

Wiesław Magdzik

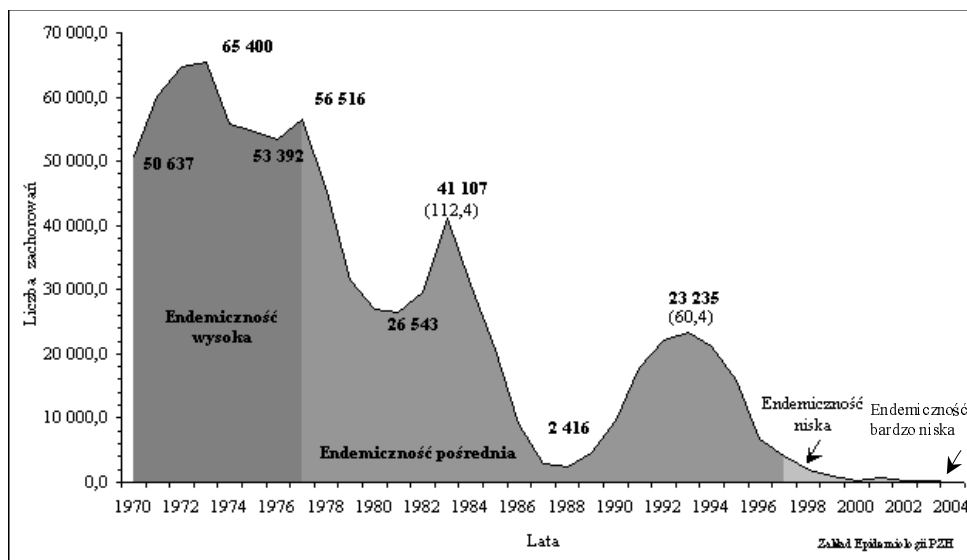
WIRUSOWE ZAPALENIE WĄTROBY TYPU A (WZW A) W 2003 ROKU

Emerytowany profesor
Państwowego Zakładu Higieny

Słowa kluczowe: wirusowe zapalenie wątroby typu A, szczepienie, grupy ryzyka
Key words: hepatitis A, vaccination, risk groups

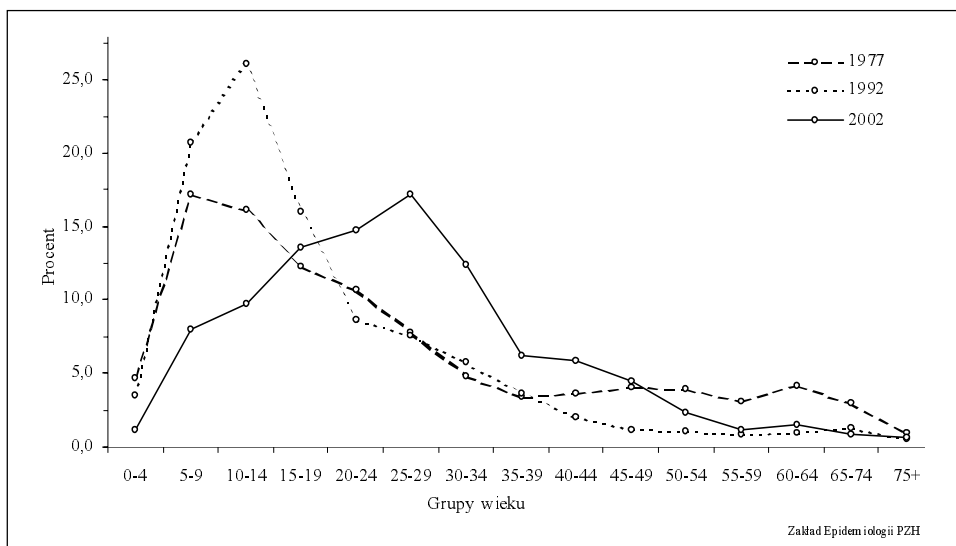
Zachorowania na wirusowe zapalenie wątroby (wzw) są zgłaszane i rejestrowane w Polsce od 1951 roku. Do 1978 roku zgłaszano zachorowania bez wyróżnienia typu wzw. Od 1979 do 1997 roku rejestrowane były oddzielnie zachorowania na wzw typu B i oddzielnie zachorowania na pozostałe typy wzw. Od 1997 rejestrowane są zachorowania na poszczególne typy wzw.

Oszacowano, że przeciętna roczna liczba rejestrowanych zachorowań na typ A w latach 1970-1977 wynosiła 57 630, a zapadalność powyżej 155 na 100 000 (ryc. 1). Osoby wchodzące w okres życia dorosłego w blisko 100% były uodpornione przeciw wzw A.



Ryc. 1. Wirusowe zapalenie wątroby typu A w Polsce w latach 1970-2003. Liczba zachorowań i zapadalność na 100 000 (za lata 1970-1996 – dane szacunkowe 1997-2003 dane rejestrowane)

Fig. 1. Hepatitis in Poland in the years 1970-2003. Numbers of cases and incidence rates per 100 000 (for 1970-1996 estimated, for 1997-2003 registered numbers)



Ryc. 2. Wirusowe zapalenie wątroby typu A w Polsce. Zależność zachorowań od wieku w latach 1977, 1992, 2002

Fig. 2. Hepatitis A in Poland. Percentage of cases according to age in the years 1977, 1992, 2002

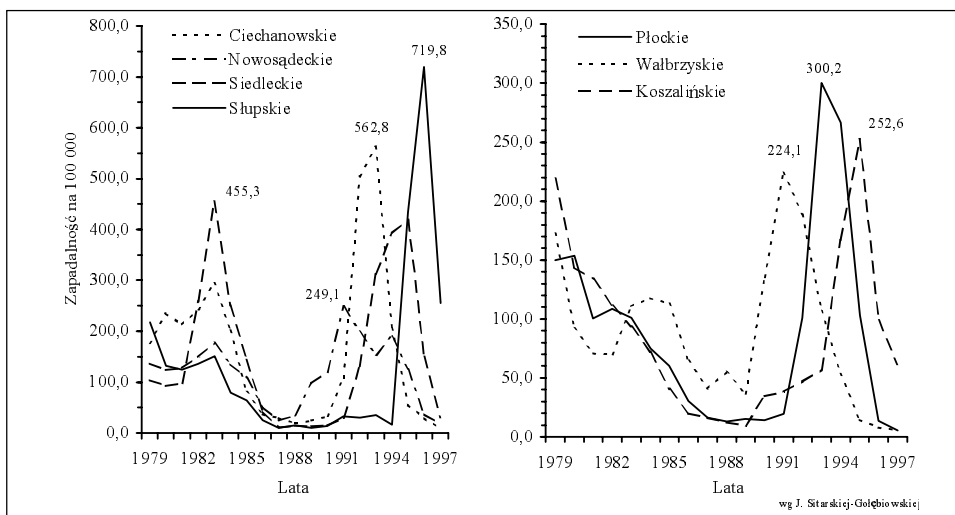
Szacunkowo można ocenić, że około 10% osób (dokładnie 9,5%) zostawało uodpornionych w wyniku klinicznego przechorowania wzv A, a około 90% osób nabywało odporność drogą bezobjawowego zakażenia. W tym czasie najwyższe liczby zachorowań na wzv A notowano wśród dzieci w pierwszych klasach szkoły podstawowej (ryc. 2).

Po 1978 roku wzv A w Polsce zaczęło przechodzić stopniowo z okresu endemiczności wysokiej do okresu endemiczności pośredniej, który utrzymywał się aż do około 1997 roku. Od 1978 roku liczba zachorowań zaczęła się dość gwałtownie zmniejszać osiągając w 1981 r. liczbę 26 543 zachorowań (zapadalność 73,9 na 100 000). Wzrost liczby zachorowań w dalszych latach spowodował zaznaczenie się okresowości zachorowań, która utrzymywała się do 1997 roku. Najwyższe liczby zachorowań występowały wśród młodzieży 10-14 lat (ryc. 2). W okresie endemiczności pośredniej zanotowano 7 epidemii wyrównawczych, które trwały od kilku miesięcy do kilku lat w województwach: ciechanowskim, koszalińskim, plockim, nowosądeckim, słupskim, siedleckim, wałbrzyskim (ryc. 3). Po 1997 roku nie notowano epidemii wyrównawczych wzv A w Polsce.

W latach 1997-2001 występowała w Polsce niska endemiczność wzv typu A, a po 2002 r. endemiczność bardzo niska. Notowano niższe niż dotychczas liczby zachorowań i zapadalność (tab. I).

Najwyższe liczby zachorowań w zależności od wieku notowano wśród osób w grupie wieku od 25 do 29 lat (ryc. 2). Występowanie znacznie częściej zachorowań wśród osób starszych wiekiem było przyczyną wzrostu ciężkości przebiegu choroby w okresie ostrym. Nie obserwowano jednak organicznych, przewlekłych następstw choroby tak jak po wzv B i wzv C np. przewlekłego zapalenia, marskości, pierwotnego raka wątroby.

Pojedyncze zgony zarejestrowane w latach 1998, 1999, 2000 były następstwem galopującej postaci wzv A (tab. I).



Ryc. 3. Wirusowe zapalenie wątroby typu A w Polsce. Epidemie wyrównawcze

Fig. 3. Hepatitis A in Poland. Epidemics in voivodeships in the period of middle endemicity

W 2003 r. w Polsce zarejestrowano 150 zachorowań na wzw typu A, a zapadalność wyniosła 0,39; najwyższa zapadalność wystąpiła w województwie dolnośląskim – powyżej 0,99 (tab. I, ryc. 4).

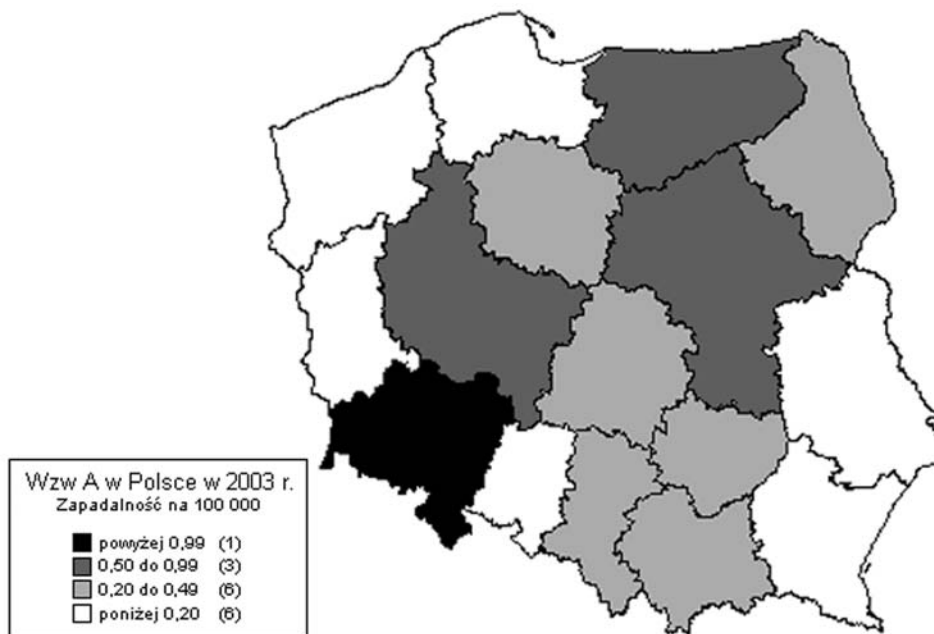
W wyniku niskich liczb zachorowań obserwuje się spadek odsetka osób uodpornionych, tzn. posiadających przeciwciała anty HAV zwłaszcza wśród dzieci, młodzieży i młodych osób dorosłych nawet do kilku, kilkunastu procent (ryc. 5). Przy niedostatecznym pod wieloma względami stanie sanitarnym kraju, stwarza to niebezpieczeństwo wzrostu liczby zachorowań, a nawet wystąpienia lokalnych epidemii lub epidemii wyrównawczych np. w przypadku zawleczenia zachorowań.

Na podstawie tych przesłanek można sformułować wniosek dotyczący konieczności sztucznego uodporniania – najlepiej drogą szczepień – niektórych grup ludności. Wprawdzie w wyniku uodporniania sztucznego uzyskuje się stężenie przeciwciał znacznie niższe

Tabela I. Wirusowe zapalenie wątroby typu A w Polsce w latach 1997-2004

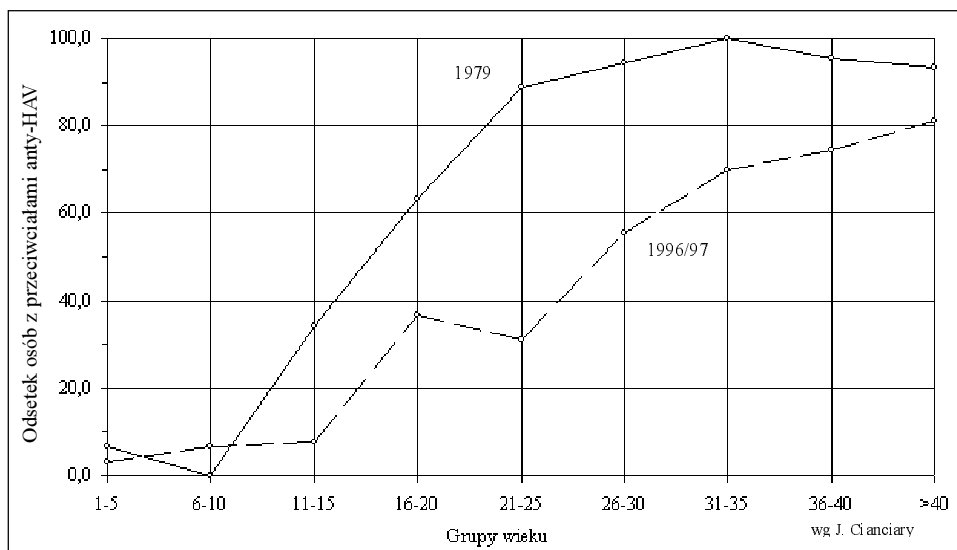
Table I. Hepatitis A in Poland in the years 1997-2004

Lata	Liczba zachorowań	Zapadalność na 100 000	Liczba zgonów	Umieralność na 100 000	Śmiertelność
1997	4045	10,47	-	-	-
1998	2011	5,20	3	0,008	0,15
1999	1024	2,65	2	0,005	0,20
2000	262	0,68	2	0,005	0,76
2001	738	1,91	-	-	-
2002	338	0,88	-	-	-
2003	150	0,39	-	-	-
2004	95	0,25	-	-	-



Ryc. 4. Wzw A w Polsce w 2003 roku. Zapadalność na 100 000 według województw

Fig. 4. Hepatitis A in Poland in 2003. Incidence rates recording in voivodeships



Ryc. 5. Odsetek osób z przeciwciałami anty HAV według wieku wśród mieszkańców woj. warszawskiego w 1979 roku i na przełomie 1996/1997 roku

Fig. 5. Percentage of persons with antibodies against HAV among in habitants of Warsaw voivodeship in age groups in 1979 and 1996/97

niż w wyniku uodpornienia naturalnego, lecz skutecznie epidemiologicznie. Szczepionka przeciwko wzw A została udostępniona do stosowania w pierwszych latach dziewięćdziesiątych dwudziestego wieku.

Szczepionka zawiera inaktywowany formaldehydem HAV (hepatitis A virus) adsorbowany na wodorotlenku glinu. Szczepionka jest bezpieczna, stabilna i skuteczna. Chroni przed zachorowaniem ponad 95% osób zaszczepionych podstawowo przez okres 20 lat, a nawet dłużej, zapobiega wystąpieniu epidemii w środowiskach zagrożonych zakażeniem, zastosowana podczas epidemii przerywa jej szerzenie się. Szczepionkę inaktywowaną przeciw wzw A stosuje się według schematu 0, 6-12 miesięcy. W wyniku zaszczepienia powstają przeciwciała anty HAV, mające właściwości neutralizujące, podobne do przeciwciał anty HAV powstających w odpowiedzi na zakażenie dzikim wirusem.

W Polsce zarejestrowane są następujące szczepionki przeciw wzw A:

- od 1996 roku – Havrix Adult –1440 j. dla dorosłych powyżej 18 lat i Havrix 720 Junior 720 j. dla dzieci, produkcji firmy SmithKlineBeecham, obecnie GlaxoSmithKline;
- od 1998 roku – Avaxim – postać dla dorosłych powyżej 15 roku życia firmy Pasteur Merieux, obecnie Sanofi Aventis;
- od 1999 roku – Vaqta 50 IU w 1 ml dla dorosłych powyżej 17 lat i 25 IU w 0,5 ml, dla dzieci od 2 do 17 lat firmy MSD.

Ponadto stosowana jest w skojarzeniu ze szczepionką przeciw wzw B szczepionka Twinrix (GlaxoSmithKline). Szczepienie podstawowe składa się z trzech dawek podawanych według schematu 0; 1; 6. Szczepienie przeciw wzw A może być również stosowane jednocześnie z innymi szczepionkami w oddzielnych iniekcjach (np. ze szczepionkami przeciw polio, IPV lub OPV, błonicy, tężcowi, durowi brzuszemu, cholercze, japońskiemu zapaleniu mózgu, żółtej febrze) bez ujemnego wpływu na ich skuteczność i odczynowość. Zaleca się wówczas stosowanie dla każdej szczepionki oddzielnych strzykawek i oddzielnych miejsc iniekcji.

Szczepionka może być stosowana jednocześnie z normalną gammaglobuliną ludzką w ramach uodpornienia bierno-czynnego. Takie zastosowanie pozwala uzyskać szybko długotrwałą odporność na zakażenie HAV, co jest ważne szczególnie w okresie epidemii.

Niepożądane odczyny poszczepienne, zarówno miejscowe jak i ogólne, są rzadkie, krótkotrwałe i o słabym nasileniu. Przeciwwskazaniem do szczepienia jest tylko nadwrażliwość na składniki szczepionki: adiuwant – wodorotlenek glinu, konserwant – fenoksyetanol. Z formalnego punktu widzenia nie zaleca się szczepienia kobiet ciężarnych poza uzasadnionymi przypadkami. Wpływ szczepionki na rozwój płodu i dziecko karmione piersią nie został dostatecznie zbadany, choć w zasadzie ze względu na to, że szczepionka jest szczepionką zabitą nie powinna stanowić zagrożenia dla płodu. Przeciwwskazaniem do szczepienia nie jest także karmienie piersią, wcześniactwo, leczenie antybiotykami.

Program powszechnych szczepień przeciw wzw A wprowadziły Stany Zjednoczone, Hiszpania (Katalonia), Włochy (Puglia), Izrael. Od 1996 roku Program Szczepień Ochronnych w Polsce zaleca szczepienie przeciw wzw A: dzieciom w wieku przedszkolnym, szkolnym, i młodzieży, szczególnie dzieciom rozpoczynającym naukę w szkole podstawowej, które nie chorowały na wzw A, wyjeżdżającym do krajów o wysokiej zapadalności na wzw A, zatrudnionym przy produkcji i dystrybucji żywności.

W Polsce szczepione są przeciw wzw A stosunkowo niskie liczby osób.

Tabela II. Liczby osób szczepionych przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu A w Polsce w latach 1999-2003

Table II. Number of persons vaccinated in Poland against hepatitis A in the years 1999-2003

Rok	Liczby osób szczepionych
1999	16 288
2000	14 304
2001	13 007
2002	23 225
2003	23 431

Liczba szczepionych rocznie w całym kraju była niższa od 1 promila ludności kraju (tab. II).

Jedynie na terenach objętych powodzią w lipcu 1997 roku zaszczepiono dwukrotnie w 1997 i 1998 roku znaczną grupę 166 639 dzieci, młodzieży i młodych dorosłych z grup ryzyka.

W aktualnej sytuacji epidemiologicznej istnieje szczególne ryzyko zakażenia:

- osób wyjeżdżających i podróżujących z krajów o niskiej i bardzo niskiej zapadalności do krajów o wysokiej zapadalności na wzv A, to jest do krajów rozwijających się, zwłaszcza tropikalnych. Ryzyko zakażenia HAV oceniane jest u nich na 3% na miesiąc pobytu, wzrasta 7-krotnie, jeśli zakwaterowanie odbywa się w złych warunkach sanitarno-higienicznych. Ocenia się, że wzv A jest najczęstszą chorobą zakaźną u osób podróżujących, której można zapobiegać przez szczepienia. Dotyczy to zwłaszcza krajów Europy Wschodniej;

- osób przebywających w zgrupowaniach takich jak szkoły, oddziały szpitalne, domy opieki, internaty, więzienia, koszary;

- osób z najbliższego otoczenia chorego na wzv A;

- osób zatrudnionych w ochronie zdrowia, zwłaszcza w lecznictwie chorób zakaźnych, chorób wewnętrznych, w lecznictwie ambulatoryjnym;

- osób pracujących w styczności ze ściekami np. w służbach komunalnych, systemach kanalizacji, przy usuwaniu nieczystości;

- homoseksualistów zwłaszcza mężczyzn;

- narkomanów;

- chorych leczonych preparatami krwiopochodnymi, np. z zaburzeniami krzepnięcia.

Ryzyko szerzenia się choroby, a nawet wybuchu epidemii stanowi zakażenie HAV osoby zatrudnionej przy produkcji i dystrybucji żywności oraz przygotowywaniu i dystrybucji posiłków. Dlatego osoby zatrudnione przy produkcji i dystrybucji żywności i posiłków stanowią ważną grupę, która powinna być uodporniona.

Jak wyżej wspomniano, szczepienia przeciw wzv A, zgodnie z obowiązującym w Polsce Programem Szczepień Ochronnych, są szczepieniami zalecanymi. Koszty szczepionki pokrywają osoby szczepione, opiekujące się nimi lub sponsorzy. Ze względu jednak na charakter tej choroby i znaczenie szczepień, jest wskazane aby pracodawcy dążyli do zaszczepienia przeciw wzv A na swój koszt:

- osoby wyjeżdżające służbowo do krajów o bardzo wysokiej, wysokiej i pośredniej

endemiczności, szczególnie osoby przebywające tam przez długie okresy w złych warunkach bytowych i sanitarnych, żyjące w styczności z miejscową ludnością;

- pracowników zatrudnionych przy produkcji i dystrybucji żywności i posiłków, co w znacznym stopniu przyczynia się do zapobieżenia zakażenia żywności i wystąpienia tą drogą szerzących się epidemii;

- pracowników ochrony zdrowia;

- pracowników komunalnych pracujących w styczności ze ściekami i przy usuwaniu nieczystości płynnych i stałych;

- władze lokalne powinny finansować szczepienie przeciw wzv typu A:

- osób z grup wysokiego ryzyka na terenach szczególnie narażonych na wystąpienie epidemii;

- dzieci, młodzieży i młodych dorosłych zwłaszcza przebywających w środowiskach.

- Narodowy Fundusz Zdrowia wskazane byłoby, aby finansował szczepienie przeciw wzv typu A w ramach całościowego procesu leczniczego:

- osób z uszkodzeniem czynności wątroby, niezależnie od przyczyny tego uszkodzenia;

- osób z zaburzeniami krzepnięcia.

Ponadto zaznaczyć należy, że osoby z niektórych grup ryzyka wymienionych powyżej powinny być uodpornione zarówno przeciw wzv A jak i wzv B. Do tego może służyć szczepionka skojarzona Twinrix, o której dość szczegółowo napisano powyżej.

Do takich grup zaliczyć należy przede wszystkim:

- osoby odbywające podróże do krajów o złym stanie sanitarnym::;

- pracowników ochrony zdrowia;

- pracowników służb miejskich;

- narkomanów;

- homoseksualistów;

- osoby z przewlekłym uszkodzeniem wątroby.

W Magdzik

HEPATITIS A IN POLAND IN 2003

SUMMARY

Epidemiological situation of hepatitis A in Poland since 1997 was evaluated as low endemicity and since 2002 as very low endemicity. High percentage of cases were noted among adult persons, especially in the age 25-29 years. The course of disease was more serious, than before 1997. In 2004 only 95 cases of hepatitis A were noted in Poland (Incidence rate 0,25/100 000).

The number and percentage of unimmunized persons, especially among children, adolescents and young adults increases very rapidly. In such situation vaccination against hepatitis A of persons from risk groups is necessary.

Adres Autora:

Wiesław Magdzik
Państwowy Zakład Higieny
ul. Chocimska 24
00-791 Warszawa