

Piotr Polański, Małgorzata Sadkowska-Todys

HEPATITIS A IN POLAND IN 2016*

WIRUSOWE ZAPALENIE WĄTROBY TYPU A W POLSCE W 2016 ROKU*

National Institute of Public Health – National Institute of Hygiene
Department of Epidemiology of Infectious Diseases and Surveillance
Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny
Zakład Epidemiologii Chorób Zakaźnych i Nadzoru

ABSTRACT

AIM. The aim of this article is to assess the epidemiological situation of Hepatitis A in Poland in 2016 with the regard to the recent years.

MATERIALS AND METHODS. The assessment was conducted based on the results of the analysis of data from the bulletins “Infectious diseases and poisonings in Poland in 2016” and “Vaccinations in Poland in 2016”, as well as information from the individual case- questionnaires and reports from epidemiological investigations in outbreaks of hepatitis A, submitted by the sanitary-epidemiological stations to the Department of Epidemiology of Infectious Diseases and Surveillance in NIPH-NIH.

RESULTS. In 2016 in Poland there were 35 cases of hepatitis A registered. Incidence per 100 000 inhabitants in the whole country was 0.09, but in different voivodeships varied from 0.03 (in Wielkopolskie voivodeship) to 0.28 (in podkarpackie voivodeship). The incidence among male was slightly higher than women and was 0.11 and 0.08/100 000 respectively.

CONCLUSIONS. In 2016 a decrease in the incidence and percentage of imported cases was observed (comparing it to the previous year). Because of the increasing part of population prone to infection good epidemiological situation concerning HAV in Poland paradoxically increases the risk of an occurrence of HAV epidemic, especially in the scope of ongoing large multistate HAV outbreak among MSM. In relation to this situation the enhancement of surveillance over this disease and undertaking anti-epidemic actions gains particular importance, especially when it comes to promoting vaccinations among members of risk groups.

Keywords: *hepatitis A, epidemiology, HAV imported cases, public health, Poland, 2016*

STRESZCZENIE

CEL. Celem pracy jest ocena sytuacji epidemiologicznej wirusowego zapalenia wątroby typu A w Polsce w 2016 roku w porównaniu do lat ubiegłych.

MATERIAŁY I METODY. Ocena została przeprowadzona na podstawie wyników analizy danych z biuletynów „Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce w 2016 roku” oraz „Szczepienia ochronne w Polsce w 2016 roku”, a także informacji z formularzy o indywidualnych zachorowaniach i danych z dochodzeń epidemiologicznych w ogniskach wzv typu A, przekazywanych przez stacje sanitarno-epidemiologiczne do Zakładu Epidemiologii Chorób Zakaźnych i Nadzoru NIZP-PZH.

WYNIKI. W 2016 r. zarejestrowano w Polsce 35 zachorowań na wzv typu A. Zapadalność na 100 000 mieszkańców dla całego kraju wyniosła 0,09, ale w poszczególnych województwach wynosiła od 0,03 w województwie wielkopolskim do 0,28 w województwie podkarpackim. Zapadalność na wzv A wśród mężczyzn była nieznacznie wyższa niż wśród kobiet i wynosiła odpowiednio 0,11 i 0,08/100 000.

PODSUMOWANIE I WNIOSKI. W 2016 r. wystąpił spadek zapadalności na wzv A oraz spadek odsetka zachorowań zawlekanych w porównaniu do poprzedniego roku. Dobra sytuacja epidemiologiczna wzv typu A w kraju, z powodu podatności dużej części populacji na zakażenie wirusem HAV, paradoksalnie przyczynia się do zwiększonego zagrożenia wystąpieniem epidemii w Polsce w związku z pojawieniem się ogólnoeuropejskiego

*Article was written under the task No.7/EM.1/2018/ Praca została wykonana w ramach zadania nr 7/EM.1/2018

© National Institute of Public Health – National Institute of Hygiene / Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny

ogniska wzw A wśród osób z grupy MSM. W tej sytuacji szczególne znaczenie ma wzmożenie rutynowego nadzoru epidemiologicznego nad tą jednostką chorobową oraz podjęcie działań przeciwepidemicznych, przede wszystkim promowanie szczepień przeciwko wzw A w grupach ryzyka.

Słowa kluczowe: wirusowe zapalenie wątroby typu A, epidemiologia, zachorowania importowane, zdrowie publiczne, Polska, rok 2016

INTRODUCTION

In Europe in the years 2013-2015 from over 125 000 to 14 000 HAV cases were reported yearly (incidence 2.5 to 2.8 per 100 000), with the biggest percentage of reported cases by such countries as Romania, Bulgaria and Hungary (1). From June 2016 an increase in HAV cases is observed due to an outbreak predominantly affecting MSM group. According to the data from 19 European countries between June 2016 and September 2018 a total number of reported cases exceeded 4400 (2), and in the period between June 2016 and May 2017 a large percentage of them were travelling abroad, with Spain being the most frequent destination (3).

Poland is among countries of low endemicity of hepatitis A (4), with very low incidence and a large part of population prone to HAV clinical infection. Such situation could result in easy disease spread and the increase of HAV cases in a short period of time, as was the case in 2009 (5). Therefore it is important to maintain a routine surveillance over this disease in Poland in the period of low endemicity and its enhancement in case of the occurrence of large multistate outbreaks in neighboring countries.

MATERIALS AND METHODS

The evaluation of epidemiological situation of hepatitis A in Poland in 2016 was made based on the results of the analysis of data from the bulletins "Infectious diseases and poisonings in Poland in 2016" (6) and "Vaccinations in Poland in 2016" (7), as well as information from the individual case questionnaires and reports of epidemiological investigations in outbreaks of hepatitis A, submitted by the sanitary-epidemiological stations to the Department of Epidemiology in NIPH-NIH.

RESULTS

In 2016 a total number of 35 cases were registered, which is 14 cases less than in the previous year. Apart from one case, all were hospitalized. Incidence per 100 000 was 0.09 and was lower than in 2015, and over two times lower than the median of incidence for the years 2009-2014 (Tab. I) Very low incidence continues for a couple of years (2010-2016). In 2016 hepatitis A cases accounted for 0.4% of all viral hepatitis cases in Poland.

WSTĘP

W Europie w latach 2013-2015 zgłaszano średnio od ponad 12 500 do ponad 14 000 przypadków wzw A (zapadalność od 2,5 do 2,8 na 100 000), z największym odsetkiem raportowanych przypadków z takich krajów jak Rumunia, Bułgaria oraz Węgry (1). Od czerwca 2016 r. obserwowano wzrost liczby zachorowań na wzw A związany z ogniskiem wśród mężczyzn mających kontakty seksualne z mężczyznami (MSM). Zgodnie z danymi z 19 krajów w okresie od czerwca 2016 do września 2018 r. odnotowano w tym ognisku ponad 4400 zachorowań (2), w okresie od czerwca 2016 do maja 2017 w dużym odsetku związanych z podróżami w Europie przy, czym Hiszpania była najczęstszym celem wyjazdu (3).

Polska jest krajem o niskiej endemiczności wzw typu A (4), która charakteryzuje się bardzo niską zapadalnością oraz występowaniem dużej części populacji podatnej na zakażenie. Sprzyja to łatwemu szerzeniu się zakażeń w populacji, co może skutkować znacznym wzrostem liczby zachorowań w krótkim czasie, jak to miało miejsce w 2009 roku (5). Dlatego też istotne jest prowadzenie rutynowego nadzoru epidemiologicznego w okresie niskiej endemiczności i wzmożenie go w przypadku występowania ognisk zachorowań o dużym zasięgu w krajach sąsiadujących.

MATERIAŁY I METODY

Ocenę sytuacji epidemiologicznej wzw typu A w Polsce w 2016 roku przeprowadzono na podstawie analizy danych z biuletynów rocznych „Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce w 2016 roku” (6) i „Szczepienia ochronne w Polsce w 2016 roku” (7), danych z formularzy o indywidualnych zachorowaniach oraz z danych z dochodzeń epidemiologicznych w ogniskach wzw typu A, przekazanych do Zakładu Epidemiologii Chorób Zakaźnych i Nadzoru NIZP-PZH przez powiatowe i wojewódzkie stacje sanitarno-epidemiologiczne.

WYNIKI

W roku 2016 odnotowano ogółem 35 zachorowań, czyli o 14 mniej niż w roku poprzednim. Spośród osób chorych tylko jedna nie była hospitalizowana. Zapadalność na 100 000 ludności wynosiła 0,09 i była niższa niż w poprzednim roku oraz ponad dwukrotnie niższa niż mediana za lata 2009-2014 (Tab. I). Bardzo niska zapadalność utrzymuje się w Polsce od kilku lat z liczbą przypadków rok-

Cases were registered in 14 voivodeships, with the highest incidence in podkarpackie voivodeship (0.28 per 100 000 population). In comparison to the previous year the lower incidence was observed in 7 voivodeships, whereas in 4 voivodeships (Dolnośląskie, Kujawsko-Pomorskie, Podkarpackie and Zachodniopomorskie) a higher incidence was observed, but only in the 2 of the latter the incidence was higher than the median of incidence for those voivodeships from the years 2009-2014 (Tab. 1).

rocznie nieprzekraczającą 80 (lata 2010-2016). W 2016 r. zachorowania na wzv typu A stanowiły 0,4% wszystkich zachorowań na wirusowe zapalenia wątroby w Polsce.

Zachorowania rejestrowano na terenie 14 województw. Najwyższą zapadalność odnotowano w województwie podkarpackim - 0,28 na 100 000 mieszkańców. W porównaniu z rokiem wcześniejszym niższa zapadalność wystąpiła w 7 województwach, natomiast w 4: dolnośląskim, kujawsko-pomorskim, podkarpackim i zachodniopomorskim zapadalność była wyższa niż w poprzednim roku. Jedyne w 2 województwach: podkarpackim i zachodniopomorskim, zapadalność była wyższa niż mediana zapadalności dla tych województw z lat 2009-2014 (Tab. I).

Table I. Hepatitis A in Poland in 2009-2016. Number of cases, incidence per 100 000 population and median of incidence by voivodeships

Tabela I. Wzv typu A w Polsce w latach 2009-2016. Zachorowania i zapadalność na 100 000 ludności oraz mediana zapadalności wg województw

Voivodeship	median of incidence 2009-2014	2015		2016	
		Number of cases	Incidence	Number of cases	Incidence
POLAND	0.19	49	0.13	35	0.09
Dolnośląskie	0.23	1	0.03	4	0.14
Kujawsko-pomorskie	0.19	2	0.1	3	0.14
Lubelskie	0.14	2	0.09	1	0.05
Lubuskie	0.10	-	-	-	-
Łódzkie	0.16	8	0.32	2	0.08
Małopolskie	0.24	12	0.36	2	0.06
Mazowieckie	0.24	8	0.15	6	0.11
Opolskie	0.19	1	0.1	1	0.1
Podkarpackie	0.26	4	0.19	6	0.28
Podlaskie	0.25	1	0.08	1	0.08
Pomorskie	0.13	1	0.04	1	0.04
Śląskie	0.44	7	0.15	3	0.07
Świętokrzyskie	0.08	-	-	-	-
Warmińsko-Mazurskie	0.21	-	-	-	-
Wielkopolskie	0.28	2	0.06	1	0.03
Zachodniopomorskie	0.20	-	-	4	0.23

The highest incidence in 2016 was in the age groups 50-54 and 15-19 years of age (0.17 and 0.15/100 000 respectively). In comparison to the previous year the incidence in most of age groups remained the same or decreased, and only in 5 groups slightly increased (40-44, 55-59, 60-64, 65-74 and 74+). Similarly as in 2015 incidence among males was slightly higher than in females (0.11 and 0.08/100 000 respectively). Continuing for the last couple of years lower incidences in older age groups could be explained by higher immunity in this part of population due exposure to HAV in younger age, especially when Poland was a country of high HAV endemicity. In 2016 a male to female ratio was 1.5. In 2016 the highest incidence among males was in the age group 15-19 years of age (0.21/100 000), and in females (just as in the previous year) in the age group 50-54 years of age (0.25/100 00) (Tab. II).

W 2016 r. najwyższą zapadalność odnotowano u osób w grupie wieku 50-54 i 15-19 lat, odpowiednio 0,17 i 0,15/100 000. W porównaniu do poprzedniego roku w większości grup wiekowych zapadalność zmniejszyła się lub pozostała bez zmian, a jedynie w 5 grupach (40-44, 55-59, 60-64, 65-74 i 74+) nieznacznie wzrosła. Podobnie jak w poprzednim roku zapadalność wśród mężczyzn nieznacznie przewyższała zapadalność wśród kobiet i wyniosła odpowiednio 0,11 i 0,08/100 000. Utrzymujące się od kilku lat mniejsze wartości zapadalności w starszych grupach wieku mogą wynikać z większej odporności tej części populacji w związku z możliwością zetknięcia się tych osób z wirusem HAV w przeszłości, szczególnie w okresie występowania wysokiej endemiczności, w której wirus był powszechnie obecny w populacji.

Table II. Hepatitis A in Poland 2015-2016. Number of cases, incidence per 100 000 population and by age, sex
 Tabela. II. Wzww typu A w Polsce w latach 2015-2016. Liczba zachorowań i zapadalność na 100 000 ludności wg wieku, płci

Age group (years)	2015						2016					
	Male		Female		Total		Male		Female		Total	
	Number of cases	Incidence	Number of cases	Incidence	Number of cases	Incidence	Number of cases	Incidence	Number of cases	Incidence	Number of cases	Incidence
0-4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5-9	4	0.38	-	-	-	0.2	-	-	1	0.1	1	0.05
10-14	2	0.22	1	0.11	3	0.17	2	0.22	-	-	2	0.11
15-19	3	0.29	2	0.2	5	0.25	1	0.1	2	0.21	3	0.15
20-24	4	0.32			4	0.16	2	0.17	1	0.09	3	0.13
25-29	5	0.34	4	0.28	9	0.31	3	0.21	1	0.07	4	0.14
30-34	-	-	2	0.12	2	0.06	-	-	2	0.13	2	0.06
35-39	2	0.13	5	0.33	7	0.23	2	0.13	3	0.2	5	0.16
40-44	1	0.07	-	-	1	0.04	2	0.14	1	0.07	3	0.11
45-49	2	0.17	-	-	2	0.09	-	-	1	0.09	1	0.04
50-54	1	0.08	6	0.48	7	0.29	3	0.25	1	0.08	4	0.17
55-59	2	0.14	1	0.07	3	0.1	1	0.07	-	-	1	0.04
60-64	1	0.08	-	-	1	0.04	2	0.16	-	-	2	0.07
65-74	1	0.07	-	-	1	0.03	1	0.07	2	0.1	3	0.09
75+	-	-	-	-	-	-	1	0.11	-	-	1	0.04
Total	28	0.15	21	0.11	49	0.13	20	0.11	15	0.08	35	0.09

In 2016 imported HAV cases amounted for 31.4% of all cases, which was a decrease comparing to 2015 and was also lower than the median of the number of imported cases from the years 2009-2014. In the last couple of years imported cases accounted for more than 30% of all cases reported yearly (Tab. III).

Most of them were imported from countries of high and intermediate HAV endemicity, with Africa being the continent from where most of the importations were from. The most frequent country of importation was Egypt with more than 38% of all imported cases (Fig. 1). Among European countries the most frequent country of importation was Italy (4.6% of all imported cases) followed by Greece and Ukraine (3% each), than Bulgaria and Spain (2.7 and 1.9% respectively). In 2016 the most frequent continent of importation was Africa- 6 cases in total. There were also 2 cases imported from Europe- both from Ukraine (Tab. IV). In 2016 no cases imported from western European countries were reported, despite ongoing international outbreak affecting them.

Table IV. Number of imported hepatitis A cases in Poland in 2016 by country of exposure

Tabela IV. Liczba zawleczonych do Polski zachorowań na wzww typu A w 2016 r. wg kraju narażenia

Continent	Country	Number of cases
Africa n=6	Egypt	1
	Kenya, Somalia	1
	Cape Verde	1
	Morocco	3
Asia n=1	India	1
Europe n=2	Ukraine	2
South and Central America n=2	Guatemala	1
	Mexico	1

W 2016 r. stosunek płci (mężczyzn do kobiet) wśród osób chorych wynosił 1,5, a największą zapadalność wśród mężczyzn odnotowano w grupie wiekowej 15-19 lat (0,21/100 000), natomiast wśród kobiet, podobnie jak w poprzednim roku, w grupie wieku 50-54 lata (0,25/100 000) (Tab. II). Zachorowania zawleczane stanowiły 31,4% ogólnej liczby zachorowań na wzww typu A w 2016 r., co stanowiło spadek odsetka względem 2015 r. Również liczba zachorowań zawleczonych była niższa niż mediana liczby przypadków importowanych za lata 2009-2014. Rokrocznie odsetek importowanych przypadków wzww A w ogólnej liczbie zachorowań sięga powyżej 30% (Tab. III).

Table III. Percentage of HAV imported cases in 2010-2016
 Tabela III Odsetek importowanych przypadków HAV w latach 2010-2016

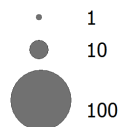
Year of reporting	% of imported cases
2010	39.4
2011	47.7
2012	53.5
2013	45.8
2014	48.7
2015	32.7
2016	31.4

W większości są to przypadki importowane z krajów o pośredniej i wysokiej endemiczności zachorowań na wzww A. Zachorowania najczęściej zawleczane są z Afryki, a szczególnie z Egiptu, z którego w latach 2009-2016 zawleczono łącznie ponad 38% wszystkich przypadków importowanych. (Ryc. 1).

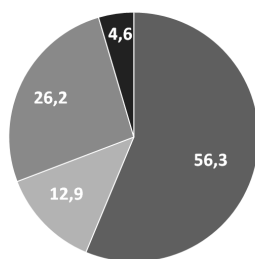
Table V. Number and percentage of persons vaccinated in Poland against hepatitis A in the years 2015-2016, by voivodeship
Tabela V. Liczba i odsetek osób zaszczepionych przeciw wzv typu A w Polsce w latach 2015-2016 wg województw

Voivodeship	2015		2016	
	Number of vaccinated	%	Number of vaccinated	%
POLAND	40 410	100	52 385	100
Dolnośląskie	2 985	7.4	10 700	20.4
Kujawsko-pomorskie	1 363	3.4	1 351	2.6
Lubelskie	714	1.8	752	1.4
Lubuskie	492	1.2	495	0.9
Łódzkie	2 179	5.4	2 921	5.6
Małopolskie	3 720	9.2	4 792	9.1
Mazowieckie	13 869	34.3	15 115	28.9
Opolskie	509	1.3	528	1.0
Podkarpackie	951	2.4	916	1.7
Podlaskie	594	1.5	553	1.1
Pomorskie	4 558	11.3	4 304	8.2
Śląskie	3 490	8.6	4 205	8.0
Świętokrzyskie	338	0.8	381	0.7
Warmińsko-Mazurskie	753	1.9	777	1.5
Wielkopolskie	2 421	6.0	2 952	5.6
Zachodniopomorskie	1 474	3.6	1 643	3.1

No. of imported cases



HAV imported cases 2009-2016
by the region of importation



■ Africa ■ Asia ■ Europe ■ Latin America

Map produced on: 24 Oct 2018. Administrative boundaries: ©EuroGeographics, ©UN-FAO

Fig. 1. HAV 2009-2016 imported cases, by country and region of importation

Ryc. 1. Zawleczone przypadki wzv A 2009-2016, wg. kraju i regionu zawleczenia

In 2016 the onset of symptoms of most cases was from January to June. As in previous years the seasonality of cases occurring (and the probable period

Spośród państw europejskich najczęstszym krajem zawleczenia były w latach 2009-2016 Włochy (4,6% przypadków importowanych z tego okresu), a następ-

of infection) could be due to holiday-related travels to countries of high and intermediate endemicity. The same seasonality is observed for imported cases from the years 2009-2015 (Fig. 2).

For all 35 cases reported in 2016 one person was MSM, at the age of 17, previously unvaccinated against hepatitis A and with no travel history.

nie Grecja (3%), Ukraina (3%), Bułgaria (2,7%) oraz Hiszpania (1,9%). W 2016 roku kontynentem, z którego zawleczono najwięcej zachorowań była Afryka - łącznie 6. Wystąpiły dwa przypadki importowane z krajów europejskich, oba z Ukrainy (Tab. IV). W 2016 r. nie odnotowano przypadków importowanych z krajów Europy zachodniej, pomimo toczącego się tam międzynarodowego ogniska.

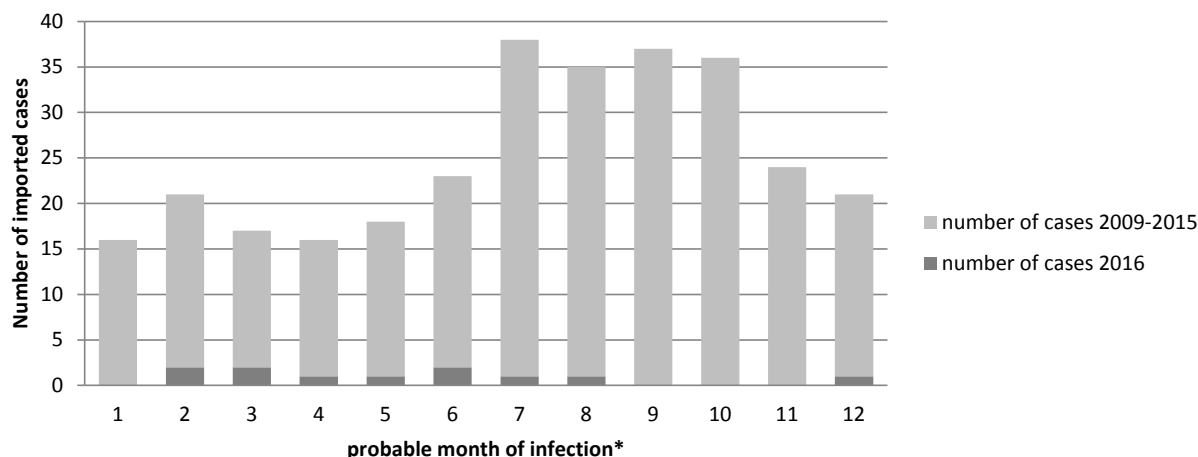


Fig. 2. HAV 2009-2015 imported HAV cases by the probable month of infection*

Ryc. 2. WZW A 2009-2015 przypadki zawleczone według prawdopodobnego miesiąca zakażenia*

* with presumption of mean 28 day incubation period

* przy założeniu średniego czasu inkubacji wynoszącego 28 dni

Comparing to the previous year there was an increase in vaccinations against HAV, observed mainly in Dolnośląskie, Mazowieckie and Małopolskie voivodeships (Tab. V). In Poland anti-HAV vaccinations are recommended for persons travelling to regions of high and intermediate endemicity, persons working in food production and distribution and young children in school and pre-school age, who did not have HAV infection before (8). In the course of routine surveillance no information on the reason of vaccination being collected, including affiliation to a certain risk group. Moreover there are no recommendations for HAV vaccinations directed to MSM.

Among HAV imported cases in 2016, information on vaccination status was available for 33 persons, out of which 32 were not previously vaccinated. These numbers are consistent with the vaccination status among imported cases from the years 2009-2015, where over 99% were unvaccinated against HAV.

In 2016 there was one local outbreak of HAV etiology, in domestic environment, with 2 persons sick. Cases were male and female with the onset of symptoms over month apart, and in the course of epidemiological investigation person-to-person transmission route was found.

SUMMARY AND CONCLUSIONS

1. In 2016 there was a decrease in the HAV incidence comparing to the previous year as well as to the

W 2016 r. większość przypadków wystąpiło w okresie od stycznia do lipca. Podobnie jak w zeszłych latach sezonowość zachorowań (oraz prawdopodobnego okresu zakażenia) można łączyć z podróżami do krajów o wysokiej lub pośredniej endemiczności, podczas wyjazdów turystycznych. Podobną sezonowość obserwuje się w latach 2009-2015 wśród przypadków importowanych (Ryc. 2).

Na 35 zachorowań zgłoszonych w 2016 r. jedna osoba deklarowała przynależność do grupy MSM. Była to osoba w wieku 17 lat, niepodróżująca za granicę i uprzednio nieszczepiona przeciwko wzw A.

W porównaniu do poprzedniego roku, w 2016 r. większa liczba osób była zaszczepiona przeciwko wzw A. Wzrost liczby wykonanych szczepień zaobserwowano przede wszystkim w województwach dolnośląskim, mazowieckim i małopolskim (Tab. V). W Polsce szczepienia przeciwko wzw typu A należą do szczepień zalecanych dla osób podróżujących do krajów pośredniej i wysokiej endemiczności zachorowań na wzw A, osobom zatrudnionym przy produkcji i dystrybucji żywności, jak również dzieciom w wieku przedszkolnym i szkolnym, które nie chorowały na wzw A (8). W rutynowym nadzorze nie są jednak zbierane informacje o powodach szczepienia, w tym przynależności osoby szczepionej do jednej z grup ryzyka. Obecnie szczepienia przeciwko wzw typu A nie są rekomendowane dla grupy MSM.

Spśród przypadków importowanych w 2016 r. informacja dotycząca statusu zaszczepienia przeciwko wzw A dostępna była dla 33 osób, z czego 32 nie były

- median of incidence for the years 2009-2014. At that year Poland may be still referred to as a country of very low endemicity of HAV.
- Data from 2016 does not concur that the Europe-wide outbreak among MSM starting in 2016 affected also Poland that year. However good epidemiological situation, results in the large part of population being prone to infection and therefore increases the risk of country-wide epidemic, especially in the context of abovementioned outbreak taking place.
 - Information on possible exposure to HAV infection as a consequence of homosexual contacts is collected in the course of routine HAV surveillance in Poland. However because of the sensitive nature of this data, their use in detecting HAV outbreak among MSM may be limited.
 - Dynamically changing epidemiological situation concerning HAV infections in Europe, especially in the context of this disease spreading among MSM, indicates the need of updating the official national vaccinations recommendations, and especially- the need of inclusion of abovementioned group as one for which anti-HAV vaccinations are recommended.

REFERENCES

- ECDC, European Centre for Disease Prevention and Control. Hepatitis A. In: ECDC. Annual epidemiological report for 2015. Stockholm: ECDC; 2018
 - ECDC, Epidemiological update: Hepatitis A outbreak in the EU/EEA mostly affecting men who have sex with men, 12 September 2018, <https://ecdc.europa.eu/en/news-events/epidemiological-update-hepatitis-outbreak-eueea-mostly-affecting-men-who-have-sex-men-2>
 - Ndumbi P, Freidl Gudrun S, et al. Hepatitis A outbreak disproportionately affecting men who have sex with men (MSM) in the European Union and European Economic Area, June 2016 to May 2017, Euro Surveill. 2018 Aug;23(33)
 - Magdzik W, Czarkowski MP, Zmiany w endemiczności wirusowego zapalenia wątroby typu A (WZW A) w Polsce, Przegl Epidemiol 2004; 58; 3-8
 - Baumann-Popczyk A. Wirusowe zapalenie wątroby typu A w Polsce w 2009 roku, Przegl Epidemiol 2011; 65; 255-258
 - Czarkowski MP, et al. Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce w 2016 roku, NIZP-PZH, Zakład Epidemiologii, GIS, Departament Zapobiegania oraz Zwalczenia Zakażeń i Chorób Zakaźnych u Ludzi, Warszawa 2017
 - Czarkowski MP i in. Szczepienia ochronne w Polsce w 2016 roku NIZP-PZH, Zakład Epidemiologii, GIS, Departament Zapobiegania oraz Zwalczenia Zakażeń i Chorób Zakaźnych u Ludzi, Warszawa 2017
 - GIS, Komunikat Głównego Inspektora Sanitarnego z dn 16 października 2015 ws. Programu Szczepień Ochronnych na rok 2016, Dz Ustaw Poz 63, Warszawa 19 października 2015
- uprzednio zaszczepione. Liczby te dobrze charakteryzują sytuację wśród osób, które zakażają się wirusem wzv A podczas podróży - w latach 2009-2015 ponad 99% zachorowań zalekanych dotyczyło osób wcześniej nie szczepionych przeciwko wzv A.
- W 2016 r. odnotowano jedno dwuosobowe ognisko zachorowań na wzv A, które wystąpiło w województwie dolnośląskim, w środowisku domowym. Zachorowania w tym ognisku wystąpiły u mężczyzny i kobiety, w odstępie ponad miesiąca, a w wyniku dochodzenia epidemiologicznego drogę szerzenia się zakażenia ustalono jako kontaktową.

PODSUMOWANIE I WNIOSKI

- W 2016 r. odnotowano spadek zapadalności na wzv typu A w stosunku do roku poprzedniego, jak również była ona ponad dwukrotnie mniejsza niż mediana zapadalności dla lat 2009-2014, a Polska nadal pozostaje krajem o bardzo niskiej endemiczności.
- Dane o zachorowaniach na wzv typu A z 2016 r. nie wskazują, aby rozpoczynające się w Europie w czerwcu ognisko wzv A wśród MSM objęło w tym okresie także Polskę. Dobra sytuacja epidemiologiczna wzv A w kraju, z powodu podatności dużej części populacji na zakażenie wirusem HAV, paradoksalnie przyczynia się do zwiększonego zagrożenia wystąpieniem epidemii w Polsce, zwłaszcza w kontekście wystąpienia ognisk w krajach sąsiadujących.
- W ramach prowadzonego rutynowo nadzoru epidemiologicznego nad zachorowaniami na wzv A zbierana jest informacja o możliwym narażeniu na zakażenie w drodze kontaktów seksualnych z osobami tej samej płci. Jednakże z uwagi na osobisty i wrażliwy charakter tych danych, ich przydatność do wykrywania ognisk HAV wśród MSM może być ograniczona.
- Zmieniająca się dynamicznie sytuacja epidemiologiczna dotycząca wzv A w Europie, w szczególności ogniska występujące wśród MSM, wskazuje na zasadność poszerzenia rekomendowania szczepień w Programie Szczepień Ochronnych o osoby należące do grupy MSM.

Received: 5.12.2018

Accepted for publication: 10.12.2018

Otrzymało: 5.12.2018 r.

Zaakceptowano do publikacji: 10.12.2018 r.

Address for correspondence:

Adres do korespondencji:

Piotr Polański

Zakład Epidemiologii Chorób Zakaźnych i Nadzoru

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego

-Państwowy Zakład Higieny (NIZP-PZH)

Ul. Chocimska 24

00-791 Warszawa

tel. (22)54 21 206

ppolanski@pzh.gov.pl