

Krzysztof Kuszewski, Mirosław P Czarkowski

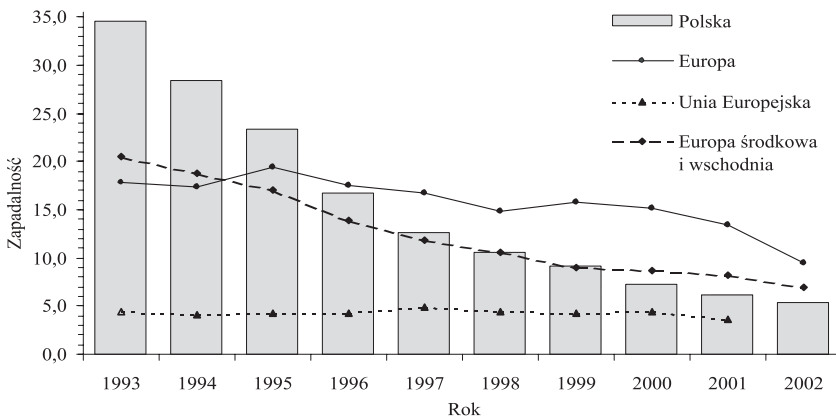
WIRUSOWE ZAPALENIE WĄTROBY TYPU B W 2002 ROKU

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

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

Program zwalczania wirusowego zapalenia wątroby typu B (wzw B) i zapobiegania tej chorobie, konsekwentnie realizowany w Polsce od połowy lat osiemdziesiątych, przynosi wymierne efekty w postaci systematycznego obniżania się zapadalności na wzw B. W 1996 roku poziom zapadalności w Polsce – w latach wcześniejszych zaliczany do najwyższych w Europie – spadł poniżej średniej europejskiej. Jednak dopiero po zintensyfikowaniu działań i rozszerzeniu szczepień ochronnych w 1993 r., w 2000 r. zapadalność spadła poniżej przeciętnego poziomu notowanego w krajach Europy środkowej i wschodniej (ryc. 1).

W 2002 roku zarejestrowano w Polsce 2 021 zachorowań na wzw B, w tym 84 zachorowania (4,2%) wywołane przez zakażenia mieszane HBV i HCV. Zapadalność na wzw B – w przeliczeniu na 100 000 ludności – wyniosła w 2002 r. 5,3. W porównaniu z 2001 r. (2 394 zarejestrowanych zachorowań; 6,2 na 100 000 ludności) były to liczby niższe o ok. 15%, co oznacza utrzymanie się tendencji spadkowej na poziomie obserwowanym w ostatnich pięciu latach, tj. tendencji wyraźnie słabszej, niż notowana w pierwszej połowie lat dziewięćdziesiątych (ryc. 1). Może to wskazywać na stopniowe wyczerpywanie się możliwości utrzymania



Ryc. 1. Wirusowe zapalenie wątroby typu B w Polsce i w innych krajach europejskich w latach 1993–2002. Zapadalność na 100 000 ludności

Fig. 1. Hepatitis B in Poland and European Countries 1993–2002. Incidence per 100 000 population

Źródło: WHO/Europe, HFA Database, June 2003

pierwotnej dynamiki spadku zapadalności na wzv B bez zmodyfikowania realizowanego do tychczas programu zwalczania tej choroby. Modyfikacja programu zwalczania wzv B powinna zmierzać do jak najlepszego przystosowania tego programu do lokalnej sytuacji epidemiologicznej (przynajmniej na poziomie wojewódzkim), a to z kolei wymaga lepszego rozpoznania tej sytuacji, co nie będzie możliwe bez poprawy jakości nadzoru epidemiologicznego.

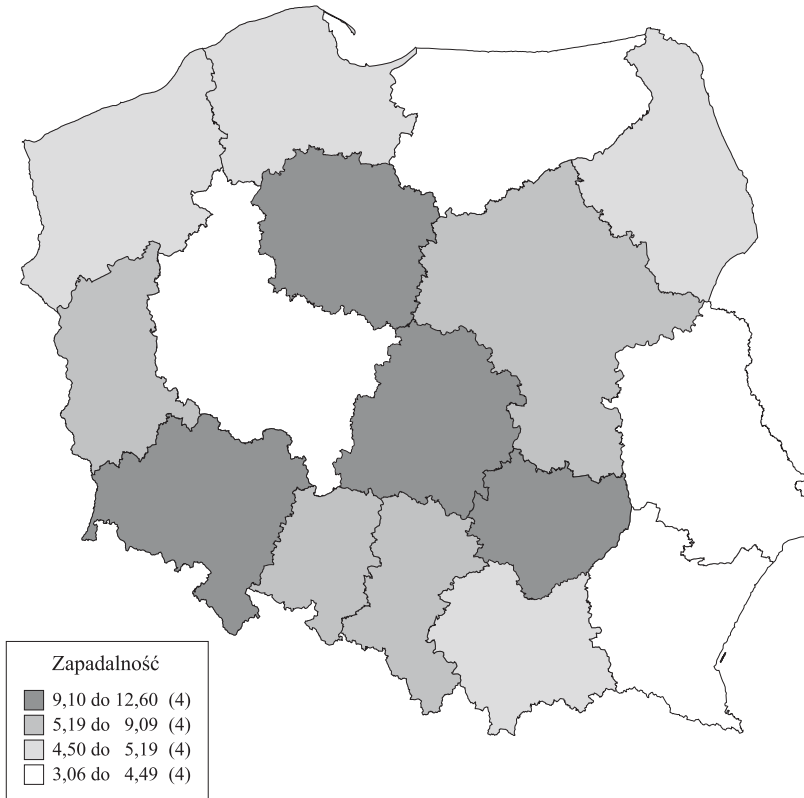
Za koniecznością opracowania wojewódzkich wersji programu zwalczania wzv B, lepiej przystosowanych do lokalnych zagrożeń i warunków, przemawiają m. in. znaczne, utrzymujące się przez lata, różnice w zapadalności na wzv B pomiędzy poszczególnymi województwami (tab. I, ryc. 2).

W 2002 roku, przy spadku ogólnej zapadalności w całym kraju o ok. 15% w stosunku do 2001 r., zapadalność zmniejszyła się wyraźnie na obszarze 11 województw (spadek do ok. 9% w woj. lubelskim do ok. 37% w podkarpackim i ok. 45% w pomorskim), w 4 województwach utrzymała się na zbliżonym poziomie (w granicach $\pm 5\%$), natomiast w jednym województwie wyraźnie wzrosła (w kujawsko-pomorskim o ok. 14% w stosunku do roku wcześniejszego). W efekcie, powiększyło się zróżnicowanie terytorialne zapadalności, które – mierzone stosunkiem zapadalności najwyższej w skali województw do zapadalności najniższej – w 2001 r. kształtowało się jak 3,5: 1, natomiast w 2002 r. – jak 6,3: 1. Najwyższą zapadalność w 2002 r. odnotowano w województwach: kujawsko-pomorskim – 13,2;

Tabela I. Wirusowe zapalenie wątroby typu B w Polsce w latach 1998–2002. Liczba zachorowań, zapadalność na 100 000 ludności oraz liczba i procent zakażeń mieszanych (HBV/HCV) wg województw

Table I. Hepatitis B in Poland 1998–2002. Number of cases and incidence per 100 000 population, number and percentage of HBV/HCV coinfections by voivodeship

Województwo	Mediana 1998–2000		2001		2002			
	zachorowania	zapadalność	zachorowania	zapadalność	ogółem		w tym HBV/HCV	
					zachorowania	zapadalność	zachorowania	%
POLSKA	3 508	9,1	2 394	6,2	2 021	5,3	84	4,2
1. Dolnośląskie	306	10,3	298	10,0	238	8,2	17	7,1
2. Kujawsko-pomorskie	250	11,9	244	11,6	274	13,2	9	3,3
3. Lubelskie	147	6,6	81	3,6	73	3,3	2	2,7
4. Lubuskie	88	8,6	82	8,0	54	5,4	2	3,7
5. Łódzkie	355	13,3	224	8,5	217	8,3	8	3,7
6. Małopolskie	310	9,6	156	4,8	120	3,7	1	0,8
7. Mazowieckie	429	8,5	252	5,0	242	4,7	16	6,6
8. Opolskie	82	7,5	62	5,7	45	4,2	–	–
9. Podkarpackie	104	4,9	71	3,3	44	2,1	–	–
10. Podlaskie	85	7,0	71	5,8	47	3,9	1	2,1
11. Pomorskie	162	7,4	124	5,6	68	3,1	4	5,9
12. Śląskie	547	11,2	337	7,0	255	5,4	12	4,7
13. Świętokrzyskie	153	11,6	132	10,0	124	9,6	6	4,8
14. Warmińsko-mazurskie	94	6,4	53	3,6	53	3,7	1	1,9
15. Wielkopolskie	195	5,8	142	4,2	111	3,3	4	3,6
16. Zachodniopomorskie	141	8,1	65	3,7	56	3,3	1	1,8



Ryc. 2. Wirusowe zapalenie wątroby typu B w Polsce w latach 2000–2002. Przeciętna roczna zapadalność na 100 000 ludności wg województw

Fig. 2. Hepatitis B in Poland 2000–2002. Mean annual incidence per 100 000 population by voivodeship

świętokrzyskim – 9,6; łódzkim – 8,3 i dolnośląskim – 8,2 na 100 000 ludności. Najniższe współczynniki zapadalności zanotowano w województwie: podkarpackim – 2,1; pomorskim – 3,1 oraz lubelskim, wielkopolskim i zachodniopomorskim – po 3,3 na 100 000 ludności.

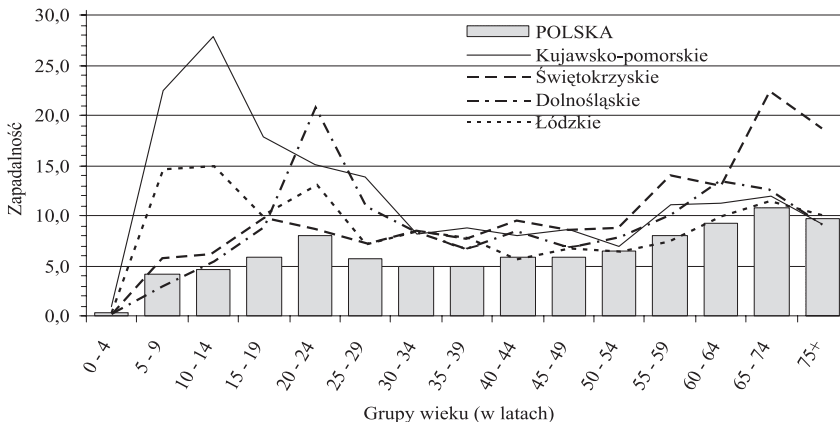
Śpośród województw o najniższej zapadalności, zwraca uwagę sytuacja w woj. zachodniopomorskim, na którego obszarze jeszcze w 1998 r., tj. przed reformą administracyjną kraju, zapadalność na wzw B (11,2) przewyższała średnią krajową (10,5) i w okresie 4 lat obniżyła się o ponad 70%. Należy jednak zauważyć, że w tych samych latach, analogiczna (procentowo) poprawa sytuacji epidemiologicznej wzw B nastąpiła też na obszarze woj. małopolskiego, gdzie zapadalność obniżyła się prawie o 70% (z 12,3 do 3,7), a zbliżona poprawa – m. in. w woj. podlaskim (spadek zapadalności o 65%) i śląskim (o 63%). Spadek zapadalności w skali całego kraju wyniósł w tym okresie ok. 50%.

Śpośród województw o najwyższych współczynnikach zapadalności na wzw B, niekorzystnie wyróżnia się sytuacja w woj. kujawsko-pomorskim, gdzie w stosunku do 1998 r. nie tylko nie odnotowano poprawy, jak w pozostałych 15 województwach, lecz wręcz przeciw-

nie – zapadalność na wzv B wzrosła (z 11,2 do 13,2, tj. o 18%). Cechą wyróżniającą sytuację epidemiologiczną wzv B w woj. kujawsko-pomorskim jest też bardzo wysoka zapadalność dzieci, młodzieży i młodych dorosłych. W 2002 r. w grupie wieku 10–14 lat zapadalność w tym województwie (35,3 na 100 000 dzieci w tym wieku) była prawie 7-krotnie wyższa niż średnia zapadalność w tym wieku w całym kraju, w grupie 5–9 lat (16,3) – ponad 5-krotnie wyższa, w grupie 15–19 lat (24,7) – ponad 4-krotnie wyższa, a w grupach wieku 20–24 (19,2) i 25–29 lat (13,3) – prawie 3-krotnie wyższa. Drastycznie wysoka zapadalność dzieci i młodzieży w woj. kujawsko-pomorskim notowana jest w ostatnich latach rokrocznie (ryc. 3), co wymaga niewątpliwie bardziej szczegółowej analizy i wzmoczonego nadzoru lokalnego, zjawiska nie da się bowiem wyjaśnić np. mniejszym odsetkiem zaszczepionych przeciw wzv B. W świetle oficjalnych danych, tj. rocznych sprawozdań ze szczepień ochronnych składanych przez wojewódzką stację sanitarno-epidemiologiczną, stan zaszczepienia poszczególnych roczników dzieci i młodzieży w tym województwie nie odbiega od przeciętnego stanu zaszczepienia w całym kraju.

Pogłębionej analizy i nasilenia lokalnego nadzoru wymaga też sytuacja epidemiologiczna wzv B przynajmniej w trzech innych województwach o najwyższej ogólnej zapadalności w 2002 r., tj.: w woj. łódzkim, gdzie utrzymuje się zwiększona zapadalność dzieci w wieku 5–9 i 10–14 lat (przy wyższym odsetku zaszczepionych niż przeciętny w całym kraju!) oraz młodzieży i młodych dorosłych; w woj. dolnośląskim, gdzie znacznie wyższą niż w całym kraju zapadalność notuje się przede wszystkim w grupie wieku 20–24 lata; oraz w woj. świętokrzyskim, gdzie na bardzo wysokim poziomie utrzymuje się zapadalność osób w wieku powyżej 65 lat, co można wiązać z zakażeniami w placówkach służby zdrowia (ryc. 3).

Dane o zachorowaniach na wzv B zarejestrowanych w poszczególnych grupach wieku (tab. II) wykazują, że w grupie dzieci najmłodszych (0–4 lat) w 2002 r. zachorowało w całym kraju tylko dwoje dzieci, co wyraża się współczynnikiem zapadalności 0,1 na 100 000 dzieci w tym wieku i świadczy o wysokiej skuteczności powszechnych, obowiązkowych szczepień ochronnych, jakimi objęto noworodki (w 2001 r. – 8 zachorowań, zapadalność



Ryc. 3. Wirusowe zapalenie wątroby typu B w Polsce w latach 2000–2002. Przeciętna roczna zapadalność na 100 000 ludności w województwach o najwyższej zapadalności wg wieku

Fig. 3. Hepatitis B in Poland 2000–2002. Mean annual incidence per 100 000 population in voivodehsip with highest incidence by age group

0,4). Spadek zapadalności zanotowano też w 2002 r. w grupie dzieci w wieku 5–9 lat (z 3,4 do 2,9, tj. o 15%), z tym że zapadalność dzieci 5-letnich (0,2) nie zmieniła się, spadła zapadalność dzieci w wieku 6–8 lat (odpowiednio: o 83%, 58% i 20%), natomiast zapadalność dzieci w wieku 9 lat, których populacja, ze względu na stopniowe terytorialne rozszerzanie wspomnianych szczepień, została nimi objęta tylko w około 34%, wzrosła o 56% (z 4,4 do 6,9). Znaczący wzrost zapadalności (o 24%) odnotowano też w 2002 r. w grupie wieku 10–14 lat (z 4,1 do 5,1), tj. w grupie nieszczepionej jako noworodki, a oczekującej na szczepienie w 14 roku życia. W starszych grupach wieku zapadalność utrzymała się (w granicach $\pm 5\%$) na poziomie z 2001 r. bądź wyraźnie spadła. Na podkreślenie zasługuje odnotowanie w 2002 r. dalszego spadku zapadalności w najstarszych grupach wieku – od 65 do 74 lat (z 10,9 w 2001 r. do 7,9 w 2002 r., tj. o 28%) oraz powyżej 74 lat (z 9,6 do 8,1, tj. o 16%); w grupach tych zachorowania wiązano bowiem z naruszeniem ciągłości tkanek w trakcie zabiegów medycznych podczas szczególnie częstych hospitalizacji.

Spadek zachorowań na wzw B odnotowano w 2002 r. zarówno wśród mężczyzn (z 7,8 na 100 000 do 6,6; tj. o 15%) jak i wśród kobiet (z 4,7 do 4,0; tj. o 13%), tak wśród ludności zamieszkałej w miastach (z 7,0 do 5,7; tj. o 18%) jak i wśród mieszkańców wsi (z 4,9 do 4,6; tj. o 7%). Nieco większa dynamika spadku zapadalności mężczyzn oraz spadku zapadalności w miastach, zmniejszyły wprawdzie różnice między poziomem zapadalności w tych grupach odnotowane w latach wcześniejszych, ale ich nie zniwelowały. Zapadalność mężczyzn była w 2002 r. o 64% wyższa niż kobiet, przy czym różnica występowała bardzo wyraźnie we wszystkich grupach wieku, z wyjątkiem najmłodszej. Zapadalność w miastach była o 25% wyższa niż na wsi, przy czym różnica zaznaczała się przede wszystkim w grupie wieku 20–24 lata i 30–34 lat. (tab. II).

W świetle danych zawartych w wywiadach epidemiologicznych przeprowadzonych przez stacje sanitarno-epidemiologiczne, we wszystkich przypadkach wzw B zgłoszonych w 2002 r. i przesłanych do Zakładu Epidemiologii PZH, w grupie osób, których zachorowania zarejestrowano, znalazło się co najmniej 43 (2,1%) pracowników lub byłych pracowników służby zdrowia oraz co najmniej 45 (2,2%) narkomanów i co najmniej 18 (0,9%) osób osadzonych w zakładach karnych lub aresztach. Dane te są niewątpliwie niepełne i mogą mieć wyłącznie wartość orientacyjną, ponieważ informacje nt. przynależności do ewentualnych grup ryzyka (poza pytaniem o zawód, nb. zbyt szerokim) nie były zbierane w sposób systematyczny.

Nie były również systematycznie zbierane i odnotowywane dane o klinicznym przebiegu choroby (ostrej czy przewlekłej), które zamieszczono (opis słowny lub kod wg Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób) jedynie w 66% wywiadów. Niemniej, nawet traktowane jako orientacyjne, dane te muszą rodzić pytania o czułość i specyficzność nadzoru nad wzw B w Polsce, a szerzej, o jakość nadzoru epidemiologicznego nad tą chorobą. W świetle danych z wywiadów epidemiologicznych można bowiem szacować, że 40% do 60% wszystkich przypadków wzw B zarejestrowanych w Polsce w 2002 r., to zachorowania przewlekłe. Zważywszy, że system nadzoru nad wzw B w Polsce – podobnie jak w wielu innych krajach – oparto na rejestracji zachorowań ostrych, a włączanie do rejestru przypadków przewlekłych dopuszczono jedynie gdy istnieje pewność, że zachorowanie wcześniej nie było zgłoszone jako ostre, należy wnioskować, że albo zapadalność na wzw B w ostatnich dekadach była w Polsce niewspółmiernie wyższa, niż to wynikało z danych zawartych w rejestrach, albo weryfikacja zgłoszeń nie jest obecnie wystarczająco dokładna (co może wynikać z trudności w posługiwaniu się rejestrami z wielu lat), albo też w bieżącym nadzorze epi-

Tabela II. Wirusowe zapalenie wątroby typu B w Polsce w 2002 r. Liczba zachorowań, zapadalność na 100 000 ludności i udział procentowy wg wieku, płci i środowiska

Table II. Hepatitis B in Poland 2002. 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	%			
0-4	1	0,1	0,1	1	0,1	0,1	1	0,1	0,1	0,1	0,1	2	0,1	0,1	
5-9	45	3,9	3,7	21	1,9	2,6	35	2,8	2,6	3,0	4,6	66	2,9	3,3	
10-14	94	6,7	7,7	48	3,6	6,0	90	5,8	6,7	4,3	7,8	142	5,1	7,0	
15-19	115	6,9	9,4	68	4,2	8,5	117	5,9	8,7	5,1	9,9	183	5,6	9,1	
20-24	142	8,8	11,6	63	4,0	7,9	158	7,7	11,7	4,2	7,0	205	6,5	10,1	
25-29	96	6,5	7,8	43	3,0	5,4	93	5,0	6,9	4,4	6,9	139	4,8	6,9	
30-34	68	5,4	5,6	41	3,4	5,1	84	5,5	6,2	2,6	3,7	109	4,4	5,4	
35-39	84	6,8	6,9	39	3,2	4,9	73	4,9	5,4	5,2	7,5	123	5,0	6,1	
40-44	86	5,9	7,0	62	4,3	7,8	105	5,7	7,8	4,0	6,4	148	5,1	7,3	
45-49	96	6,3	7,8	59	3,7	7,4	111	5,3	8,2	4,3	6,6	155	5,0	7,7	
50-54	87	6,5	7,1	63	4,4	7,9	105	5,6	7,8	5,0	6,7	150	5,4	7,4	
55-59	55	6,6	4,5	38	4,0	4,8	70	5,8	5,2	3,9	3,4	93	5,2	4,6	
60-64	68	9,3	5,6	50	5,6	6,3	78	7,5	5,8	6,9	6,0	118	7,3	5,8	
65-74	111	8,9	9,1	127	7,2	15,9	150	8,2	11,1	7,4	13,1	238	7,9	11,8	
75+	76	12,8	6,2	74	5,9	9,3	81	7,7	6,0	8,7	10,3	150	8,1	7,4	
Ogółem	1 224	6,6	100,0	797	4,0	100,0	1 351	5,7	100,0	4,6	100,0	2 021	5,3	100,0	

demiologicznym popełnia się zbyt wiele błędów (być może tzw. błędów systematycznych), kwalifikując zachorowania jako ostre lub przewlekłe. Należy bowiem zwrócić uwagę, że przewlekła postać wzw B bez wcześniejszej – uchwytnej klinicznie – fazy ostrej, wg piśmiennictwa występuje stosunkowo rzadko.

Wielokrotne zgłaszanie tych samych przypadków zachorowań zostanie stopniowo ograniczone po rozbudowaniu centralnego, elektronicznego rejestru zachorowań na wzw B i C, nad którym pracuje Zakład Epidemiologii PZH. Do tego czasu niezbędne jest jednak bardziej docieklive postępowanie pracowników nadzoru we wszystkich przypadkach zgłoszeń przewlekłego wzw B, przede wszystkim w celu wyeliminowania zachorowań, których ostry przebieg został zgłoszony i zarejestrowany w latach minionych.

Z powodu wzw B w 2002 r. hospitalizowano w Polsce 1 943 osoby – 96,1% wszystkich chorych (od 72,6% w woj. świętokrzyskim i 89,7% w pomorskim do 100% w pięciu województwach). Według wstępnych danych GUS ostre wzw B wskazano jako przyczynę wyjściową 51 zgonów zarejestrowanych w 2002 r., a przewlekłe – jako przyczynę 49 zgonów. Łącznie, 100 zgonów z powodu wzw B w 2002 r. to 3,7% wszystkich zgonów z powodu chorób zakaźnych, wliczając grypę i niektóre postaci zapalenia opon mózgowych i/lub mózgu (w 2001 r. 124 zgony, 4,8%).

K Kuszewski, MP Czarkowski

HEPATITIS B IN POLAND IN 2002

SUMMARY

Noticeable downward trend of hepatitis B incidence in Poland continued in 2002. In total 2,021 new cases were reported, 84 (4.2%) of which concerned people co-infected with HBV and HCV. The registered incidence, 5.3 per 100,000 population, was 15% lower than in 2001. As in previous years, the incidence in the urban areas (5.7) exceeded the incidence in the rural areas (4.6) and it was higher in men (6.6) than in women (4.0). Comparing the incidence across the regions, the rate ratio between the voivodeship with the highest and the lowest incidence (respectively 13.2 in kujawsko-pomorskie and 2.1 in podkarpackie) was 6.3. In the voivodeships with the highest incidence the age distribution differed significantly from the rest of the country suggesting the necessity of appropriate modifications in the national prevention program. Overall the most affected age groups were the elderly (incidence 8.1 in persons over 74 years of age, 7.9 in 65–74 year olds and 7.3 in 60–64 year olds) and young adults (incidence 6.5 among 20–24 year olds). Approximately 96% of cases were hospitalized. According to preliminary data there were 100 deaths due to acute or chronic hepatitis B in Poland in 2002.

Adres autorów:

Krzysztof Kuszewski
Zakład Epidemiologii Państwowego Zakładu Higieny
ul. Chocimska 24, 00-791 Warszawa
e-mail: kkuszewski@pzh.gov.pl