

Meldunek 1/A/97

o zachorowaniach na choroby zakaźne, zatruciach i zakażeniach szpitalnych zgłoszonych w okresie od 1.01 do 15.01.1997 r.

Jednostka chorobowa (symbole wg "Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych" ICD-10)	Meldunek 1/A		Dane skumulowane	
	1.01.97. do 15.01.97.	1.01.96. do 15.01.96.	1.01.97. do 15.01.97.	1.01.96. do 15.01.96.
Choroba wywołana przez ludzki wirus upośl.odp.: ogółem (B20-B24)	5	11	5	11
Dur brzuszny (A01.0)	-	1	-	1
Dury rzekome A.B.C. (A01.1-A01.3)	-	-	-	-
Salmonelozy: ogółem (A02)	486	403	486	403
Czerwonki: ogółem (A03; A06.0)	8	9	8	9
Biegunki u dzieci do lat 2 (A04; A08; A09)	579	462	579	462
Tężec: ogółem (A33-A35)	1	-	1	-
Błonica (A36)	-	-	-	-
Krztusiec (A37)	26	7	26	7
Szkarlatyna /płonica/ (A38)	859	1108	859	1108
Zapalenie opon mózgowych: razem	122	136	122	136
w tym: meningokokowe (A39.0)	5	4	5	4
inne bakteryjne: ogółem (G00) ^a	51	42	51	42
wirusowe, określone i nie określone (A87; B00.3; B02.1)	55	80	55	80
inne i nie określone (G03)	11	10	11	10
Zapalenie mózgu: razem	7	11	7	11
w tym: meningokokowe i inne bakteryjne (A39.8; G04.2)	-	.	-	.
wirusowe, przenoszone przez kleszcze (A84) ^b	-	4	-	4
inne wirusowe: ogółem (A83;A85;A86;B00.4;B02.0;B25.8) ^c	1	3	1	3
poszczepienne (G04.0)	-	-	-	-
inne i nie określone (G04.8-G04.9) ^d	6	4	6	4
Riketsjozy: ogółem (A75-A79)	-	-	-	-
Ostre nagminne porażenie dziecięce (A80)	-	-	-	-
Ospa wietrzna (B01)	12969	10269	12969	10269
Odra (B05)	29	14	29	14
Różyczka: ogółem (B06; P35.0)	4427	1999	4427	1999
Wirusowe zap. wątroby: typu B (B16; B18.0-B18.1)	187	253	187	253
"nie B": ogółem (B15;B17;B18.2-B18.9;B19)	405	892	405	892
Świnka /nagminne zapalenie przyusznic/ (B26)	3036	2776	3036	2776
Włośnica (B75)	-	-	-	-
Świerzb (B86)	944	1058	944	1058
Grypa: ogółem (J10; J11)	7490	990310	7490	990310
Bakteryjne zatrucia pokarmowe: razem	554	458	554	458
w tym: salmonelozy (A02.0)	485	402	485	402
gronkowcowe (A05.0)	-	-	-	-
jadem kiełbasianym /botulizm/ (A05.1)	2	-	2	-
wywołane przez Cl.perfringens (A05.2)	-	-	-	-
inne określone i nie określone: ogółem (A05.3-A05.9)	67	56	67	56
Zatrucia naturalnie toksycznym pokarmem: ogółem (T62)	1	.	1	.
w tym: grzybami (T62.0)	-	1	-	1
Inne zatrucia: ogółem (T36-T60; T63-T65)	374	.	374	.
w tym: pestycydami (T60)	3	2	3	2
lekami i preparatami farmakologicznymi (T36-T50)	150	.	150	.
Zakażenia szpitalne - objawowe i bezobjawowe: ogółem	146	72	146	72
w tym: na oddziałach noworodkowych i dziecięcych	24	23	24	23
następstwa zabiegów medycznych	10	19	10	19
wywołane pałeczkami Salmonella	75	1	75	1

Zmiany w rejestracji - w 1996 r. rejestrowano: a) łącznie z zapaleniem mózgu oraz opon i mózgu; b) łącznie z przenoszonym przez komary i inne stawonogi; c) bez przeniesionego przez stawonogi inne niż kleszcze oraz bez opryszczkowego, półpaścowego i cytomegalicznego; d) łącznie z opryszczkowym i podostrym stwardniającym zapaleniem mózgu.

Zachorowania zgłoszone w okresie 1-15.01.1997 r. wg województw

Województwo (St.- stołeczne M.- miejskie)	Choroba wyw.przez ludzi wirus upośl. odp.: ogółem (B20-B24)	Dur brzuszny (A01.0)	Dury rzekome A.B.C. (A01.1-3)	Salmonelozы: ogółem (A02)	Czerwonki: ogółem (A03;A06.0)	Biegunki u dzieci do lat 2 (A04; A08; A09)	Tężec: ogółem (A33-A35)	Krzusiec (A37)	Szkarlatyna (A38)	Zapalenie opon mózgowych		Zapalenie mózgu	
										Ogółem (A39.0; A87; B00.3; B02.1; G00; G03)	w tym: meningokoko- we (A39.0)	Ogółem (A39.8;A83-86; B00.4; B02.0; B25.8; G04.0; G04.2; G04.8-9)	w tym: wirusowe, prz. przez kleszcze (A84)
POLSKA	5	-	-	486	8	579	1	26	859	122	5	7	-
1. St.warszawskie	4	-	-	32	1	39	-	13	68	8	-	1	-
2. Białkopodlaskie	-	-	-	1	-	9	-	-	3	2	-	-	-
3. Białostockie	-	-	-	4	-	10	-	-	19	5	-	-	-
4. Bielskie	-	-	-	9	-	21	-	-	25	6	-	-	-
5. Bydgoskie	-	-	-	13	-	24	-	-	35	1	-	1	-
6. Chełmskie	-	-	-	2	-	2	-	-	14	1	1	-	-
7. Ciechanowskie	-	-	-	2	-	-	-	-	11	1	-	-	-
8. Częstochowskie	-	-	-	2	-	8	-	-	11	2	-	-	-
9. Elbląskie	-	-	-	5	1	9	-	-	4	1	-	-	-
10. Gdańskie	-	-	-	16	-	14	-	-	46	6	-	1	-
11. Gorzowskie	-	-	-	5	-	1	-	-	13	-	-	-	-
12. Jeleniogórskie	-	-	-	7	-	11	-	-	7	-	-	-	-
13. Kaliskie	-	-	-	7	-	11	-	-	6	1	-	2	-
14. Katowickie	-	-	-	19	-	33	-	1	101	9	2	1	-
15. Kieleckie	-	-	-	8	-	30	-	1	5	5	-	-	-
16. Konińskie	-	-	-	4	1	12	-	2	1	3	-	1	-
17. Koszalińskie	-	-	-	8	-	7	-	-	25	2	-	-	-
18. M.krakowskie	-	-	-	90	-	13	-	2	46	4	-	-	-
19. Krośnieńskie	-	-	-	3	-	10	-	-	2	-	-	-	-
20. Legnickie	-	-	-	12	-	6	-	-	6	-	-	-	-
21. Leszczyńskie	-	-	-	2	-	7	-	-	13	2	-	-	-
22. Lubelskie	-	-	-	4	-	2	-	-	17	2	-	-	-
23. Łomżyńskie	-	-	-	7	-	-	-	-	3	-	-	-	-
24. M.łódzkie	1	-	-	20	1	19	-	4	31	4	-	-	-
25. Nowosądeckie	-	-	-	9	-	6	-	-	24	4	-	-	-
26. Olsztyńskie	-	-	-	14	-	23	-	-	3	2	-	-	-
27. Opolskie	-	-	-	3	-	4	-	-	58	8	-	-	-
28. Ostrołęckie	-	-	-	2	-	4	-	-	12	1	-	-	-
29. Piłskie	-	-	-	1	-	-	-	-	40	-	-	-	-
30. Piotrkowskie	-	-	-	14	1	2	-	1	5	3	-	-	-
31. Płockie	-	-	-	8	-	30	-	-	5	3	-	-	-
32. Poznańskie	-	-	-	14	-	48	-	-	58	3	2	-	-
33. Przemyskie	-	-	-	5	1	11	-	-	3	1	-	-	-
34. Radomskie	-	-	-	5	-	18	-	-	8	1	-	-	-
35. Rzeszowskie	-	-	-	2	-	6	-	-	12	4	-	-	-
36. Siedleckie	-	-	-	6	-	9	-	-	3	1	-	-	-
37. Sieradzkie	-	-	-	11	-	3	-	-	3	2	-	-	-
38. Skierniewickie	-	-	-	1	-	2	-	-	1	4	-	-	-
39. Słupskie	-	-	-	8	-	7	-	-	10	-	-	-	-
40. Suwalskie	-	-	-	11	-	3	-	-	1	6	-	-	-
41. Szczecińskie	-	-	-	35	1	18	-	-	11	1	-	-	-
42. Tarnobrzeskie	-	-	-	6	1	24	-	-	13	2	-	-	-
43. Tarnowskie	-	-	-	7	-	25	1	-	4	2	-	-	-
44. Toruńskie	-	-	-	6	-	-	-	-	9	2	-	-	-
45. Wałbrzyskie	-	-	-	1	-	4	-	-	16	3	-	-	-
46. Włocławskie	-	-	-	6	-	6	-	2	9	3	-	-	-
47. Wrocławskie	-	-	-	14	-	13	-	-	21	1	-	-	-
48. Zamojskie	-	-	-	4	-	2	-	-	14	-	-	-	-
49. Zielonogórskie	-	-	-	11	-	13	-	-	4	-	-	-	-

Zachorowania zgłoszone w okresie 1-15.01.1997 r. wg województw (cd.)

Województwo (St.- stołeczne M.- miejskie)	Ospa wietrzna (B01)	Odra (B05)	Różyczka: ogółem (B06; P35.0)	Wirusowe zapalenie wątroby		Świnka (B26)	Włośnica (B75)	Świerzb (B86)	Grypa: ogółem (J10; J11)	Bakteryjne zatrucia pokarmowe: ogółem (A02.0; A05)	Zatrucia grzybami (T62.0)	Inne zatrucia: ogółem (T36-T60; T63-T65)	Zakażenia szpitalne - objawowe i bezobjawowe: ogółem
				typu B (B16;B18.0-.1)	"nie B": ogółem (B15; B17;B18.2-B18.9;B19)								
POLSKA	12969	29	4427	187	405	3036	-	944	7490	554	-	374	146
1. St.warszawskie	716	1	40	7	18	201	-	18	171	32	-	4	2
2. Białkopodlaskie	51	-	63	1	13	1	-	45	10	1	-	-	-
3. Białostockie	273	1	309	1	8	82	-	30	-	4	-	6	11
4. Bielskie	371	1	145	5	6	107	-	14	150	10	-	15	-
5. Bydgoskie	298	-	235	2	1	101	-	22	60	18	-	51	-
6. Chełmskie	116	-	1	1	1	1	-	5	-	2	-	-	-
7. Ciechanowskie	110	-	33	3	1	4	-	5	-	2	-	-	-
8. Częstochowskie	238	-	64	7	3	98	-	4	157	2	-	15	-
9. Elbląskie	100	-	23	2	8	25	-	50	-	5	-	2	-
10. Gdańskie	394	-	388	10	30	45	-	36	75	19	-	6	-
11. Gorzowskie	287	-	436	2	1	9	-	29	-	6	-	11	-
12. Jeleniogórskie	129	-	43	7	8	55	-	11	-	7	-	1	6
13. Kaliskie	376	-	69	-	-	18	-	14	-	7	-	3	-
14. Katowickie	2285	14	533	36	24	681	-	87	8	22	-	1	-
15. Kieleckie	360	-	215	5	2	242	-	35	31	16	-	44	17
16. Konińskie	125	-	4	2	1	26	-	3	-	4	-	-	1
17. Koszalińskie	272	1	215	1	13	52	-	18	158	8	-	-	5
18. M.krakowskie	334	-	107	12	1	105	-	12	-	96	-	14	75
19. Krośnieńskie	40	-	10	-	-	3	-	-	41	6	-	4	-
20. Legnickie	157	-	47	-	1	55	-	20	62	14	-	11	-
21. Leszczyńskie	78	-	16	3	5	1	-	9	55	2	-	-	-
22. Lubelskie	272	-	9	1	4	25	-	14	-	5	-	9	-
23. Łomżyńskie	56	-	26	3	9	12	-	14	-	7	-	-	-
24. M.łódzkie	344	-	11	8	3	24	-	54	-	20	-	15	1
25. Nowosądeckie	157	-	29	3	7	113	-	15	80	9	-	17	-
26. Olsztyńskie	184	-	17	2	6	9	-	17	1	13	-	1	-
27. Opolskie	745	-	476	12	2	27	-	6	-	3	-	12	1
28. Ostrołęckie	72	-	5	3	-	9	-	8	-	2	-	-	-
29. Piłskie	160	-	78	1	9	3	-	12	2	1	-	1	-
30. Piotrkowskie	268	-	26	4	2	24	-	22	-	14	-	5	-
31. Płockie	77	-	2	1	3	25	-	14	-	8	-	3	-
32. Poznańskie	625	-	74	1	5	235	-	26	22	14	-	3	-
33. Przemyskie	64	1	13	1	1	1	-	10	-	5	-	9	-
34. Radomskie	190	-	-	2	9	35	-	2	-	5	-	7	1
35. Rzeszowskie	104	-	84	-	2	8	-	15	17	3	-	9	-
36. Siedleckie	143	-	4	3	35	37	-	16	-	11	-	-	-
37. Sieradzkie	90	-	-	-	1	19	-	4	-	11	-	2	-
38. Skierniewickie	76	-	17	4	21	-	-	9	-	1	-	-	-
39. Słupskie	204	-	116	-	90	28	-	7	1	8	-	4	-
40. Suwalskie	86	-	75	-	12	27	-	8	6	11	-	5	6
41. Szczecińskie	219	-	32	6	3	32	-	21	50	50	-	1	-
42. Tarnobrzeskie	188	-	11	1	-	20	-	31	13	6	-	7	7
43. Tarnowskie	126	-	60	2	3	15	-	7	-	7	-	30	-
44. Toruńskie	219	-	12	2	13	11	-	89	207	7	-	-	2
45. Wałbrzyskie	259	-	74	7	5	17	-	5	1094	1	-	26	-
46. Włocławskie	214	-	-	2	4	198	-	10	-	7	-	4	-
47. Wrocławskie	511	10	46	6	11	153	-	11	5001	27	-	5	11
48. Zamojskie	35	-	1	-	-	3	-	26	-	4	-	5	-
49. Zielonogórskie	171	-	133	5	-	14	-	4	18	11	-	6	-

Grypa w Polsce

W pierwszej połowie grudnia 1996 r. zarejestrowano w Polsce 2.198 zachorowań na grypę i choroby grypopodobne, w drugiej połowie grudnia - 4.966, a w pierwszej połowie stycznia 1997 r. - 7.490 zachorowań, w tym w woj. wrocławskim 5.001 i wałbrzyskim 1.094.

W dwu pierwszych tygodniach stycznia br. od sześciu pacjentów z terenu Warszawy w Pracowni Zakażeń Wirusów Oddechowych Zakładu Wirusologii PZH wyizolowano wirus grypy. Dwa z izolatów pochodziły od pacjentów w wieku 5-6 lat, dwa - w wieku 45-50 lat i dwa - w wieku 75-85 lat.

Wykonano cztery pasáže każdego izolatu. Wstępna analiza antygenowa wykazała przynależność szczepów do podtypu A(H3N2).

Wyizolowane szczepy przesłano do Międzynarodowego Centrum d/s Grypy w Londynie.

dr hab. Lidia Brydak

Krajowy Ośrodek d/s Grypy WHO; Zakład Wirusologii PZH

Zachorowania na grypę w Europie

Jak donosi "Weekly Epidemiological Record" (1996,51/52,391-392) we Włoszech w grudniu ub.r. izolowano pierwszy szczep wirusa grypy A(H3N2) od sporadycznego przypadku zachorowania u osoby w wieku 67 lat z Parmy na północy Włoch.

Na Litwie w końcu listopada ub.r. zaczęła narastać zapadalność na ostre zapalenie dróg oddechowych, a pierwszy przypadek grypy A potwierdzono laboratoryjnie u małego dziecka w ostatnim tygodniu listopada. W grudniu ub.r. uzyskano u dzieci kolejne potwierdzenie grypy A w przypadku sporadycznych zachorowań i jedno potwierdzenie grypy B.

W Szwecji wzrosła absencja wśród dzieci szkolnych oraz w ośrodkach pomocy społecznej dla ludzi starszych, natomiast nie stwierdzono wzrostu liczby potwierdzonych laboratoryjnie zachorowań na grypę. Badaniem immunofluorescencyjnym rozpoznano kilka zachorowań na grypę A i B na przełomie listopada i grudnia ub.r.

W Szwajcarii jak wynika z raportów sieci monitorujących lekarzy aktywność grypy osiągnęła poziom epidemiczny w zachodnich i południowych rejonach kraju. Równocześnie wystąpił wzrost izolacji szczepów wirusa grypy, które bez wyjątku należały do podtypu A(H3N2).

Wojciech Żabicki

Raport z nadzoru nad zakażeniem HIV i AIDS w Europie

European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS w Saint-Maurice we Francji opracowuje kwartalne raporty z nadzoru nad zakażeniami HIV i AIDS w Europie. Ostatni z nich obejmuje okres do końca września 1996 r.

Zachorowania na AIDS uwzględnione w tym raporcie powinny odpowiadać ujednoliconej definicji przypadku AIDS, która została pierwotnie opublikowana we wrześniu 1982 r., skorygowana w czerwcu 1985r. i w sierpniu 1987 r. Definicję przypadku u osób dorosłych i dorastających poprawiono następnie w styczniu 1993 r. Od 1993 r. euro-

pejska definicja przypadku do celów nadzoru różni się od definicji stosowanej w USA tym, że nie obejmuje kryterium liczby komórek CD4. Stosowana w Europie definicja przypadku AIDS u dzieci, skorygowana w 1995 r., jest w zasadzie taka sama jak w USA.

Nadzór nad AIDS w Europie jest prowadzony przez 48 krajów Regionu Europejskiego WHO. Jedna instytucja w kraju, uznana przez odpowiednie autorytety krajowe, odpowiedzialna za jakość dostarczanych danych, zgłasza przypadki AIDS do European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS. W każdym kwartale ta instytucja wysłała anonimowe, indywidualne dane o wszystkich zachorowaniach na AIDS zgłoszonych od początku epidemii. Dane te są scalone w postaci zbioru danych europejskich (the European Non-Aggregate AIDS Data Set-ENAADS), z którego pochodzą informacje zawarte w raportach kwartalnych.

Dane są tabelaryzowane z uwzględnieniem daty rozpoznania. W związku z opóźnieniami w zgłaszaniu traktuje się je jako tymczasowe. Między poszczególnymi krajami i grupami przenoszenia zakażenia występują różnice wielkości opóźnień w zgłaszaniu. W niektórych przypadkach sięgają one kilku lat. Ogólnie, około jedna trzecia zachorowań jest zgłaszana pod koniec kwartału, w którym są one rozpoznawane, a od 10 do 15% przypadków zgłasza się po upływie roku od rozpoznania. Aby umożliwić zaobserwowanie stałych trendów, dane tymczasowe koryguje się ze względu na opóźnienia zgłoszeń. Tego rodzaju oszacowania są najmniej pewne dla ostatnich kwartałów i powinny być ostrożnie interpretowane.

Ponadto poprzednie zgłoszenia są modyfikowane wraz z ich ciągłym uaktualnianiem tzn. wykrywaniem i eliminowaniem przypadków zgłoszonych dwukrotnie i włączaniem nowych informacji o uprzednio zgłoszonych zachorowaniach.

Do celów nadzoru zachorowania związane z więcej niż jednym sposobem przeniesienia zakażenia są liczone tylko raz - zgodnie z najbardziej prawdopodobną drogą przeniesienia zakażenia.

W raportach opracowanych przez European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS choroby wskazujące na AIDS są prezentowane dla zachorowań rozpoznanych od stycznia 1994 r. z krajów, z których informacja jest dostępna. Przypadki AIDS mogą być zgłoszone z więcej niż jedną - maksymalnie z czterema - chorobami wskazującymi na AIDS, występującymi w ciągu dwu kolejnych miesięcy od rozpoznania tego zespołu.

W Europejskim Regionie WHO między styczniem a wrześniem 1996 r. zgłoszono 19.026 przypadków AIDS. Liczebność skumulowana wynosi 179.955 przypadków, wśród których jest 6.693 (4%) zachorowań dzieci (w wieku poniżej 13 lat).

W Europie - jako całości - liczba zachorowań na AIDS stabilizuje się. Jednak tę ostatnio zaobserwowaną stabilizację powinno się interpretować ostrożnie - z uwzględnieniem różnic geograficznych epidemii HIV/AIDS i wpływu zmiany definicji przypadku AIDS w 1993 r.

W Europie zachodniej liczba przypadków ustabilizowała się w ostatnich dwu - trzech latach w większości krajów północnych. Wiąże się to głównie ze stabilizacją liczby zachorowań w następstwie zakażeń nabytych drogą kontaktów homoseksualnych, które stanowią największy odsetek przypadków w tej części Europy. Przeciwnie, w krajach południowych, w których liczba zachorowań na AIDS jest szczególnie wysoka i głównie związana ze wstrzykiwaniem nar-

kotyków - we Włoszech, Portugalii i Hiszpanii - epidemia AIDS nie stabilizuje się.

W środkowej i wschodniej części Regionu Europejskiego WHO epidemia jest świeższa i (poza Rumunią) liczba przypadków AIDS o wiele mniejsza niż w Europie zachodniej. Jednak liczba nowo zdiagnozowanych zachorowań (skorygowana z uwzględnieniem opóźnień w zgłaszaniu) wzrosła o 18% (z 686 do 811 przypadków) między rokiem 1993 i 1994 oraz o 33% (811-1.075 przypadków) między rokiem 1994 i 1995. Ponadto w niektórych krajach są oznaki gwałtownego szerzenia się HIV, głównie w związku ze wstrzykiwaniem narkotyków.

Podczas gdy początkowe stadium epidemii AIDS charakteryzowała większość przypadków wśród homo-/biseksualnych mężczyzn, od 1990 r. stosujący środki odurzające we wstrzyknięciach stanowią największy odsetek przypadków rozpoznawanych w danym roku (w 1995 r. 42% przypadków u osób dorosłych i dorastających). Między rokiem 1994 i 1995 liczba zdiagnozowanych przypadków (skorygowana z uwzględnieniem opóźnień w zgłoszeniach) spadła u mężczyzn homo-/biseksualnych i stosujących środki odurzające we wstrzyknięciach (odpowiednio: 8% i 3%) lecz wzrosła u zakażonych drogą kontaktów heteroseksualnych (9%).

Zmianie wzorców przenoszenia zakażenia towarzyszy wzrost odsetka zachorowań kobiet (12% w 1986 r., 21% w 1995 r.). Większość kobiet, u których rozpoznano AIDS w 1995 r. stosowała środki odurzające we wstrzyknięciach (46%) lub została zakażona drogą kontaktów heteroseksualnych (43%), często drogą kontaktu seksualnego z partnerem stosującym środki odurzające we wstrzyknięciach (31% kobiet zakażonych drogą kontaktów heteroseksualnych).

Osoby w wieku 30-34 lata stanowią najliczniejszą grupę chorych na AIDS (27%) i wśród nich występują największe częstości zachorowań. U mężczyzn największe częstości odnotowano w grupie 30-34 lata, a następnie 35-39 lat. U kobiet największą częstość obserwowano w grupie wieku 30-34 lata, a następnie 25-29 lat.

W Regionie Europejskim WHO ponad 50% pediatrycznych przypadków AIDS zgłoszono z Rumunii, gdzie największą epidemię zakażeń szpitalnych stwierdzono w 1989 r. Inna, choć o wiele mniejsza epidemia, wystąpiła w Republice Rosyjskiej w późnych latach osiemdziesiątych. W większości innych krajów, olbrzymia większość dzieci chorych na AIDS została zakażona od matek; najwyższy odsetek tych dzieci (39%) urodziły matki stosujące środki odurzające we wstrzyknięciach.

*na podstawie "HIV/AIDS surveillance in Europe"
(Third quarterly report 1996) opracowała Wanda Szata*

Postęp światowy w eliminacji tężca noworodków na przykładzie Egiptu

Jak wiadomo, w 1989 roku Światowa Organizacja Zdrowia przyjęła rezolucję, która zakłada eliminację zachorowań na tężec noworodków. W 1993 roku zweryfikowano zamierzony cel przyjmując, że planuje się zmniejszenie zapadalności do <1/1 tys. żywych urodzeń w każdej jednostce administracyjnej poszczególnych krajów. Nowelizację przedsięwzięcia wprowadzono w czasie, gdy umieralność noworodków na tężec nadal utrzymywała się na poziomie 6,5/1 tys. żywych urodzeń, a objęcie ciężarnych szczepieniem

(dwie dawki toksoidu błoniczego) nie przekraczało 45%.

W Egipcie szczepienia ciężarnych toksoidem tężcowym wprowadzono już w 1973 roku, ale w 1986 roku stwierdzono, że umieralność noworodków na tężec kształtowała się na poziomie 7/1 tys. żywych urodzeń, co stanowiło nadal poważny problem dla zdrowia publicznego. Kompleksowe działania polegające na ogólnokrajowych akcjach szczepień ciężarnych w latach 1988-1993 (w dwóch rundach, w stałym terminie: listopad-grudzień każdego roku) przy intensywnym działaniu propagandowym doprowadziły do zwiększenia wykonawstwa szczepień z 9% w 1987 roku do 73% w 1988 roku i prawie 80% w 1993 roku. Równocześnie liczba zgłoszonych zachorowań na tężec noworodków spadła z 6.554 w 1988 roku do 3.448 w 1989 roku, a w 1994 roku zgłoszono tylko 994 zachorowania przy zapadalności 0,6/1 tys. żywych urodzeń.

Tężec noworodków jest w wielu rejonach świata wiodącą przyczyną umieralności noworodków. Wśród chorób, którym można zapobiegać przez szczepienia, tężec jest na drugim miejscu (po odrze) jako przyczyna umieralności w okresie dziecięcym. Szacuje się, że w 1994 roku wystąpiło w świecie 490.000 zgonów noworodków na tężec. Centrala WHO uważa, że w krajach trzeciego świata udało się uniknąć około 730.000 zgonów przez szczepienia matek toksoidem tężcowym oraz zwiększenie aseptyki porodów i postępowania przy odcinaniu pępowiny.

*na podstawie "Wkly Epid.Rec."(1996,5,33-36)
opracował Wojciech Żabicki*

Postępy w eradykacji drakunkulozy

W "World Health Forum" (1996,2,182) opublikowano informację przygotowaną w centrali WHO w Genewie jako uzupełnienie doniesienia "No transmission of dracunculiasis in Egypt for two centuries" autorstwa Susan Watts z Amerykańskiego Uniwersytetu w Kairze.

Program eradykacji drakunkulozy podjęto w 1982 roku w powiązaniu z ogłoszonym przez ONZ międzynarodowym dziesięcioleciem zaopatrzenia w wodę. W 1991 roku Światowe Zgromadzenie Zdrowia ogłosiło zamiar eradykacji tej choroby do 1995 roku.

Drakunkuloza jest chorobą pasożytniczą wywołaną przez nicianie *Dracunculus medinensis*. Dorosłe samice pasożyta osiągają do 100 cm długości przy grubości wynoszącej zaledwie do 2 mm. Migracja pasożytów przez tkanki gospodarza powoduje silne bóle, zwłaszcza w okolicy stawów. Uwalnianie pasożytów z organizmu żywiciela w 90% przypadków ma miejsce na stopach i przebiega z bolesnym obrzękiem i pęcherzem przechodzącym w owrzodzenie. Przy przebijaniu skóry bólem towarzyszy gorączka, nudności i wymioty. W łagodniejszych przypadkach eliminacja pasożyta z dolegliwościami chorobowymi trwa od dwóch do czterech tygodni. Przy mnogich inwazjach i większych uszkodzeniach tkanek podczas migracji i uwalniania nicieni oraz wtórnych zakażeniach dolegliwości chorobowe mogą utrzymywać się przez kilka miesięcy.

Samice niciania wydalają do 3 mln larw do stojących wód powierzchniowych, gdzie przechodzą dalszy rozwój w organizmach oczlików (*Cyclops*) będących pośrednimi żywicielami nicieni. Po upływie około dwóch tygodni larwy stają się inwazyjne. Do inwazji u ludzi dochodzi przy picciu wody ze zbiorników wód powierzchniowych. Migracja cał-

kowicie dojrzałych samic nicieni z jelit do tkanek zaczyna się po upływie około jednego roku od początku inwazji związanej z wypiciem wody z oczlikami zawierającymi inwazyjne larwy pasożyta.

Zwalczanie drakunkulozy polega na filtrowaniu lub innym uzdatnianiu wody pitnej na terenach endemicznych w celu przerwania transmisji zakażeń. W latach 1989-1994 liczba zachorowań zmalała o 80%, a w 1994 roku zgłoszono do WHO 164.973 zachorowania, w tym 99.7% z Afryki. Choroba występuje w Indii i Jemenie oraz w 16 krajach afrykańskich położonych na południe od Sahary. Szacuje się, że na terenach endemicznych żyje około 120 mln ludzi w Afryce i 10 mln w Azji.

W swoim artykule Susan Watts udowadnia, że drakunkuloza nie występowała i nadal nie występuje na terenie Egiptu, a rozpoznane sporadyczne zachorowania są zawlekanie.

Wojciech Żabicki

Rewizja Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych

Raport z postępu prac, grudzień 1996 r.

Międzynarodowe Przepisy Zdrowotne (MPZ) zostały zaakceptowane przez Światowe Zgromadzenie Zdrowia w 1969 roku. Ich opracowanie - konsultacje i uzgadnianie - trwało kilkadziesiąt lat, ale w rezultacie Przepisy stały się światowym standardem postępowania w zwalczaniu chorób w ruchu międzynarodowym. Podstawą przepisów były dwie zasady - zapewnienie maksymalnej ochrony przed międzynarodowym szerzeniem się chorób przy minimalnych zaburzeniach w międzynarodowych podróżach i handlu.

Od ostatniej rewizji MPZ pojawiło się wiele czynników (demograficznych, socjoekonomicznych i innych) mających wpływ na rozwój i szerzenie się ważnych chorób zakaźnych, których nie uwzględniają aktualne przepisy. Gwałtowny postęp w dziedzinie transportu i podróżowania spowodowały znaczny wzrost możliwości i szybkości przemieszczania się w skali międzynarodowej zarówno podróźnych jak i towarów. Połączenie tych zmian może w rezultacie zwiększać ryzyko międzynarodowego szerzenia się chorób zakaźnych. Te współczesne czynniki ryzyka dopingują do podjęcia na szczeblu międzynarodowym działań kontrolnych, których nie mogły uwzględnić uprzednio opracowane MPZ.

Grupa międzynarodowych konsultantów, na spotkaniu w grudniu 1995 r., rozważyła metody poprawy przydatności i efektywności Przepisów, biorąc pod uwagę konsekwencje ostatnich epidemii chorób zakaźnych o znaczeniu międzynarodowym. Ustalono, że zostaną utrzymane dotychczasowe zasady, na których opierały się Przepisy, ale zostaną wprowadzone zmiany odpowiadające zagrożeniu wynikającemu z obecnie jak i w przyszłości występujących epidemii. Stwierdzono, że Przepisy powinny zapewnić natychmiastowe zgłoszenie licznych określonych zespołów chorobowych, co ułatwi szybkie wykrycie i zgłoszenie nowych lub rzadko występujących chorób zakaźnych. Natychmiastowe zgłoszenie zespołu objawów byłoby później uzupełniane przez zgłoszenie choroby po potwierdzeniu rozpoznania. W ten sposób polepszano by międzynarodową czujność w wykrywaniu zagrożeń chorobami zakaźnymi.

Ponadto Przepisy powinny być zrewidowane pod kątem widzenia uwzględnienia zaleceń zmierzających do ograni-

czenia niekoniecznych lub nieodpowiednich przepisów kontrolnych, które mogą utrudniać międzynarodowy transport.

Zorganizowano niewielką grupę roboczą przygotowującą projekt tekstu zrewidowanych MPZ, uwzględniającego zalecenia sformułowane na tym spotkaniu. Skład grupy był podyktowany potrzebą włączenia ekspertów w dziedzinach zdrowia publicznego i problemów kwarantanny, nadzoru nad chorobami, międzynarodowej współpracy w dziedzinie zdrowia publicznego i chorób zakaźnych łącznie ze zwalczaniem chorób szerzących się drogą pokarmową, zwalczania przenosicieli, jak również włączenia do zespołu osób, posiadających doświadczenie w stosowaniu obecnie obowiązujących MPZ.

Grupa robocza spotkała się dwukrotnie: we wrześniu i w listopadzie 1996 r. Spotkania poprzedzono konsultacjami dotyczącymi charakteru zespołów objawów/chorób, które byłyby zgłaszane zgodnie ze znowelizowanymi MPZ i opracowano operacyjny przewodnik (poradnik).

W czasie tych spotkań uzyskano postęp w ustaleniu podejścia i struktury zmienianych MPZ, w dokładnym zaplanowaniu dalszych kroków w procesie opracowania MPZ i w przygotowaniu wstępnej wersji przerabianych części tekstu. Zaplanowano, że grupa spotka się 31 stycznia 1997 r., a następne spotkania będą okresowo organizowane w ciągu roku.

Przed opracowaniem ostatecznej wersji tekstu MPZ robocza wersja będzie praktycznie przetestowana w kilku krajach. To testowanie w terenie powinno być przeprowadzone w ograniczonej liczbie wybranych państw w okresie 6 miesięcy. Na początku 1997 r. zostanie nawiązany kontakt z państwami członkowskimi, aby ustalić ich zainteresowanie udziałem w badaniach. Zostaną wybrane państwa różniące się położeniem geograficznym i poziomem nadzoru nad chorobami zakaźnymi. Przeprowadzenie badań i analiza wyników przedłużą o ok. 1 rok czas przewidziany na opracowanie zrewidowanych MPZ.

Członkowie Komitetu Międzynarodowego Nadzoru Chorób Zakaźnych (International Surveillance of Communicable Disease) w liczbie maksimum 7 zostali wybrani przez Dyrektora Generalnego zgodnie z Przepisami dotyczącymi tego Komitetu. Obecnie oczekuje się na ich akceptację. Uważa się, wobec przedłużenia czasu na testowanie zrewidowanych MPZ, że spotkanie Komitetu odbędzie się nie wcześniej niż w 1998 r., a jego zalecenia zostaną przedstawione na Światowym Zgromadzeniu Zdrowia w 1999 r.

Wszystkie państwa członkowskie są proszone o zgłaszanie zasadniczych - węzłowych propozycji (focal point) do rewizji MPZ; takie uwagi nadesłały dotychczas 44 państwa.

W następnych miesiącach zostanie przeprowadzone:

- skompletowanie pierwszego szkicu tekstu zrewidowanych MPZ,
- przygotowanie definicji zespołów objawów proponowanych do zgłaszania zgodnie z MPZ,
- przygotowanie operacyjnego przewodnika ułatwiającego stosowanie MPZ,
- zorganizowanie i rozpoczęcie badania terenowego roboczej wersji MPZ w wybranych krajach.

Uwaga: poprzednią notatkę o Rewizji MPZ zamieszczono w Meldunku 8/A/96.

*na podstawie "Wkly Epid.Rec." (1997,3,9-11)
opracowała D. Naruszewicz-Lesiuk*