

Wiesław Magdzik

PROPOZYCJE DOTYCZĄCE ZAPOBIEGANIA I ZWALCZANIA
WIRUSOWEGO ZAPALENIA WĄTROBY TYPU B (WZW B)
W POLSCE OD 2008 ROKU.

Emerytowany profesor Państwowego Zakładu Higieny
Wyższa Szkoła Umiejętności w Kielcach

W wyniku masowych szczepień przeciw wzw B prowadzonych po 1989 roku oraz poprawy w zakresie przestrzegania higieny, przede wszystkim sposobu sterylizacji sprzętu w zakładach ochrony zdrowia osiągnięto spadek rejestrowanych zachorowań na wzw B o około 90%, w tym eliminację zachorowań wśród dzieci do 10 lat.

Począwszy od 2008 roku konieczne są m.in. zmiany w programie szczepień przeciwko wzw B w Polsce, a mianowicie zaniechanie między 2008 a 2010 rokiem szczepienia podstawowego dzieci w 14-tym roku życia i wprowadzenie w jego miejsce dawki przypominającej szczepionki; zwiększenie odsetka szczepionych osób dorosłych, przede wszystkim z grup ryzyka zakażenia oraz z województw o wysokiej zapadalności na wzw B, tj.: łódzkiego, świętokrzyskiego, dolnośląskiego, kujawsko-pomorskiego. Konieczna jest również dalsza poprawa sterylizacji sprzętu medycznego w zakładach ochrony zdrowia i zakładach fryzjersko-kosmetycznych, zwłaszcza na terenie wyżej wymienionych województw.

Słowa kluczowe: wirusowe zapalenie wątroby typu B, szczepienie, uodpornienie bierne, uodpornienie bierno-czynne, programy szczepień ochronnych

Key words: hepatitis B, vaccination, passive immunity, passive-active immunity, programme of vaccination

W Przeglądzie Epidemiologicznym w 2006 roku opublikowano 4 artykuły (1-4) zawierające analizę sytuacji epidemiologicznej wzw B oraz podjęte i wdrażane środki przeciwepidemiczne, tak w Polsce, jak i w innych krajach europejskich. Z artykułów tych wynika, że aktualna sytuacja epidemiologiczna tej choroby przemawia za koniecznością wdrożenia kilku modyfikacji postępowania przeciwepidemicznego, a przede wszystkim wprowadzenia pewnych zmian w programie szczepień po 2008 roku.

SZCZEPIENIA PRZECIW WZW B DOTYCHCZAS WYKONYWANE W POLSCE

Szczepienia przeciw wzw B w Polsce wprowadzono w 1989/1990 roku obejmując nimi noworodki i niemowlęta urodzone przez kobiety zakażone HBV oraz uczniów szkół medycznych, studentów akademii medycznych, pracowników ochrony zdrowia. Od 1993 roku objęto szczepieniami następujące osoby z grup wysokiego ryzyka zakażenia: osoby z bliskiej styczności z zakażonymi HBV, przede wszystkim nosicielami HBV, rzadziej i okresowo również z chorymi na wzw B, osoby przewlekle chore oraz osoby przygotowywane do planowanego zabiegu operacyjnego. Wprowadzono szczepienie podstawowe wszystkich noworodków i niemowląt przeciwko wzw B w 1994 roku w 13 „starych” województwach (według podziału kraju na 49 województw), na których teren składają się fragmenty obecnych województw: lubelskiego, łódzkiego, podlaskiego, małopolskiego i mazowieckiego. W 1995 roku rozpoczęto szczepienia noworodków i niemowląt w 14 „starych” województwach, na których teren składają się fragmenty obecnych województw: dolnośląskiego, kujawsko-pomorskiego, lubuskiego, małopolskiego, mazowieckiego, wielkopolskiego i zachodniopomorskiego. W 1996 roku podjęto szczepienie noworodków i niemowląt na terenie pozostałych 22 „starych” województw. W 2000 roku rozpoczęto szczepienia podstawowe przeciwko wzw B młodzieży w wieku 14 lat, to jest młodzieży kończącej ostatnią klasę gimnazjum. Zniesiony został wówczas obowiązek szczepienia osób przygotowywanych do planowanego zabiegu operacyjnego.

Program szczepień osób z grup ryzyka po 1993 roku poddawany był pewnym, na ogół niewielkim modyfikacjom.

Program Szczepień Ochronnych obowiązujący w Polsce w 2006 roku przewiduje obowiązkowe szczepienia podstawowe przeciwko wzw B dla następujących grup osób:

- noworodki i niemowlęta;
- młodzież w wieku 14 lat (gimnazjaliści);
- osoby wykonujące zawody medyczne narażone na zakażenie;
- uczniowie średnich i policealnych szkół medycznych;
- studenci akademii medycznych i innych wyższych uczelni kształcących na kierunkach medycznych w ciągu pierwszego roku szkolnego/akademickiego;
- osoby z bliskiego otoczenia chorych na wzw B i nosicieli HBV;
- chorzy z przewlekłym uszkodzeniem nerek, zwłaszcza osoby dializowane oraz z przewlekłym uszkodzeniem wątroby o etiologii wirusowej, autoimmunologicznej, metabolicznej lub alkoholowej, w szczególności z przewlekłym zakażeniem HCV;
- osoby zakażone HIV, a także dzieci z wrodzonym lub nabytym defektem odporności;
- osoby przygotowywane do zabiegów wykonywanych w krążeniu pozaustrojowym.

Szczepienia przeciwko wzw B są ponadto zalecane:

- osobom, które ze względu na tryb życia, lub wykonywane zajęcia są narażone na zakażenia związane z uszkodzeniem ciągłości tkanek lub poprzez kontakt seksualny;
- przewlekle chorym o wysokim ryzyku zakażenia nie szczepionym w ramach szczepień obowiązkowych;
- chorym przygotowywanym do zabiegów operacyjnych;
- dzieciom i młodzieży nie objętym dotąd szczepieniami obowiązkowymi;
- osobom dorosłym, zwłaszcza w wieku starszym;

Z uwagi na długo utrzymującą się odporność po skutecznym szczepieniu podstawowym przeciwko wzv B, wydłużoną pamięcią immunologiczną po skutecznym szczepieniu podstawowym, dawki szczepienia przypominającego nie są na ogół podawane zdrowym ludziom.

Pamięć immunologiczna przyczynia się do utrzymywania się odporności przeciw wzv B u osób skutecznie zaszczepionych podstawowo przez co najmniej 15 lat, (okres oceniony na podstawie przeprowadzonych obserwacji i badań), lecz nawet znacznie dłużej, być może, że nawet do końca życia. W przypadku spadku poziomu przeciwciał do poziomu niechroniącego, lub całkowitego zniknięcia, po stymulacji antygenowej w postaci zakażenia HBV lub zaszczepienia przeciw wzv B, poziom przeciwciał szybko narasta do poziomu ochronnego w wyniku działania limfocytów B i T. Dlatego do zachorowań na wzv B, zwłaszcza zachorowań przewlekłych u osób skutecznie zaszczepionych nie dochodzi, a dawki przypominające szczepionki dla osób zdrowych nie są potrzebne. Dawki przypominające szczepionki należy podawać osobom przewlekle chorym, przede wszystkim osobom hemodializowanym. Osobom takim w przypadku spadku poziomu przeciwciał do poziomu nieochroniącego, (poniżej 10 jednostek międzynarodowych), podawana jest dawka przypominająca szczepionki.(5)

Do 2005 roku zaszczepiono w Polsce 31,1% obywateli, odsetek ten wahał się w poszczególnych województwach od 27,6% w województwie mazowieckim do 38,2% w województwie zachodniopomorskim. Były to jedne z wyższych odsetków osób zaszczepionych w krajach europejskich.

Dzieci w wieku do 9 lat, a na terenie 27 „starych” województw, także dzieci w wieku 10 lat i na terenie 13 „starych” województw dzieci w wieku 11 lat zaszczepiono w odsetku wyższym niż 95%.

Osoby w wieku 12 i 13 lat szczepione były wyłącznie w ramach szczepień zalecanych oraz w ramach szczepień osób z grup ryzyka w odsetku nieznacznie wyższym od 30%.

Osoby w wieku 14 – 19 lat szczepione były w odsetku wyższym od 90%.

Osoby w wieku 20 lat i starsze zaszczepione były pod koniec 2004 roku podstawowo w odsetku 15,6%. Odsetek ten wahał się w poszczególnych województwach od 12,0% w województwie lubelskim do 24,2% w województwie zachodniopomorskim.

ZACHOROWANIA NA WZW B W POLSCE

W latach 1979 - 1985 notowano w Polsce od 15 276 (1982 rok) do 16 763 (1985 rok) zachorowań na wzv B, a zapadalność na 100 000 od 42,0 (1982 rok) do 45,2 (1980 rok). Była ona jedną z wyższych w Europie. Po 1985 roku liczba zarejestrowanych zachorowań uległa obniżeniu. Spadek ten wiązać można było wówczas z poprawą parametrów sterylizacji sprzętów i materiałów. Nieznaczny wzrost zachorowań zanotowano w 1989 i 1990 roku. W latach 1990-1993 liczby zachorowań uległy dalszemu istotnemu obniżeniu z 15 116 do 13 237, a zapadalność z 39,7 do 34,5, tj. o około 10%. Spadek ten wiąże się z zaszczepieniem pierwszych grup osób przeciwko wzv B.

Dalszy spadek liczby zachorowań i zapadalności na wzv B zanotowano w okresie wdrażania i po wdrożeniu intensywnego programu zapobiegania i zwalczania tej choroby, tj. od 1993 roku. Liczba zachorowań uległa obniżeniu z 13 296 w 1993 roku do 1 570

w 2004 roku, a zapadalność z 13,6 do 4,1 na 100 000. Spadek liczby zachorowań na wzw B w latach 1985 - 2004 wyniósł 90,7%.

W 2005 roku po raz pierwszy od 12 lat zanotowano wzrost liczby przypadków. Zarejestrowano 1727 zachorowań. W stosunku do 2004 roku nastąpił wzrost o 10%.

W Polsce do 1995 roku notowano wysoką zapadalność na wzw B wśród kobiet w wieku 20-39 lat. Przyczyną jej były zachorowania pracownic ochrony zdrowia zwłaszcza w krótkim czasie po rozpoczęciu pracy zawodowej oraz zakażenia w wyniku diagnostycznych i terapeutycznych zabiegów związanych z naruszeniem ciągłości tkanek. Wśród mężczyzn w grupie wieku 20-39 lat notowano wyższą zapadalność niż w sąsiednich grupach wieku, znacznie niższą jednak niż wśród kobiet.

Obserwowano również wysoką zapadalność wśród osób w wieku podeszłym, zwłaszcza w wieku 60-75 lat.

Od połowy lat osiemdziesiątych wystąpił intensywny wzrost zachorowań na wzw B wśród małych dzieci. Zapadalność wśród dzieci do lat 3 w 1985 roku wynosiła około 25% zapadalności ogólnej kraju, zaś w 1993 roku znacznie przekroczyła zapadalność ogólną. W 1993 roku zanotowano w tej grupie wieku 804 zachorowania. Po wprowadzeniu szczepień obowiązkowych wszystkich noworodków i niemowląt w Polsce uzyskano znamienne zmniejszenie liczby zachorowań wśród dzieci w pierwszych trzech latach życia. W 1997 roku zanotowano 32, w 1998 roku – 21 zachorowań, a od 1999 roku notowanych jest kilka, najczęściej 3 - 4 przypadki rocznie.

W wyniku intensywnego programu zapobiegania i zwalczania wzw B, a zwłaszcza w wyniku masowych szczepień ochronnych osób z grup wysokiego ryzyka, jak również w wyniku poprawy w zakresie sterylizacji sprzętu medycznego, następował z roku na rok do 2004 roku spadek zapadalności na wzw B we wszystkich grupach wieku.

Zlikwidowana została wysoka zapadalność kobiet, a także mężczyzn w wieku 20-39 lat. Od 1996 roku zapadalność mężczyzn we wszystkich grupach wiekowych była wyższa od zapadalności kobiet. Na skutek wolniejszego spadku zapadalności wśród mężczyzn dał się zauważyć względny wzrost zapadalności wśród mężczyzn w wieku 20-24 lat i również, chociaż mniej nasilony, wśród kobiet w wieku 15-24 lat. Przyczyną tego mogły być zakażenia związane z przyjmowaniem dożylnych środków uzależniających oraz zakażenia w wyniku kontaktów seksualnych. Sytuacja ta była jedną z głównych przyczyn wprowadzenia od 2000 roku obowiązkowego szczepienia podstawowego przeciw wzw B młodzieży w wieku 14 lat. Wysoką zapadalność w 2004 i 2005 roku obserwowano w województwie łódzkim, świętokrzyskim, dolnośląskim i kujawsko-pomorskim (w 2004 roku od 8,91 do 6,05 na 100 000 i w 2005 roku od 7,93 do 6,09).

W pozostałych 12 województwach zapadalność kształtowała się na stosunkowo niskim poziomie i wynosiła w 2004 roku od 3,57 w województwie lubuskim, do 2,10 na 100 000 w województwie warmińsko-mazurskim, a w 2005 roku od 5,96 w województwie pomorskim do 2,10 w województwie podkarpackim.

Wśród dzieci w wieku 0-4 lata zanotowano w całej Polsce w 2004 i 2005 roku po 4 zachorowania, a wśród dzieci w wieku 5-9 lat 8 zachorowań w 2004 roku i 3 zachorowania w 2005 roku. Można mówić o eliminacji zachorowań na wzw B wśród dzieci do 10 lat. Zanotowano 73 zachorowania w grupie dzieci i młodzieży w wieku 10-14 lat i zapadalność 2,8 na 100 000 w 2004 roku oraz 77 zachorowań i zapadalność 3,10 na 100 000 w 2005 roku. Grupa ta była słabo uodporniona.

Natomiast młodzież w wieku 15-19 lat była w latach 2004 - 2005 stosunkowo dobrze uodporniona. Mimo to w grupie tej zanotowano zapadalność 4,4 na 100 000 w 2004 roku i 4,3 w 2005 roku. Sprawa wymaga dokładnej analizy w następnych latach, zwłaszcza w województwach o wysokiej zapadalności. Być może odgrywa tu rolę intensywność zakażeń, zwłaszcza drogą dożylnego pobierania środków uzależniających i drogą kontaktów seksualnych.

Powyższe problemy odgrywają też rolę w intensywnym szerzeniu się zachorowań osób w grupie wieku 20-24 lata zwłaszcza wśród mężczyzn. Zapadalność w tej grupie wieku w 2004 roku osiągnęła wysoką wartość to jest 5,5 na 100 000 a w 2005 roku – 6,7 na 100 000. Najwyższą zapadalność zanotowano w województwie łódzkim, świętokrzyskim i dolnośląskim.

PROGRAMY SZCZEPIEŃ I SYTUACJA EPIDEMIOLOGICZNA WZW B W KRAJACH POZA POLSKĄ

Z 22 krajów europejskich objętych analizą obowiązkowe szczepienia masowe niemowląt przeciw wzv B w 2001 roku wykonywano w 16, a dzieci starsze i młodzież były szczepione w 9 spośród nich.

Szczepieniami przeciwko wzv B obejmowano w każdym kraju osoby z grup ryzyka. Na podstawie posiadanych danych nie ma możliwości oszacowania, jaką liczbę osób, lub jaki odsetek tych osób, został zaszczepiony. Można się wypowiadać jedynie o rodzajach grup ryzyka poddawanych szczepieniom.

Zapadalność na wzv typu B w 10 analizowanych krajach była każdego roku w latach 1990-2001 na zbliżonym poziomie nie wykazując zasadniczych wzrostów lub spadków. Niską zapadalność nieprzekraczającą 5,0 na 100 000 notowano w 9 spośród tych krajów tj. w Austrii, Anglii z Walią, Grecji, Holandii, Izraelu, na Malcie, Węgrzech, we Włoszech, Słowenii, natomiast średnią zapadalność, nieprzekraczającą w żadnym z lat 10,0 na 100 000 w Niemczech.

Spadek zapadalności między 1990 r. a 2001r. zanotowano w 6 analizowanych krajach (27,2%). Najintensywniejszy spadek wystąpił w Polsce, (od około 40 na 100 000 w 1990 r. do około 5 w 2001 roku), znaczny w Bułgarii i Rumunii (od około 35 do około 15), na Litwie (od około 20 do około 10) oraz w Czechach i w Słowacji (od około 10 do około 5).

Wzrost zapadalności zanotowano między 1990 r. a 2001 r. w 4 poddanych analizie krajach (18,2%), najintensywniejszy w Estonii (od około 10 do 40), następnie na Łotwie (od około 20 do 35), w Norwegii i Turcji (od około 5 do 10).

W Stanach Zjednoczonych w latach 1990 – 2005 zapadalność na wzv B zmniejszyła się z 8,5 do 1,9 na 100 000, tj. o 78 %. Wśród dzieci zmniejszyła się o 96%.

W zapobieganiu wzv B stosowano szczepionkę w iniekcjach domięśniowych, najczęściej wg schematu 0,1,6. Wśród dorosłych szczepienia przeciw wzv B były wykonywane w niskim odsetku.

W Stanach Zjednoczonych eliminację zachorowań na wzv B, (zapadalność 0,1 na 100 000), stwierdza się wśród dzieci i młodzieży do 14 lat, niską stosunkowo zapadalność wśród młodzieży 15 – 19 lat, wyższą wśród osób w wieku 20 – 24 lata, a najwyższą wśród dorosłych w wieku 25 – 45 lat. Wśród osób w podeszłym wieku zapadalność na wzv B maleje.

Ocenia się, że do zakażenia w 79% zachorowań dochodzi w wyniku iniekcji środków uzależniających oraz kontaktów seksualnych (z tego 39% w wyniku heteroseksualnych kontaktów, 24% to zakażenia mężczyzn mających kontakty homoseksualne i 16% w wyniku iniekcji środków uzależniających). Zakażenie w wyniku rozpoznanych innych sposobów zakażenia, tj. zakażenia związane z wykonywanym zawodem, zakażenia w środowisku domowym, głównie od osób z przewlekłym stanem zapalnym wzv B, w podróży, w zakładach ochrony zdrowia, stanowią około 5% zachorowań. Dla około 16 % przypadków, źródło zakażenia pozostaje nieznane.

Zaleca się w Stanach Zjednoczonych masowe szczepienia przeciw wzv B wszystkim nieszczepionym osobom dorosłym, a w szczególności osobom z wysokim ryzykiem zakażenia i osobom przejawiającym chęć zaszczepienia. Do osób o wysokim ryzyku zakażenia zalicza się w pierwszym rzędzie osoby mające heteroseksualne kontakty z wieloma partnerami, mężczyzn mających kontakty seksualne z mężczyznami, osoby pobierające środki uzależniające w iniekcjach i osoby pozostające w kontaktach domowych i seksualnych z zakażonymi HBV.

Realizacja tych szczepień wymaga odpowiedniego działania ze strony zakładów ochrony zdrowia. M.in. oczekuje się informacji dla osób, które powinny być zaszczepione, a nawet dla wszystkich zgłaszających się do zakładów, o korzyściach zdrowotnych wynikających ze szczepienia przeciwko wzv B.

W Wielkiej Brytanii zapadalność na wzv B wynosiła 5,5 na 100 000. Najwyższe liczby zachorowań na wzv B stwierdza się wśród osób w wieku 25 – 44 lata. Około 1/3 przypadków zakaża się w wyniku iniekcji środków uzależniających. Szczególnie wysoki odsetek tych przypadków ma miejsce wśród osób w wieku 25 – 34 lata. Stwierdza się wśród chorych na wzv B wzrastające liczby i odsetki mężczyzn utrzymujących kontakty seksualne z mężczyznami, jak również zakażenia osób drogą kontaktów heteroseksualnych z licznymi partnerami.

Wśród chorych stwierdza się wysokie liczby osób zmieniających często partnerów seksualnych, prostytutki, osoby podróżujące do krajów o wysokiej zapadalności na wzv B, osoby mające kontakty domowe z zakażonymi HBV, co często stwierdza się wśród imigrantów, a także mężczyzn mających kontakty seksualne z mężczyznami. Zwłaszcza te grupy są obejmowane szczepieniami przeciwko wzv B, podobnie jak więźniowie i inne osoby przebywające w odosobnieniu.

W Hiszpanii programy szczepień przeciw wzv B obejmowały głównie dzieci, w tym również noworodki i niemowlęta oraz młodzież w wieku 12 – 13 lat. Szczepiono powyżej 95% osób. W wyniku takiego postępowania pomiędzy 1997 a 2005 rokiem nastąpiło obniżenie zapadalności na wzv B o 47,3%. Obecnie zwiększa się intensywność szczepień wśród osób dorosłych.

SZCZEPIENIA PRZECIW WZV B I INNE PRZECIWEPIDEMICZNE DZIAŁANIA PROPONOWANE W POLSCE OD 2008 – 2010 ROKU

Do 2010 roku dzieci, młodzież i młode osoby dorosłe do 23 – 24 lat powinny być zaszczepione przeciw wzv B w odsetku wyższym od 90%, a w dużej części nawet wyższym od 95%. Zaszczepienie osób w wieku 23 – 24 lat i starszych powinno zbliżać się do 20%. Biorąc

pod uwagę długotrwałą pamięć immunologiczną, jaką obserwuje się po tych szczepieniach, można przyjąć, że znaczny odsetek osób zaszczepionych będzie uodpornionych.

Odsetek osób zaszczepionych będzie corocznie wzrastał w miarę starzenia się grup zaszczepionych po raz pierwszy jako noworodki i niemowlęta pomiędzy 1994 a 1996 rokiem i bieżącego szczepienia noworodków. Dlatego należy spodziewać się w przyszłości eliminacji zachorowań na wzv B w Polsce.

Można sugerować następujący program szczepień na najbliższe lata:

- szczepienia podstawowe w pierwszym roku życia według schematu 0,1,6 z uwzględnieniem podania pierwszej dawki szczepionki w dniu urodzenia, jednocześnie ze szczepieniem przeciwko gruźlicy;
- w latach 2007 - 2010 osoby nieszczepione w przeszłości podstawowo przeciw w pierwszym roku życia, powinny być zaszczepione podstawowo w wieku 14 lat, (ostatnia klasa gimnazjum);
- osoby szczepione podstawowo przeciw wzv B, głównie w okresie niemowlęcym, moim zdaniem, powinny otrzymać od 2008 roku w wieku 14 lat, (ostatnia klasa gimnazjum), jedną dawkę przypominającą szczepionki przeciwko tej chorobie.

Z uwagi na zmiany podziału administracyjnego kraju po 1994 – 1996 roku, jak również dość liczne zmiany miejsc zamieszkania, nie można wprowadzić jednolitego programu szczepień młodzieży dla określonych terenów. Sposób szczepienia każdej osoby powinien być ustalany indywidualnie.

Uwzględnienie dawki przypominającej dla tej grupy wiekowej, należy przypuszczać, będzie kontrowersyjne. Jest to w sprzeczności z wyżej omówionym problemem pamięci immunologicznej i niestosowania dawek przypominających osobom zdrowym. Jednak biorąc pod uwagę:

- ✓ wysoką zapadalność na wzv B w przeszłości;
- ✓ wysoką zapadalność jeszcze obecnie osób w wieku 15 – 19 i 20 – 24 lata;
- ✓ udokumentowaną skuteczność pamięci immunologicznej w okresie 15 lat po szczepieniu podstawowym;

proponuje się na najbliższe lata wprowadzić dawkę przypominającą szczepionki w ostatniej klasie gimnazjum w miejsce dotychczasowego szczepienia podstawowego. Problem ten powinien być poddany bieżącej ocenie w okresie najbliższych 5 lat, po czym dokonana powinna być ocena dalszego postępowania.

- osoby dorosłe nieszczepione przeciw wzv B powinny być w wysokim odsetku szczepione podstawowo. W szczególności szczepieniami tymi powinny być objęte:
 - ✓ młode osoby dorosłe w wieku do 25 lat;
 - ✓ osoby pobierające dożylnie środki uzależniające;
 - ✓ osoby mające kontakty heteroseksualne z licznymi partnerami;
 - ✓ mężczyźni mający kontakty homoseksualne;
 - ✓ osoby z chorobami przewlekłymi, zwłaszcza nerek, (w tym przede wszystkim dializowane), wątroby, z upośledzeniem odporności;
 - ✓ osoby będące w styczności domowej, zwłaszcza mające kontakty seksualne z zakażonymi HBV;
 - ✓ mieszkańcy województw łódzkiego, świętokrzyskiego, dolnośląskiego i kujawsko-pomorskiego.

W aktualnej sytuacji, gdy dochodzi do eliminacji zachorowań na wzv B wśród dzieci do 10 lat, poprawy sytuacji epidemiologicznej wśród starszych dzieci i młodzieży, jest ze wszech miar wskazane nasilenie szczepień osób dorosłych, zwłaszcza młodych osób dorosłych, z wysoką zapadalnością na wzv B. Szczepienie to powinno znaleźć się w programach edukacyjnych i być realizowane w pracy codziennej przez lekarzy pierwszego kontaktu.

Obecnie obowiązujący program szczepień przeciwko wzv B zbyt słabo uwzględnia szczepienia osób dorosłych w związku z ryzykiem szerzenia się zachorowań drogą kontaktów seksualnych. Nie uwzględnia szczepienia osób mających kontakty heteroseksualne z licznymi partnerami, mężczyzn mających kontakty homoseksualne, jak również osób mających kontakty seksualne z zakażonymi HBV. W przyszłym programie te grupy powinny być uwzględniane w zalecanych szczepieniach osób z grup ryzyka.

Ponad to, poza szczepieniami dla zwalczania HBV, (a także HCV), konieczne jest nasilenie działalności zmierzającej do poprawy parametrów sterylizacji sprzętu służącego naruszeniu ciągłości tkanek, przeprowadzanie sterylizacji takiego sprzętu w autoklawach w warunkach scentralizowanej sterylizatorni, w zakładach ochrony zdrowia, przestrzeganie zasad higieny, łącznie z myciem rąk, zwłaszcza przez pracowników ochrony zdrowia. Wskazana jest również sterylizacja sprzętu służącego do naruszania ciągłości tkanek w zakładach kosmetyczno-fryzjerskich. Priorytetowo należy uwzględnić zakłady ochrony zdrowia i zakłady fryzjersko-kosmetyczne w czterech województwach ze znacznie wyższą zapadalnością niż w pozostałych województwach w Polsce, tj.: łódzkim, świętokrzyskim, dolnośląskim i kujawsko-pomorskim.

Wiesław Magdzik

PROPOSALS CONCERNING WAYS OF CONTROL OF HEPATITIS B IN POLAND SINCE 2008

SUMMARY

Improving of epidemiological situation of hepatitis B was reached by universal vaccination of infants, adolescents and vaccination of adults in high risk groups. Elimination of cases in the age group 0 - 10 and decreasing about 90% of number of notified cases observed in the years 1989 – 2004 was observed.

Changes of the programme of vaccination since 2008 would be necessary to introduce. The first group of children vaccinated basically in the first year of life would grow up then to 14. Resignation of basic vaccination in 14 is necessary. Introducing of booster dose seems to be available in 14, opposite immunological memory, because: very high incidence rate of hepatitis B in past was noted in Poland; still now high incidence rate is noted in the groups 15 – 19 and 20 – 24 also in some vojvodships; documented immunological memory lasts only 15 years. This problem should be evaluated during routine vaccination and scheme of vaccination should be changed as soon as possible, not later than after 5 years.

Except vaccination also improving of sterilization of medical and cosmetic equipment in autoclaves and hygiene measures especially in vojvodships: łódzkie, świętokrzyskie, kujawsko-pomorskie and dolnośląskie where rate of hepatitis B is the highest is necessary.

PIŚMIENNICTWO

1. Magdzik W. Szczepienie przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B i sytuacja epidemiologiczna tej choroby w krajach europejskich w latach 1990 – 2001. *Przeł. Epidemiol* 2006; 60: 179 – 184.
2. Magdzik W, Czarkowski MP. Sytuacja epidemiologiczna wirusowego zapalenia wątroby typu B w Polsce w latach 1979 – 2004. *Przeł. Epidemiol* 2006; 60: 471 – 480.
3. Magdzik W, Czarkowski MP. Stan zaszczepienia przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B w Polsce do końca 2004 roku. *Przeł. Epidemiol.* 2006; 60: 185 – 192.
4. Magdzik W, Czarkowski MP, Niespodziewany wzrost liczby zachorowań na wirusowe zapalenie wątroby typu B i typu C w 2005 roku w Polsce. *Przeł. Epidemiol.* 2006; 60: 545 – 554.
5. Eurohep.net Surveillance and Prevention of Vaccine Preventable Hepatitis. Universiteit Antwerpen 2004.
6. Magdzik W. Wirusowe zapalenie wątroby typu B – (broszura) SmithKlineBeecham 1999 r.
7. Magdzik W. Wirusowe zapalenie wątroby typu B w Polsce do 2002 roku GlaxoSmithKline 2003 r.
8. Mast EE, i in. A Comprehensive Immunization Strategy to Eliminate Transmission of Hepatitis B Virus Infection In the United States. *Morbidity and Mortality Weekly Report.* December 8 2006; 55: RR 16.
9. Thomas H. Prevention of viral hepatitis in the United Kingdom. Setting the scene. *Viral Hepatitis.* April 2006 vol 14.Nr. 2.
10. VHPB meeting Madrid 2006 Prevention and Control of Hepatitis Virus in Spain. Madrid, November 23 – 24, 2006.

Otrzymano 28.12.2006 r.

Adres autora:

Prof. dr hab. med. Wiesław Magdzik
Wyższa Szkoła Umiejętności
Kielce, ul. Olszewskiego 6