

Meldunek 11/A/96

o zachorowaniach na choroby zakaźne, zatruciach i zakażeniach szpitalnych zgłoszonych w okresie od 1.11 do 15.11.1996 r.

(do użytku służbowego)

Jednostka chorobowa (symbol wg IX rewizji "Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób")	Meldunek 11/A		Dane skumulowane	
	1.11.96. do 15.11.96.	1.11.95. do 15.11.95.	1.01.96. do 15.11.96.	1.01.95. do 15.11.95.
AIDS - Zespół nabytego upośledzenia odporności (079)	2	2	103	109
Dur brzuszny (002.0)	1	1	6	12
Dury rzekome A.B.C. (002.1-002.3)	-	-	3	7
Inne salmonelozy: ogółem (003)	898	915	24158	28399
Czerwonka (004; 006.0)	24	32	462	703
Biegunki u dzieci do lat 2 (008; 009)	391	493	13213	17920
Błonica (032)	-	-	9	-
Krztusiec (033)	15	13	221	505
Płonica (034.1)	769	836	18403	22944
Tężec (037; 670; 771.3)	2	1	39	41
Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych: razem	624	1012	10741	5307
w tym: meningokokowe (036.0)	5	9	127	146
inne bakteryjne (320.0-320.3; 320.8; 320.9)	78	94	1450	1294
wirusowe, surow. nieokreś. (047; 049.0; 049.1; 053.0; 054.7)	505	837	8676	3464
nieokreślone etiologicznie (322)	36	72	488	403
Ospa wietrzna (052)	7361	4707	105421	158569
Odra (055)	18	12	583	698
Różyczka (056; 771.0)	1557	576	72970	54404
Zapalenie mózgu: razem	27	35	533	462
w tym: arbowirusowe (062-064)	15	19	218	218
wirusowe nieokreślone (049.9)	2	10	116	86
poszczepienne (323.5)	-	-	-	-
inne i nieokreślone (054.3; 323.1; 323.8; 323.9)	10	6	199	158
Wirusowe zap. wątroby: typu B (070.2; 070.3)	240	334	5697	7903
inne i nieokreś. (070.0; 070.1; 070.4-070.9)	547	1139	10361	17979
Nagminne zapalenie przyusznic (072)	1988	2494	33369	74657
Świerzb (133.0)	1318	1784	16693	19500
Grypa (487)	321	21646	2703726	763527
Zatrucia i zakażenia pokarmowe: ogółem	1035	1057	27121	32401
w tym: bakteryjne: razem	1021	1031	26728	31945
w tym: salmonelozy (003.0)	893	912	24106	28342
enterotoksyna gronkowcowa (005.0)	21	-	209	734
botulizm (005.1)	4	7	91	107
Cl.perfringens (005.2)	-	-	2	-
inne i nieokreślone (005.3; 005.4; 005.8; 005.9)	103	112	2320	2762
grzybami (988.1)	5	22	201	293
chemiczne: ogółem (988.2; 988.8; 988.9; 989)	9	4	192	163
w tym: chemicznymi środkami ochr. roślin (989.2-989.4)	-	1	13	11
Zatrucia zw. chemicznymi /z wyj.pokarm./: ogółem (960-987; 989)	273	328	8849	7901
w tym: chemicznymi środkami ochrony roślin (989.2-989.4)	6	3	134	160
Zakażenia szpitalne: ogółem	87	62	1979	1952
w tym: na oddz. noworodkowych i dziec. (003; 041; 079; 136.9)	22	16	525	526
następstwa zabiegów medycznych (003; 041; 079; 136.9)	29	44	679	813
wywołane pałeczkami Salmonella (003)	5	3	296	359
Porażenie dziecięce nagminne (045)	-	-	-	-
Dur plamisty i inne riketsjozy (080-083)	-	-	-	1
Włośnica (124)	-	-	30	90

Zachorowania zgłoszone w okresie 1-15.11.1996 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	2	1	-	898	24	391	15	769	2	624	5	18	1557
1. St.warszawskie	-	1	-	56	2	37	2	54	-	42	-	-	29
2. Białkopodlaskie	-	-	-	3	-	2	-	5	-	12	-	-	24
3. Białostockie	-	-	-	25	-	5	2	13	-	24	1	-	144
4. Bielskie	-	-	-	18	-	20	-	26	-	6	1	2	41
5. Bydgoskie	-	-	-	18	-	7	1	24	-	23	-	-	30
6. Chełmskie	-	-	-	3	-	1	-	9	-	2	-	-	3
7. Ciechanowskie	-	-	-	7	-	2	-	13	-	12	-	-	6
8. Częstochowskie	-	-	-	7	-	6	-	14	-	4	-	1	18
9. Elbląskie	-	-	-	8	-	7	-	10	-	9	-	-	23
10. Gdańskie	-	-	-	26	-	18	-	32	-	47	1	-	115
11. Gorzowskie	-	-	-	8	2	3	-	11	-	5	-	-	93
12. Jeleniogórskie	-	-	-	21	-	6	-	11	-	2	1	-	9
13. Kaliskie	-	-	-	16	-	9	-	7	-	6	-	-	7
14. Katowickie	-	-	-	45	1	12	2	110	-	16	-	9	170
15. Kieleckie	-	-	-	32	-	29	1	6	-	27	1	-	48
16. Konińskie	-	-	-	10	-	8	-	6	-	7	-	-	26
17. Koszalińskie	-	-	-	6	-	15	-	20	-	14	-	-	41
18. M.krakowskie	-	-	-	20	-	4	2	74	1	16	-	-	43
19. Krośnieńskie	-	-	-	12	-	6	-	-	1	2	-	-	4
20. Legnickie	-	-	-	24	-	2	2	6	-	10	-	1	16
21. Leszczyńskie	-	-	-	11	-	6	-	3	-	-	-	-	8
22. Lubelskie	-	-	-	12	-	7	-	23	-	37	-	1	4
23. Łomżyńskie	-	-	-	15	-	2	-	12	-	2	-	-	13
24. M.łódzkie	1	-	-	24	-	6	2	18	-	47	-	-	41
25. Nowosądeckie	-	-	-	8	1	1	-	3	-	6	-	-	12
26. Olsztyńskie	-	-	-	29	1	10	-	8	-	4	-	1	7
27. Opolskie	-	-	-	23	-	3	-	27	-	8	-	2	154
28. Ostrołęckie	-	-	-	1	-	9	-	9	-	5	-	-	1
29. Piłskie	-	-	-	16	-	1	-	14	-	8	-	-	30
30. Piotrkowskie	1	-	-	46	1	-	-	6	-	19	-	-	11
31. Płockie	-	-	-	4	1	2	-	6	-	7	-	-	1
32. Poznańskie	-	-	-	54	-	48	-	69	-	16	-	-	52
33. Przemyskie	-	-	-	13	-	4	-	14	-	5	-	-	2
34. Radomskie	-	-	-	6	-	6	-	6	-	3	-	-	-
35. Rzeszowskie	-	-	-	7	-	5	-	2	-	32	-	-	9
36. Siedleckie	-	-	-	13	-	7	-	-	-	9	-	-	3
37. Sieradzkie	-	-	-	9	-	2	-	4	-	5	-	-	-
38. Skierniewickie	-	-	-	10	-	-	-	5	-	3	-	-	8
39. Słupskie	-	-	-	9	6	3	-	6	-	23	-	-	37
40. Suwalskie	-	-	-	15	-	2	-	2	-	15	-	-	11
41. Szczecińskie	-	-	-	7	3	12	-	13	-	28	-	-	19
42. Tarnobrzeskie	-	-	-	55	-	10	-	7	-	10	-	-	8
43. Tarnowskie	-	-	-	7	-	14	-	7	-	3	-	-	27
44. Toruńskie	-	-	-	28	1	3	-	16	-	14	-	-	19
45. Wałbrzyskie	-	-	-	39	4	5	-	7	-	6	-	-	111
46. Włocławskie	-	-	-	7	-	8	-	3	-	4	-	-	-
47. Wrocławskie	-	-	-	32	1	10	1	23	-	13	-	1	31
48. Zamojskie	-	-	-	7	-	4	-	2	-	5	-	-	1
49. Zielonogórskie	-	-	-	26	-	2	-	3	-	1	-	-	47

Zachorowania zgłoszone w okresie 1-15.11.1996 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	27	15	240	547	1988	1318	321	1035	1021	5	9	87	-
1. St.warszawskie	-	-	20	28	105	19	61	55	54	1	-	9	-
2. Białkopodlaskie	1	-	3	10	2	59	-	3	3	-	-	-	-
3. Białostockie	5	5	4	14	62	25	-	25	25	-	-	4	-
4. Bielskie	-	-	6	3	93	17	-	22	21	1	-	16	-
5. Bydgoskie	1	-	2	7	48	23	8	29	28	1	-	-	-
6. Chełmskie	-	-	1	-	1	6	-	3	3	-	-	-	-
7. Ciechanowskie	-	-	1	3	2	11	-	7	7	-	-	-	-
8. Częstochowskie	1	1	5	2	105	19	-	7	7	-	-	1	-
9. Elbląskie	-	-	1	1	17	81	-	10	10	-	-	-	-
10. Gdańskie	1	-	6	23	18	35	-	34	34	-	-	1	-
11. Gorzowskie	-	-	-	-	12	32	-	12	12	-	-	5	-
12. Jeleniogórskie	-	-	2	19	17	18	-	32	32	-	-	2	-
13. Kaliskie	1	-	3	-	24	14	-	16	16	-	-	3	-
14. Katowickie	-	-	41	15	381	110	8	58	58	-	-	-	-
15. Kieleckie	-	-	15	7	154	4	3	36	36	-	-	4	-
16. Konińskie	-	-	1	-	4	10	-	11	11	-	-	1	-
17. Koszalińskie	-	-	5	26	11	41	-	7	7	-	-	4	-
18. M.krakowskie	-	-	8	8	84	25	-	44	44	-	-	1	-
19. Krośnieńskie	-	-	1	2	16	19	2	13	12	1	-	-	-
20. Legnickie	-	-	2	3	19	23	-	24	24	-	-	-	-
21. Leszczyńskie	-	-	2	15	-	11	42	11	11	-	-	-	-
22. Lubelskie	-	-	4	8	24	24	-	12	12	-	-	-	-
23. Łomżyńskie	3	3	4	19	2	7	-	15	15	-	-	-	-
24. M.łódzkie	-	-	8	4	18	144	128	31	24	-	7	5	-
25. Nowosądeckie	-	-	4	8	57	6	-	8	8	-	-	-	-
26. Olsztyńskie	-	-	6	3	11	57	-	31	31	-	-	1	-
27. Opolskie	1	1	3	2	24	5	50	25	25	-	-	2	-
28. Ostrołęckie	-	-	1	1	8	21	-	1	1	-	-	-	-
29. Piłskie	-	-	1	5	11	12	2	16	16	-	-	-	-
30. Piotrkowskie	-	-	4	7	24	19	-	46	46	-	-	-	-
31. Płockie	-	-	7	1	8	14	-	4	4	-	-	-	-
32. Poznańskie	1	-	6	5	123	47	17	54	54	-	-	11	-
33. Przemyskie	1	-	-	2	1	21	-	18	16	-	2	-	-
34. Radomskie	-	-	16	4	18	6	-	6	6	-	-	-	-
35. Rzeszowskie	4	-	-	3	8	5	-	7	7	-	-	-	-
36. Siedleckie	-	-	8	72	11	10	-	16	16	-	-	-	-
37. Sieradzkie	-	-	3	4	7	15	-	9	9	-	-	-	-
38. Skierniewickie	-	-	-	7	-	26	-	10	10	-	-	-	-
39. Słupskie	-	-	-	151	10	16	-	9	9	-	-	-	-
40. Suwalskie	3	3	1	6	16	37	-	16	16	-	-	10	-
41. Szczecińskie	-	-	6	5	36	28	-	28	28	-	-	-	-
42. Tarnobrzeskie	-	-	1	6	9	25	-	55	55	-	-	6	-
43. Tarnowskie	-	-	4	6	25	10	-	7	7	-	-	-	-
44. Toruńskie	2	-	2	5	9	62	-	28	28	-	-	-	-
45. Wałbrzyskie	2	2	4	1	43	18	-	40	40	-	-	-	-
46. Włocławskie	-	-	4	1	144	19	-	9	9	-	-	-	-
47. Wrocławskie	-	-	11	18	148	22	-	42	42	-	-	-	-
48. Zamojskie	-	-	1	6	2	26	-	8	7	1	-	1	-
49. Zielonogórskie	-	-	2	1	16	14	-	25	25	-	-	-	-

Zachorowania na boreliozę w Polsce w III kwartale 1996 r.

W III kwartale br. zarejestrowano w Polsce ogółem 308 przypadków boreliozy, tj. pięciokrotnie więcej niż w I i II kwartale br. razem (20 i 41). W 117 przypadkach chorych hospitalizowano.

Na tak wyraźny wzrost liczby zarejestrowanych zachorowań wpłynęły dwa czynniki: sezonowy wzrost zapadalności oraz coraz większe zainteresowanie boreliozą ze strony lekarzy i nadzoru epidemiologicznego.

Z informacji uzyskanych z Departamentu Zdrowia Publicznego MZiOS wynika wprawdzie, że bezpośrednio po wystąpieniu Głównego Inspektora Sanitarnego do wszystkich lekarzy wojewódzkich (w lipcu br.) w sprawie rejestracji boreliozy tylko trzy województwa (gdańskie, legnickie i łódzkie) formalnie zawiadomiły Departament o wprowadzeniu na swym terenie obowiązku zgłaszania wszystkich podejrzeń i rozpoznaj tej choroby, ale w praktyce oddźwięk na wystąpienie Głównego Inspektora Sanitarnego był jednak znacznie szerszy. Świadczą o tym nie tylko liczby zgłaszanych zachorowań, ale także zapowiedzi korekty dotychczasowych zgłoszeń (np. WSSE w Szczecinie sygnalizowała zgłoszenie w najbliższych dniach w trybie korekty do wcześniejszych "Meldunków" około 20 przypadków zachorowań na boreliozę potwierdzoną badaniem płynu mózgowo-rdzeniowego, inne województwa sygnalizowały korekty związane z wykryciem pojedynczych przypadków.). Pośrednio, na stopniowe rozszerzanie się i uszczelnianie systemu epidemiologicznego nadzoru nad boreliozą w Polsce może też wskazywać wyraźny w III kwartale wzrost w ogólnej liczbie zarejestrowanych przypadków udziału zachorowań, które nie były hospitalizowane. O ile zachorowania takie stanowiły w I kwartale około 35% (w II ok. 25%), to w III

kwartale ich udział wzrósł do ponad 60%.

W III kwartale zachorowania na boreliozę zarejestrowano w Polsce na terenie 43 województw (w I i II kwartale tylko na terenie 12).

Najwięcej zanotowano w woj. olsztyńskim (30), białostockim (28), bydgoskim (21), bielskim i suwalskim (po 17), warszawskim (16), katowickim (15), kieleckim, krośnieńskim, lubelskim i tarnowskim (po 14) oraz opolskim (12). W pozostałych województwach liczba zarejestrowanych przypadków wahała się od 1 (11 województw) do 8.

W ciągu trzech pierwszych kwartałów ogółem najwięcej zachorowań na boreliozę zarejestrowano w woj. białostockim - 53 (ok. 14% wszystkich przypadków zarejestrowanych w całym kraju), oraz w woj. olsztyńskim (30), bydgoskim (24), suwalskim (23), warszawskim i bielskim (po 19), krośnieńskim (17) i katowickim (15).

Po upływie trzech kwartałów prowadzenia rejestracji nie zanotowano zachorowań jedynie na terenie trzech województw: elbląskiego, kaliskiego i konińskiego.

red.

Częstość wykrywania zakażenia HBV i HCV u krwiodawców w Polsce

Porównując dane dotyczące markerów serologicznych HBV i HCV w 1994 r. (Załącznik do Meldunku 8A/95) i w 1995 r. można stwierdzić, że częstość ich wykrywania w odniesieniu do liczby pobrań krwi (donacji) nie uległa zmianie. W 1995 r. zmniejszył się nieco odsetek krwiodawców wielokrotnych z wykrywanymi markerami HBV i HCV. Zaobserwowano natomiast wzrost wykrywalności tych markerów u kandydatów na krwiodawców. Dane te, jakkolwiek dotyczą wyselekcjonowanej grupy (przewaga

Tabela 1. Znaczniki serologiczne HBV i HCV wykryte w 1995 r. w odniesieniu do liczby kandydatów na krwiodawców i krwiodawców.

Stacja Krwiodawstwa	Kandydaci na krwiodawców					Krwiodawcy wielokrotni				
	Ogółem	HBsAg+	%	Anty-HCV	%	Ogółem	HBsAg+	%	Anty-HCV	%
Białystok	4.720	70	1,48	56	1,19	12.461	12	0,10	27	0,22
Bydgoszcz	5.727	64	1,12	69	1,20	16.400	9	0,05	46	0,28
Częstochowa	1.561	14	0,90	25	1,60	4.315	11	0,25	41	0,95
Gdańsk	9.528	96	1,01	68	0,71	14.161	18	0,13	117	0,82
Kalisz	3.515	68	1,93	56	1,59	5.963	0	0	3	0,05
Katowice	7.442	119	1,57	108	1,45	59.328	52	0,09	197	0,33
Kielce	6.581	37	0,56	95	1,44	13.495	1	0,01	5	0,04
Kraków	8.814	94	1,07	78	0,88	13.645	10	0,07	32	0,23
Lublin	6.848	61	0,89	79	1,12	11.746	6	0,05	40	0,34
Łódź	15.532	163	1,05	149	0,96	24.440	22	0,09	83	0,34
Olsztyn	3.709	53	1,43	76	2,05	6.378	8	0,13	31	0,49
Opole	1.472	22	1,49	7	0,48	6.045	8	0,13	15	0,25
Poznań	15.064	104	0,69	147	0,98	11.465	1	0,01	55	0,48
Radom	661	2	0,30	10	1,51	25.670	16	0,06	95	0,37
Rzeszów	9.424	48	0,51	98	1,04	11.551	8	0,07	83	0,72
Słupsk	3.173	55	1,73	23	0,72	7.218	23	0,32	29	0,40
Szczecin	6.372	103	1,62	77	1,21	17.416	16	0,09	55	0,32
Wałbrzych	3.288	33	1,00	36	1,09	12.325	17	0,14	63	0,51
Warszawa	26.969	184	0,68	289	1,07	22.791	3	0,01	19	0,08
Wrocław	8.409	74	0,88	87	1,03	13.431	32	0,24	82	0,61
Zielona Góra	1.321	10	0,76	26	1,07	4.458	3	0,07	11	0,25
Razem	150.130	1.472	0,98	1.659	1,10	314.702	276	0,09	1.129	0,36

płci męskiej i wieku 18-30 lat) mogą wskazywać na pewien wzrost zakażeń w populacji.

Tabela 2. Znaczniki serologiczne HBV i HCV wykryte u kandydatów na krwiodawców i krwiodawców w 1995 r. w odniesieniu do liczby pobrań krwi.

Stacja Krwiodawstwa	Liczba pobrań krwi	Dawcy HBsAg+		Dawcy anty-HCV+	
		Liczba	%	Liczba	%
Białystok	37.181	82	0,22	83	0,22
Bydgoszcz	60.343	73	0,12	115	0,19
Częstochowa	9.893	25	0,25	66	0,67
Gdańsk	52.400	114	0,22	185	0,35
Kalisz	24.583	68	0,28	59	0,24
Katowice	128.342	171	0,14	305	0,25
Kielce	27.550	38	0,14	100	0,36
Kraków	44.885	104	0,23	110	0,24
Lublin	42.896	67	0,16	119	0,28
Łódź	45.209	185	0,28	232	0,51
Olsztyn	30.914	61	0,21	107	0,35
Opole	20.350	30	0,15	23	0,11
Poznań	49.226	105	0,21	202	0,41
Radom	26.331	18	0,07	105	0,40
Rzeszów	41.860	56	0,13	181	0,43
Słupsk	28.253	78	0,18	52	0,18
Szczecin	57.196	119	0,20	132	0,23
Wałbrzych	35.140	50	0,14	99	0,28
Warszawa	93.715	187	0,20	308	0,33
Wrocław	42.913	106	0,25	169	0,39
Zielona Góra	14.558	13	0,09	37	0,25
Razem	913.738	1.748	0,19	2.788	0,31

*Prof.dr hab. H.Seyfriedowa
Instytut Hematologii i Transfuzjologii*

Spotkanie na temat zapobiegania i zwalczania wirusowego zapalenia wątroby typu B w Centralnej i Wschodniej Europie Sjfok (Węgry) 7-9 października 1996 r.

Spotkanie zostało zorganizowane przez Viral Hepatitis Prevention Board (VHPB), Światową Organizację Zdrowia (WHO) oraz Ośrodek Zapobiegania i Zwalczania Chorób w USA (CDC).

Podczas spotkania omówiono aktualnie najbardziej istotne problemy związane z sytuacją epidemiologiczną, zapobieganiem i zwalczaniem wirusowego zapalenia wątroby typu B tak na świecie, jak i w poszczególnych reprezentowanych na spotkaniu krajach. Niżej przedstawiono poruszone podczas obrad problemy, które należy uznać za najbardziej istotne.

* * *

Zakażenia HBV u małych dzieci są bezpośrednio częstą przyczyną przewlekłego zapalenia wątroby i jego następstw (marskość, pierwotny rak wątroby) bez objawów okresu ostrego wzw B.

Dawki przypominające szczepionki przeciw wzw B należy podawać po 10-15 latach od szczepienia podstawowego. Są również przesłanki, aby przy niskiej ekspozycji na zakażenie nie podawać ich w ogóle. Nie są ugruntowane

poglądy dotyczące podawania dawek przypominających osobom z silnej ekspozycji na zakażenie, np. pracownikom służby zdrowia. Były nawet wypowiedzi dotyczące przeprowadzania badań poziomu przeciwciał po szczepieniu i opierania się o te wyniki przy określaniu odstępów czasu między szczepieniem podstawowym i dawką przypominającą. Inne wypowiedzi można streścić następująco: w rutynowym postępowaniu jak najmniej badać, jak najwięcej szczepić.

Na podstawie podawanych danych i przeprowadzonej dyskusji najbardziej słuszne wydaje się pozostawienie, jak dotychczas, dla tej grupy ryzyka odstępów czasu około 5 lat między szczepieniem podstawowym, a dawką przypominającą.

Celowe jest przeprowadzanie okresowych screeningów dotyczących odsetka nosicieli w populacji. Screeningi te wskazane jest przeprowadzać wśród dzieci (w tym niemowląt), kobiet w ciąży, dawców krwi, innych grup populacji. W screeningach, zwłaszcza kobiet w ciąży, wskazane jest badanie HBeAg. Zakażenie noworodków występuje znacznie częściej, gdy matka posiada HBeAg. Dzieci urodzone przez kobiety HBeAg+ są zakażone w 37-62%, a zachorowują w 22-31%, a urodzone przez kobiety HBeAg- są zakażone w 23-37%, a zachorowują w 1-6%.

Pod względem odsetka nosicieli Region Europejski WHO jest podzielony na 5 następujących subregionów:

- północno-zachodni - poniżej 0,1%
- środkowo-zachodni - 0,1-0,5%
- południowo-zachodni - 1,0-5,0%
- wschodni - 2,0-7,0%
- centralno-azjatycki - powyżej 7,0%.

Zapadalność na wzw B w krajach Środkowej Azji waha się od 100, nawet do 1.000 na 100.000. Zaskakująca była informacja ze Stanów Zjednoczonych, że w niektórych latach zapadalność na wzw B w tym kraju dochodziła w populacji generalnej do 100, a wśród pracowników służby zdrowia nawet do 300 na 100.000.

Również zaskakująca była informacja ze Stanów Zjednoczonych, że po zastosowaniu szczepienia i immunoglobuliny anti-HBV noworodkom urodzonym przez zakażone HBV matki obserwowano znacznie więcej zakażeń niż wśród tych noworodków, którym zastosowano tylko szczepienie. Informator nie udzielił odpowiedzi na pytanie o przyczyny tej obserwacji. Postawiono zarzut, że immunoglobulina była zakażona HBV.

Delegacja polska przedstawiła sytuację epidemiologiczną wzw B w Polsce na tle sytuacji w Europie w ostatnich kilkunastu latach, podkreślając wysoką liczbę zachorowań i wysoki odsetek zakażeń w zakładach służby zdrowia. Podano także program szczepień ochronnych wdrożonych pomiędzy 1989 a 1996 r. i uzyskane dotychczas wyniki. Raport ten wzbudził duże zainteresowanie wśród uczestników konferencji. Był przyczyną dyskusji fragmentarycznych podczas obrad grup roboczych. W szczególności zainteresowanie budziło uwzględnienie w kalendarzu szczepień uodpornienia grup ryzyka, a zwłaszcza osób przygotowujących do planowanych zabiegów operacyjnych.

Przed zakończeniem obrad opracowany został projekt raportu ze spotkania, zamieszczony niżej.

* * *

Informacje ogólne. Wzw B jest chorobą o dużym znaczeniu. Ponad 350 milionów ludzi na świecie jest przewlekłe zakażonych HBV. Przewlekłe choroby wątroby i pierwotny rak wątroby w wyniku zakażenia HBV są zmienną

przyczyną chorób i zgonów. Ponad 1 milion ludzi umiera rocznie z powodu następstw przewlekłego zakażenia HBV. Ogólnoswiatowe przedsięwzięcia celem zapobiegania i zwalczania zakażeń HBV uzyskały szczególny priorytet, zwłaszcza wówczas, gdy stały się dostępne skuteczne i bezpieczne szczepionki.

W Centralnej i Wschodniej Europie stwierdza się wszystkie poziomy endemiczności tej choroby. Większość jednak populacji w tym regionie mieszka na terenach o wysokim lub średnim poziomie endemiczności. W Regionie Europejskim WHO ponad 1 milion ludzi zostaje zakażonych rocznie HBV. Najwięcej zachorowań występuje w Nowych Niezależnych Krajach. Zakażenia szpitalne są tu zasadniczym problemem. Wzwb B jest uważane w kilku krajach za najważniejszą chorobę zakaźną, będącą główną przyczyną zgonów wśród chorób, przeciw którym stosowane są szczepienia ochronne. Szczepienie przeciw wzwb B jest uważane za jedną z najbardziej skutecznych interwencji w zakresie ochrony zdrowia.

W 1991 r. Grupa Doradcza Rozszerzonego Programu Szczepień (EPI) zaapelowała do wszystkich krajów o włączenie szczepienia przeciw wzwb B do kalendarzy szczepień do 1997 r. W ten sposób szczepionka przeciw wzwb B stała się siódmym "uniwersalnym" antygenem programu EPI. Rutynowe szczepienie niemowląt jest zalecane krajom, w których występują przewlekłe zakażenia HBV (nosicielstwo) w odsetku 2% lub wyższym. Krajom o niższej endemiczności zaleca się szczepienie młodzieży zamiast, lub łącznie ze szczepieniem niemowląt. Ponad 80 krajów na świecie włączyło szczepienie przeciw wzwb B do swoich narodowych programów szczepień, ale tylko 5 spośród 25 krajów Centralnej i Wschodniej Europy łącznie z Nowymi Niezależnymi Krajami. Główną przyczyną są trudności ekonomiczne.

Poza szczepieniami noworodków i niemowląt, zapobieganie i zwalczanie wzwb B obejmuje również zapewnienie dokonywania bezpiecznych iniekcji, właściwej sterylizacji medycznego i stomatologicznego sprzętu, przeglądów serologicznych, ochrony pracowników służby zdrowia przez szczepienia i zastosowanie środków zabezpieczających przed szerzeniem się zakażeń drogą naruszenia ciągłości tkanek, jak również szczepienia ludzi z grup ryzyka.

Zalecenia generalne. Uczestnicy spotkania mocno podkreślali, że rutynowe szczepienie przeciw wzwb B powinno być włączone do narodowych programów szczepień, jak również wskazywali na konieczność obniżenia do 2001 r. o 80% nosicielstwa HBsAg wśród dzieci.

Zalecenia dla krajów. Wszystkie kraje powinny wprowadzić jak najszybciej szczepienie przeciw wzwb B do swoich narodowych programów szczepień. Do realizacji tego zadania powinny zostać włączone wszystkie odpowiednie sektory rządowe na różnych szczeblach.

Wszystkie kraje powinny opracować narodowy plan zwalczania wzwb B. Plan powinien zawierać podsumowanie wyników dotychczasowych działań i dotychczasowego zwalczania choroby, określać strategię rutynowych szczepień wszystkich noworodków, niemowląt i osób z grup wysokiego ryzyka, uwzględniać zwalczanie zakażeń szpitalnych HBV, prowadzenie surveillance'u, dostarczanie bezpiecznej krwi, dokonywanie bezpiecznych iniekcji, właściwe usuwanie odpadów ze szpitali, oraz uwzględniać specyfikację terminów włączenia poszczególnych elementów programu zwalczania. Kraje powinny przeciwdziałać transmisji HBV w zakładach służby zdrowia poprzez zakażone igły i

inny sprzęt, niewłaściwe usuwanie odpadów, niebezpieczny sposób pracy, niebezpieczne produkty krwiopochodne, niepotrzebne inwazyjne postępowanie. Powinny być podjęte środki dla zapewnienia dostarczania bezpiecznej krwi. Krew, jak również produkty krwiopochodne, przeszczepiane tkanki i organy, powinny być badane w kierunku HBsAg i nie powinny być stosowane jeżeli wynik badania byłby pozytywny. Kraje powinny rozeznaczyć potrzeby aby włączyć program zwalczania wzwb B. Regionalny Komitet WHO powinien nadać wysoki priorytet zwalczaniu tego zakażenia.

Zalecenia dla współdziałających. Współdziałający w rozwoju tego programu powinni wspomagać wszystkie kraje w formułowaniu i włączaniu tych zasad do narodowych planów, łącznie z problemem dostarczania szczepionek, odczynników, szkolenia, oceny skuteczności programu i analizy ekonomicznej. Grupa robocza powinna zapewnić koordynację działań i informację o wzwb B, jak również kontrolę poczynań w Regionie. Przedstawiciele krajów członkowskich VHPB, CDC, WHO i innych zainteresowanych instytucji powinni spotykać się regularnie dla dokonywania przeglądu postępów w zakresie zwalczania wzwb B.

Uczestnicy spotkania zaapelowali do UNICEF/WHO o dostarczenie najbardziej potrzebującym krajom szczepionki przeciw wzwb B. Szczepionka powinna być dostarczona krajom o złej sytuacji epidemiologicznej wzwb B, dobrej organizacji szczepień, niskich dochodach na głowę ludności i z przychylnym stosunkiem rządu do programu zapobiegania wzwb B.

Uczestnicy spotkania mocno popierają integrację szczepień przez Komitet Koordynacyjny dla wdrożenia EPI do Nowych Niezależnych Krajów, oraz wspomaganie narodowych programów zapobiegania wzwb B przez nadawanie wysokiego priorytetu całemu programowi zapobiegania wzwb B.

Zalecenia dla WHO. Europejskie Biuro Regionalne WHO powinno stwierdzić, że zapobieganie i zwalczanie wzwb B posiada główny priorytet i powinno włączyć to zadanie do planu regionalnego.

WHO powinno opracować dokument zawierający wytyczne zapobiegania i zwalczania wzwb B na poziomie narodowym, dostarczyć go odpowiednim krajom i wspomagać we wdrażaniu i rozwijaniu tego planu. WHO powinno sporządzać protokoły dotyczące ustalenia skuteczności działania w zakresie zwalczania wzwb B. WHO powinno zapewnić sobie rolę koordynatora we współdziałaniu z innymi partnerami, zwłaszcza w zakresie sporządzania programów zapobiegania wzwb B w Regionie.

opracował W. Magdzik

Występowanie zakażeń HCV na podstawie danych seroepidemiologicznych

Jak wiadomo wirus zapalenia wątroby typu C sklonowano po raz pierwszy w 1989 roku, chociaż od dawna podejrzewano jego istnienie jako czynnika przyczynowego zachorowań wywołanych przez paranteralną postać wirusa non-A, non-B.

Obecnie częstość występowania zakażeń HCV podlega monitorowaniu, między innymi na podstawie wyników badań krwiodawców. Wyniki tych badań wskazują na znaczne różnice w geograficznym rozkładzie zakażeń, choć na ich interpretację rzutuje wiele czynników jak np. rodzaj stosowanych testów diagnostycznych lub organizacja krwiodaw-

stwa. W USA i Wielkiej Brytanii obecność przeciwciał anti-HCV stwierdza się u 0,33-0,70% krwiodawców. W Azji przeciwciała anti-HCV występują częściej: w Japonii u 1,3% krwiodawców a w Arabii Saudyjskiej u 1,7%. Jak dotychczas najwyższe wskaźniki stwierdza się u egipskich dawców krwi, tj. od 9,6% u studentów, do 19,2% u Egipcjan będących dawcami krwi w Arabii Saudyjskiej. Względnie rzadkie występowanie przeciwciał anti-HCV u krwiodawców w krajach rozwiniętych może wynikać z oparcia zbioru krwi na ochotnikach sprawdzonych przez pryzmat ryzykownych zachowań i przebycia *hepatitis* w anamnezie, oraz powtarzanego testowania stałych dawców w kierunku przeciwciał anti-HCV.

Występowanie zakażeń HCV wśród ogółu ludności jest częstsze niż wśród ochotniczych krwiodawców. Tym niemniej wyniki nie są porównywalne ze względu na różnice w doborze prób do badań, badanych grup ludności oraz metodach laboratoryjnych. Ogólnie częstość występowania zakażeń waha się od 0,9% wśród zdrowych kobiet ciężarnych we Francji, do 6,9% wśród pacjentów przyjmowanych do dużych klinik ortopedycznych w USA. Natomiast w Europie występowanie markera anti-HCV stwierdzono u 4,3% zdrowych kobiet ciężarnych badanych metodą rekombinowanego immunoblot (RIBA) oraz u 22,5% poborowych badanych metodą ELISA-2.

Dużą częstość występowania przeciwciał anti-HCV stwierdza się we wszystkich badaniach ludzi z grup ryzyka. Do tych grup zalicza się narkomanów, chorych z zaburzeniami krzepliwości i pacjentów stacji dializ, wśród których występowanie markera anti-HCV może sięgać około 40%. Zwiększone ryzyko dotyczy również osób prowadzących niestabilizowane życie seksualne: w USA marker anti-HCV stwierdzono u 15% pacjentów, którzy korzystali z porad wenerologicznych. Marker anti-HCV stwierdzono również u 8-28% osób z otoczenia domowego chorych na wzw C. Zwiększone ryzyko przewlekłych zakażeń HCV występuje u pracowników medycznych oraz niemowląt urodzonych przez seropozytywne matki.

Szereg badań wykazało różnice w geograficznym zasięgu występowania genotypów HCV. Dotychczas większość zakażeń w zachodniej Europie jest wywoływanych przez genotyp 1, 2 i 3. W Japonii i na Tajwanie na razie stwierdzono tylko genotyp 1 i 2, natomiast w Egipcie zakażenia HCV są wywołane wyłącznie przez genotyp 4.

Istnieją trzy zasadnicze mechanizmy transmisji zakażeń HCV: parenteralna, nieparenteralna i wertykalna (perinatalna).

Transmisja parenteralna występuje w prawie 60% przypadków zakażeń. Przed wprowadzeniem oznaczania markera HCV w krwiodawstwie zakażenia najczęściej występowały po transfuzjach krwi i podawaniu preparatów krwiopochodnych. W krajach, gdzie do chwili obecnej nie wprowadzono screeningu krwiodawców, zakażenia krwi pochodne stanowią do 90% ogółu zakażeń. Obecność przeciwciał anti-HCV stwierdza się u wielu chorych na hemofilię, natomiast nie udowodniono, żeby zakażenia szerzyły się przez dożylnie podawanie immunoglobulin. Duże ryzyko zakażeń dotyczy dializowanych chorych i w związku z tym rekomenduje się aby pacjentów z markerami anti-HCV dializować na specjalnie wyodrębnionych stacjach dializ. Najczęstszą przyczyną zakażeń wydają się być zanieczyszczone igły i strzykawki, a u narkomanów do 80% badanych może być seropozytywnych. Zakłucia występujące u pracowników medycznych mogą w 10% przypadków prowadzić do zaka-

żeń.

Nieparenteralna transmisja zakażeń występuje w zachowaniach uwarunkowanych środowiskowo przy braku klasycznych czynników ryzyka parenteralnego. Przenoszenie zakażeń przez kontakty seksualne jest prawdopodobne u osób mających wielu partnerów, a ryzyko wzrasta przy równoczesnych zakażeniach HIV. Mogą również występować zakażenia wewnątrzrodzinne, a środowisko domowe osób zakażonych HCV ma znacznie większy udział osób z markerem anti-HCV niż ogół ludności. W większości przypadków są to zakażenia wywołane przez ten sam genotyp co u chorego, który jest źródłem zakażeń (index case). Nieparenteralny sposób transmisji zakażeń nie jest jasny. Dotychczas w zasadzie nie stwierdzono występowania HCV RNA w ludzkich wydalinach i wydzielinach, choć niektórzy badacze o tym donosili. Wydaje się, że szereg nieparenteralnych zakażeń może być wynikiem przeniknięcia wirusa przez skórę, co wymaga jednak badań epidemiologicznych.

Wertykalne przenoszenie zakażeń HCV z zakażonych matek na noworodki jest dobrze udokumentowane, ale nie odgrywa istotnej roli jeżeli ciężarna nie ma podwójnego zakażenia HIV i HCV. Wysokie miano wirusa u matki może zwiększać ryzyko transmisji.

Pod względem klinicznym większość ostrych zakażeń HCV przebiega bezobjawowo przy prawidłowych wynikach badań biochemicznych wątroby. Do wystąpienia żółtaczki dochodzi rzadziej niż w przypadkach wzw typu B, ale zachorowania przebiegające z żółtaczką klinicznie nie różnią się od innych postaci *hepatitis viralis*. Wielu zakażonych pozostaje nosicielami wirusa na stałe z różnym stopniem uszkodzenia hepatocytów i zwłóknienia. W 64-88% przypadków w następstwie ostrych zakażeń dochodzi do przewlekłych zapaleń wątroby. W szeregu badań wykazano, że 60-100% pacjentów z przewlekłym zapaleniem wątroby stanowią chorzy z HCV, u których wykluczono inną etiologię choroby. W przynajmniej 20% takich przypadków rozwija się marskość wątroby, przechodząca często w *hepatocellular carcinoma*.

Jak dotychczas transplantacja jest jedyną dostępną terapią w leczeniu zaawansowanej progresywnej choroby i marskości wątroby oraz zagrażających życiu powikłań. Po transplantacji wątroby zakażenie HCV zazwyczaj pojawia się ponownie w przeszczepionej wątrobie, choć zwykle nie jest ono agresywne.

Zakażenie HCV dokumentuje się stwierdzeniem przeciwciał anti-HCV lub HCV-RNA. Jak wiadomo testy pierwszej generacji do wykrywania przeciwciał anti-HCV (ELISA-1) miały względnie małą czułość i były nieswoiste. Mała czułość testów była szczególnie wyraźna przy badaniach prowadzonych wśród ogółu ludności bez zwiększonego ryzyka. Ponadto wydłużone "okienko serologiczne" z serokonwersją po upływie 2-26 tygodni od początku choroby uniemożliwiało wykorzystanie testów do wczesnego wykrywania zachorowań.

Testy drugiej generacji mają zwiększoną czułość do wykrywania ostrych i przewlekłych zakażeń HCV oraz polepszoną swoistość. Testy trzeciej generacji jak dotychczas nie potwierdzają swojej wyższości nad testami drugiej generacji.

Wyniki badań screeningowych zazwyczaj potwierdza się testami rekombinowanego immunoblot (RIBA), dostępnymi w dwóch generacjach. Natomiast HCV-RNA wykrywa się testem polimerazy łańcuchowej (PCR). Wykazanie sekwencji wirusa w badanym materiale jest lepszym indykato-

zaraźliwości.

Uważa się za konieczne ustalenie rekomendacji dotyczących postępowania profilaktycznego po profesjonalnych ekspozycjach na zakażenie HCV. Są pojedyncze doniesienia, że domięśniowe podawanie specyficznej surowicy daje pozytywne wyniki.

Perspektywy uzyskania szczepionki wydają się być żadne, ponieważ naturalna odpowiedź immunologiczna gospodarza nie eliminuje wirusa HCV, a sam wirus ulega mutacjom. Wstępne wyniki badań wykazały jednak, że immunizacja szympanсів glikozowanymi kompleksami E1 i E2 mogą zapewnić ochronną odporność na zakażenie homologicznym wirusem. Nie wiadomo czy takie postępowanie będzie można wykorzystać przeciw zakażeniom wywołanym przez mnogie genotypy wirusowe. Alternatywnie rozważa się możliwość zastosowania plazmidów, które zapewniają ekspresję protein HCV *in vivo* i mogą prowadzić do powstania ochronnych odpowiedzi cytotoksycznych T-limfocytów. Uzyskanie praktycznych wyników tych prób może wymagać względnie długiego czasu.

na podstawie "Bull. WHO" (1995,5,714-717)
opracował Wojciech Żabicki

Eradykacja poliomyelitis w Regionie Afrykańskim i plan działań na 1996 r.

Poliomyelitis nadal występuje endemicznie w większości państw Afryki. Liczba zgłoszonych zachorowań zmniejszyła się prawie o 70% z 5126 przypadków w 1980 r. do 1597 w 1995 r.

W 1995 r. większość przypadków (59%) zgłoszono z czterech krajów: Angoli, Etiopii, Nigerii, Zairu, które reprezentują 37% ludności Regionu. Epidemie *poliomyelitis* zgłoszono w Namibii w 1993 r. (wirus zawleczony z Angoli), w Republice Środkowej Afryki w 1994 r. i w Zairze w 1995 r., gdzie od kwietnia do sierpnia zgłoszono 400 zachorowań.

Śród 48 państw członkowskich w okresie ostatnich 4-10 lat 11 (10% ludności Regionu) zgłaszało zero zachorowań na *poliomyelitis*. Są to małe kraje wyspowe i kilka krajów w południowej Afryce, które tworzą strefę wolną od *poliomyelitis*.

W 1995 r. 17 krajów zgłosiło co najmniej 75% wykonanie szczepień u dzieci poniżej 1 roku życia - trzema dawkami żywej szczepionki przeciw *poliomyelitis*.

Kraje te znajdują się głównie w południowej i wschodniej Afryce oraz na wyspach. Mimo zachęcającego postępu w kierunku wykorzenienia *poliomyelitis* zwłaszcza w południowej i wschodniej Afryce ryzyko wystąpienia epidemii pozostaje wysokie. Chociaż obecnie wykonanie 3-krotnych szczepień doustnych wynosi 70-90% to przy skuteczności szczepień przeciw *poliomyelitis*, która wynosi około 80-85%, co roku jest jeszcze znaczna akumulacja dzieci nieudpornionych.

W 1989 r. na 39 Sesji Regionalny Komitet poparł zamiar osiągnięcia wykorzenienia *poliomyelitis* w Afryce, ale dopiero we wrześniu 1995 r. państwa członkowskie przyjęły jednogłośnie rezolucję zobowiązującą wszystkie kraje do wdrożenia strategii eradykacji *poliomyelitis* nie później niż w 1997 r.

Program wykorzenienia *poliomyelitis* realizowany będzie poprzez:

- podniesienie odsetka rutynowych szczepień doustnych,
- wdrożenie szczepień uzupełniających w formie Krajowych Dni Szczepień i działań oczyszczających,
- skuteczny nadzór nad ostrymi porażeniami wiotkimi (OPW).

W porównaniu z 1994 r. wykonanie trzykrotnych szczepień u dzieci w całym Regionie wzrosło z 54% do 58% w 1995 r.

Szczepienia uzupełniające zapoczątkowano w 1995 r. w Algierii, Mauretanii i Namibii, gdzie przeprowadzono Krajowe Dni Szczepień. W Bostwanie, Tanzanii i Zairze przeprowadzono ograniczone szczepienia w związku z ogniskami. W 29 krajach zaplanowano Krajowe Dni Szczepień od czerwca 1996 do stycznia 1997 r. Biuro Regionalne opracowało wytyczne oraz przeprowadziło szkolenia dotyczące organizowania i planowania Krajowych Dni Szczepień.

Nadzór nad ostrymi porażeniami wiotkimi. W 1995 r. 30 spośród 48 krajów Regionu Afryki zgłaszało przypadki OPW do Biura Regionalnego. Ponadto 12 krajów, głównie z południowej i wschodniej Afryki zorganizowało zespoły epidemiologiczne w celu wprowadzenia rutynowego zgłaszania ostrych porażen wiotkich oraz poboru próbek kału do badań wirusologicznych. W niektórych krajach nadzór OPW osiągnął znaczny postęp, np. w Zimbabwie na 35 przypadków OPW zgłoszonych w 1995 r. w 90% były pobrane próbki kału, w których nie stwierdzono dzikiego wirusa *polio*. Inne kraje (Południowa Afryka, Tanzania, Togo, Uganda, Zambia) również poczyniły znaczne postępy w nadzorze OPW.

Laboratoria. Od 1993 r. dwa Regionalne Laboratoria Referencyjne (Noguchi Institute for Medical Research w Accra i Pasteur Institute w Bangui) przeprowadziły szkolenie pracowników laboratoryjnych dla potrzeb surveillance'u *poliomyelitis*. Do 1995 r. sieć laboratoryjna obejmowała 3 laboratoria regionalne (Republika Środkowej Afryki, Ghana, Południowa Afryka), cztery referencyjne laboratoria krajowe (w Kenii, Ugandzie, Zambii i Zimbabwie) oraz pięć laboratoriów kandydujących do tej funkcji (Senegal, Wybrzeże Kości Słoniowej, Kamerun i dwa w Nigerii).

Mobilizacja społeczna i propagowanie eradykacji poliomyelitis. Po ostatniej sesji Komitetu Regionalnego Dyrektor Regionu wysłał do wszystkich ministrów zdrowia kopię Rezolucji dotyczącej wdrożenia Krajowych Dni Szczepień. Dyrektor Regionu ponadto powołał Komitet do wspierania działań eradykacyjnych na kontynencie Afrykańskim oraz zwrócił się do Prezydenta Nelsona Mandeli o przyjęcie obowiązków przewodniczącego Komitetu. Zaproszenia skierowano także do głowy państwa Mali, arcybiskupa Desmonde Tutu, Prezydenta J. Cartera oraz do innych osobistości z prośbą o uczestnictwo w komitecie, który miał zebrać się w sierpniu 1996 r. Program eradykacji *poliomyelitis* miał być włączony do programu Szczytu Organizacji Jedności Afrykańskiej. Oczekuje się, że poszczególne kraje i ich rządy uchwalą rezolucję popierającą eradykację *poliomyelitis*.

Krajowe dni szczepień i inne działania eradykacyjne będą prowadzone pod hasłem "Wykopanie polio z Afryki" (Kick Polio Out of Africa). Początek związanej z tym kampanii ma mieć miejsce w sierpniu 1996 r. w Południowej Afryce z udziałem wielu osobistości. Propagatorem akcji zgodzili się być słynny śpiewak Koffi Olomide i najlepszy piłkarz roku 1995 George Weach.

Kierowanie programem i budżet. W 1995 r. czyniono wysiłki dla wzmocnienia krajowych programów szczepień

w związku z czym skierowano dalszych siedmiu lekarzy i techników WHO/EPI do pracy na szczeblach krajowych. Ponadto WHO zorganizowało dwa kursy dla nowych krajowych dyrektorów EPI, a w 1996 r. planowane są trzy kursy dotyczące organizacji Krajowych Dni Szczepień. Budżet na wsparcie programu eradykacji *poliomyelitis* w Afryce szacuje się na 210 mln USD, które obejmą organizacje Krajowych Dni Szczepień, rozwój surveillance'u *poliomyelitis* i kierowanie programem. W 1996 r. około 40 mln. USD przekażą rządy krajowe, CDC, Rotary, UNICEF, WHO; spodziewane są również wpłaty od europejskich sponsorów.

na podstawie "EPI Bulletin"
(WHO, Regional Office for Africa, marzec 1996)
opracowała Jadwiga Żabicka

Postępy w eliminacji onchocerkozy w Zachodniej Afryce

Centrala WHO w Genewie opublikowała raport przedstawiający postępy w programie eliminacji onchocerkozy w Regionie Afrykańskim (Onchocerciasis Control Programme in West Africa - OCP). Program oparty jest o zwalczanie opryskami insektycydów meszek, które przenoszą przy ukłuciach ludzi pasożyty *Onchocerca volvulus*. Od 1988 roku program obejmuje także intensywne stosowanie ivermectyny w leczeniu chorych.

Ocenia się, że w jedenastu krajach w subsaharyjskich rejonach Zachodniej Afryki onchocerkozę faktycznie przestała stanowić problem zdrowotny i nie przedstawia zagrożenia dla postępu społeczno-ekonomicznego. W siedmiu krajach rezerwar inwazyjnych pasożytów zupełnie zanikł, a w innych może być wyeliminowany do 2002 roku. Liczba zakażonych ludzi w tym rejonie zmalała z około 1.5 mln prawie do zera, a ponadto można było uniknąć około 250 tys. przypadków ślepoty. W ramach efektów ekonomicznych wymienia się możliwość zasiedlenia i zagospodarowania terenów umożliwiających wyżywienie około 17 mln ludności.

Opublikowany dokument przedstawia całokształt problematyki OCP, poczynając od zaprogramowania, wdrożenia działań, ich realizacji oraz oceny wyników. Wiadomo, że w styczniu 1996 roku OCP wdrożono w szesnastu następnym krajach. Działania finansują struktury rządowe, ofiarodawcy i organizacje pozarządowe oraz Bank Światowy, UNDP i FAO. Zakłada się promocję stałego stosowania ivermectyny jako podstawę działań eliminacyjnych. Lek nadal dostarcza nieodpłatnie producent ivermectyny (Merck & Co), natomiast opryskiwanie będzie prowadzone bardzo selektywnie tylko w niektórych ograniczonych ogniskach z transmisją zakażeń.

Wojciech Żabicki

Eliminacja trądu jako problemu zdrowotnego

W "World Health Forum" (1996,2,109-144) ukazał się artykuł pt. "Eliminating leprosy as a public health problem - is the optimism justified?" autorem artykułu jest S.K.Nordeen z programu eliminacji trądu w centrali WHO w Genewie.

Autor przedstawił konsekwencje zdrowotne leczenia trądu dapsonem. Był to pierwszy lek ukierunkowany na *Mycobacterium leprae*,

który umożliwił odstąpienie od zasady izolacji chorych oraz zapewnił możliwość leczenia ambulatoryjnego bez konieczności bezterminowego pobytu pacjenta w zakładach izolacyjnych. W przeciągu dwudziestu lat skuteczność leku stawała się coraz bardziej ograniczona i w następstwie lekooporności *M.leprae* zaczęły występować niepowodzenia terapeutyczne oraz nawroty choroby. Równocześnie potrzeba wydłużonego leczenia przez całe życie zaczęła stwarzać organizacyjne problemy i prowadzić do narastającej frustracji w realizowaniu programu zwalczania trądu. Tym niemniej doświadczenia uzyskane z dapsonem pozwoliły na wyciągnięcie następujących wniosków:

- trąd daje się leczyć postępowaniem chemoterapeutycznym,
- zorganizowane leczenie chorych przyczynia się do ograniczenia choroby przez zmniejszenie rezerwuaru zakażeń,
- problem epidemiologiczny trądu można rozwiązać tylko w ramach społecznej polityki prozdrowotnej,
- można zapobiegać lub ograniczać występowanie deformacji trądowych przez wczesne wykrywanie i leczenie zachorowań.

Perspektywy w zwalczaniu trądu otworzył rozwój nowych leków takich jak rifampicyna. Równocześnie w 1981 roku powstała WHO Study Group on Chemotherapy of Leprosy for Control Programmes, która zaproponowała wielolekową terapię trądu (multi drug therapy - MDT), z uwzględnieniem dwóch postaci klinicznych choroby:

- w postaci lepromatycznej 600 mg rifampicyny i 300 mg clofaziminy raz na cztery tygodnie oraz 50 mg clofaziminy i 100 mg dapsonu codziennie przez okres 24 miesięcy,
- w postaci tuberkuloidowej 600 mg rifampicyny co cztery tygodnie i 100 mg dapsonu codziennie przez okres 6 miesięcy.

Piętnastoletnie doświadczenie wykazało, że zastosowanie MDT jest wysoce skuteczne w leczeniu trądu, dobrze znoszone przez wielu chorych i daje minimalne efekty uboczne. Prawie dziewięcioletnie obserwacje kilkuset tysięcy leczonych chorych wykazały, że nawroty choroby dotyczyły tylko około 0.1% chorych rocznie, co uważa się za wyjątkowo dobre osiągnięcie terapeutyczne w chorobach infekcyjnych. Zastąpienie monoterapii dapsonem przez MDT mogło zapobiec w ciągu 10-15 lat wystąpieniu około 0.5 mln nawrotów choroby. Jak dotychczas nie obserwowano wystąpienia lekooporności w MDT, tym niemniej dla uniknięcia tego zjawiska przez irracjonalne stosowanie leków, dostępność ich jest ograniczona do objętych kontrolą publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

W ciągu minionych 10-15 lat MDT odegrała kluczową rolę w zwalczaniu trądu w świecie i wydaje się, że nadal będzie stanowiła podstawowy element w strategii działań. Od 1985 roku liczba zachorowań na trąd zmalała z 10-12 mln do około 1.8 mln. W tym okresie leczeniem MDT objęto prawie 6.7 mln chorych na trąd, a ponadto 1 mln pacjentów jest aktualnie leczonych.

W 1995 roku w świecie zarejestrowano 1.291.848 zachorowań na trąd, w tym 4.916 w Regionie Europejskim. W Europie trąd jest względnie rzadką chorobą; występujące tu ogniska są ograniczone ale zasób posiadanych informacji jest niepełny i mało aktualny.

Natomiast wiadomo, że 89% zarejestrowanych zachorowań zgłoszono z 19 krajów, a 76% z pięciu krajów, tj. Indii (807.257), Brazylii (159.420), Indonezji (43.813), Burmy (24.231) oraz Nigerii (19.766). W 1995 roku chorobowość mierzona liczbą chorych na 10 tys. ludności w tych dzie-

więtnastu krajach wahała się od 1.0/10 tys. w Wietnamie do 10.2/10 tys. w Brazylii i Czadzie. Zapadalność mierzona liczbą wykrytych zachorowań na 10 tys. ludności w 1994 roku wahała się od 4.3/10 tys. w Wietnamie do 58/10 tys. w Gwinei. W 1995 roku leczeniem MDT objęto 75.6% zarejestrowanych chorych, najmniej w Nigrze (49.3%) oraz Mozambiku; na Filipinach oraz w Kambodży i Gwinei leczenie MDT dotyczyło wszystkich chorych na trąd.

Ewidentne postępy w zwalczaniu trądu uzyskane w ciągu 5-10 lat po wprowadzeniu MDT stworzyły perspektywy eliminacji tej choroby do 2000 roku. W oparciu o te możliwości Światowe Zgromadzenie Zdrowia w 1991 roku przyjęło rezolucję, która definiuje eliminację trądu jako docelowe zadanie obniżenia chorobowości poniżej 1/10 tys. ludności. Jest to równoznaczne z opanowaniem problemu zdrowotnego, jaki stwarzają zachorowania na trąd. Rezolucja zobowiązała władze krajów członkowskich do udzielenia politycznego wsparcia podejmowanym działaniom, zwracając szczególną uwagę na efektywność MDT. Postanowienia te zostały przyjęte przez władze służby zdrowia krajów endemicznych oraz przez Biura Regionalne WHO i wkrótce uzyskano spadek występowania trądu o dalsze 60%. Największym problemem w realizacji działań w szeregu krajów okazał się koszt leczenia w schemacie MDT. W związku z tym na I Konferencji Eliminacyjnej Trądu w Hanoi (4-7.07.1994) główny sponsor działań (Nippon Foundation) zobowiązał się przeznaczyć rocznie 10 mln USD na bezpłatne zaopatrzenie w leki krajów potrzebujących.

Zdaniem autora istnieją cztery główne przesłanki uzasadniające eliminację trądu:

- względy epidemiologiczne, ponieważ w wielu rejonach świata zachorowania szybko maleją,
- względy terapeutyczne, wynikające z dużej efektywności MDT,
- względy polityczne związane z dużym poparciem podejmowanych działań w krajach endemicznych,
- względy zaopatrzeniowe związane z gotowością wielu sponsorów i organizacji pozarządowych do wsparcia MDT.

Należy liczyć się, że żadna z wymienionych czterech przesłanek nie utrzyma się przez czas nieograniczony. Natomiast wiadomo, że trąd poza człowiekiem nie ma żadnych znaczących rezerwuarów zakażeń.

Autor wyjaśnia różnice pojęciowe między "eradykacją" a "eliminacją" choroby zakaźnej i uzasadnia, dlaczego w odniesieniu do trądu zakłada się eliminację zjawiska. Następnie zostały omówione perspektywy dalszych działań eliminacyjnych wraz z potencjalnymi zagrożeniami. W praktyce realizacja działań programowych oznacza zmniejszenie liczby chorych z około 1.8 mln w chwili obecnej do 300 tys. w 2000 roku oraz zwiększenie liczby osób przeleczonych w schemacie MDT z 6.254.663 w 1995 roku do ponad 10 mln w 2000 roku. Autorzy programu są świadomi, że dotychczasowe sukcesy zostały osiągnięte względnie łatwo, ponieważ wszelkie działania realizowano w sposób zorganizowany w łatwo dostępnych środowiskach poprzez istniejące struktury ochrony zdrowia. Następne etapy działań będą znacznie trudniejsze, gdyż będą dotyczyły środowisk upośledzonych pod względem społecznym i ekonomicznym. W związku z tym zajdzie konieczność opracowywania i doradźnej realizacji krótkoterminowych lokalnych programów umożliwiających identyfikację dotychczas niewykrytych i nieleczonych przypadków. Równocześnie będzie konieczne utworzenie systemów informacji dla geograficznego lokalizowania środowisk o wysoce endemicznym występowaniu trądu.

W miarę malejącego znaczenia zdrowotnego trądu sukcesywnie przestaną istnieć podstawy do dalszego utrzymywania specjalistycznych struktur ochrony zdrowia związanych z trądem. Natomiast punkt ciężkości będzie przesunięty na świadczenia o charakterze pomocy społecznej osobom okaleczonym oraz włączenie samych pacjentów do działań zapobiegających rozwojowi inwalidztwa w następstwie nieodwracalnych zmian nerwów obwodowych. Zgodnie z opracowaną doktryną postępowania każdy pacjent musi zdawać sobie sprawę z anestezji czuciowej kończyn i przestrzegać następujących zasad:

- ochrony przed urazami rąk i stóp z zaburzeniami czucia,
- przestrzegania dbałości o suchość kończyn,
- zapewnienia dbałości w przypadku urazu, owrzodzenia i pęknięcia skóry na dłoniach i stopach,
- wykonywanie w warunkach domowych masaży i ćwiczeń fizycznych.

Właściwą rolę muszą również uzyskać programy rehabilitacji społecznej w miarę narastającego przekonania o uleczalności trądu.

Biorąc pod uwagę fakt, że cel jakim jest eliminacja trądu nie jest jednoznaczny z eradykacją choroby, nadal oczekuje się unowocześnienia dotychczas dostępnych leków. Nowe preparaty powinny być silniejsze w działaniu i prostsze do stosowania, co uprości i skróci proces leczenia. Przewiduje się również nowelizację klasyfikacji klinicznej trądu z uwzględnieniem samoistnego cofania się choroby bez leczenia u dużej części chorych z bardzo wczesnymi postaciami trądu.

Publikację uzupełnia wykaz piśmiennictwa oraz wypowiedzi zebrane w ramach konferencji okrągłego stołu. Szereg z nich dotyczy problemów organizacyjnych, natomiast P.E.M. Fine z londyńskiej School of Hygiene and Tropical Medicine stwierdził, że ocena efektywności MDT jest przesadna i neguje następstwa postępu społeczno-ekonomicznego oraz szczepień BCG na występowanie trądu w świecie. Zdaniem dyskutanta BCG jest najczęściej stosowaną szczepionką w świecie, która zapewnia większą ochronę przeciw trądowi niż gruźlicy, co wykazały badania przeprowadzone w tym zakresie

Wojciech Żabicki

Małpia ospa w Zairze

W miejscowości Katak-Kombe (sub-region Sankuru, region Kasai) na terenie zamieszkałym przez 15.698 osób zostało stwierdzone ognisko ospy małpiej.

Pierwsze przypadki zachorowań wystąpiły w połowie lutego 1996 r., lecz ognisko zostało zgłoszone dopiero w końcu lipca, gdy zachorowało więcej osób.

Do 30 sierpnia zgłoszono 21 zachorowań, w tym 6 zgonów. Od końca sierpnia ognisko poczęło wygasać.

Wirus małpiej ospy wyizolowano od jednego chorego we wrześniu.

Badanie surowic potwierdziło również zakażenie wirusem *orthopox*.

Badania laboratoryjne wykonano w CDC, w Atlancie, USA. Materiał do badań pobierali pracownicy Ministerstwa Zdrowia i organizacji Lekarze bez Granic.

*na podstawie "Wkly Epid.Rec." (1996,43,326)
opracowała Danuta Seroka*