

**Na temat szczepień ochronnych przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby (WZW) typu B**

Wirusowe zapalenie wątroby typu B jest chorobą wątroby, powodowaną poprzez infekcję wywołaną przez wirus WZW typu B (HBV). Wirus może być przenoszony poprzez krew lub płyny ustrojowe osoby zainfekowanej (np. w czasie stosunku płciowego). Po tym, jak w krajach uprzemysłowionych krew i preparaty krwiopochodne generalnie są testowane pod kątem obecności patogenów chorobotwórczych i w związku z tym są bezpieczne, decydującą rolę w rozprzestrzenianiu się wirusa odgrywają kontakty intymne. A zatem w okresie dojrzewania zagrożenie ze strony tego wirusa niepomiarowo wzrasta. Przeniesienie czynników chorobotwórczych może nastąpić również na drodze od chorej na WZW w sposób przewlekły ciężarnej matki na płód. Z tego powodu wszystkie ciężarne kobiety powinny zostać przebadane na nosicielstwo. W przypadku, gdy wynik badania będzie dodatni, noworodek zaraz po urodzeniu powinien zostać poddany immunoprofilaktyce. Wirusowe zapalenie wątroby typu B rozpoczyna się objawami grypopodobnymi lub dolegliwościami żołądkowo-jelitowymi, uczuciem zmęczenia i gorączką. Następnie mocz może zabarwiać się na brązowo, stolec staje się odbarwiony i pojawia się zażółcenie skóry i spojówek oczu (żółtaczką). Ok. 1 procent osób chorujących umiera, u ok. 10 procent zainfekowanych dorosłych choroba przechodzi w stan przewlekły (do 90 procent w przypadku niemowląt), przy czym wirus pozostaje nadal w ciele. Wirusowe zapalenie wątroby typu B może także przebiegać bezobjawowo, co prowadzi do infekcji przewlekłej. Osoby chore przewlekłe stają się źródłem infekcji dla swojego otoczenia. W Niemczech ok. od 0,3 do 0,8 procent ludności jest zainfekowanych wirusem HBV w sposób przewlekły. W innych krajach – np. afrykańskich i azjatyckich – częstotliwość występowania osób chorych przewlekłe jest niepomiarowo wyższa. Obecność choroby przewlekłej może prowadzić w konsekwencji do marskości oraz/lub raka wątroby.

Żadne specyficzne leczenie ostrego zapalenia wątroby typu B nie jest dostępne. Jediną ochroną przed tą chorobą jest przeprowadzone na czas szczepienie ochronne.

**Szczepionki**

Szczepionka przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B zawiera fragmenty otoczki wirusa HBV - WZW typu B, które zostały pozyskane na drodze procedur z grupy technologii genetycznych z wykorzystaniem hodowli komórek drożdży i na koniec zostały oczyszczone za pomocą nowoczesnych metod. Zaaplikowana na czas szczepionka wywołuje długotrwałą odporność, a tym samym ochronę przed wirusowym zapaleniem wątroby typu B.

Szczepionka przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B aplikowana jest trzykrotnie. Lekarz szczepiący może Państwa poinformować w jakim odstępie powinny być przeprowadzane kolejne szczepienia, a także na temat rozpoczęcia i długotrwałości występowania ochrony poszczepiennej oraz ew. niezbędnych szczepień odnawiających ochronę. Szczepienie przeciwko zapaleniu wątroby typu B może być przeprowadzane równocześnie z innymi szczepieniami. Szczepionka jest podawana w postaci zastrzyku (iniekcji domięśniowej lub podskórnej). Szczepionka jest aplikowana w ramię lub w górną część uda. U osób narażonych na wysokie ryzyko zachorowania, np. członków personelu medycznego, po zakończeniu immunizacji podstawowej, pomyślny skutek szczepienia podlega kontroli. Ew. wymagane jest szczepienie powtórne. Warto także przeprowadzać testy pomyślności efektów szczepienia u pacjentów odznaczających się ograniczoną odpornością immunologiczną (np. z uwagi na chemioterapię).

Dodatkowo w stosunku do omówionej powyżej szczepionki pojedynczej, chroniącej przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B, do dyspozycji niemowląt i małych dzieci przygotowane

zostały również szczepionki skojarzone, chroniące również przed innymi chorobami (np. szczepionka 6w1). W odniesieniu do szczepionek skojarzonych dostępne są odrębne ulotki informacyjne.

### **Kto powinien być szczepiony?**

1. Przeprowadzenie szczepienia przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B zaleca się u wszystkich chłopców i dziewczynek w wieku od 8 tygodni. Do tego celu nadają się wyżej wymienione szczepionki skojarzone. W celu nadrobienia szczepień, które nie zostały przeprowadzone w wieku niemowlęcym, doszczepienie jest nie tylko możliwe, lecz wręcz zalecane w każdym czasie.
2. Noworodki, których matki zainfekowane są wirusem WZW typu B, szczepione są natychmiast po urodzeniu i otrzymują immunoglobulinę (Ważna informacja: należy pomyśleć o uzupełnieniu immunizacji podstawowej).
3. Osoby, u których występuje osłabienie odporności lub u których osłabienia odporności można się spodziewać, lub osoby, u których z uwagi na współistniejącą chorobę można oczekiwać ciężkiego przebiegu wirusowego zapalenia wątroby typu B (np. pacjenci cierpiący na HIV oraz/lub wirusowe zapalenie wątroby typu C, na choroby wątroby, pacjenci dializowani itp.).
4. Osoby o podwyższonym ryzyku niezwiązanym z wykonywaniem zawodu, np. osoby mające kontakty rodzinne z osobami zainfekowanymi wirusowym zapaleniem wątroby typu B lub z nimi z wspólnie zamieszkujące, osoby podejmujące zachowania seksualne, wiążące się z podwyższonym ryzykiem infekcji, osoby wstrzykujące sobie środki odurzające, osadzeni w więzieniach i aresztach śledczych, pacjenci w placówkach opieki psychiatrycznej.
5. Osoby o podwyższonym ryzyku zawodowym, np. personel medyczny i stomatologiczny (również personel laboratoryjny oraz osoby szkolące się), osoby udzielające pierwszej pomocy, policjanci, personel placówek o podwyższonym ryzyku np. straż więzienna, personel ośrodków azylanckich dla uchodźców, placówek dla osób niepełnosprawnych.
6. W przypadku osób wyjeżdżających do krajów tropikalnych i subtropikalnych, w których szeroko panuje wirusowe zapalenie wątroby typu B, wymagana jest indywidualna ocena zagrożeń.

### **Kto nie powinien zostać zaszczepiony?**

Nie powinien być szczepiony nikt, kto cierpi na ostrą, wymagającą leczenia chorobę, manifestującą się podwyższoną ciepłotą ciała (przekraczającą 38,5°C). Szczepienie może zostać nadrobione, jak tylko ustąpią objawy chorobowe. W przypadku ciąży, kobieta może być szczepiona tylko w przypadku jednoznacznego, aktualnego ryzyka infekcji. W przypadku występowania nadwrażliwości na któryś ze składników szczepionki lub jeżeli w następstwie poprzedniego szczepienia występowały objawy chorobowe, wówczas na temat możliwości kontynuacji szczepienia należy poradzić się lekarza.

### **Sposób postępowania po szczepieniu**

Osoby zaszczepione nie wymagają żadnego specjalnego trybu oszczędzającego, jednakże w ciągu 3 dni po zaszczepieniu należy unikać po nadnormalnego wysiłku. W przypadku osób wykazujących skłonności do reakcji układu krążenia lub takich, u których znane są natychmiastowe alergie, przed zaszczepieniem należy o tych faktach poinformować lekarza.

### **Możliwe miejscowe i ogólne reakcje poszczepienne**

Po szczepieniu, obok podwyższenia odporności, a przez to zwiększenia stopnia ochrony przed chorobami, w odniesieniu do 10 procent osób zaszczepionych w miejscu zaszczepienia pojawia się zaczerwienienie lub bolesny obrzęk. Jest to wyraz zwykłej reakcji organizmu na szczepionkę, który

występuje najczęściej w okresie od 1 do 3 dni i rzadko kiedy utrzymuje się dłużej. Sporadycznie dochodzi do obrzęku blisko położonych węzłów chłonnych. Ogólne symptomy, takie jak lekkie do znacznego podwyższenie ciepłoty ciała, dreszcze, bóle głowy i stawów (bóle mięśni i stawów) lub uczucie zmęczenia są rzadkie. Do tego mogą wystąpić bóle żołądkowo-jelitowe (nudności, wymioty, biegunka). W pojedynczych przypadkach w wyniku szczepienia występuje podwyższenie enzymów wątrobowych. Z reguły wyżej wymienione reakcje są przejściowe i szybko ustępują bez dalszych następstw.

#### **Czy możliwe są komplikacje poszczepienne?**

Powikłania poszczepienne, reprezentujące następstwa przekraczające zwykłą wielkość reakcji poszczepiennych i wykazujące znaczny negatywny wpływ na stan zdrowia osoby szczepionej, występują niezwykle rzadko. W pojedynczych przypadkach obserwowane były komplikacje w obrębie systemu nerwowego (np. zapalenie nerwów, przejściowe porażenia), jak również opisywano zmniejszenie się liczby płytek krwi, jakkolwiek związek przyczynowo skutkowy ze szczepieniem jest wątpliwy.

#### **Porady na temat działań ubocznych udzielane przez lekarza szczepiącego**

W uzupełnieniu do tego pouczenia, Państwa lekarz zaoferuje możliwość odbycia rozmowy wyjaśniającej.

Jeżeli w następstwie szczepienia wystąpią objawy, które przekraczać będą wyżej wymienione szybko ustępujące reakcje miejscowe i ogólne, wówczas oczywiście do Państwa dyspozycji jest lekarz szczepiący, który udzieli Państwu stosownej porady.

Lekarza szczepiącego można znaleźć:

#### **Wykluczenie odpowiedzialności**

Tłumaczenie oryginału arkusza informacyjnego (wg stanu na dzień: 10/2014) zostało dokonane za uprzejmą zgodą Niemieckiego Zielonego Krzyża T. z., na zlecenie Instytutu im. Roberta Kocha. Miarodajny jest tekst niemieckojęzyczny. Nie możemy przyjąć odpowiedzialności z tytułu ew. błędów tłumaczenia oraz braku aktualności niniejszego tłumaczenia w przypadku powstających w miarę upływu czasu kolejnych nowelizacji oryginału niemieckojęzycznego.

**Nazwisko** \_\_\_\_\_  
*Name*

### **Szczepienie ochronne przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B**

*Schutzimpfung gegen Hepatitis B*

W załączeniu otrzymują Państwo ulotkę informacyjną na temat przeprowadzania szczepienia ochronnego przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B. W treści ulotki znajdą Państwo istotne dane na temat choroby, której można uniknąć dzięki szczepieniu, opis samej szczepionki, przebiegu szczepienia, jak również reakcji poszczepiennych oraz możliwych powikłań poszczepiennych.

*Anliegend erhalten Sie ein Merkblatt über die Durchführung der Schutzimpfung gegen Hepatitis B. Darin sind die wesentlichen Angaben über die durch die Impfung vermeidbare Krankheit, den Impfstoff, die Impfung sowie über Impfreaktionen und mögliche Impfkomplicationen enthalten.*

Przed przeprowadzeniem szczepienia należy podać dodatkowo następujące dane:

*Vor der Durchführung der Impfung wird zusätzlich um folgende Angaben gebeten:*

1. Czy szczepione dziecko jest obecnie zdrowe?

*Ist der Impfling gegenwärtig gesund?*

Tak (*Ja*)

Nie (*Nein*)

2. Czy u dziecka występują jakiegokolwiek znane alergie?

*Ist bei dem Impfling eine Allergie bekannt?*

Tak (*Ja*)

Nie (*Nein*)

jeżeli tak, to jakie \_\_\_\_\_  
*wenn ja, welche*

3. Czy po poprzednich szczepieniach u osoby szczepionej występowały objawy alergiczne, wysoka gorączka lub jakiegokolwiek inne nietypowe reakcje?

*Traten bei dem Impfling nach einer früheren Impfung allergische Erscheinungen, hohes Fieber oder andere ungewöhnliche Reaktionen auf?*

Tak (*Ja*)

Nie (*Nein*)

Jeżeli Państwo chcą się dowiedzieć więcej na temat szczepień ochronnych przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B, prosimy zwrócić się z tym do lekarza szczepiącego!

*Falls Sie noch mehr über die Schutzimpfung gegen Hepatitis B wissen wollen, fragen Sie den Impfarzt!*

Do szczepienia prosimy zabrać ze sobą książeczkę szczepień ochronnych dziecka!

*Zum Impftermin bringen Sie bitte das Impfbuch mit!*

**Deklaracja zgody***Einverständniserklärung***na przeprowadzenie szczepienia ochronnego przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B***zur Durchführung der Schutzimpfung gegen Hepatitis B*

Nazwisko osoby szczepionej \_\_\_\_\_

*Name des Impflings*

data urodzenia \_\_\_\_\_

*geb. am*

Z treścią pouczenia zapoznałem (-am) się i w rozmowie z moim (-ją) lekarzem (-rką) otrzymałem (-am) wyczerpujące wyjaśnienia na temat szczepienia.

*Ich habe den Inhalt des Merkblatts zur Kenntnis genommen und bin von meinem Arzt/meiner Ärztin im Gespräch ausführlich über die Impfung aufgeklärt worden.*

Dalszych pytań nie mam.

*Ich habe keine weiteren Fragen.*

Wyrażam zgodę na zaproponowane szczepienie przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B.

*Ich willige in die vorgeschlagene Impfung gegen Hepatitis B ein.*

Odrzucam szczepienie. Zostałem (-am) poinformowany (-a) na temat możliwych następstw odrzucenia szczepienia.

*Ich lehne die Impfung ab. Über mögliche Nachteile der Ablehnung dieser Impfung wurde ich informiert.*

Uwagi \_\_\_\_\_

*Vermerke*

Miejscowość, data: \_\_\_\_\_

*Ort, Datum*\_\_\_\_\_  
Podpis osoby szczepionej lub  
opiekuna prawnego*Unterschrift des Impflings bzw. des Sorgeberechtigten*\_\_\_\_\_  
Podpis lekarza / lekarki*Unterschrift des Arztes/der Ärztin*