

Natalia Parda, Łukasz Henszel, Małgorzata Stępień

WIRUSOWE ZAPALENIE WĄTROBY TYPU C W POLSCE W 2012 ROKU

Zakład Epidemiologii, Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego
– Państwowego Zakładu Higieny w Warszawie

STRESZCZENIE

WPROWADZENIE. W Polsce corocznie rejestruje się około 2 000 zachorowań na wirusowe zapalenie wątroby C (wzw C), przy czym przeważający jest udział postaci przewlekłych wzw C (>95%). Ocenia się, że prevalencja przeciwciał anti-HCV w populacji ogólnej wynosi ok. 0,95% (ponad 320 tys. osób), podczas gdy liczba Polaków aktywnie zakażonych sięga ok. 230 tys. (0,6%). Niepokojący jest fakt, że około 90% z nich nie jest świadomych zakażenia i tym samym może stanowić źródło zakażenia kolejnych osób.

CEL. Celem pracy jest ocena występowania zachorowań na wzw C w Polsce w 2012 r. z odniesieniem do sytuacji epidemiologicznej obserwowanej w poprzednich latach.

MATERIAŁ I METODA. Ocena sytuacji epidemiologicznej wzw C w Polsce została przeprowadzona na podstawie analizy zbiorczych danych udostępnianych przez Państwową Inspekcję Sanitarną i publikowanych w biuletynie rocznym „Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce w 2012 r.” (Czarkowski MP i in. Warszawa, NIZP - PZH i GIS). Wykorzystano również dane Departamentu Badań Demograficznych i Rynku Pracy Głównego Urzędu Statystycznego dotyczące zgonów z powodu wzw typu C.

WYNIKI. W 2012 r. w skali kraju zarejestrowano 2 292 zachorowania na wzw C spełniające kryteria definicji z 2005 r. (zapadalność 5,95), z czego 1,4% stanowiły zakażenia mieszane wirusami HCV i HBV (33 przypadki). W porównaniu do 2011 r., obserwowana zapadalność była nieznacznie niższa (2 338; 6,07). Biorąc pod uwagę definicję z 2009 r., ogółem zgłoszono 2 265 przypadków (5,88), co stanowiło wzrost o 1,1% w porównaniu do danych z ubiegłego roku (2 241; 5,82). Z powodu wzw typu C w 2012 r. zmarło 217 osób, w tym 9 (4%) z powodu ostrej postaci wzw C.

WNIOSKI. Sytuacja epidemiologiczna wirusowego zapalenia wątroby typu C w Polsce w 2012 r. nie uległa zasadniczej zmianie w porównaniu z 2011 r. Niepokojący jest jednak wzrost liczby zgonów z powodu wzw C. Świadczy to najprawdopodobniej o zbyt późnym rozpoznawaniu zakażenia i uzasadnia konieczność propagowania wczesnej diagnostyki, zapobiegającej groźnym dla zdrowia i życia następstwom wirusowego zapalenia wątroby typu C.

Słowa kluczowe: wirusowe zapalenie wątroby typu C, epidemiologia, choroby zakaźne, zdrowie publiczne, Polska, rok 2012

WSTĘP

Według oficjalnych danych WHO, na świecie około 2-3% populacji (130-170 mln) jest przewlekle zakażonych wirusem HCV, z czego 9 mln osób tylko w regionie europejskim. Przewlekle zakażenie HCV jest jedną z głównych przyczyn marskości wątroby i raka wątrobowokomórkowego. Liczba zgonów z powodu zakażenia wirusami HCV na świecie i w regionie europejskim wynosi odpowiednio 350 000 oraz 86 000 rocznie. Rozpowszechnienie występowania przeciwciał przeciw wirusowi zapalenia wątroby C

(anti-HCV) różni się w zależności od regionu Europy, rozpoczynając od niskiego poziomu seroprevalencji w Szwecji, Niemczech oraz Holandii (0,4%) oraz kończąc na 2-3% w krajach śródziemnomorskich, gdzie najwyższy poziom przeciwciał anti-HCV jest notowany w południowych rejonach Włoch.

Ocenia się, że prevalencja przeciwciał anti-HCV w populacji ogólnej w Polsce wynosi ok. 0,95% (ponad 320 tys. osób), podczas gdy liczba Polaków aktywnie zakażonych sięga ok. 230 tys. (0,6%). Niepokojący jest niski poziom świadomości społeczeństwa na temat wirusowego zapalenia wątroby typu C, a zwłaszcza

czynników ryzyka zakażenia HCV. Szacuje się, że w Polsce blisko 90% osób zakażonych HCV nie jest świadomych swojego statusu zdrowotnego. Ponadto, część osób z rozpoznaniem zakażeniem HCV nie wie, że może stanowić źródło zakażenia dla innych.

MATERIAŁ I METODY

Ocena sytuacji epidemiologicznej wzv C w Polsce w 2012 r. w porównaniu do lat poprzednich została przeprowadzona na podstawie analizy danych zbiorczych o zachorowaniach na choroby zakaźne, opublikowane w biuletynie rocznym „Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce w 2012 r.” (Czarkowski MP i in. „Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce w 2012 roku.” Warszawa, NIZP - PZH i GIS). Wykorzystano również dane Departamentu Badań Demograficznych i Rynku Pracy GUS dotyczące zgonów z powodu wzv typu C.

Przypadki zakażeń HCV są klasyfikowane według kryteriów definicji do stosowania w nadzorze nad wzv C w Unii Europejskiej (Decyzja Komisji z dnia 28 kwietnia 2008 r. zmieniająca decyzję 2002/253/WE w sprawie ustanowienia definicji przypadku w celu zgłaszania chorób zakaźnych do sieci wspólnotowej na podstawie decyzji nr 2119/98/WE Parlamentu Europejskiego i Rady). W 2012 r. w systemie nadzoru epidemiologicznego w Polsce zgłaszane zachorowania były klasyfikowane i rejestrowane jednocześnie w oparciu o dwie definicje: z 2005 r., obejmującą przypadki objawowe lub przebiegające z podwyższonym poziomem transaminaz, potwierdzone obecnością przeciwciał anti-HCV oraz z 2009 r., obejmującą przypadki potwierdzone laboratoryjnie. Poprawność klasyfikacji przypadków wzv C według poszczególnych definicji jest weryfikowana w Zakładzie Epidemiologii NIZP-PZH.

WYNIKI I ICH OMÓWIENIE

Zachorowania na wirusowe zapalenie wątroby typu C. W roku 2012 zarejestrowano 2 292 (zapadalność 5,95) zachorowania na wirusowe zapalenie wątroby typu C, spełniające kryteria definicji z 2005 r., z czego zakażenia mieszane HCV i HBV stanowiły ok. 1,4% (33 przypadki) (Tab. I Wirusowe zapalenie wątroby typu C w Polsce w latach 2006-2012. Liczba zachorowań, zapadalność na 100 000 ludności oraz procent zakażeń mieszanych według województw). Odsetek zgłaszanych zakażeń mieszanych wykazuje tendencję spadkową. Począwszy od pierwszych lat rejestracji przypadków wzv C, udział zakażeń mieszanych w ogólnej liczbie zachorowań spadł o blisko 80%. Porównując zapadalność w 2011 r. (6,07) i medianę zapadalności w latach 2006-2010 (6,17) z wartością

tego wskaźnika w 2012 r., wykazuje on spadek odpowiednio o 2% i 3,6%. Niższa liczba przypadków wzv C według definicji z 2005 r. zarejestrowana w 2012 r. może wskazywać na stabilizację tendencji wzrostowej obserwowanej od 2009 r. Należy jednakże zwrócić uwagę, że odnotowany w latach 2009-2011 wzrost może być konsekwencją większej dostępności badań diagnostycznych w kierunku zakażenia HCV. Według definicji z 2009 r., w 2012 r. ogółem zarejestrowano 2 265 przypadków, nieznacznie więcej w porównaniu z ubiegłym rokiem (2 241).

Zachorowania na wzv typu C stwierdzono we wszystkich województwach na terenie kraju. Zauważalne jest jednak wyraźne zróżnicowanie zapadalności na terenie poszczególnych województw (od 1,28 do 11,21). Najwyższe współczynniki zapadalności odnotowano w województwach: świętokrzyskim (11,21), lubuskim (10,75) oraz łódzkim (10,04), zaś najniższą zapadalność w woj. małopolskim (1,28) (Tab. I). W porównaniu do 2011 r., we wszystkich województwach odnotowano różnice w wartościach współczynników zapadalności. Największy spadek zapadalności zaobserwowano w województwach: pomorskim (38%), zachodniopomorskim (37%) oraz podlaskim (33%), natomiast największy wzrost w województwie małopolskim (86%). Wahania w liczbie zgłaszanych zachorowań na wzv C na terenie poszczególnych województw należałoby powiązać ze zmianami w wykrywaniu i/lub zgłaszaniu przypadków, jak i również dostępnością badań diagnostycznych w kierunku zakażenia HCV (m.in. okresowe akcje badań przesiewowych, prowadzone badania epidemiologiczne, kampanie edukacyjne) niż z rzeczywistymi wahaniami poziomu zapadalności.

Zapadalność na obszarach wiejskich była blisko dwukrotnie niższa w porównaniu do zapadalności obserwowanej na obszarach miejskich (odpowiednio 3,95 i 7,25) (Tab. II Wirusowe zapalenie wątroby typu C w Polsce w 2012 roku. Liczba zachorowań, zapadalność na 100 000 ludności i udział procentowy według wieku, płci i środowiska), przy czym zapadalność w miastach wzrastała wraz z liczbą mieszkańców (5,21 w miastach <20 tys. mieszkańców oraz 8,67 w miastach \geq 100 tys. mieszkańców) (Tab. III Wirusowe zapalenie wątroby typu C w Polsce w latach 2011-2012. Liczba zachorowań oraz zapadalność na 100 000 ludności według środowiska i liczby ludności w miastach). W porównaniu do danych za 2011 r., zapadalność na obszarach miejskich spadła o 3%, podczas gdy na obszarach wiejskich wzrosła o 2%. Zdecydowanie wyższą zapadalność na obszarach miejskich niż wiejskich obserwuje się już od początku prowadzenia rejestracji zachorowań na wzv C.

W 2012 r. zapadalność mężczyzn (6,60) była wyższa od zapadalności kobiet (5,34) o 24%. To wyraźne zróżnicowanie zapadalności jest widoczne począwszy

od 1997 r. Interesujący jest również fakt, że dysproporcje we współczynnikach zapadalności pomiędzy mężczyznami i kobietami ulegają zmniejszeniu, w 1999 r. różnica ta sięgała 40% (mężczyźni: 6,0; kobiety: 4,3), natomiast w 2012 r. przewaga mężczyzn spadła do 24% (mężczyźni: 6,6; kobiety: 5,33). Wyższą zapadalność mężczyzn odnotowano w większości analizowanych grup wieku za wyjątkiem grup: 0-14, 50-64 oraz powyżej 75 lat (Tab. II). Wyższa zapadalność wśród kobiet w starszych grupach wieku (def. 2005) może być związana ze specyfiką historii naturalnej zakażenia HCV, w szczególności znacznie szybszą progresją wzv C wśród mężczyzn. Najwyższy wskaźnik zapadalności wśród mężczyzn i kobiet obserwowano odpowiednio w grupach wieku 45-49 lat (12,45) oraz 55 – 59 lat (15,4) (Ryc. 1. Wirusowe zapalenie wątroby typu C w Polsce w 2012 roku. Zapadalność na 100 000 ludności według wieku i płci.).

Hospitalizacja i umieralność z powodu wzv C.

Z powodu wszystkich zgłoszonych w 2012 r. zachorowań na wzv C, spełniających kryteria definicji z 2005r., hospitalizowano w Polsce ogółem 1 375 osób, co stanowi 60% wszystkich zachorowań. Odsetek hospitalizacji jest porównywalny z obserwowanym w 2011 r. oraz we wcześniejszych latach, przy czym zauważalne są dysproporcje pomiędzy poszczególnymi województwami. W czterech województwach: świętokrzyskim (35,7%), mazowieckim (39,7%), wielkopolskim (44,2%) oraz lubelskim (44,6%) odsetek hospitalizacji kształtował się na poziomie poniżej 50%. Najwięcej przypadków wzv C było natomiast hospitalizowanych w następujących województwach: łódzkim (80,3%), opolskim (82,9%), podlaskim (88,6%) oraz podkarpackim (98,7%). Odsetek hospitalizacji przypadków spełniających kryteria definicji z 2009 r. był porównywalny i wynosił 58,9%, co w porównaniu do danych za 2011 r. stanowi wartość nieznacznie niższą (61,1%).

Z danych Departamentu Badań Demograficznych i Rynku Pracy GUS za 2012 r. wynika, że liczba zgonów z powodu wzv C wyniosła 217, z czego wyraźną większość (96%) stanowiły zgony z powodu przewlekłej postaci wzv C (Ryc. 2. Wirusowe zapalenie wątroby typu C w Polsce w latach 1997-2012. Zapadalność na 100 000 ludności oraz liczba zgonów). W porównaniu z danymi za 2011 r., stanowi to wzrost o 14%. Analizując liczbę zgonów ze względu na płeć, można zauważyć nieznacznie wyższą liczbę zgonów mężczyzn niż kobiet (M-111; K-106). Najwięcej zgonów odnotowano w grupach wieku 70-79 (28%) oraz 50-59 (26%). Należy podkreślić, że od początku rejestracji wzv C nie obserwowano tak wysokiej liczby zgonów.

PODSUMOWANIE

W porównaniu do danych z 2011 r., sytuacja epidemiologiczna wirusowego zapalenia wątroby typu C w 2012 r. nie uległa zasadniczym zmianom. Zapadalność była nieznacznie niższa od zapadalności notowanej w 2011r., co może sugerować zahamowanie tendencji wzrostowej rejestrowanej od 2009 r. Począwszy od 1997 r., dynamika występowania wzv C była względnie stabilna (ok. 5,0 na 100 000) z powolną tendencją wzrostową. Najwyższą zapadalność na wzv C zarejestrowano w latach 2005 – 2007, kiedy współczynniki osiągnęły odpowiednio następujące wartości: 7,85; 7,40 oraz 7,22. Należy jednak podkreślić, że ze względu na niską czułość nadzoru epidemiologicznego nad wzv C oraz okresowość kampanii społecznych, połączonych z bezpłatną diagnostyką w kierunku zakażenia HCV, uzyskiwane dane należy interpretować z ostrożnością. Według dostępnych oszacowań odsetek rozpoznanych zakażeń wzv C w Polsce sięga jedynie ok. 10 - 15%. Każdorazowe działania poprawiające dostępność diagnostyki mogą więc istotnie zwiększyć obserwowaną zapadalność. Podobnie zróżnicowanie w wykrywaniu i/lub zgłaszalności wzv C pomiędzy terenami wiejskimi a miejskimi wydaje się w dużej mierze wynikać z utrudnionego dostępu do badań diagnostycznych na obszarach wiejskich. Badania przekrojowe wykazują podobną seroprewalencję w miastach i na wsiach. Dlatego też uzasadnione jest poszerzenie wykazu badań diagnostycznych zleczanych przez lekarza POZ (nie tylko na obszarach wiejskich) oraz tworzenie programów profilaktycznych skierowanych do omawianej populacji.

Niepokojący jest również szybki wzrost liczby zgonów spowodowanych patologią wątroby w wyniku przewlekłego wzv C. Z dużym prawdopodobieństwem świadczy to o zbyt późnym rozpoznawaniu zakażenia wzv C. Ponadto zwiększające się obciążenie społeczne chorobą i jej skutkami powinno skłaniać do intensyfikacji działań prewencyjnych.

W Polsce nie wdrożono dotąd długofalowej strategii przeciwdziałania zakażeniom HCV. Brakuje także skoordynowanych, prowadzonych na poziomie centralnym działań zmierzających do podniesienia świadomości społecznej na temat zakażeń HCV oraz czynników ryzyka towarzyszących chorobie. Ważnym krokiem dla stworzenia podstaw do opracowania krajowej strategii zwalczania wzv C było wdrożenie projektu „Zapobieganie zakażeniom HCV”, współfinansowanego przez Szwajcarię w ramach Szwajcarskiego Programu Współpracy z nowymi krajami członkowskimi Unii Europejskiej oraz Ministra Zdrowia, realizowanego w latach 2012-2016 (www.hcv.pzh.gov.pl).

Biorąc pod uwagę szacowaną chorobowość wzw C, niską czułość nadzoru epidemiologicznego, niski poziom wykrywania i leczenia zakażeń HCV oraz związane z tym znaczne koszty ekonomiczne i społeczne, konieczne i uzasadnione są: poprawa dostępności diagnostyki zakażenia HCV, usprawnienie systemu nadzoru epidemiologicznego nad wzw C oraz prowadzenie badań epidemiologicznych dotyczących rozpoznania zakażeń HCV, obejmujących zarówno grupy ryzyka, jak i populację ogólną.

WNIOSKI

1. Dokonanie prawidłowej analizy sytuacji epidemiologicznej wzw C w Polsce oraz towarzyszących chorobie czynników ryzyka wymaga przeprowadzenia dopracowanych pod względem metodologii badań epidemiologicznych.

2. Szczególnie wysoki wskaźnik rozpoznań przypadków wzw C w grupie mężczyzn wymaga skierowania działań edukacyjnych przede wszystkim do tej grupy. Obserwowana znacząco niższa zapadalność na wzw C na obszarach wiejskich uzasadnia również konieczność zwiększenia dostępu do diagnostyki w kierunku zakażenia HCV dla ludności z tych terenów, co pozwoli określić rzeczywistą sytuację epidemiologiczną wzw C na wsi.

Otrzymano: 1.04.2014r.

Zaakceptowano do druku: 05.04.2014r.

Adres do korespondencji:

Natalia Parda
Zakład Epidemiologii
Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego
Państwowy Zakład Higieny
ul. Chocimska 24 00-791 Warszawa
e-mail: nparda@pzh.gov.pl
tel.: 22 542 12 48