

Meldunek 11/B/96

o zachorowaniach na choroby zakaźne, zatruciach i zakażeniach szpitalnych zgłoszonych w okresie od 16.11 do 30.11.1996 r.

(do użytku służbowego)

Jednostka chorobowa (symbol wg IX rewizji "Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób")	Meldunek 11/B		Dane skumulowane	
	16.11.96. do 30.11.96.	16.11.95. do 30.11.95.	1.01.96. do 30.11.96.	1.01.95. do 30.11.95.
AIDS - Zespół nabytego upośledzenia odporności (079)	4	9	107	118
Dur brzuszny (002.0)	-	-	6	12
Dury rzekome A.B.C. (002.1-002.3)	-	-	3	7
Inne salmonelozy: ogółem (003)	773	734	24932	29133
Czerwonka (004; 006.0)	12	64	474	767
Biegunki u dzieci do lat 2 (008; 009)	403	565	13617	18485
Błonica (032)	-	1	9	1
Krztusiec (033)	19	14	240	519
Płonica (034.1)	862	1124	19265	24068
Tężec (037; 670; 771.3)	2	2	41	43
Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych: razem	479	599	11216	5906
w tym: meningokokowe (036.0)	2	8	129	154
inne bakteryjne (320.0-320.3; 320.8; 320.9)	75	88	1524	1382
wirusowe, surow. nieokreś. (047; 049.0; 049.1; 053.0; 054.7)	352	445	9026	3909
nieokreślone etiologicznie (322)	50	58	537	461
Ospa wietrzna (052)	8636	6428	114068	164997
Odra (055)	21	13	604	711
Różyczka (056; 771.0)	1765	700	74735	55104
Zapalenie mózgu: razem	40	40	575	502
w tym: arbowirusowe (062-064)	20	22	240	240
wirusowe nieokreślone (049.9)	3	8	119	94
poszczepienne (323.5)	-	-	-	-
inne i nieokreślone (054.3; 323.1; 323.8; 323.9)	17	10	216	168
Wirusowe zap. wątroby: typu B (070.2; 070.3)	242	400	5940	8303
inne i nieokreś. (070.0; 070.1; 070.4-070.9)	604	1085	10963	19064
Nagminne zapalenie przyusznic (072)	2153	2810	35522	77467
Świerzb (133.0)	1183	1475	17877	20975
Grypa (487)	284	25756	2704010	789283
Zatrucia i zakażenia pokarmowe: ogółem	861	900	27982	33301
w tym: bakteryjne: razem	842	836	27571	32781
w tym: salmonelozy (003.0)	772	733	24879	29075
enterotoksyna gronkowcowa (005.0)	4	-	213	734
botulizm (005.1)	3	4	94	111
Cl.perfringens (005.2)	-	-	2	-
inne i nieokreślone (005.3; 005.4; 005.8; 005.9)	63	99	2383	2861
grzybami (988.1)	5	49	205	342
chemiczne: ogółem (988.2; 988.8; 988.9; 989)	14	15	206	178
w tym: chemicznymi środkami ochr. roślin (989.2-989.4)	-	-	13	11
Zatrucia zw. chemicznymi /z wyj.pokarm./: ogółem (960-987; 989)	356	481	9205	8382
w tym: chemicznymi środkami ochrony roślin (989.2-989.4)	2	3	135	163
Zakażenia szpitalne: ogółem	63	89	2041	2041
w tym: na oddz. noworodkowych i dziec. (003; 041; 079; 136.9)	15	35	539	561
następstwa zabiegów medycznych (003; 041; 079; 136.9)	27	40	706	853
wywołane pałeczkami Salmonella (003)	3	2	299	361
Porażenie dziecięce nagminne (045)	-	-	-	-
Dur plamisty i inne riketsjozy (080-083)	-	-	-	1
Włośnica (124)	-	-	30	90

Zachorowania zgłoszone w okresie 16-30.11.1996 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	4	-	-	773	12	403	19	862	2	479	2	21	1765
1. St.warszawskie	3	-	-	107	-	42	4	53	1	37	-	1	27
2. Białkopodlaskie	-	-	-	13	-	4	-	7	-	7	-	-	43
3. Białostockie	-	-	-	16	-	4	4	13	-	15	-	-	144
4. Bielskie	-	-	-	11	-	11	-	24	-	5	-	2	43
5. Bydgoskie	-	-	-	12	-	13	-	28	-	15	-	-	46
6. Chełmskie	-	-	-	2	-	1	-	10	-	-	-	-	5
7. Ciechanowskie	-	-	-	9	-	2	-	18	-	11	-	-	7
8. Częstochowskie	-	-	-	9	1	14	-	14	1	6	-	-	37
9. Elbląskie	-	-	-	11	-	2	-	7	-	5	-	-	29
10. Gdańskie	-	-	-	21	-	11	-	42	-	34	-	2	119
11. Gorzowskie	-	-	-	7	-	2	-	18	-	1	-	-	119
12. Jeleniogórskie	-	-	-	19	-	8	-	11	-	-	-	-	8
13. Kaliskie	-	-	-	14	-	5	-	13	-	13	-	-	15
14. Katowickie	-	-	-	55	-	19	1	103	-	24	-	8	172
15. Kieleckie	-	-	-	22	1	25	1	4	-	11	-	-	101
16. Konińskie	-	-	-	12	1	13	-	13	-	5	-	-	29
17. Koszalińskie	-	-	-	2	-	12	-	22	-	5	-	-	58
18. M.krakowskie	-	-	-	16	-	3	1	54	-	11	-	-	30
19. Krośnieńskie	-	-	-	11	-	3	-	6	-	2	-	-	6
20. Legnickie	-	-	-	16	-	6	-	6	-	8	-	-	21
21. Leszczyńskie	-	-	-	5	-	8	-	7	-	1	-	1	5
22. Lubelskie	-	-	-	19	-	7	-	36	-	19	-	-	7
23. Łomżyńskie	-	-	-	15	-	2	-	3	-	2	-	-	18
24. M.łódzkie	-	-	-	12	1	8	3	38	-	35	-	-	11
25. Nowosądeckie	-	-	-	14	1	2	-	20	-	10	-	-	14
26. Olsztyńskie	-	-	-	25	1	10	-	7	-	16	-	-	11
27. Opolskie	-	-	-	49	-	3	-	32	-	17	-	1	203
28. Ostrołęckie	-	-	-	4	-	1	-	24	-	5	-	-	2
29. Piłskie	-	-	-	4	-	5	-	15	-	1	-	1	33
30. Piotrkowskie	-	-	-	14	-	2	2	5	-	14	-	-	10
31. Płockie	-	-	-	7	-	5	-	2	-	7	-	-	-
32. Poznańskie	1	-	-	25	-	44	-	56	-	32	-	-	65
33. Przemyskie	-	-	-	8	-	9	-	10	-	8	-	-	4
34. Radomskie	-	-	-	6	-	2	-	5	-	4	-	-	2
35. Rzeszowskie	-	-	-	5	-	6	-	7	-	13	-	-	26
36. Siedleckie	-	-	-	6	-	7	-	3	-	5	-	-	1
37. Sieradzkie	-	-	-	9	-	3	-	6	-	3	-	-	-
38. Skierniewickie	-	-	-	7	-	1	-	3	-	2	-	-	4
39. Słupskie	-	-	-	7	1	3	-	9	-	12	-	-	36
40. Suwalskie	-	-	-	7	-	8	-	4	-	8	-	-	19
41. Szczecińskie	-	-	-	9	5	6	-	26	-	7	-	-	26
42. Tarnobrzeskie	-	-	-	15	-	23	-	7	-	9	-	1	2
43. Tarnowskie	-	-	-	10	-	7	-	14	-	5	-	-	43
44. Toruńskie	-	-	-	38	-	3	-	2	-	6	-	-	11
45. Wałbrzyskie	-	-	-	18	-	6	-	14	-	5	-	-	116
46. Włocławskie	-	-	-	11	-	3	-	11	-	2	-	-	1
47. Wrocławskie	-	-	-	26	-	12	3	16	-	10	2	2	17
48. Zamojskie	-	-	-	6	-	7	-	7	-	2	-	-	1
49. Zielonogórskie	-	-	-	7	-	-	-	7	-	4	-	2	18

Zachorowania zgłoszone w okresie 16-30.11.1996 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)	Grzyzbami (988.1)	Chemiczne (988.2; 988.8-9; 989)		
POLSKA	40	20	242	604	2153	1183	284	861	842	5	14	63	-
1. St.warszawskie	-	-	11	20	157	8	82	106	106	-	-	5	-
2. Białkopodlaskie	-	-	-	14	2	40	-	13	13	-	-	1	-
3. Białostockie	14	11	5	18	71	49	-	17	17	-	-	-	-
4. Bielskie	-	-	5	4	120	8	-	11	11	-	-	1	-
5. Bydgoskie	-	-	4	3	80	35	23	21	21	-	-	1	-
6. Chełmskie	-	-	2	1	1	9	-	2	2	-	-	-	-
7. Ciechanowskie	-	-	10	3	4	17	-	10	10	-	-	-	-
8. Częstochowskie	-	-	4	1	77	8	43	9	9	-	-	1	-
9. Elbląskie	-	-	2	15	22	61	-	13	13	-	-	-	-
10. Gdańskie	-	-	11	26	43	35	-	23	23	-	-	-	-
11. Gorzowskie	-	-	5	2	5	18	-	8	8	-	-	-	-
12. Jeleniogórskie	-	-	8	10	56	21	-	19	19	-	-	1	-
13. Kaliskie	1	-	2	1	17	7	-	14	14	-	-	-	-
14. Katowickie	-	-	36	18	393	116	-	63	63	-	-	-	-
15. Kieleckie	1	-	5	4	152	23	-	24	24	-	-	13	-
16. Konińskie	-	-	3	-	6	10	-	12	12	-	-	1	-
17. Koszalińskie	-	-	4	11	19	47	-	2	2	-	-	4	-
18. M.krakowskie	2	-	9	18	53	3	-	25	25	-	-	2	-
19. Krośnieńskie	-	-	1	-	4	1	-	13	13	-	-	-	-
20. Legnickie	1	-	3	3	35	13	1	16	16	-	-	8	-
21. Leszczyńskie	-	-	1	10	3	10	52	6	6	-	-	-	-
22. Lubelskie	1	1	3	7	13	41	-	20	19	1	-	-	-
23. Łomżyńskie	-	-	5	11	4	36	-	15	15	-	-	-	-
24. M.łódzkie	-	-	6	4	18	64	27	21	17	4	-	3	-
25. Nowosądeckie	2	-	3	11	91	4	-	14	14	-	-	-	-
26. Olsztyńskie	1	1	5	-	4	40	-	28	28	-	-	-	-
27. Opolskie	3	2	10	1	15	7	29	50	50	-	-	2	-
28. Ostrołęckie	-	-	5	-	1	23	-	4	4	-	-	-	-
29. Piłskie	1	-	6	6	7	14	-	4	4	-	-	-	-
30. Piotrkowskie	-	-	6	7	11	24	9	14	14	-	-	-	-
31. Płockie	-	-	4	1	32	22	-	7	7	-	-	-	-
32. Poznańskie	2	-	2	12	148	11	13	25	25	-	-	1	-
33. Przemyskie	1	-	2	4	1	20	-	16	8	-	8	-	-
34. Radomskie	-	-	-	2	36	1	-	6	6	-	-	-	-
35. Rzeszowskie	2	-	1	4	6	27	-	5	5	-	-	-	-
36. Siedleckie	-	-	2	57	18	50	-	6	6	-	-	-	-
37. Sieradzkie	-	-	2	2	7	5	-	9	9	-	-	-	-
38. Skierniewickie	-	-	2	8	2	6	-	7	7	-	-	-	-
39. Słupskie	-	-	5	232	6	19	-	7	7	-	-	3	-
40. Suwalskie	4	4	1	11	55	33	5	7	7	-	-	12	-
41. Szczecińskie	1	-	8	7	34	27	-	32	26	-	6	-	-
42. Tarnobrzeskie	2	-	7	3	9	33	-	15	15	-	-	4	-
43. Tarnowskie	-	-	2	1	18	2	-	10	10	-	-	-	-
44. Toruńskie	-	-	4	3	19	62	-	38	38	-	-	-	-
45. Wałbrzyskie	-	-	4	5	36	25	-	18	18	-	-	-	-
46. Włocławskie	-	-	2	-	115	14	-	13	13	-	-	-	-
47. Wrocławskie	1	1	8	17	117	9	-	26	26	-	-	-	-
48. Zamojskie	-	-	3	5	2	14	-	10	10	-	-	-	-
49. Zielonogórskie	-	-	3	1	8	11	-	7	7	-	-	-	-

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

W listopadzie 1996 r. do Zakładu Epidemiologii PZH zgłoszono nowo wykryte zakażenie HIV 64 obywateli polskich, w tym 42 zakażonych w związku z używaniem narkotyków.

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

Odnotowano zachorowania na AIDS dwu kobiet i sześciu mężczyzn. Wśród chorych było czterech narkomanów, trzech bez informacji o drodze zakażenia i jeden biseksualista.

Chorzy byli w wieku od 24 do 62 lat. Mieli adresy stałego miejsca zamieszkania w następujących województwach: po dwóch w woj. katowickim i łódzkim oraz po jednym w woj. bielskim, leszczyńskim, krakowskim i olsztyńskim.

We wszystkich przypadkach określono przynajmniej jedną chorobę wskazującą na AIDS w brzmieniu jak w definicji AIDS do celów nadzoru epidemiologicznego, skorygowanej w 1993 r. W czterech przypadkach podano liczbę komórek CD4 (od 96 do 231/μL).

Od wdrożenia badań w 1985 r. do 30 listopada 1996 r. stwierdzono zakażenie HIV 4.315 obywateli polskich, wśród których było co najmniej 2.894 zakażonych w związku z używaniem narkotyków.

Ogółem odnotowano 474 zachorowania na AIDS; 281 osób zmarło.

Wanda Szata
Zakład Epidemiologii PZH

* * *

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

Analiza przypadków zachorowań na odrę w woj. szczecińskim w II kwartale 1996 r.

W II kwartale 1996 r. na terenie województwa szczecińskiego zarejestrowano 36 przypadków zachorowań na odrę, w tym 29 na terenie Terenowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Łobzie.

Pierwszy przypadek wystąpił 7.04.1996 r. u 10-letniego chłopca uczącego się w Szkole Podstawowej nr 3 w Łobzie. W wywiadzie nie podaje się kontaktu z chorym na odrę. Dziecko nigdzie w tym czasie nie wyjeżdżało.

Następne zachorowanie wystąpiło 25.04.1996 r. u 14-letniego chłopca z tej samej szkoły. Ogółem w kwietniu zachorowało 3 dzieci, w maju 21, w czerwcu 5 dzieci. Wśród chorych było 16 chłopców i 13 dziewczynek.

Zachorowania dotyczyły w większości dzieci szkolnych, w grupie wieku 8-14 lat, podających kontakt z chorymi rówieśnikami swojej szkoły. Tylko w jednym przypadku, u 2-

-letniego dziecka, podano kontakt z 9-letnią siostrą, która z kolei miała kontakt z chorym dzieckiem w szkole, w której się uczy. W grupie wieku 0-7 lat zanotowano ogółem tylko 6 przypadków.

Placówka szkolno-wychowawcza	Liczba przyp.	Nie podaje kontaktu	Kontakt
Szkoła Podst. Nr 1 Łobez	6	2	4 - S.P. Nr 1
Szkoła Podst. nr 2 Łobez	1	1	-
Szkoła Podst. nr 3 Łobez	15	1	14 - S.P. Nr 3
Przedszkole nr 4 Łobez	2	2	-
Szkoła Podst. Ińsko	2	1	1 - S.P. Ińsko
dom - Łobez	3	2	1 - dom

Przeprowadzono szczegółową analizę szczepień przeciwko odrze u dzieci mieszkających na terenie TSSE Łobez, które zachorowały i które nie zachorowały na odrę. Wykluczono ewentualne nieprawidłowości w zakresie szczepień, jako przyczynę zachorowań.

Przebieg kliniczny niektórych przypadków był nietypowy (np. 2 przypadki bez podwyższonej temperatury). Można by się zastanawiać, czy nie były to przypadki innej choroby przebiegającej z wysypką np. różyczki, której w II kwartale 1996 r. zanotowano na terenie TSSE Łobez 100 przypadków, czyli mniej niż w II kwartale 1995 r. (132), podczas gdy na terenie całego województwa był ich wyraźny wzrost w stosunku do analogicznego okresu roku ubiegłego (z 509 do 2.791). W większości zgłaszanych przypadków podawano jednak charakterystyczny dla odrzy obraz kliniczny.

Lek.med. Bogumiła Stawarczyk
WSSE w Szczecinie

* * *

Autorka bardzo słusznie podkreśla fakt zwiększonej zapadalności na różyczkę na terenie województwa. W sytuacji kiedy jedynie na terenie Łobzu brak wzrostu zachorowań na różyczkę, a notuje się znaczny wzrost zachorowań na odrę, jest możliwe że było tam więcej niż 2 błędnie rozpoznane zachorowania na odrę.

D.Naruszewicz-Lesiuk

Ognisko epidemiczne zakażeń HBV i HCV pacjentów leczonych w Klinice Neurochirurgii Państwowego Szpitala Klinicznego w Bydgoszczy w okresie od października 1993 r. do grudnia 1994 r.

("Higienista - Biul. Inf. WSSE w Bydgoszczy" 1996, 3)

W okresie od maja do sierpnia 1994 roku w Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Bydgoszczy zespół prowadzący nadzór nad rejestracją chorób zakaźnych w systemie komputerowego analizowania danych dotyczących zachorowań na wzw pod kątem identyfikacji prawdopodobnych przyczyn i miejsca zakażenia zaobserwował zwiększo-

na liczbę zachorowań na wzw C u byłych pacjentów Kliniki Neurochirurgii Państwowego Szpitala Klinicznego Akademii Medycznej w Bydgoszczy. Przypadki te stanowiły ok. 20% wszystkich zarejestrowanych w ciągu jednego roku zakażeń HCV w całym województwie.

W tym samym czasie lekarze Kliniki Chorób Zakaźnych Akademii Medycznej w Bydgoszczy zasygnalizowali powtarzające się przypadki zachorowań na wzw B i wzw C u osób uprzednio leczonych w Klinice Neurochirurgii.

O faktach tych powiadomiono Dyrekcję PSK AM w Bydgoszczy i przekazano dane personalne 9 osób, u których podejrzewano zakażenie szpitalne powstałe w trakcie pobytu w tej placówce. Mimo intensywnych działań podjętych przez komisję d/s zakażeń szpitalnych PSK, przypadki zachorowań na wirusowe zapalenie wątroby u byłych pacjentów Kliniki Neurochirurgii nadal miały miejsce.

W lutym 1995 r. dyrekcja PSK podjęła decyzję o czasowym zamknięciu Kliniki Neurochirurgii oraz zwróciła się do Epidemiologa Wojewódzkiego z prośbą o koordynację działań zmierzających do likwidacji zaistniałego ogniska.

Zalecono między innymi:

- intensywne szkolenie personelu w zakresie aseptyki i antyseptyki,
- wzmoczenie reżimu sanitarnego,
- przeprowadzenie restrukturyzacji oddziału oraz działań organizacyjno-porządkowych mających na celu przecięcie ewentualnych dróg szerzenia się zakażeń krwiopochodnych.

Kolejnym elementem działań zapobiegawczych było zorganizowanie szczepień ochronnych p/w wzw B dla pacjentów oczekujących na planowe zabiegi neurochirurgiczne.

W marcu 1995 r. pracownicy Działu Epidemiologii WSSE w Bydgoszczy rozpoczęli dochodzenie epidemiologiczne. Opracowano definicję choroby. Jako kryterium przypuszczalnego zakażenia przyjęto żółtaczkę w przebiegu wirusowego zapalenia wątroby, występującą w okresie 14-180 dni w przypadku wzw B oraz 30-150 dni dla wzw C od daty przyjęcia do Kliniki Neurochirurgii.

W celu wyszukania zachorowań postanowiono przeanalizować losy wszystkich pacjentów hospitalizowanych w Klinice w okresie od października 1993 r. do grudnia 1994 r. (1.316 osób).

Zachorowania wystąpiły na terenie 4 województw: bydgoskiego, toruńskiego, słupskiego i gdańskiego; zakażenia HBV/HCV dotyczyły 36 byłych pacjentów Kliniki i miały miejsce do października 1993 r. do października 1994 r., układając się w cztery okresy epidemiczne:

- październik 1993 r. - 5 osób zakażonych
- marzec-kwiecień 1994 r. - 10 osób zakażonych
- czerwiec-lipiec 1994 r. - 12 osób zakażonych
- październik 1994 r. - 8 osób zakażonych

oraz jedno izolowane zachorowanie po hospitalizacji na przełomie sierpnia i września 1994 r. Zachorowało 18 kobiet i 18 mężczyzn. Zakażenie HBV stwierdzono u 18 chorych na wzw (9 kobiet i 9 mężczyzn). Objawy wzw B występowały w okresie od 1 do 5 miesięcy od początku pobytu w Klinice Neurochirurgii - średnio około 3 miesięcy. U 16 chorych na wzw (90% chorych) po pobycie w Klinice stwierdzono obecność uprzednio nieobecnego HBsAg. W dwóch przypadkach nie oznaczono HBsAg przy przyjęciu do Kliniki, były to jednak osoby hospitalizowane w epidemicznym okresie - październik 1994 r., spełniające wstępnie założone kryteria.

Zachorowania na objawowe wzw C zarejestrowano u 15

pacjentów leczonych w okresie: październik 1993 r. - październik 1994 r. w Klinice Neurochirurgii (zachorowało 8 kobiet i 7 mężczyzn). Objawy choroby występowały w czasie od 1 do 3 miesięcy od rozpoczęcia hospitalizacji w Klinice.

U trojga spośród 36 opisywanych chorych wystąpiło jednocześnie zakażenie HBV i HCV (1 kobieta i 2 mężczyźni). U pacjentów tych okres od początku leczenia w Klinice do pojawienia się żółtaczki był najkrótszy i wynosił od 3 do 10 tygodni; średnio 6 tygodni.

W celu określenia czynników ryzyka zakażeń HBV i HCV w opracowywanym ognisku dokonano retrospektywnej analizy epidemiologicznej. Grupę kontrolną stanowiło 91 pacjentów Kliniki Neurochirurgii hospitalizowanych w analizowanym okresie (X.93 r.-X.94 r.), u których po pobycie w oddziale nie pojawiła się żółtaczka jako objaw wzw B lub C, wyłonionych drogą doboru losowego. Po porównaniu częstości występowania czynników ryzyka w grupie badanej (chorych) i w grupie kontrolnej (niechorych) okazało się, że dominowały 3 czynniki ryzyka zakażenia HBV lub/i HCV w trakcie pobytu w Klinice w okresie od października 1993 r. do października 1994 r. i były to:

- hospitalizacja powyżej 14 dni
- otrzymywanie Mannitolu dożylnie
- wielokrotne zabiegi operacyjne.

Na podstawie wyników dochodzenia epidemiologicznego można przyjąć, że kumulacja licznych chorych seropozytywnych, rozpoznanych i nierozpoznanych jako źródła zakażenia w oddziale prowadzonym w systemie sal wielołożkowych z intensywnym ruchem chorych, przy współistnieniu przedstawionych powyżej czynników ryzyka zachorowania na wzw B lub/i C oraz przy znacznym obciążeniu personelu wynikającym z dużej liczby pacjentów, nakładające się na liczną populację osób z obniżoną odpornością nieswoistą i swoistą - dały w efekcie ognisko epidemiczne zakażeń HBV/HCV.

*Roman Graczykowski, Elżbieta Narolska
WSSE w Bydgoszczy*

Pierwsze wyniki aktywnego surveillance'u choroby Creutzfeldta-Jacoba w USA

W "Weekly Epidemiological Record" (1996,36,273-276) opublikowano wyniki aktywnego surveillance'u choroby Creutzfeldta-Jacoba (CJD) z uwzględnieniem nowego wariantu tej choroby oraz wcześniejszych zachorowań na CJD z rozpoznaniem lekarskim. Program podjęto w czterech stanach: Connecticut, Minnesota, Oregon i Kalifornia, oraz w ramach programów realizowanych przez Georgia Department of Human Resources i Atlanta Metropolitan Surveillance Project na grupie obejmującej 16,3 mln ludności. W ramach programu przejrano świadectwa zgonów w latach 1991-1996 i nawiązano kontakt ze specjalistami z zakresu neurologii i neuropatologii oraz patologii dla ustalenia pacjentów, którzy zmarli z powodu CJD w latach 1991-1995. Informacje uzyskano od około 800 neurologów i neuropatologów, to jest 92%-100% pracujących lekarzy tych specjalności oraz ponad 90% patologów zatrudnionych w trzech rejonach objętych badaniem. Równocześnie intensywnie poszukiwano zapisów w dokumentacji chorobowej oraz badań anatomopatologicznych chorych na CJD w wieku do 55 lat.

W ramach działań programowych zidentyfikowano 94 zgony związane z CJD w latach 1991-1995. Rozkład zachorowań

rowań w poszczególnych latach był równomierny i wynosił 18-19 przypadków rocznie, a umieralność oszacowano między 0,7 a 1,7 na 1 mln ludności.

Dziewięć zachorowań dotyczyło osób w wieku poniżej 55 lat (10%), w tym jeden przypadek dotyczył osoby w wieku poniżej 45 lat; nie było żadnego zachorowania u ludzi w wieku poniżej 30 lat. Dane kliniczne nie potwierdziły u żadnego z chorych nowego wariantu CJD.

Na początku 1996 roku odnotowano jeden zgon z powodu CJD, który dotyczył pacjenta w wieku poniżej 45 lat z przebiegiem choroby podobnym do nowej wersji CJD. Tym niemniej badanie anatomopatologiczne mózgu nie potwierdziło rozpoznania.

Poddano również weryfikacji materiał biopsyjny tkanki mózgowej od 67 zmarłych na CJD na terenie całego kraju w latach 1991-1996. Badania przeprowadzone w University of California w San Francisco nie wykazały zmian charakterystycznych dla nowej wersji CJD.

Wojciech Żabicki

Strategia szczepień przeciw poliomyelitis w USA

W dniu 20.VI.1996 r. w Atlancie odbyło się posiedzenie Komitetu Doradców CDC do spraw szczepień. Wezwano do stosowania inaktywowanej szczepionki przeciw *polio* (IPV) w wieku 2 i 4 miesięcy i doustnej szczepionki przeciw *polio* (OPV) w 12-18 miesiącu oraz w wieku od 4 do 6 lat.

Jest to istotna zmiana strategii szczepień przeciw *poliomyelitis* od wprowadzenia doustnej szczepionki w 1961 r. Ostatnie zalecenia z 1987 r. mówiły o 4 dawkach doustnej szczepionki.

W nowych wytycznych przyjęte były schematy szczepień oparte o samą szczepionkę OPV lub samą szczepionkę IPV. Natomiast do powszechnego stosowania rekomenduje się schemat oparty o sekwencje szczepionek. Projekt ten jest rozpatrywany od 2 lat i oczekuje na akceptację Dyrektora CDC, a pod koniec 1996 r. ma być opublikowany w "Mortality Weekly Report" i ma obowiązywać od 1997 r. Wdrożenie tych rekomendacji powinno zmniejszyć ryzyko zachorowań związanych ze szczepieniem (vaccine-associated paralytic poliomyelitis VAPP - zachorowanie u biorczy lub kontaktu z biorczą szczepionką).

Przy realizacji schematu szczepień OPV ryzyko VAPP ocenia się na 1 przypadek na 2,6 miliona dawek. VAPP może występować u zdrowych biorców lub u osób z niedoborem immunologicznym a także u osób ze ścisłego otoczenia biorców szczepionki. Zdaniem Komitetu Doradców, IPV nie powoduje zachorowań związanych ze szczepieniem (VAPP) i przejście na schemat sekwencyjny może wyeliminować przynajmniej połowę z 8-10 przypadków VAPP, które występują co roku w USA.

Podczas 3 godz. posiedzenia Komitetu Doradców wystąpili członkowie rodzin chorych na VAPP z poparciem wprowadzenia IPV. Jedna z tych osób stwierdziła, że obecnie przypadki *poliomyelitis* są wywołane przez wirus OPV i zapytała czy dalsze szczepienie OPV jest moralne? Inni sprzeciwiali się nowym rekomendacjom. Między innymi Ralph Buncher (University of Cincinnati Medical Center) stwierdził, że przejście na nowy system szczepienia może mieć niezamierzone konsekwencje: bez kombinowanej szczepionki nowy schemat będzie wymagał przynajmniej 2 dodatkowych iniekcji, a ponieważ rodzice i lekarze są czę-

sto niechętni stosowaniu wielu iniekcji podczas jednej wizyty, rezultatem może być zwiększenie liczby wizyt, które nie zawsze będą akceptowane. Obecnie ponad 95% dzieci przedszkolnych i z 1 klas ma pełne szczepienie podstawowe.

Komitet Doradców jest zdania, że stawiennictwo do szczepień może być pogorszone o ile nie wdroży się kombinowanej szczepionki przeciw *poliomyelitis*. Zalecenia Komitetu uwzględniają fakt, że IPV mimo swej skuteczności nie zapewnia takiej odporności miejscowej jak OPV. Sekwencyjny schemat zapewnić ma wysoką odporność miejscową, czego nie zapewnia sama IPV.

W USA licencjonowane są dwie szczepionki IPV z firm Pasteur Merieux i Connaugh's Poliovax, natomiast OPV z firmy Wyeth - Lederle Vaccines Pediatric's Orimune.

Przedstawiciel firmy Lederle stwierdził, że nie ma wystarczających dowodów na to, że sekwencyjny schemat szczepień IPV/OPV ograniczy występowanie zachorowań związanych ze szczepieniem (VAPP) i apelował do Dyrektora CDC aby nie akceptował stanowiska Komitetu Doradców z 20.VI.96 r. dopóki nie będzie odpowiedzi na szereg zasadniczych pytań.

na podstawie informacji Pasteur Merieux
przygotowała J.Żabicka

Sprawozdanie z ustaleń konferencji na temat polityki szczepień w krajach Środkowej i Wschodniej Europy Włochy, Rzym 24-26 października 1996 r.

Konferencja zorganizowana została przez Europejskie Biuro Regionalne WHO przy finansowym wsparciu Istituto Superiore di Sanata w Rzymie.

1. Ustalenia i uzgodnienia

1.1. Szczepienia ochronne stanowią wysoce skuteczny i stosunkowo tani środek zapobiegania i zwalczania tych chorób zakaźnych, przeciw którym istnieją odpowiednie szczepionki.

1.2. Na podstawie opracowania "Zdrowie dla Wszystkich w Roku 2000" przyjętego przez kraje będące członkami Regionu Europejskiego Światowej Organizacji Zdrowia (punkt 5 strategii regionalnej) przyjęte zostało założenie eliminacji rodzimej odry, świnki, zespołu wrodzonej różyczki, błonicy, *poliomyelitis* i tężca noworodków do 2000 roku.

1.3. Na podstawie rutynowo przeprowadzonego uodpornienia i postępu eliminacji *poliomyelitis* na terenie Ameryki, Światowa Rada Zdrowia postawiła zadanie globalnej eradykacji *poliomyelitis* powodowanego dzikim wirusem *polio* do 2000 roku. Europejska Grupa Doradcza w 1994 r. na podstawie obserwowanego postępu ustaliła, że w Regionie można wyeliminować do 1997 r. *poliomyelitis* powodowany dzikim wirusem.

1.4. Dla niektórych, zwłaszcza nowo powstałych, krajów w Centralnej i Wschodniej Europie problemem stało się zapatrzenie w szczepionki o wysokiej skuteczności.

1.5. Sytuacja ekonomiczna krajów Centralnej i Wschodniej Europy jest trudna i dla realizacji istniejących programów szczepień istnieją określone niebezpieczeństwa mimo międzynarodowej pomocy humanitarnej. Osiągnięcie narzeczonych celów będzie dużo bardziej trudne, niż poprzed-

nio sądzono. Dlatego eliminacja/eradykacja chorób droga szczepień wymagać będzie silnego politycznego, finansowego i technicznego wsparcia ze strony społeczności międzynarodowej.

1.6. W latach dziewięćdziesiątych w krajach powstałych po byłym Związku Radzieckim wystąpiła duża epidemia błonicy, rzutując na programy szczepień Centralnej i Wschodniej Europy.

Ponadto, mimo osiągnięć w zwalczaniu *poliomyelitis*, w 1996 r. wystąpiła epidemia *polio* spowodowana dzikim wirusem *polio* typ 1 na terenach od wielu lat wolnych od *polio*, tj. w Albanii, Jugosławii, Grecji. To umocniło słuszność stwierdzenia, że choroby zakaźne nie znają granic.

1.7. Podczas spotkania zaproponowano odpowiednią pomoc dla potrzebujących jej krajów dla realizacji programu EPI. Polska zaliczona została do krajów praktycznie nie potrzebujących pomocy.

1.8. Określono funkcje Kontroli Państwowej (National Control Authorities - NCAs). Na 50 krajów w Regionie Europejskim w 23 są produkowane szczepionki. We wszystkich, z wyjątkiem 4, Kontrola Państwowa spełniła swoje funkcje. W pozostałych 27 tylko w 3 krajach Kontrola spełniła te warunki.

2. Zalecenia ogólne

2.1. Konferencja dostarczyła okazji do przedyskutowania podobieństw i różnic w realizacji szczepień przez poszczególne kraje. Ogólnie można stwierdzić, że osiągnięty został postęp. Dwustronna współpraca jest w tym zakresie mile widziana. Kraje zachodnioeuropejskie zalecają kontynuowanie współpracy z UNICEF i WHO w celu pomocy humanitarnej dla realizacji programów szczepień.

2.2. Subregionalny charakter tej konferencji pozwolił na wyciągnięcie wniosku o celowości organizowania podobnych konferencji, zwłaszcza na temat zapobiegania chorobom zakaźnym przez szczepienia ochronne.

3. Zalecenia dla krajów

3.1. Programy szczepień w poszczególnych krajach różnią się w niektórych szczegółach, lecz są na ogół bardzo podobne w zasadniczych sprawach. Stosowane przeciwwskazania do szczepień wymagają przeglądu pod kątem zgodności z zaleceniami WHO.

3.2. Stopień wykonawstwa szczepień, zwłaszcza wśród mniejszościowych grup migrujących, przedstawia dużo do życzenia. Problem ten wymaga krytycznej oceny z uwzględnieniem, w szczególności, stosowanych metod i wiarygodności uzyskanych wyników.

3.3 Istnieje konieczność przeglądu definicji przypadków i sposobu laboratoryjnego potwierdzenia zachorowań, zwłaszcza w stosunku do chorób, zapobieganie i zwalczanie których polega głównie na stosowaniu szczepień. Jest to szczególnie ważne dla porównywania zgłaszanych liczb zachorowań z poszczególnych krajów. W szczególności wymaga poprawy laboratoryjne potwierdzanie odry, krztuśca, wirusowego zapalenia wątroby typu B.

3.4. Powinny być zapewnione i nasilone wszelkie niezbędne środki dla poprawy surveillance'u w zakresie tężca noworodków, zespołu wrodzonej różyczki, wirusowego zapalenia wątroby typu B.

3.5 Ważnym aktualnym problemem jest włączenie sektora prywatnego służby zdrowia do realizacji programów zdrowia publicznego, a w szczególności do realizacji zaleceń EPI dotyczących szczepień.

3.6. Aktualna sytuacja epidemiologiczna *poliomyelitis* jest przyczyną podejmowania dodatkowych szczepień w krajach, gdzie wystąpiły zachorowania i w krajach z nimi sąsiadujących. Kontrolę świadectw szczepień przy przekraczaniu granicy państwowej uznać należy za nieskuteczne działanie. Konieczna jest sąsiedzka współpraca między krajami dla zaszczepienia wszystkich grup społecznych.

3.7. Akcje szczepień przy użyciu OPV są planowane w wielu krajach na początku 1997 r. Również realizowana będzie operacja MECACAR. Akcje te są mocno zalecane przez WHO i UNICEF, zwłaszcza jako Narodowe Dni Szczepień, dla przerwania transmisji dzikiego wirusa *polio*. Zebrani byli zdania, że mimo obserwowanych trudności wykorzystanie *poliomyelitis* nastąpi w 2000 roku lub nawet wcześniej.

3.8. Surveillance ostrych porażek wiotkich wymaga dalszej uwagi w wielu krajach. Jest to niezbędne dla wykrycia ewentualnych przypadków *polio* wywołanych dzikim wirusem.

3.9. Powinno być nasilone szkolenie pracowników służby zdrowia w zakresie programów szczepień ochronnych i ich realizacji.

3.10. W przypadku wprowadzenia do programu nowej szczepionki powinien być opracowany plan finansowy dotyczący zapewnienia dostawy szczepionki w ciągu co najmniej 5 lat.

3.11. W poszczególnych krajach powinny zostać powołane Narodowe (Państwowe) Komisje Kontroli spraw związanych z realizacją programów szczepień.

4. Zalecenia dla Światowej Organizacji Zdrowia

4.1. WHO powinno koordynować rozwój sieci laboratoriów wirusologicznych, zwłaszcza przeprowadzających badania w kierunku *polio* i odry.

4.2. WHO powinno koordynować pracę w zakresie surveillance'u, szkolenia, zapewnienia technicznej i programatycznej pomocy w realizacji programów, zwłaszcza w sytuacji zagrożenia epidemiologicznego.

Po dyskusji uczestnicy nie zgodzili się na zapis mówiący o pomocy WHO w zakresie organizacji wewnątrz krajowych spotkań i dyskusji na temat realizacji programów szczepień. Natomiast zalecili organizowanie przez WHO i UNICEF pomocy w skali międzynarodowej w realizacji programu, szkolenia, kontroli jakości szczepionek, łańcucha chłodniczego, a także w zakresie opracowywania danych sprawozdawczych.

opracował Wiesław Magdzik

Wrodzona różyczka po wprowadzeniu szczepień ochronnych

W USA i Wielkiej Brytanii natychmiast po wprowadzeniu szczepień przeciw różyczce podjęto specyficzny surveillance wrodzonej różyczki. W USA w Centers for Disease Control funkcjonuje the Rubella Syndrom Register, a w Wielkiej Brytanii the National Congenital Surveillance Programme.

W Australii szczepienia przeciw różyczce u dziewcząt w wieku pokwitania i kobiet w wieku rozrodczym wdrożono w 1970 r. i liczba urodzeń dzieci z wadami spadła z około 200 do kilkunastu przypadków rocznie, tym niemniej dopiero w 1993 r. australijski College of Paediatrics wprowadził aktywny system zgłaszalności szeregu stanów chorobowych

u dzieci, w tym różyczki wrodzonej. Poza wrodzoną różyczką zgłaszalność obejmuje podostry *panencephalitis scleroticus*, ostre wiotkie porażenia, demencję dziecięcą, zespół hemolityczno-uremiczny, HIV/AIDS, chorobę Kawasaki, Zespół Rett, klinicznie wyrażone niedobory witaminy K i inne.

Według wzorów amerykańskich i brytyjskich przyjęto następującą terminologię wrodzonej różyczki:

- wrodzone zakażenie wirusem różyczki - brak wad i markery zakażenia wyrażone izolacją wirusa, obecnością przeciwciał IgM lub utrzymywaniem się przeciwciał IgG dla wirusa różyczki,
- zespół wrodzonej różyczki:
 - potwierdzony: typowe wady wrodzone dla różyczki plus izolacja wirusa, obecność przeciwciał IgM oraz utrzymywanie się przeciwciał IgG dla wirusa różyczki; dwie lub więcej wady wrodzone plus potwierdzone zakażenie wirusem różyczki w okresie ciąży.
 - możliwy: dwie lub więcej wady wrodzone i niecharakterystyczne wyniki badania laboratoryjnego lub pojedyncza wada plus potwierdzone zakażenie wirusem różyczki w okresie ciąży,
 - prawdopodobny: odpowiadające wrodzonej różyczce objawy kliniczne oraz niecharakterystyczne wyniki badania laboratoryjnego, jak np. jedna wada plus podejrzenie zakażenia wirusem różyczki w okresie ciąży.

Do typowych wad związanych z wrodzoną różyczką zalicza się wrodzone wady serca, sensoneuralną głuchotę, zaśmę i retinopatię.

W Australii w latach 1989-90 program szczepień przeciw różyczce został rozszerzony przez wprowadzenie szczepionki M-M-R u wszystkich dzieci w wieku 12 miesięcy.

W okresie od stycznia 1993 do grudnia 1994 r. australijski College of Paediatrics otrzymał 37 zgłoszeń wrodzonej różyczki, w tym 8 podwójnych oraz 7 przypadków, które nie odpowiadały kryteriom diagnostycznym. Na 22 faktyczne zgłoszenia, 12 dotyczyło noworodków urodzonych w Australii w 1993 i 1994 roku, w tym 3 przypadki zakażeń wirusem różyczki bez wad wrodzonych oraz 9 zdiagnozowanych jako zespół wrodzonej różyczki. U wszystkich noworodków z różyczką wrodzoną występowały liczne wady wrodzone i dwa przypadki zakończyły się zgonem.

Wiadomo, że matki noworodków urodzonych z wrodzonym zakażeniem przebyły różyczkę w drugim lub trzecim trymestrze ciąży. Natomiast na 12 matek, które urodziły dzieci z zespołem wrodzonej różyczki lub z zakażeniem, siedem nie było szczepionych, trzy zgłosiły przebyte szczepienia, którego dokumentacji nie sprawdzono, a u dwóch nie ustalono czy szczepienie było wykonane. Na dziewięć matek, które urodziły dzieci z różyczką wrodzoną, u sześciu stwierdzono wysokie miana przeciwciał dla wirusa różyczki przy pierwszej wizycie prenatalnej, ale dalszych badań nie wykonywano. Ustalono, że trzy z nich zgłosiły pojawienie się wysypki i że były badane dostatecznie wcześniej by zaproponować im przerwanie ciąży.

Materiał zgromadzony przez australijski College of Paediatrics uzupełniają informacje pochodzące z systemu analizy wyników badań wirusologicznych i serologicznych, tzw. Virology and Serology Reporting Scheme, który ostatnio udokumentował wzrost aktywności różyczki. W tym dodatkowym systemie w 1993-94 r. uzyskano zgłoszenie sześciu przypadków zespołu różyczki wrodzonej, udokumentowanego stwierdzeniem przeciwciał klasy IgM. Ponadto w 1994 r. miały miejsce dwa przypadki nieplanowanej ciąży w zwią-

ku z zakażeniem wirusem różyczki. W jednym przypadku miało miejsce obumarcie płodu *in utero* w 18-20 tygodniu ciąży oraz w drugim przypadku poród niewczesny; w obu przypadkach stwierdzono przeciwciała różyczkowe IgM. Ponadto w latach 1994 i 1995 stwierdzono 25 przypadków różyczki u ciężarnych, ale tylko w trzech przypadkach ustalono czas trwania ciąży, który wynosił 5, 17 i 30 tygodni.

W Wielkiej Brytanii, gdzie ma miejsce około 600 tys. porodów rocznie, od stycznia 1991 r. zarejestrowano 14 przypadków wrodzonej różyczki, w tym dziewięć u dzieci urodzonych przez imigrantki pochodzące głównie z Azji. Poza rejestracją tych przypadków władze brytyjskie zajmują się monitorowaniem serologicznej odporności u dziewcząt w wieku pokwitania i u ciężarnych kobiet. W 1993 r. stwierdzono wzrost odsetka dziewcząt w wieku 13-14 lat bez przeciwciał dla wirusa różyczki do 5,8% wobec 3,6% w okresie 1986-1992 (średnio). Równocześnie odsetek kobiet w wieku rozrodczym bez przeciwciał wzrósł do 1,8% z 1,3% w 1990 r. W związku z tym wyprzedzając spodziewaną epidemię różyczki, zrealizowano w listopadzie 1994 r. ogólnokrajową kampanię szczepienia szczepionką M-R całych roczników w wieku 5-16 lat z docelowym zamierzeniem całkowitego zawieszenia szczepień u dziewcząt szkolnych, które wprowadzono w 1970 r. W międzyczasie w 1988 r. wdrożono szczepienia u dzieci szczepionką M-M-R i od tej chwili obserwuje się znaczny spadek liczby przypadków wrodzonej różyczki. Równocześnie od początku lat osiemdziesiątych znacznie spadła liczba przerwania ciąży z powodu zakażenia wirusem różyczki. W 1993 r. we wszystkich trzynastu przypadkach różyczki w pierwszym trymestrze ciąży została przeprowadzona aborcja, co wskazuje na przywiązywanie istotnego znaczenia do wyników serologicznych badań antenatalnych.

W USA gdzie ma miejsce około 4 mln porodów rocznie, stwierdzono wzrost występowania zespołu różyczki wrodzonej do 31 przypadków w 1990 r., ale później zaobserwowano spadek liczby zgłoszeń. Powszechnie uważa się, że są to liczby zaniżone, ponieważ w odróżnieniu od Wielkiej Brytanii i Australii, w USA od 1969 r. koncentrowano się na szczepieniach małych dzieci i znacznie mniejszą uwagę przywiązywano do szczepienia dziewcząt i dorosłych kobiet, które wciąż w dużym stopniu mogą być wrażliwe na zakażenie.

W Europie WHO planuje wyeliminowanie do 2000 roku występowania rodzimej wrodzonej różyczki oraz zachorowań kobiet ciężarnych.

na podstawie "Comm.Int.Rep." (1995,10,234-238)
opracował Wojciech Żabicki

"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.