

Zenobia Selibórska, Zygmunt Dajek, Andrzej Stapiński

CZĘSTOŚĆ WYSTĘPOWANIA WSKAŹNIKÓW ZAKAŻENIA WIRUSAMI HBV I HCV U PACJENTÓW Z CHOROBYMI PRZENOSZONYMI DROGĄ PŁCIOWĄ

Zakład Doświadczalno-Laboratoryjny
Instytutu Wenerologii AM w Warszawie
Kierownik: dr Z. Dajek

Wyniki przedstawionych badań pilotażowych dotyczących obecności markerów zakażenia wzw typu B i C u pacjentów z chorobami przenoszonymi drogą płciową wskazują, że kontakty seksualne muszą być rozważane jako ważna droga szerzenia się tych zakażeń.

Wirusowe zapalenie wątroby typu B (wzw B) jest ogólnoustrojową chorobą zakaźną przenoszoną, jak się powszechnie w Polsce uważa, przez niesterylne narzędzia lekarskie i transfuzje krwi. Jest ono także uznane za chorobę zawodową pracowników służby zdrowia. Niewielką, jak dotąd uwagę zwraca się u nas na inne, poza parenteralną, drogi przenoszenia wirusa typu B – dotyczy to zwłaszcza kontaktów seksualnych, które uznane są w wielu krajach za jedną z najważniejszych dróg szerzenia się tych zakażeń. Wobec tego wzw B zaliczane jest tam także do chorób przenoszonych drogą płciową (Sexually Transmitted Diseases = STD).

W Polsce wzw B występuje endemicznie, w latach 1993–1997 notowano odpowiednio 13 295, 10 925, 9 340, 6 435 i 4 830 zachorowań (7, 8). Ten bardzo znaczący spadek liczby zachorowań jest z pewnością spowodowany lepszą jakością sprzętu medycznego (sterylności) i większą troską pracowników służby zdrowia o zmniejszenie narażenia na zakażenie zarówno pacjentów, jak i samych siebie ale również masowymi szczepieniami noworodków prowadzonymi od 1994 r. Obserwowana skuteczność programu zapobiegania wzw B w Polsce jest istotnym argumentem w dyskusji nad sposobami przenoszenia się tych zakażeń, przemawiającym za poglądem, że mogą być one, w większości, nabyte w związku z naruszeniem ciągłości tkanek u pacjentów oddziałów zabiegowych oraz w oddziałach noworodkowych i transplantacji, a także u pracowników służby zdrowia. Ten sposób przenoszenia nie wyjaśnia nam jednak jednoznacznie wszystkich przypadków zakażenia wzw B. Dlatego pogląd, że „zakażenia drogą kontaktów seksualnych, które w USA i niektórych krajach zachodnio-europejskich są główną

drogą szerzenia się wzw typu B, nie stanowią w Polsce zasadniczego problemu” (6) wymaga udokumentowania, aby jego optymizm był uzasadniony.

Badania epidemiologiczne przeprowadzone w USA wykazują, że ludzie zakażeni HBV w około 30% nabyli to zakażenie drogą płciową (1). Przypadki przenoszenia HBV tą drogą spostrzeżono i opisano najpierw u mężczyzn o orientacji homoseksualnej a następnie, poczynając od lat 70-tych, opisywane były coraz częściej zakażenia u heteroseksualnych partnerów chorych na ostrą lub przewlekłą postać wzw typu B. Liczne spostrzeżenia i badania potwierdziły ostatecznie przypuszczenie, że zapalenie wątroby typu B może być także chorobą przenoszoną drogą płciową, a zachowania seksualne mogą stanowić istotny czynnik ryzyka nabycia tego zakażenia (2, 3).

Podkreślenia wymagają również mieszane zakażenia wątroby wirusami typu B i typu C – ich odsetek także wzrasta. Uzasadnia to podejrzenie, że zakażenia HCV tak jak HBV, szerzą się nie tylko przez naruszenie ciągłości tkanek i poprzez krew, ale także drogą kontaktów seksualnych.

Przedstawione przez nas dane są wstępem do szerszych badań epidemiologicznych, które będą mogły w przyszłości wyjaśnić problem częstości zakażeń wirusami HBV i HCV drogą seksualną w Polsce. Wydaje się bowiem, że zasadnicze różnice w poglądach na temat dróg szerzenia się tych zakażeń w naszym kraju i na Zachodzie, mogą wynikać ze zbyt powszechnie przyjmowanego u nas założenia, że do zakażeń dochodzi w zakładach służby zdrowia, bez rozważenia możliwości zakażenia drogą płciową. Wprawdzie stan techniczny i sanitarny naszych szpitali odbiega niekiedy od standardów zachodnich, jednak poza trudnościami z odkażaniem sprzętu do endoskopi, podstawowe zasady jałowości są w większości placówek służby zdrowia coraz lepiej przestrzegane, używana do transfuzji krew w całości badana, wyjaławianie narzędzi jest kontrolowane, a także dostęp do drobnego sprzętu jednorazowego użytku staje się powszechny. Podkreślić należy, że jakkolwiek zachowania seksualne przeciętnych Polaków nie są wcale inne niż ludzi z Zachodu, a częstość przypadkowych kontaktów seksualnych – w tym także homoseksualnych – jest też podobna, to używanie prezerwatyw jest rzeczywiście mniej popularne niż na Zachodzie.

MATERIAŁ I METODY

Badaniami objęto próbki surowic 125 pacjentów, którzy zgłosili się do Ambulatorium Instytutu Wenerologii w maju i czerwcu 1994 r., z powodu zakażenia kiłą, rzeżączką, rzeżyszkowicą, chlamydiozą oraz wirusami HPV i HIV. W surowicy badanych pacjentów poszukiwano 3 głównych markerów wirusa typu B a mianowicie: przeciwciał dla antygeny korowego – anty-HBc, antygeny powierzchniowego – HBsAg i przeciwciał dla antygeny powierzchniowego – anty-HBs. Poza tym, w surowicy badanych pacjentów poszukiwano przeciwciał dla wirusa typu C – anty-HCV.

Wszystkie badania wykonano przy użyciu testów immunoenzymatycznych EIA (Enzyme Immuno Assay) firmy Abbott: w tym do wykrycia przeciwciał anty-HBc – testu CORZYME, do stwierdzenia obecności antygeny powierzchniowego – testu HBsAg-EIA a do potwierdzenia swoistości reakcji na obecność antygeny – testu HBsAg Confirmatory Assay; poza tym do wykrycia przeciwciał anty-HBs – testu AUSAB EIA a przeciwciał anty-HCV – testu ABBOTT HCV EIA 3.0.

WYNIKI I OMÓWIENIE

W badaniu markerów wirusa HBV, obecność przeciwciał dla antygeny korowego – anti-HBc, które niewątpliwie wskazują na to, że pacjent zetknął się w swoim życiu z tym wirusem, stwierdzono u 35 spośród 125 pacjentów, czyli u 28,0% badanych (tabela I). Wśród tych 35 pacjentów u 3 – uzyskano także dodatni wynik w teście wykrywającym antygen powierzchniowy – HBsAg, co wskazywałoby na czynny proces zakażenia. Antygen powierzchniowy HBsAg stwierdzono poza tym, przy słabo dodatnim wyniku testu EIA jeszcze u 6 innych badanych, u których test na obecność przeciwciał korowych anti-HBc był ujemny; wykonany w tych przypadkach test neutralizacji potwierdził swoistość reakcji na obecność antygeny HBs. Nie można zatem wykluczyć u tych 6 pacjentów początkowej fazy czynnego zakażenia wirusem typu B, choć wymagałoby to jeszcze wykonania testu na obecność przeciwciał anti-HBc klasy IgM, czego w naszych pilotażowych badaniach nie zaplanowano.

Tabela I. Częstość występowania markerów zakażenia HBV w grupie 125 pacjentów z STD

Markery HBV	Wynik badania		
	Dodatni	Odsetek	Ujemny
anti-HBc	35	28,0%	90
HBsAg	9	7,2%	116
anti-HBs	22	17,6%	102

Obecność przeciwciał dla antygeny powierzchniowego – anti-HBs stwierdzono u 22 spośród 35 pacjentów z dodatnim wynikiem testu dla przeciwciał korowych – anti-HBc, co także potwierdza kontakt tych badanych z wirusem HBV i wskazuje na przebycie zakażenia.

Podsumowując należy podkreślić, że dodatnie wyniki testów wykrywających poszczególne 3 markery zakażenia wirusem typu B uzyskano ogółem u 41 osób, co stanowi 32,8% badanych (tabela II). Wśród tych osób najliczniejszą grupę stanowili pacjenci z obecnością przeciwciał: anti-HBc i anti-HBs – 21 osób oraz z jednym przeciwciałem anti-HBc – 11 osób. Tylko u 1 badanego stwierdzono obecność wszystkich trzech markerów HBV tj. anti-HBc, HBsAg i anti-HBs, u 2 – obecność dwu markerów: anti-HBc i HBsAg, natomiast u 6 badanych stwierdzono słabo dodatni wynik tylko w teście na obecność HBsAg.

Ponadto u 4 wśród 125 badanych pacjentów z chorobami STD stwierdzono obecność markera wskazującego na zakażenie wirusem typu C tj. anti-HCV, co stanowi 3,0% (tabela III). U 3 spośród nich wykryto współwystępowanie także wskaźników wirusa typu B: u 1-szego – wszystkie 3 poszukiwane markery: HBsAg, anti-HBc i anti-HBs, u 2-giego – same przeciwciała: anti-HBc i anti-HBs, u 3-ciego – tylko anti-HBc. Natomiast w surowicy 4-tego pacjenta, poza anti-HCV, nie stwierdzono żadnego z poszukiwanych markerów HBV.

Tabela II. Występowanie poszczególnych markerów wzv B w grupie 41 pacjentów podejrzanych o kontakt z HBV

Markery HBV	Wyniki testów	Liczba pacjentów
anty- HBc HBsAg anty- HBs	(+) (+) (+)	1
anty- HBc HBsAg anty- HBs	(+) (+) (-)	2
anty- HBc HBsAg anty- HBs	(+) (-) (+)	21
anty- HBc HBsAg anty- HBs	(+) (-) (-)	11
anty- HBc HBsAg anty- HBs	(-) (+) (-)	6
Razem		41

Tabela III. Przypadki współwystępowania markerów zakażenia HCV i HBV

Markery HCV i HBV	Wyniki testów	Liczba pacjentów
anty- HCV anty- HBc HBsAg anty- HBs	(+) (+) (+) (+)	1
anty- HCV anty- HBc HBsAg anty- HBs	(+) (+) (-) (+)	1
anty- HCV anty- HBc HBsAg anty- HBs	(+) (+) (-) (-)	1
anty- HCV anty- HBc HBsAg anty- HBs	(+) (-) (-) (-)	1
Razem		4

DYSKUSJA

Przeprowadzone przez nas badania nad występowaniem wskaźników zakażenia HBV u pacjentów z chorobami przenoszonymi drogą płciową wykazały, że około 33,0% spośród nich zetknęło się również z wirusem zapalenia wątroby typu B. Fakt, że dotyczyło to tylu pacjentów nie dowodzi, że w każdym przypadku do zakażenia doszło w wyniku kontaktów płciowych. Zagadnienie – jak często zakażenie HBV zostało przekazane tą drogą – wymaga badania partnerów i to jest przed nami. Interesujące jest jednak, że uzyskany przez nas wskaźnik jest bardzo podobny do odsetka przypadków zakażenia wzv B nabytych drogą płciową podawanego przez autorów publikacji z krajów, gdzie takie badania już prowadzono (1, 2, 3). Przedstawione obserwacje dają podstawę do tego, aby także wśród polskich epidemiologów, lekarzy chorób zakaźnych i wenerologów popularyzować pogląd, że znaczny odsetek przypadków zakażenia wzv B może być spowodowany przeniesieniem wirusa HBV drogą kontaktów płciowych. Wiedza na ten temat powinna być również popularyzowana wśród społeczeństwa, bowiem odpowiednie – nie obciążone ryzykiem zakażenia – zachowania seksualne a także stosowanie prezerwatyw będą bardzo istotnymi czynnikami wpływającymi na ograniczenie szerzenia się tego zakażenia (4, 5). Dotychczasowe – niejako „automatyczne” – kojarzenie zakażenia HBV tylko z zabiegami przeprowadzonymi w placówkach służby zdrowia, zafałszowuje rzeczywistość i tym samym utrudnia właściwe postępowanie wobec tego groźnego społecznie problemu.

Wykazanie, że zakażenie HBV może być nabyte drogą płciową, dotyczy nie tylko problemów jakie to zakażenie stwarza pacjentom i ich lekarzom, lecz obejmuje także zagadnienia prawne. Wszystkie bowiem okoliczności, które mogły doprowadzić do zakażenia wirusem HBV muszą być brane pod uwagę, szczególnie w przypadku ubiegania się pacjentów chorych na wzv o odszkodowania od służby zdrowia.

Zenobia Selibórska, Zygmunt Dajek, Andrzej Stapiński

PREVALENCE OF HBV AND HCV INFECTION MARKERS IN PATIENTS
WITH SEXUALLY TRANSMITTED DISEASES

SUMMARY

Sera of 125 patients with sexually transmitted diseases (syphilis, gonorrhoea, chlamydiosis, HPV and HIV infections) were investigated for presence of 3 markers of HBV infection; they were found in 41 (33%) patients. Anti-HBc was present in sera of 35 (28%) patients, in 3 of them antigen HBs was found and in 28 anti-HBs was found as well. Antigen HBs alone was present in sera of 6 other patients but they were not reactive in test for anti-HBc.

Moreover in this group of 125 patients anti-HCV were discovered in 4 (3%); in 3 of them occurrence of markers of HBV infection was found.

PIŚMIENNICTWO

1. *Alter MJ, Halder SC, Margolis AS* i in. The changing epidemiology of hepatitis B in the United States. *JAMA*. 1990, 263: 1218-1222. – 2. *Baddour LM, Bucak YA, Somes G* i in. Risk factors for hepatitis B virus infection in black female attendees of a sexually transmitted disease clinic. *Sex*

Trans Dis. 1988, 15:174-176. – 3. *Barret CL, Austin H, Louv WC* i in. Risk factor hepatitis B virus infection among womem attending a clinic for sexually transmitted diseases, *Sex Trans Dis.* 1992, 19:14-18. – 4. CDC. Protection against viral hepatitis. *MMWR* 1990, 39: No. RR-2. – 5. CDC. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines. *MMWR* 1993, 42: No. RR-14. – 6. *Magdzik W.* Wirusowe zapalenie wątroby. *Terapia i Leki*, 1993, 21: 281-289. – 7. *Magdzik W, Gałzka A.* Zakażenia wirusem HBV w placówkach służby zdrowia w Polsce i ich zapobieganie. *Przeg Epidemiol* 1997, 51: 225-228. – 8. *Sikorska K, Łaniec M, Buraczewska A* i in. Zakażenia jatrogenne wirusami zapalenia wątroby typu B, non B, C, nabyte w placówkach służby zdrowia województwa gdańskiego, w latach 1986-1995. *Przeg Epidemiol* 1997, 51: 229-237.

Adres: Instytut Wenerologii, Akademia Medyczna
ul. Koszykowa 82a, 02-008 Warszawa