

Meldunek 9/B/96

o zachorowaniach na choroby zakaźne, zatruciach i zakażeniach szpitalnych zgłoszonych w okresie od 16.09 do 30.09.1996 r.

(do użytku służbowego)

Jednostka chorobowa (symbol wg IX rewizji "Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób")	Meldunek 9/B		Dane skumulowane	
	16.09.96. do 30.09.96.	16.09.95. do 30.09.95.	1.01.96. do 30.09.96.	1.01.95. do 30.09.95.
AIDS - Zespół nabytego upośledzenia odporności (079)	4	-	82	83
Dur brzuszny (002.0)	1	-	5	11
Dury rzekome A.B.C. (002.1-002.3)	1	-	2	7
Inne salmonelozy: ogółem (003)	1341	1337	21060	24678
Czerwonka (004; 006.0)	27	49	390	503
Biegunki u dzieci do lat 2 (008; 009)	463	590	11910	16274
Błonica (032)	-	-	9	-
Krztusiec (033)	10	31	174	469
Płonica (034.1)	344	398	16211	20601
Tęžec (037; 670; 771.3)	5	2	33	36
Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych: razem	1360	380	7976	2913
w tym: meningokokowe (036.0)	4	3	112	119
inne bakteryjne (320.0-320.3; 320.8; 320.9)	81	54	1176	1050
wirusowe, surow. nieokreś. (047; 049.0; 049.1; 053.0; 054.7)	1205	300	6355	1490
nieokreślone etiologicznie (322)	70	23	333	254
Ospa wietrzna (052)	1449	1380	88837	147290
Odra (055)	8	9	511	656
Różyczka (056; 771.0)	486	327	69504	52773
Zapalenie mózgu: razem	62	36	417	367
w tym: arbowirusowe (062-064)	40	26	149	165
wirusowe nieokreślone (049.9)	9	5	98	64
poszczepienne (323.5)	-	-	-	-
inne i nieokreślone (054.3; 323.1; 323.8; 323.9)	13	5	170	138
Wirusowe zap. wątroby: typu B (070.2; 070.3)	235	374	4945	6891
inne i nieokreś. (070.0; 070.1; 070.4-070.9)	428	913	8758	14792
Nagminne zapalenie przyusznic (072)	532	735	28545	68881
Świerzb (133.0)	1109	1450	12661	14030
Grypa (487)	282	4903	2702616	696462
Zatrucia i zakażenia pokarmowe: ogółem	1636	1514	23467	28081
w tym: bakteryjne: razem	1586	1455	23194	27842
w tym: salmonelozy (003.0)	1336	1334	21019	24633
enterotoksyna gronkowcowa (005.0)	107	1	167	734
botulizm (005.1)	6	3	78	91
Cl.perfringens (005.2)	-	-	2	-
inne i nieokreślone (005.3; 005.4; 005.8; 005.9)	137	117	1928	2384
grzybami (988.1)	42	52	113	105
chemiczne: ogółem (988.2; 988.8; 988.9; 989)	8	7	160	134
w tym: chemicznymi środkami ochr. roślin (989.2-989.4)	-	2	10	10
Zatrucia zw. chemicznymi /z wyj.pokarm./: ogółem (960-987; 989)	365	442	7551	6737
w tym: chemicznymi środkami ochrony roślin (989.2-989.4)	5	5	121	149
Zakażenia szpitalne: ogółem	112	78	1709	1737
w tym: na oddz. noworodkowych i dziec. (003; 041; 079; 136.9)	11	38	444	476
następstwa zabiegów medycznych (003; 041; 079; 136.9)	39	36	589	689
wywołane pałeczkami Salmonella (003)	49	3	271	350
Porażenie dziecięce nagminne (045)	-	-	-	-
Dur plamisty i inne riketsjozy (080-083)	-	-	-	1
Włośnica (124)	1	5	30	79

Zachorowania zgłoszone w okresie 16-30.09.1996 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: meningokokoko- we (036.0)		
POLSKA	4	1	1	1341	27	463	10	344	5	1360	4	8	486
1. St.warszawskie	-	-	-	83	2	58	5	25	-	96	1	-	14
2. Białkopodlaskie	-	-	-	4	-	5	-	-	-	31	-	-	1
3. Białostockie	-	1	-	46	5	11	-	3	-	20	-	-	8
4. Bielskie	-	-	-	14	1	7	-	11	2	7	-	-	15
5. Bydgoskie	-	-	-	38	-	10	-	10	-	50	-	-	24
6. Chełmskie	-	-	-	7	-	6	-	1	-	2	-	-	1
7. Ciechanowskie	-	-	-	21	-	2	-	4	-	93	-	-	1
8. Częstochowskie	-	-	-	16	1	5	-	3	-	11	-	-	7
9. Elbląskie	-	-	-	9	-	7	-	3	-	20	-	-	8
10. Gdańskie	-	-	-	26	1	23	1	17	-	220	-	-	8
11. Gorzowskie	-	-	-	54	-	1	-	8	-	13	-	-	17
12. Jeleniogórskie	-	-	-	13	-	9	1	3	-	3	-	-	4
13. Kaliskie	-	-	-	17	-	3	-	2	-	3	-	-	4
14. Katowickie	-	-	-	62	-	21	-	57	-	26	-	5	59
15. Kieleckie	-	-	-	30	-	12	-	3	-	25	-	-	16
16. Konińskie	-	-	-	14	1	4	-	1	-	4	1	-	5
17. Koszalińskie	-	-	-	18	1	18	-	9	-	8	-	-	8
18. M.krakowskie	-	-	-	20	1	3	1	19	1	21	-	-	18
19. Krośnieńskie	-	-	-	8	-	11	-	1	-	4	-	-	-
20. Legnickie	-	-	-	10	-	1	-	7	-	5	-	-	7
21. Leszczyńskie	-	-	-	21	-	1	-	3	-	3	-	-	1
22. Lubelskie	-	-	-	33	1	9	-	7	-	77	1	-	5
23. Łomżyńskie	-	-	-	48	-	2	-	3	-	5	-	-	3
24. M.łódzkie	-	-	-	34	-	2	-	5	-	11	-	-	5
25. Nowosądeckie	-	-	-	15	2	3	-	13	1	11	1	1	5
26. Olsztyńskie	-	-	-	31	2	6	-	5	-	27	-	-	4
27. Opolskie	-	-	-	23	-	6	-	22	-	15	-	1	55
28. Ostrołęckie	-	-	-	7	-	5	-	1	-	24	-	-	3
29. Piłskie	-	-	-	19	-	6	-	12	-	4	-	-	12
30. Piotrkowskie	1	-	-	23	2	3	-	2	-	15	-	-	13
31. Płockie	-	-	-	21	-	9	-	4	-	25	-	-	1
32. Poznańskie	-	-	-	35	-	59	1	21	-	19	-	1	35
33. Przemyskie	-	-	-	14	1	16	1	5	-	6	-	-	1
34. Radomskie	-	-	-	21	-	15	-	1	-	3	-	-	2
35. Rzeszowskie	-	-	-	23	1	6	-	1	-	24	-	-	5
36. Siedleckie	-	-	-	33	-	9	-	1	1	35	-	-	2
37. Sieradzkie	-	-	-	14	-	2	-	2	-	13	-	-	5
38. Skierniewickie	-	-	-	20	1	1	-	1	-	19	-	-	2
39. Słupskie	-	-	-	25	-	7	-	5	-	68	-	-	24
40. Suwalskie	-	-	-	26	-	12	-	5	-	20	-	-	2
41. Szczecińskie	2	-	-	27	1	5	-	8	-	104	-	-	11
42. Tarnobrzeskie	-	-	-	28	-	24	-	9	-	24	-	-	4
43. Tarnowskie	-	-	1	23	-	5	-	1	-	21	-	-	5
44. Toruńskie	-	-	-	124	-	1	-	3	-	60	-	-	2
45. Wałbrzyskie	-	-	-	10	-	3	-	4	-	25	-	-	20
46. Włocławskie	-	-	-	13	-	2	-	1	-	8	-	-	2
47. Wrocławskie	1	-	-	75	-	16	-	7	-	19	-	-	15
48. Zamojskie	-	-	-	28	3	2	-	4	-	1	-	-	1
49. Zielonogórskie	-	-	-	17	-	9	-	1	-	12	-	-	16

Zachorowania zgłoszone w okresie 16-30.09.1996 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	62	40	235	428	532	1109	282	1636	1586	42	8	112	1
1. St.warszawskie	-	-	20	15	22	5	-	83	82	1	-	3	-
2. Białkopodlaskie	1	-	1	16	1	31	-	9	4	5	-	1	-
3. Białostockie	13	13	6	16	11	52	-	48	48	-	-	-	-
4. Bielskie	3	-	3	1	38	15	-	22	17	5	-	-	-
5. Bydgoskie	-	-	8	-	4	24	1	49	43	6	-	1	-
6. Chełmskie	-	-	1	2	-	11	-	7	7	-	-	-	-
7. Ciechanowskie	-	-	5	4	1	2	-	23	23	-	-	8	-
8. Częstochowskie	-	-	8	3	11	12	18	16	16	-	-	2	-
9. Elbląskie	-	-	4	13	20	52	-	9	9	-	-	-	-
10. Gdańskie	-	-	3	22	6	34	-	31	31	-	-	-	-
11. Gorzowskie	1	-	2	3	6	16	-	57	57	-	-	-	-
12. Jeleniogórskie	-	-	-	1	12	7	-	13	13	-	-	2	-
13. Kaliskie	-	-	2	1	6	4	-	17	17	-	-	1	-
14. Katowickie	7	-	31	25	82	226	-	111	111	-	-	-	-
15. Kieleckie	2	-	9	1	10	16	-	45	36	9	-	7	-
16. Konińskie	-	-	3	-	-	12	1	14	14	-	-	-	-
17. Koszalińskie	1	-	2	20	16	17	-	26	24	2	-	3	-
18. M.krakowskie	-	-	10	4	10	-	-	31	31	-	-	2	-
19. Krośnieńskie	-	-	1	-	3	3	-	12	10	2	-	5	-
20. Legnickie	-	-	5	2	2	8	42	10	10	-	-	-	-
21. Leszczyńskie	-	-	-	20	2	8	48	21	21	-	-	-	-
22. Lubelskie	-	-	3	6	13	23	-	43	42	1	-	-	-
23. Łomżyńskie	1	1	3	6	-	16	-	50	50	-	-	-	-
24. M.łódzkie	-	-	10	5	4	55	158	35	34	1	-	5	-
25. Nowosądeckie	-	-	5	15	26	5	-	15	15	-	-	-	-
26. Olsztyńskie	7	6	2	5	5	53	-	36	36	-	-	-	-
27. Opolskie	3	3	7	1	21	15	-	23	23	-	-	-	1
28. Ostrołęckie	2	2	4	2	2	29	-	10	10	-	-	-	-
29. Piłskie	1	-	3	1	4	15	3	49	49	-	-	2	-
30. Piotrkowskie	-	-	4	5	13	23	-	23	23	-	-	-	-
31. Płockie	-	-	2	1	1	15	-	21	21	-	-	-	-
32. Poznańskie	3	-	4	5	34	28	8	37	37	-	-	4	-
33. Przemyskie	-	-	1	5	-	-	-	20	15	-	5	-	-
34. Radomskie	-	-	6	1	5	10	-	21	21	-	-	-	-
35. Rzeszowskie	-	-	-	2	2	8	-	24	23	1	-	1	-
36. Siedleckie	-	-	2	34	-	9	-	33	33	-	-	-	-
37. Sieradzkie	-	-	-	1	10	2	-	14	14	-	-	-	-
38. Skierniewickie	-	-	4	6	1	8	-	20	20	-	-	-	-
39. Słupskie	-	-	1	104	12	19	-	58	58	-	-	-	-
40. Suwalskie	11	11	5	3	12	24	-	27	27	-	-	6	-
41. Szczecińskie	-	-	10	5	13	19	-	57	53	1	3	6	-
42. Tarnobrzeskie	-	-	5	13	5	41	-	28	28	-	-	3	-
43. Tarnowskie	-	-	3	10	7	2	-	24	23	1	-	-	-
44. Toruńskie	1	-	4	7	11	55	-	126	125	1	-	11	-
45. Wałbrzyskie	2	2	6	-	12	24	-	12	12	-	-	-	-
46. Włocławskie	-	-	4	2	28	3	-	18	17	1	-	-	-
47. Wrocławskie	2	1	8	12	18	16	-	96	93	3	-	36	-
48. Zamojskie	1	1	2	1	2	32	-	45	43	2	-	-	-
49. Zielonogórskie	-	-	3	1	8	5	3	17	17	-	-	3	-

Zakażenia HIV i zachorowania na AIDS w Polsce Informacja z 30 września 1996 r.

We wrześniu 1996 r. do Zakładu Epidemiologii PZH zgłoszono nowo wykryte zakażenie HIV 18 obywateli polskich, w tym 9 zakażonych w związku z używaniem narkotyków.

Obecność przeciwciał anti-HIV potwierdzono w Wojewódzkim Zespole Chorób Zakaźnych w Gdańsku, w Wojewódzkiej Przychodni Dermatologicznej w Katowicach, w Pracowni Bakteriologicznej Katedry i Kliniki Chorób Zakaźnych Collegium Medicum UJ w Krakowie, w Laboratorium Kliniki Chorób Zakaźnych AM we Wrocławiu, w Zakładzie Serologii Instytutu Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie oraz w Zakładzie Transfuzjologii i Transplantologii CSK WAM.

Chorzy byli w wieku od pierwszego roku życia do 42 lat. Mieli adresy stałego miejsca zamieszkania w następujących województwach: czterech w woj. st. warszawskim i po jednym w woj. bydgoskim, legnickim i wałbrzyskim.

We wszystkich przypadkach określono przynajmniej jedną chorobę wskazującą na AIDS w brzmieniu jak w definicji AIDS do celów nadzoru epidemiologicznego, skorygowanej w 1993 r. i w europejskiej definicji przypadku AIDS u dzieci do celów nadzoru, skorygowanej w 1995 r. (*Przeg.Epid. 1996,4,w druku*). We wszystkich przypadkach podano liczbę komórek CD4 (od 5 do 2061 μ L).

Od wdrożenia badań w 1985 r. do 30 września 1996 r. stwierdzono zakażenie HIV 4.215 obywateli polskich, wśród których było co najmniej 2.832 zakażonych w związku z używaniem narkotyków.

Ogółem odnotowano 449 zachorowań na AIDS; 263 osoby zmarły.

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.

Zachorowanie na postać skórną wąglika w woj. łomżyńskim

W dniu 16 września 1996 r. we wsi Janowo gm. Kolno w jednej zagrodzie padły dwie krowy. Służby weterynaryjne rozpoznały zachorowanie na wąglik. W czasie dochodzenia epidemiologicznego w ognisku wąglika, służby weterynaryjne dotarły do osób, które miały kontakt z chorymi krowami. Wszystkie te osoby zostały skierowane do przychodni chorób zakaźnych, gdzie stwierdzono jeden przypadek zachorowania na postać skórną wąglika. Pacjenta hospitalizowano na Oddziale Obserwacyjno-Zakaźnym dla Dorosłych w Łomży.

Państwowa Inspekcja Sanitarna z Inspekcją Weterynaryjną prowadzi intensywne dochodzenie celem ustalenia źródła zakażenia.

Państwowy Woj. Inspektor Sanitarny w Łomży
lek. Bronisława Sikorska

Epidemia poliomyelitis w Albanii

Po wielu latach niewystępowania zachorowań na *poliomyelitis*, Ministerstwo Zdrowia Albanii zawiadomiło, że w kraju w okresie od 17.04. do 17.09.1996 r. wystąpiło 66 zachorowań na *poliomyelitis* w 18 obwodach spośród 35 istniejących. Większość zachorowań wystąpiła u osób w wieku od 10 do 35 lat, a najstarszy chory miał 47 lat. Laboratoria współpracujące z Albańskim Instytutem Zdrowia Publicznego w Holandii i we Włoszech potwierdziły, że zachorowania wywołane są przez wirus *polio*.

W następstwie Narodowych Dni Szczepień przeprowadzonych w Albanii na początku kwietnia i maja br. wystąpiły tylko dwa przypadki podejrzenia *poliomyelitis* u bardzo małych dzieci.

W czasie Dni Szczepień ponad 97% dzieci w wieku do 6 lat zostało zaszczepionych przeciw *poliomyelitis*.

Akcję szczepień podjęto z powodu pogorszenia od 1990 roku rutynowych szczepień. Ponadto uznano, że dzięki wirusowi *polio* przedostał się do Albanii na krótko przed rozpoczęciem Narodowych Dni Szczepień. Wdrożono nadzwyczajne przedsięwzięcia w celu zapewnienia opieki medycznej chorym oraz powołano międzynarodowy - krajowy zespół w celu przeprowadzenia dochodzenia i zorganizowania niezbędnych działań.

Wydaje się, że wystąpienie zachorowań jest związane z nałożeniem się wielu czynników, w tym trudności z wykonaniem szczepień przed 1993 r.; zwiększonej możliwości zawleczenia *polio* od czasu otwarcia granic w 1992 r. oraz pogorszenia warunków higieniczno-sanitarnych, które towarzyszyły ostatnio wielu ruchom ludnościowym.

Ministerstwo Zdrowia Albanii organizuje następną ogólnokrajową akcję szczepień, która obejmie dzieci i osoby dorosłe.

WHO i UNICEF wystosowało apel o zapewnienie dostaw szczepionki i niezbędnych środków do przeprowadzenia akcji szczepień, leczenia i rehabilitacji chorych na *poliomyelitis* oraz o zapewnienie systematycznej informacji służbom zdrowia.

* * *

Ministerstwo Zdrowia Albanii w dniu 30.08.1996 r. zwróciło się do WHO o pomoc w opracowaniu ogniska porażennej choroby, która wystąpiła w Albanii. Zespół epidemiologów WHO przy współpracy Istituto Superiore di Sanita w Rzymie podjął działania 4.09.br. Zebrane materiały i dostarczone wyniki badań są następujące:

Do dnia 23.09 zarejestrowano 74 przypadki ostrej choroby porażennej i 8 zgonów, u 30% chorych wystąpiła niewydolność oddechowa. Uzyskane wyniki badań wskazują, że zachorowania wywołane są dzikim szczepem wirusa *polio* typu 1.

Po wielu latach braku transmisji wirusa *polio* w Albanii obecnie ma się do czynienia z zawleczeniem wirusa, który spowodował zachorowania wśród młodzieży i dorosłych w wieku od 10 do 45 lat. W przeciwieństwie do miejscowych doniesień prasowych, badania laboratoryjne wykazują, że nie ma związku epidemii z Krajowymi Dniami Szczepień. Dni Szczepień przeprowadzono wśród dzieci w wieku do 5 lat i dzięki temu są one w dużym stopniu uodpornione.

* * *

Równocześnie do WHO zgłoszono podejrzenie zachorowań na *poliomyelitis* w Kosowie na terenie Serbii, na granicy z Albanią. W meldunku podano 5 zachorowań, które nastąpiły od 20.sierpnia do 20 września 1996. Od jednego

dziecka izolowano wirus *polio* typu 1, który będzie poddany dalszym badaniom w Ośrodku Referencyjnym. Ponadto w Grecji izolowano wirusy *polio* od nieszczepionych dzieci z objawami porażenia, które zachorowały w lipcu i sierpniu br. Przypadki te prawdopodobnie nie są związane z ogniskiem w Albanii ponieważ dzieci te pochodzą z Aten i Krety. Trwają badania wirusologiczne zmierzające do charakterystyki wirusów.

na podstawie "CD Update" z 24.08.1996
oraz inf. z Europ. Biura WHO
opracowała Jadwiga Żabicka

Alarmujący wzrost zachorowań na kiłę w krajach powstałych po byłym ZSRR

W nowych niezależnych krajach powstałych po byłym ZSRR obserwuje się w latach dziewięćdziesiątych intensywny wzrost zachorowań na kiłę, co jest wskaźnikiem wzrostu zachorowań także na inne choroby szerzące się drogą seksualną (sexually transmitted diseases - STD). Przedstawia to poniższa tabela:

Kraje	Wzrost zachorowań na kiłę w latach 1990-1994	Zapadalność na kiłę na 100.000 w 1994 r.
Rosja	35 razy	172
Białoruś	25 razy	72
Ukraina	10 razy	69
Mołdawia	7,5 razy	116
Łotwa	10 razy	59
Estonia	15 razy	57

Notuje się również wzrost zachorowań na rzeżączkę. Przebywająca w grudniu 1995 roku w Moskwie grupa pracowników WHO stwierdziła istnienie ognisk epidemii kiły i rzeżączki. Zachorowania na kiłę nadal wzrastają, nie osiągnęły jeszcze wartości szczytowych. Podejmowane wysiłki zmierzają do obniżenia poziomu zapadalności.

Epidemia jest wynikiem szybkich zmian społecznych i ekonomicznych, a w szczególności:

- zmian w zachowaniach seksualnych (wynikających m.in. ze wzrostu liczby osób podróżujących i migrujących, rozwoju produkcji akcesoriów związanych z seksem, zmian ideologicznych związanych z liberalizacją podejścia do seksu);
- zmniejszenia wydolności państwowej służby zdrowia, przy nie w pełni rozwiniętej i dostępnej prywatnej służbie zdrowia;
- niedostatecznej prewencji i oświaty seksualnej.

Epidemia ta może utorować drogę zakażeń HIV w krajach Europy Wschodniej, jak również stwarza niebezpieczeństwo wzrostu zachorowań na kiłę i rzeżączkę w krajach Europy Zachodniej w wyniku transmisji zakażeń z krajów byłego ZSRR.

Europejskie Biuro Regionalne WHO planuje zorganizowanie i rozwinięcie narodowych akcji profilaktycznych.

Europejskie Biuro Regionalne WHO wraz z UNAIDS (Połączone Programy Narodowe HIV/AIDS) zorganizowały konferencję ekspertów w związku z szerzeniem się STD, a zwłaszcza kiły, w krajach Europy Wschodniej. Konferencja odbyła się w dniach 13-15 maja 1995 r. Podkreślono ko-

nieczność szkolenia dermatologów i wenerologów, nasilenia działań w zakresie zapobiegania i zwalczania STD, oraz zmiany sposobu postępowania z formalnego na bardziej poufny.

na podstawie "CD News" (1996,11,1-2;12,7-8)
opracował W. Magdzik

Malaria w Europie

Do krajów Regionu Europejskiego WHO zawleczono: w 1992 roku - 3.690 zachorowań na malarię, w 1993 roku - 2.752, w 1994 roku - 3.192. Najwięcej przypadków zawleczono do Wielkiej Brytanii, Francji, Włoch, Rosji.

Zachorowania rodzime na malarię notowano w Turcji, Tadżykistanie i Azerbejdżanie. W 1992 roku zanotowano: 19.190 zachorowań rodzimych na malarię, w 1993 roku - 47.776, w 1994 roku - 87.412 i w 1995 roku powyżej 115.000.

W Azerbejdżanie zachorowania na malarię powodowane są głównie przez *P.vivax* i liczba ich wzrosła ze 110 w 1991 roku do 2.802 w 1995 roku. Występują w południowej części kraju, w okolicach Baku, wśród uciekinierów. Brak jest leków i insektycydów. W 1996 roku można się spodziewać 4-5.000 zachorowań.

W Tadżykistanie liczba zachorowań na malarię wzrosła z 404 w 1992 roku do powyżej 10.000 w 1995 roku. Zachorowania są powodowane głównie przez *P.vivax*. W 1995 roku rozpoznano 11 zachorowań wywołanych *P.falciparum*. Zachorowania wystąpiły zwłaszcza wśród grup migrujących i wśród uciekinierów. Brakuje leków, insektycydów i przeszkolonego personelu.

W Turcji liczba zachorowań na malarię wzrosła z 19.190 w 1992 roku do powyżej 115.000 w 1995 roku. Zachorowania powodowane są głównie przez *P.vivax* i występują przede wszystkim w południowo-wschodniej części kraju. Nowy wielki program irygacyjny w Anatolii może przyczynić się do dalszego wzrostu zachorowań.

na podstawie "CD News" (1996,11,8-9)
opracował W. Magdzik

Nowa definicja przypadku poliomyelitis

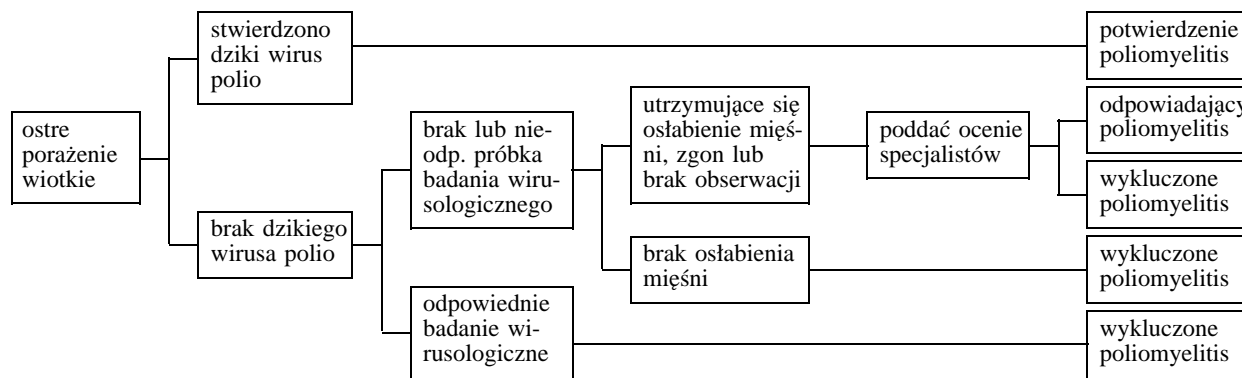
Na 11 posiedzeniu Europejskiej Grupy Roboczej Rozszerzonego Programu Szczepień (EAG/EPI), które odbyło się 7.III.1996 r. w Paryżu, ustalono, że od 1 stycznia 1997 r. będzie wprowadzona nowa definicja przypadku poliomyelitis oparta o klasyfikację wirusologiczną.

1. Nowa definicja potwierdzonego przypadku poliomyelitis: **Przypadki ostrych porażenia wiotkich (Acute Flaccid Paralysis - AFP) można klasyfikować jako poliomyelitis tylko wtedy, gdy od chorego jest izolowany wirus polio.**

2. Klasyfikacja innych ostrych porażenia wiotkich powinna być prowadzona wg załączonego schematu z uwzględnieniem kryteriów takich jak:

- zgon,
- utrzymujące się porażenia po 60 dniach,
- brak możliwości dalszego śledzenia przypadku,
- odpowiednie badania wirusologiczne (dwie próbki kału pobrane w czasie 14 dni po wystąpieniu ostrych porażenia wiotkich).

Schemat klasyfikacji wirusologicznej poliomyelitis



Uwagi:

- odpowiednie badanie wirusologiczne oznacza pobranie 2 próbek kału w odstępach 24-48 godz. w okresie 14 dni od wystąpienia porażenia. Każda próbka w ilości 8-10g powinna być przekazana do laboratorium w odpowiednich warunkach (nie wysuszona, bez wycieku, z odpowiednią dokumentacją i dowodem zachowania łańcucha chłodzenia).
- Przypadki odpowiadające poliomyelitis wskazują na nieodpowiedni nadzór nad ostrymi porażeniami wiotkimi i powinny być analizowane pod kątem grupowania zachorowań.

3. Przypadki ostrych porażenia wiotkich mogą być klasyfikowane jako odpowiadające poliomyelitis jeśli:

badanie wirusologiczne jest nieodpowiednie ale:

- porażenia wiotkie utrzymywały się ponad 60 dni od ich wystąpienia, lub
- obserwacja przypadku była niewystarczająca, lub
- chory zmarł, lub
- specjaliści po przeprowadzeniu analizy przypadku zdecydowali uznać go za odpowiadający poliomyelitis.

na podstawie inf. z Europ. Biura WHO
opracowała Jadwiga Żabicka

Polityka szczepień (2)

("Immunization policy" WHO/EPI/GEN/95.03.REV1)

II. Szczepienia stosowane rutynowo

Zalecenia dotyczące wieku szczepionych dzieci zależne są od następujących czynników:

- wieku, w którym choroba stanowi szczególne ryzyko w danym kraju;
- wieku, w którym odpowiedź serologiczna jest dostatecznie wysoka;
- potencjalnej interferencji z biernie uzyskanymi matczynymi przeciwciałami;
- odczynów i powikłań po szczepieniu występujących szczególnie w określonym wieku;
- możliwości programatycznych.

Rozszerzony program szczepień EPI-WHO formułuje zalecenia dotyczące programu szczepień przede wszystkim w krajach rozwijających się. Zalecenia te dla dzieci w pierwszym roku życia dotyczą: 1 dawki szczepionki BCG; 3 dawek szczepionki DTP; 4 dawek szczepionki OPV i 1 dawki szczepionki przeciw odrze. W krajach o szczególnym zagrożeniu wzw B zaleca się także szczepienie przeciw wzw B.

1. Szczepionka BCG jest najbardziej skuteczna w zapobieganiu zwłaszcza zapaleniom opon mózgowo-rdzeniowych i rozsianym postaciom gruźlicy jeżeli podana jest jak najmłodszym noworodkom. Powinna być stosowana w ten

sposób przede wszystkim w krajach o wysokim ryzyku zakażenia. W krajach o lepszej sytuacji epidemiologicznej gruźlicy szczepienia BCG wykonywane są dzieciom wstępującym do szkoły lub nawet dzieciom powyżej 10 lat. W niektórych krajach wykonywane są tylko dzieciom tuberkulino-ujemnym, w innych krajach - wszystkim dzieciom.

W niektórych krajach, zwłaszcza Europy Wschodniej, podaje się szczepionkę BCG zarówno po urodzeniu jak i dodatkowe dawki, głównie dzieciom tuberkulino-ujemnym, w późniejszym wieku. Nie ma żadnego dowodu, że wielokrotne dawki szczepionki BCG powodują wzrost poziomu odporności.

2. Ze względu na biernie uzyskane matczyne przeciwciała szczepionka DTP nie powinna być stosowana dzieciom poniżej 4 tygodni.

3. Przeciwciała przeciw poliomyelitis są przekazywane drogą łożyskową. Mimo to u 70-100% noworodków, którym podaje się OPV w pierwszych dwu tygodniach życia, rozwija się miejscowa odporność przewodu pokarmowego, a u 30-50% pojawiają się przeciwciała w surowicy dla jednego lub nawet większej liczby typów wirusa polio. Ze względu na wydalanie szczepionkowego wirusa polio przez tydzień od szczepienia, następna dawka szczepionki powinna być podana w wieku 6 tygodni.

EPI-WHO zaleca w pierwszym roku życia co najmniej 3 dawki DTP i 3 OPV poza dawką podaną w ciągu 2 tygodni po urodzeniu.

4. Matczyne, biernie uzyskane przeciwciała są przyczyną wykonywania szczepień przeciw odrze w późniejszym wieku. W wieku 9 miesięcy 10%, a nawet więcej dzieci posiada jeszcze przeciwciała matczyne, które interferują z serologiczną odpowiedzią na szczepienia. Opóźnienie szczepienia powoduje poprawę serologicznej odpowiedzi na szczepienie, lecz zwłaszcza w krajach rozwijających się jest przyczyną wzrostu zapadalności i umieralności.

WHO zaleca dla krajów rozwijających się szczepienie przeciw odrze dzieci w wieku 9 miesięcy. Dla szczególnych środowisk jak obozy uchodźców, hospitalizowane niemowlęta, niemowlęta zakażone HIV zaleca się dwie dawki szczepienia przeciw odrze w 6 i 9 miesiącu życia. W krajach uprzemysłowionych ryzyko zachorowania na odrze jest

znacznie niższe. Szczepionka przeciw odrze może być podana dzieciom w wieku 12-15 miesięcy. Wówczas większość dzieci nie posiada już biernych, matczyńskich przeciwciał odrowych.

5. Szczepienie przeciw żółtej gorączce nie jest zalecane dzieciom młodszym od 6 miesięcy. Najwięcej neurologicznych odczynów i powikłań poszczepiennych obserwowano u dzieci w wieku 4 miesięcy i młodszych.

6. Wiek, w którym rozpoczyna się szczepienie przeciw wzv B, jest zależny od liczby zakażeń perinatalnych. W południowo-wschodniej Azji, gdzie perinatalne zakażenie jest stosunkowo częste, jest ważne, aby podać pierwszą dawkę szczepionki jak najszybciej po urodzeniu, drugą dawkę z DTP(1), a trzecią z DTP(3). W krajach afrykańskich perinatalne zakażenie występuje rzadziej i szczepienie można rozpocząć później. Najczęściej podaje się trzykrotnie jednocześnie DTP i szczepionkę przeciw wzv B. W okresie 1-2 lat powinna być dostępna szczepionka skojarzona DTP+wzv B. Niektóre kraje z niską zapadalnością wśród dzieci wprowadzają szczepienie przeciw wzv B dla kilkunastoletnich dzieci i młodzieży.

7. Dla zabezpieczenia noworodków przed zachorowaniem na tężec zwłaszcza w krajach tropikalnych uodparnia się między innymi matkę w czasie ciąży przeciw tężcowi. Kobietom dotychczas nieszczepionym lub nieposiadającym dokumentów o szczepieniu zaleca się w wieku rozrodczym (15-35 lat) 5 dawek anatoksyny tężcowej:

- I dawka - jak można najwcześniej - nie powoduje uodpornienia;
- II dawka - 4 tygodnie po I dawce - daje odporność na okres 1-3 lat;
- III dawka - 6 miesięcy po II dawce - daje odporność na 5 lat;
- IV dawka - 1 rok po III dawce lub podczas następnej ciąży daje odporność na 10 lat;
- V dawka - co najmniej 1 rok po IV dawce lub podczas następnej ciąży - daje odporność na cały okres rozrodczy.

Kobiety, które były szczepione podstawowo w dzieciństwie przeciw tężcowi, a zwłaszcza które otrzymały dawki przypominające w wieku szkolnym i młodzieżowym, powinny otrzymać 2 (w odstępie co najmniej 4 tygodni) lub 1, lub żadnej dawki przypominającej anatoksyny tężcowej, zależnie od czasu jaki upłynął od ostatniego szczepienia (2 dawki jeśli szczepienie miało miejsce w okresie niemowlęctwa, 1 dawkę jeśli w okresie dzieciństwa i w wieku szkolnym, żadnej dawki - jeżeli ostatnią dawkę podano w okresie wieku młodzieżowego).

III. Dodatkowe, nierutynowo stosowane szczepionki

Jest kilka szczepionek stosowanych w różnych krajach ale dotychczas nie zalecanych przez EPI-WHO do stosowania w całym świecie. Istnieje uzasadnienie do stosowania niektórych z nich na ograniczonych terenach, jak np. przeciw japońskiemu zapaleniu mózgu; innych, jak przeciw zakażeniom *Haemophilus influenzae* typ B (Hib), w krajach uprzemysłowionych. Szczepionka przeciw zakażeniom pneumokokowym jest skuteczna dla dorosłych. Nieznana jest skuteczność jej stosowania dzieciom do 2 lat. Najczęściej stosowane według tych zasad szczepionki to:

1. **Szczepionka przeciw różyczce.** W dzieciństwie różyczka jest łagodną chorobą. Natomiast problemem zdrowia publicznego jest zespół różyczki wrodzonej (congenital ru-

bella syndrome - CRS). Zespół ten występuje u 90% dzieci urodzonych przez kobiety, które podczas pierwszych 3 miesięcy ciąży przebyły zakażenie różyczką. CRS obejmuje najczęściej ślepotę, głuchotę i wrodzone wady serca. Spontaniczne poronienia i urodzenia martwych płodów zdarzają się stosunkowo często. W okresie przed szczepieniami przeciw różyczce większość dzieci przechorowywało tę chorobę przed osiągnięciem wieku rozrodczego. Większość uprzemysłowionych krajów włącza szczepienie przeciw różyczce do swoich narodowych programów szczepień. Najczęściej dzieje się to przez stosowanie skojarzonej szczepionki odra-świnka-różyczka (measles, mumps, rubella - MMR). Dawka tej szczepionki jest podawana w drugim roku życia w miejsce stosowanej uprzednio monowalentnej szczepionki przeciw odrze. W niektórych krajach podaje się drugą dawkę dzieciom w wieku szkolnym, w innych podaje się monowalentną dawkę szczepionki przeciw różyczce dziewczętom kilkunastoletnim. WHO nie zaleca uniwersalnego szczepienia przeciw różyczce. Szczepienie wyłącznie matych dzieci przyczynić się może do zwiększenia CRS. MMR jest ponadto około dwukrotnie droższa od szczepionki przeciw odrze. W krajach tropikalnych osiąga się szczepienie przeciw odrze powyżej 85% dzieci.

2. **Szczepionka przeciw japońskiemu zapaleniu mózgu (Japanese encephalitis - JE).** JE jest powodowany przez wirus arbo, występuje w południowo-wschodniej Azji i w krajach Zachodniego Pacyfiku. Ocenia się, że 2,4 biliona ludzi jest grupą ryzyka zakażenia JE; rocznie występuje 20.000 zachorowań. Śmiertelność wynosi 25%, a następstwa chorobowe spotyka się u 30% ozdrowieńców. W krajach, gdzie JE występuje endemicznie, roczna zapadalność wynosi 10-100 na 100.000 ludności. Choroba dotyczy głównie dzieci i młodzieży do 15 lat.

Obecnie w użyciu są dwa typy inaktywowanych formaliną szczepionek przeciw JE: jedna wyprodukowana na mózgu myszy oczyszczona z myeliny i nie powodująca następstw charakterystycznych dla parenteralnego podania tkanki nerwowej, i druga wyprodukowana na hodowli tkankowej komórek nerki zarodka chomika. Pierwotne szczepienie składa się z 2 dawek szczepionki podanej podskórnie w odstępie 1-2 tygodni. Dawka uzupełniająca szczepienia podstawowego jest podawana po upływie 1 miesiąca. Dawki przypominające są zalecane co 1-4 lat. Szczepionka na mózgu myszy jest produkowana w Japonii, Korei, na Tajwanie, w Tajlandii, Wietnamie i w Indiach, a na hodowli tkankowej chomika w Chinach.

Kraje, gdzie JE występuje endemicznie, powinny włączyć to szczepienie do programów szczepień. Nie dokonano jeszcze oceny czy szczepionka przeciw JE może być podana jednocześnie ze szczepionką przeciw odrze lub z innymi szczepionkami EPI.

3. **Szczepionka przeciw zakażeniu dwóinkami zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych (meningokokom, *Neisseria meningitidis* - NM).** NM jest przyczyną endemii i epidemii zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, i meningokokocemii. Większość zakażeń NM jest spowodowana serogrupami A, B i C, a szczególnie serogrupą A. Szczególnie dużo terenów endemicznych jak i epidemii występuje w Afryce. Zapadalność niejednokrotnie przewyższa 500 na 100.000. Około połowy przypadków stanowią dzieci do 4 lat życia.

W użyciu są skuteczne i bezpieczne szczepionki monowalentne przeciw grupie A i przeciw C, szczepionka biwalentna A+C i szczepionka skojarzona z 4 kapsułarnych poli-

sacharydów: A+C+W-135+Y.

Pojedyncza dawka szczepionki polisacharydowej grupy A podana osobie w wieku powyżej 2 lat życia, chroni przed zakażeniem od 1 do 3 lat. Dla dzieci do 2 lat życia, dwie dawki w odstępie 3 miesięcy są wymagane dla uzyskania ochronnego poziomu odporności. Kliniczna skuteczność szczepionki przeciw grupie A wynosi 85-95%.

Szczepionka przeciw NM grupy C (polisacharydowa) jest w zasadzie skuteczna dla dorosłych.

NM grupy B jest przyczyną około 50% endemicznych zakażeń meningokokowych w rozwiniętych krajach. Polisacharydy NM grupy B są słabym antygenem. Stosuje się proteinę zewnętrznych błon (outer membrane protein - OMP) jako potencjalnego kandydata szczepionki. OMP jako podstawa produkcji szczepionki jest stosowany w Norwegii, na Kubie, w Brazylii wykazując skuteczność od 80% do 47%.

Rutynowo dostępne meningokokowe szczepionki polisacharydowe nie są zalecane do rutynowego uodparniania dzieci z powodu krótkotrwałej odporności i z powodu niepowodzenia w uodpornieniu przeciw zakażeniu endemicznym NM serogrupy B. Jednak stosowane uodpornienie może skutecznie zapobiegać epidemicznym zakażeniom NM serogrupy A i C. Dlatego konieczny jest szybki surveillance po wystąpieniu zachorowań i szybkie zaszczepienie, jeżeli zachorowania miały charakter epidemiczny i wywołane były przez NM serogrupy A lub C. Skuteczność szczepień uwidoczni się już po dwu tygodniach.

4. Szczepionka przeciw zakażeniom *Haemophilus influenzae* typ B (Hib). Hib jest częstą przyczyną bakteriologicznych zapaleń opon mózgowo-rdzeniowych i różnych, poważnych, zagrażających życiu infekcji jak zapalenie płuc, zapalenie nągłośni, posocznica niemowląt i starszych dzieci. Polisacharydowa szczepionka była dostępna od kilku lat, lecz była nie immunogenna dla niemowląt. Ostatnio jednak bezpieczna, skuteczna szczepionka przeciw zakażeniom Hib jest opracowywana i dopuszczana już do stosowania w kilku krajach przemysłowych. W wyniku jej stosowania nastąpiło znaczne zmniejszenie liczby zapaleń opon mózgowo-rdzeniowych wywołanych Hib.

Szczepionki te zawierają polisacharydy Hib związane z anatoksyną błoniczą lub tężcową, lub z kompleksem protein zewnętrznej błony NM grupy B. Szczepionki są stosowane w cyklu 3 dawek szczepienia pierwotnego w pierwszym roku życia, jednocześnie ze szczepionką DTP i z (USA) lub bez (Wielka Brytania) dawką uzupełniającą w wieku 12-18 miesięcy. Dostępna jest obecnie szczepionka Hib skojarzona z DTP.

5. Szczepionki przeciw zakażeniom pneumokokami (*Streptococcus pneumoniae* - SP). SP powoduje trzy typy choroby: zapalenie płuc, zapalenie ucha środkowego i zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych. Jest głównym czynnikiem etiologicznym ciężko przebiegających zapaleń płuc u dzieci do 5 lat, powoduje rocznie około 1 miliona zgonów. Aktualna szczepionka przeciw zakażeniom SP zawiera komponenty antygenów otoczkowych serotypów SP. Są one przyczyną od 60% do 90% zakażeń ludzi i są immunogenne dla osób poniżej 2 lat życia. Szczepione powinny być osoby z grup wysokiego ryzyka (np. z przewlekłymi chorobami nerek, z immunosupresją po przeszczepieniu organów, z zakażeniem HIV, z wyciekami płynu mózgowo-rdzeniowego). W krajach takich jak np. USA powinny być także szczepione osoby powyżej 65 lat życia, zwłaszcza z grup ryzyka.

Przygotowanie szczepionki przeciw SP jest trudne, gdyż skuteczność jej jest zależna od typu serologicznego. Istnieje około 80 różnych typów serologicznych. Szczepionki przeciw zakażeniom SP podobnie jak i inne szczepionki polisacharydowe są słabo immunogenne dla dzieci i nie są zalecane do szczepień noworodków. Wyniki dalszych prac nad tą szczepionką, zwłaszcza nad szczepionką skoniugowaną z innymi szczepionkami, pozwalają sądzić, że szczepionka ta będzie stosowana w krajach rozwijających się, zwłaszcza dzieciom do 4 lat.

6. Szczepionka przeciw zakażeniom *Clostridium perfringens* (welchi) typ C (CPC). CPC wywołuje zakażenie pokarmowe o ciężkim przebiegu powodując zmiany nekrotyczne jelit. Jest to choroba występująca endemicznie i jest ważną przyczyną zachorowalności i umieralności dzieci w Nowej Gwinei, południowych Chinach i wśród uciekinierów w obozie na pograniczu tajlandzko-kambodżańskim.

Toksoid przygotowany z CPC jest dostępny i jest skuteczny dla dzieci w wieku 1-15 lat, a także dla noworodków. Szczepionka może być podawana jednocześnie z DTP w odstępach dwumiesięcznych powodując odporność na okres 2-4 lat. W 1980 r. wprowadzono rutynowe szczepienie przeciw zakażeniom CPC w 5 prowincjach Nowej Gwinei. Spowodowało to znaczną poprawę sytuacji epidemiologicznej zachorowań wywołanych tym patogenem.

7. Szczepionka przeciw durowi brzuszemu. Dur brzuszny jest ważną i niedocenianą chorobą w wielu rejonach w świecie, jest przyczyną 560.000 zgonów rocznie i stanowi ryzyko dla podróżnych. Największe ryzyko zachorowania dotyczy dzieci i młodzieży w wieku 5-19 lat.

Istniejące inaktywowane szczepionki przygotowane z całych pałeczek duru brzuszego zastosowane dwukrotnie powodują uodpornienie 51-88% szczepionych. Są to szczepionki stosunkowo reaktogenne. Skuteczność szczepień wśród dzieci do 2 lat nie była nigdy oceniana w badaniach kontrolowanych.

Żywa doustna szczepionka przeciw durowi brzuszemu zawiera atenuowany szczep *S.typhi* Ty 21a - jest bezpieczna i skuteczna.

Stosowana też jest szczepionka zawierająca oczyszczony antygen Vi. W Nepalu i Południowej Afryce jedna dawka takiej szczepionki powoduje odporność 72% szczepionych - w ciągu 17 miesięcy, 64% - w ciągu 21 miesięcy i 55% - w ciągu 5 lat.

Szczepionki doustne Ty 21a i polisacharydowa Vi są stosowane jako alternatywne do źle tolerowanej szczepionki podawanej w iniekcji zawierającej całe pałeczki *S.typhi*. Odczuwa się niedostatek informacji o skuteczności tej szczepionki u dzieci do 2 lat życia.

8. Szczepionka przeciw cholercze. Ocenia się, że cholera w krajach rozwijających się powoduje więcej niż 150.000 zgonów rocznie. Około 1/3 zgonów jest wśród dzieci do 5 lat, 1/4 zgonów wśród dzieci i młodzieży w wieku 5-14 lat i pozostałe wśród dorosłych. Szczepienie drogą iniekcji zabitej szczepionki zawierającej całe przecinkowce cholery nie ma praktycznej wartości w zapobieganiu i zwalczaniu epidemii. Szczepionka ta powoduje tylko fragmentaryczny wzrost odporności u około 50% szczepionych utrzymujący się 3-6 miesięcy. Nie jest uważana za skuteczną metodę interwencyjną.

Została zwrócona ostatnio uwaga na szczepionki doustne, które mogą w większym stopniu powodować wzrost odporności lokalnej. Dwie szczepionki inaktywowane doustne były oceniane w Bangladeszu w latach osiemdziesiątych i

ustalono, że trzy dawki tych szczepionek powodują odporność 68% osób szczepionych powyżej 5 lat życia utrzymującą się przez co najmniej 3 lata. Odporność w stosunku do przecinkowca cholery biotyp *El Tor* jest niższa, niż w stosunku do biotypu klasycznego, jak również jest niższa u osób młodszych niż 5 lat i utrzymuje się krócej (6 miesięcy).

Ostatnio nastąpił rozwój badań nad stosowaniem jednej dawki żywej atenuowanej szczepionki przeciw cholercie zawierającej szczepionkę CVD-103 HgR - mutant *V.cholerae* 01. Szczepionka jest immunogenna dla osób powyżej 5 lat życia. Przeprowadza się badania nad skutecznością szczepionki u dzieci poniżej 2 lat życia.

Jest również w badaniu nowy kandydat na jednodawkową doustną szczepionkę, zwłaszcza przeciw biotypowi *El Tor*. Pierwsze wyniki mówią o skuteczności 83%.

W marcu 1993 r. poinformowano z Kalkuty i z Dhaki o wystąpieniu zachorowań podobnych do cholery. Szczep *V. cholerae*, który powoduje te zachorowania nie reaguje z żadną z surowic dla 138 znanych szczepów *V.cholerae* i został zakwalifikowany jako *V.cholerae* 0139 *Bengal*. W trakcie badań są nowi kandydaci do wyprodukowania doustnej szczepionki zabitej i żywej dla szczepu 0139 i skojarzonej szczepionki dla *V.cholerae* 01 i 0139.

9. Inne szczepionki będące w trakcie badań. Odczuwa się brak szczepionek przeciw chorobom pasożytniczym, zwłaszcza przeciw malarii. Jedną ze szczepionek nazwaną "SPf 166" - zsyntetyzowaną chemicznie, przeszła badania skuteczności w Kolumbii i Tanzanii. Okazała się wysoko immunogenną szczepionką i redukowała zapadalność o 31% - 60%. Badania są nadal kontynuowane.

Obserwuje się społeczne oczekiwanie na wynalezienie i wyprodukowanie szczepionek przeciw zakażeniom HIV, zakażeniom dróg oddechowych, np. wirusami paragrypy, a w krajach rozwijających się szczepionek przeciw zakażeniom jelitowym i biegunkom u niemowląt i małych dzieci powodowanym przez rotawirusy, *shigellae*, enterotoksyczne *E. coli*.

wybór i opracowanie: W. Magdzik

Badania nad immunogennością i reaktogennością szczepionek przeciw krztuścowi w Wielkiej Brytanii

Jak donosi "Weekly Epidemiological Record" (1995,35, 255-256) w Wielkiej Brytanii Public Health Laboratory Service realizuje trzyletni program badawczy sponsorowany przez brytyjskie Ministerstwo Zdrowia nad immunogennością i reaktogennością kilku acellularnych szczepionek DTP w połączeniu ze szczepionką *Haemophilus* typu b. Program uwzględnia także zastosowanie acellularnych szczepionek u dzieci przedszkolnych i w starszych grupach wieku.

Jak wiadomo w Anglii i Walii w latach 1977-1979 i 1981-1983 wystąpiły dwie epidemie krztuśca w następstwie spadku wykonawstwa szczepień z powodu społecznych obaw co do bezpieczeństwa i skuteczności szczepionki. Od tego momentu wykonawstwo szczepień zaczęło ponownie wzrastać równoległe ze spadkiem liczby zachorowań zgłaszanych do Office of Population Censuses and Surveys. Cykliczność epidemii została ostatecznie załamana w 1994 r., kiedy nie zaobserwowano wystąpienia przewidywanej epidemii. Jednak w ciągu pierwszych dwudziestu dziewięciu

tygodni 1995 r. zgłoszono 1.123 zachorowania wobec 2.053 zachorowań w analogicznym okresie 1994 r.

W Wielkiej Brytanii uważa się, że nowe acellularne szczepionki przeciw krztuścowi są bardziej immunogenne i mniej reaktogenne w porównaniu z dotychczasowymi klasycznymi inaktywowanymi immunopreparatami. Cytuje się wyniki klinicznych badań, które zakończono w Szwecji i we Włoszech i które zakładały ocenę efektywności czterech szczepionek acellularnych w porównaniu z renomowaną pełnokomórkową amerykańską szczepionką. W badaniach uczestniczyło około 250 tys. dzieci, które otrzymały badane szczepionki DTP lub szczepionkę DT w charakterze placebo. Stwierdzono większą immunogenność preparatów zawierających trzy lub pięć składników komórkowych niż szczepionki acellularnej zawierającej dwa składniki oraz szczepionki całokomórkowej. Ponadto dzieci szczepione szczepionką acellularną nie miały więcej odczynów poszczepiennych niż grupa otrzymująca placebo; u szczepionych wystąpiło również mniej odczynów niż po szczepionce klasycznej.

Wiadomo, że klasyczna brytyjska szczepionka pełnokomórkowa przeciw krztuścowi jest obecnie testowana w Szwecji w porównaniu ze szczepionkami acellularnymi.

Wojciech Żabicki

Bezpieczeństwo toksoidu tężcowego u ciężarnych

W "Bulletin of the WHO" (1995,5,605-608) opublikowano doniesienie "Safety of tetanus toxoid in pregnant women: a hospital-based case control study of congenital anomalies". Autorami doniesienia są C.M.Silveira, V.M.Caceres z Pan American Health Organisation, M.G. Dutra z Instituto Oswaldo Cruz w Rio de Janeiro i wsp.

Badania wdrożone w 1967 roku objęły 1.282.403 noworodki urodzone w 173 szpitalach na terenie 105 miast w dziewięciu krajach Ameryki Łacińskiej.

Motywy podjęcia pracy był niedostatek informacji na temat bezpieczeństwa toksoidu tężcowego we wczesnym okresie ciąży, pomimo że od sześćdziesiątych lat była znana skuteczność szczepień przeciw tężcowym w zapobieganiu tężcowi noworodków. Równocześnie potencjalna możliwość występowania uszkodzeń płodu utrudnia podejmowanie indywidualnych decyzji o szczepieniu oraz powoduje utratę licznych możliwości immunizacji kobiet w wieku rozrodczym. W następstwie rejestruje się w świecie około 0,5 mln zgonów z powodu tężca noworodków rocznie.

Tabela 1. Występowanie wad wrodzonych u noworodków urodzonych przez matki szczepione i nieszczepione toksoidem tężcowym w czasie ciąży w Płd. Ameryce w latach 1967-1969.

Ekspozycja na toksoid	Liczba noworodków		
	z wadami	bez wad	ogółem
tak	317	261	578
nie	33.976	34.216	68.192
ogółem	34.293	34.477	68.770

Ocenę bezpieczeństwa przeprowadzono na materiale obejmującym 34.293 noworodki z wadami wrodzonymi oraz

34.477 noworodków bez wad wrodzonych w grupie kontrolnej. Nie stwierdzono statystycznie znamiennych różnic w występowaniu wad wrodzonych u płodów nieekspozowanych i ekspozowanych na toksoid tężcowy przez szczepienie ciężarnej.

Już wcześniej było wiadomo, że nie ma przekonywujących dowodów, iż szczepienie ciężarnych przeciw tężcowi stwarza zagrożenie dla płodu, ale brakowało wiarygodnych badań dla potwierdzenia takiego stanowiska. W minionym pięćdziesięcioleciu przeprowadzono tylko dwa takie badania.

Jedno badanie przeprowadzono w latach pięćdziesiątych (Freda V.J.) na małej grupie ciężarnych szczepionych i nieszczepionych przeciw tężcowi, po 107 kobiet w każdej grupie. Stwierdzono, że częstość występowania powikłań w każdej z tych grup była taka sama (Am.J.Obst.Gyn. 1956, 71,5).

Drugie badanie przeprowadzono w latach siedemdziesiątych (Heinonen O.P. et al.) na dużej grupie liczącej 56.282 pary matek i noworodków. Wśród nich 337 par przeanalizowano z uwzględnieniem ekspozycji *in utero* na antygeny szczepionkowe w ciągu pierwszych czterech miesięcy ciąży. Standardowe ryzyko wad wrodzonych przy ekspozycji na toksoid tężcowy oszacowano na 1,36 dla większych i 1,60 dla mniejszych wad. We wnioskach postulowano dalsze badania ze względu na rejestrację wad wrodzonych, których występowanie jest w dużym stopniu uzależnione od czynników społeczno-ekonomicznych (D.W.Kaufman Publishing Sciences Group 1977,314-321).

Praca opublikowana w "Bulletin of the WHO" (1995,5, 605-608) nie wykazała żadnych statystycznych zależności przy porównaniu wad u płodów ekspozowanych i nieekspozowanych na toksoid tężcowy.

Wojciech Żabicki

Przygotowania do decyzji o likwidacji pozostałych zapasów wirusa ospy prawdziwej

W dniach 15-24 stycznia 1996 r. w Genewie odbyło się posiedzenie WHO Executive Board. Zarząd tej organizacji zgodnie z rekomendacjami Komitetu Zakażeń Ortopoxwirusowych podjął decyzję o zgłoszeniu wniosku o likwidację do 30 czerwca 1999 roku hodowli wirusów ospy prawdziwej, które są nadal przechowywane w dwóch laboratoriach na terenie USA i w Rosyjskiej Federacji. Wniosek miał być rozpatrzony na ostatnim posiedzeniu Światowej Organizacji Zdrowia.

Wojciech Żabicki

Stanowisko władz australijskich wobec gąbczastej encefalopatii u bydła (oficjalny komunikat rządu Australii)

Zespół rządowy powołany na najwyższym szczeblu w szczególności pilnym trybie dokonał analizy potencjalnego zagrożenia społeczeństwa australijskiego w następstwie importu i konsumpcji konserw wołowych i innych postaci mięsa wołowego z Wielkiej Brytanii. W skład zespołu weszli Chief Medical of the Department of Health and Family Service, Chief Veterinary Officer from the Department of Primary Industries and Energy oraz przedstawiciele the

Australian Quarantine and Inspection Service i the National Food Authority.

Rząd Federalny Australii informuje, że wstrzyma import do Australii niektórych środków spożywczych z Wielkiej Brytanii, które mogą zawierać składniki w postaci przetworzonej brytyjskiej wołowiny oraz wstrzyma przekazywanie na rynek tych produktów z magazynów hurtowych.

Świeżej i mrożonej wołowiny nie importowano do Australii z Wielkiej Brytanii przez wiele lat. Ponadto od 1988 roku nie importowano z Wielkiej Brytanii żywca, płodów oraz nasienia buhajów. W australijskim pogłowiu bydła nie występuje BSE i krajowa wołowina jest bezpieczna.

Podjęte środki ostrożności zostają wdrożone, pomimo że nie wykazano pewnych związków między BSE i chorobą Creutzfeldta-Jakoba i bardzo znikomego ryzyka dla australijskiego społeczeństwa ze strony brytyjskiej wołowiny.

Rząd australijski podjął tę decyzję po rozpatrzeniu aktualnego stanowiska zespołu roboczego oraz po konsultacji ze środowiskami wiodących producentów żywności i organizacji handlowych.

Dla celów informacyjnych uruchomiono bezpłatne połączenie telefoniczne udzielające wszystkim zainteresowanym informacji o BSE i CJD oraz wszystkich produktach, które mogą być podejrzane.

tłumaczenie: Wojciech Żabicki

Badania nad chorobami przenoszonymi drogą płciową ("Nauka - Informacja sygnalna" 1995,12,3)

Nowoczesne techniki badań serologicznych wzbogaciły diagnostykę kiły umożliwiając ocenę aktywności procesu chorobowego w późnych okresach choroby. Badania immunopatogenezy kiły pozwoliły poznać niektóre jej objawy kliniczne i różnorodność przebiegu. Próby na zwierzętach doświadczalnych wykazały wątpliwą skuteczność obronną przed zakażeniem kiłowym tzw. naturalnych przeciwciał.

Znaczną część zmian patologicznych nowej generacji chorób przenoszonych drogą płciową jest związana z zakażeniem chlamydiami i mykoplazmami, przebiegającymi często skąpoobjawowo, stanowiąc istotne zagrożenie dla kobiet (niepłodność, zagrożenie ciąży oraz zmiany szyjki macicy o charakterze przednowotworowym). Diagnostyka jest prowadzona tylko w nielicznych ośrodkach krajowych. Wysoka zachorowalność na choroby przenoszone drogą płciową u osób uzależnionych od alkoholu i środków odurzających wynika z ich ryzykownych zachowań. Wśród narkomanów "dożylnych" i ich partnerów seksualnych gwałtownie szerzy się zakażenie HIV. Nosicielstwo tego wirusa stwierdzono u około 20% narkomanów województwa białostockiego. W badaniach nad patogenizacją zakażenia HIV wykazano znaczący udział niektórych cytokin. Wyniki badań są podstawą profilaktyki chorób przenoszonych drogą płciową i zakażenia HIV.

*Akademia Medyczna,
Klinika Dermatologii, Białystok*

"Meldunki" opracowuje zespół: Ewa Cielebąk, Mirosław P. Czarkowski (red. odp.), Ewa Stępień, Jadwiga Żabicka (koment.); tel. (022) 49-77-02 lub c. (022) 49-40-51 do 7 w. 210; tlx 816712; fax (022) 49-74-84.