

Małgorzata Stępień, Katarzyna Piwowarow

WIRUSOWE ZAPALENIE WĄTROBY TYPU B W POLSCE W 2012 ROKU

Zakład Epidemiologii Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego-

Państwowego Zakładu Higieny w Warszawie

STRESZCZENIE

CEL PRACY. Ocena sytuacji epidemiologicznej wzv B w Polsce w 2012 r w porównaniu z latami wcześniejszymi.

MATERIAŁ I METODY. Dokonano oceny występowania zachorowań na wzv B w Polsce w 2012 r. w oparciu o wyniki analizy indywidualnych raportów dotyczących ostrych postaci wzv B zarejestrowanych przez stacje sanitarno-epidemiologiczne oraz danych zbiorczych z biuletynów rocznych „Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce”.

WYNIKI. W 2012 r. zarejestrowano w Polsce 1583 zachorowania na wzv B, w tym 33 zachorowania mieszane wywołane wirusami HBV i HCV. Zapadalność wynosiła 4,11 na 100 tys. ludności i w stosunku do roku poprzedzającego nie zmieniła się.

Zachorowania ostre stanowiły 4,9% ogółu zachorowań na wzv B, zapadalność – 0,20 na 100 tys. ludności. W porównaniu z rokiem 2011 nastąpił dalszy spadek zarówno zapadalności, jak i udziału postaci ostrych w całkowitej liczbie zachorowań. Najwyższą zapadalność na ostrą postać wzv B odnotowano w woj. opolskim (0,49 na 100 tys.), a na postać przewlekłą w woj. łódzkim (8,62 na 100 tys.). Częściej chorowali mężczyźni oraz częściej mieszkańcy miast. W grupie wieku 0-14 lat, w całości objętej powszechnymi szczepieniami w okresie noworodkowym, nie wykryto żadnego zachorowania ostrego, a zapadalność na przewlekłe wzv B w tej grupie wieku wynosiła 0,14 na 100 tys. Przewlekłe wzv B najczęściej wykrywano u osób w grupie wieku 40-44 lata (zapadalność 7,13 na 100 tys.), a ostre wzv B - w grupie wieku 45-49 lat (zapadalność 0,46 na 100 tys.).

Dominującą drogą zakażenia były procedury medyczne związane z naruszeniem ciągłości tkanek (56% wszystkich ostrych zachorowań). Zakażenia poprzez kontakty seksualne, kontakty domowe z osobą zakażoną oraz przez dożylnie stosowanie narkotyków stanowiły łącznie 14% wszystkich ostrych postaci wzv B.

W 2012 r. zmarło z powodu ostrego wzv B 11 osób, a z powodu przewlekłego wzv B 41 osób.

WNIOSKI. Wyraźna tendencja spadkowa zapadalności na ostre wzv B w sytuacji, gdy dominującą drogą zakażenia w Polsce są nadal procedury medyczne, wskazuje na poprawę w zakresie stanu sanitarnego i przestrzegania zasad bezpieczeństwa wykonywania tych procedur na wszystkich poziomach opieki medycznej. Wobec utrzymującego się w Polsce wzorca transmisji zakażeń wzv B wskazane jest zalecanie szczepień ochronnych nie tylko osobom szczególnie narażonym ze względu na styl życia, ale również wszystkim osobom dotychczas nieszczepionym. Równoległe powinny być nasilane działania prowadzące do poprawy wykrywalności oraz dostępności i skuteczności leczenia przewlekłego wzv B.

Słowa kluczowe: *wirusowe zapalenie wątroby typu B, choroby zakaźne, epidemiologia, zdrowie publiczne, szczepienia ochronne, Polska, rok 2012*

Celem pracy jest ocena sytuacji epidemiologicznej wirusowego zapalenia wątroby typu B (wzv B) w Polsce w 2012 r w porównaniu z latami wcześniejszymi.

MATERIAŁ I METODY

Ocenę sytuacji epidemiologicznej przeprowadzono na podstawie wyników analizy danych z następujących źródeł:

- biuletyny roczne „Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce” za lata 2006-2012 i „Szczepienia ochronne w Polsce w 2012 r.” (Warszawa, NIZP-PZH, GIS)
- raporty jednostkowe o zachorowaniach na ostre wzv B przesyłane do Zakładu Epidemiologii NIZP-PZH przez stacje sanitarno-epidemiologiczne
- dane dotyczące zgonów udostępnione przez Departament Badań Demograficznych i Rynku Pracy Głównego Urzędu Statystycznego.

Zachorowania na wzv B zgłaszane są do Państwowej Inspekcji Sanitarnej przez lekarzy rozpoznających lub podejrzewających zachorowanie na podstawie obowiązujących przepisów prawnych (Ustawa o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, Dz. U. 2008 nr 234, poz. 1570 z późniejszymi zmianami). W 2012 r. zachorowania na wzv B rejestrowano zgodnie z kryteriami definicji przypadku dla zachorowań ostrych przyjętej przez Komisję Europejską w decyzji z dnia 28 kwietnia 2008 r. (2008/426/EC) i wprowadzonej do rutynowego nadzoru w Polsce w 2009 r. Zgodnie z definicją, jako ostre potwierdzone rejestrowane są przypadki objawowe potwierdzone laboratoryjnie wykazaniem obecności przeciwciał anty-HBc IgM, a jako ostre prawdopodobne - przypadki objawowe powiązane epidemiologicznie z przypadkami potwierdzonymi wzv B. Przypadki przewlekłego wzv B rejestrowano wyłącznie na podstawie rozpoznania lekarza zgłaszającego.

WYNIKI I ICH OMÓWIENIE

W 2012 r. zarejestrowano w Polsce ogółem 1 583 zachorowania na wzv B, w tym 33 (2,1%) zachorowania wywołane przez mieszane zakażenie wirusami HBV i HCV. Zapadalność ogółem wynosiła 4,11 na 100 tys. ludności i była taka jak w roku 2011 oraz o 6% wyższa od mediany zapadalności w latach 2006-2010. Może to oznaczać ustalenie się zapadalności na wzv B na względnie stałym poziomie ~ 4 na 100 tys. – taka zapadalność z niewielkimi wahaniami jest obserwowana od 2004 r. (Fig.1 Wirusowe zapalenie wątroby typu B w Polsce w latach 2002-2012. Zapadalność na 100 000 ludności wg płci). Od początku odrębnej rejestracji ostrego i przewlekłego wzv B (w 2005 r.) obserwuje się w kolejnych latach rozbieżne tendencje zapadalności na ostre i przewlekłe wzv B: spadkową dla postaci ostrej i niewielką wzrostową dla postaci przewlekłych. Przy malejącym udziale zachorowań ostrych w całkowitej liczbie zachorowań ogólna zapadalność na wzv B jest więc wyznaczana głównie przez zachorowania przewlekłe (Fig.2 Ostre i przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B w Polsce w latach 2005-2012. Zapadalność na 100 000 ludności). Mimo utrzymywania się niezmięionej zapadalności dla kraju, obserwowano wahania zapadalności w poszczególnych województwach oraz narastające zróżnicowanie terytorialne – w 10 województwach odnotowano spadek zapadalności; największy w woj. opolskim o 65%, a w 6 wzrost; najwyższy, ponad 2-krotny w woj. podkarpackim. Stosunek zapadalności najwyższej (w woj. łódzkim 8,86/100 tys.) do najniższej (tak jak w roku 2011 w woj. małopolskim 0,27/100 tys.) wyniósł 33:1.

ZACHOROWANIA NA OSTRĄ POSTAĆ WZV B

W 2012 r. zarejestrowano w Polsce 78 zachorowań na ostre wzv B (zapadalność 0,20 na 100 tys. ludności), postaci ostre stanowiły 4,9% całkowitej liczby zarejestrowanych zachorowań na wzv B (Tab.I Wirusowe zapalenie wątroby typu B (ogółem) w Polsce w latach 2006-2012. Liczba zachorowań, zapadalność na 100 000 ludności, procentowy udział przypadków ostrych i przewlekłych oraz liczba i procent zakażeń mieszanych HBV/HCV wg województw; Tab.II Ostre wzv B w Polsce w latach 2006-2012. Liczba zachorowań oraz zapadalność na 100 000 ludności wg województw.). W porównaniu z rokiem poprzedzającym odnotowano dalszy spadek liczby ostrych zachorowań - o 26%. Przypadki zachorowań zgłoszone przez lekarzy jako ostre wzv B i niespełniające kryteriów obowiązującej w nadzorze definicji są kwalifikowane jako wzv B o nieokreślonej fazie i analizowane łącznie z przypadkami zgłoszonymi jako przewlekłe, dla których nie stosowano definicji przypadku. Wśród zarejestrowanych zachorowań ostrych 89% spełniało kryteria przypadku potwierdzonego tj. stwierdzono typowe objawy kliniczne i wykazano obecność swoistych przeciwciał anty-HBcIgM.

Spadek zapadalności odnotowano w 8 województwach, w dwóch województwach zapadalność nie zmieniła się, a w 6 odnotowano wzrost (największy w woj. podkarpackim, jednak całkowita liczba zachorowań w tym województwie pozostaje mała – cztery zachorowania). We wszystkich województwach zachorowania ostre stanowiły wyraźną mniejszość ogółu zachorowań na wzv B (Tab.I); największy udział postaci ostrych odnotowano w woj. warmińsko-mazurskim – 37,5%. W jednym województwie – świętokrzyskim, w 2012 r. nie odnotowano zachorowań na ostre wzv B.

W 2012 r. hospitalizowano wszystkich chorych z ostrym wzv B.

Podobnie jak w poprzednich latach częściej chorowali mężczyźni i mieszkańcy miast (dwukrotnie częściej) (Tab. IV Ostre wzv B w Polsce w 2012 r. Liczba zachorowań, zapadalność na 100 000 ludności i udział procentowy wg płci, wieku i zamieszkania) - zwraca uwagę utrzymywanie się dużej przewagi zapadalności mężczyzn i mieszkańców miast w porównaniu z przewlekłym wzv B, gdzie dominacja zachorowań mężczyzn i mieszkańców miast ulega zmniejszeniu.

Średnia wieku chorych na ostre wzv B wynosiła 49 lat (mediana 50 lat), osoby poniżej 40 r.ż. stanowiły tylko 30% wszystkich chorych. Najwyższa zapadalność wystąpiła w grupie wieku 45-49 lat (0,46 na 100 tys.), co oznacza przesuwanie się szczytu zachorowań w porównaniu z wcześniejszymi latami na starsze grupy wieku.

Najniższa zapadalność była w grupie osób w wieku 0-19 lat (0,01 na 100 tys.; jedno zachorowanie), natomiast w grupie wieku 20-24 lata w całości objętej szczepieniami obowiązkowymi 14-latków, zapadalność była względnie wysoka i wynosiła 0,15 na 100 tys. (Fig.3 Ostre i przewlekłe wzv B w Polsce w 2012 r. Zapadalność na 100 000 ludności wg wieku, Fig.4 Ostre wzv B w Polsce w 2012 r. Zapadalność na 100 000 ludności wg wieku i płci). W tej grupie wieku zachorowały 4 osoby: dwóch mężczyzn i dwie kobiety, w tym jedna narodowości ukraińskiej; żadna z tych osób nie była szczepiona.

Informację o szczepieniach przeciwko wzv B uzyskano od 74 (95%) chorych: w tej grupie 6 osób (8%) było wcześniej zaszczepionych - 4 osoby (5,4%) otrzymało pełen cykl szczepienia podstawowego, a 2 osoby były zaszczepione częściowo.

Na podstawie danych zawartych w raportach jednostkowych dokonano analizy prawdopodobnych dróg zakażenia. Do zakażenia prawdopodobnie dochodziło najczęściej w związku z wykonywaniem procedur medycznych z naruszeniem ciągłości tkanek (44 przypadki; 56% wszystkich ostrych zachorowań), w tym 3 osoby zostały zakażone podczas wykonywania zabiegów chirurgicznych połączonych z transfuzją krwi. Większość chorych zakażonych w placówkach medycznych wskazywała na więcej niż jedno narażenie w okresie wylegania choroby, najczęściej były to zabiegi chirurgiczne, iniekcje, zabiegi stomatologiczne, endoskopie, biopsje, transfuzje. W 5 (6,4%) przypadkach do zakażenia doszło prawdopodobnie na drodze kontaktów seksualnych (trzech mężczyzn i dwie kobiety, w wieku 31-57 lat, kontakty hetero i homoseksualne), w 4 (5,1%) do zakażenia doszło poprzez dożylnie stosowanie narkotyków, a w dwóch stwierdzono kontakty domowe z osobą zakażoną HBV. U kolejnych pięciu osób stwierdzono inne narażenia – zabieg kosmetyczny za granicą, zranienie podczas wykonywania zawodu (niemedycznego), współużytkowanie nakłuwaczy do glukometrów oraz podczas pobytu w zakładzie karnym. W 22% przypadków droga zakażenia nie została zidentyfikowana.

W 2012 r. wg danych GUS 11 osób zmarło z powodu ostrego wzv B – o 3 osoby więcej niż w 2011 r.

ZACHOROWANIA NA PRZEWLEKŁĄ POSTAĆ WZV B

W roku 2012 r. zgłoszono 1 505 zachorowań na przewlekłą postać wzv B, co stanowiło 95,1 % ogółu zgłoszonych zachorowań na wzv B. Zapadalność wynosiła 3,91 na 100 tys. mieszkańców i była o 1,8% wyższa niż w roku poprzednim. Oznacza to utrzymywanie się zapadalności na względnie stałym poziomie (Fig. 2), a wahania roczne w ciągu ostatnich pięciu

lat można wyjaśnić m. in. okresowymi fluktuacjami i zmienną czułością nadzoru.

W efekcie poprawy jakości nadzoru nad ostrym wzv B zachorowania ostre rejestrowane są wyłącznie po zweryfikowaniu poprawności kwalifikacji zgłoszeń, podczas gdy w nadzorze nad przewlekłym wzv B w 2012 r., podobnie jak w latach poprzednich, nie stosowano definicji przypadku i szczegółowych kryteriów kwalifikacji zgłoszeń. Przewlekłe wzv B rejestrowano wyłącznie na podstawie rozpoznania lekarza zgłaszającego.

Zapadalność na przewlekłe wzv B (pzw B) w 2012 r. wahała się od 0,21 na 100 tys. w woj. małopolskim do 8,62 na 100 tys. w woj. łódzkim. Tak duże zróżnicowanie zapadalności w skali kraju utrzymuje się od wielu lat i może być wynikiem m. in. różnic w zgłaszalności oraz w prowadzeniu nadzoru nad zakażeniami rozpoznanymi w przeszłości w poszczególnych województwach. Ogółem w porównaniu z rokiem ubiegłym zapadalność spadła w 9 województwach, a wzrosła w 7. Największy spadek zapadalności, o 68%, odnotowano w woj. opolskim w następstwie czego zapadalność w woj. opolskim, po kilku latach utrzymywania się na najwyższym poziomie w skali kraju, zbliżyła się do średniej dla kraju. Najwyższy wzrost zapadalności (ponad 2-krotny) nastąpił w woj. podkarpackim (Tab. III. Przewlekłe wzv B w Polsce w latach 2006-2012. Liczba zachorowań oraz zapadalność na 100 000 ludności wg województw).

Hospitalizowano ogółem 58,3% chorych z przewlekłym wzv B; w dwóch województwach: podkarpackim i podlaskim hospitalizowano ponad 95% chorych, natomiast w woj. mazowieckim odsetek hospitalizacji był najniższy i wynosił 27% (w poprzednim roku najwyższy i najniższy % hospitalizacji odnotowano w tych samych województwach).

Podobnie jak w poprzednich latach, w 2012 r. częściej chorowali mężczyźni niż kobiety (zapadalność odpowiednio 4,76 i 3,10 na 100 tys., co odpowiada stosunkowi zapadalności M:K=1,5) oraz mieszkańcy miast częściej niż mieszkańcy wsi (zapadalność odpowiednio 4,31 i 3,28 na 100 tys.). Najwyższą zapadalność odnotowano wśród mężczyzn w grupie wieku 40-44 lata (8,85 na 100 tys.) oraz wśród kobiet w grupie wieku 20-29 lat (zapadalność 5,8 na 100 tys.). Najniższa zapadalność na pzw B była wśród dzieci do 14 r.ż. (0,14 na 100 tys., łącznie 8 przypadków), objętych obowiązkowymi szczepieniami przeciwko wzv B w okresie noworodkowym (Tab.V Przewlekłe wzv B w Polsce w 2012 r. Liczba zachorowań, zapadalność na 100 000 ludności i udział procentowy wg płci, wieku i zamieszkania). Zwraca także uwagę względnie niska zapadalność w grupie osób po 60 r.ż.

Zapadalność w grupie wieku 15-19 lat, po wielu latach (od 2006 r.) utrzymywania się na najwyższym

poziomie, obniżyła się do 5,34 na 100 tys. (większy spadek, blisko 2-krotny, wśród mieszkańców wsi niż miast) i zgodnie z wcześniejszymi przewidywaniami w kolejnych latach powinien nastąpić dalszy spadek. Zmniejszenie zapadalności osób w tym wieku wiąże się z opisywanym wcześniej wchodzeniem w tę grupę wieku pierwszych roczników osób objętych szczepieniami w okresie noworodkowym.

Wg danych GUS z powodu przewlekłego wzw B zmarło w 2012 r. 41 osób, o jedną osobę więcej niż w roku 2011.

SZCZEPIENIA PRZECIWKO WZW B

W 2012 r. program szczepień ochronnych (PSO) w zakresie szczepień przeciwko wzv B został rozszerzony o zalecenie dotyczące szczepień noworodków z niską masą urodzeniową. Dla dzieci z masą urodzeniową poniżej 2000 g wprowadzono 4-dawkowy cykl szczepienia wg schematu 0; 1; 2; 6 miesięcy. Wprowadzona zmiana wynika z obserwacji, że dzieci urodzone z masą <2000 g osiągają znamienne niższe stężenia przeciwciał anty-HBs w odpowiedzi na szczepienie w pierwszych dniach życia; różnica odpowiedzi wyrównuje się po ~30 dniach życia niezależnie od masy urodzeniowej.

Jednocześnie w porównaniu z PSO na rok 2011 odstąpiono od szczepienia obowiązkowego (bezpłatnego) osób zakażonych HIV, dzieci z wrodzonym lub nabytym defektem odporności, chorych z przewlekłym uszkodzeniem nerek, zwłaszcza osób dializowanych oraz z przewlekłym uszkodzeniem wątroby o etiologii wirusowej, autoimmunologicznej, metabolicznej lub alkoholowej, pozostawiając obowiązek szczepienia tylko dla chorych zakażonych HCV. Powyższa zmiana wywołała niepokój co do dostępności bezpłatnych szczepień p/wzv B dla osób przewlekle dializowanych, których nie wymieniono wśród osób narażonych w sposób szczególny na zakażenie. Zgodnie z obowiązującą interpretacją choroby z przewlekłą chorobą nerek wymagającą dializoterapii nadal podlegają szczepieniom obowiązkowym (czyli bezpłatnym) jako „Osoby szczególnie narażone na zakażenie w wyniku styczności z osobą zakażoną wirusem zapalenia wątroby typu B, które nie były szczepione przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B”.

Według danych opublikowanych w biuletynie „Szczepienia ochronne w Polsce w 2012 r.” stan zaszczepienia przeciwko wzv B dzieci w 2 r. ż. (rocznik 2011) w stosunku do objętych sprawozdaniami wynosił 99,7%. Zróżnicowanie terytorialne stanu zaszczepienia podobnie jak w roku poprzedzającym było bardzo niewielkie (99,6%-99,9%).

Najwyższy odsetek nieszczepionych wśród osób z grup ryzyka podlegających szczepieniom obowiązkowym stacje sanitarno-epidemiologiczne notują wśród osób z otoczenia zakażonych HBV (wszystkich wykrytych do 2012 r.) - 31,7%, co może być odsetkiem zażyłym, ponieważ odsetek nieszczepionych wśród osób z otoczenia zakażonych HBV, zidentyfikowanych wyłącznie w 2012 r. wyniósł 12,4%.

Odczyny poszczepienne po szczepieniach przeciwko wzv B (stosowano szczepionki II generacji, rekombinowane) podobnie jak w latach wcześniejszych, stanowiły bardzo małą część wszystkich zarejestrowanych niepożądanych odczynów poszczepiennych (NOP) w 2012 r. . Odnotowano łącznie 11 miejscowych niepożądanych odczynów po szczepionkach przeciwko wzv B (*Engerix-B*, *Euvax-B*, *Hepavax-Gene*) oraz 11 NOP o charakterze ogólnym, w tym jeden przypadek wstrząsu anafilaktycznego.

W 2012 r. nie odnotowano ciężkich (tj. zakończonych zgonem lub trwałym uszczerbkiem zdrowia) niepożądanych odczynów po szczepionkach przeciwko wzv B wg klasyfikacji NOP przyjętej przez NIZP-PZH.

PODSUMOWANIE I WNIOSKI

Utrzymująca się tendencja spadkowa zachorowań na ostre wzv B w populacji osób nieobjętych szczepieniami obowiązkowymi może wskazywać na poprawę stanu sanitarnego placówek medycznych i bezpieczeństwa w zakresie wykonywania procedur medycznych. Do większości nowych zakażeń wzv B nadal dochodzi w placówkach medycznych podczas zabiegów związanych z przerwaniem ciągłości tkanek, dlatego działania mające na celu przerwanie dróg szerzenia się zakażeń wzv w zakładach opieki zdrowotnej powinny mieć szczególne znaczenie. Równolegle powinny być kontynuowane działania prowadzące do zwiększenia odsetka populacji uodpornionej na drodze szczepień przeciwko wzv B: utrzymanie powszechnych szczepień noworodków oraz zalecanie szczepienia wszystkim osobom dotychczas nieszczepionym. Istotne jest także dalsze upowszechnianie wiedzy na temat możliwych dróg zakażenia wzv B, szczególnie transmisji na drodze kontaktów seksualnych. Obecna, względnie stabilna sytuacja w zakresie występowania przewlekłego wzv B w dużym stopniu jest następstwem epidemii wzv B we wczesnych latach 90. przed wprowadzeniem masowych szczepień noworodków i osób szczególnie narażonych. Uzyskanie poprawy sytuacji przewlekłego wzv B zależy głównie od skuteczności wykrywania zakażeń bezobjawowych oraz dostępności optymalnej terapii prowadzącej do supresji replikacji wirusa. W celu uzyskania porównywalnych danych epidemiologicznych w skali kraju oraz lepszego rozpoznania sytuacji

w subpopulacjach niezbędne jest wzmożenie nadzoru nad przewlekłym wzw B.

Otrzymano: 16.04.2014 r.

Zaakceptowano do druku: 23.04.2014

Adres do korespondencji:

Małgorzata Stępień

Zakład Epidemiologii

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego

– Państwowy Zakład Higieny

ul. Chocimska 24, 00-791 Warszawa

tel. (022) 5421-248

email: mstepien@pzh.gov.pl

