

Magdalena Rosińska, Franciszek Radziszewski, Małgorzata Stępień

WIRUSOWE ZAPALENIE WĄTROBY TYPU C W POLSCE W 2010 ROKU

HEPATITIS C IN POLAND IN 2010

Zakład Epidemiologii Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego
– Państwowego Zakładu Higieny w Warszawie

STRESZCZENIE

WPROWADZENIE. Wirusowe zapalenie wątroby C (wzw C) jest rejestrowane odrębnie w systemie nadzoru epidemiologicznego od 1997 r. Zgłoszeń dokonują lekarze, z wyjątkiem lat 2006 – 2008, kiedy to przejściowo wprowadzony został dodatkowo obowiązek zgłaszania przez laboratoria. Początkowa definicja Unii Europejskiej, wdrożona w 2005 r. obejmowała przypadki objawowe lub przebiegające z podwyższonym poziomem transaminaz potwierdzone obecnością przeciwciał, co odpowiadało wcześniejszej praktyce w Polsce. Według poprawionej definicji wprowadzonej w Polsce w 2009 r., rejestracji podlegają wszystkie przypadki potwierdzone laboratoryjnie.

CEL. Ocena sytuacji epidemiologicznej wzw C w Polsce w 2010 r. w porównaniu do lat poprzednich.

MATERIAŁ I METODA. Wykorzystano dane zbierane w ramach rutynowego systemu nadzoru. Klasyfikację zgłoszonych przypadków wg definicji z 2005 r. i definicji z 2009 r. zweryfikowano na podstawie wywiadów indywidualnych.

WYNIKI. W 2010 r. zarejestrowano w Polsce 2021 przypadków zachorowań na wzw C wg definicji z 2005 r. (zapadalność 5,29 na 100 tys.), w tym 38 zachorowań wywołanych przez zakażenia mieszane HCV i HBV. Jest to niewielki wzrost w porównaniu do 2009 r. (1939, zapadalność 5,08), tym samym tendencja spadkowa obserwowana od 2006 r. uległa zahamowaniu. Natomiast łącznie 2212 przypadków (5,79 na 100 tys.) sklasyfikowano jako spełniające definicję z 2009 r. Była to liczba wyższa niż w 2009 r., ale nadal kilkakrotnie niższa niż rejestrowana w latach 2006 – 2008 liczba nowo wykrytych zakażeń HCV.

Z powodu wzw typu C zmarło w 2010 r. 167 osób (umieralność 0,44 na 100 tys.), w tym 8 z powodu ostrej postaci choroby. Jest to najwyższa umieralność z powodu wzw C obserwowana od 1996 r.

WNIOSKI. Niska liczba rejestrowanych przypadków wg definicji z 2009 r. wskazuje na potrzebę poprawy kompletności zgłoszeń, np. poprzez przywrócenie zgłaszalności przez kierowników laboratoriów. Uzasadnia też przejściowe utrzymanie stosowania definicji

ABSTRACT

BACKGROUND. Hepatitis C is registered as a separate entity in the national infectious diseases system in Poland beginning from 1997. All physicians who diagnose the disease are mandated to report it and, additionally, in the years 2006 – 2008, mandatory reporting of positive results of HCV test by laboratories was also implemented. The initial definition adopted at the European Union level was implemented in Poland in 2005 (2005 definition) and it included cases with symptoms or elevated liver function tests, which coincided with the earlier practice. The amended European definition was implemented in 2009 (2009 definition) to require registration of all laboratory confirmed cases.

AIM. To assess epidemiological situation of hepatitis C in Poland in 2010 in comparison to the preceding years.

MATERIAL AND METHODS. We performed descriptive analysis of data collected through routine mandatory surveillance system. Case classification according to 2005 definition and 2009 definition was verified based on individual case reports.

RESULTS. In 2010 in Poland 2021 hepatitis C cases meeting 2005 definition were registered (incidence 5.29 per 100,000), including 38 with mixed HBV-HCV infection. As compared to 2009 (1939 cases, incidence 5.08) the incidence increased by 4%. In consequence the decreasing trend observed since 2006 slowed down. Overall 2212 reported cases (5.79 per 100,000) met the 2009 definition. This number was higher than in 2009, but still several times lower than the number of newly diagnosed HCV cases registered in 2006 – 2008.

In total 167 persons died due to hepatitis C (mortality 0.44 per 100,000), including 8 due to acute hepatitis C. This constitutes the highest hepatitis C mortality observed since 1996.

CONCLUSIONS. Low number of registered cases meeting the 2009 definition indicates the necessity to improve the completeness of reporting, in ex. through restoring laboratory reporting. It also justifies maintaining the classification according to 2005 definition in order to monitor trends of the disease, even though

z 2005 r. w celu oceny kształtowania się tendencji zachorowań w czasie, mimo że nie jest ona optymalna do oceny rzeczywistej skali problemu. Wzrost umieralności z powodu wzv C wskazuje na konieczność dalszej poprawy diagnostyki i leczenia tej choroby.

Słowa kluczowe: *wirusowe zapalenie wątroby typu C, epidemiologia, choroby zakaźne, zdrowie publiczne, Polska, rok 2010*

WSTĘP

Zakażenia wirusem zapalenia wątroby typu C (HCV) i choroba wywołwana przez wirus jest obecnie poważnym problemem zdrowia publicznego zarówno w Polsce, jak i w Europie. Ze względu na przewlekły przebieg kliniczny zakażenia monitorowanie występowania HCV następuje z wieloma trudnościami i, jak dotąd, nie osiągnięto pełnej harmonizacji sposobu zbierania danych umożliwiającego ich porównanie pomiędzy krajami. Jednakże w myśl przyjętych ustaleń nadzór epidemiologiczny powinien opierać się na monitorowaniu nowo wykrywanych zakażeń wirusem HCV. Podejście to zaowocowało opracowaniem odpowiedniej definicji wirusowego zapalenia wątroby C (wzv C) do stosowania w nadzorze nad wzv C w Unii Europejskiej (Decyzja Komisji z dnia 28 kwietnia 2008 r. zmieniająca decyzję 2002/253/WE w sprawie ustanowienia definicji przypadku, w celu zgłaszania chorób zakaźnych do sieci wspólnotowej, na podstawie decyzji nr 2119/98/WE Parlamentu Europejskiego i Rady). Definicja ta obejmuje wszystkie potwierdzone laboratoryjnie (test potwierdzenia obecności przeciwciał lub wykrycie materiału genetycznego wirusa) przypadki niezależnie od obrazu klinicznego i ewentualnych dowodów na przewlekłe zapalenie wątroby (def. 2009 r.). W szczególności w tę definicję włączone są przypadki bezobjawowe, także przypadki zgłoszone przez kierowników laboratoriów. Z uwagi na zachowanie ciągłości nadzoru epidemiologicznego w Polsce przejściowo utrzymano jednak podsumowanie liczby zachorowań zgodnie z definicją z 2005 r., według której wykazywane były przypadki z objawami klinicznymi lub przypadki wykrycia podwyższonego poziomu transaminaz w przebiegu zakażenia wirusem HCV (def. 2005 r.). Podobna definicja była stosowana, choć nieformalnie, od rozpoczęcia rejestracji wzv C jako osobnej jednostki w 1997 r.

MATERIAŁ I METODY

Analiza epidemiologiczna występowania wzv C (wzv C) w Polsce w 2010 r. w odniesieniu do lat poprzednich została przeprowadzona na podstawie zbiorczych danych dotyczących przypadków zareje-

stronowanych w 2010 r. wykazywanych przez Państwową Inspekcję Sanitarną i publikowanych w biuletynie rocznym (Czarkowski MP i in. „Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce w 2010 roku.” Warszawa, NIZP - PZH i GIS). Weryfikacja poprawności kwalifikacji przypadków wg odpowiedniej definicji została przeprowadzona na podstawie indywidualnych Raportów o zachorowaniu udostępnianych przez Stacje Sanitarne-Epidemiologiczne, uzupełnianych w oparciu o wywiad z pacjentem i dokumentację medyczną. Wykorzystano również dane dotyczące zgonów z powodu wzv C publikowane przez Główny Urząd Statystyczny (GUS).

Key words: *hepatitis C, epidemiology, infectious diseases, public health, Poland, 2010*

WYNIKI I ICH OMÓWIENIE

Zachorowania na wirusowe zapalenie wątroby typu C. W 2010 r. odnotowano niewielki wzrost liczby zachorowań na wzv C w stosunku do danych z 2009 r., choć nadal zapadalność pozostała poniżej poziomu odnotowanego w latach 2006 – 2008. Zarejestrowano 2 021 przypadków spełniających kryteria definicji wzv C z 2005 r. (przypadki z wystąpieniem objawów klinicznych lub podwyższonym poziomem transaminaz). Zapadalność (5,29 na 100 tys.) pozostała na poziomie podobnym jak w 2009 r. (5,08) z niewielką tendencją wzrostową (o 4%). Trzydzieści osiem spośród tych zachorowań (1,9% w skali kraju) stanowiły zakażenia mieszane wirusami typu B i C.

Odnotowano istotne różnice pomiędzy województwami. Najwięcej zachorowań wystąpiło w dużych województwach: mazowieckim (443), dolnośląskim (245) i wielkopolskim (211), najmniej zaś w województwach: podlaskim (24) i małopolskim (25). Zapadalność w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców wahała się w województwach od 0,76 w woj. małopolskim i 1,62 w woj. podkarpackim do wartości przewyższających średnią dla kraju o ponad 50% w województwach: lubuskim (13,85), dolnośląskim (8,52) i mazowieckim (8,47) (tab. I).

Zwraca uwagę zmiana w rozkładzie geograficznym zachorowań na wzv C. W poprzednich latach największą zapadalność obserwowano w województwach świętokrzyskim, łódzkim, dolnośląskim i wielkopolskim. W ciągu ostatnich lat jednak w kilku województwach

Tabela I. Wirusowe zapalenie wątroby typu C w Polsce w latach 2004-2010. Liczba zachorowań, zapadalność na 100 000 ludności oraz procent zakażeń mieszanych wg województw

Table I. Hepatitis C in Poland 2004-2010. Number of cases and incidence per 100 000 population, number and percentage of HCV/HBV co-infection by voivodeship

Województwo	Mediana 2004-2008		2009 r.*		2010 r.*				2010 r.(wg def z 2009 r.)	
			ogółem		ogółem		w tym HCV/HBV		ogółem	
	l.zach	zapad.	l.zach	zapad.	l.zach	zapad.	l.zach	%	l.zach	zapad.
1.Dolnośląskie	336	11,6	250	8,69	245	8,52	0	0,0	307	10,67
2.Kujawsko-pomorskie	181	8,8	131	6,33	153	7,39	2	1,3	190	9,18
3.Lubelskie	231	10,6	122	5,65	110	5,10	1	0,9	118	5,48
4.Lubuskie	29	2,9	60	5,94	140	13,85	4	2,9	134	13,26
5.Łódzkie	280	10,8	260	10,21	168	6,62	5	3,0	230	9,06
6.Małopolskie	70	2,1	30	0,91	25	0,76	0	0,0	15	0,45
7.Mazowieckie	394	7,6	323	6,20	443	8,47	13	2,9	322	6,15
8.Opolskie	47	4,5	37	3,59	79	7,67	0	0,0	85	8,25
9.Podkarpackie	46	2,2	30	1,43	34	1,62	0	0,0	41	1,95
10.Podlaskie	28	2,3	27	2,27	24	2,02	1	4,2	30	2,52
11.Pomorskie	117	5,3	89	4,00	77	3,44	2	2,6	51	2,28
12.Śląskie	287	6,2	189	4,07	146	3,15	1	0,7	160	3,45
13.Świętokrzyskie	198	15,4	66	5,19	88	6,94	3	3,4	77	6,07
14.Warmińsko-mazurskie	32	2,2	24	1,68	39	2,73	0	0,0	39	2,73
15.Wielkopolskie	303	8,9	257	7,55	211	6,18	6	2,8	364	10,66
16.Zachodniopomorskie	85	5,0	44	2,60	39	2,30	0	0,0	49	2,89
POLSKA	2753	7,22	1939	5,08	2021	5,29	38	1,9	2212	5,79

* wg. definicji z 2005 r.; meeting 2005 definition

wystąpiła wyraźna tendencja wzrostowa. W stosunku do 2009 r. zapadalność wzrosła o ponad 50% w województwach: lubuskim (o 133%), opolskim (o 114%) i warmińsko-mazurskim (o 63%), zaś w stosunku do mediany za lata 2004 – 2008 istotny wzrost odnotowano w województwach: lubuskim (o 381%), opolskim (o 70%) i warmińsko-mazurskim (o 22%). Należy przy tym zaznaczyć, że w wielu województwach wystąpił znaczny spadek zapadalności w stosunku do mediany za lata 2004 – 2008, największy w województwach: małopolskim (o 65%), świętokrzyskim (o 55%) oraz lubelskim i zachodniopomorskim (o 52%) (tab. I).

Podobnie jak w latach ubiegłych zapadalność na wzv C w miastach dwukrotnie przewyższała zapadalność na obszarach wiejskich (odpowiednio 6,61 i 3,23), a także była wyższa wśród mężczyzn niż wśród kobiet (6,09 i 4,55). Różnice według płci były największe w grupie młodych dorosłych w wieku 25 – 39 lat, co również jest tendencją obserwowaną poprzednio. Wśród osób w grupie wieku powyżej 50 r.ż. zapadalność wśród mężczyzn i kobiet była porównywalna (tab. II). Szczyt zapadalności zarówno wśród mężczyzn, jak i wśród kobiet obserwuje się w grupie wieku 50-54. W porównaniu do 2009 r. przy ogólnym wzroście zapadalności o 4%, o 19% wzrosła zapadalność wśród dorosłych w wieku 35-54 lata. Wzrost ten dotyczył w większym stopniu mężczyzn niż kobiet (o odpowiednio 28% i 9%) oraz w większym stopniu mieszkańców wsi (o 44%) niż miast (o 12%).

W 2010 r. zarejestrowano ogółem 2 212 przypadków wg definicji wzv C z 2009 r. (zapadalność 5,79 na 100 tys. mieszkańców), o 321 (17%) więcej niż w 2009 r. Analiza sposobu kwalifikacji przypadków ujawniła jednak, że nadal kwalifikacja według tej definicji może budzić wątpliwości, zwłaszcza jeśli chodzi o przypadki bezobjawowe.

Hospitalizacja i umieralność z powodu wzv C.

W 2010 r. z powodu wzv C (def. z 2005 r.) hospitalizowano w Polsce 1 198 osób, co stanowi 59,3% ogółu zarejestrowanych przypadków. Odsetek osób z wzv C hospitalizowanych na przestrzeni ostatnich kilku lat utrzymuje się na podobnym poziomie. Podobnie jak w latach ubiegłych obserwuje się znaczne wahania odsetka hospitalizacji pomiędzy województwami, od 25,7% w woj. mazowieckim do ponad 80% w województwach kujawsko-pomorskim, łódzkim, opolskim, podkarpackim i pomorskim (tab. III). Odsetek hospitalizacji wśród przypadków spełniających kryteria definicji z 2009r. był niemal identyczny (54%). Warto jednak zauważyć, że prawie w połowie województw liczba hospitalizacji przypadków wzv C wg def. z 2009 r. przewyższała liczbę hospitalizacji wzv C wg def. z 2005 r..

Według danych Głównego Urzędu Statystycznego w 2010 r. z powodu wzv C zmarło łącznie 167 osób (umieralność 0,44 na 100 tys.), w tym 8 z powodu ostrej postaci choroby. Stanowi to najwyższą notowaną dotąd umieralność z powodu wzv C w Polsce. Jednocześnie

Tabela II. Wirusowe zapalenie wątroby typu C w Polsce w 2010 roku. Liczba zachorowań, zapadalność na 100 000 ludności i udział procentowy według wieku, płci i środowiska

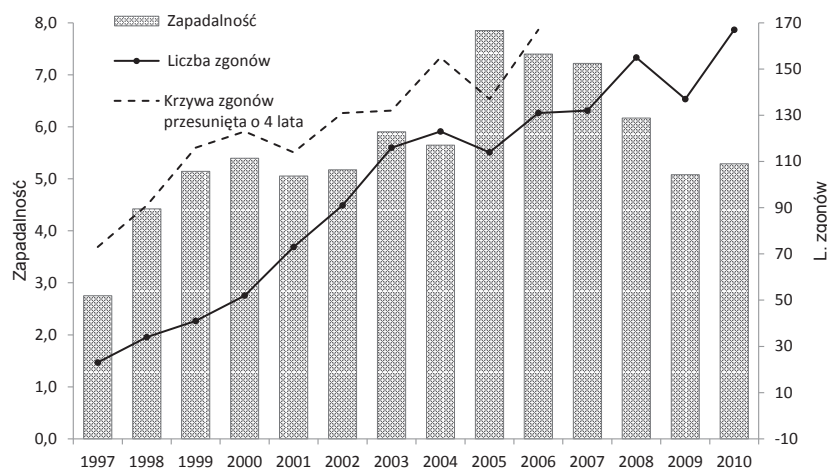
Tabela II. Hepatitis C in Poland 2010. Number of cases, incidence per 100 00 population and percentage by age, sex and location (urban/rural)

Grupa wieku	Płeć						Środowisko						Ogółem		
	mężczyźni			kobiety			miasto			wieś					
	l.zach.	zapad.	%	l.zach.	zapad.	%	l.zach.	zapad.	%	l.zach.	zapad.	%	l.zach.	zapad.	%
0-4	1	0,10	0,1	1	0,10	0,1	1	0,09	0,1	1	0,12	0,2	2	0,10	0,1
5-9	2	0,22	0,2	-	-	-	1	0,10	0,1	1	0,13	0,2	2	0,11	0,1
10-14	4	0,39	0,4	-	-	-	2	0,19	0,1	2	0,21	0,4	4	0,20	0,2
15-19	49	3,88	4,4	33	2,73	3,7	48	3,53	3,1	34	3,05	7,1	82	3,32	4,1
20-24	78	5,27	6,9	51	3,58	5,7	88	5,18	5,7	41	3,40	8,5	129	4,44	6,4
25-29	120	7,20	10,7	60	3,71	6,7	145	7,14	9,4	35	2,79	7,3	180	5,48	8,9
30-34	117	7,56	10,4	54	3,58	6,0	143	7,29	9,3	28	2,55	5,8	171	5,59	8,5
35-39	96	7,08	8,5	49	3,69	5,5	103	6,22	6,7	42	4,09	8,7	145	5,40	7,2
40-44	102	8,66	9,1	57	4,90	6,3	129	9,29	8,4	30	3,15	6,2	159	6,79	7,9
45-49	116	9,39	10,3	78	6,24	8,7	139	9,33	9,0	55	5,52	11,4	194	7,80	9,6
50-54	154	10,71	13,7	153	10,09	17,0	226	12,04	14,7	81	7,53	16,8	307	10,39	15,2
55-59	94	7,01	8,4	101	6,77	11,2	162	8,63	10,5	33	3,45	6,8	195	6,88	9,6
60-64	74	7,26	6,6	97	8,05	10,8	136	9,14	8,8	35	4,75	7,3	171	7,69	8,5
65-74	74	6,51	6,6	115	7,22	12,8	143	8,14	9,3	46	4,72	9,5	189	6,92	9,4
>75	42	5,17	3,7	49	3,01	5,5	73	4,95	4,7	18	1,86	3,7	91	3,73	4,5
Ogółem	1123	6,09	100,0	898	4,55	100,0	1539	6,61	100,0	482	3,23	100,0	2021	5,29	100,0

zwraca uwagę wzrost liczby zgonów z powodu ostrej postaci choroby, których notowano w latach 2007-2009 poniżej 5 rocznie. Porównując krzywą liczby zgonów do krzywej zapadalności można zauważyć, że wykazuje ona podobne tendencje z przesunięciem o 4 lata (ryc. 1). W 2010 r. ponad połowę wszystkich zgonów z powodu wzv C stanowiły zgony mieszkańców trzech województw: wielkopolskiego (29), śląskiego (27) i mazowieckiego (26). Najwyższą umieralność w przeliczeniu na 100 tys. ludności odnotowano w województwach: wielkopolskim (0,85), śląskim i świętokrzyskim (po 0,63) oraz mazowieckim (0,55).

PODSUMOWANIE

W 2010 r. trend spadkowy liczby zachorowań na wzv C obserwowany w latach 2006 – 2009 uległ zahamowaniu. Wnioskowanie na temat tendencji ogólnokrajowych nastręcza jednak wiele trudności. Wiąże się to z różnicami regionalnymi w postępowaniu diagnostyczno – klinicznym (np. dostępnością badań, liczbą hospitalizacji w celach diagnostycznych, kolejkami do specjalistycznej opieki medycznej) oraz sposobie rejestracji zachorowań, co uwidacznia się np. w obserwowanych dużych wahaniach odsetka hospitalizacji wśród zgłoszonych przypadków. Różnice w częstości



Ryc. 1. Wirusowe zapalenie wątroby typu C w Polsce w latach 1997-2010. Zapadalność na 100 000 ludności oraz liczba zgonów

Fig. 1. Hepatitis C in Poland 1997-2010. Incidence per 100 000 population and number of deaths

Tabela III. Odsetek hospitalizacji wśród przypadków wzv C w latach 2009 - 2010, według definicji przypadku i województwa

Table III. Hospitalization rate among cases of hepatitis C registered in 2009 - 2010, by case definition and voievodship

Województwo	2009 r.				2010 r.			
	Wg. definicji z 2005 r.		Wg. definicji z 2009 r.		Wg. definicji z 2005 r.		Wg. definicji z 2009 r.	
	Liczba hospitalizacji	Odsetek*	Liczba hospitalizacji	Odsetek*	Liczba hospitalizacji	Odsetek*	Liczba hospitalizacji	Odsetek*
1.Dolnośląskie	146	58,4	120	51,1	182	74,3	192	62,5
2.Kujawsko-pomorskie	93	71,0	70	78,7	131	85,6	155	81,6
3.Lubelskie	67	54,9	43	47,8	65	59,1	64	54,2
4.Lubuskie	32	53,3	19	24,1	92	65,7	70	52,2
5.Łódzkie	242	93,1	150	51,0	143	85,1	135	58,7
6.Małopolskie	18	60,0	5	23,8	15	60,1	11	73,3
7.Mazowieckie	76	23,5	38	24,7	114	25,7	79	24,5
8.Opolskie	27	73,0	37	63,8	71	89,9	74	87,1
9.Podkarpackie	25	83,3	23	79,3	34	100,0	39	95,1
10.Podlaskie	22	81,5	4	22,2	18	75,0	9	30,0
11.Pomorskie	74	83,1	20	37,0	69	89,6	19	37,3
12.Śląskie	114	60,3	101	64,3	66	45,2	119	74,4
13.Świętokrzyskie	32	48,5	47	31,5	28	31,8	35	45,5
14.Warmińsko-mazurskie	22	91,7	12	48,0	28	71,8	24	61,5
15.Wielkopolskie	167	65,0	200	52,2	115	54,5	139	38,2
16.Zachodniopomorskie	33	75,0	32	57,1	27	69,2	31	63,3
POLSKA	1190	61,4	921	48,7	1198	59,3	1195	54,0

* w odniesieniu do wszystkich zarejestrowanych przypadków wg. danej definicji; with respect to all cases meeting the case definition

hospitalizacji, utrzymujące się w kolejnych latach, mogą wynikać zwłaszcza z kwalifikowania jako hospitalizacji pobytów jednodniowych w celach diagnostycznych. W trakcie takich pobytów jest między innymi potwierdzone zakażenie wirusem HCV (badanie PCR), co może wyjaśniać większą w części województw liczbę hospitalizacji przypadków sklasyfikowanych jako wzv C (def. 2009 r.) (potwierdzone zakażenie wirusem HCV, często bez objawów klinicznych) niż jako wzv C (def. 2005 r.) (obecne objawy kliniczne lub podwyższony poziom transaminaz).

Pomimo powyższych różnic ogólne tendencje występowania wzv C znajdują potwierdzenie w statystykach dotyczących umieralności z powodu wzv C (w 95% - 99% z powodu przewlekłego wzv C). Pozwala to z jednej strony uwiarygodnić obserwowane zmiany zapadalności na wzv C, a z drugiej przewidywać liczbę zgonów w kolejnych latach. Zgodnie z obserwowaną krzywą zapadalności, w następnych latach powinien nastąpić spadek umieralności, nawet w przypadku braku poprawy dostępności diagnostyki i leczenia. Natomiast spadek liczby zgonów, który odnotowano we wstępnych danych za 2009 r. okazał się mniej wyraźny w ostatecznych danych i nie utrzymał się w 2010 r. Można zatem domniemywać, że poprawa dostępności leczenia i organizowane akcje testowania w kierunku zakażenia HCV, mające na celu wcześniej-

sze wykrywanie zachorowań nie były wystarczające, by zmienić niekorzystne tendencje umieralności z powodu tej choroby. Szczególnie zwraca uwagę wzrost liczby zgonów i jej koncentracja w trzech województwach – mazowieckim, śląskim i wielkopolskim. Wskazuje ona na rzeczywiste różnice terytorialne w występowaniu przewlekłych zapaleń wątroby typu C.

Ponadto, na poziomie województw możemy wyróżnić całkowicie odmienne tendencje - w części województw spadkowe, a w kilku wyraźnie wzrostowe. Korelacja pomiędzy zapadalnością a wystąpieniem tendencji wzrostowej jest niewielka, choć dwa województwa, gdzie odnotowano najszybszy wzrost (lubuskie i opolskie) należą również do województw o najwyższej zapadalności. Powód tak znacznego wzrostu wymaga dalszych badań i powinien skłonić Inspekcję Sanitarną do nasilenia działań prewencyjnych.

Z uwagi na dużą rozbieżność liczby wykazywanych przypadków wzv C (def. 2009 r.) w stosunku do zgłaszanej w latach 2006-2008 liczby przypadków nowo wykrytych zakażeń (kilkukrotna różnica) należy się spodziewać, że wykazana liczba przypadków spełniających kryteria definicji z 2009 r. jest zaniżona. Może to wynikać ze spadku czułości nadzoru wskutek wycofania obowiązku zgłaszania nowo wykrytych zakażeń przez laboratoria i przemawia za koniecznością jego przywrócenia. Należy jednak zauważyć, że wśród przypadków

zgłaszanych w latach 2006–2008 wykazywano również przypadki bez potwierdzenia zakażenia. Dlatego też obserwowana różnica może również wynikać z braku lub opóźnienia dalszej diagnostyki po otrzymaniu dodatniego wyniku anty-HCV.

Należy podkreślić, że podawane wskaźniki zapadalności, ze względu na przebieg kliniczny wzv typu C, odnoszą się w praktyce do zachorowań przewlekłych rozpoznanych w danym roku. Tylko w niewielkim odsetku zgłoszeń istniejące dane pozwalają stwierdzić, że są to zachorowania ostre, w których do zakażenia doszło w roku wykrycia (ostry przebieg zakażenia, uchwytne serokonwersja, ustalenie ekspozycji). W przeważającej części zgłoszonych zachorowań nie udaje się ustalić czasu i okoliczności zakażenia, lub są one tylko prawdopodobne. Dlatego możliwość wnioskowania na temat aktualnej dynamiki szerzenia się wirusa w populacji na podstawie danych z nadzoru jest ograniczona.

WNIOSKI

1. Tendencje zapadalności na wzv C wykazują różnice terytorialne. Wzrost odnotowany w województwach lubuskim, opolskim i warmińsko-mazurskim stanowi wskazanie do nasilenia działań prewencyjnych oraz profilaktyki wtórnej (wczesna diagnostyka i leczenie).
2. Zbyt niska w stosunku do oczekiwanej liczba rejestrowanych przypadków wg definicji z 2009 r. wskazuje na potrzebę poprawy kompletności zgłoszeń, np. poprzez przywrócenie zgłaszalności przez kierowników laboratoriów.
3. Stosowanie definicji z 2005 r. pozwala na ocenę kształtowania się tendencji zachorowań w czasie, dlatego też powinno zostać utrzymane do czasu osiągnięcia satysfakcjonującego poziomu zgłaszania i rejestracji wg definicji z 2009 r., pomimo że definicja z 2005 r. nie jest optymalna do oceny rzeczywistej skali problemu.
4. Wzrost umieralności z powodu wzv C wskazuje na konieczność dalszej poprawy diagnostyki i leczenia tej choroby.

Otrzymano: 10.04.2012 r.

Zaakceptowano do druku: 16.04.2012 r.

Adres do korespondencji:

Dr n med. Magdalena Rosińska
Zakład Epidemiologii
Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego
– Państwowy Zakład Higieny
ul. Chocimska 24 00-791 Warszawa
e-mail: mrosinska@pzh.gov.pl
tel.: 022 54 21 206