

Meldunek 6/A/97

o zachorowaniach na choroby zakaźne, zatruciach i zakażeniach szpitalnych zgłoszonych w okresie od 1.06 do 15.06.1997 r.

Jednostka chorobowa (symbole wg "Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych" ICD-10)	Meldunek 6/A		Dane skumulowane	
	1.06.97. do 15.06.97.	1.06.96. do 15.06.96.	1.01.97. do 15.06.97.	1.01.96. do 15.06.96.
Choroba wywołana przez ludzki wirus upośl.odp.: ogółem (B20-B24)	5	1	47	58
Dur brzuszny (A01.0)	-	-	2	1
Dury rzekome A.B.C. (A01.1-A01.3)	-	-	2	-
Salmonelozy: ogółem (A02)	1426	1981	7959	9361
Czerwonki: ogółem (A03; A06.0)	4	12	88	154
Biegunki u dzieci do lat 2 (A04; A08; A09)	895	577	9588	7981
Tężec: ogółem (A33-A35)	3	4	14	11
Błonica (A36)	-	-	-	9
Krzusiec (A37)	40	8	314	101
Szkarlatyna /płonica/ (A38)	1171	1268	11698	12562
Zapalenie opon mózgowych: razem	94	127	1092	1203
w tym: meningokokowe (A39.0)	7	4	74	71
inne bakteryjne: ogółem (G00) ^a	46	44	529	590
wirusowe, określone i nie określone (A87; B00.3; B02.1)	31	75	390	464
inne i nie określone (G03)	10	4	99	78
Zapalenie mózgu: razem	22	13	179	156
w tym: meningokokowe i inne bakteryjne (A39.8; G04.2)	6	.	28	.
wirusowe, przenoszone przez kleszcze (A84) ^b	3	1	8	7
inne wirusowe: ogółem (A83;A85;A86;B00.4;B02.0;B25.8) ^c	9	5	75	64
poszczepienne (G04.0)	-	-	-	-
inne i nie określone (G04.8-G04.9) ^d	4	7	68	85
Riketsjozy: ogółem (A75-A79)	-	-	-	-
Ostre nagminne porażenie dziecięce (A80)	-	-	-	-
Ospa wietrzna (B01)	8916	5770	101159	68242
Odra (B05)	15	48	223	367
Różyczka: ogółem (B06; P35.0)	13383	8169	106685	49463
Wirusowe zap. wątroby: typu B (B16; B18.0-B18.1)	212	233	2331	3047
"nie B": ogółem (B15;B17;B18.2-B18.9;B19)	201	321	3450	6305
Świnka /nagminne zapalenie przyusznic/ (B26)	4488	1979	31272	20027
Włośnica (B75)	-	6	11	22
Świerzb (B86)	503	419	8471	8592
Grypa: ogółem (J10; J11)	116	210	1574495	2701212
Bakteryjne zatrucia pokarmowe: razem	1614	2074	9340	10251
w tym: salmonelozy (A02.0)	1424	1979	7943	9338
gronkowcowe (A05.0)	2	-	9	1
jadem kiełbasianym /botulizm/ (A05.1)	11	8	35	26
wywołane przez Cl.perfringens (A05.2)	-	-	-	-
inne określone i nie określone: ogółem (A05.3-A05.9)	177	87	1353	886
Zatrucia naturalnie toksycznym pokarmem: ogółem (T62)	2	.	9	.
w tym: grzybami (T62.0)	2	-	6	17
Inne zatrucia: ogółem (T36-T60; T63-T65)	510	.	4056	.
w tym: pestycydami (T60)	10	13	51	56
lekami i preparatami farmakologicznymi (T36-T50)	256	.	2150	.
Zakażenia szpitalne - objawowe i bezobjawowe: ogółem	85	101	1325	1215
w tym: na oddziałach noworodkowych i dziecięcych	18	20	459	287
następstwa zabiegów medycznych	24	24	333	364
wywołane pałeczkami Salmonella	2	47	118	202

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 podoстрыm stwardniającym zapaleniem mózgu.

Zachorowania zgłoszone w okresie 1-15.06.1997 r. wg województw

Województwo (St.- stołeczne M.- miejskie)	Choroba wyw.przez ludzki wirus upośl. odp.: ogółem (B20-B24)	Dur brzuszny (A01.0)	Dury rzekome A.B.C. (A01.1-3)	Salmonelozy: 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	-	-	1426	4	895	3	40	1171	94	7	22	3
1. St.warszawskie	1	-	-	57	-	70	-	9	68	7	-	-	-
2. Białkopodlaskie	-	-	-	4	-	13	-	-	16	1	-	-	-
3. Białostockie	-	-	-	20	-	23	-	3	7	-	-	-	-
4. Bielskie	-	-	-	15	-	11	-	-	27	3	-	-	-
5. Bydgoskie	-	-	-	41	-	18	-	-	77	3	-	1	-
6. Chełmskie	-	-	-	23	-	8	-	-	12	-	-	-	-
7. Ciechanowskie	-	-	-	10	-	7	-	-	10	3	-	-	-
8. Częstochowskie	-	-	-	38	-	22	-	1	12	3	-	1	-
9. Elbląskie	-	-	-	17	-	9	-	-	12	2	-	-	-
10. Gdańskie	-	-	-	54	-	59	-	1	40	3	-	2	-
11. Gorzowskie	-	-	-	10	-	2	-	-	9	1	-	-	-
12. Jeleniogórskie	-	-	-	16	-	25	-	-	24	3	1	-	-
13. Kaliskie	-	-	-	52	-	11	-	-	19	-	-	-	-
14. Katowickie	-	-	-	92	-	46	1	4	129	6	5	3	-
15. Kieleckie	-	-	-	33	-	46	-	2	15	5	-	-	-
16. Konińskie	-	-	-	52	-	15	-	2	11	-	-	-	-
17. Koszalińskie	-	-	-	20	-	25	-	-	24	1	-	-	-
18. M.krakowskie	-	-	-	30	-	-	-	1	47	3	-	-	-
19. Krośnieńskie	-	-	-	35	-	11	-	1	8	-	-	1	-
20. Legnickie	1	-	-	18	-	6	-	1	13	-	-	-	-
21. Leszczyńskie	-	-	-	11	-	13	-	1	12	-	-	-	-
22. Lubelskie	-	-	-	40	-	18	1	1	20	-	-	-	-
23. Łomżyńskie	-	-	-	16	-	15	-	-	1	-	-	-	-
24. M.łódzkie	-	-	-	16	-	23	-	1	16	3	-	-	-
25. Nowosądeckie	-	-	-	10	-	8	-	-	14	4	-	-	-
26. Olsztyńskie	-	-	-	59	1	42	-	-	21	1	-	-	-
27. Opolskie	-	-	-	27	-	7	-	-	61	3	-	1	-
28. Ostrołęckie	-	-	-	6	-	4	-	-	6	1	-	-	-
29. Piłskie	-	-	-	21	-	4	-	-	8	3	-	-	-
30. Piotrkowskie	-	-	-	39	-	1	-	3	35	2	-	3	-
31. Płockie	-	-	-	23	-	9	-	-	5	2	-	1	-
32. Poznańskie	-	-	-	30	-	59	-	2	78	9	-	2	-
33. Przemyskie	-	-	-	30	-	9	1	-	5	1	-	1	-
34. Radomskie	-	-	-	60	-	40	-	2	23	1	-	-	-
35. Rzeszowskie	-	-	-	18	-	7	-	-	13	1	1	-	-
36. Siedleckie	-	-	-	18	-	28	-	-	6	2	-	-	-
37. Sieradzkie	-	-	-	14	-	2	-	-	17	1	-	-	-
38. Skierniewickie	-	-	-	39	-	4	-	-	9	1	-	1	-
39. Słupskie	-	-	-	14	1	11	-	-	13	-	-	-	-
40. Suwalskie	-	-	-	29	-	11	-	-	17	2	-	-	-
41. Szczecińskie	-	-	-	30	1	17	-	-	22	-	-	1	-
42. Tarnobrzeskie	-	-	-	60	-	38	-	-	30	1	-	-	-
43. Tarnowskie	-	-	-	18	-	17	-	1	26	2	-	3	3
44. Toruńskie	-	-	-	39	-	17	-	1	14	-	-	-	-
45. Wałbrzyskie	-	-	-	11	-	5	-	1	11	7	-	-	-
46. Włocławskie	-	-	-	52	-	18	-	-	41	1	-	-	-
47. Wrocławskie	3	-	-	28	1	19	-	2	36	2	-	-	-
48. Zamojskie	-	-	-	12	-	7	-	-	9	-	-	1	-
49. Zielonogórskie	-	-	-	19	-	15	-	-	22	-	-	-	-

Zachorowania zgłoszone w okresie 1-15.06.1997 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	8916	15	13383	212	201	4488	-	503	116	1614	2	510	85
1. St.warszawskie	489	-	522	16	4	280	-	1	-	57	-	-	4
2. Białkopodlaskie	72	-	23	-	1	2	-	34	-	4	-	-	-
3. Białostockie	132	-	418	1	3	160	-	14	-	21	-	25	2
4. Bielskie	154	1	401	7	3	67	-	7	-	16	-	6	-
5. Bydgoskie	370	-	419	5	3	175	-	5	18	47	-	24	-
6. Chełmskie	12	-	83	-	1	1	-	-	-	23	-	-	-
7. Ciechanowskie	73	-	188	6	1	-	-	9	-	10	-	2	-
8. Częstochowskie	141	1	284	3	-	161	-	3	-	38	-	12	-
9. Elbląskie	141	1	73	-	3	113	-	23	4	17	-	5	-
10. Gdańskie	283	2	858	7	14	180	-	21	-	58	-	3	1
11. Gorzowskie	180	-	246	-	-	7	-	5	-	11	-	16	-
12. Jeleniogórskie	83	-	121	5	2	82	-	9	-	16	-	-	-
13. Kaliskie	243	-	667	1	2	67	-	12	8	52	-	1	1
14. Katowickie	1446	7	1405	37	10	903	-	54	-	118	-	2	33
15. Kieleckie	268	-	826	8	1	160	-	10	-	46	-	37	2
16. Konińskie	86	-	144	4	1	130	-	5	-	55	-	4	-
17. Koszalińskie	191	-	304	3	6	16	-	25	-	28	-	-	-
18. M.krakowskie	246	-	496	6	5	183	-	1	-	41	-	22	1
19. Krośnieńskie	63	-	108	1	-	8	-	5	-	41	2	6	-
20. Legnickie	88	-	245	-	-	22	-	16	-	17	-	-	-
21. Leszczyńskie	69	-	264	3	3	17	-	1	-	14	-	2	-
22. Lubelskie	165	-	110	4	3	56	-	7	-	41	-	20	-
23. Łomżyńskie	52	-	151	7	1	4	-	6	-	18	-	2	-
24. M.łódzkie	499	-	165	4	2	32	-	39	58	28	-	213	1
25. Nowosądeckie	80	-	293	7	16	140	-	2	-	10	-	-	6
26. Olsztyńskie	250	-	184	-	-	5	-	19	-	58	-	3	-
27. Opolskie	341	-	818	3	2	73	-	3	-	27	-	2	1
28. Ostrołęckie	85	-	127	1	1	15	-	3	-	6	-	1	-
29. Piłskie	90	1	65	4	5	40	-	3	-	21	-	-	-
30. Piotrkowskie	137	-	114	3	14	26	-	3	-	40	-	4	-
31. Płockie	111	-	89	3	2	55	-	2	-	23	-	1	-
32. Poznańskie	402	-	267	3	2	286	-	20	-	31	-	12	1
33. Przemyskie	52	-	57	2	-	67	-	10	-	34	-	7	-
34. Radomskie	134	-	180	3	1	138	-	4	2	60	-	5	-
35. Rzeszowskie	49	-	171	-	1	22	-	1	-	18	-	3	-
36. Siedleckie	66	-	68	1	7	24	-	9	-	23	-	3	-
37. Sieradzkie	41	-	23	3	1	8	-	1	-	15	-	-	-
38. Skierniewickie	122	-	111	1	3	42	-	2	-	39	-	1	-
39. Słupskie	205	-	353	-	50	33	-	21	26	15	-	5	1
40. Suwalskie	106	-	347	5	4	13	-	14	-	34	-	2	11
41. Szczecińskie	145	1	102	10	5	58	-	13	-	87	-	6	1
42. Tarnobrzeskie	132	1	92	5	-	48	-	12	-	60	-	3	7
43. Tarnowskie	93	-	201	3	4	128	-	1	-	18	-	-	-
44. Toruńskie	103	-	171	2	1	103	-	14	-	41	-	1	-
45. Wałbrzyskie	69	-	154	3	2	63	-	10	-	12	-	24	-
46. Włocławskie	59	-	21	3	1	133	-	7	-	63	-	5	-
47. Wrocławskie	340	-	516	12	9	103	-	7	-	30	-	1	7
48. Zamojskie	13	-	80	2	-	5	-	7	-	13	-	11	4
49. Zielonogórskie	145	-	258	5	1	34	-	3	-	19	-	8	1

Gorączka Lassa w Sierra Leone

Od stycznia 1996 roku do 19 kwietnia 1997 roku w Sierra Leone zarejestrowano 799 przypadków zachorowań na gorączkę Lassa i 148 zgonów (18,5%).

W styczniu 1997 roku zachorowało 45 osób, zmarło 7; w lutym - 75 osób i 9 zgonów; w marcu - 147 osób i 20 zgonów oraz w kwietniu 86 osób i 7 zgonów. Łącznie w ciągu pierwszych czterech miesięcy 1997 roku zgłoszono w Sierra Leone 353 przypadki zachorowań z 43 zgonami (12,2%). W większości, pomocy medycznej udzielono w Kenema; obecnie utworzono punkt we Freetown.

Personel medyczny z głównych okręgów będzie uczestniczył w ogólnokrajowym programie szkolenia w zakresie zwalczania gorączki Lassa. Opracowuje się plan walki z gryzoniami, wdraża metody przecięcia dróg szerzenia się choroby i szkoli w zakresie nadzoru nad przypadkami podejrzanyymi o zakażenie.

Chorych leczy się ribawirinem. Zwalczaniem gorączki Lassa zajmuje się Ministerstwo Zdrowia wraz z WHO i MERLIN.

*na podstawie "Wkly Epid.Rec." (1997,22,162)
opracowała Danuta Seroka*

Odra w Stanach Zjednoczonych AP w 1996 roku

Według danych tymczasowych przekazanych do CDC w 1996 r., zarejestrowano w USA 488 potwierdzonych przypadków odry i 8 przypadków w Puerto Rico. Poczynając od końca 1996 r. w USA uległa przerwaniu transmisja rodzimych zachorowań na odrę. Znaczny udział w ogólnej liczbie zachorowań na odrę miały przypadki importowane lub mające z nimi związek oraz zachorowania dzieci w wieku szkolnym, które nie otrzymały drugiej dawki szczepionki przeciw odrze.

Ze zgłoszonych 488 przypadków 355 (73%) było rodzimych, 47 (10%) importowanych i 86 (18%) epidemiologicznie związanych z przypadkami importowanymi. Zawleczone zachorowania stwierdzono wśród osób, które przyjechały lub podróżowały: do Niemiec (7 przypadków), Grecji i Japonii (po 5), Austrii, Indii, Filipin (po 3), Chin, Włoch i Rosji (po 2), Anglii, Kenii, Liberii, Nepalu, Somalii, Taiti i Turcji (po 1).

W 6 przypadkach nie udało się ustalić gdzie doszło do zakażenia, ponieważ chorzy podróżowali po wielu krajach. Żaden z przypadków importowanych nie uległ zakażeniu w Amerykach Płd. czy Płn.

Wiek i szczepienia. Z 465 chorych na odrę, od których uzyskano dane o wieku, 117 (25%) miało mniej niż 5 lat, w tym 37 (8%) poniżej 12 miesiąca życia, a 25 (5%) było w wieku 12-15 miesięcy. W wieku 5-19 lat było 195 (42%) chorych i 153 (33%) chorych miało 20 lub więcej lat.

Dane o szczepieniu uzyskano od 354 pacjentów - 64% nie było szczepionych (z tego 1/4 osób nie podlegała szczepieniu).

Epidemie. Z 15 stanów zgłoszono wystąpienie 23 epidemii (3 lub więcej zachorowań mające związek epidemiologiczny). Z kolei liczba zachorowań mających związek z ogniskami epidemiologicznymi wahała się od 3 do 121 (mediana 5 przypadków). Szerzenie się odry w środowisku szkolnym stwierdzono w 7 epidemiach, w których zachorowało 55% wszystkich przypadków zarejestrowanych w 1996 r.; w 4 epidemiach (Alaska, Teksas, Utah, Waszyng-

ton) zachorowania dzieci szkolnych dotyczyły tych osób, które otrzymały tylko 1 dawkę szczepionki; w 2 epidemiach chorowały dzieci szkolne nie szczepione.

Źródłem zakażenia w sześciu epidemiach były przypadki importowane. Sekwencje genomu szczepów wirusa izolowanego w czterech epidemiach, w których nie zidentyfikowano źródła zakażenia, były podobne do szczepów wirusów, które zidentyfikowano jako importowane z Europy i Płd. Azji. To może sugerować, że dodatkowo 205 (42%) z 488 przypadków zgłoszonych w 1996 r. jest związane z zawleczeniem odry do USA.

Z wyjątkiem epidemii odry na Hawajach doszło do przerwania transmisji rodzimych zachorowań na odrę w USA w 1996 r. w okresie od 18 października do 10 lutego 1997 r. czyli przez 17 tygodni zarejestrowano tylko jedno zachorowanie nie mające związku z zawleczeniem odry i ten przypadek jest w trakcie dochodzenia epidemiologicznego.

Z uwag od wydawcy wynika, że liczba zachorowań w 1996 r. uległa zmniejszeniu w porównaniu do 1990 r. o 98%.

Występowanie zachorowań wśród osób szczepionych przeciw odrze (36% ogółu zachorowań w 1996 r.) nie jest zjawiskiem nie oczekiwanym. Skuteczność szczepionki przeciw odrze kształtuje się poniżej 100%, co oznacza, że 5-10% osób szczepionych nie uzyskuje odporności.

Osoby szczepione nieskutecznie mogą ulec w czasie epidemii zakażeniu i zachorować. Jednak ryzyko zachorowania osoby szczepionej jest znacznie niższe niż nie szczepionej.

Analiza danych z wywiadów epidemiologicznych i z badań epidemiologii molekularnej szczepów wirusa izolowanych od zgłoszonych przypadków pozwala stwierdzić, że 70% zachorowań było zawleczonych lub było związane z przypadkami importowanymi.

W celu ograniczenia epidemii odry wśród dzieci szkolnych w USA w 1988 r. wprowadzono rutynowe dwukrotne szczepienie przeciw odrze. W stanach, w których nie w pełni wdrożono to postępowanie, ryzyko epidemii wśród dzieci szkolnych było znacznie wyższe.

*na podstawie "EPI Newsletter" (1997,XIX,2,1)
opracowała D.Naruszewicz-Lesiuk*

Narastające znaczenie epidemiologiczne zakażeń wywołanych przez *Campylobacter* w Australii

W "Communicable Diseases Intelligence" (1996,22,478-482) opublikowano doniesienie "A five years review of *Campylobacter* infection in Queensland". Autorami artykułu są R.Stafford, T.Terikate i B.McCall z miejscowej jednostki służby zdrowia.

Jak wynika z artykułu, drobnoustroje *Campylobacter* w ciągu minionej dekady stały się najczęstszą przyczyną ostrych chorób biegunkowych w Australii, a w Queensland od 1990 roku *Campylobacter enteritis* jest najczęściej zgłaszaną chorobą zakaźną. W Australii zgłasza się około 10.000 przypadków rocznie i kampilobakterioza ma jedną z najwyższych zapadalności wśród chorób zakaźnych. Zachorowania są zdominowane przez dwa gatunki, to jest *Campylobacter jejuni* oraz *Campylobacter coli*, przy czym *C. jejuni* powoduje do 90% zakażeń.

Wcześniejsze badania wykazały, że najwyższa zapadalność na kampilobakteriozę dotyczy dzieci w wieku 0-4 lata.

W szeregu badań wykazano jako potencjalne czynniki ryzyka tej choroby: drób spożywany bez dostatecznej obróbki termicznej, kontakt ze zwierzętami domowymi (głównie psy i koty), spożywanie surowego mleka i nieuzdatnionej wody oraz nieprzestrzeganie higieny przy przygotowaniu posiłków. Wydaje się, że często ma się do czynienia z dużymi ogniskami zachorowań oraz transmisją zakażeń od człowieka do człowieka.

W latach 1991-1995 autorzy przeprowadzili analizę przypadków według płci, wieku, sezonowości, lokalizacji oraz stanu społeczno-ekonomicznego. Stwierdzono, że najwyższa zapadalność dotyczyła dzieci w wieku 12-23 miesiące i wynosiła 446,9/100 tys., to jest ponad 2-krotnie więcej niż u dzieci w pierwszym roku życia (215,7/100 tys.).

Wojciech Żabicki

Postępy w zwalczaniu choroby Chagasa w Południowej Ameryce

W 1991 roku władze Argentyny, Boliwii, Chile, Paragwaju oraz Urugwaju podjęły inicjatywę zmierzającą do eliminacji transmisji choroby Chagasa w południowym stożku Ameryki. Ostatnio powołano niezależną międzynarodową komisję, która ma poświadczyć osiągnięcie postawionego celu w Argentynie, Chile, Urugwaju oraz w Brazylii. W związku z tym osiągnięto zmniejszenie występowania choroby o 70% w całej Ameryce Łacińskiej.

Jak wiadomo choroba Chagasa jest przewlekłą chorobą pasożytniczą, którą wywołuje rzęskowy pierwotniak *Trypanosoma cruzi*. Choroba występuje wyłącznie na kontynencie amerykańskim, ale według szacunkowych obliczeń stanowi po malarii i schistosomozie trzecią najpoważniejszą chorobę tropikalną. *Trypanosoma cruzi* występuje ogniskowo w przyrodniczych ekotopach, które obejmują leśne i przydomowe ssaki oraz pluskwiaki. Transmisja zakażeń może odbywać się z udziałem i bez udziału człowieka. Na ludzi choroba przenosi się przez ukąszenia ssących krew pluskiew oraz przez transfuzję krwi. Choroba ma charakter przewlekły i powoduje nieuleczalną niewydolność organizmu prowadzącą do zejścia śmiertelnego. Występujące w Płd. Ameryce w latach siedemdziesiątych i osiemdziesiątych migracje ludności ze wsi do miast spowodowały zmiany w występowaniu choroby, która stała się specyfiką prymitywnych osiedli miejskich w następstwie zagnieżdżenia zakażonych pluskiew w szczelinach budynków.

Dane pochodzące z Brazylii wykazują, że u około 30% ludzi zakażonych *T.cruzi* dochodzi do ciężkich chorób serca i przewodu pokarmowego, takich jak arytmia (75.000 przypadków rocznie), *megaesophagus* (45.000) oraz *megacolon* (30.000). Orientacyjne koszty implantacji stymulatorów oraz chirurgii korekcyjnej w średniej kwocie około 5.000 USD na pacjenta sięgają według danych szacunkowych około 750 mln USD rocznie.

W latach 1989-1990 zarejestrowano w Brazylii 11.868 zgonów z powodu choroby Chagasa.

W 1970 roku tereny endemicznego występowania choroby Chagasa obejmowały 36% kraju; ponad 50% jednostek administracyjnych o zaludnieniu około 49 mln ludzi było zainfestowanych przez *Triatoma infestans*, które są głównym wektorem tej choroby. *T.infestans* jest wyłącznie domowym pasożytem; mniejsze znaczenie jako wektory zakażeń posiadają *T.braziliensis* oraz *T.pseudomaculata*.

W 1975 roku w całej Brazylii wdrożono krajowy program zwalczania choroby Chagasa oparty o opryski insektycydami zabudowań mieszkalnych. W następstwie podjętych działań w stanie Sao Paulo całkowicie zlikwidowano występowanie wektora *T.infestans*, a od 1983 roku nie stwierdzono nowych ostrych zachorowań oraz seropozytywnych wyników u dzieci w wieku 1-4 lata. W 1993 roku pozostały tylko 83 jednostki administracyjne, w których utrzymywała się infestacja zabudowań, co oznacza spadek o 89% w porównaniu z 1975 rokiem. W 1993 roku w całej Brazylii udało się odłowić tylko 1.800 insektów, to jest tyle ile ich mogło występować w jednym budynku przed wdrożeniem programu. Obecnie stopień zainfestowania budownictwa szacuje się wskaźnikiem wynoszącym 2,5 insekta na 1.000 sprawdzonych budynków, czyli znacznie mniej niż jest niezbędne dla podtrzymania transmisji pasożyta. Obecnie w Brazylii lokalne miejsca z infestacją budynków utrzymują się jedynie w stanach Bahia, Tacantins oraz Rio Grande do Sul. Ostateczna eliminacja infestacji jest spodziewana w 1998 roku.

Przeeglądy seroepidemiologiczne w 1994 roku w dziesięciu endemicznych stanach Brazylii przeprowadzone na reprezentatywnej próbie dzieci w wieku 7-14 lat wykazały, że odsetek wyników dodatnich w dziesięciu stanach nie przekraczał 0,5%, co oznacza spadek o 96% w porównaniu z 1980 rokiem. Analogiczny spadkowy trend stwierdzono w krwiodawstwie, gdzie odsetek pobrań krwi zakażonych *T.cruzi* zmalał z 6,5% w 1982 r. do 1% w 1995 roku.

Obecnie w Brazylii podjęła pracę międzynarodowa komisja powołana do orzeczenia eliminacji transmisji choroby Chagasa.

na podstawie "Wkly Epid.Rec." (1997,1/2,1-5)
opracował Wojciech Żabicki

Problemy epidemiologiczne wąglika tematem posiedzenia grupy ekspertów WHO

Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Warszawie jest w posiadaniu raportu z posiedzenia grupy ekspertów WHO na temat wąglika. Posiedzenie odbyło się w dniach 22-23.08.1995 r. w Winchester (Anglia).

Występowanie zakażeń wywołanych laseczką wąglika u ludzi koreluje z zachorowaniami na wąglik w środowisku zwierzęcym, a przyczyną zachorowań u ludzi jest pośredni lub bezpośredni kontakt z produktami pochodzenia zwierzęcego, zakażonymi lub zanieczyszczonymi zarodnikami *Bacillus anthracis*. Celem posiedzenia było zapewnienie większej integracji zwalczania choroby i prac badawczych w aspekcie zdrowia ludzkiego i ochrony zwierząt. W dyskusji poruszano następujące problemy:

1. Niedostatki krajowych i regionalnych programów, które nie pozwalają na uzyskiwanie precyzyjnych informacji o źródłach zakażeń, przenoszonych między innymi przez tzw. postacie "latentne" wąglika.

2. Brak przekonania u hodowców o celowości podejmowania określonych działań i wynikających z fałszywego przekonania, że "nic nie warto czynić, ponieważ pastwiska są stale zanieczyszczone".

3. Konieczność szkolenia w zakresie diagnostyki wąglika u ludzi, zwłaszcza na terenach gdzie choroba występuje sporadycznie i często nie jest rozpoznawana. Zwrócono uwagę na przypadki, w których wyniki hodowli są ujemne w związku z wcześniejszą antybiotykoterapią. Podkreślono,

że diagnostykę w tych przypadkach może ułatwić nowa szybka metoda wykrywania antygenu i inne sposoby, jak np. test skórny Anthraxinem.

4. Problem bezpieczeństwa biologicznego w diagnostyce laboratoryjnej w świetle rozbieżnych wymagań w różnych krajach. Uznano, że biobezpieczeństwo drugiego stopnia jest wystarczające do diagnostyki klinicznej, natomiast biobezpieczeństwo trzeciego stopnia powinno być wymagane przy pracach badawczych z zawiesinami zarodników oraz hodowlami *B.anthraxis* na dużą skalę.

5. W diagnostyce weterynaryjnej wyrażono nadzieję, że nowe testy wyeliminują anachroniczny test Ascoliego, wciąż stosowany w szeregu krajów pomimo trudności w standaryzacji reagentu i małej swoistości odczynu. Nowe testy laboratoryjne muszą być dostatecznie czułe, swoiste i tanie. Za obiecujące metody uznano odczyn polimerazy łańcuchowej (PCR) oraz badanie immunoenzymatyczne (ELISA). Za duży postęp diagnostyczny uważa się połowę metodę immunochromatograficzną, opracowaną ostatnio w the US Naval Medical Research Institute w Bethesda. Ogniska wąglika u zwierząt powinny być potwierdzane laboratoryjnie badaniem krwi, płynów tkankowych i wysięków w rozmazach błękitem metylenowym polichromowym lub barwnikiem McFadyeana, a także hodowlą bakteryjną przynajmniej w części przypadków.

6. Podkreślono potrzebę prac badawczych nad poprawą metod dekontaminacji środowiska środkami chemicznymi i fizycznymi. W szczególności problem dotyczy ziemi na grzebowiskach oraz terenów, na które usuwano duże ilości osadów z garbarni. Jak wiadomo zastosowanie środków chemicznych, jak np. formaldehydu ma ograniczenia ze względu na ochronę środowiska oraz bezpieczeństwo pracy.

7. Uważa się, że przy skutecznym uodpornieniu stad hodowlanych rzadko występuje konieczność przeprowadzenia szczepień u ludzi. Tym niemniej, istnieje potrzeba uzyskania doustnych szczepionek zwierzęcych, które będą zapewniać trwałą odporność również u dzikich zwierząt.

8. Natomiast nie zauważa się postępów w leczeniu zachorowań na wąglik u ludzi. Nadal penicylina jest lekiem z wyboru, a doksylicyna oraz inne tetracykliny stanowią alternatywne leczenie dla pacjentów z uczuleniem na penicylinę. Bakteriologiczne wyleczenie skórno-wąglika często uzyskuje się po zastosowaniu jednej dawki leku przeciwbakteryjnego. Z ostrożności stosuje się jednak leczenie wydłużone biorąc pod uwagę ryzyko zakażeń oponowych. Chinolony, takie jak cyprofloksacyna i pierwsza generacja cefalosporyn wykazują dobre działanie *in vitro*. Natomiast druga i trzecia generacja cefalosporyn, takich jak cefuroksym i cefotaksym nie wykazuje tych właściwości. Równocześnie jednak nie ma doświadczeń klinicznych z zastosowaniem cefalosporyn do leczenia wąglika u ludzi.

9. Wydaje się, że swoista surowica przeciwwąglikowa może być skuteczna w prowadzeniu zachorowań, które przebiegają z objawami toksycznymi ale taki preparat nie jest dostępny na rynku w wielu krajach. Ponadto potrzebne są dalsze badania nad oceną kliniczną stosowania surowicy u pacjentów w stanie krytycznym.

10. Konieczne są badania nad "latentnymi" zakażeniami u ludzi i zwierząt, zmierzające do ustalenia, jak można im zapobiegać i jak można zminimalizować ich ryzyko.

11. Krytycznej analizie poddano obecne możliwości leczenia wąglika u zwierząt, gdzie penicylina jest także lekiem z wyboru przy występowaniu zmian klinicznych o obrotach sugerujących wąglik.

12. Grupa ekspertów wyraziła gotowość doradzania krajom członkowskim w podnoszeniu gotowości i sposobu reagowania przy zastosowaniu wąglika jako broni biologicznej przeciw ludności cywilnej.

na podstawie "Bull.WHO" (1996,5,465-470)
opracował Wojciech Żabicki

ZALECENIA PRZEWODNICZĄCEGO KRAJOWEGO ZESPOŁU KONSULTANTA MEDYCZNEGO W DZIEDZINIE PEDIATRII ORAZ W DZIEDZINIE MEDYCYNY SZKOLNEJ I SPECJALISTY KRAJOWEGO W DZIEDZINIE HIGIENY I EPIDEMIOLOGII

Rola lekarza pediatry i lekarza rodzinnego w Programie Wykorzenia Poliomielitis w Polsce

W 1988 roku na 41 Światowym Zgromadzeniu Zdrowia podjęto Rezolucję o całkowitym wykorzeniu *poliomielitis* na świecie do 2000 roku.

Polska jak i inne kraje jest zobowiązana do realizacji tego programu.

Jako podstawowe wymogi orzekania o eradykacji *poliomielitis* Światowa Organizacja Zdrowia przyjęła:

- niewystępowanie u ludzi zachorowań spowodowanych dzikim wirusem *polio* co najmniej przez 3 lata w warunkach wiarygodnego nadzoru nad przypadkami ostrych porażań wiotkich (opw),
- nie stwierdzenie dzikiego wirusa *polio* u osób z otoczenia chorego na opw.

W 1990 roku Państwowy Zakład Higieny przygotował Krajowy Program Wykorzenia Poliomielitis w Polsce. Kluczowa rola w powodzeniu realizacji tego zadania przypada lekarzom podstawowej opieki zdrowotnej, pediatrom, neurologom oraz lekarzom chorób zakaźnych.

Zadania lekarza pediatry i lekarza rodzinnego:

1. Działania profilaktyczne.

Niezbędne jest utrzymanie wysokiego odsetka zaszczepionych (90-95%) dzieci w pierwszym roku życia we wszystkich województwach oraz poprawa wykonawstwa szczepień w województwach szczepiących najsłabiej, zwłaszcza w woj. krakowskim. Nieuzasadnione zwolnienia ze szczepień wynikają z obaw, że szczepienie żywą atenuowaną szczepionką (OPV) może być niebezpieczne. Tymczasem prawdziwych przeciwwskazań do szczepień jest niezwykle mało.

2. Współdziałanie lekarza pediatry i lekarza rodzinnego ze specjalistami w zakresie chorób zakaźnych i neurologami w wykrywaniu dzikiego wirusa i w opiece nad dziećmi z objawami ostrego porażenia wiotkiego.

Zgodnie z zaleceniami WHO kraje członkowskie, w tym Polska zobowiązane są do systematycznego nadzoru nad przypadkami ostrych porażań wiotkich.

Celem nadzoru jest wykrywanie nie zgłoszonych i nie rozpoznanych zachorowań na *poliomielitis* oraz wykluczenie zakażenia wirusem *polio* w tych przypadkach. Według zaleceń WHO szczegółowy nadzór obejmuje głównie zapalenia wielonerwowe, w tym zespół Guillain-Barre, zapalenie rdzenia oraz porażenia wiotkie pourazowe u dzieci poniżej 15 roku życia.

W przypadku stwierdzenia ostrych porażań wiotkich u dziecka poniżej 15 roku życia konieczne jest podjęcie nastę-

pujących działań:

- zbadanie dziecka przez specjalistę w pierwszej, najpóźniej drugiej dobie od wystąpienia porażenia,
- pobranie od chorego dwóch próbek kału w pierwszym, najpóźniej w drugim tygodniu od wystąpienia porażenia i przekazanie do badań wirusologicznych w WSSE (w warunkach chłodzenia),
- jednorazowe badanie wirusologiczne próbek kału od nie mniej niż pięciu osób z otoczenia chorego. Organizację tych badań (po zgłoszeniu zachorowania) zapewnia WSSE w miejscu hospitalizacji chorego.

Realizację programu nadzoru nad przypadkami podejrzanymi o *poliomyelitis* rozpoczęto w 1991 roku. W 1992 i 1993 roku wskaźnik monitoringu będący odbiciem zgłaszanych przypadków wynosił 0,9-1/100.000 i spełniał wymagania WHO.

W 1994 i 1995 roku wskaźnik ten obniżył się raptownie i nie spełniane były zalecenia WHO jak: zbadanie chorego przez specjalistę w pierwszej - drugiej dobie po wystąpieniu porażenia, wykonanie badań wirusologicznych dwóch próbek kału u chorego w pierwszym - drugim tygodniu po wystąpieniu porażenia oraz pobranie próbek kału z najbliższego otoczenia chorego.

Aktualnie obowiązuje nowe kryterium wirusologiczne rozpoznania *poliomyelitis* wprowadzone przez WHO od 1.01.1997 r., które wymaga potwierdzenia rozpoznania izolacją wirusa *polio* z kału chorego.

Apelujemy więc do wszystkich lekarzy, by włączyli się aktywnie w realizację Programu Wykorzenia Polio-myelitis w Polsce poprzez wzrost liczby zaszczepionych dzieci przeciw *poliomyelitis* oraz poprawę zgłaszalności i prowadzenia badań kliniczno-wirusologicznych u dzieci z ostrym porażeniem wiotkim.

(-) *Prof.dr hab. Paweł Januszewicz Przewodniczący Krajowego Zespołu Konsultanta Medycznego w dziedzinie pediatrii oraz w dziedzinie medycyny szkolnej;* (-) *Prof.dr hab. Wiesław Magdziak Specjalista Krajowy w dziedzinie higieny i epidemiologii;* (-) *Prof.dr hab. Andrzej Gładysz Przewodniczący KZKM w dziedzinie chorób zakaźnych;* (-) *Doc.dr hab. Ewa Bernatowska Kierownik Kliniki Immunologii Klinicznej; Instytut "Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka";* (-) *Dr Jadwiga Żabicka Państwowy Zakład Higieny;* (-) *Prof.dr hab. Barbara Stroińska-Kuś Przewodnicząca KZKM w dziedzinie neurologii.*

Ośrodki hospitalizacji chorych na poliomyelitis lub z innym ostrym porażeniem wiotkim

Województwo		Dla województwa
WARSZAWA	1. Wojewódzki Szpital Dziecięcy, Oddział Neuroinfekcji, ul. Sien- na 60 2. Szpital Zakaźny nr 1, Oddział XI, ul. Wolska 37 3. Centrum Zdrowia Dziecka, Oddział Obserwacyjno-Zakaźny, ul. Dzieci Polskich 20 <i>Pracownia Wirusologiczna WSSE w Warszawie</i>	warszawskie ciechanowskie kieleckie ostrołęckie płockie radomskie siedleckie skierniewickie włocławskie
BIAŁYSTOK	1. Klinika Chorób Zakaźnych Dzieci AM, ul. M. Curie-Skłodow- skiej 26 2. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny, Oddział Zakaźny Dziecię- cy, ul. Żurawia 14 <i>Pracownia Wirusologiczna WSSE w Białymstoku</i>	białostockie białkopodlaskie łomżyńskie suwalskie
BYDGOSZCZ	1. Klinika Chorób Zakaźnych AM, ul. Św. Floriana 12 <i>Pracownia Wirusologiczna WSSE w Bydgoszczy</i>	bydgoskie
CZĘSTOCHOWA	1. Wojewódzki Szpital Zespolony, Oddział Dziecięcy, Oddział Zakaźny, ul. PCK 1 <i>Pracownia Wirusologiczna WSSE w Pajęcznie</i>	częstochowskie <i>w przypadku trudności: KATOWICE, KRAKÓW</i>
GDAŃSK	1. Wojewódzki Szpital Chorób Zakaźnych, ul. Smoluchowskiego 18, Oddział Obserwacyjno-Zakaźny IX, Oddział Obserwacyj- no-Zakaźny IV, Klinika Chorób Zakaźnych AM <i>Pracownia Wirusologiczna WSSE w Gdańsku</i>	gdańskie elbląskie koszalińskie słupskie
KATOWICE	1. Klinika Chorób Zakaźnych AM w Bytomiu, Oddział Neuroin- fekcji, ul. Roosevelta 49 2. Szpital Dziecięcy w Tychach, Oddział Zakaźny, ul. Engelsa 102 <i>Pracownia Wirusologiczna WSSE w Katowicach</i>	katowickie bielskie częstochowskie

KIELCE	1. Wojewódzki Szpital Dziecięcy Oddział Zakaźny A, ul. Langiewicza 2 <i>Pracownia Wirusologiczna WSSE w Kielcach</i>	kieleckie <i>w przypadku trudności:</i> WARSZAWA
KRAKÓW	1. Krakowski Szpital Specjalistyczny, Oddział Neuroinfekcji, ul. Prądnicka 80 2. ZOZ nr 2, Oddział Zakaźny Dziecięcy, Osiedle Na Skarpie 3. Polsko-Amerykański Instytut Pediatrii, Oddział V Neurologiczny, ul. Wielicka 236 <i>Pracownia Wirusologiczna WSSE w Krakowie</i>	krakowskie bielskie nowosądeckie tarnobrzeskie tarnowskie
LUBLIN	1. Wojewódzki Szpital Zespolony, Oddział Obserwacyjno-Zakaźny, ul. Biernackiego 9 <i>Pracownia Wirusologiczna WSSE w Lublinie</i>	lubelskie chełmskie zamojskie
ŁÓDŹ	1. Klinika Chorób Zakaźnych AM, ul. Kniaziewicza 1/5 2. ZOZ Specjalistyczny Matki i Dziecka, ul. Piłsudskiego 71 3. Szpital Centrum Zdrowia Matki Polki, ul. Rzgowska 281/289 <i>Pracownia Wirusologiczna WSSE w Łodzi</i>	łódzkie piotrkowskie sieradzkie skierniewickie
OLSZTYN	1. ZOZ Specjalistyczny Matki i Dziecka, Oddział Neurologii Dziecięcej, Oddział Obserwacyjno-Zakaźny, ul. Żołnierska 18 <i>Pracownia Wirusologiczna WSSE w Olsztynie</i>	olsztyńskie
OPOLE	1. ZOZ Specjalistyczny Matki i Dziecka, Oddział Dziecięcy, ul. Kopernika 5 2. Wojewódzki Zespół Neuropsychiatrii, Oddział Dziecięcy, ul. - Wodociągowa 4 <i>Pracownia Wirusologiczna WSSE w Opolu</i>	opolskie <i>w przypadku trudności:</i> WROCLAW
POZNAŃ	1. ZOZ Specjalistyczny Matki i Dziecka, Oddział Zakaźny I, Oddział Zakaźny II, ul. Nowowiejskiego 56/58 2. Państwowy Szpital Kliniczny nr 2 AM, Klinika Neurologii Dziecięcej, ul. Przybyszewskiego 49 3. Instytut Pediatrii AM, Oddział Obserwacyjno-Zakaźny, ul. Szpitalna 27/33 <i>Pracownia Wirusologiczna WSSE w Poznaniu</i>	poznańskie gorzowskie kaliskie konińskie leszczyńskie piłskie zielonogórskie
RZESZÓW	1. Wojewódzki Szpital nr 2, Klinika Pediatrii AM, ul. Lwowska 20 <i>Pracownia Wirusologiczna WSSE w Rzeszowie</i>	rzeszowskie przemyskie krośnieńskie
SZCZECIN	1. Wojewódzki Szpital Zespolony, Oddział I B, ul. Arkońska 4 <i>Pracownia Wirusologiczna WSSE w Poznaniu</i>	szczecińskie
TORUŃ	1. Wojewódzki Szpital Zakaźny, Oddział Neuroinfekcji, ul. Krasieńskiego 4 <i>Pracownia Wirusologiczna WSSE w Bydgoszczy</i>	toruńskie <i>w przypadku trudności:</i> BYDGOSZCZ
WAŁBRZYCH	1. ZOZ Specjalistyczny Matki i Dziecka, Oddział Zakaźny III, ul. Moniuszki 110 <i>Pracownia Wirusologiczna WSSE we Wrocławiu ew. Wałbrzychu</i>	wałbrzyskie <i>w przypadku trudności:</i> WROCLAW
WROCLAW	1. Klinika Chorób Zakaźnych Wieków Dziecięcego AM, ul. Bujwida 44 2. Szpital Dziecięcy, Oddział Neuroinfekcji, ul. Kasprowicza 64/66 <i>Pracownia Wirusologiczna WSSE we Wrocławiu</i>	wrocławskie jeleniogórskie legnickie opolskie wałbrzyskie
ZIELONA GÓRA	1. Wojewódzki Szpital Zespolony, Oddział Zakaźny, ul. Zyty 26 <i>Pracownia Wirusologiczna WSSE w Zielonej Górze</i>	zielonogórskie <i>w przypadku trudności:</i> POZNAŃ