

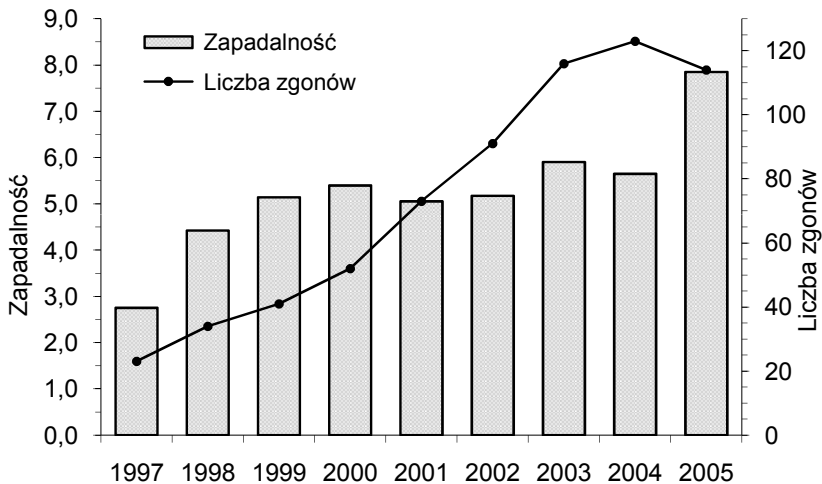
Magdalena Rosińska, Mirosław P Czarkowski

WIRUSOWE ZAPALENIE WĄTROBY TYPU C W 2005 ROKU

Słowa kluczowe: wirusowe zapalenie wątroby typu C, choroby zakaźne, epidemiologia, zdrowie publiczne, Polska

Key words: hepatitis C, infectious diseases, epidemiology, public health, Poland

W 2005 roku zarejestrowano w Polsce 2 997 zachorowań na wirusowe zapalenie wątroby typu C (wzw C), w tym 91 (3,0%) wywołanych przez zakażenia mieszane HCV i HBV. W przeliczeniu na 100 000 ludności zapadalność wyniosła 7,9. Stanowi to zdecydowany wzrost w porównaniu do poprzedzających lat. W omawianym roku odnotowano bowiem o 840 zachorowań więcej niż w 2004 r. (wzrost o 39%) i o 1 009 zachorowań więcej niż wyniosła mediana za lata 1999 – 2003 (wzrost o 51%) (tab. I). Dotychczas obserwowano w Polsce niewielką tendencję wzrostową, a skok, który miał miejsce w 2005 roku, wystąpił jednocześnie z wdrożeniem do stosowania w Polsce definicji przypadku na potrzeby nadzoru epidemiologicznego, opracowanej we Wspólnocie Europejskiej (Decyzja Komisji



Ryc.1. Wirusowe zapalenie wątroby typu C w Polsce w latach 1997-2005. Zapadalność na 100 000 ludności oraz liczba zgonów

Fig.1. Hepatitis C in Poland 1997-2005. Incidence per 100 000 population and number of deaths

Tabela I. Wirusowe zapalenie wątroby typu C w Polsce w latach 1999-2005. Liczba zachorowań, zapadalność a 100 000 ludności oraz liczba i procent zakażeń mieszanych (HCV/HBV) wg województw

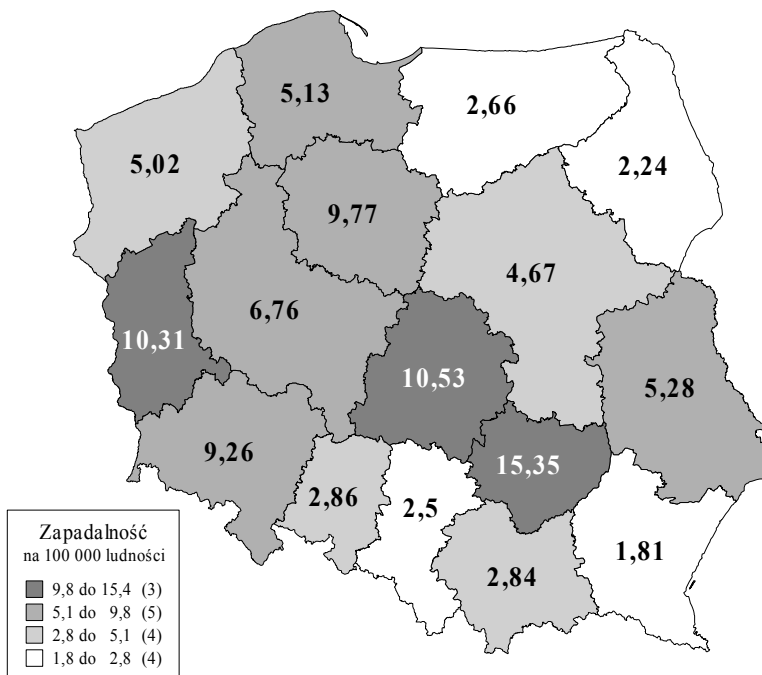
Table I. Hepatitis C in Poland 1999-2005. Number of cases and incidence per 100 000 population, number and percentage of HCV/HBV co-infections by voivodeship

Województwo		Mediana 1999-2003		2004 r.		2005 r.			
						ogółem		w tym HCV/ HBV	
		zacho- rowa- nia	zapa- dal- ność	zacho- rowa- nia	zapa- dal- ność	zacho- rowa- nia	zapa- dal- ność	zacho- rowa- nia	%
	POLSKA	1 988	5,2	2 157	5,6	2 997	7,9	91	3,0
1.	Dolnośląskie	251	8,6	336	11,6	363	12,6	25	6,9
2.	Kujawsko-pomorskie	194	9,2	178	8,6	221	10,7	9	4,1
3.	Lubelskie	96	4,3	103	4,7	231	10,6	3	1,3
4.	Lubuskie	97	9,6	104	10,3	113	11,2	4	3,5
5.	Łódzkie	250	9,4	280	10,8	272	10,5	4	1,5
6.	Małopolskie	109	3,4	139	4,3	83	2,5	3	3,6
7.	Mazowieckie	237	4,7	270	5,3	389	7,6	9	2,3
8.	Opolskie	28	2,6	24	2,3	30	2,9	3	10,0
9.	Podkarpackie	32	1,5	38	1,8	71	3,4	4	5,6
10.	Podlaskie	23	1,9	27	2,2	28	2,3	-	-
11.	Pomorskie	113	5,1	114	5,2	305	13,9	8	2,6
12.	Śląskie	139	2,9	57	1,2	302	6,4	7	2,3
13.	Świętokrzyskie	181	14,0	198	15,3	202	15,7	2	1,0
14.	Warmińsko-mazurskie	39	2,7	30	2,1	51	3,6	-	-
15.	Wielkopolskie	171	5,1	167	5,0	251	7,5	9	3,6
16.	Zachodniopomorskie	77	4,4	92	5,4	85	5,0	1	1,2

Europejskiej 2002/253/KE)¹ oraz z nasileniem działań Inspekcji Sanitarnej, ukierunkowanych na zwiększenie czułości nadzoru nad tą postacią wzv. Ponadto w 2005 r. po raz pierwszy od 1997 r. niewielkiemu zmniejszeniu uległa liczba zgonów z powodu wzv C, zarejestrowanych przez Główny Urząd Statystyczny (ryc. 1). Choć trudno mówić o spadku umieralności z powodu wzv C, obserwowany w ostatnich latach szybki jej wzrost uległ zahamowaniu. Zarówno wzrost, jak i obecna stabilizacja, dotyczą zgonów z powodu przewlekłego wzv C. Liczba zgonów z powodu ostrego wzv C pozostaje od 1997 r. na stałym poziomie, pomiędzy granicach od 5 do 12 zgonów rocznie. W latach 2002 – 2005 liczba zgonów z powodu ostrego wzv C nie przekraczała 10% wszystkich zgonów z powodu wzv C. W 2005 roku, wg danych GUS, 114 osób zmarło w Polsce z powodu wzv C, z czego 6 z powodu ostrej, a 108 – przewlekłej postaci choroby.

1 W definicji UE przyjęto tylko jedną kategorię - „przypadek potwierdzony” - zdefiniowaną jako przypadek objawowy, potwierdzony laboratoryjnie przez wykrycie w materiale klinicznym przeciwciał swoistych dla HCV lub kwasu nukleinowego HCV.

Współczynnik zapadalności wykazywał, podobnie jak w latach ubiegłych, znaczne wahania terytorialne. Województwami o najwyższej zapadalności były województwa świętokrzyskie (15,7), pomorskie (13,9) i dolnośląskie (12,6), a zapadalność przekroczyła 10 na 100 000 również w województwach kujawsko-pomorskim, lubelskim, lubuskim i łódzkim. Są to w większości województwa, gdzie w ostatnich latach występowała wysoka, około 10 na 100 000 ludności, zapadalność na wzw C. Jedynie województwa lubelskie i pomorskie poprzednio cechowały się zapadalnością w granicach 5 na 100 000 (ryc. 2). Najniższą zapadalność w 2005 r. odnotowano w województwach podlaskim (2,3), małopolskim (2,5) i opolskim (2,9). Stosunek najwyższej w województwach zapadalności do zapadalności najniższej kształtował się w 2005 r. jak 6,8:1 i był najniższy od początku wprowadzenia odrębnej rejestracji wzw C.



Ryc. 2. Wirusowe zapalenie wątroby typu C w Polsce w latach 2001-2005. Mediana rocznej zapadalności na 100 000 ludności wg województw

Fig. 2. Hepatitis C in Poland 2001-2005. Median annual incidence per 100 000 population by voivodeship

Widoczny w skali kraju wzrost dotyczył w zasadzie 9 województw, gdzie zapadalność zwiększyła się o ponad 10% w porównaniu z 2004 r., i był największy w województwach: śląskim (o 431%), pomorskim (o 167%) i lubelskim (o 125%). Z kolei w trzech województwach odnotowano spadek zapadalności – o 40% w małopolskim, o 8% w zachodniopomorskim i o 3% w łódzkim. W przypadku wzw C, przy braku informacji o wystąpieniu ogniska epidemicznego, kilkakrotny wzrost zapadalności nie może odzwierciedlać rzeczywistej sytuacji epidemiologicznej. Takie wahania, jak i duże zróżnicowanie występowania wzw C

Tabela II. Wirusowe zapalenie wątroby typu C w Polsce w 2005 r. Liczba zachorowań, zapadalność na 100 000 ludności i udział procentowy wg wieku, płci i środowiska

Table II. Hepatitis C in Poland 2005. Number of cases, incidence per 100 000 population and percentage by age, sex, and location (urban/rural)

Wiek w latach	Płeć						Środowisko						Ogółem			
	mężczyźni			kobiety			miasto		wieś		zachorowania	zapadalność	%	zachorowania	zapadalność	%
	zachorowania	zapadalność	%	zachorowania	zapadalność	%	zachorowania	zapadalność	%	zachorowania						
0 - 4	2	0,2	0,1	6	0,7	0,5	4	0,4	0,2	4	0,5	0,6	8	0,4	0,3	
5 - 9	4	0,4	0,2	1	0,1	0,1	4	0,4	0,2	1	0,1	0,2	5	0,2	0,2	
10 - 14	32	2,5	1,9	17	1,4	1,3	40	3,0	1,7	9	0,8	1,4	49	2,0	1,6	
15 - 19	126	8,4	7,3	53	3,7	4,2	119	7,0	5,1	60	4,9	9,3	179	6,1	6,0	
20 - 24	179	10,6	10,4	97	6,0	7,6	206	9,9	8,8	70	5,6	10,8	276	8,3	9,2	
25 - 29	169	10,8	9,8	104	6,8	8,2	211	10,6	9,0	62	5,6	9,6	273	8,8	9,1	
30 - 34	137	10,0	8,0	67	5,0	5,3	166	9,8	7,1	38	3,7	5,9	204	7,5	6,8	
35 - 39	155	12,9	9,0	88	7,5	6,9	194	13,6	8,3	49	5,2	7,6	243	10,2	8,1	
40 - 44	168	13,2	9,8	92	7,3	7,2	209	13,6	8,9	51	5,1	7,9	260	10,2	8,7	
45 - 49	210	13,9	12,2	145	9,4	11,4	289	14,7	12,3	66	6,1	10,2	355	11,6	11,8	
50 - 54	190	13,2	11,0	158	10,3	12,4	275	13,8	11,7	73	7,5	11,3	348	11,7	11,6	
55 - 59	102	9,1	5,9	127	10,1	10,0	186	11,6	7,9	43	5,6	6,7	229	9,6	7,6	
60 - 64	72	10,6	4,2	105	12,8	8,2	144	14,7	6,1	33	6,4	5,1	177	11,8	5,9	
65 - 74	126	10,3	7,3	136	7,9	10,7	214	11,7	9,1	48	4,3	7,4	262	8,9	8,7	
75+	50	7,4	2,9	79	5,6	6,2	90	7,4	3,8	39	4,5	6,0	129	6,2	4,3	
Ogółem	1 722	9,3	100,0	1 275	6,5	100,0	2 351	10,0	100,0	646	4,4	100,0	2 997	7,9	100,0	

między województwami, prawdopodobnie w dużej mierze wynikają z różnic w sposobie prowadzenia nadzoru epidemiologicznego i klasyfikowania przypadków, spośród których w rutynowych raportach wykazywane są jedynie przypadki objawowe. Wprowadzona w 2005 r. definicja, choć niedoskonała, w dłuższej perspektywie powinna przyczynić się do większej porównywalności danych pomiędzy województwami. Należy tu jednak zaznaczyć, że badania częstości wykrywania zakażenia HCV wśród dawców krwi wskazują na dość znaczną zmienność rozpowszechnienia HCV na terenie Polski.

Tak jak poprzednio, zapadalność na wzw C w Polsce w 2005 r. była zdecydowanie wyższa w miastach niż na wsi oraz znacząco wyższa wśród mężczyzn niż wśród kobiet (tab. II). W miastach zapadalność na wzw C wzrastała wraz z liczbą mieszkańców od 6,3 na 100 000 w małych miastach poniżej 20 tys. mieszkańców, poprzez 8,5 w miastach od 20 do 49 tys.; 9,2 w miastach od 50 do 99 tys.; do 12,5 w dużych miastach, o 100 tys. lub więcej mieszkańców. Zapadalność na obszarach wiejskich wyniosła 4,4 na 100 000 ludności i była ponad 2-krotnie niższa niż w miastach. Wyższa zapadalność w miastach dotyczyła wszystkich grup wiekowych powyżej 10 roku życia, przy czym wśród dzieci do 10 r.ż. wystąpiło w Polsce jedynie kilkanaście zachorowań. Wyższą zapadalność w miastach niż na wsi odnotowano we wszystkich województwach, z tym, że w trzech województwach była to różnica ponad 3-krotna: w zachodniopomorskim (odpowiednio 6,57 i 1,53), w mazowieckim (10,26 i 2,59) i w lubelskim (16,5 i 5,4). Najmniejsza różnica pomiędzy obszarami miejskimi a wiejskimi wystąpiła w województwie warmińsko-mazurskim (3,85 i 3,16).

Zapadalność wśród mężczyzn (9,3) była o 43,0% wyższa niż zapadalność wśród kobiet (6,5), przy czym różnica ta była porównywalna do notowanych od początku rejestracji wzw C (od 37,1% do 48,6%). Zapadalność wśród mężczyzn była wyższa od zapadalności wśród kobiet wśród młodzieży i dorosłych poniżej 45 r.ż., a szczególnie duże różnice na niekorzyść mężczyzn wystąpiły wśród osób w wieku 15-19 lat (odpowiednio: 8,4 i 3,7; różnica 2,3-krotna) oraz 30-34 lata (10,0 i 5,0; różnica 2,0-krotna). Z kolei w grupie wiekowej 55-65 lat, zapadalność była wyższa wśród kobiet. W 2005 r. wśród mężczyzn szczyt zapadalności wystąpił w grupie wieku 40 – 55 lat (13,5 na 100 000), a wśród kobiet w grupie 50-65 lat (10,8).

W stosunku do lat ubiegłych wzrost zapadalności wystąpił we wszystkich grupach wiekowych powyżej 14 r.ż., wśród mężczyzn i kobiet, zarówno na obszarach wiejskich jak i w miastach. Brak wyróżniającej się grupy, której dotyczyłby wzrost, potwierdza tezę, że był on spowodowany raczej zmianą w nadzorze niż rzeczywistą zmianą sytuacji epidemiologicznej.

Z powodu wirusowego zapalenia wątroby typu C w 2005 r. hospitalizowano w Polsce 2 077 osób (68,3% ogółu zarejestrowanych przypadków). Był to odsetek wyraźnie niższy niż w latach poprzednich. W województwach mazowieckim, śląskim, lubelskim i świętokrzyskim hospitalizowano poniżej 50% chorych (odpowiednio: 34,4%, 41,1%, 44,2% i 46,0%), a w województwach podkarpackim, dolnośląskim, wielkopolskim, zachodniopomorskim, pomorskim, opolskim i łódzkim ponad 90% (odpowiednio: 90,1%, 92,6%, 92,8%, 94,1%, 95,4%, 96,7%, 97,8%). Tak duże wahania wskazują na różnice w zgłaszalności i/lub sposobie rejestrowania i wykazywania zachorowań.

M Rosińska, MP Czarkowski

HEPATITIS C IN POLAND IN 2005

SUMMARY

Surveillance system in Poland covers both acute and newly detected chronic hepatitis C, from 2005 according to the European case definition. Cases of asymptomatic infection are also reportable, but were not included in the analysis. In 2005 there were 2,997 cases registered (incidence 7.9 per 100,000), including 3.0% of co-infections with HBV. Comparing to 2004, this constituted a nearly 40% increase, which occurred in all age groups older than 14, both in men and women in urban and rural areas suggesting rather a surveillance artifact associated with new case definition, than a true epidemiological finding. Regionally the incidence varied from 2.3 per 100,000 in podlaskie voivodeship to 15.7 in świętokrzyskie. Similarly to the preceding years cities were more affected than rural areas (incidence respectively 10.0 and 4.4 per 100,000) and the incidence was higher in men (9.3) than in women (6.5). With respect to age distribution the peak incidence occurred in the age group 40 - 55 in men (13.5 per 100,000) and in the age group 50-65 in women (10.8). In total 68.3% of cases were hospitalized, but this percentage varied regionally from 34% to over 90%. There were 114 deaths attributed to hepatitis C in 2005 in Poland including 6 deaths of acute and 108 of chronic hepatitis.

Adres autorów:

Mirosław P. Czarkowski
Zakład Epidemiologii Państwowego Zakładu Higieny
ul. Chocimska 24, 00-791 Warszawa
e-mail: mpc@pzh.gov.pl