

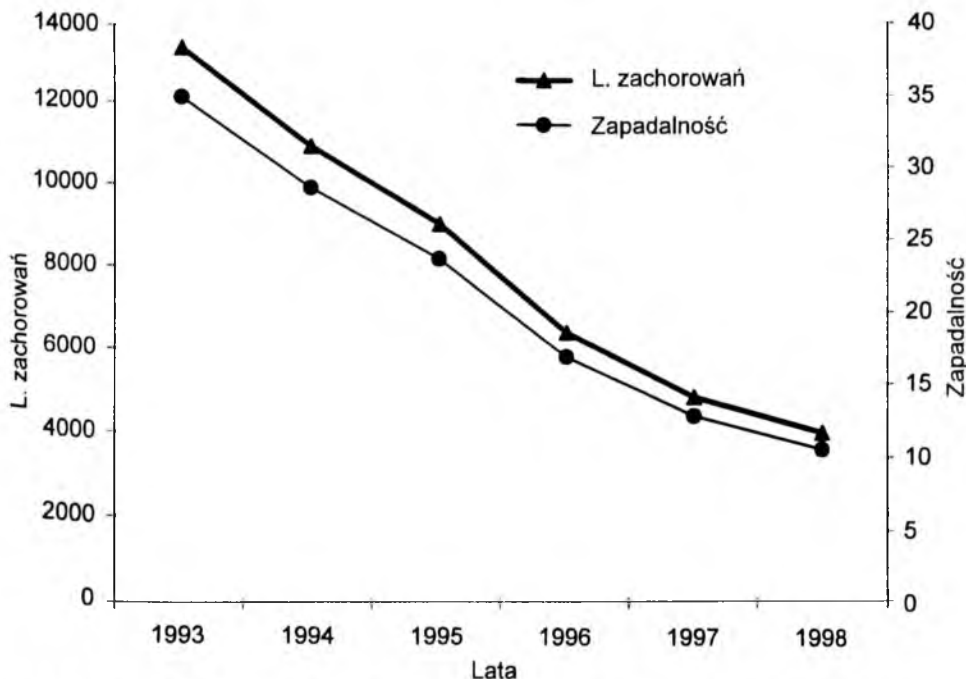
*Krzysztof Kuszewski, Hanna Świdorska*

## WIRUSOWE ZAPALENIE WĄTROBY TYPU B W 1998 ROKU

W 1998 roku w Polsce zostały zarejestrowane 4074 przypadki zachorowań na wirusowe zapalenie wątroby typu B (łącznie z 149 zakażeniami mieszanymi HBV i HCV). Zapadalność wyniosła 10,5/100 000 i była niższa o 2,2 niż rok wcześniej. W roku 1997 chorowało 4896 osób – w tym 66 zakażeń mieszanych, (zapadalność 12,7/100 000).

Obserwowany od 6 lat, od wprowadzenia w 1993 roku intensywnego programu zapobiegania i zwalczania wzv B, stały spadek liczby zachorowań, zapadalności i zmian tych wartości w poszczególnych grupach płci i wieku, który doprowadził do niemal 4-krotnego spadku liczby zachorowań, wykazuje z czasem coraz mniejszą dynamikę. W roku 1997, w stosunku do 1996, spadek liczby zachorowań wyniósł 24%, a w 1998 w porównaniu z rokiem 1997 – 16,7%. Dotychczasowe wyniki programu przedstawia rycina 1.

Liczbę zachorowań i zapadalność w latach 1992–1996 (mediana) oraz w latach 1997 i 1998 według województw przedstawia tabela I.



Ryc. 1. Wzv B w Polsce w latach 1993–1998r. Liczba zachorowań i zapadalność na 100 000

Fig. 1. Hepatitis B in Poland 1993–1998. Number of cases and incidence rate/100 000

Tabela I. Wirusowe zapalenie wroby typu B – ogółem w 1998 roku\*. Mediana za lata 1992–1996, liczba zachorowań, zapadalność na 100 000 ludności wg województw

T a b l e I. Hepatitis B in Poland in 1998. Median 1992–1996, number of cases, incidence rate (in voivodeships)

Województwo	Mediana 1992–1996		1997		1998	
	Zachorowania	Zapadalność	Zachorowania	Zapadalność	Zachorowania	Zapadalność
1	2	3	4	5	6	7
<b>POLSKA</b>	10 924	28,3	4 896	12,7	4 074	10,5
1. St. warszawskie	738	30,6	271	11,2	247	10,2
2. Białkopodlaskie	62	20,1	17	5,5	26	8,4
3. Białostockie	224	32,0	82	11,7	64	9,1
4. Bielskie	261	28,6	137	14,9	102	11,0
5. Bydgoskie	252	22,3	129	11,4	113	9,9
6. Chełmskie	73	29,2	23	9,2	22	8,8
7. Ciechanowskie	129	29,6	99	22,7	71	16,2
8. Częstochowskie	250	32,0	101	12,9	81	10,4
9. Elbląskie	136	27,7	68	13,8	66	13,3
10. Gdańskie	301	20,9	161	11,0	106	7,2
11. Gorzowskie	95	18,8	56	10,9	53	10,3
12. Jeleniogórskie	97	18,5	54	10,3	50	9,5
13. Kaliskie	159	22,1	64	8,9	59	8,2
14. Katowickie	1 385	35,0	712	18,2	603	15,4
15. Kieleckie	348	30,7	161	14,2	199	17,6
16. Konińskie	137	28,7	47	9,8	28	5,8
17. Koszalińskie	122	23,4	55	10,5	46	8,7
18. M. krakowskie	438	35,3	332	26,8	206	16,6
19. Krośnieńskie	81	16,1	31	6,1	27	5,3
20. Legnickie	174	33,3	52	9,9	56	10,7
21. Leszczyńskie	97	24,6	35	8,8	31	7,8
22. Lubelskie	258	25,3	105	10,2	88	8,6
23. Łomżyńskie	95	26,9	71	20,1	42	11,9
24. M. łódzkie	486	43,2	148	13,4	227	20,6
25. Nowosądeckie	204	27,9	88	11,9	69	9,3
26. Olsztyńskie	113	14,7	55	7,1	39	5,0
27. Opolskie	271	26,4	158	15,4	100	9,8
28. Ostrołęckie	113	27,8	45	11,0	46	11,2
29. Piłskie	114	23,2	44	8,9	77	15,5
30. Piotrkowskie	184	28,5	57	8,9	49	7,6
31. Płockie	250	48,0	72	13,8	58	11,1
32. Poznańskie	251	18,6	101	7,4	57	4,2
33. Przemyskie	55	13,3	28	6,7	8	1,9
34. Radomskie	264	35,0	104	13,6	101	13,2
35. Rzeszowskie	89	12,0	23	3,1	33	4,4
36. Siedleckie	122	18,4	68	10,3	48	7,3
37. Sieradzkie	163	39,6	31	7,5	35	8,5
38. Skierniewickie	122	28,8	58	13,7	35	8,3
39. Słupskie	66	15,5	47	11,0	34	7,9

c.d. tab. I

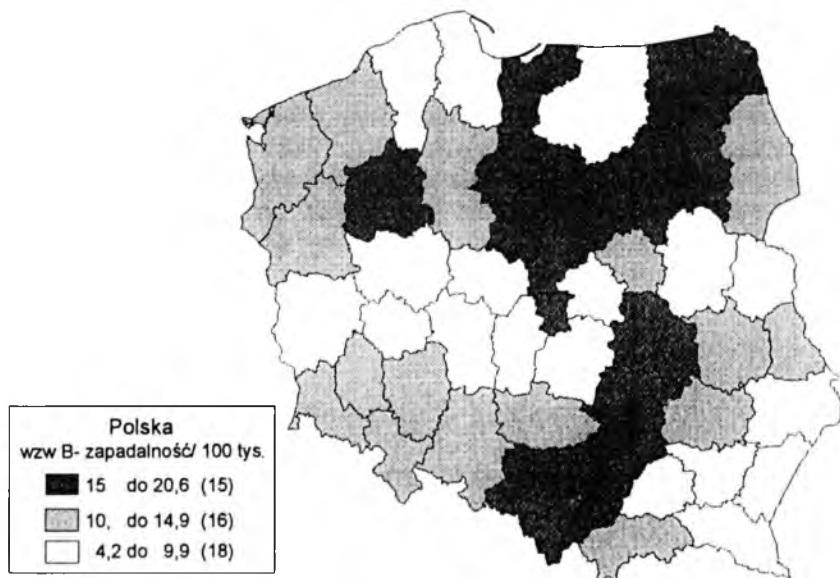
1	2	3	4	5	6	7
40. Suwalskie	109	22,5	67	13,7	59	12,1
41. Szczecińskie	304	30,8	157	15,8	108	10,8
42. Tarnobrzeskie	152	25,0	92	15,1	66	10,8
43. Tarnowskie	187	27,3	70	10,0	46	6,6
44. Toruńskie	212	31,6	85	12,6	77	11,4
45. Wałbrzyskie	210	28,3	105	14,3	73	9,9
46. Włocławskie	157	36,5	45	10,3	48	11,0
47. Wrocławskie	366	32,2	161	14,2	123	10,8
48. Zamojskie	72	14,6	50	10,2	28	5,7
49. Zielonogórskie	198	29,5	74	10,9	44	6,5

\* łącznie z zakażeniami mieszanymi HBV i HCV

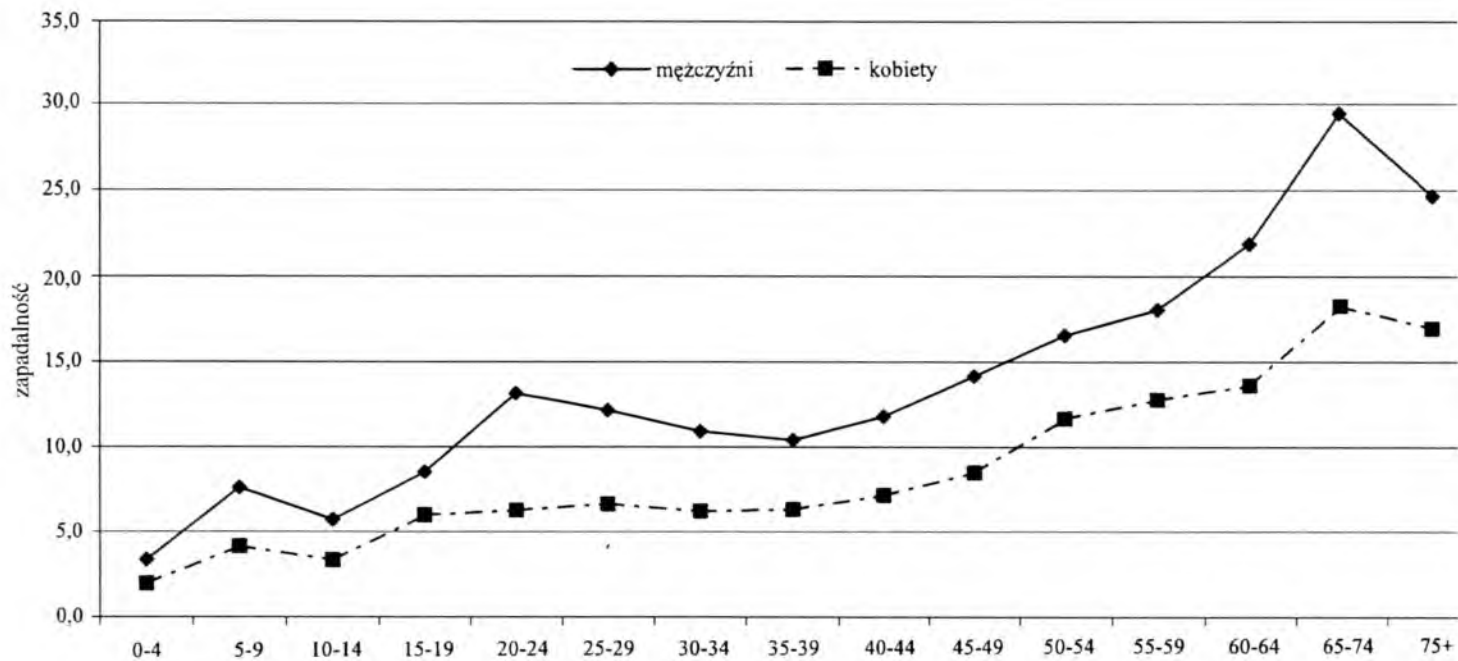
Występują nadal istotne różnice w zapadalności między województwami. Na przykład pomiędzy województwem łódzkim a warszawskim różnica jest dwukrotna (20,6 i 10,2). Podobnie zwraca uwagę fakt, iż mimo bardzo wysokiego odsetka hospitalizacji (97,3%) w skali kraju, występują pojedyncze województwa o stosunkowo wysokiej zapadalności i znacznie niższym odsetku hospitalizacji.

Najwyraźniej widać to na przykładzie województw pilskiego (zap. 15,5/hosp. 79,2%) i kieleckiego (zap. 17,6/hosp. 79,9%). Powiązanie tych dwu faktów może wskazywać na szczególne problemy z wzw B w tych województwach.

Zapadalność na wzw B w układzie geograficznym przedstawia rycina 2.



Ryc. 2. Zapadalność na wzw B w układzie geograficznym  
Fig. 2. Hepatitis B. Incidence rate per 100 000 by voivodeship



Ryc. 3. Wzw B w Polsce w 1998 roku. Zapadalność na 100 000 wg płci i wieku  
Fig. 1. Hepatitis B in Poland in 1998. Incidence rate/100 000 by sex and age

Liczbę zachorowań i zapadalność w latach 1992-1996 (mediana) oraz w latach 1997 i 1998 według województw przedstawia tabela I.

Zapadalność na wzw B jest nadal wyższa w miastach (11,8) niż na wsi (8,6).

Jest ona zróżnicowana w zależności od płci i wieku. Najniższa zapadalność występuje wśród dzieci w wieku 0-4 lat i wynosi 2,8/100 000 (61 zach.), w grupie wiekowej 5-9 lat wynosi już 6,0/100 000 (160 zach.).

Dwukrotny wzrost zapadalności ogółem (z 4,6 do 9,8) obserwuje się również w grupie osób pomiędzy 14 a 24 rokiem życia; wynika on głównie ze znacznie wyższej zapadalności wśród młodych mężczyzn, szczególnie zamieszkałych w miastach. Wzrost zapadalności w tej grupie jest niemal 3-krotny (z 6,1 do 17,0). Można to wiązać z patologiami społecznymi. W tym samym przedziale wiekowym wśród młodych mężczyzn na wsi obserwuje się znacznie mniejszy przyrost zapadalności z 5,3 do 6,8 na 100 000. Relacje pomiędzy zapadalnością a płcią i wiekiem przedstawia rycina 3.

W okresie poprzedzającym rok 1998 zakażenia wzw B w większym stopniu dotyczyły pracowników służby zdrowia niż reszty populacji. Według W. Magdzika w poszczególnych latach zakażenia profesjonalne stanowiły od 6,5% w 1979 roku do 9,6% w 1989 roku. Zapadalność na 100 000 pracowników wynosiła 140,0 w 1992 roku, 195,0 w roku 1989. Była ona w tym czasie niemal 5-krotnie wyższa niż w populacji ogólnej. W ramach Strategicznego Programu Rządowego (SPR-1141017) w 1998 roku rozpoczęto badanie występowania serologicznych markerów zakażenia HBV u pracowników służby zdrowia. Było ono powiązane z oceną zagrożeń zawodowych. Wstępne wyniki badań przeprowadzonych u osób zatrudnionych w czterech wybranych zakładach opieki zdrowotnej wykazały obecność wskaźników zakażenia HBV u 24% badanych, w tym u 22,1% przebyte (obecność w surowicy anty-HBc bez HBsAg) i u 1,9% utrzymujące się (współistnienie HBsAg i anty-HBc). Częstość występowania zakażeń HBV w poszczególnych placówkach, oceniana na podstawie tych badań, była różna i wahała się od 6,6% do 33%.

Obserwowane zmniejszenie zapadalności na wzw B jest niewątpliwie związane z realizacją wdrożonego w 1993 roku intensywnego programu zapobiegania i zwalczania tej choroby. Jest ono szczególnie widoczne w grupach osób o wysokim ryzyku, które poddano szczepieniom. Na przykład stan zaszczepienia pracowników służby zdrowia według danych z 31 grudnia 1998 roku wynosił łącznie 93% (szczepienia podstawowe, uzupełniające i przypominające), co oznacza, że szczepieniom poddano blisko 550 000 osób.

*K. Kuszewski, H. Świdorska*

## HEPATITIS B IN 1998

### SUMMARY

In 1998 in Poland 4074 new cases of viral hepatitis B were noted (including 149 mixed infections with HBV and HCV). Incidence was 10.5 per 100 000 and it was 2.2 lower than year ago. In 1997 the infection with HBV was observed in 4896 persons, including 66 mixed infections (incidence rate

12.7/100 000). Constant decrease in number of new cases and incidence was observed in both sexes gender and all age groups after introduction of the intensive program of prevention and control of hepatitis B in 1993. It lead to almost 4 fold decrease of the number of new cases. There are still significant differences in incidence between particular voivodeships. For example between voivodeships Lodz and Warsaw the difference is twofold (20.6 and 10.2). The incidence of hepatitis B is still higher in cities (11.8) then in rural areas (8.6). It is dependent on gender and age. The lowest incidence is among children 0-4 years old 2.8/100 000 (61 cases). Twofold increase of incidence (from 4.6 to 9,8) is observed between ages 14 and 24; it is mainly due to higher incidence among young men especially those living in cities.

Adres autorów:

Krzysztof Kuszewski

Zakład Epidemiologii Państwowego Zakładu Higieny

ul. Chocimska 24, 00-791 Warszawa