

Meldunek 8/B/96

o zachorowaniach na choroby zakaźne, zatruciach i zakażeniach szpitalnych zgłoszonych w okresie od 16.08 do 31.08.1996 r.

(do użytku służbowego)

Jednostka chorobowa (symbol wg IX rewizji "Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób")	Meldunek 8/B		Dane skumulowane	
	16.08.96. do 31.08.96.	16.08.95. do 31.08.95.	1.01.96. do 31.08.96.	1.01.95. do 31.08.95.
AIDS - Zespół nabytego upośledzenia odporności (079)	6	1	71	66
Dur brzuszny (002.0)	-	1	4	10
Dury rzekome A.B.C. (002.1-002.3)	-	-	1	6
Inne salmonelozy: ogółem (003)	1667	2086	18123	21626
Czerwonka (004; 006.0)	41	70	348	395
Biegunki u dzieci do lat 2 (008; 009)	625	1101	10905	14911
Błonica (032)	-	-	9	-
Krztusiec (033)	6	26	143	408
Płonica (034.1)	261	294	15606	19921
Tężec (037; 670; 771.3)	6	7	26	33
Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych: razem	1088	341	5331	2160
w tym: meningokokowe (036.0)	6	6	106	113
inne bakteryjne (320.0-320.3; 320.8; 320.9)	88	67	999	931
wirusowe, surow. nieokreś. (047; 049.0; 049.1; 053.0; 054.7)	944	236	4007	917
nieokreślone etiologicznie (322)	50	32	219	199
Ospa wietrzna (052)	1508	1623	86251	144573
Odra (055)	17	9	493	634
Różyczka (056; 771.0)	1090	500	68439	52050
Zapalenie mózgu: razem	42	41	313	288
w tym: arbowirusowe (062-064)	27	30	79	109
wirusowe nieokreślone (049.9)	4	5	87	56
poszczepienne (323.5)	-	-	-	-
inne i nieokreślone (054.3; 323.1; 323.8; 323.9)	11	6	147	123
Wirusowe zap. wątroby: typu B (070.2; 070.3)	271	456	4461	6151
inne i nieokreś. (070.0; 070.1; 070.4-070.9)	379	855	7956	13060
Nagminne zapalenie przyusznic (072)	630	1164	27527	67342
Świerzb (133.0)	579	565	10931	11707
Grypa (487)	32	47	2702276	691543
Zatrucia i zakażenia pokarmowe: ogółem	1941	2774	20052	24530
w tym: bakteryjne: razem	1910	2762	19851	24368
w tym: salmonelozy (003.0)	1666	2083	18089	21586
enterotoksyna gronkowcowa (005.0)	17	224	60	643
botulizm (005.1)	4	16	58	81
Cl.perfringens (005.2)	-	-	2	-
inne i nieokreślone (005.3; 005.4; 005.8; 005.9)	223	439	1642	2058
grzybami (988.1)	17	2	56	43
chemiczne: ogółem (988.2; 988.8; 988.9; 989)	14	10	145	119
w tym: chemicznymi środkami ochr. roślin (989.2-989.4)	1	4	10	8
Zatrucia zw. chemicznymi /z wyj.pokarm./: ogółem (960-987; 989)	296	341	6967	5982
w tym: chemicznymi środkami ochrony roślin (989.2-989.4)	3	7	110	134
Zakażenia szpitalne: ogółem	85	169	1549	1610
w tym: na oddz. noworodkowych i dziec. (003; 041; 079; 136.9)	38	20	429	428
następstwa zabiegów medycznych (003; 041; 079; 136.9)	35	32	518	618
wywołane pałeczkami Salmonella (003)	2	115	218	344
Porażenie dziecięce nagminne (045)	-	-	-	-
Dur plamisty i inne riketsjozy (080-083)	-	-	-	1
Włośnica (124)	-	3	27	74

Zachorowania zgłoszone w okresie 16-31.08.1996 r. wg województw

Województwo (St.- stołeczne M.- miejskie)	AIDS - Zespół nabytego upośledzenia odporności (079)	Dur brzuszny (002.0)	Dury rzekome A.B.C. (002.1-3)	Inne salmonelozы: ogółem (003)	Czerwonka (004; 006.0)	Biegunki u dzieci do lat 2 (008; 009)	Krzusiec (033)	Płonica (034.1)	Teżec (037; 670; 771.3)	Zapalenie opon mózgowo- rdzeniowych		Odra (055)	Różyczka (056; 771.0)
										Ogółem (036.0; 047; 049.0-1; 053.0; 054.7; 320.0-3; 320.8-9; 322)	w tym: meningokoko- we (036.0)		
POLSKA	6	-	-	1667	41	625	6	261	6	1088	6	17	1090
1. St.warszawskie	3	-	-	80	-	49	-	15	-	74	-	2	15
2. Białkopodlaskie	-	-	-	22	-	7	1	3	-	23	-	-	1
3. Białostockie	-	-	-	26	2	14	-	2	-	10	-	-	11
4. Bielskie	1	-	-	23	-	31	-	9	-	2	-	-	37
5. Bydgoskie	-	-	-	51	-	9	-	9	-	30	-	-	49
6. Chełmskie	-	-	-	17	-	5	-	2	-	2	-	-	-
7. Ciechanowskie	-	-	-	9	-	1	-	1	-	87	1	-	10
8. Częstochowskie	1	-	-	11	-	7	-	6	-	9	-	-	21
9. Elbląskie	-	-	-	23	-	9	-	4	-	14	-	-	9
10. Gdańskie	-	-	-	41	-	21	-	6	-	304	-	-	56
11. Gorzowskie	-	-	-	25	-	3	-	3	-	12	-	-	40
12. Jeleniogórskie	-	-	-	24	-	11	-	2	-	1	-	2	9
13. Kaliskie	-	-	-	41	-	18	-	4	1	3	-	-	19
14. Katowickie	-	-	-	79	2	22	-	32	1	22	-	5	112
15. Kieleckie	-	-	-	92	-	34	-	5	-	22	-	-	45
16. Konińskie	-	-	-	18	-	11	-	1	-	5	1	-	40
17. Koszalińskie	-	-	-	13	1	15	-	7	-	5	-	-	26
18. M.krakowskie	-	-	-	29	-	1	1	14	1	25	1	1	20
19. Krośnieńskie	-	-	-	32	-	13	-	-	-	25	-	-	1
20. Legnickie	1	-	-	28	-	6	-	2	-	7	-	-	16
21. Leszczyńskie	-	-	-	96	-	10	-	1	-	4	-	-	12
22. Lubelskie	-	-	-	39	4	16	-	12	-	28	-	-	7
23. Łomżyńskie	-	-	-	19	-	16	-	1	-	2	1	-	3
24. M.łódzkie	-	-	-	25	-	13	1	5	-	7	1	-	14
25. Nowosądeckie	-	-	-	13	-	5	-	3	-	10	-	-	11
26. Olsztyńskie	-	-	-	51	1	15	-	1	-	14	-	-	11
27. Opolskie	-	-	-	22	-	11	-	14	-	14	-	4	96
28. Ostrołęckie	-	-	-	17	-	11	-	1	-	15	-	-	6
29. Piłskie	-	-	-	30	-	3	-	14	-	1	-	1	15
30. Piotrkowskie	-	-	-	22	25	2	-	2	-	8	-	-	27
31. Płockie	-	-	-	24	1	18	-	2	-	25	-	-	4
32. Poznańskie	-	-	-	36	-	53	1	21	-	11	-	1	143
33. Przemyskie	-	-	-	24	-	17	-	4	1	3	-	-	2
34. Radomskie	-	-	-	25	-	6	-	6	1	6	-	-	11
35. Rzeszowskie	-	-	-	71	2	3	-	1	-	12	-	-	7
36. Siedleckie	-	-	-	37	-	5	-	2	-	22	-	-	2
37. Sieradzkie	-	-	-	19	-	10	-	-	-	8	-	-	1
38. Skierniewickie	-	-	-	23	-	1	-	1	-	14	-	-	8
39. Słupskie	-	-	-	22	-	7	-	10	-	28	-	-	6
40. Suwalskie	-	-	-	106	-	8	1	2	-	17	-	-	9
41. Szczecińskie	-	-	-	18	1	10	-	8	-	68	1	-	15
42. Tarnobrzeskie	-	-	-	35	2	42	-	1	-	3	-	1	8
43. Tarnowskie	-	-	-	16	-	8	-	6	1	17	-	-	20
44. Toruńskie	-	-	-	24	-	7	-	2	-	44	-	-	5
45. Wałbrzyskie	-	-	-	23	-	16	1	5	-	6	-	-	40
46. Włocławskie	-	-	-	21	-	7	-	4	-	6	-	-	3
47. Wrocławskie	-	-	-	51	-	8	-	1	-	7	-	-	53
48. Zamojskie	-	-	-	29	-	1	-	-	-	-	-	-	2
49. Zielonogórskie	-	-	-	45	-	9	-	4	-	6	-	-	12

Zachorowania zgłoszone w okresie 16-31.08.1996 r. wg województw (cd.)

Województwo (St.- stołeczne M.- miejskie)	Zapalenie mózgu		Wirusowe zapalenie wątroby		Nagminne zapalenie przyusz- nicy (072)	Świerzb (133.0)	Grypa (487)	Zatrucia i zakażenia pokarmowe				Zakażenia szpitalne (003; 041; 079; 136.9)	Włośnica (124)
	Ogółem (049.9; 054.3; 062-064; 323.1; 323.5; 323.8-9)	w tym: arbowirusowe (062-064)	Typu B (070.2; 070.3)	Inne i nieokreślone (070.0-1; 070.4-9)				Razem	Bakteryjne (003; 005)	Grzybami (988.1)	Chemiczne (988.2; 988.8-9; 989)		
POLSKA	42	27	271	379	630	579	32	1941	1910	17	14	85	-
1. St.warszawskie	1	-	13	15	13	4	-	83	80	3	-	11	-
2. Białkopodlaskie	3	3	2	13	3	39	-	22	22	-	-	-	-
3. Białostockie	15	15	8	3	13	30	-	27	26	1	-	9	-
4. Bielskie	-	-	6	5	35	13	-	44	44	-	-	-	-
5. Bydgoskie	1	-	3	2	5	15	-	55	54	1	-	3	-
6. Chełmskie	-	-	2	2	-	11	-	17	17	-	-	-	-
7. Ciechanowskie	-	-	4	1	-	3	-	9	9	-	-	-	-
8. Częstochowskie	-	-	6	2	16	14	-	11	11	-	-	2	-
9. Elbląskie	1	-	5	16	22	28	-	26	26	-	-	-	-
10. Gdańskie	-	-	10	19	17	9	-	55	55	-	-	-	-
11. Gorzowskie	1	-	4	-	6	5	-	25	25	-	-	-	-
12. Jeleniogórskie	-	-	4	2	21	10	-	24	24	-	-	1	-
13. Kaliskie	-	-	3	3	14	1	-	41	41	-	-	1	-
14. Katowickie	1	-	52	13	83	51	-	147	147	-	-	-	-
15. Kieleckie	2	1	12	7	37	15	-	101	98	3	-	11	-
16. Konińskie	-	-	1	1	2	2	-	18	18	-	-	-	-
17. Koszalińskie	1	-	3	9	13	11	-	21	21	-	-	9	-
18. M.krakowskie	-	-	13	4	14	3	-	34	34	-	-	-	-
19. Krośnieńskie	1	-	-	1	2	6	-	35	34	1	-	-	-
20. Legnickie	-	-	5	2	18	9	-	29	29	-	-	-	-
21. Leszczyńskie	-	-	2	18	2	2	17	97	97	-	-	-	-
22. Lubelskie	-	-	6	9	6	14	-	42	39	3	-	-	-
23. Łomżyńskie	-	-	4	2	1	1	-	23	23	-	-	-	-
24. M.łódzkie	-	-	14	3	10	68	15	27	25	2	-	3	-
25. Nowosądeckie	1	-	1	10	28	-	-	14	13	1	-	-	-
26. Olsztyńskie	1	-	3	2	5	26	-	56	56	-	-	-	-
27. Opolskie	-	-	3	3	41	10	-	29	28	-	1	5	-
28. Ostrołęckie	1	1	2	4	1	7	-	17	17	-	-	-	-
29. Piłskie	-	-	2	1	2	3	-	30	30	-	-	1	-
30. Piotrkowskie	-	-	1	5	15	23	-	25	22	-	3	-	-
31. Płockie	-	-	5	3	4	5	-	24	24	-	-	-	-
32. Poznańskie	-	-	1	5	46	8	-	37	37	-	-	1	-
33. Przemyskie	1	-	-	-	-	20	-	29	25	-	4	-	-
34. Radomskie	-	-	5	3	-	2	-	25	25	-	-	-	-
35. Rzeszowskie	3	-	1	13	3	4	-	72	71	1	-	-	-
36. Siedleckie	-	-	4	28	6	7	-	41	41	-	-	-	-
37. Sieradzkie	-	-	4	3	2	3	-	19	19	-	-	-	-
38. Skierniewickie	-	-	3	3	2	2	-	23	23	-	-	-	-
39. Słupskie	-	-	3	102	8	5	-	22	22	-	-	-	-
40. Suwalskie	6	6	3	-	14	5	-	122	121	-	1	12	-
41. Szczecińskie	-	-	6	2	5	7	-	68	63	-	5	-	-
42. Tarnobrzeskie	1	-	4	6	6	17	-	35	35	-	-	11	-
43. Tarnowskie	1	1	4	2	8	1	-	16	16	-	-	-	-
44. Toruńskie	-	-	6	7	12	18	-	29	29	-	-	1	-
45. Wałbrzyskie	-	-	1	1	10	10	-	37	37	-	-	-	-
46. Włocławskie	-	-	3	8	28	10	-	24	24	-	-	-	-
47. Wrocławskie	-	-	17	13	25	2	-	56	55	1	-	-	-
48. Zamojskie	-	-	2	3	-	19	-	33	33	-	-	-	-
49. Zielonogórskie	-	-	5	-	6	1	-	45	45	-	-	4	-

Zakażenia HIV i zachorowania na AIDS w Polsce Informacja z 31 sierpnia 1996 r.

W sierpniu 1996 r. do Zakładu Epidemiologii PZH zgłoszono nowo wykryte zakażenie HIV 31 obywateli polskich, w tym 21 zakażonych w związku z używaniem narkotyków.

Obecność przeciwciał anti-HIV potwierdzono w Zakładzie Laboratoryjno-Doświadczalnym Instytutu Wenerologii AM w Warszawie, w Wojewódzkim Zespole Chorób Zakaźnych w Gdańsku, w Wojewódzkiej Przychodni Dermatologicznej w Katowicach, w Specjalistycznym Dermatologicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Łodzi oraz w Laboratorium Kliniki Chorób Zakaźnych AM we Wrocławiu.

Odnotowano tylko jedno zachorowanie na AIDS (31-letni narkoman z woj. bydgoskiego, u którego określono choroby wskazujące na AIDS oraz podano liczbę komórek CD4 - 141/μL).

Od wdrożenia badań w 1985 r. do 31 sierpnia 1996 r. stwierdzono zakażenie HIV 4.197 obywateli polskich, wśród których było co najmniej 2.823 zakażonych w związku z używaniem narkotyków.

Ogółem odnotowano 442 zachorowania na AIDS; 255 osób zmarło.

Wanda Szata
Zakład Epidemiologii PZH

UWAGA: Liczby zachorowań na AIDS podawane na str. 1-2 "Meldunków" pochodzą ze sprawozdań Mz-56 nadsyłanych przez Wojewódzkie Stacje San.-Epid. w ramach systemu zbiorczego zgłaszania zachorowań na choroby zakaźne. Natomiast dane o zachorowaniach na AIDS zawarte w powyższej informacji pochodzą ze skorygowanych w Zakładzie Epidemiologii PZH zgłoszeń poszczególnych zachorowań.

Szczepienia BCG i testy tuberkulinowe w Polsce w 1995 roku*

Objęcie dzieci i młodzieży szczepieniami BCG

W roku 1995 wykonano w Polsce 1.579.818 szczepień BCG, w tym w rocznikach objętych Kalendarzem Szczepień - tj.: noworodków, niemowląt w 12 m-cu życia, dzieci w 7, 12 i 18 roku życia - wykonano 1.480.195 szczepień. W pozostałej grupie 99.623 szczepionych było 78.746 dzieci i młodzieży do 18 roku życia, którzy nie zostali zaszczepieni zgodnie z obowiązującym Kalendarzem Szczepień. Łącznie w grupie dzieci i młodzieży do 18 roku życia wykonano 1.558.941 szczepień. Wykonano również 12.646 szczepień osób powyżej 18 roku życia starających się o przyjęcie do szkół policealnych lub do pracy w zakładach przeciwgruźliczych. Ponadto zaszczepiono 8.231 osób pozostających w styczności z chorymi na gruźlicę, w tym 7.253 dzieci i młodocianych do 18 roku życia.

W analizowanym roku zaszczepiono 425.067 noworodków, co stanowi 98,1% liczby urodzeń żywych zarejestrowanych w Polsce w 1995 r. wg danych GUS. Odsetek noworodków objętych szczepieniami był wyższy niż rok wcześniej, kiedy to wyniósł 95,8%. W żadnym województwie odsetek noworodków objętych szczepieniami w 1995 r. nie był niższy niż 95% (tab.1). W starszych rocznikach dzieci i młodzieży podlegających obowiązkowi szczepień

Tabela 1. Stopień objęcia szczepieniami BCG oraz ich wykonawstwo wśród noworodków w Polsce w latach 1994-1995 wg województw.

Województwo (St.- stołeczne M.- miejskie)	% szczepionych noworodków		% niemowląt bez blizny po- szczepiennej lub z blizną <3 mm	
	1995	1994	1995	1994
POLSKA	98,1	93,8	2,8	4,3
1. St.warszawskie	100,0	99,6	5,9	8,0
2. Białkopodlaskie	98,6	92,2	2,9	3,6
3. Białostockie	100,0	94,8	2,4	3,0
4. Bielskie	99,0	96,6	1,2	1,9
5. Bydgoskie	98,5	95,2	2,5	4,7
6. Chełmskie	95,7	91,6	2,5	3,0
7. Ciechanowskie	95,6	90,9	1,1	2,0
8. Częstochowskie	98,3	94,1	2,5	4,7
9. Elbląskie	95,1	90,5	1,7	2,4
10. Gdańskie	98,6	95,8	1,1	1,7
11. Gorzowskie	98,0	93,7	2,5	4,8
12. Jeleniogórskie	97,1	93,1	2,6	4,7
13. Kaliskie	98,6	93,6	2,1	3,9
14. Katowickie	95,0	94,0	3,7	5,7
15. Kieleckie	95,7	90,6	2,0	2,7
16. Konińskie	96,8	92,8	2,2	3,5
17. Koszalińskie	100,0	94,5	3,7	6,0
18. M.krakowskie	99,4	91,5	4,0	5,5
19. Krośnieńskie	96,1	92,8	1,8	3,5
20. Legnickie	99,0	91,0	3,7	5,5
21. Leszczyńskie	95,6	96,9	2,6	3,9
22. Lubelskie	99,0	93,6	3,6	4,1
23. Łomżyńskie	95,7	93,5	1,4	1,9
24. M.łódzkie	98,5	94,0	3,0	3,6
25. Nowosądeckie	96,9	90,9	1,6	8,9
26. Olsztyńskie	97,0	93,3	0,9	1,6
27. Opolskie	98,2	94,1	3,1	3,9
28. Ostrołęckie	97,6	92,7	1,5	1,6
29. Piłskie	96,3	93,3	3,0	4,5
30. Piotrkowskie	98,4	96,4	1,0	2,1
31. Płockie	97,6	91,9	1,9	2,5
32. Poznańskie	99,9	96,3	5,4	8,6
33. Przemyskie	94,4	89,7	2,8	5,1
34. Radomskie	97,2	94,4	4,2	3,6
35. Rzeszowskie	95,8	92,8	2,0	2,7
36. Siedleckie	98,5	92,0	1,8	2,1
37. Sieradzkie	97,8	93,9	2,7	4,4
38. Skierniewickie	98,7	93,9	1,4	2,7
39. Słupskie	97,7	91,5	2,0	2,3
40. Suwalskie	97,9	92,5	2,2	3,4
41. Szczecińskie	100,0	96,7	3,2	7,0
42. Tarnobrzeskie	96,4	91,8	3,9	4,5
43. Tarnowskie	97,7	93,0	0,8	1,3
44. Toruńskie	99,1	93,9	4,5	6,4
45. Wałbrzyskie	95,9	91,0	4,1	6,9
46. Włocławskie	97,3	92,7	4,2	6,0
47. Wrocławskie	100,0	94,6	2,1	3,7
48. Zamojskie	95,0	92,2	1,6	2,8
49. Zielonogórskie	97,2	93,0	2,3	2,9

odsetek zaszczepionych obniża się i wynosi: 93,7% dzieci w 7 roku życia, 93,3% dzieci w 12 roku życia i tylko

78,8% w 18 roku życia. Odsetki te obliczono przyjmując liczebność dzieci i młodzieży w tych rocznikach wg danych GUS.

Objęcie dzieci i młodzieży testami tuberkulinowymi

W roku 1995 wykonano 1.313.024 testy tuberkulinowe. W liczbie tej było 1.143.530 (87,1% ogólnej liczby) testów wykonanych u osób w 12 i 18 roku życia, u których test tuberkulinowy wykonywany jest obowiązkowo przed szczepieniem BCG. Test tuberkulinowy wykonano u 93,3% dzieci w 12 roku życia i u 78,8% młodzieży w 18 roku życia. Wśród dzieci w 12 roku życia odsetek tuberkulinoujemnych wynosił 60,3% a w 18 roku życia - 28,2%. Tak znacząca różnica może przemawiać za wzrostem prawdopodobieństwa naturalnego nadkażenia prątkiem, jakie występuje w tym okresie życia, a jest związane ze zwiększonymi kontaktami społecznymi. Pozostałe testy były wykonywane: 59.203 u dzieci w wieku 13-17 lat; 54.560 u osób powyżej 18 roku życia zgłaszających się na studia wyższe, policealne studia zawodowe i do pracy w zakładach przeciwgruźliczych; 54.940 u osób ze wskazań epidemicznych/diagnostycznych (styczność z osobą chorą na gruźlicę). Odsetek osób tuberkulinododatnich wśród osób do 18 roku życia stykających się z chorym wynosił 72,9%, a w grupie powyżej 18 roku życia - 82,5% i był nieznacznie wyższy niż wśród ogółu badanych 18-latków, u których wynosił 72,9%. Za pozytywny fakt należy uznać dalsze zmniejszenie liczby wykonywanych testów tuberkulinowych u dzieci, u których nie są one zalecane, tj. do 11 roku życia - wykonano ich 791. Podobnie jak w latach ubiegłych większość - 660 w woj. krakowskim.

Wykonawstwo szczepień BCG

Od 1982 roku wykonawstwo szczepień BCG u noworodków jest oceniane na podstawie obecności i wielkości (średnicy) blizny poszczepiennej mierzonyj u niemowlęcia w 12 m-cu życia. W 1995 roku nastąpiła dalsza poprawa wykonawstwa szczepień BCG w tej grupie. Odsetek źle zaszczepionych niemowląt (tj. z brakiem blizny poszczepiennej lub z blizną < 3 mm) wynosił 2,8%, podczas gdy w poprzednim roku - 4,3%. W przekroju wojewódzkim odsetek noworodków źle zaszczepionych wahał się od 5,9% w woj. warszawskim do 0,8% w woj. tarnowskim. Poza województwem warszawskim relatywnie wysoki odsetek źle szczepionych noworodków zarejestrowano w woj.: poznańskim - 5,4%, toruńskim - 4,5%, radomskim - 4,2% i koszalińskim - 4,0%. Do najlepszych w tej dziedzinie województw, poza wymienionym tarnowskim, należały woj.: olsztyńskie - 0,9%, piotrkowskie - 1,0%, ciechanowskie i gdańskie - po 1,1% źle zaszczepionych noworodków.

Zaopatrzenie w szczepionkę BCG i tuberkulinę

W pełni i na bieżąco pokryte było zapotrzebowanie na szczepionkę BCG Wytwórni Surowic i Szczepionek w Lublinie - zarówno preparatu 20-dawkowego jak i 10-dawkowego. Sygnały dotyczące niehomogeności szczepionki były wyjaśniane na bieżąco przez Wytwórnę. W 1995 r. na szczepionki zużyto 7.387.500 dawek szczepionki (5.940.000 dawek z preparatu 20-dawkowego i 1.447.500 dawek z preparatu 10-dawkowego). Również w zakresie tuberkuliny RT-23 produkcji Statenseruminstitut w Kopenhadze, jej

dystrybutor w Polsce - CEFARM zapewniał pełne pokrycie potrzeb. Występujące zaburzenia w zaopatrzeniu w tuberkulinę, zwłaszcza dla celów diagnostycznych, były spowodowane brakiem zamówień przez zakłady lecznicze dotąd zaopatrywane przez WSSE. Tuberkulina zakupowana przez WSSE jest przeznaczona do testów tuberkulinowych wykonywanych w związku ze szczepieniami BCG. W 1995 r. na wykonywanie 1.313.024 testów tuberkulinowych zużyto 3.264.900 dawek. Również w pełni dostępny był sprzęt jednorazowego użytku (strzykawki, igły) do wykonywania testów tuberkulinowych i szczepień BCG. Zgodnie z wytycznymi obowiązuje zasada: 1 dawka, 1 strzykawka i 1 igła dla każdego dziecka.

Bezpieczeństwo szczepień BCG

Wdrożony przez Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc system ewidencji niepożądanych odczynów po szczepieniu BCG (NOP) pozwala na ocenę skali zjawiska. W roku 1995, po zweryfikowaniu zgłoszeń w Instytucie, poddano analizie 128 zgłoszeń NOP z 25 województw. W województwach tych zaszczepiono w 1995 r. 799.338 dzieci. Niepożądane odczyny poszczepienne wystąpiły u 128 szczepionych, co stanowiło 0,16% tej grupy. Ropne zmiany w węzłach chłonnych występujące po szczepieniu BCG, a traktowane w wielu krajach jako pierwszy stopień NOP, zarejestrowano u 34 dzieci, tj. u 0,04 ‰ szczepionych. Jakkolwiek - zgodnie z danymi innych krajów - NOP po szczepieniu BCG najczęściej występowały u szczepionych noworodków - 54 (42,2% analizowanych NOP), to relatywnie wysoki był udział NOP u dzieci w 12 roku - 36 (28,1%). W świetle danych światowych skala problemu jakim są NOP w Polsce jest mała. Szersza analiza tego zjawiska zostanie przedstawiona w odrębnej publikacji. Sprawy związane ze strategią szczepień BCG i występowaniem NOP były omówione podczas spotkań regionalnych organizowanych przez Instytut Gruźlicy. Spotkania takie odbyły się w Rabce, Kielcach i Gdańsku. Uczestniczyli w nich przedstawiciele miejscowych dyrekcji WSSE i Polskiego Towarzystwa Ftizjopneumonologicznego (współorganizatorzy), specjaliści wojewódzcy d/s pulmonologii i dziecięcej, instruktorki szczepień BCG oraz przedstawiciele Wytwórni Surowic i Szczepionek oraz Zakładu Badania Surowic i Szczepionek PZH.

Wnioski

1. Szczepienia BCG i związane z nimi testy tuberkulinowe są jedną z najbardziej masowych akcji profilaktycznych w Polsce.
2. W Programie Zwalczania Gruźlicy szczepienia BCG pozostają ważnym, choć uzupełniającym - wykrywanie i leczenie chorych - elementem programu zwalczania gruźlicy w Polsce.
3. W świetle danych z innych krajów szczepienia BCG są w Polsce bezpieczne. Niepożądane odczyny po szczepieniu BCG nie są w skali liczbowej problemem epidemiologicznym natomiast mogą stanowić w indywidualnych przypadkach problem kliniczny. Doskonalenie systemu ewidencji NOP. pozwoli na w miarę pełne monitorowanie tego zjawiska.
4. Należy utrzymać pełne zaopatrzenie w szczepionkę BCG, tuberkulinę oraz strzykawki i igły.
5. Utrzymanie dobrego poziomu wykonawstwa testów tuberkulinowych i szczepień BCG wymaga ciągłego szkole-

lenia pielęgniarek i położnych w tym zakresie.

6. Należy prowadzić badania zmierzające do dalszej racjonalizacji szczepień BCG odpowiednio do zmieniającej się sytuacji epidemiologicznej.

^{/*} Ocenę wykonawstwa szczepień BCG i testów tuberkulinowych przeprowadzono w oparciu o informacje zawarte w biuletynie Państwowego Zakładu Higieny i Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej: "Szczepienia ochronne w Polsce w 1995 roku", Warszawa 1996. Dane dotyczące niepożądanych odczynów po szczepieniu BCG pochodzą z informacji własnych Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc.

dr Ireneusz Szczuka
Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc

Cholera w Afryce

Czad. W czerwcu br. wybuchła epidemia cholery w Czadzie - w N'Djamena i okolicznych terenach. Do 14 lipca 1996 r. zgłoszono ogółem 1.317 zachorowań, głównie z Chari Baguirmi Province.

Nigeria. Do 4 lipca 1996 r. - od początku wybuchu epidemii - zgłoszono 12.374 zachorowania, w tym 1.193 zgony. Najwięcej zachorowań zgłoszono z Kano, Kebbi, Borno, Oyo i stanu Niger.

na podstawie "Wkly Epid.Rec." (1996,30,231)
opracowała D.Naruszewicz-Lesiuk

Cholera w Mongolii

Ministerstwo Zdrowia Mongolii powiadomiło o wybuchu epidemii cholery w dniu 9 sierpnia br. Jest to w tym kraju pierwsze oficjalne potwierdzenie zachorowań na cholere. Do 13 sierpnia potwierdzono 52 przypadki zachorowań i 6 zgonów. Wszystkie zachorowania wystąpiły na terenie Khotol District, prowincji Selenge położonej 235 km. na północny zachód od stolicy kraju Ułan Bator.

Prowincja Selenge - Khotol District została uznana za teren zakażony i wpisana na listę z datą 15 sierpnia br. Regionalne Biuro WHO, na prośbę władz mongolskich, przekazało odpowiednie materiały laboratoryjne.

na podstawie "Wkly Epid.Rec." (1996,33,251)
opracowała D. Naruszewicz-Lesiuk

Wirusowe zapalenie wątroby typu E w Regionie Śródziemnomorskim

Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna dla woj. stoł. warszawskiego jest w posiadaniu treści wystąpienia na temat wirusowego zapalenia wątroby typu C i E w Regionie Śródziemnomorskim WHO. Materiał przedstawiono na posiedzeniu regionalnego Advisory Committee on Health Research w Riyadh (20-22.03.1995).

Jak wiadomo wirus wirusowego zapalenia wątroby typu E sklonowano i opisano po raz pierwszy w 1990 roku, chociaż od dawna podejrzewano, że był to czynnik przyczynowy zachorowań w dużych epidemiach wodnego pochodzenia. Wzw E stanowi enteralną postać wzw nie A, nie B wy-

stępuje w epidemiach oraz sporadycznie w warunkach endemicznych w krajach trzeciego świata z uwzględnieniem Regionu Śródziemnomorskiego. W czasie epidemicznych epizodów zachorowania na wzw E mają duży udział w zapałności na *hepatitis acuta*. W Regionie Śródziemnomorskim względna częstość występowania wzw E waha się od 8% w Kuwejcie do 30-40% w Iraku i Tunezji, a w Pakistanie w czasie epidemii sięgała 75%. W jednym z badań seroepidemiologicznych przeciwiała anty-HEV stwierdzono u 7,1% dawców krwi w Riyadh i u 18,5% dorosłej ludności w Gizan w Arabii Saudyjskiej. Epidemie wzw E były opisywane w Pakistanie, Libii, Somali i w Sudanie. Ostatnie doniesienia wzmiankowały o epidemii w Islamabadzie (Pakistan), gdzie zgłoszono 3.827 klinicznych zachorowań.

Przebieg kliniczny zachorowań na wzw E jest podobny do wzw A i jak dotychczas nie ma dowodów na występowanie przewlekłych postaci choroby. Okres inkubacji jest nieco dłuższy niż w przypadkach wzw A i waha się od 3 do 9 tygodni (średnio 6 tygodni). Młodzież i ludzie w średnim wieku chorują częściej. Śmiertelność szacuje się na 0,5-3%; jest ona dużo wyższa u kobiet ciężarnych i przy zachorowaniach w trzecim trymestrze ciąży może sięgać 20%. W czasie zachorowań często dochodzi do utraty płodu.

Zasady zapobiegania i zwalczania wzw E są analogiczne jak w chorobach szerzących się drogą fekalno-oralną. Programy oświatowe muszą eksponować problemy higieny osobistej i warunków sanitarnych otoczenia.

Dotychczas nie ma żadnych dowodów przydatności normalnej ludzkiej immunoglobuliny w profilaktyce zachorowań. Immunoglobuliny otrzymywane z surowicy dawców w USA i Europie są nieskuteczne ze względu na brak przeciwciał dla wirusa wzw E, natomiast surowice otrzymywane na wysoce endemicznych terenach wymagają odpowiedniego przebadania. Jeżeli okażą się skuteczne będą zbawienne dla kobiet ciężarnych w czasie epidemii.

Epidemie wzw E muszą być szybko i wcześniej rozpracowywane dla ustalenia nośnika i dróg szerzenia zakażeń oraz narażonych grup ludności.

Wojciech Żabicki

Wścieklizna u nietoperza w Anglii

W dniu 30 maja 1996 r. znaleziono chorego nietoperza w Newhaven; pięć dni potem stwierdzono u niego wściekliznę. Osoby mające kontakt z chorym zwierzęciem zostały poddane biernocynnemu szczepieniu przeciw wściekliznie. Dotychczas brakuje informacji o pochodzeniu i sposobie przedostania się chorego na wściekliznę zwierzęcia do Wielkiej Brytanii.

W ostatnim roku zgłoszono w Europie sześć przypadków wścieklizny nietoperzy: trzy w Holandii i po jednym w Niemczech, Francji i Danii. W ciągu ostatnich 30 lat trzy osoby w Europie (w Finlandii i b. ZSSR) zmarły na wściekliznę, zakażone przez nietoperze.

W USA wścieklizna nietoperzy występuje w 48 stanach i od 1980 r. była przyczyną śmierci 15 osób. Ostatni przypadek śmierci 13-letniej dziewczynki wystąpił w październiku 1995 r. w Connecticut. W wywiadzie nie stwierdzono pokąsania przez nietoperza, lecz widziano latającego nietoperza w sypialni dziecka w dniu 19 sierpnia; nietoperze zadają małe ranki, które można przeoczyć.

W związku z wydarzeniem z 30 maja ostrzega się lud-

ność w Wielkiej Brytanii przed dotykaniem i braniem do ręki nietoperzy, zaś w przypadku pogryzienia lub podrapania zaleca się przemywanie zranionego miejsca wodą z mydłem przynajmniej przez 5 minut i natychmiastowe zgłoszenie się do lekarza.

Każdy przypadek narażenia przez nietoperza powinien być zgłoszony przez lekarza konsultantowi ds. zwalczania chorób zakaźnych na danym terenie.

na podstawie: Pasteur Meriéux MSD "Vaccines for Life - Vaccine Information Service" (Newsletter, 1996, 2) opracowała Danuta Seroka

Monitor fiolki ze szczepionką (The Vaccine Vial Monitor - VVM)

1. Informacje wstępne

VVM jest jednym z ważniejszych osiągnięć w historii technologii łańcucha chłodniczego (cold chain). Wskazuje on czy szczepionka w określonej fiolce na skutek przechowywania w zbyt wysokiej temperaturze nie utraciła mocy i czy może być nadal stosowana.

WHO, UNICEF i producenci doustnej szczepionki przeciw poliomyelitis (OPV) podczas spotkania w październiku 1994 r. zdecydowali, że:

- od kwietnia 1995 r. będą wdrożone i przeprowadzone w kilku krajach badania dotyczące stosowania VVM;
- od stycznia 1996 r. fiolki z OPV, które spełniają standardy WHO będą zaopatrzone w VVM.

Pozytywnym zastosowaniem VVM jest:

- zmniejszenie, a nawet niemal zlikwidowanie możliwości użycia szczepionki przechowywanej poza łańcuchem chłodniczym;
- możliwość bezpośredniej oceny przez pracownika służby zdrowia warunków przechowywania określonej fiolki szczepionki;
- możliwość stosowania szczepionki OPV, DTP, DT, wzv B w otwartych fiolkach nawet przez kilka serii, do czasu następnej dostawy szczepionki;
- zmniejszenie dotychczasowych strat szczepionki co najmniej o 30%.

Konieczne jest przeszkolenie organizatorów szczepień i pracowników służby zdrowia wykonujących szczepienia, w zakresie istoty VVM i zasad jego działania.

2. Monitor fiolki ze szczepionką (VVM) - jego istota i działanie





VVM jest kółkiem z małym kwadracikiem barwy jaśniejszej w środku kółka, nadrukowanym na etykiecie naklejonej na fiolce lub na ampułce ze szczepionką. Przewiduje się, że na niektórych szczepionkach, jak np. na szczepionce BCG, przeciw odrze i żółtej gorączce, VVM będzie umieszczony na korku zamykającym szczepionkę. VVM posiada wrażliwą na ciepło substancję, która zmienia swój kolor zależnie od temperatury i czasu ekspozycji na nią.

Są dwa typy VVM. Podczas przechowywania szczepionki barwa jednego z nich staje się coraz bardziej ciemna - kwadracika w środku monitora - szybciej, a pierścienia naokoło kwadracika wolniej. Podczas przechowywania szczepionki z drugim typem VVM intensywność barwy pierścienia zmniejsza się, a kwadratu zwiększa. Zasada odczytywania

nia jednego i drugiego typu VVM jest taka sama. Zmiana barwy jest wypadkową dwu czynników - temperatury otoczenia i czasu przechowywania szczepionki. Jeżeli szczepionka jest przechowywana w niższej temperaturze barwa VVM zmienia się bardzo wolno, w wyższej temperaturze VVM zmienia barwę szybciej - tym szybciej im temperatura jest wyższa. Nie ma możliwości zmiany barwy VVM w odwrotną stronę, z bardziej intensywnej do mniej intensywnej.

Szczepionki zaopatrzone w VVM zarówno jednego jak i drugiego typu są dopóty zdadne do stosowania dopóki intensywność barwy kwadratu jest jaśniejsza od intensywności barwy otaczającego go pierścienia.

Z chwilą gdy kwadrat przestaje być widoczny w VVM, tzn. wtedy, gdy intensywność barwy kwadratu i pierścienia zrówna się, szczepionka nie nadaje się do stosowania. Utraciła swą moc. Moment ten nazywamy punktem dyskwalifikacji szczepionki. Szczepionka taka powinna zostać usunięta z magazynu i nie dopuszczona do szczepień. W przypadku dalszego przechowywania takiej szczepionki intensywność barwy kwadratu w VVM będzie większa od intensywności barwy otaczającego go pierścienia. Oczywiście, że taka szczepionka również nie nadaje się do stosowania i powinna być usunięta. Zmiany barwy VVM przedstawione są na załączonym niżej rysunku.

	<i>Kwadracik jaśniejszy od kółka.</i> Jeżeli nie minął okres ważności, szczepionka nadaje się do stosowania.
	<i>Kwadracik jaśniejszy od kółka.</i> Jeżeli nie minął okres ważności, szczepionka nadaje się do stosowania.
	<i>Kwadracik niewidoczny.</i> Szczepionka nie nadaje się do stosowania (punkt dyskwalifikacji).
	<i>Kwadracik ciemniejszy od kółka.</i> Szczepionka nie nadaje się do stosowania (przekroczony punkt dyskwalifikacji).

Fiolki ze szczepionką, których VVM uległy zwiększeniu intensywności barwy, lecz nie wykazują jeszcze osiągnięcia punktu dyskwalifikacji, powinny być zużyte w pierwszej kolejności. Ruchome ekipy szczepienne powinny otrzymywać do szczepień szczepionkę z niezmienną lub co najwyżej z nieznacznie zmienioną intensywnością barwy VVM.

Osiągnięcie punktu dyskwalifikacji szczepionki na VVM następuje po przetrzymaniu szczepionki:

- w temperaturze 25°C przez 8 dni;
- w temperaturze 20°C przez 20 dni;
- w temperaturze 4°C przez 500 dni.

Po wprowadzeniu VVM cena szczepionki może nieznacznie wzrosnąć. Inne pozytywy związane z wprowadzeniem VVM wyrównają i przewyższają koszty związane z tą podwyżką ceny VVM pozwalają na racjonalną gospodarkę szczepionką.

3. Stosowanie innych monitorów skuteczności i bezpieczeństwa szczepionki

VVM bezpośrednio nie "mierzy" mocy szczepionki. Daje jedynie pośrednią informację na ten temat wskazując na ekspozycję na temperaturę i czas trwania tej ekspozycji.

VVM nie daje też informacji o innych czynnikach powodujących degradację szczepionki, jak np. o działaniu światła słonecznego.

VVM nie wykazuje faktu zamrażania szczepionki. Do tego celu nadal będzie służyć zegar zamrażania (Freeze Watch).

Dotychczas stosowane były ponadto monitory łańcucha chłodniczego (Cold Chain Monitor - CCM). CCM był dołączany do całego, czasem nawet dużego, opakowania szczepionek i nie było możliwe śledzenie każdej fiolki szczepionki. Przewiduje się dalsze stosowanie CCM do oceny sprawności lodówki lub innego urządzenia chłodniczego.

VVM jest dalszym krokiem w tej dziedzinie. Monitoruje każdą fiolkę - od jej wyprodukowania do zużycia szczepionki.

Ponadto istotną rolą monitorującą użycie szczepionki odpowiedniej mocy i bezpiecznej jest okres ważności szczepionki. Każda szczepionka powinna być użyta przed upływem okresu ważności. Jeżeli nawet w okresie końca ważności szczepionki VVM nie wykazuje jeszcze osiągnięcia punktu dyskwalifikacji szczepionki - szczepionka po upływie okresu ważności nie może być stosowana.

4. Szczepionki, w stosunku do których stosowany będzie VVM

VVM stosowany będzie tylko na fiolkach ze szczepionką o cechach zalecanych przez WHO.

Planuje się zaopatrzenie w VVM w pierwszej kolejności fiolki z OPV dostarczanej przez UNICEF, w dalszej kolejności fiolki ze szczepionką przeciw odrze jako szczepionki najbardziej wrażliwej na temperaturę. VVM dla innych szczepionek - jak BCG, DTP, DT, przeciw wzv B, i żółtej gorączce - będą opracowywane. Powinny być dostępne w 1998 roku. Różnić się będą sposobem produkcji i wrażliwością na temperaturę oraz czasem jej oddziaływania, zależnie od cech danej szczepionki.

W pierwszym, przejściowym okresie stosowania szczepionek z VVM, mogą być w magazynach fiolki z VVM i bez nich. Zaleca się użycie w pierwszej kolejności szczepionki bez VVM.

na podstawie "Vaccine Vial Monitor - Training Guidelines" (WHO/EPI/LHIS/96.04)

opracował W. Magdzik

Stosowanie szczepionek z otwartych fiolek

Termin "otwarta fiolka" stosowany jest do wielodawkowych fiolek, z których pobrano jedną, lub więcej dawek szczepionki z zastosowaniem standardowych sterylnych procedur postępowania.

Dotychczas Rozszerzony Program Szczepień (EPI) przewidywał, że otwarta fiolka każdej szczepionki musi być usunięta pod koniec sesji szczepiennej, podczas której została otwarta, niezależnie od typu szczepionki i liczby dawek szczepionki, które pozostały w fiołce.

Obecnie zmieniono postępowanie dotyczące stosowania z otwartych fiolek szczepionek: OPV, DTP, DT, TT (anatoksyna tężcowa) i wzv B;

- które spełniają zalecenia WHO dotyczące zwłaszcza mocy szczepionki i stabilności cieplnej;
- są konfekcjonowane zgodnie ze standardami ISO;
- zawierają stosowne stężenie środków konserwujących, jak np. thiomersalu.

Szczepionki dostarczane przez UNICEF są zgodne z tymi zaleceniami. Otwarte fiolki ze szczepionkami OPV, DTP, DT, TT i wzv B mogą być używane w następnych sesjach szczepiennych, aż do nadejścia nowego transportu szczepionki, pod warunkiem spełnienia każdego z następujących warunków:

- okres ważności szczepionki jeszcze nie ekspirował;
 - szczepionka jest magazynowana zgodnie z wymogami łańcucha chłodniczego, tj. w temperaturze 0-8°C;
 - otwarte fiolki szczepionki wyniesione poza teren ośrodka zdrowia w celu szczepienia są usuwane pod koniec dnia pracy;
 - otwarte fiolki ze szczepionką, których VVM wskazuje na przekroczenie punktu dyskwalifikacji szczepionki, są usuwane i nie dopuszczane do szczepień.
- Otwarte fiolki ze szczepionką muszą być usuwane natychmiast, jeżeli wystąpią poniżej wymienione zdarzenia i sytuacje:
- sterylne procedury postępowania nie będą w pełni stosowane;
 - istnieje przypuszczenie, że otwarta fiolka mogła być zakażona;
 - istnieje widoczny efekt zakażenia (strąty, zmętnienia).

Powyżej opisane zasady postępowania z otwartymi fiolkami powinny zapewnić stosowanie bezpiecznych preparatów o właściwej mocy. Pozwoli to na zredukowanie dotychczas ocenianych na 30% strat szczepionki na świetle. Rocznie pozwoli to zaoszczędzić około 40 milionów dolarów.

Po otrzymaniu nowej dostawy szczepionki, otwarte fiolki ze szczepionkami powinny być usunięte ze szczepień niezależnie od tego jaki jest wynik VVM i kiedy zostały one otwarte. W magazynie ośrodka zdrowia nie powinna być przechowywana więcej niż 1 otwarta fiolka tej samej szczepionki.

Otwarte fiolki ze szczepionką BCG, przeciw odrze i przeciw żółtej gorączce muszą być usuwane pod koniec sesji szczepiennej, podczas której zostały otwarte. Szczepionki te po ich rekonstytucji, jako nie posiadające konserwantów, mają krótki kilkugodzinny okres ważności. Zespół toksycznego wstrząsu bywa najczęściej wynikiem zastosowania jednej z ww. szczepionek przetrzymywanej dłużej niż zalecany okres.

Z tego powodu fiolki z tymi szczepionkami będą miały VVM przymocowany do korka fiolki. Po ich otwaciu VVM będzie zniszczony.

Uwaga: Wdrożenie tego typu postępowania wymagać będzie uzgodnień między Kontrolą Państwową Surowic i Szczepionek a producentem preparatu, oraz odpowiednich adnotacji w ulotce, ewentualnie na etykiecie i w innych dokumentach (*przyp. W.M.*).

na podstawie "Who Policy Statement on the use of opened vials of vaccine in subsequent immunization sessions" (WHO/EPI/LHIS/95.01)

opracował W. Magdzik