

Anna Baumann - Popczyk

WIRUSOWE ZAPALENIE WĄTROBY TYPU A W POLSCE W 2013 ROKU*

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

STRESZCZENIE

CEL. Celem pracy jest ocena sytuacji epidemiologicznej wirusowego zapalenia wątroby typu A w Polsce w 2013 roku w porównaniu do lat ubiegłych.

MATERIAŁ I METODY. Ocena została przeprowadzona na podstawie wyników analizy danych z biuletynów „Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce 2013” oraz „Szczepienia ochronne w Polsce w 2013 roku”, informacji z formularzy o indywidualnych zachorowaniach i z formularzy dochodzeń epidemiologicznych w ogniskach wzv typu A, nadesłanych przez stacje sanitarno-epidemiologiczne do Zakładu Epidemiologii.

WYNIKI. W 2013 r. zarejestrowano w Polsce 48 zachorowań na wzv typu A. Zapadalność na 100 000 mieszkańców wynosiła 0,12, a w poszczególnych województwach wahała się od 0,05 w województwie kujawsko-pomorskim do 0,26 w województwie wielkopolskim. Zapadalność na wzv A kobiet i mężczyzn była na zbliżonym poziomie i wyniosła odpowiednio 0,13 i 0,12/100 000. W 2013 r. zawleczone zachorowania stanowiły 45,8% ogólnej liczby zachorowań na wzv typu A. Odnotowano 3 ogniska, w których zachorowało łącznie 13 osób.

PODSUMOWANIE I WNIOSKI. W 2013 r. odnotowano niewielki spadek liczby zachorowań w porównaniu do roku ubiegłego. Poza tym nie zaobserwowano istotnych zmian w sytuacji epidemiologicznej wzv typu A. W Polsce nadal utrzymuje się endemiczność bardzo niska. Od kilku lat obserwuje się spadek liczby osób zaszczepionych przeciwko wzv A. Wszystko to wpływa na nagromadzenie się dość licznej populacji osób podatnych na zakażenie, co wiąże się z możliwością wzrostu liczby zachorowań. Pomimo że obecna sytuacja epidemiologiczna wzv typu A w Polsce jest dobra, nadal wymaga monitorowania, analizy i stałej obserwacji w ramach zorganizowanego nadzoru epidemiologicznego.

Słowa kluczowe: wirusowe zapalenie wątroby typu A, epidemiologia, zdrowie publiczne, Polska, rok 2013

WSTĘP

Celem pracy jest ocena sytuacji epidemiologicznej wirusowego zapalenia wątroby typu A w Polsce w 2013 r. w porównaniu z latami ubiegłymi.

MATERIAŁ I METODY

Ocenę sytuacji epidemiologicznej wzv typu A w Polsce w 2013 r. przeprowadzono w oparciu o wyniki analizy danych z biuletynów rocznych „Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce w 2013 roku” oraz „Szczepienia ochronne w Polsce w 2013 roku” (Czarkowski MP i in., NIZP - PZH i GIS Warszawa) oraz danych z formularzy o indywidualnych zachorowaniach i z for-

mularzy dochodzeń epidemiologicznych w ogniskach wzv typu A, nadesłanych do Zakładu Epidemiologii NIZP-PZH przez wojewódzkie stacje sanitarno-epidemiologiczne. Poza tym wykorzystano dane pochodzące z Departamentu Badań Demograficznych Głównego Urzędu Statystycznego.

WYNIKI

W roku 2013 utrzymywała się tendencja spadkowa w liczbie rejestrowanych zachorowań na wzv typu A – odnotowano 48 zachorowań, czyli aż 23 mniej niż w roku ubiegłym. Wszyscy zarejestrowani chorzy byli hospitalizowani. Zapadalność na 100 000 ludności wynosiła 0,12 i była niższa w porównaniu do roku

*Praca została wykonana w ramach zadania nr 10/EM/2014 r.

ubiegłego oraz mediany za lata 2008-2011 (Fig. 1. Wzrost typu A w Polsce w latach 2008-2013. Zapadalność na 100 000 mieszkańców wg wieku). W 2013 r. zachorowania na wzrost typu A stanowiły 1,13 % wszystkich zachorowań na wirusowe zapalenia wątroby w Polsce.

Zachorowania zarejestrowano na terenie 13 województw. Najwyższą zapadalność odnotowano w województwie wielkopolskim – 0,26 na 100 000 mieszkańców. W porównaniu z rokiem ubiegłym istotny wzrost zapadalności odnotowano w 2 województwach: łódzkim i wielkopolskim, natomiast w trzech nie uległa zmianie (woj. lubelskie, pomorskie, warmińsko-mazurskie) (Tab. I. Wzrost typu A w Polsce w latach 2012-2013. Zachorowania i zapadalność na 100 000 ludności oraz liczba osób hospitalizowanych wg województw).

Rozkład zachorowań w poszczególnych grupach wieku kształtował się odmiennie niż w latach ubiegłych. Najwięcej zachorowań było u osób w grupach wieku 10-14, 40-44 oraz 45-49 lat. Najwyższa zapadalność była w grupie wieku 10-14 lat i wyniosła 0,32/100 000. Natomiast w grupach wieku 20-24, 25-29, 30-34, 35-39 lat odnotowano spadek zapadalności w porównaniu do roku ubiegłego. Podobnie jak w roku poprzednim zapadalność na wzrost A kobiet i mężczyzn była na zbliżonym poziomie i wyniosła odpowiednio 0,13 i 0,12/100 000. Większe różnice w zapadalności obserwowano w podziale wg płci na poszczególne grupy wieku. W 2013 r., wśród mężczyzn najwyższa zapadalność przypadała na wiek od 10-14 lat (0,42/100 000) oraz 40-44 lat (0,4/100 000). Natomiast zapadalność wśród kobiet była najwyższa w grupie wieku 15-19 lat (0,28/100 000) oraz w grupie 65-74 lat (0,24/100 000) (Tab. II. Wzrost typu A w Polsce w latach 2012-2013. Liczba zachorowań i zapadalność na 100 000 ludności wg wieku, płci). W przeciwieństwie do lat poprzednich sezonowość zachorowań nie była wyraźnie zaznaczona.

W 2012 roku odnotowano spadek liczby osób zaszczepionych przeciwko wzrostu typu A. Zaszczepiono ogółem 42 832 osoby, najwięcej podobnie jak w latach ubiegłych w województwie mazowieckim (36,3 % ogółu zaszczepionych) (Tab. III. Liczba i odsetek osób zaszczepionych przeciw wzrostu typu A w Polsce w latach 2012 - 2013 wg województw).

Zachorowania zawlekane stanowiły 45,8 % ogólnej liczby zachorowań na wzrost typu A. Do zakażenia 6 chorych doszło we Włoszech. Pozostałe zachorowania podobnie jak w latach ubiegłych zostały zawleczone z rejonów o wysokiej lub średniej endemiczności. Do zakażenia dochodziło najczęściej podczas wyjazdów turystycznych (Tab. IV. Liczba zawleczonych do Polski zachorowań na wzrost typu A w 2013 r. wg kraju narażenia).

W 2013 r. zarejestrowano 3 ogniska zachorowań na wzrost A, w tym jedno, w którym zachorowania były związane z ogniskiem o zasięgu międzynarodowym.

Ogółem na terenie 13 krajów europejskich od stycznia 2013 do sierpnia 2014 r. zarejestrowano 1 589 zachorowań związanych z ogniskiem. W Polsce zarejestrowano sześć powiązanych zachorowań, z których pięć zostało zaklasyfikowanych i zarejestrowanych jako jedno ognisko, ponieważ wystąpiło wśród osób przebywających na tym samym wyjeździe integracyjnym we Włoszech. Analiza porównawcza wykazała, że szczepy wirusa HAV wyizolowane od trzech osób chorych z Polski są identyczne ze szczepami wirusa izolowanymi w ognisku wzrostu A, które wystąpiło na terenie Włoch. Szczepy charakterystyczne dla sekwencji ogniskowej izolowano także od osób w innych krajach, zarówno takich, które podróżowały lub nie podróżowały do Włoch. Zsekwencjonowane szczepy należały do genotypu IA. W toku międzynarodowego dochodzenia epidemiologicznego ustalono, że nośnikiem w tym ognisku były najprawdopodobniej mrożone owoce jagodowe. W pozostałych dwóch ogniskach zarejestrowanych w 2014 r. w Polsce zachorowało 8 osób.

PODSUMOWANIE I WNIOSKI

1. W 2013 r. odnotowano spadek liczby zachorowań. W Polsce nadal utrzymuje się endemiczność bardzo niska, charakteryzująca się niską zapadalnością (0,12/100 000), występowaniem lokalnych ognisk epidemicznych oraz wysokim odsetkiem zachorowań zawlekanych.
2. W 2013 roku, w Europie odnotowano trzy ogniska zakażeń HAV o zasięgu międzynarodowym. Pierwsze z nich zarejestrowano na terenie krajów skandynawskich (Finlandia, Dania, Szwecja i Norwegia), natomiast kolejne wystąpiło wśród podróżnych powracających z Egiptu do kilku krajów europejskich. W każdym z tych ognisk zachorowało ponad 100 osób. Nośnikiem zakażenia w obu ogniskach były odpowiednio mrożone i świeże truskawki. Kolejne trzecie zostało opisane powyżej i dotknęło 13 krajów europejskich.

Wirus HAV jest bardzo odporny na warunki środowiska, jak również na stosowane w przemyśle spożywczym metody konserwowania żywności np. zamrażanie. Dlatego skuteczna dekontaminacja owoców jagodowych jest bardzo trudna. Biorąc pod uwagę długi okres przydatności do spożycia i szeroką dystrybucję tych produktów, skażone partie owoców mogą nawet po kilku latach przechowywania, powodować punktowe ogniska zakażeń o zasięgu krajowym lub międzynarodowym.

Polska jest jednym z największych eksporterów owoców mrożonych w Europie. Kraje importujące owoce bardzo często wykorzystują je do produkcji mieszanek owocowych, w skład których wchodzi

owoce pochodzące z różnych krajów m.in. z Polski. Dlatego często w przypadku ogniska, do którego doszło po ich spożyciu, owoce z Polski są wskazywane jako potencjalne źródło skażenia mieszanek, zwłaszcza, że do tej pory nie przeprowadzono identyfikacji molekularnej szczepów wirusa HAV krążących na terenie Polski, zarówno tych występujących w ostatnim okresie, jak i w przyszłości. Z powodu braku tego typu informacji niezwykle trudno jest odpierać zarzuty wysuwane przez kraje, w których doszło do zachorowań wśród ludzi po spożyciu mieszanek, w tym owoców pochodzących z Polski. Dlatego niezbędne jest podjęcie działań, mających na celu wzmocnienie nadzoru nad zachorowaniami na wzv typu A, w tym identyfikację szczepów HAV krążących w Polsce.

3. Mając na uwadze możliwość subklinicznego przebiegu zakażenia, w szczególności u małych dzieci, oraz niski stopień zaszczepienia populacji przeciwko wzv typu A, bardzo istotne jest wzmocnienie nadzoru epidemiologicznego. Zmniejszona zapadalność oraz niska liczba osób szczepionych przeciwko wzv typu A ułatwia nagromadzenie się dość licznej populacji osób podatnych na zakażenie, co wiąże się z możliwością wzrostu liczby zachorowań.

Otrzymano: 23.03.2015 r.

Zaakceptowano do publikacji: 29.03.2015 r.

Adres do korespondencji:

Anna Baumann-Popczyk

Zakład Epidemiologii

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – PZH

Ul. Chocimska 24, 00-791 Warszawa

e-mail: abumann@pzh.gov.pl

