby były one kontynuowane oraz rozwijane.

## Kalendarium odkryć

- 1796** r. – pierwsza w historii szczepionka (przeciw ospie prawdziwej)
- 1896** r. – pierwsza inaktywowana szczepionka (przeciwko durowi brzuszemu i cholercie)
- 1932** r. – pierwsza szczepionka z adiuwantami (przeciwko krztuścowi)
- 1946** r. – pierwsza szczepionka przeciwko grypie
- 1952** r. – pierwsza szczepionka przeciw polio
- 1961** r. – odkrycie mRNA
- 1963** r. – pierwsza szczepionka przeciw odrze
- 1972** r. – opracowanie koncepcji szczepionki wektorowej
- 1980** r. – wyeradykowanie ospy prawdziwej
- 1981** r. – pierwsza szczepionka białkowa
- 2002** r. – uznanie Europy za obszar wolny od polio
- 2006** r. – opracowanie szczepionki przeciw HPV
- 2019** r. – opracowanie pierwszej szczepionki wektorowej przeciw wirusowi ebola
- 2020** r. – pierwsza szczepionka mRNA (przeciwko Covid-19)

## 2. Realizacja Programu Szczepień Ochronnych

### Szczepionka przeciw gruźlicy

Gruźlica to choroba zakaźna wywołwana przez bakterie – prątki gruźlicy z grupy *Mycobacterium tuberculosis complex*. Głównym źródłem zakażenia jest chory człowiek, szczególnie nieleczony. Prątki wraz z wydychanym powietrzem przenoszą się od osoby chorej na zdrową.

Szczepionka BCG (*Bacillus Calmette-Guerin*) zawiera żywe, osłabione prątki bydłęce. Preparat szczepionkowy został podany po raz pierwszy w 1921 r. przez naukowców Instytutu Pasteura w Lille, natomiast pierwsze szczepienie w Polsce odbyło się w 1926 r. Szczepionka BCG pozostaje podstawowym narzędziem immunoprofilaktyki gruźlicy na świecie.

Ciekawostką może być fakt, że szczepienie BCG zapobiega również trądowi – chorobie skóry i nerwów wywołanej przez prątki *Mycobacterium leprae*.

### Realizacja PSO dla szczepienia BCG

Szczepionka przeciw gruźlicy jest pierwszą obowiązkową szczepionką w ramach Programu Szczepień Ochronnych (PSO). Podaje się ją w pierwszych dobach życia, przed wypisaniem dziecka ze szpitala do domu. Podaje się ją śródskórną i wystarczającą jest jedna dawka w okresie noworodkowym. Nie podaje się dawek przypominających.

Przed wprowadzeniem szczepień BCG oraz leków przeciwprątkowych w Polsce umierało rocznie około 1 500 dzieci. Największą korzyścią ze szczepienia BCG jest znaczna redukcja ryzyka najcięższych postaci: gruźliczego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych oraz postaci rozsianej tej choroby.

## **IV. Inne wybrane zagadnienia**

### **1. Obowiązujące zasady zgłaszania oraz rejestracji chorób zakaźnych**

1. Zgodnie z zapisami ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. z 2025 poz. 1675):

- lekarz lub felczer, który podejrzewa lub rozpoznaje zakażenie, chorobę zakaźną lub zgon z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej jest zobowiązany do zgłoszenia tego faktu właściwemu państwowemu inspektorowi sanitarnemu – niezwłocznie, nie później jednak niż w ciągu 24 godzin od chwili powzięcia podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu,
- diagnosta laboratoryjny lub osoba uprawniona zgłasza dodatni wynik badania w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych u ludzi właściwemu państwowemu inspektorowi sanitarnemu – niezwłocznie, nie później jednak niż w ciągu 24 godzin od momentu uzyskania wyniku.

2. Listę chorób zakaźnych, zakażeń, zgonów z ich powodu oraz biologicznych czynników chorobotwórczych podlegających zgłoszeniu do Państwowej Inspekcji Sanitarnej określają następujące akty prawne:

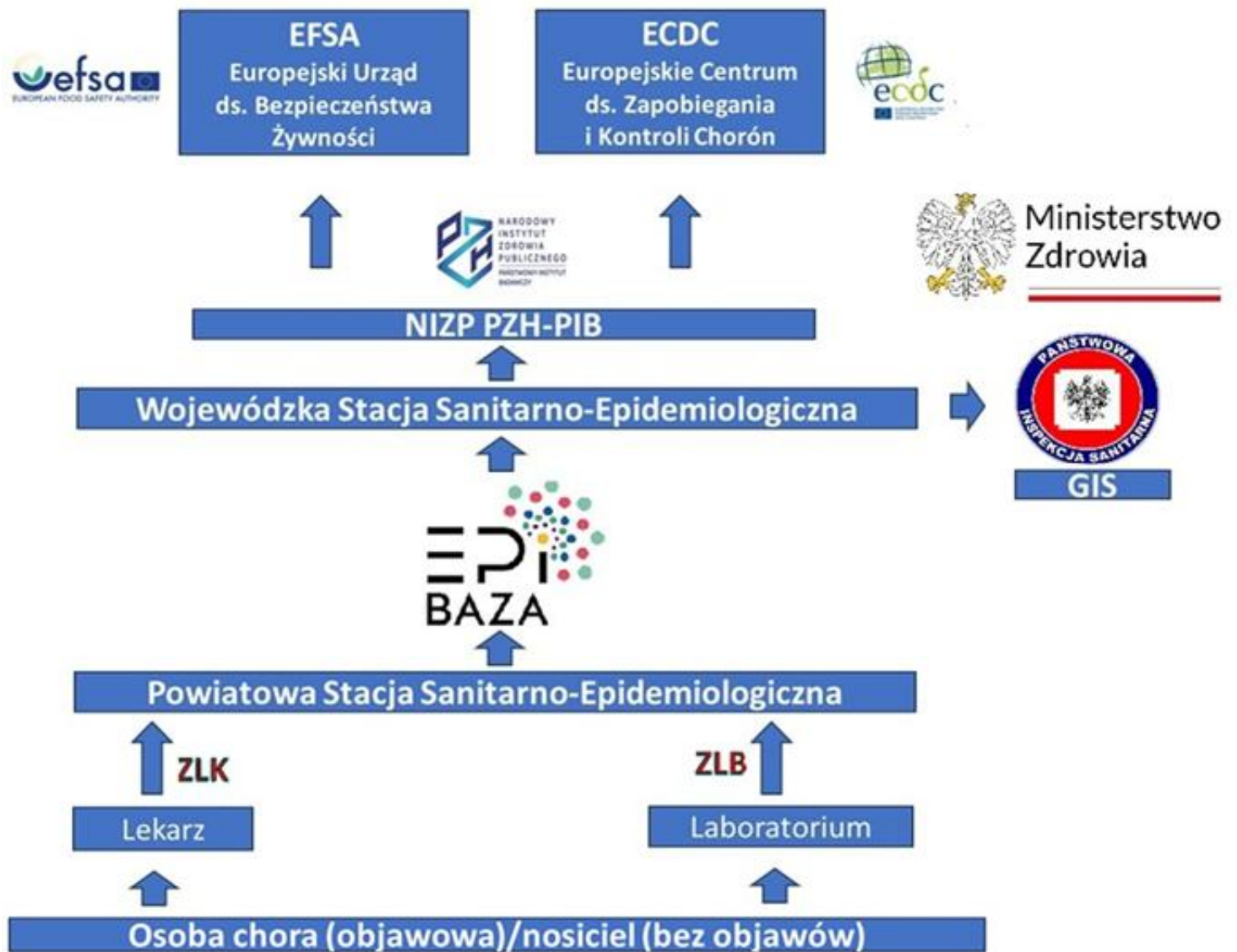
- rozporządzenie z dnia 10 grudnia 2019 r. w sprawie zgłaszania podejrzeń i rozpoznań zakażeń, chorób zakaźnych oraz zgonów z ich powodu (tj. Dz.U. z 2023 poz. 1045),
- rozporządzenie z dnia 24 czerwca 2020 r. w sprawie zgłaszania wyników badań w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych u ludzi (Dz.U. z 2020 poz. 1118).

3. Zgłoszenia są weryfikowane i kwalifikowane na podstawie obowiązujących w Polsce kryteriów definicji przypadków chorób zakaźnych opracowanych na potrzeby nadzoru epidemiologicznego przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy (NIZP PZH – PIB).

4. Powyższe dane sprawozdawane są w dwutygodniowych „MZ-56 Sprawozdanie o zachorowaniach na choroby zakaźne, zakażeniach i zatruciach (...)”. Dane ogólnopolskie dostępne są na stronie internetowej NIZP PZH – PIB:

[https://wwwold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/index\\_p.html](https://wwwold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/index_p.html)

Przekazywanie formularzy (ZLK od lekarzy i ZLB od diagnostów laboratoryjnych) do Inspekcji Sanitarnej stanowi istotny element systemu nadzoru epidemiologicznego. Poniżej przedstawiono schemat raportowania danych kliniczno-epidemiologicznych z przedmiotowych formularzy w Polsce.





**Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna  
w Krakowie**  
**ul. Prądnicka 76**  
**31-202 Kraków**