

## Hepatitída typu A

**Pôvodcom vírusovej hepatitídy A (VHA)** je RNA vírus z čeľade Picornaviridae, rod Hepatovirus. Vírus je neobalený, sférický, termostabilný s výrazným hepatotropizmom. Vírus odoláva nielen kyslému pH, ale niekoľko minút aj teplote 60 °C a niekoľko mesiacov teplote – 70°C (Urbančíková, 2010). Vstupnou bránou je črevná sliznica. Vírus sa pomnožuje v hepatocytoch, odkiaľ preniká do krvi a do žlče. V stolici sa nachádza najviac vírusových častíc *14 dní pred* vznikom prvých klinických príznakov a asi *1 – 2 týždne* rozvinutého ochorenia (Strehárová, et al. 2007). Táto skutočnosť má významný podiel na šírení ochorenia pri osobnom kontakte v komunite, v detských zariadeniach alebo pri cestách do oblastí s vysokým výskytom VHA (Urbančíková, 2010). Ochorenie prebieha väčšinou ľahko, nemá sklon prechádzať do chronicity. Ťažšie klinické priebehy sú zaznamenávané u dospelých (Oleár, et al. 2014).

**Zdrojom nákazy** je človek v inkubačnej dobe, akútne alebo inaparentne chorý človek. Cestou nákazy je priamy osobný kontakt, požitie kontaminovanej vody, zeleniny, ovocia a iných potravín, zvlášť surových morských plodov.

**Inkubačná doba je 15 – 50 dní**, priemerne 28 – 30 dní. K nákaze u sporadických prípadov dochádza fekálno-orálnou cestou pri úzkom kontakte s nakazenou osobou alebo pri alimentárnej nákaze. Rozsiahle epidémie sa vyskytujú najčastejšie pri požití kontaminovaných potravín alebo vody, najmä v početných komunitách s nízkym hygienickým štandardom (Urbančíková, 2010).

**Smrtnosť ochorenia** je nízka (0,2 – 03 %) a s vekom mierne stúpa (Oleár, et al. 2014). U detí asi polovica prípadov prebieha *aniktericky* (Strehárová, et al. 2007). Začína neurčitými klinickými príznakmi pripomínajúcimi chrípku a gastrointestinálnymi príznakmi spojenými s bolesťou brucha, bolesťami kĺbov, celkovou nevoľnosťou a zvýšenou teplotou. O niekoľko dní sa objaví u väčšiny chorých ikterus avšak nie u všetkých (Oleár, et al. 2014).

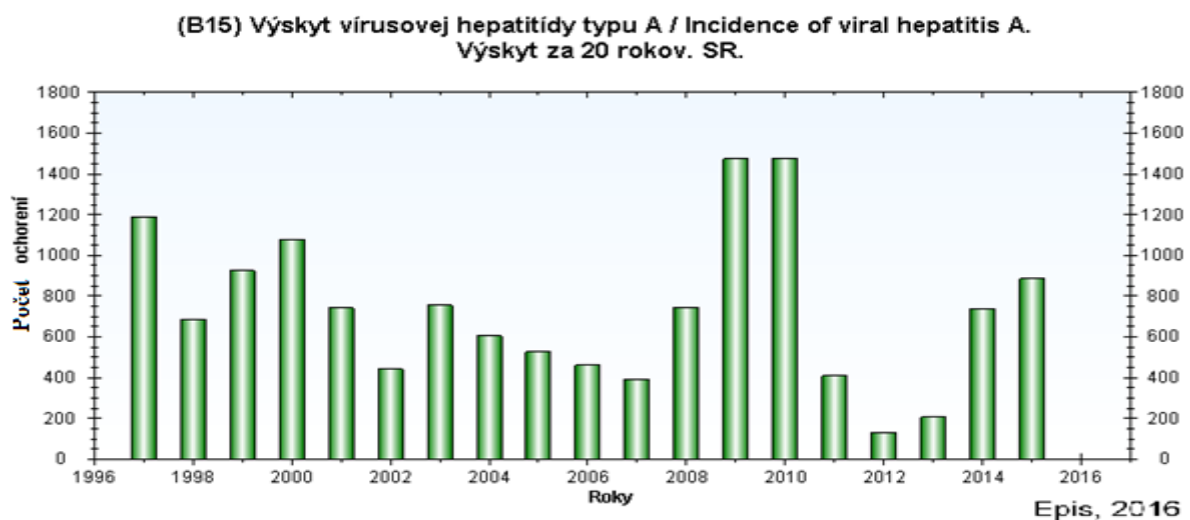
**Očkovanie proti VHA** sa v rámci povinného očkovania osôb, ktoré sú vystavené zvýšenému nebezpečenstvu vybraných nákaz, vykonáva u osôb, čo sú v priamom kontakte s chorou osobou s vírusovým zápalom pečene typu A na základe rozhodnutia regionálneho úradu o lekárskom dohľade alebo zvýšenom zdravotnom dozore. V roku 1992 bola po prvýkrát na svete úspešne použitá vakcína proti VHA – Havrix v posexpozičnej aplikácii a súčasne to bolo prvé použitie VHA vakcíny v strednej a východnej Európe (Oleár, et al. 2014). Osobám, ktoré boli v priamom styku, sa prv podával normálny ľudský gamaglobulín (NORGA) ako forma pasívnej imunizácie. Poskytuje okamžitú ochranu, ale len krátkodobo na 2 – 3 mesiace. V ostatnom čase epidemiológovia odporúčajú aktívnu imunizáciu (Strehárová, et al. 2007). Očkovanie je vedecky overené najúčinnnejšie preventívne opatrenie a spolu s dostupnosťou pitnej vody zachránilo viac ľudských životov, ako ktorékoľvek iné preventívne opatrenie (Krištúfková, 2013). V súčasnosti sú k dispozícii očkovacie látky, ktoré obsahujú formaldehydom inaktivovaný purifikovaný vírus hepatitídy A, buď monovakcíny, alebo kombinované vakcíny proti VHB a VHA pre deti a dospelých. Vakcíny proti VHA: VAQTA 50 U, VAQTA 25 U, HAVRIX 1440, HAVRIX 720 Junior, AVAXIM 160 a kombinované vakcíny proti VHA a VHB: TWINRIX ADULT a TWINRIX Paediatric.

Základné očkovanie spočíva v podaní 1 dávky očkovacej látky intramuskulárne. Podporná (booster) dávka vakcíny nasleduje 6 až 18 mesiacov po prvej dávke podľa druhu očkovacej látky (Oleár, et al. 2014).

**Ročne je vo svete** hlásených zhruba 1,5 milióna nových ochorení, ale vzhľadom na asymptomatické formy ochorenia, ktoré často nie sú rozpoznané, sa predpokladá, že skutočný výskyt je minimálne 10–násobne vyšší (Pertináčová, 2008). Výskyt VHA sa cyklicky mení a zvyšuje sa výskyt každých 10 – 15 rokov. V roku 2013 bolo z 50 štátov v USA celkovo hlásených 1781 prípadov, nárast oproti roku 2012 bol o 14%. Celková incidencia v roku 2013 bola 0,6 na 100 000 obyvateľov (CDC, 2013). V susedných štátoch Slovenska sú posledné dostupné údaje z roku 2010, kde môžeme pozorovať od roku 1990 výrazný pokles výskytu VHA na Ukrajine a v Rumunsku. Aj v ostatných štátoch je mierny pokles prípadov VHA od roku 1985. V porovnaní so štátmi V4 si Slovensko drží prvenstvo s incidenciou 26,75 na 100 000 obyvateľov (WHO, 2015).

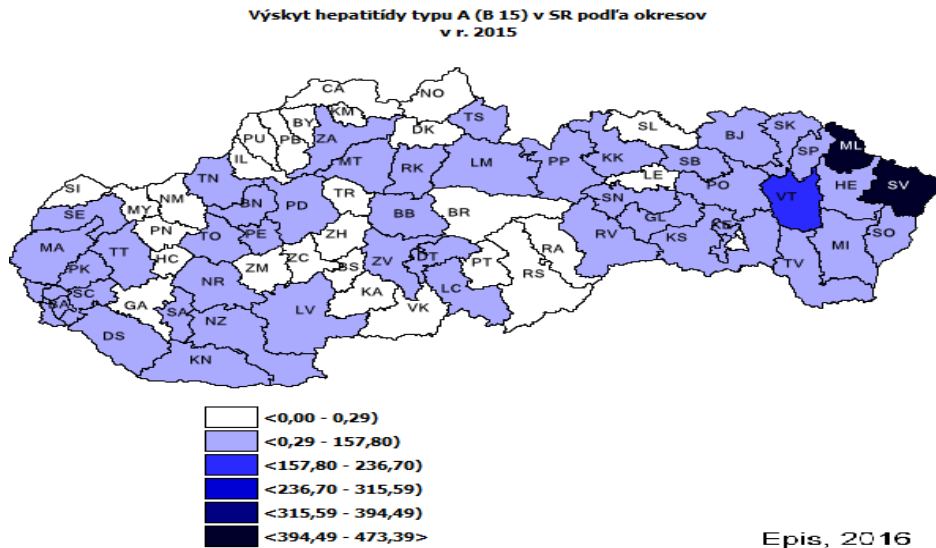
**Intenzita výskytu VHA** je v jednotlivých geografických oblastiach sveta rozdielna. Úroveň endemicity veľmi úzko súvisí s ekonomickými, sociálnymi a hygienickými podmienkami. Medzi vysoko endemické oblasti patria rozvojové krajiny s nízkou sociálno-ekonomickou a hygienickou úrovňou a vysokou cirkuláciou vírusu v populácii (Afrika, juhovýchodná Ázia, Stredná a Južná Amerika, Grónsko). V týchto oblastiach sa väčšina obyvateľstva infikuje už v priebehu prvých piatich rokov života, kedy ochorenie prebieha takmer v 90 % bez klinických príznakov (Pertináčová, 2008).

Vírusová hepatitída A sa zo všetkých vírusových hepatítid vyskytuje na Slovensku najčastejšie (65-70% všetkých vírusových hepatítid). Za ostatných 20 rokov sa pozoruje na Slovensku pokles výskytu VHA. Z grafu môžeme pozorovať od roku 1997 mierny pokles výskytu VHA. Najvyšší výskyt bol v rokoch 2009 a 2010 a najnižší výskyt bol v roku 2012. Postupne od roku 2012 bol mierny vzostup ochorení (Epis, 2016). V roku 2014 bol celkový výskyt VHA 735 s chorobnosťou 13,6 na 100 000 obyvateľov čo predstavovalo až 3,6 násobný nárast ochorení v porovnaní s rokom 2013.



**Graf** Výskyt vírusovej hepatitídy A v SR za 20 rokov

Trvale vysokú chorobnosť zaznamenávame hlavne v Košickom a v menšej miere v Prešovskom kraji. Ide o regióny s početnými lokalitami so zníženým sociálnym, ekonomickým a hygienickým štandardom a s vysokým podielom rómskeho etnika, ktorého spôsob života napomáha šíreniu VHA (Mapa 1), (Pertináčová, 2008).



**Mapa** Výskyt vírusovej hepatitídy A v SR podľa okresov v roku 2015

### **Záver**

**Očkovanie predstavuje najjednoduchšiu a najefektívnejšiu formu** prevencie daného ochorenia, preto je dôležité ho realizovať v rizikových skupinách osôb, ktorým hradia očkovacie látky zdravotné poisťovne podľa aktuálnej kategorizácie liečiv v súlade s Vyhláškou 585/2008 Z.z. Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, ktorou sa ustanovujú podrobnosti o prevencii a kontrole prenosných ochorení.

PhDr. Ivanová Antónia, PhD.