

Małgorzata Stępień, Mirosław P Czarkowski

WIRUSOWE ZAPALENIE WĄTROBY TYPU B W POLSCE W 2011 ROKU

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

STRESZCZENIE

CEL PRACY. Ocena sytuacji epidemiologicznej wzv B w Polsce w 2011 r w porównaniu z latami wcześniejszymi.

MATERIAŁ I METODY. Ocena występowania zachorowań na wzv B w Polsce zarejestrowanych w 2011 r. w oparciu o wyniki analizy indywidualnych raportów dotyczących ostrych postaci wzv B przesyłanych do NIZP-PZH przez Stacje Sanitarно-Epidemiologiczne oraz danych zbiorczych z biuletynów rocznych „Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce”.

WYNIKI. W 2011 r. zarejestrowano w Polsce 1583 zachorowania na wzv B, w tym 30 zachorowań mieszanych wywołanych wirusami HBV i HCV. Zapadalność wynosiła 4,11 na 100 tys. ludności i była o 4% niższa niż w roku poprzednim.

Zachorowania ostre stanowiły 6,6% ogółu zachorowań na wzv B; zapadalność – 0,27 na 100 tys. ludności. Najwyższą zapadalność na ostrą postać wzv B odnotowano w woj. podlaskim (1,00 na 100 tys.), a na postać przewlekłą w woj. opolskim (10,83 na 100 tys.). Częściej chorowali mężczyźni niż kobiety oraz częściej mieszkańcy miast niż wsi. Zachorowania przewlekłe najczęściej wykrywano (podobnie jak w poprzednich latach) w grupie wieku 15-19 lat, najrzadziej w grupie wieku 0-14 lat, w całości objętej powszechnymi szczepieniami w okresie noworodkowym. Najwyższą zapadalność na ostre wzv B odnotowano w grupie wieku 30-34 lata (0,64 na 100 tys), oraz w grupie wieku 65-74 lata (0,58 na 100 tys.). Dominującą drogą zakażenia były procedury medyczne związane z naruszeniem ciągłości tkanek (55% wszystkich ostrych zachorowań). W grupie młodych osób (25-34 lata) obserwuje się wzrost udziału zachorowań nabytych na drodze kontaktów seksualnych i stosowania dożylnego narkotyków (28% ostrych zachorowań), wśród osób starszych pozamedyczne drogi zakażenia stanowiły tylko 7% i najczęściej był to kontakt domowy z zakażonym.

W 2011 r. zmarło 8 osób z powodu ostrego wzv B i 40 osób z powodu przewlekłego wzv B.

WNIOSKI. Obserwowana tendencja spadkowa zapadalności na ostre wzv B wskazuje na utrzymującą się skuteczność programu szczepień ochronnych prowadzonych w Polsce od ponad 15 lat. Wobec rosnącego udziału zachorowań ostrych nabywanych drogą kontaktów seksualnych i przez przyjmowanie narkotyków uzasadnione jest zalecanie szczepień ochronnych osobom nieszczepionym szczególnie narażonym na zakażenie ze względu na styl życia.

Słowa kluczowe: wirusowe zapalenie wątroby typu B, choroby zakaźne, epidemiologia, zdrowie publiczne, szczepienia ochronne, Polska, rok 2011

Celem pracy jest ocena sytuacji epidemiologicznej wirusowego zapalenia wątroby typu B (wzv B) w Polsce w 2011 r w porównaniu z latami wcześniejszymi.

MATERIAŁ I METODY

Ocenę sytuacji epidemiologicznej wzv B w 2011 r. w Polsce przeprowadzono na podstawie analizy danych zbiorczych publikowanych w biuletynach „Choroby

zakaźne i zatrucia w Polsce w 2011 r.” i „Szczepienia ochronne w Polsce w 2011 r.” (Warszawa 2012, NIZP-PZH, GIS) oraz dla zachorowań ostrych na podstawie analizy danych zawartych w raportach jednostkowych nadesłanych do Zakładu Epidemiologii NIZP-PZH przez Wojewódzkie Stacje Sanitarно-Epidemiologiczne. Wykorzystano również dane dotyczące zgonów z powodu wzv B udostępnione przez Departament Badań Demograficznych GUS.

Zachorowania na wzv B zgłaszane są do Państwowej Inspekcji Sanitarnej na podstawie obowiązujących przepisów prawnych (Ustawa o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, Dz. U. z dnia 30 grudnia 2008 r.), a rejestrowane zgodnie z kryteriami definicji przypadku dla celów nadzoru epidemiologicznego stosowanej w krajach UE (Decyzja Komisji z dn. 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 PE i Rady 2008/426/WE). W 2011 r. w Polsce obowiązywała wprowadzona w 2009 r. definicja przypadku dla zachorowań ostrych. Zgodnie z definicją jako ostre rejestrowane są przypadki objawowe potwierdzone laboratoryjnie wykazaniem obecności przeciwciał anti-HBc IgM, jako ostre prawdopodobne przyjmuje się przypadki objawowe powiązane epidemiologicznie z przypadkiem potwierdzonym wzv B. Przypadki przewlekłego wzv B rejestrowano na podstawie rozpoznania lekarza zgłaszającego.

WYNIKI I ICH OMÓWIENIE

W 2011 r. zarejestrowano w Polsce ogółem 1583 zachorowania na wzv B, w tym 30 (1,9%) zachorowań wywołanych przez mieszane zakażenie wirusami HBV i HCV, zapadalność wynosiła 4,11 na 100 tys. ludności. W porównaniu z rokiem 2010 (1633; 4,28) zapadalność zmniejszyła się o 4% (Fig.1 Wirusowe zapalenie wątroby typu B w Polsce w latach 2002-2011 Zapadalność na 100 000 ludności wg płci), jednak nie spadła do poziomu odnotowanego w 2008 r. (3,51 na 100 tys.); najniższego w ciągu ostatnich 10 lat. Może to oznaczać, że obserwowany w ciągu dwóch poprzednich lat niewielki wzrost zapadalności miał charakter przejściowy, a osiągnięta dzięki programowi szczepień ochronnych zmniejszona zapadalność utrzymuje się na względnie stałym poziomie. Ogólna zapadalność na wzv B jest wyznaczana głównie przez zachorowania przewlekłe, dla ostrych postaci wzv B utrzymuje się tendencja spadkowa zapadalności obserwowana od początku odrębnej rejestracji ostrego i przewlekłego wzv B (Fig. 2 Ostre i przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B w Polsce w latach 2005-2011. Zapadalność na 100 000 ludności). Podobnie jak w latach ubiegłych obserwowano duże zróżnicowanie terytorialne – w 8 województwach odnotowano spadek zapadalności; największy w woj. małopolskim o 41%, a w 8 wzrost; najwyższy w woj. podlaskim, w którym zapadalność ogólna była ponad 5-krotnie wyższa niż w roku 2010. W dalszym ciągu pogłębiają się różnice w zapadalności na obszarze kraju: stosunek zapadalności najwyższej (w woj. opolskim 11,23/100 tys.) do najniższej (w woj. małopolskim 0,48/100 tys.) wynosił 23,4:1. W woj. opolskim, w którym zapadalność od kilku lat na-

leży do najwyższych w kraju, obserwuje się utrzymującą się tendencję wzrostową zapadalności.

ZACHOROWANIA NA OSTRĄ POSTAĆ WZV B

W 2011 r. zarejestrowano w Polsce 104 zachorowania na ostre wzv B (zapadalność 0,27 na 100 tys. ludności), postaci ostre stanowiły 6,6% całkowitej liczby zarejestrowanych zachorowań na wzv B (Tab.I Wirusowe zapalenie wątroby typu B (ogółem) w Polsce w latach 2005-2011. Liczba zachorowań, zapadalność na 100 000 ludności, procentowy udział przypadków ostrych i przewlekłych oraz liczba i procent zakażeń mieszanych HBV/HCV wg województw; Tab.II Ostre wirusowe zapalenie wątroby typu B w Polsce w latach 2005-2011. Liczba zachorowań oraz zapadalność na 100 000 ludności wg województw.). Obserwuje się dalszy spadek liczby ostrych zachorowań - o 21% w porównaniu do roku 2010, zmniejszył się także odsetek zachorowań na ostre wzv B zgłoszonych do PIS bez potwierdzenia laboratoryjnego rozpoznania (6% w porównaniu z 15% w 2010 r.), co świadczy o pewnej poprawie jakości nadzoru. 83 % wszystkich zarejestrowanych zachorowań spełniało kryteria przypadku potwierdzonego tj. stwierdzono typowe objawy kliniczne i wykazano obecność swoistych przeciwciał anti-HBcIgM.

Spadek zapadalności odnotowano w 10 województwach (największy w woj. podkarpackim – o 85% w stosunku do roku 2010), w jednym województwie zapadalność nie zmieniła się (świętokrzyskie: 0,08/100tys.), a w 5 odnotowano wzrost (największy, ponad 8-krotny, w woj. pomorskim). We wszystkich województwach zachorowania ostre stanowiły mniejszość ogółu zachorowań na wzv B (Tab.I); także w woj. małopolskim, w którym najdłużej utrzymywała się dominacja zachorowań ostrych, odnotowano znaczący spadek (z 77% do 44%). Najniższy procentowy udział zachorowań ostrych zarejestrowano w woj. wielkopolskim: 1,1% wszystkich zachorowań na wzv B.

Pogłębiło się zróżnicowanie zapadalności pomiędzy województwami: od najwyższej w woj. podlaskim 1,00/100 tys. do najniższej w woj. podkarpackim 0,05/100 tys., jednak tendencja spadkowa jest widoczna we wszystkich województwach.

W 2011 r. hospitalizowano wszystkich chorych z wyjątkiem jednego w woj. warmińsko-mazurskim, współczynnik hospitalizacji ogółem wyniósł 99%.

Podobnie jak w poprzednich latach częściej chorowali mężczyźni (ponad dwukrotnie) i mieszkańcy miast (Tab. IV), natomiast w grupach wieku szczyt zachorowań w porównaniu z poprzednim rokiem przesunął się na starszą grupę (z 25-29 lat na 30-34 lata; 0,64 na 100 tys.). Wysoką zapadalność obserwowano również w grupie wieku 65-74 lata (0,58/100 tys.). Najwyższą zapadalność wśród męż-

czynni mieszkających na wsi odnotowano w grupie wieku 65-74 lata (1,44/100 tys.), podczas gdy w miastach najczęściej chorowali mężczyźni w wieku 30-34 lata (1,11/100 tys.). Najwyższą zapadalność kobiet odnotowano wśród mieszkanki wsi w wieku powyżej 74 lat (0,77/100 tys.), wśród kobiet mieszkających w miastach zapadalność w tej grupie wieku była najniższa (0,10/100 tys.).

Najniższa zapadalność ogółem była w grupie osób w wieku 0-24 lata, w całości objętej szczepieniami obojętnymi (w okresie noworodkowym lub w wieku 14 lat) (Fig. 3 Ostre i przewlekle wirusowe zapalenie wątroby typu B w Polsce w 2011 r. Zapadalność na 100 000 ludności wg wieku, Fig. 4 Ostre wirusowe zapalenie wątroby typu B w Polsce w 2011 r. Zapadalność na 100 000 ludności wg wieku i płci). W tej grupie wieku zachorowały łącznie 3 osoby: 8-letni chłopiec narodowości bułgarskiej (prawdopodobnie szczepiony, wywiad niepewny), oraz dwóch mężczyzn w wieku 20 i 21 lat: jeden z nich otrzymał dwie dawki szczepionki, drugi był nieszczepiony.

Informację o szczepieniach przeciwko wzv B uzyskano łącznie od 91 (88%) chorych: w tej grupie 15 osób (16%) było wcześniej zaszczepionych, w tym 8 osób (9%) otrzymało pełen cykl szczepienia podstawowego, 6 osób było zaszczepionych częściowo (2 dawki), w jednym przypadku nie ustalono liczby dawek szczepienia (brak dokumentacji szczepienia, rodzice chorego dziecka nie mówili po polsku).

W oparciu o dane zawarte w raportach jednostkowych dokonano analizy prawdopodobnych dróg zakażenia. Dominującą domniemaną drogą zakażenia, podobnie jak w poprzednich latach, były procedury medyczne związane z naruszeniem ciągłości tkanek (57 przypadków; 55% wszystkich ostrych zachorowań), w tym do 5 zakażeń doszło na drodze hemodializy lub przetoczenia krwi. W 7 (6,7%) przypadkach do zakażenia doszło prawdopodobnie na drodze kontaktów seksualnych (najczęściej byli to młodzi mężczyźni (20-36 lat) wskazujący na kontakty hetero- lub homoseksualne), do 7 (6,7%) zachorowań doszło prawdopodobnie poprzez dożylnie stosowanie narkotyków, do kolejnych 7 poprzez kontakty domowe z osobą zakażoną HBV, a w 25% przypadków droga zakażenia pozostała nieznana.

W 2011 r. wg wstępnych danych GUS 8 osób zmarło z powodu ostrego wzv B – o 3 osoby więcej niż w 2010 r. W poprzednich latach obserwowano tendencję spadkową liczby zgonów towarzyszącą obniżaniu się zapadalności, odnotowany wzrost wymaga uważnej obserwacji liczby zgonów w kolejnych latach.

ZACHOROWANIA NA PRZEWLEKŁĄ POSTAĆ WZV B

W 2011 r. liczba zgłoszonych zachorowań na przewlekle wzv B wynosiła 1479 (zapadalność 3,84 na 100

tys. ludności) i była o 3% niższa niż w roku poprzednim. Może to oznaczać ustalenie się liczby wykrywanych rocznie przewlekłych zachorowań na względnie stałym poziomie i zahamowanie obserwowanego w dwóch poprzednich latach wzrostu liczby zachorowań. Przewlekle zachorowania stanowiły 93,4% ogółu zgłoszonych zachorowań na wzv B - oznacza to niewielki wzrost udziału postaci przewlekłych w ogólnej liczbie zachorowań w porównaniu z ubiegłym rokiem i wynika głównie z dalszego obniżania się zapadalności na ostre wzv B.

W 2011 r., podobnie jak w poprzednich latach, rejestracja przewlekłych postaci wzv B odbywała się wyłącznie na podstawie rozpoznania lekarskiego zawartego w zgłoszeniu, bez określenia szczegółowych kryteriów kwalifikacji przypadku jako przewlekłego. Brak definicji przypadku, możliwość powtórnego zgłaszania przypadków rozpoznanych wcześniej oraz różne traktowanie takich przypadków przez Stacje Sanitarno-Epidemiologiczne nakazują ostrożność w interpretacji danych i wskazują na konieczność wprowadzenia zaleceń porządkujących nadzór nad tą postacią wzv.

Utrzymuje się bardzo duże zróżnicowanie zapadalności na przewlekle wzv B w skali kraju: najwyższą zapadalność odnotowano w woj. opolskim 10,83 na 100 tys. ludności, a najniższą w woj. małopolskim 0,27 na 100 tys. (w poprzednim roku najwyższa i najniższa zapadalność była w tych samych województwach) (Tab. III Przewlekle wirusowe zapalenie wątroby typu B w Polsce w latach 2005-2011. Liczba zachorowań oraz zapadalność na 100 000 ludności wg województw.). W porównaniu z poprzednim rokiem zapadalność wzrosła w 9 województwach, a spadła w 7; największy wzrost, blisko 8-krotny, odnotowano w woj. podlaskim, spadki w żadnym województwie nie przekroczyły 20%.

Hospitalizowano ogółem 56,5% chorych z przewlekłym wzv B, najniższy odsetek hospitalizacji odnotowano w woj. mazowieckim (20,3%), natomiast w województwach: podkarpackim, podlaskim i kujawsko-pomorskim hospitalizowano ponad 90% chorych.

Zapadalność mężczyzn na przewlekle wzv B była wyższa niż zapadalność kobiet (odpowiednio 4,73 i 3 na 100 tys.), z najwyższą przewagą zapadalności mężczyzn, blisko 4-krotną, w grupie wieku 75+. Podobnie, w miastach zapadalność była wyższa niż na wsiach (4,36 i 3,03 na 100 tys.), z najwyższą, ponad dwukrotną przewagą zapadalności w miastach w grupie wieku 40-49 lat (Tab. V Przewlekle wirusowe zapalenie wątroby typu B w Polsce w 2011 r. Liczba zachorowań, zapadalność na 100 000 ludności i udział procentowy wg wieku, płci i środowiska). Wśród dzieci minimalnie przeważała zapadalność na wsiach, również w grupie wieku 15-19 lat, o najwyższej zapadalności w całej populacji (od 2006 r.), zapadalność na wsiach była wyższa niż w miastach i wynosiła odpowiednio 8,45 i 7,18 na 100 tys. (Fig.3). Zapadalność w grupie

wieku 15-19 lat nieznacznie obniżyła się w porównaniu z rokiem ubiegłym i zgodnie z wcześniejszymi przewidywaniami w kolejnych latach powinien nastąpić stopniowy spadek, wraz z wchodzeniem w tę grupę wieku dzieci objętych szczepieniami przeciwko wzv B w okresie noworodkowym. W rocznikach nieobjętych szczepieniami obowiązkowymi od kilku lat utrzymuje się niska zapadalność na przewlekłe wzv B w wieku powyżej 60 r. ż.

Wg wstępnych danych GUS w 2011 r. z powodu przewlekłego wzv B zmarło 40 osób (83% zgonów z powodu wzv B), jednak liczba ta może być niepełna.

SZCZEPIENIA PRZECIWKO WZV B

Zgodnie z programem szczepień ochronnych (PSO) obowiązującym w 2011 r. obowiązkowym szczepieniem ochronnym przeciwko wzv B podlegały noworodki, młodzież w 14 r.ż., która nie była uprzednio szczepiona podstawowo w ramach szczepień obowiązkowych lub zalecanych oraz osoby narażone w sposób szczególny na zakażenie: wykonujący zawody medyczne i uczniowie szkół medycznych, osoby z bliskiego otoczenia chorych na wzv B i nosiciele HBV (jeżeli wcześniej nie były szczepione), chorzy z przewlekłym uszkodzeniem nerek (szczególnie przed rozpoczęciem dializoterapii), osoby zakażone wirusem HCV, HIV, dzieci z wrodzonym lub nabytym defektem odporności i osoby przygotowujące do zabiegów w krążeniu pozaustrojowym. Nadal obowiązywał schemat szczepienia 3-dawkowego: 0, 1, 6 miesięcy; u osób zdrowych nie przewidziano w PSO szczepień przypominających.

Według danych opublikowanych w biuletynie „Szczepienia ochronne w Polsce w 2011 r.” stan zaszczepienia przeciwko wzv B dzieci w 2 r. ż. (rocznik 2010) w stosunku do objętych sprawozdaniami wynosił 99,7%. Zróżnicowanie terytorialne stanu zaszczepienia było bardzo niewielkie - najniższy odsetek zaszczepionych dzieci w 2 r.ż. odnotowano w woj. zachodniopomorskim 99,4%.

Najwyższe odsetki osób nieszczepionych wśród osób z grup ryzyka podlegających szczepieniom obowiązkowym obserwuje się wśród osób z otoczenia nosicieli HBV (32,9%).

Odczyny poszczepienne po szczepionkach przeciwko wzv B (szczepionki II generacji, rekombinowane) stanowiły niewielką część wszystkich zarejestrowanych niepożądanych odczynów poszczepiennych (NOP) w 2011 r. . Ogółem odnotowano 8 miejscowych niepożądanych odczynów po szczepionkach przeciwko wzv B (*Engerix-B*, *Euvax-B*, *Hepavax-Gene*) oraz 20 NOP o charakterze ogólnym.

Niepożądane odczyny po szczepionkach przeciw wzv B to najczęściej miejscowy obrzęk z zaczerwienieniem w miejscu podania, gorączka, odczyny aler-

giczne oraz jeden epizod hypotensyjno-hyporeaktywny. W 2011 r. nie odnotowano ciężkich niepożądanych odczynów po szczepionkach przeciwko wzv B wg klasyfikacji NOP przyjętej przez NIZP-PZH.

PODSUMOWANIE I WNIOSKI

Utrzymuje się tendencja spadkowa zachorowań na ostre wzv B obserwowana od początku odrębnej rejestracji zachorowań ostrych i przewlekłych. Jest to głównie rezultat realizacji programu szczepień ochronnych. Najwyższą zapadalność na ostre wzv B odnotowano w grupie młodych (30-34 lata) mężczyzn mieszkających w miastach oraz starszych mężczyzn (powyżej 65 r. ż.) mieszkających na wsi - wyniki analizy dróg zakażenia wskazują na zależność sposobu transmisji zakażenia od środowiska zamieszkania i stylu życia. Rośnie udział zachorowań nabytych na drodze kontaktów seksualnych i przez przyjmowanie narkotyków drogą dożylną w grupie osób młodych, natomiast wśród osób starszych nadal dominują zakażenia związane z procedurami medycznymi. Wzrost liczby zachorowań nabytych na drodze narażeń pozamedycznych oznacza zbliżenie do wzorca obserwowanego w krajach uprzemysłowionych, gdzie zakażenia na drodze transmisji seksualnej stanowią 30-50% wszystkich nowych zakażeń HBV. Podstawową metodą zapobiegania nowym zachorowaniom na wzv B pozostaje zalecanie szczepień przeciwko wzv B oraz upowszechniania wiedzy na temat możliwych dróg zakażenia, zwłaszcza wśród osób szczególnie narażonych ze względu na styl życia.

Sytuacja epidemiologiczna przewlekłego wzv B, często przebiegającego bezobjawowo, jest znacznie trudniejsza do interpretacji ze względu na dużą zależność liczby wykrywanych zachorowań (nabytych w przeszłości) od częstości testowania (badania przesiewowe tylko wśród ciężarnych i krwiodawców) oraz sposobu prowadzenia nadzoru w różnych częściach kraju. W celu uzyskania pewnych i porównywalnych danych w zakresie przewlekłego wzv B konieczne jest usprawnienie działań w nadzorze oraz zaktualizowanie danych dotyczących rozpowszechnienia przewlekłego wzv B w populacji ogólnej i subpopulacjach.

Otrzymano: 04.02.2013 r.

Zaakceptowano do druku: 20.02.2013

Adres do korespondencji:

Małgorzata Stępień

Zakład Epidemiologii

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy

Zakład Higieny

ul. Chocimska 24, 00-791 Warszawa

tel. (022) 5421-248

email: mstepien@pzh.gov.pl