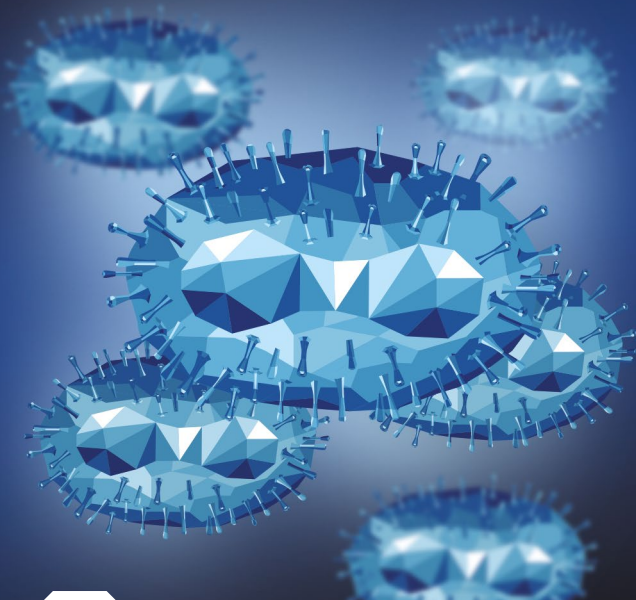


MPOX



STOP

**POWIEDZ STOP WIRUSOWI MPOX.
SPRAWDŹ, JAK ZAPOBIEGAĆ I LECZYĆ.
WEJDŹ NA [AIDS.GOV.PL](https://aids.gov.pl)**

Bezpłatne, drukowane wydawnictwa
Krajowego Centrum ds. AIDS
można zamówić, pisząc na adres:

**ul. Samsonowska 1,
02-829 Warszawa**

lub

**aids@aids.gov.pl
tel. 22 331 77 77**

Elektroniczne wersje
wszystkich publikacji wydanych
przez Krajowe Centrum ds. AIDS
znajdują się
na stronie internetowej
aids.gov.pl



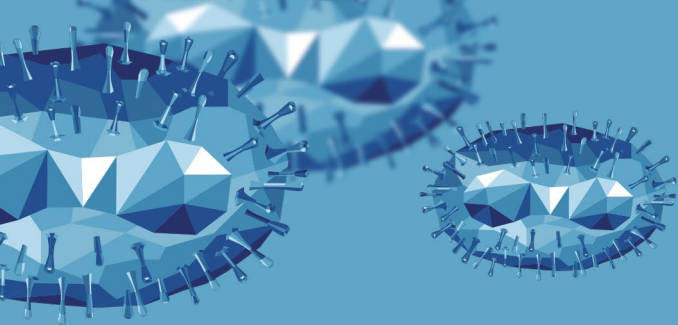
MPOX



WPROWADZENIE

Mpox (dawniej ospa mała, ang. *monkeypox*) to odzwierzęca choroba zakaźna wywoływana przez wirusa mpox (ang. **MonkeyPoX Virus**, MPXV), bliskiego krewnego wirusa ospy prawdziwej. Choć należy do tej samej rodziny, wywołuje znacznie łagodniejszy przebieg choroby i rzadko prowadzi do ciężkich powikłań.





Wirus mpox przez wiele lat pozostawał mało znany, ponieważ występował prawie wyłącznie na obszarze Afryki Środkowej i Afryki Zachodniej.

Sytuacja zmieniła się dopiero w 2022 roku, kiedy doszło do epidemii o zasięgu międzynarodowym. Jej rozwój związany był z rozprzestrzenianiem się zakażenia drogą kontaktów seksualnych, głównie wśród mężczyzn mających kontakty seksualne z mężczyznami (ang. **Man** who have **Sex** with **Man**, MSM).



W konsekwencji przypadki mpox zaczęto odnotowywać na całym świecie, w tym w Europie.

Naturalnym rezerwuarem¹ wirusa mpox są przede wszystkim małe gryzonie oraz naczelne.

Zakażenie może rozprzestrzeniać się wśród ludzi (zakażenia człowiek–człowiek) w trakcie kontaktu bezpośredniego bez dalszego istotnego udziału zakażeń odzwierzęcych.

1. W medycynie **rezerwuuar** to organizm, środowisko lub populacja, w której czynnik zakaźny (np. wirus, bakteria, pasożyt) normalnie żyje, rozmnaża się i może być przechowywany, zanim przeniesie się na kolejnego żywiciela.



DO ZAKAŻEŃ DOCHODZI GŁÓWNIIE:

- 1.** podczas kontaktów intymnych (takich jak przytulanie, pieszczenie, całowanie, masaż), w tym także podczas wszelkich kontaktów seksualnych,
- 2.** w wyniku bliskich, codziennych kontaktów domowych (np. spanie w jednym łóżku lub korzystanie ze wspólnej toalety czy kontaktu ze skórą osoby chorej),
- 3.** przez kontakt ze skażonymi przedmiotami, zanieczyszczonymi materiałem zakaźnym, takimi jak: ubrania, pościel, ręczniki, naczynia, sztućce, zabawki seksualne,
- 4.** drogą kropelkową, zwykle tylko podczas długotrwałego kontaktu z chorym twarzą w twarz oraz
- 5.** z matki na dziecko, przez łożysko w trakcie ciąży, w czasie porodu lub po porodzie.



Obecnie najczęściej zakażają się **mężczyźni mający kontakty seksualne z mężczyznami** (MSM). Wynika to z charakteru kontaktów i sposobu szerzenia się wirusa, a nie z podatności biologicznej.

Zakażeniu może ulec **każda osoba**, szczególnie jeżeli nie była szczepiona w przeszłości przeciw ospie prawdziwej.

Do zakażeń dochodzi również w dużych skupiskach ludzkich, np. w trakcie imprez masowych (koncerty, dyskoteki, parady) oraz w saunach.



OBJAWY

W miejscu wniknięcia wirusa mpox do organizmu (poprzez nieuszkodzoną skórę lub błony śluzowe) pojawiają się **charakterystyczne, swędzące i często bolesne zmiany skórne**. Liczba zmian może wynosić od kilku do kilkuset, a ich nasilenie jest zazwyczaj związane z ciężkością przebiegu choroby.

Bardzo rzadko zdarza się bezobjawowy przebieg choroby, ale nie wpływa to na możliwość zakażenia innych osób.



Zmiany ewoluują zwykle w ciągu 12 dni, przechodząc kolejno przez etapy:

plamka → grudka
→ pęcherzyk (z pępkowatym wgłębieniem w środku)
→ krosta → strup
(centralny, ciemnego koloru).

W przypadku zakażeń drogą kontaktu bezpośredniego, w zależności od jego rodzaju, zmiany te mogą występować **na dłoniach** (kontakty manualne), **w jamie ustnej** (pocałunki, kontakty oralne), **na narządach płciowych i wokół nich** (kontakty waginalne i analne aktywne), **wokół odbytu i w odbytnicy** (kontakty analne pasywne).

Zmiany te w wyniku samozakażenia mogą rozprzestrzeniać się na całe ciało, w tym na owłosioną skórę głowy oraz na powierzchnie dłoniowe rąk i podeszwy stóp. Objawy zwykle pojawiają się po 7–14 dniach (do 21 dni) od kontaktu i zazwyczaj towarzyszy im bolesne powiększenie okolicznych węzłów chłonnych.

Zarówno przed pojawieniem się zmian skórnych, jak i po ich pojawieniu się mogą dodatkowo występować **objawy ogólne, takie jak: poczucie osłabienia i zmęczenia, gorączka, dreszcze, bóle mięśni i głowy, suchy kaszel.**

Pełny przebieg choroby trwa zwykle 2–4 tygodnie, po czym ulega samoograniczeniu, kończąc się całkowitym wyleczeniem i uzyskaniem długotrwałej odporności. Człowiek przestaje być zakaźny dla otoczenia po wygojeniu się zmian skórnych, odpadnięciu strupów i pokryciu się zmian nowym naskórkiem. Po odpadnięciu strupów mogą pozostać głębokie blizny, które zanikają w okresie od roku do czterech lat.

Cięższy przebieg mpox obserwuje się wśród małych dzieci, kobiet w ciąży, osób z towarzyszącymi chorobami przewlekłymi i/lub innymi chorobami zakaźnymi (np. odra, malaria) oraz u osób z zaburzeniami odporności, w tym zakażonych HIV, które się nie leczą.

Do powikłań mpox należą głównie miejscowe lub uogólnione wtórne infekcje bakteryjne, rzadziej zapalenie spojówek i rogówki, które może

prorowadzić do trwałej ślepoty, zapalenie mózgu i zapalenie płuc, które może prowadzić do niewydolności oddechowej. Współczynnik śmiertelności mpox waha się od <1% do 11% i jest zależny od tego, który wariant genetyczny wirusa wywołał chorobę.

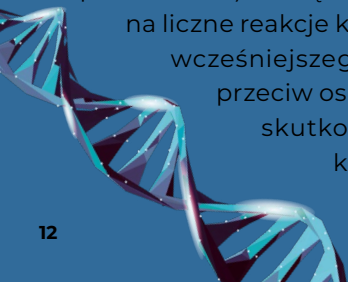


DIAGNOSTYKA

Kluczową rolę odgrywa **ocena kliniczna**. Charakterystyczny wygląd zmian skórnych i ich typowa lokalizacja często pozwalają lekarzowi podejrzewać zakażenie wirusem mpox. Jednak, w związku z tym, że choroba ta występuje w Polsce rzadko, jej objawy mogą być łatwo pomyłone z innymi chorobami dermatologicznymi lub zakaźnymi, które powodują wystąpienie podobnych zmian skórnych.

Obecnie standardem diagnostycznym wykrywania MPXV jest **badanie molekularne przy użyciu reakcji łańcuchowej polimerazy DNA** (ang. *Polymerase Chain Reaction*, PCR) z wymazów, aspiratu, zeszkrobin lub biopsji pochodzących ze zmian skórnych. Można również poszukiwać materiału genetycznego wirusa w wymazach z jamy ustnej, cewki moczowej czy odbytu.

Krew nie jest zalecanym materiałem diagnostycznym ze względu na krótkotrwałe utrzymywanie się w niej wykrywalnego poziomu wirusa. Badania serologiczne (antygen, swoiste przeciwciała) nie są rekomendowane z uwagi na liczne reakcje krzyżowe oraz możliwość wcześniejszego szczepienia pacjenta przeciw ospie prawdziwej, co może skutkować uzyskaniem wyników fałszywie dodatnich.





LECZENIE

W większości przypadków stosuje się jedynie leczenie objawowe i wspomagające, polegające głównie na łagodzeniu świądu i bólu oraz na leczeniu przeciwgorączkowym, prawidłowej pielęgnacji zmian skórnych, zapobieganiu i leczeniu wtórnych nadkażeń bakteryjnych.



Prawidłowa pielęgnacja i higiena zmian skórnych są kluczowe, ponieważ pozwalają ograniczyć ich rozprzestrzenianie, zlewanie się i powstawanie blizn.

W ośrodkach specjalistycznych, w przypadkach mpox o ciężkim przebiegu i powikłanych, możliwe jest zastosowanie leczenia przyczynowego w postaci jednego z leków przeciwwirusowych (zazwyczaj tekowirymat, rzadziej cydofowir czy brincydofowir) i/lub specyficznej immunoglobuliny przeciwko wirusowi ospy.

W Polsce dostępność leków przeciwwirusowych przeciw mpox oraz immunoglobuliny jest ograniczona, a ich użycie wymaga indywidualnej kwalifikacji lekarskiej możliwej jedynie w wyspecjalizowanych ośrodkach.



PROFILAKTYKA

W ramach zapobiegania i zwalczania mpox należy przestrzegać **zasad prawidłowej higieny i dezynfekcji rąk oraz unikać kontaktów z osobą chorą.**

Osoby opiekujące się chorymi (opiekun, personel medyczny, w tym pracownicy laboratoriów medycznych) w kontakcie z chorym lub wydzieliną zakaźną pochodzącą od osób z podejrzeniem lub potwierdzeniem mpox, powinny stosować **odpowiednie środki ochrony osobistej** (rękawiczki jednorazowe, fartuch barierowy z długimi rękawami, maska twarzowa, ochrona oczu).

Osoba, u której wystąpią objawy kliniczne mogące wskazywać na zachorowanie na mpox, powinna **bezwzględnie skontaktować się z lekarzem**, najlepiej ze specjalistą chorób zakaźnych.



Osoby zakażone wirusem mpox podlegają, zgodnie z decyzją lekarza, izolacji domowej lub w przypadkach uzasadnionych – hospitalizacji. Natomiast osoby z bliskiego kontaktu z osobami zakażonymi powinny być poddane nadzorowi epidemiologicznemu lub kwarantannie. **Prezerwatywa nie chroni przed zakażeniem mpox, ponieważ wirus przenosi się przede wszystkim przez kontakt skóry ze skórą i kontakt z wydzielinami.**

Istnieje skuteczne szczepienie przeciwko mpox, ale jego dostępność w Polsce jest ograniczona i zależna od bieżących rezerw państwowych. Dodatkowo obecnie szczepienie to jest możliwe do zastosowania jedynie wśród wybranych grup osób, tj. osób z bliskiego kontaktu oraz personelu medycznego, w tym pracowników laboratoriów.

Jest to szczepionka tożsama ze szczepionką przeciwko ospie prawdziwej, która była stosowana obowiązkowo wśród osób urodzonych przed 1980 rokiem, i chroni przez ciężkim przebiegiem choroby przez całe życie. Schemat podstawowy szczepienia to 2 dawki szczepionki podane w odstępie nie krótszym niż 28 dni. Pełna odporność pojawia się po 2 tygodniach od drugiej dawki szczepienia. Szczepienie to można również zastosować w profilaktyce poekspozycyjnej. Podanie szczepionki do 4 dni po ekspozycji może zapobiec wystąpieniu choroby, a do 14 dni po ekspozycji może spowodować, że jej przebieg będzie łagodniejszy. Obecnie stosowana jest szczepionka III generacji, która nie pozostawia blizny, nie wywołuje choroby u ludzi, a wirus szczepionkowy nie jest w stanie replikować się w komórkach ludzkich.



Bibliografia:

1. World Health Organization (WHO). Mpox: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mpox> [dostęp: 13.11.2025].
2. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Mpox: <https://www.ecdc.europa.eu/en/mpox> [dostęp: 13.11.2025].
3. Ministerstwo Zdrowia. Komunikat w sprawie mpox – najważniejsze informacje. 2024: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/komunikat-w-sprawie-mpox--najwazniejsze-informacje> [dostęp: 13.11.2025].
4. Kowalski J, Cholewińska-Szymańska G, Cielniak I, Wasilewski P, Bieńkowski C, Suchacz M, Dyda T. *Study of the first clinical cases on monkeypox in Poland*. Przegl. Epidemiol. 2022;76(2):168-183.
5. Kowalski J, Cielniak I, Garbacz-Łagoźna E, Cholewińska-Szymańska G, Parczewski M. *Comparison of clinical course of Mpox among HIV-negative and HIV-positive patients: A 2022 cohort of hospitalized patients in Central Europe*. J Med Virol. 2023 Oct;95(10): e29172



Więcej informacji
o mpox
i innych zakażeniach
przenoszonych drogą płciową
znajdziesz na stronie
aids.gov.pl

Znajdź nas na Facebooku:
facebook.com/kcaids

Jeśli chcesz porozmawiać z ekspertem
na temat HIV/AIDS
lub innych zakażeń przenoszonych
drogą płciową, możesz:

✉ napisać
do Poradni Internetowej HIV/AIDS:
aids.gov.pl/pi/
lub

☎ zadzwonić
do Telefonu Zaufania HIV/AIDS
800 888 448

(połączenie bezpłatne)

Autor:

dr Jacek Kowalski

Konsultacja merytoryczna:

dr hab. Monika Bociąga-Jasik, prof. UJ

Redakcja językowa:

Iwona Gąsior

Projekt graficzny:

OKOVABI Katarzyna Jackiewicz

Egzemplarz bezpłatny

sfinansowany przez Krajowe Centrum ds. AIDS
ze środków Ministerstwa Zdrowia

Ministerstwo
Zdrowia



Wydanie I, Warszawa 2026 r.

© Copyright by Krajowe Centrum ds. AIDS