

Wiesław Magdzik, Mirosław P Czarkowski

ZMIANY W ENDEMICZNOŚCI WIRUSOWEGO ZAPALENIA WĄTROBY TYPU A (WZW A) W POLSCE*

Zakład Epidemiologii Państwowego Zakładu Higieny
Kierownik: Andrzej Zieliński

Zachorowania na wirusowe zapalenie wątroby (wzw) były zgłaszane i rejestrowane w Polsce jako choroba zakaźna od 1951 roku. W latach 1970-1996 liczby zachorowań na wzw A szacowano, a od 1997 roku wprowadzono odrębne zgłaszanie tej choroby. Uznano, że do 1977 roku występowała w Polsce endemiczność wysoka, w latach 1978-1996 endemiczność pośrednia, a od 1997 roku endemiczność niska. Szczepienia przeciw wzw A były w Polsce zalecane od 1996 roku. Szczepiono rocznie kilkanaście lub dwadzieścia kilka tysięcy osób, tj. poniżej 1 promila, z wyjątkiem okresu po powodzi w 1997 roku, kiedy objęto szczepieniami powyżej 160 tysięcy osób, tj. około 0,4%.

Słowa kluczowe: wirusowe zapalenie wątroby typu A, endemiczność, szczepienie przeciw wzw A
Key words: hepatitis A, endemicity, vaccination against hepatitis A

OKRES ENDEMICZNOŚCI WYSOKIEJ WZW A W POLSCE

W Polsce, w okresie powojennym, szybko narastała liczba zachorowań z objawami wirusowego zapalenia wątroby. W 1951 roku wprowadzono obowiązkowe zgłaszanie i rejestrację tych zachorowań. W 1959 roku i w 1960 roku zanotowano po raz pierwszy epidemiczne narastanie liczby zachorowań. W 1959 roku zarejestrowano 75 438 zachorowań (zapadalność 260,1 na 100 000 ludności), a w roku 1958 – 76 193 przypadki (zapadalność 258,4). Następnie, od 1960 roku do 1977 roku notowano wysokie liczby zachorowań, najczęściej w granicach od 50 do 85 tysięcy rocznie (zapadalność do około 250 na 100 000 rocznie). Najwyższą liczbę zachorowań – 123 800 i najwyższą zapadalność – 397,4 zanotowano w Polsce w 1964 roku, a najniższą liczbę zachorowań – 46 664 i najniższą zapadalność – 154,8 w 1962 roku. Lata 1958-1977 uznano za lata wysokiej endemiczności wzw A w Polsce. Zachorowania w skali całego kraju przebiegały z zachowaniem niewielkich różnic okresowych. Natomiast na mniejszych terenach, tj. w miastach, osiedlach, powia-

* Opracowano na podstawie tekstu wystąpienia prof. W. Magdzika podczas posiedzenia zespołu konsultacyjnego Komisji Europejskiej EURO-HEPNET, które odbyło się w dniach 24-25 kwietnia 2003 roku w Sofii.

tach, a nawet województwach, okresowość była zaznaczona bardziej wyraźnie. Lata epidemiczne występowały na ogół co 4–5 lat.

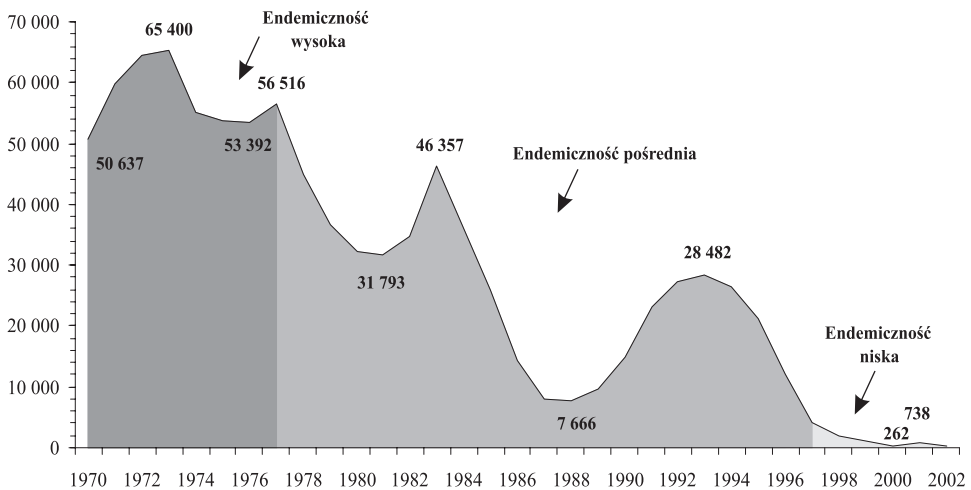
Trudna, wręcz niemożliwa jest ocena liczb zachorowań na wzv A i wzv B, jakie składały się na ogólną liczbę zachorowań na wzv w latach pięćdziesiątych i sześćdziesiątych. Ocenia się, że dominowały wówczas przypadki wzv A. Można oszacować, że w większości lat liczba zachorowań na wzv A wynosiła około 50 tysięcy rocznie. Odsetek osób dorosłych posiadających przeciwciała anti-HAV osiągał wówczas 100%. Ponieważ w większości lat rodziło się powyżej 500 000 dzieci, można oszacować, że około 1 na 10 osób nabywała tych przeciwciał w wyniku objawowej choroby, a około 9 na 10 osób w wyniku zakażeń bezobjawowych.

Najwyższa liczba zachorowań przypadała na dzieci w grupie wieku 6 do 8 lat, to jest w pierwszych klasach szkoły podstawowej.

Liczba zachorowań na wzv A podlegała wahaniom sezonowym – najwięcej zachorowań notowano w październiku – listopadzie, najmniej w czerwcu – lipcu.

W zapobieganiu zachorowaniom na wzv A stosowano wówczas w Polsce dość intensywnie uodpornienie bierne. Stosowano poekspozycyjne podawanie gamma-globuliny ludzkiej w dawce 0,02 ml/kg wagi ciała dzieciom i młodzieży do 14 lat w okresie do 6 dni od ostatniej ekspozycji na zakażenie, tj. najczęściej osobom ze styczności z chorym na wzv A. W latach siedemdziesiątych stosowano również gamma-globulinę ludzką przedekspozycyjnie – przedsezonowo, to jest przed nasileniem sezonowym zachorowań, najczęściej w wrześnie, na terenach o szczególnie wysokiej zapadalności na wzv A.

Kształtowanie się liczb zachorowań na wzv A w latach 1970–2002 przedstawiono na rycinie 1. Rycinę tę opracowano za lata 1970–1996 na podstawie liczb oszacowanych, a za okres od 1997 roku na podstawie zgłoszonych i zarejestrowanych liczb zachorowań (ryc. 1).



Ryc. 1. Wirusowe zapalenie wątroby typu A w Polsce w latach 1970–2002. Liczba zachorowań (1970–1996 dane szacunkowe; 1997–2002 dane ze zgłoszeń)

Fig. 1. Hepatitis A in Poland 1970–2002. Number of cases (1970–1996 estimated data; 1997–2002 notified data)

Okres do roku 1976 uznawany jest, jak wspomniano wyżej, za okres wysokiej endemiczności, lata 1977–1996 za okres pośredniej endemiczności, a począwszy od 1997 roku za okres endemiczności niskiej.

OKRES ENDEMICZNOŚCI POŚREDNIEJ WZW A W POLSCE

W okresie endemiczności pośredniej liczba rejestrowanych zachorowań uległa zmniejszeniu, przy zachowaniu okresowości ich występowania. Zanotowano następujące lata nasilenia epidemicznego:

- rok 1977 (rok przejściowy, kończący okres endemiczności wysokiej), zarejestrowano 56 516 zachorowań, zapadalność 162,9 na 100 000,
- rok 1983, po 6 latach od poprzedniego roku epidemicznego, zarejestrowano 46 357 zachorowań, zapadalność 126,8 na 100 000,
- rok 1993, po 10 latach od poprzedniego roku epidemicznego, zarejestrowano 28 482 zachorowania, zapadalność 74,1 na 100 000.

Pomiędzy latami epidemicznymi 1977–1983 oraz 1983–1993 występowały lata zacisza epidemicznego. Najniższe liczby zachorowań zanotowano w 1981 roku – 31 793 przypadki, zapadalność 88,6 na 100 000 oraz w 1988 roku – 7 666 przypadków, zapadalność 20,2 na 100 000.

W okresie endemiczności pośredniej, na terenach, gdzie doszło do znacznego spadku odsetka osób uodpornionych, na ogół terenach mniejszych od ówczesnych województw, notowano co najmniej siedem epidemii wyrównawczych trwających od kilku miesięcy do kilku lat. Zapadalność podczas tych epidemii dochodziła do kilkuset na 100 000. Najwyższą zapadalność zanotowano w województwie nowosądeckim w 1996 roku (719,8 na 100 000) oraz w województwie ciechanowskim w 1993 roku (562,8 na 100 000). Po naturalnym uodpornieniu, tj. po przechorowaniu wzv typu A znacznej części nieodpornej populacji na tych terenach, epidemia wyrównawcza wygasła.

W okresie endemiczności pośredniej nastąpiło przesunięcie szczytu zachorowań na dzieci i młodzież w wieku 10–14 lat (ryc. 2) oraz znaczny spadek odsetka młodzieży i osób dorosłych posiadających przeciwciała HAV (ryc. 3).

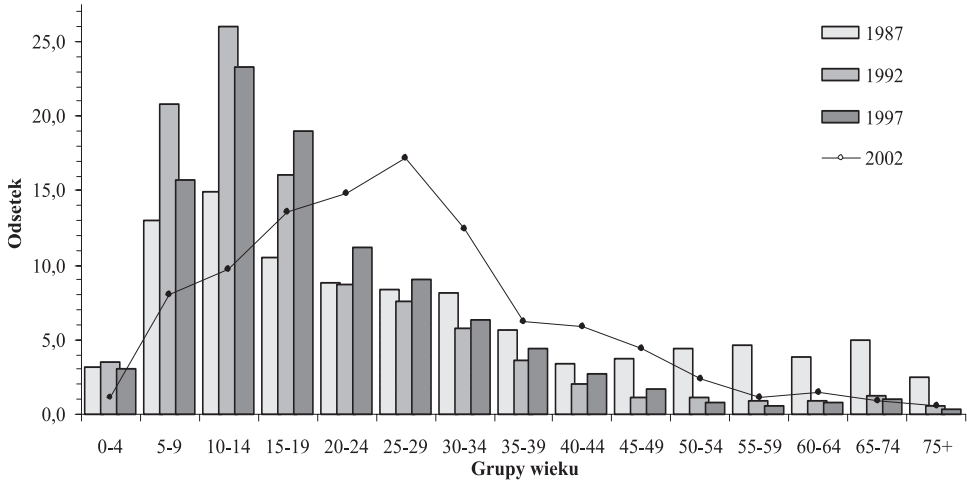
OKRES ENDEMICZNOŚCI NISKIEJ

Ocenia się, że od 1997 roku zachorowania na wzv A w Polsce kształtują się na poziomie endemiczności niskiej (ryc. 1, tab. I). Zaobserwowano brak okresowości narastania liczby zachorowań i przeniesienie szczytu zachorowań na grupy wieku starsze to jest od 25 do 29 lat (ryc. 2).

Przebieg choroby obecnie jest cięższy niż w poprzednich okresach. Jest to spowodowane wyższym odsetkiem zachorowań występujących w starszych grupach wieku, w których wzv typu A przebiega ciężiej. Po zachorowaniu na wzv A nie obserwuje się następstw o charakterze przewlekłych zmian organicznych wątroby (przewlekłego zapalenia, marskości, pierwotnego raka wątroby), charakterystycznych dla wzv B i wzv C.

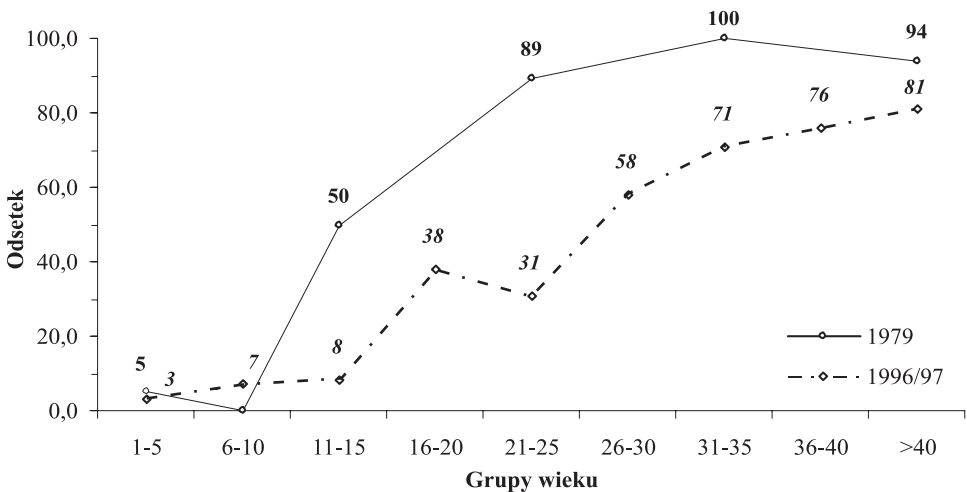
SZCZEPIENIA PRZECIW WZW A W POLSCE

Szczepienia przeciw wzv A zostały włączone do programu szczepień ochronnych w Polsce w 1996 roku jako zalecane zwłaszcza dzieciom, młodzieży, osobom wyjeżdżającym do



Ryc. 2. Wirusowe zapalenie wątroby typu A w Polsce w latach 1987–2002. Odsetek zachorowań wg wieku

Fig. 2. Hepatitis A in Poland 1987–2002. Percentage of cases by age



Ryc. 3. Występowanie przeciwciał anti-HAV w populacji woj. warszawskiego w poszczególnych grupach wiekowych w 1979 r. i na przełomie 1996/97 r. (wg Cianciary i wsp.)

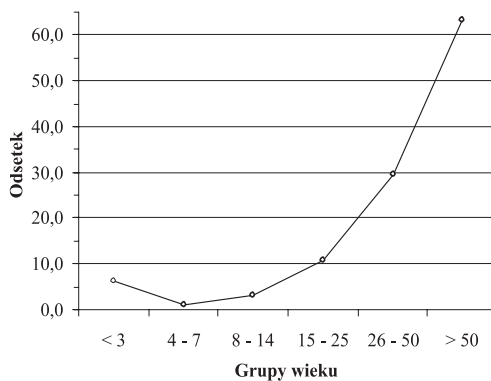
Fig. 3. Prevalence of anti-HAV antibodies in different age groups in Warsaw voivodship in 1979 and 1996/97

krajów z wysoką zapadalnością oraz osobom zatrudnionym przy produkcji i dystrybucji żywności. Zgodnie z ogólnym założeniem, szczepienia zalecane wykonywane są na zasadzie zakupu szczepionki przez osobę szczepioną, natomiast badanie lekarskie kwalifikujące do szczepień, wstrzyknięcia szczepionki oraz wydanie zaświadczenia jest bezpłatne. W latach 1999–2002 szczepiono rocznie od ok. 13 000 osób w 2001 roku, do 23 225

Tabela I. Wirusowe zapalenie wątroby typu A w Polsce w latach 1997–2002. Liczba zachorowań i zapadalność na 100 000 ludności

Table I. Hepatitis A in Poland 1997–2002. Number of cases and incidence per 100 000 population

Lata	Zachorowania	Zapadalność
1997	4 045	10,47
1998	2 011	5,20
1999	1 024	2,65
2000	262	0,68
2001	738	1,91
2002	338	0,88

Ryc. 4. Odsetek przypadków wzv A o ciężkim przebiegu w zależności od wieku (wg B. Kassura, 1979)
Fig. 4. Percentage of severe cases of hepatitis A according to age

w 2002 r., to jest mniej niż 1 promil ludności. Liczby te uznać można za niskie i nie mogły mieć one wpływu na kształtowanie się sytuacji epidemiologicznej wzv A w całym kraju.

Intensywniejsze szczepienia zostały przeprowadzone na terenach objętych powodzią w 1997 roku. Pierwszą dawkę szczepionki podano w 1997 r., drugą w 1998 r. Zaszczepiono dwukrotnie 166 639 osób. Szczepiono bezpłatnie i dobrowolnie dzieci w pierwszych 3 lub 4 klasach szkoły podstawowej, osoby dorosłe w wieku do 30 lat spośród tych, którzy pracowali przy usuwaniu skutków powodzi oraz osoby z innych grup ze wskazań zdrowotnych.

Wśród osób jednorazowo zaszczepionych przeciw wzv A, w okresie od 3 do 20 dni po podaniu szczepionki zanotowano 7 zachorowań na wzv A. W ciągu 2 lat od szczepienia nie zanotowano ani jednego zachorowania wśród osób szczepionych dwukrotnie. Na terenach popowodziowych nie wystąpiła epidemia wzv A.

Zapadalność na terenach powodziowych w okresie październik 1997 – czerwiec 1998 (3,2 na 100 000) była niższa niż na terenach nieobjętych powodzią w województwach, w których wystąpiła powódź (5,8 na 100 000), a także w województwach nie objętych powodzią i w całej Polsce (5,2 na 100 000).

PODSUMOWANIE

Sytuacja epidemiologiczna wzw A w Polsce w latach siedemdziesiątych, osiemdziesiątych, dziewięćdziesiątych dwudziestego wieku, aż po 2002 rok ulegała stosunkowo wolnej poprawie przy zachowaniu okresowych i sezonowych wzrostów i spadków liczb zachorowań. Tej poprawy nie można jednak wiązać wyłącznie z podejmowanym działaniem przeciwepidemicznym, tak związanym ze skutecznym uodpornieniem czynnym, jak i z poprawą stanu sanitarnego, zwłaszcza w zakresie dostarczania dobrej pod względem sanitarnym wody i żywności. W pewnym stopniu wpłynął na tę poprawę spadek liczb urodzeń i co za tym idzie liczby dzieci i młodzieży.

Można sądzić, że odegrało tu znaczącą rolę to, co przed kilkunastu laty określało się jako samolikwidacja choroby w ramach teorii Charles Nicolle o narodzinach, życiu i śmierci chorób zakaźnych i czynników, które się do tego przyczyniły. Sytuacja ta wymaga jednak dalszego monitorowania, analizy i stałej obserwacji w ramach zorganizowanego surveillance'u.

W Magdzik, M P Czarkowski

CHANGES IN ENDEMICITY AT HEPATITIS A IN POLAND

SUMMARY

Hepatitis cases have been reported and notified in Poland as infectious disease since 1951. Numbers of cases of hepatitis type A were estimated for the years 1970–1996, and since 1997 separate reporting and notification of this disease was introduced. Up to 1977 high endemicity, in the years 1978–1996 middle endemicity, and since 1997 low endemicity of hepatitis A have been observed. Vaccinations against hepatitis A have been recommended by programme of immunization since 1996. Annually between 13 and 23 thousand persons were vaccinated (less than 1 promile), except the period just after the flood in 1997, when 166 thousand of persons were vaccinated (0,4%).

PIŚMIENNICTWO

1. Magdzik W. Wirusowe zapalenie wątroby – rozdział w książce pod redakcją Kostrzewskiego J, Magdzika W, Naruszewicz-Lesiuk D. Choroby zakaźne na ziemiach polskich w XX wieku i ich zwalczanie. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2000,387–98.
2. Państwowy Zakład Higieny, Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej / Główny Inspektorat Sanitarny. Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce. (biuletyny roczne)
3. Ryszkowska A, Gładysz A, Inglot M, Molin I. Częstość występowania przeciwciał anti-HAV w wybranych grupach dzieci. Przegl Epidemiol 2000;54:375–83.

Adres autorów:

Wiesław Magdzik
Zakład Epidemiologii Państwowego Zakładu Higieny
ul. Chocimska 24, 00-791 Warszawa
e-mail: wmagdzik@pzh.gov.pl