

Meldunek 10/A/96

o zachorowaniach na choroby zakaźne, zatruciach i zakażeniach szpitalnych zgłoszonych w okresie od 1.10 do 15.10.1996 r.

(do użytku służbowego)

Jednostka chorobowa (symbol wg IX rewizji "Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób")	Meldunek 10/A		Dane skumulowane	
	1.10.96. do 15.10.96.	1.10.95. do 15.10.95.	1.01.96. do 15.10.96.	1.01.95. do 15.10.95.
AIDS - Zespół nabytego upośledzenia odporności (079)	8	10	90	93
Dur brzuszny (002.0)	-	-	5	11
Dury rzekome A.B.C. (002.1-002.3)	-	-	2	7
Inne salmonelozy: ogółem (003)	1070	1431	22129	26109
Czerwonka (004; 006.0)	33	99	422	602
Biegunki u dzieci do lat 2 (008; 009)	456	560	12367	16834
Błonica (032)	-	-	9	-
Krztusiec (033)	12	7	186	476
Płonica (034.1)	639	606	16852	21207
Tężec (037; 670; 771.3)	-	2	33	38
Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych: razem	1161	517	9135	3430
w tym: meningokokowe (036.0)	4	10	116	129
inne bakteryjne (320.0-320.3; 320.8; 320.9)	97	70	1273	1120
wirusowe, surow. nieokreś. (047; 049.0; 049.1; 053.0; 054.7)	998	403	7349	1893
nieokreślone etiologicznie (322)	62	34	397	288
Ospa wietrzna (052)	3559	2618	92389	149908
Odra (055)	12	10	523	666
Różyczka (056; 771.0)	827	455	70339	53228
Zapalenie mózgu: razem	43	28	460	395
w tym: arbowirusowe (062-064)	25	15	174	180
wirusowe nieokreślone (049.9)	10	6	109	70
poszczepienne (323.5)	-	-	-	-
inne i nieokreślone (054.3; 323.1; 323.8; 323.9)	8	7	177	145
Wirusowe zap. wątroby: typu B (070.2; 070.3)	265	337	5210	7228
inne i nieokreś. (070.0; 070.1; 070.4-070.9)	525	995	9280	15787
Nagminne zapalenie przyusznic (072)	976	1275	29523	70156
Świerzb (133.0)	1294	1759	13966	15789
Grypa (487)	461	18133	2703077	714595
Zatrucia i zakażenia pokarmowe: ogółem	1340	1669	24810	29750
w tym: bakteryjne: razem	1273	1553	24463	29395
w tym: salmonelozy (003.0)	1067	1425	22085	26058
enterotoksyna gronkowcowa (005.0)	-	-	167	734
botulizm (005.1)	6	3	84	94
Cl.perfringens (005.2)	-	-	2	-
inne i nieokreślone (005.3; 005.4; 005.8; 005.9)	200	125	2125	2509
grzybami (988.1)	59	103	172	208
chemiczne: ogółem (988.2; 988.8; 988.9; 989)	8	13	175	147
w tym: chemicznymi środkami ochr. roślin (989.2-989.4)	-	-	11	10
Zatrucia zw. chemicznymi /z wyj.pokarm./: ogółem (960-987; 989)	584	298	8131	7035
w tym: chemicznymi środkami ochrony roślin (989.2-989.4)	3	7	122	156
Zakażenia szpitalne: ogółem	92	66	1801	1803
w tym: na oddz. noworodkowych i dziec. (003; 041; 079; 136.9)	21	13	469	489
następstwa zabiegów medycznych (003; 041; 079; 136.9)	36	30	625	719
wywołane pałeczkami Salmonella (003)	21	2	289	352
Porażenie dziecięce nagminne (045)	-	-	-	-
Dur plamisty i inne riketsjozy (080-083)	-	-	-	1
Włośnica (124)	-	-	30	79

Zachorowania zgłoszone w okresie 1-15.10.1996 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	8	-	-	1070	33	456	12	639	-	1161	4	12	827
1. St.warszawskie	3	-	-	90	-	49	2	34	-	104	1	-	6
2. Białkopodlaskie	-	-	-	10	-	1	-	7	-	20	-	-	6
3. Białostockie	-	-	-	33	-	6	2	14	-	20	-	-	34
4. Bielskie	1	-	-	17	-	13	-	26	-	6	-	-	12
5. Bydgoskie	-	-	-	24	1	3	-	12	-	34	-	-	11
6. Chełmskie	-	-	-	3	-	1	-	4	-	16	-	-	1
7. Ciechanowskie	-	-	-	4	-	-	-	2	-	32	-	-	2
8. Częstochowskie	-	-	-	18	-	8	-	12	-	9	-	1	20
9. Elbląskie	-	-	-	15	-	4	-	19	-	40	-	-	4
10. Gdańskie	-	-	-	33	-	19	1	45	-	126	-	-	32
11. Gorzowskie	-	-	-	12	-	1	-	12	-	8	-	-	21
12. Jeleniogórskie	-	-	-	16	-	7	1	7	-	4	-	1	7
13. Kaliskie	1	-	-	16	-	14	-	7	-	1	-	-	16
14. Katowickie	2	-	-	118	-	16	-	104	-	41	-	7	89
15. Kieleckie	-	-	-	30	-	22	-	4	-	33	2	1	29
16. Konińskie	-	-	-	14	-	6	-	2	-	4	-	-	7
17. Koszalińskie	-	-	-	7	1	15	-	15	-	22	-	-	31
18. M.krakowskie	-	-	-	35	-	12	-	21	-	25	-	1	17
19. Krośnieńskie	-	-	-	8	-	4	-	3	-	3	-	-	4
20. Legnickie	-	-	-	25	-	4	-	7	-	2	-	-	11
21. Leszczyńskie	1	-	-	10	-	7	-	7	-	4	-	-	4
22. Lubelskie	-	-	-	19	2	3	-	15	-	44	-	-	2
23. Łomżyńskie	-	-	-	12	-	4	-	-	-	9	-	-	1
24. M.łódzkie	-	-	-	26	-	19	1	21	-	47	-	-	7
25. Nowosądeckie	-	-	-	20	-	1	-	6	-	9	-	-	53
26. Olsztyńskie	-	-	-	25	20	12	-	7	-	13	-	-	13
27. Opolskie	-	-	-	29	-	2	1	27	-	17	-	-	67
28. Ostrołęckie	-	-	-	2	-	3	-	6	-	10	-	-	1
29. Piłskie	-	-	-	5	-	1	-	13	-	3	-	-	42
30. Piotrkowskie	-	-	-	21	1	4	-	9	-	15	-	-	15
31. Płockie	-	-	-	17	2	5	-	6	-	41	-	-	1
32. Poznańskie	-	-	-	34	-	63	-	39	-	10	-	-	54
33. Przemyskie	-	-	-	7	-	7	1	12	-	7	-	-	3
34. Radomskie	-	-	-	18	-	2	-	6	-	8	-	-	6
35. Rzeszowskie	-	-	-	19	-	6	-	6	-	17	-	-	8
36. Siedleckie	-	-	-	23	-	11	-	-	-	17	-	-	1
37. Sieradzkie	-	-	-	16	-	2	-	4	-	7	-	-	2
38. Skierniewickie	-	-	-	8	1	-	1	2	-	12	-	-	-
39. Słupskie	-	-	-	22	4	9	-	15	-	69	-	-	52
40. Suwalskie	-	-	-	33	-	7	-	3	-	28	-	-	4
41. Szczecińskie	-	-	-	19	1	7	-	14	-	104	-	-	14
42. Tarnobrzeskie	-	-	-	34	-	18	-	8	-	23	-	-	1
43. Tarnowskie	-	-	-	20	-	10	-	14	-	9	-	-	6
44. Toruńskie	-	-	-	30	-	7	-	8	-	26	-	-	6
45. Wałbrzyskie	-	-	-	10	-	13	2	8	-	27	-	-	54
46. Włocławskie	-	-	-	10	-	3	-	3	-	12	-	-	2
47. Wrocławskie	-	-	-	33	-	11	-	21	-	12	1	-	24
48. Zamojskie	-	-	-	12	-	4	-	-	-	3	-	-	1
49. Zielonogórskie	-	-	-	8	-	10	-	2	-	8	-	1	23

Zachorowania zgłoszone w okresie 1-15.10.1996 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	43	25	265	525	976	1294	461	1340	1273	59	8	92	-
1. St.warszawskie	-	-	15	27	71	11	-	174	172	2	-	1	-
2. Białkopodlaskie	1	1	-	8	3	41	-	11	10	1	-	3	-
3. Białostockie	13	11	8	21	24	45	-	34	33	1	-	-	-
4. Bielskie	-	-	12	7	89	11	-	21	20	1	-	-	-
5. Bydgoskie	-	-	6	5	8	26	20	38	31	7	-	-	-
6. Chełmskie	-	-	-	-	1	17	44	3	3	-	-	-	-
7. Ciechanowskie	-	-	2	2	-	18	-	4	4	-	-	-	-
8. Częstochowskie	-	-	3	3	43	18	111	18	18	-	-	1	-
9. Elbląskie	-	-	10	10	26	82	-	17	17	-	-	-	-
10. Gdańskie	1	-	7	28	9	35	-	38	35	3	-	-	-
11. Gorzowskie	1	-	1	1	5	17	-	15	15	-	-	3	-
12. Jeleniogórskie	-	-	7	6	15	12	-	16	16	-	-	2	-
13. Kaliskie	-	-	3	4	18	8	-	16	16	-	-	2	-
14. Katowickie	1	1	30	31	165	179	-	122	122	-	-	-	-
15. Kieleckie	1	-	9	6	53	25	14	69	50	19	-	11	-
16. Konińskie	-	-	4	4	3	2	-	15	15	-	-	3	-
17. Koszalińskie	-	-	5	17	4	32	-	17	10	7	-	3	-
18. M.krakowskie	1	-	13	11	20	18	-	39	37	2	-	15	-
19. Krośnieńskie	1	-	1	1	2	23	20	10	10	-	-	-	-
20. Legnickie	-	-	3	3	4	13	6	26	26	-	-	-	-
21. Leszczyńskie	-	-	1	10	4	6	31	10	10	-	-	-	-
22. Lubelskie	1	1	3	11	2	28	-	22	19	3	-	-	-
23. Łomżyńskie	4	3	4	10	3	21	-	13	13	-	-	-	-
24. M.łódzkie	1	1	10	4	10	46	171	30	27	3	-	1	-
25. Nowosądeckie	-	-	1	12	43	19	-	20	20	-	-	-	-
26. Olsztyńskie	4	2	7	-	1	31	3	37	31	3	3	-	-
27. Opolskie	-	-	12	3	36	14	-	30	30	-	-	5	-
28. Ostrołęckie	-	-	4	-	6	39	-	3	2	1	-	-	-
29. Piłskie	-	-	3	1	1	2	1	5	5	-	-	1	-
30. Piotrkowskie	-	-	5	14	13	34	-	21	21	-	-	2	-
31. Płockie	-	-	6	1	-	35	-	17	17	-	-	-	-
32. Poznańskie	1	-	5	7	49	48	40	34	34	-	-	-	-
33. Przemyskie	1	-	2	1	-	25	-	13	9	-	4	-	-
34. Radomskie	-	-	9	2	6	3	-	18	18	-	-	-	-
35. Rzeszowskie	3	-	-	3	14	16	-	19	19	-	-	-	-
36. Siedleckie	-	-	4	51	3	61	-	27	27	-	-	-	-
37. Sieradzkie	-	-	1	3	13	5	-	18	18	-	-	-	-
38. Skierniewickie	1	-	4	8	-	3	-	8	8	-	-	-	-
39. Słupskie	-	-	3	130	8	18	-	24	24	-	-	3	-
40. Suwalskie	4	4	1	14	23	45	-	33	33	-	-	18	-
41. Szczecińskie	-	-	6	2	26	22	-	68	67	-	1	2	-
42. Tarnobrzesckie	1	1	2	1	1	23	-	34	34	-	-	6	-
43. Tarnowskie	-	-	3	6	11	7	-	21	21	-	-	-	-
44. Toruńskie	1	-	-	1	11	20	-	32	30	2	-	-	-
45. Wałbrzyskie	1	-	10	2	19	22	-	10	10	-	-	-	-
46. Włocławskie	-	-	3	6	74	27	-	11	10	1	-	-	-
47. Wrocławskie	-	-	9	22	32	12	-	37	37	-	-	6	-
48. Zamojskie	-	-	2	4	-	24	-	14	12	2	-	-	-
49. Zielonogórskie	-	-	6	1	4	5	-	8	7	1	-	4	-

Błonica w krajach powstałych po byłym ZSRR

W 1995 roku do Biura Europejskiego WHO zgłoszono 50.464 zachorowania na błonicę (w 1994 roku 47.261). Szacowano, że liczba zachorowań w 1995 roku przekroczy 100.000, jeżeli nie zostaną podjęte radykalne środki zapobiegawcze. W Rosji przeprowadzono intensywne szczepienia dorosłych, obejmując nimi blisko 70 milionów osób, tj. 65% dorosłej populacji. W Mołdawii w czerwcu 1995 roku rozpoczęto intensywne szczepienia przeciw błonicy, zwłaszcza dzieci i młodzieży w wieku 7-15 lat, w której to grupie wiekowej było najwięcej zgonów z powodu błonicy. Profilaktyczne podawanie antybiotyków osobom zdrowym ze ścisłego kontaktu z zachorowaniami na błonicę wzrosło z 8,5% takich osób w 1994 roku do 44,5% w 1995 roku.

W pierwszym rządzie zaspokojono w pełni potrzeby na szczepionkę w krajach najbardziej potrzebujących, tj. w Armenii, Azerbejdżanie, Gruzji, Mołdawii, Ukrainie i w tzw. krajach nadbałtyckich. W drugiej grupie krajów, tj. w Białorusi, Kirgistanie i Tadżykistanie, zaspokojono tylko część potrzeb. Pomocy w tym zakresie nie otrzymała ostatnia grupa krajów, tj. Kazachstan, Turkmenia i Uzbekistan. Niektóre kraje, jak Białoruś, Kazachstan i Uzbekistan, angażują własne fundusze w zwalczanie epidemii. Ostatnio podjęto również kroki zmierzające do poprawy laboratoryjnej diagnostyki błonicy (wyprodukowanie i dostarczenie odpowiednich zestawów diagnostycznych).

W 1995 roku w stosunku do roku 1994 liczba zachorowań na błonicę w krajach b. ZSRR wzrosła o 5,4%, z tym że spadła w Rosji o ponad 10%, a wzrosła we wszystkich innych krajach z wyjątkiem Armenii o 82%. W pierwszym kwartale 1996 roku w porównaniu do pierwszego kwartału 1995 roku liczba zachorowań spadła we wszystkich krajach z wyjątkiem Turkmenii.

Dokonano dużego wysiłku w zakresie szczepienia dzieci i dorosłych, zmniejszenia liczby przeciwwskazań, nie stosowania szczepionek o zmniejszonej mocy (zwłaszcza do szczepień pierwotnych), wprowadzono pierwszą dawkę przypominającą szczepionki dzieciom wstępującym do szkoły i następnie w okresie późniejszym, zaszczepiono 80-90% osób dorosłych. W niektórych krajach zastosowano z dobrym skutkiem i bez ubocznych objawów profilaktyczne podawanie antybiotyków osobom ze ścisłego kontaktu z chorymi.

Konieczna jest dalsza pomoc - dostarczanie szczepionki, igieł do iniekcji, strzykawek, antytoksyny, antybiotyków, oraz pomoc laboratoryjna.

Na temat dalszego zwalczania błonicy w krajach powstałych po byłym ZSRR dyskutowano na konferencji w Berlinie w dniach 3-5 czerwca 1996 r.

*na podstawie "CD News" (1996,11,3-6;12,4-7)
opracował W.Magdzik*

Wirusowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych przenoszone przez komary w Rumunii

Badania laboratoryjne przeprowadzone przez Centrum Arbowirusów i Gorączki Krwotocznej w Instytucie Pasteura w Paryżu potwierdziło rozpoznanie wirusowych zapaleń opon mózgowo-rdzeniowych u chorych hospitalizowanych w Bukareszcie. Zachorowania spowodowane były przez wirus Zachodniego Nilu, którego naturalnym rezerwuarem są

migrujące ptaki, a wektorem - komary z gatunku *Culex*. Zachorowania przebiegają z gorączką, a w cięższych postaciach manifestują się objawami zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych i mózgu. Ministerstwo Zdrowia Rumunii podało, że od początku epidemii, która wystąpiła z końcem lipca br. wystąpiło 450 zachorowań, w tym 39 zgonów. Większość zgonów dotyczyła osób starszych. Około 80% chorych pochodziło z Bukaresztu, a pozostali z pięciu rejonów otaczających Bukareszt. Oczekuje się, że epidemia wygaśnie z nastaniem chłódów, które szybko zredukują ilość komarów z gatunku *Culex*.

WHO przeciwstawiła się wprowadzeniu kwarantanny w podróży międzynarodowych do i z Rumunii. Gorączka Zachodniego Nilu występuje w wielu innych krajach Europy, na Środkowym Wschodzie i w Afryce szczególnie tam, gdzie znajdują się trasy migrujących ptaków. WHO uważa, że należy poinformować służbę zdrowia o sposobie postępowania wobec gorączkujących podróżnych przy pierwszym kontakcie z lekarzem. WHO nie odradza podróży do Rumunii, ale zaleca stosowanie zwykłych zasad unikania ukąszenia przez komary.

*na podstawie "CD Update" z 24.08.1996
opracowała J.Żabicka*

Ognisko zatrucia pokarmowego wywołanego przez *Escherichia coli* w Sakai (Japonia)

Z meldunku japońskiego Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej przesłanego do centrali WHO w Genewie wynika, że w ognisku zatrucia pokarmowego, wywołanego przez enterokrwotoczne szczepy *E.coli* (EHEC) w Sakai w regionie Osaka zgłoszono do 24 lipca br. 6.259 zachorowań u dzieci szkolnych oraz 92 przypadki u personelu szkolnego. Na 542 badania prób kału w 287 przypadkach wykryto EHEC serotyp O157.

Ognisko ujawniono 12 lipca br. w Sakai - mieście zamieszkałym przez około 800 tys. mieszkańców. Zachorowania w większości dotyczyły dzieci w wieku 6-12 lat, uczęszczających do 62 szkół podstawowych. Zakażenia rozprzestrzeniły się poprzez śniadania przygotowywane w szkołach z produktów dostarczanych centralnie. Miasto Sakai posiada 92 szkoły podstawowe, do których uczęszcza 48.000 dzieci, i zatrudnia 2.288 nauczycieli. W chwili przekazywania meldunku nośnik zakażenia nie był jeszcze ustalony.

Zachorowania przebiegały z kurczowymi bólami brzucha i biegunką, która była krwista u części chorych. W 92 przypadkach (1,5%) obserwowano zespół krwotoczno-mocznicy (HUS).

Komentarz Centrali WHO. Jak wiadomo enterokrwotoczny serotyp EHEC O157:H7 został po raz pierwszy zidentyfikowany jako drobnoustrój chorobotwórczy dla ludzi w 1982 roku w USA, w ognisku krwawych biegunek związanych ze spożyciem mięsa w postaci hamburgerów. Następnie sporadyczne zachorowania i ogniska obserwowano w wielu rejonach świata, między innymi w USA i Kanadzie, Niemczech, Włoszech, W. Brytanii, Australii, Japonii i Płd. Afryce.

Zachorowania wywołane przez EHEC przebiegają z bólami brzucha i wodnistą biegunką, która u części pacjentów jest krwista. Mogą występować również wymioty i gorączka. Większość chorych zdrowieje bez szczególnego leczenia

w ciągu 10 dni. U niektórych osób, a zwłaszcza małych dzieci i ludzi w podeszłym wieku, w przebiegu zachorowań mogą wystąpić zagrażające życiu powikłania pod postacią syndromu hemolityczno-mocznicowego (HUS) z ostrą niewydolnością nerek, niedokrwistością hemolityczną i trombocytopenią. Ocenia się, że HUS może rozwijać się u około 10% chorych ze śmiertelnością w granicach 3-5%.

Wydaje się, że głównym rezerwuarem zakażeń jest bydło. Zakażenia przenoszą się na ludzi głównie przez zanieczyszczoną żywność, to jest mięso z niedostateczną obróbką termiczną i niepasteryzowane surowe mleko. Do zakażeń może również dochodzić przy fekalnym zanieczyszczeniu wody i zanieczyszczeniu krzyżowym przy obróbce żywności. Zakażenia mogą także przenosić się drogą kontaktu z zakażonym człowiekiem.

Zapobieganie zatruciom pokarmowym wywołanym przez EHEC sprowadza się do przestrzegania wymagań higieny i technologii produkcji posiłków, biorąc pod uwagę, że EHEC ulegają zniszczeniu przy dostatecznej obróbce termicznej.

na podstawie "Wkly Epid.Rec." (1996,30,229-230)
opracował Wojciech Żabicki

Udział pałeczek *Escherichia coli* serotyp O157 w zachorowaniach biegunkowych

Serotyp O157 *Escherichia coli* uważany jest za patogeny dla człowieka. Zaliczany jest do szczepów produkujących enterotoksynę m.in. uszkadzającą tkankę Vero (tzw. verotoksyczne *E.coli* - VTEC, które mogą powodować u niektórych chorych, zwłaszcza dzieci, biegunkę krwotoczną, tzw. enterohemoragiczne *E.coli* - EHEC).

Patogen ten budzi zainteresowanie zespołów badawczych w różnych krajach i aktualnie jest przedmiotem badań naukowych.

Epidemie zatrucia pokarmowego występujące w USA i w Anglii wywoływał szczep sorbitolo-ujemny i jako podłoże różnicująco-wybiórcze stosowano do posiewu próbek kału podłoże Mac Conkey'a z sorbitolem zamiast laktozy.

W USA i w Anglii prowadzony jest surveillance zachorowań wywołanych przez *E.coli* O157. Z cotygodniowych sprawozdań nadsyłanych do Ośrodka Analizy Zachorowań na Choroby Zakaźne w Colindale (Londyn) wynika, że w tygodniach 28-31/96 wykrywano od 10 do 24 zachorowań tygodniowo, a więc liczbę zbliżoną do zachorowań wywołanych przez *Shigella sonnei* (19-33 zachorowania w tygodniu). Ogółem w roku 1996 do 31 tygodnia w Anglii wykryto zakażenie *E.coli* O157 u 240 chorych, *S.sonnei* u 662; rok wcześniej w analogicznym okresie, *E.coli* O157 u 283 chorych, a *S.sonnei* u 2.758, przy czym tylko *S.sonnei* występowała w ogniskach epidemicznych, a *E.coli* O157 w zachorowaniach sporadycznych. Znacznie częściej jako czynnik etiologiczny biegunki występował *Campylobacter*: 25.669 chorych do tygodnia 31/95 i 24.182 do tygodnia 31/96.

W Polsce zachorowania z objawami krwawej biegunki najczęściej wywołane są przez pałeczki *Shigella: S.sonnei* i *S.flexneri*.

Nie obserwowano dotychczas w Polsce epidemicznego występowania zespołu HUS (krwotoczno-mocznicowego). Sporadyczne zachorowania wiązano z zakażeniem *E.coli* serotyp 06 lub innymi zakażeniami bakteryjnymi z ostrą en-

dotoksemią.

W Bangladeszu i krajach Ameryki Środkowej opisywano występowanie tego zespołu w ciężkich zakażeniach pałeczką czerwonki, zwłaszcza *Shigella dysenteriae* 1.

W roku 1995 7 laboratoriów WSSE uczestniczyło w programie badań wykorzystując odczynnik lateksowy, wyprodukowany w PZH pod kierunkiem prof. S.Kałużewskiego do wykrywania *E.coli* O157 w próbkach kału. Wykonano 4.000 oznaczeń i wykryto *E.coli* O157 u dwojga dzieci chorych z objawami biegunki (woj. nowosądeckie i woj. skierniewickie).

Z przeglądu piśmiennictwa światowego nie wynika, że zachorowania wywołane przez EHEC są zjawiskiem częstym.

Prof.dr hab. H.Stypułkowska-Misiurewicz
Kierownik Krajowego Ośrodka *Shigella*

Postęp w eradykacji poliomyelitis w świecie w 1995 r.

Zgodnie z decyzją Światowego Zgromadzenia Zdrowia z 1988 roku o eradykacji poliomyelitis w świecie do 2000 roku, we wszystkich regionach WHO podjęto odpowiednie inicjatywy. Działania eradykacyjne w poszczególnych krajach są wspierane przez liczne organizacje, w tym Rotary, CDC, UNICEF oraz WHO. Ponadto rządy krajów wolnych od poliomyelitis wspierają działalność krajów, w których poliomyelitis występuje jeszcze endemicznie.

Strategie eradykacji poliomyelitis zostały ściśle określone i oparte są na następujących elementach:

1. Zapewnienie wysokiego odsetka uodpornienia dzieci,
2. Realizacja krajowych dni szczepień (National Immunization Days) polegających na szczepieniu wszystkich dzieci w wieku do 5 lat doustną szczepionką przeciw poliomyelitis.
3. Surveillance (nadzór) ostrych porażenia wiotkich (acute flaccid paralysis - AFP) dla wykrycia i przebadania każdego zachorowania podejrzanego o poliomyelitis.
4. Wykonywanie tzw. "oczyszczających" szczepień (mopping up immunization) szczepionką doustną (oral poliomyelitis vaccinia - OPV) wśród ludności, gdzie utrzymuje się transmisja dzikiego wirusa poliomyelitis.

Oszacowano, że w 1990 roku rutynowymi szczepieniami (trzy dawki OPV) objęto w świecie 84% populacji podlegającej szczepieniom i od tego czasu wykonawstwo utrzymywało się na podobnym poziomie. Jednak w Regionie Afrykańskim wykonawstwo szczepień było znacznie niższe w porównaniu z pozostałymi Regionami i dopiero w 1994 r. przekroczyło 50%, a w 1995 r. wynosiło 58%.

Do końca 1995 r. w 62 krajach przeprowadzono przynajmniej jedną akcję Krajowych Dni Szczepień, a w 25 krajach akcje te zorganizowano po raz pierwszy. Uznano, że ważnym czynnikiem mobilizacyjnym był Światowy Dzień Zdrowia - 7.IV.1995 r. W związku z tym dniem w ramach międzyregionalnej akcji MECACAR w 18 sąsiadujących krajach bliskiego wschodu, Kaukazu i środkowej Azji przeprowadzono Krajowe Dni Szczepień, w czasie których zaszczepiono 60 mln dzieci. Akcję tę koordynowało Biuro Europejskie i Biuro Wschodniośroziemnomorskie.

W 1995 r. w ramach Krajowych Dni Szczepień ogółem zaszczepiono około 300 mln dzieci w wieku do 5 lat, tj. 47% światowej populacji dzieci. W grudniu 1995 r. zaszczepiono 195 mln dzieci w Chinach, Indii i Pakistanie.

Do końca 1996 r. wszystkie kraje endemiczne w Europie i Azji oraz część krajów Afryki ma przeprowadzić przynajmniej jeden Krajowy Dzień Szczepień.

Surveillance AFP (nadzór OPW) prowadzi obecnie 120 krajów ale tylko w 35 jest na odpowiednim poziomie i ujawnia jeden przypadek OPW na 100 tys. dzieci w wieku poniżej 15 lat.

Sieć laboratoryjna WHO obejmuje obecnie 6 specjalistycznych laboratoriów referencyjnych, 12 regionalnych i 60 krajowych laboratoriów.

Efektywne akcje szczepień typu "mopping up" opiera się na dobrym rozeznaniu immunologicznym. Między innymi w Chinach takie akcje przeprowadzono w dystryktach, gdzie wystąpiły zawleczone zachorowania na *poliomyelitis*.

Liczba zgłoszonych zachorowań na *poliomyelitis* zmniejszyła się z 8.635 w 1994 r. do 6.197 w 1995 r. (o 28%), ale w porównaniu z 1988 r., kiedy zgłoszono 35.251 zachorowań, oznacza to spadek liczby zachorowań o 82%.

W 1995 r. w 150 krajach nie zgłoszono zachorowań na *poliomyelitis*, w 27 krajach zgłoszono 1 do 10 przypadków, w 30 krajach zgłoszono ponad 10 zachorowań, z 7 krajów nie nadeszły informacje.

Ponieważ w krajach endemicznych surveillance *poliomyelitis* nie jest kompletny WHO szacuje, że w 1995 r. wystąpiło w świecie około 80.000 porażennych zachorowań na *poliomyelitis*.

Postęp Programu Eradykacji poliomyelitis w Regionach

W Regionie Afrykańskim w 1995 r. zgłoszono 1.512 zachorowań na *poliomyelitis* wobec 1.594 w 1994 r. co oznacza spadek o 5%. Na terenie Zairu w mieście Mbujji Maye miała miejsce epidemia, w której zgłoszono 602 zachorowania na *polio*. Mniejszą epidemię, w której zgłoszono 28 zachorowań, stwierdzono w Namibii. Krajowe Dni Szczepień przeprowadzono w 1995 r. w Algierii, Mauretanii i Namibii. Lokalne akcje szczepień przeprowadzono w Angoli i Afryce Południowej. W 1996 r. zaplanowano Krajowe Dni Szczepień w 26, a w 1997 r. w pozostałych krajach Afryki. W 1995 r. jedenaście krajów afrykańskich nie zgłosiło ani jednego zachorowania na *poliomyelitis*; większość tych krajów leży w południowej Afryce lub na wyspach.

W Regionie Amerykańskim *poliomyelitis* nie występuje od sierpnia 1991 r. i nie obserwowano transmisji dzikiego wirusa *polio* z wyjątkiem zawleczenia choroby z Holandii do Kanady, co miało miejsce 1993 r. Badaniami wirusologicznymi objęto 82% spośród 1.928 przypadków OPW zgłoszonych w tym Regionie w 1995 r. i w żadnym przypadku nie wykryto dzikiego wirusa *polio*.

W Regionie Wschodniośroziemnomorskim zgłoszono 738 zachorowań na *poliomyelitis* z 10 krajów. Z 11 krajów nie zgłoszono zachorowań, a trzy kraje nie przekazały meldunków. W 1994 r. zgłoszono 1.015 zachorowań, co oznacza spadek o 28%; a w porównaniu z 1988 r., kiedy zgłoszono 2.339 zachorowań, spadek wyniósł 68%.

Pomimo przeprowadzonych dwóch Krajowych Dni Szczepień, w Pakistanie w 1995 r. zgłoszono 460 zachorowań związanych z ogniskiem *poliomyelitis* w Punjab. Egipt zgłosił 71 zachorowań, a nadzór krajowy wskazuje na ograniczoną, lokalną transmisję zakażeń. W Iranie zgłoszono 101 klinicznych zachorowań na *poliomyelitis* ale w żadnym przypadku nie wykryto dzikiego wirusa *polio*. W dziesięciu krajach zgłoszono przynajmniej jeden przypadek OPW na 100 tys. dzieci. Z wyjątkiem Cypru, Somali, Sudanu i Je-

menu wszystkie kraje w 1995 r. zorganizowały Krajowe Dni Szczepień. Operacja MECASAR będzie powtórzona w 1996 i 1997 roku.

W Regionie Europejskim w 1995 r. zgłoszono 205 zachorowań na *poliomyelitis* z 10 krajów, co oznacza spadek o 4% w porównaniu z 1988 r., kiedy zgłoszono 214 zachorowań. Rosyjska Federacja zgłosiła ogniska zachorowań w Czeczenii, skąd zgłoszono 154 przypadki (75% zachorowań z całego Regionu). Na terenie Czeczenii w 1992 r. wstrzymano szczepienia z powodu działań wojennych. Nie zgłoszono zachorowań w innych krajach kaukaskich oraz z republik azjatyckich, w których przeprowadzano operację MECACAR. W 1995 r. akcja MECACAR była również przeprowadzona w Bułgarii i Turcji, a w 1996 r. obejmie także Rosyjską Federację i Rumunię oraz prawdopodobnie Ukrainę.

W Regionie południowo-wschodniej Azji w 1995 r. zgłoszono z 7 krajów 3.398 zachorowań na *poliomyelitis* wobec 5.112 w 1994 r., co oznacza spadek o 34%. W 1988 r. w tym Regionie było 25.711 zachorowań, co oznacza, że od podjęcia programu eradykacji spadek liczby zachorowań wyniósł 87%. W Indii w 1995 r. zgłoszono 3.142 zachorowania, co w porównaniu z liczbą zachorowań 4.791 zgłoszoną w 1994 r. oznaczało spadek o 34%. W Bangladeszu zgłoszono 207 zachorowań. W 7 krajach Regionu w 1995 i 1996 r. przeprowadzono Krajowe Dni Szczepień, które objęły 93 mln dzieci.

W Regionie zachodniego Pacyfiku w 1995 r. zgłoszono 344 zachorowania na *poliomyelitis*, co oznaczało spadek liczby zachorowań o 51% w porównaniu z 1994 r., w którym zgłoszono 700 zachorowań; i spadek o 84% w porównaniu z liczbą zachorowań w 1988 r. (2.126 przypadków).

W Chinach zgłoszono 91 zachorowań potwierdzonych na podstawie przesłanek epidemiologicznych przy braku potwierdzeń wirusologicznych. Jedno zawleczone zachorowanie wywołane dzikim szczepem wirusa *polio* zgłoszono w południowo-wschodniej prowincji Junnan. Wietnam zgłosił 133 zachorowania potwierdzone na podstawie przesłanek epidemiologicznych, w tym 11 potwierdzono badaniem wirusologicznym. Wydaje się, że krańcem dzikiego wirusa w tym kraju jest ograniczone do doliny Mekongu. W Kambodży zgłoszono 105 zachorowań, a na Filipinach 4 zachorowania potwierdzone na podstawie przesłanek epidemiologicznych.

W komentarzu centrala WHO w Genewie ocenia, że w 1995 roku postępy w eradykacji *poliomyelitis* są zachęcające. Liczba zgłaszanych zachorowań maleje, a liczba krajów stwierdzających zero zachorowań wzrasta. Wysoko oceniono efektywność Krajowych Dni Szczepień, które przynoszą szybki spadek zachorowań na *poliomyelitis*. Jednak dotychczas eradykację *poliomyelitis* potwierdzono w Regionie Amerykańskim. Można uważać, że wiele terenów wyspowych i krajów rozwiniętych jest wolnych od dzikiego wirusa *polio* ale nie można tego potwierdzić dopóki nie zostaną przeprowadzone odpowiednie dowody. W związku z tym niezbędna jest szybka aktywizacja surveillance'u ostrych porażen wiotkich, która może wymagać w większości krajów kilku lat. Surveillance OPW ma umożliwić:

- wykrycie 1 przypadku ostrych porażen wiotkich na 100 tys. dzieci do 15 lat,
- pobranie w 80% przypadków próbek kału w ciągu dwóch tygodni od wystąpienia choroby,
- dostarczenie 90% próbek kału do laboratoriów wirusologicznych,

- izolację enterowirusów niepoliomeletycznych przynajmniej w 10% próbek kału.

Ponieważ działania eradykacyjne obejmują coraz więcej ubogich krajów, znacznie większy będzie udział kosztów pokrywanych ze źródeł zewnętrznych. Łączne koszty zewnętrzne potwierdzenia eradykacji *poliomyelitis* WHO szacuje na ponad 500 mln USD.

na podstawie "Wkly Epid.Rec." (1996,25,189-194)
opracowała Jadwiga Żabicka

Polityka szczepień (3)

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

IV. Przeciwwskazania do szczepień

Żywe szczepionki nie powinny być podawane osobom z upośledzoną odpornością w wyniku choroby, leczenia lekami immunosupresyjnymi lub napromieniowaniem. Zakażeni HIV i chorzy na AIDS powinni być szczepieni szczepionką OPV i przeciw odrze, natomiast osoby z objawami zakażenia HIV nie powinny być szczepione BCG i przeciw żółtej gorączce.

W krajach tropikalnych zaleca się szczepienie dzieci hospitalizowanych przeciw odrze, najlepiej przed lub w czasie hospitalizowania, w obawie przed szpitalnym zakażeniem.

Poważne niepożądane odczyny poszczepienne (uczulenie, wstrząs, zapalenie mózgu, encefalopatia lub niegorączkowe drgawki) są rzeczywistymi przeciwwskazaniami do szczepień.

Druga lub trzecia dawka szczepionki DTP nie powinna być podana dziecku, które miało poważny odczyn poszczepienny po poprzednim szczepieniu. Komórkowa szczepionka przeciw krztuścowi nie powinna być podawana dzieciom z rozwijającą się chorobą neurologiczną (np. z padaczką lub postępującą encefalopatią).

Osoby z uczuleniowymi reakcjami po spożyciu jaj kurzych nie powinny być szczepione szczepionkami wyprodukowanymi na tkance jaja kurzego (szczepionka przeciw żółtej gorączce i grypie). Szczepionka wyprodukowana na kurzych fibroblastach, np. przeciw odrze, może być stosowana takim osobom.

Nie powinny być uznawane za przeciwwskazanie: małego stopnia zakażenie górnych dróg oddechowych lub biegunka z temperaturą ciała do 38,5°C; alergia niewielkiego stopnia, astma; niewielkiego stopnia wcześniactwo; niedożywienie, karmienie piersią; drgawki w wywiadzie u członków rodziny; leczenie antybiotykami, niskimi dawkami kortykosteroidów; dermatozy; egzema lub miejscowe zakażenia skóry; przewlekłe choroby serca, płuc, nerek i wątroby; ustalone neurologiczne zaburzenie jak mózgowy paraliż, choroba Downa, a także fizjologiczna żółtaczka po urodzeniu. Również biegunka nie powinna być przeciwwskazaniem do szczepienia OPV.

V. Odczyny poszczepienne

Związek przyczynowy między odczynem poszczepiennym i szczepieniem określoną szczepionką może być podejrzewany: gdy jest związek między stanem szczepionych i określonym okresem po szczepieniu i gdy wśród szczepionych występują znamienne większe nasilenia objawów, niż

wśród osób z podobnych grup wieku i z podobnych warunków, które nie były ostatnio szczepione.

Najczęstszymi niepożądanymi odczynami są odczyny w wyniku błędów programatycznych (błędów w podaniu szczepionek): ropnie w wyniku niedbałego wstrzyknięcia, ropnie jałowe po wstrzyknięciu źle wymieszanej adsorbowanej szczepionki i ropnie w wyniku niesterylnych igieł i strzykawek. Poważne odczyny poszczepienne są notowane jeżeli szczepionki są podane osobom z rzeczywistymi przeciwwskazaniami, na przykład BCG lub szczepionka przeciw odrze może być przyczyną rozsianej choroby u osoby z immunosupresją.

Odczyn poszczepienny może być spowodowany ponadto właściwościami immunizującego antygeny lub innych substancji wchodzących w skład szczepionki jak antybiotyki, konserwanty lub wodorotlenek glinu użyty jako adiuwant w szczepionkach adsorbowanych.

Odczyny poszczepienne są zarówno łagodne jak i poważnego charakteru np. porażenia po OPV. Łagodne, lokalne objawy po szczepieniu DTP występują z częstością 20-50%. Rzadziej występują jałowe ropnie, zwłaszcza po szczepionkach adsorbowanych. Wysypka i gorączka po szczepionce przeciw odrze, obrzęk, naciek i obrzęk po szczepieniu przeciw durowi brzuszemu lub cholercie są innymi przykładami łagodnych odczynów poszczepiennych.

Po szczepieniu BCG może wystąpić lokalne lub bardziej ogólne powiększenie węzłów chłonnych i długotrwałe owrzodzenie. Zdarza się to najczęściej po zmianie podszczerpu BCG na bardziej odczynotwórczy. Węzły chłonne niejednokrotnie wymagają nakłucia i lokalnego leczenia anty-TB. Niektórzy autorzy zalecają ogólne leczenie erytromycyną lub izoniazidem. Uogólnione zakażenie BCG może wystąpić u osób z immunosupresją. Powinny być one leczone lekami przeciwgruźliczymi.

Niektóre osoby, zwłaszcza w starszym wieku, mogą wykazywać reakcje hyperimmunologiczne na anatoksynę błoniczą, rzadziej na anatoksynę tężcową. Zwłaszcza obserwuje się je po dawkach przypominających podanych osobom z wysokim poziomem przeciwciał przeciw określonym anatoksynom.

Niektóre żywe szczepionki wyprodukowane na zarodku kurzym (przeciw żółtej gorączce i przeciw odrze) mogą wykazywać potencjalne ryzyko dla osób uczulonych na białko kurze.

Poważne odczyny poszczepienne występują rzadko. Do najbardziej poważnych zalicza się zapalenie mózgu po szczepieniu przeciw krztuścowi, porażenia po OPV występujące u osób szczepionych OPV lub kontaktujących się z nimi. W USA oceniono w latach 1986-1989, że 1 taki przypadek występuje przeciętnie na 2,5 tysiąca podanych dawek OPV.

Stosunkowo liczne odczyny poszczepienne notowane są po szczepionce DTP. Nie ma niezaprzecznego dowodu, że komponenta krztuścowa jest przyczyną tego typu odczynów jak zespół Reya, zespół śmierci łóżeczkowej, aseptyczne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, przewlekłe zaburzenia neurologiczne, zespół Guillaina-Barrégo, anemia hemolityczna itp. Bardzo rzadko po DTP obserwuje się również ostrą encefalopatię, drgawki lub wstrząs.

Poważne odczyny są trudne do dokładnej oceny. Z pewnością są one dużo mniej częste, niż powikłania po przebytej chorobie.

Dla przykładu podano częstość powikłań po przechorowaniu na 100.000 przypadków krztuśca i odry oraz częstość

odczynów poszczepiennych na 100.000 dzieci szczepionych DTP i przeciw odrze:

Powikłanie	Krzusiec		Odra	
	przechorowanie	szczepienie DTP	przechorowanie	szczepienie
encefalopatia zapal. mózgu	90 - 4.000	0,2	50 - 400	0,1
drgawki	600 - 8.000	0,3 - 90	500 - 1.000	0,02 - 190
zgon	100 - 4.000	0,2	10 - 10.000	0,02 - 0,3

Politykę EPI-WHO w stosunku do odczynów poszczepiennych sformułować można następująco:

- wszystkie programy szczepień powinny uwzględniać monitoring odczynów poszczepiennych;
- powinien być zorganizowany surveillance odczynów poszczepiennych;
- każdy odczyn poszczepienny powinien być poddany badaniu dla określenia jego przyczyny i zastosowania odpowiedniego leczenia;
- odczyn poszczepienny powinien być omówiony z rodzicami dziecka, pracownikami służby zdrowia, a jeżeli dotyczy większej liczby osób powinien być przedmiotem informacji dla społeczeństwa;
- jeżeli przyczyną odczynu był błąd programowy powinno być podjęte rozwiązanie problemu drogą szkoleń, nadzoru i odpowiednich dostaw.

VI. Zakażenie HIV a szczepienia

Zakażenie HIV i zachorowania na AIDS mają wiele implikacji w stosunku do programów szczepień. Jeżeli zgodnie z zaleceniami EPI stosowane są do szczepień jednorazowe sterylne igły i strzykawki - nie ma żadnego ryzyka transmisji HIV ani żadnej innej choroby szerzącej się drogą naruszenia ciągłości tkanek.

Odra i gruźlica przebiega ciężiej u osób zakażonych HIV niż u seronegatywnych. Odra u zakażonych HIV występuje wcześniej i cechuje się wyższą śmiertelnością. Przebieg pierwotnego zakażenia gruźlicą jest zbliżony do przebiegu postępującej choroby, cięższy niż u seronegatywnych osób; wyniki leczenia gruźlicy są u zakażonych dużo gorsze i śmiertelność jest wyższa. Epidemia zakażeń HIV przyczynia się do zwiększenia liczby zakażeń gruźlicą.

Dotychczas nie zaobserwowano wzrostu niepożądanych odczynów poszczepiennych u osób zakażonych HIV po szczepieniu OPV, przeciw odrze, DTP i przeciw wzv B. Jednoczesne podanie kilku szczepionek może teoretycznie przyspieszyć proces chorobowy, chociaż kliniczne i laboratoryjne dane nie potwierdzają tych obaw.

Przypadki chorób rozsianych w wyniku zakażeń BCG i uogólnionych zakażeń BCG były zgłaszane wśród niemowląt z bezobjawowym zakażeniem HIV. Prospektywne badania porównawcze dotyczące szczepień BCG wśród zakażonych i niezakażonych HIV nie wykazały różnic w ryzyku wystąpienia tych powikłań. Były również informacje o ciężkich odczynach poszczepiennych wśród dorosłych chorych na AIDS szczepionych BCG.

Dane z krajów, gdzie jest dużo osób zakażonych HIV, pozwalają wnioskować, że po szczepieniu OPV następuje wzrost porażennych odczynów poszczepiennych, zwłaszcza wśród osób skontaktowanych z dziećmi szczepionymi OPV.

W krajach, w których ustalo krążenie dzikiego wirusa *polio*, jak np. w USA, stwierdza się brak odporności wśród osób dorosłych. Jest teoretyczne wskazanie do stosowania zabitej szczepionki przeciw *poliomyelitis*. W krajach rozwijających się osoby dorosłe wykazują naturalnie nabytą odporność, i ryzyko porażennych zachorowań wśród osób z kontaktu jest bardzo niskie.

W Zairze badano poziom przeciwciał po szczepieniu w okresie okołoporodowym wśród zakażonych HIV i u niezakażonych. Nie stwierdzono różnic w poziomie przeciwciał tężcowych i przeciw *polio* typu 1, 2 i 3 ale odpowiedź serologiczna dla błonicy i odry była niższa u dzieci zakażonych HIV. Odporność po szczepieniu przeciw wzv B u zakażonych HIV jest niższa i szybciej zanika niż u niezakażonych. Odpowiedź serologiczna kobiet zakażonych i niezakażonych HIV na szczepienie przeciw tężcowi jest zbliżona.

Zaleca się, żeby osoby zakażone HIV lub podejrzane o zakażenie HIV były szczepione szczepionkami EPI zgodnie z narodowym programem szczepień, a w przypadku opóźnień - tak szybko jak to możliwe. Szczególnie wcześniej powinny takie dzieci uzyskać szczepionkę przeciw odrze - pierwszą dawkę w szóstym i drugą w dziewiątym miesiącu życia.

Dzieci z objawowym zakażeniem HIV, tj. z objawami AIDS, powinny otrzymać wszystkie szczepionki przewidziane programem z wyjątkiem szczepionki BCG i przeciw żółtej gorączce.

U dzieci z bezobjawowym zakażeniem HIV szczepienie BCG jest zależne od miejscowej sytuacji epidemiologicznej gruźlicy. Jeżeli sytuacja epidemiologiczna gruźlicy jest zła, szczepienie BCG powinno być dokonane jak najszybciej po urodzeniu, podobnie jak u dzieci niezakażonych HIV. Jeżeli sytuacja epidemiologiczna gruźlicy jest dobra a szczepienie BCG jest zalecane jako postępowanie rutynowe, szczepienie BCG powinno być zaniechane w stosunku do dzieci z rozpoznaną lub podejrzaną infekcją HIV.

IPV powinno być stosowane dzieciom z objawowym zakażeniem HIV alternatywnie w stosunku do OPV.

VII. Odstępy czasu między dawkami tego samego antygeny

Podawanie dawek tych samych szczepionek w odstępach krótszych od 4 tygodni może być przyczyną słabszej odpowiedzi serologicznej i powinno unikać się takiego postępowania. Wydłużenie tych przerw powoduje zwiększenie poziomu przeciwciał, ale bardziej ważne jest przeprowadzenie pełnego cyklu szczepienia podstawowego stosunkowo wcześniej, tj. przed wiekiem wysokiego ryzyka zakażenia, niż uzyskanie optymalnej serologicznej odpowiedzi.

Dłuższe niż zalecane odstępy czasu między szczepieniami nie zmieniają końcowego poziomu przeciwciał po całym cyklu szczepienia. Szczepienia powinny być kontynuowane. Żadne dodatkowe dawki nie są potrzebne.

VIII. Jednoczesne podawanie szczepionek

Różne szczepionki można stosować jednocześnie w oddzielnych dawkach wstrzykiwanych w różne części ciała. EPI-WHO nie zaleca mieszania różnych szczepionek w strzykawce, jak również używania szczepionki płynnej do

rozpuszczenia liofilizatu innej szczepionki. Takie postępowanie może przyczynić się do zmniejszenia skuteczności szczepionek. Jeżeli szczepionki nie zostały podane jednocześnie, powinny być podane w odstępie co najmniej 4 tygodni dla uniknięcia interferencji szczepionek. Rozpuszczanie szczepionek należy przeprowadzać przy użyciu dostarczonego ze szczepionką rozpuszczalnika.

IX. Oczekiwane wyniki szczepień

Szczepienie przeciw odrze i przeciw *poliomyelitis* zmniejszają transmisję zakażenia. Obserwuje się również tzw. zjawisko "odporności zbiorowiskowej".

Szczepionka przeciw krztuścowi ochrania szczepionych przed ciężką chorobą, ale nie powoduje pełnej odporności przed zakażeniem. W związku z tym ma mniejszy wpływ na transmisję zakażenia.

Szczepionka BCG ma mały wpływ na zmniejszenie transmisji zakażeń gruźlicą.

Anatoksyny powodują powstanie przeciwciał dla toksyn bakteryjnych i chronią przed zachorowaniem. Szczepienia anatoksyną błoniczą zmniejszają liczbę zachorowań i nosicieli przez zmniejszenie transmisji zakażenia.

W stosunku do chorób, których rezerwuarem stanowi nie człowiek lecz np. mały lub inne zwierzęta, wpływ szczepień ludzi ma znikomy wpływ na transmisję zakażenia.

Szczepienie, zwłaszcza masowe, powoduje zwykle zmiany cech epidemiologicznych choroby, przeciw której szczepienia są wykonywane. Powoduje zmianę wieku chorujących, następuje zwiększenie zachorowań wśród osób starszych, a epidemie zdarzają się po kilku latach niskiej zapadalności. Poziom przeciwciał u szczepionych osób jest często niższy niż u osób, które uodporniły się przez naturalne zakażenie (wyjątek stanowi zachorowanie na tężec). To prowadzi w konsekwencji do obniżenia poziomu przeciwciał przekazywanych noworodkom przez matki, co ma wpływ na uodpornienie dzieci. Poniżej omówione są szczegółowej wyżej wymienione zmiany w wyniku szczepień.

1. Zmiana wieku chorujących. Wiek chorujących na choroby, przeciw którym stosowane są szczepionki w dzieciństwie, przesuwa się na starsze lata życia. Liczba zachorowań ulega obniżeniu, jeżeli szczepieniami objęte są wysokie odsetki dzieci. Szczepienie przeciw błonicy w wieku niemowlęcym powoduje spadek zachorowań wśród dzieci do lat 5, i stopniowy wzrost zachorowań dzieci w wieku 5-9 lat i starszych. Różyczka jest łagodną chorobą dla dzieci, a jej konsekwencje są bardziej poważne w wieku rozrodczym kobiet z powodu zespołu wrodzonej różyczki u dzieci urodzonych przez kobiety, które nabyły zakażenie różyczką podczas ciąży. Ryzyko zachorowania na *poliomyelitis* z porażeniem wzrasta z wiekiem. Zakażenia HBV niemowląt często przebiegają bezobjawowo ale prowadzą do rozwoju stanu przewlekłego nosicielstwa: u dorosłych zakażenie jest częściej objawowe, ale stan przewlekłego nosicielstwa rozwija się rzadziej.

2. Epidemie. W ostatnich latach obserwowano z kilku powodów epidemie chorób objętych programem EPI, w krajach o dobrym programie i wykonawstwie szczepień.

Jedną z tych przyczyn są tzw. epidemie wyrównawcze, podczas których mogą chorować dzieci starsze i dorośli - głównie nieszczepieni, ale także zaszczepieni, którzy nie zareagowali na podaną szczepionkę lub u których odporność zanikła.

Następną przyczyną są tzw. kieszenie niskiego wykona-

nia szczepień, które mają miejsce zwłaszcza w pewnych geograficznych rejonach jak np. miejskie slamsy, trudno dostępne rejony wiejskie, wyspy lub pewne grupy społeczne - np. grupy etnicznej mniejszości, nomadzi lub grupy religijne albo filozoficzne mające obiekcje co do poddania się szczepieniom. W tego typu kieszeniach najczęściej obserwowano epidemie *poliomyelitis* i odrzy.

Na początku lat dziewięćdziesiątych wystąpiło kilka epidemii błonicy. Przyczynami tych epidemii było obniżenie odporności osób dorosłych, niski odsetek szczepionych dzieci i przemieszczanie się dużych grup ludzkich na znaczne odległości.

Poziom przeciwciał u osób uodpornionych naturalnie jest po upływie odpowiednio długiego czasu wyższy niż u osób uodpornionych sztucznie w wyniku szczepienia. Osoby uodpornione sztucznie powinny otrzymać dawkę przypominającą szczepionki.

Dalszą konsekwencją tego jest przekazywanie przez matki niższego poziomu przeciwciał swoim dzieciom. Pozwala to na wcześniejsze obejmowanie niemowląt szczepieniami, np. przeciw odrze. To stwarza również konieczność szczepienia anatoksyną tężcową matek dla ich uodpornienia i zabezpieczenia przeciw tężcowi urodzonych dzieci, tj. dla ochrony przed tężcem noworodków.

wybór i opracowanie: W. Magdzik

HIV i karmienie niemowląt (Stanowisko tymczasowe UNAIDS)

Każdego dnia rośnie liczba niemowląt urodzonych z zakażeniem HIV. Pandemia AIDS spowodowała zahamowanie postępu w uzyskiwaniu dobrobytu dzieci i zmniejszyła ich szanse na przeżycie.

Znajomość roli mleka kobiecego i karmienia piersią dla zdrowia dziecka, rosnące rozpowszechnienie zakażenia HIV w świecie oraz dowody istnienia ryzyka przeniesienia HIV podczas karmienia piersią, obecnie decydują o podejściu do problemu zakażenia HIV i karmienia niemowląt.

Niżej przytoczone stwierdzenia dostarczają kluczowych argumentów osobom kształtującym podejście do tego problemu.

Perspektywa praw człowieka

Wszystkie kobiety i mężczyźni, bez względu na zakażenie HIV, mają prawo do decydowania o swojej rozrodczości i zdrowiu oraz do dostępu do informacji i służb, które pomagają chronić zdrowie ich i ich rodzin. Tam, gdzie chodzi o zdrowie dzieci, powinno się podejmować decyzje podporządkowane najlepiej pojętemu ich interesowi.

Te zasady są zaczerpnięte z międzynarodowych dokumentów praw człowieka włącznie z Ogólną Deklaracją Praw Człowieka (1948), Konwencją o Eliminowaniu Wszystkich Form Dyskryminacji Kobiet (1979), Konwencją Praw Dziecka (1989) oraz są zgodne z Deklaracją Kairską (1994) i Programem Działania z Beijing (1995).

Zapobieganie zakażeniu HIV kobiet

Olbrzymia większość HIV-dodatnich dzieci została zakażona przez matki, które z kolei najczęściej zakażyły się w czasie niechronionego kontaktu heteroseksualnego. Dlatego

najwyższy priorytet, obecnie i długofalowo, powinny uzyskać podejścia i programy ukierunkowane na zredukowanie podatności kobiet na zakażenie HIV, szczególnie podatności społecznej i ekonomicznej - poprzez poprawę ich statusu w społeczeństwie. Natychmiastowe, praktyczne środki zaradcze powinny obejmować zapewnienie dostępu do informacji o zakażeniu HIV i AIDS, o zapobieganiu im, promocji bezpieczniejszych kontaktów seksualnych włącznie ze stosowaniem prezerwatyw i odpowiednie leczenie chorób przenoszonych drogą kontaktów seksualnych, które znacząco podnoszą ryzyko przeniesienia HIV.

Zdrowie matek i dzieci

Ogólnie rzecz biorąc, karmienie piersią jest korzystne zarówno dla dzieci jak i matek. Znacząco poprawia ono szanse przeżycia dziecka poprzez ochronę przed chorobami biegunkowymi, zapaleniem płuc i innymi potencjalnie śmiertelnymi zakażeniami. Podnosi to jakość życia, dając korzyści psychospołeczne i poprawę odżywienia. Przeciwnie, sztuczne karmienie zwiększa ryzyko dla zdrowia dziecka i wnosi wkład do zgonów dzieci. Karmienie piersią wspiera zdrowie matczyne różnymi drogami: wydłuża okres między porodami oraz pomaga chronić przed rakiem jajnika i piersi.

Jednak istnieje dowód, że HIV - wirus, który powoduje AIDS - może być przenoszony podczas karmienia piersią. Różne, przeprowadzone dotychczas badania wykazują, że od 1/4 do 1/3 liczby dzieci urodzonych przez kobiety zakażone HIV, zakaża się tym wirusem. Podczas gdy w większości przypadków do przeniesienia dochodzi w późnej fazie ciąży i podczas porodu, wstępne badania wykazują, że ponad 1/3 zakażonych niemowląt zakaża się podczas karmienia piersią. Badania te sugerują przeciętne ryzyko przeniesienia HIV podczas karmienia piersią jednego na siedmioro dzieci urodzonych i karmionych piersią przez kobietę żyjącą z HIV (tzn. zakażoną HIV). Potrzebne są dodatkowe dane w celu precyzyjnego określenia czasu przeniesienia HIV podczas karmienia piersią oraz w celu ilościowego określenia ryzyka związanego z karmieniem piersią i wskazania towarzyszących czynników ryzyka. Będzie to przydatne, aby móc dostarczyć matkom żyjącym z HIV lepszych informacji o ryzyku i korzyści z wczesnego odstawienia dziecka od piersi. Potrzebne są także badania pozwalające ocenić inne sposoby postępowania, mające na celu ograniczenie przenoszenia HIV z matki na dziecko.

Przesłanki do określania polityki w zakresie zakażenia HIV i karmienia niemowląt

1. Wspieranie karmienia piersią

Jako ogólna zasada, we wszystkich populacjach, bez względu na częstość zakażenia HIV, karmienie piersią powinno być nadal chronione, promowane i popierane.

2. Poprawa dostępu do poradnictwa i badań w kierunku zakażenia HIV

Kobietom i mężczyznom w wieku rozrodczym powinno się ułatwić dostęp do dobrowolnego i poufnego poradnictwa i badań w kierunku zakażenia HIV. Fragmentem tego rodzaju działalności jest zagwarantowanie wspierającego środowiska, które raczej zachęca poszczególne osoby do poinformowania się i zasięgnięcia porady o swoim statusie serologicznym, niż środowiska zniechęcającego z powodu obawy przed dyskryminacją i stygmatyzacją.

W ramach poradnictwa kobiety i mężczyźni w wieku rozrodczym powinni być informowani o następstwach ich zakażenia HIV dla zdrowia i dobrobytu dzieci.

Poradnictwo dla kobiet, świadomych swego statusu serologicznego, jeśli chodzi o zakażenie HIV, powinno obejmować najlepsze dostępne informacje o korzyściach wynikających z karmienia piersią, o ryzyku przeniesienia HIV podczas karmienia piersią oraz o ryzyku i możliwych korzyściach związanych z innymi metodami karmienia niemowląt.

3. Zapewnienie świadomego wyboru

Ponieważ oboje rodzice są odpowiedzialni za zdrowie i dobrobyt dzieci, a wybrana metoda karmienia niemowlęcia ma dla całej rodziny następstwa zdrowotne i finansowe, matki i ojcowie powinni być zachęceni do wspólnego podejmowania decyzji w tej sprawie. Jednak są matki, które są w lepszej sytuacji aby decydować o tym czy karmić piersią. Ma to miejsce szczególnie wówczas, gdy ich stan serologiczny jest znany, a chcą one zachować prawo do traktowania tej informacji jako poufnej. Dlatego jest ważne, aby kobietom umożliwić podjęcie całkowicie świadomej decyzji o karmieniu niemowlęcia i aby były one odpowiednio wspierane w wywiązaniu się z niej. Wsparcie powinno obejmować promowanie higienicznego środowiska, zaopatrzenie w rzeczywiście czystą wodę i kanalizację - czynniki minimalizujące ryzyko dla zdrowia zastępczo, sztucznie karmionego niemowlęcia.

Ryzyko dla zdrowia i życia niemowląt jest mniejsze, jeśli dzieci urodzone przez kobiety żyjące z HIV mają nieprzerwany dostęp do substytutów mleka kobiecego, równoważnych mu pod względem wartości odżywczych, które są bezpiecznie przygotowane i którymi niemowlęta są dobrze odżywione, gdy nie są karmione piersią. Jednak jeśli te warunki nie są spełnione, a w szczególności w środowisku, w którym choroby zakaźne i niedożywienie są wiodącymi przyczynami zgonów niemowląt, sztuczne karmienie znacząco zwiększa ryzyko zachorowań i zgonów dzieci.

4. Zapobieganie komercjalnemu naciskowi na sztuczne karmienie

Wytwórciom i dystrybutorom produktów, które wchodzą w zakres kompetencji Międzynarodowego Kodeksu Handlu Substytutami Mleka Kobiecego (1981), powinno się przypominać o ich odpowiedzialności wynikającej z Kodeksu. Należy kontynuować niezbędne działania zmierzające do zapewnienia, że ich postępowanie jest na każdym poziomie dostosowane do zasad i celów Kodeksu.

*na podstawie: "HIV and Infant Feeding: An Interim Statement", UNAIDS, lipiec 1996
opracowała Wanda Szata*

"Meldunki" opracowuje zespół: Ewa Cielebak, 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.