

## Meldunek 8/A/97

### o zachorowaniach na choroby zakaźne, zatruciach i zakażeniach szpitalnych zgłoszonych w okresie od 1.08 do 15.08.1997 r.

Jednostka chorobowa  (symbole wg "Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych" ICD-10)	Meldunek 8/A		Dane skumulowane	
	1.08.97. do 15.08.97.	1.08.96. do 15.08.96.	1.01.97. do 15.08.97.	1.01.96. do 15.08.96.
Choroba wywołana przez ludzki wirus upośl.odp.: ogółem (B20-B24)	2	1	71	67
Dur brzuszny (A01.0)	-	-	3	4
Dury rzekome A.B.C. (A01.1-A01.3)	-	-	6	1
Salmonelozy: ogółem (A02)	1293	1503	14078	16452
Czerwonki: ogółem (A03; A06.0)	48	16	172	297
Biegunki u dzieci do lat 2 (A04; A08; A09)	761	488	12569	10280
Tężec: ogółem (A33-A35)	2	3	24	20
Błonica (A36)	-	-	-	9
Krztusiec (A37)	61	8	558	137
Szkarlatyna /płonica/ (A38)	247	349	13844	15349
Zapalenie opon mózgowych: razem	220	908	1734	4242
w tym: meningokokowe (A39.0)	6	7	98	100
inne bakteryjne: ogółem (G00) <sup>a</sup>	45	65	727	921
wirusowe, określone i nie określone (A87; B00.3; B02.1)	158	806	764	3056
inne i nie określone (G03)	11	30	145	165
Zapalenie mózgu: razem	30	27	281	263
w tym: meningokokowe i inne bakteryjne (A39.8; G04.2)	5	.	46	.
wirusowe, przenoszone przez kleszcze (A84) <sup>b</sup>	15	14	48	52
inne wirusowe: ogółem (A83;A85;A86;B00.4;B02.0;B25.8) <sup>c</sup>	6	-	108	86
poszczepienne (G04.0)	-	-	-	-
inne i nie określone (G04.8-G04.9) <sup>d</sup>	4	13	79	125
Riketsjozy: ogółem (A75-A79)	-	-	-	1
Ostre nagminne porażenie dziecięce (A80)	-	-	-	-
Ospa wietrzna (B01)	1865	2056	121779	84731
Odra (B05)	8	10	260	469
Różyczka: ogółem (B06; P35.0)	1575	1748	132106	67323
Wirusowe zap. wątroby: typu B (B16; B18.0-B18.1)	201	229	3163	4190
"nie B": ogółem (B15;B17;B18.2-B18.9;B19)	109	288	4007	7577
Świnka /nagminne zapalenie przyusznic/ (B26)	1949	859	46091	26918
Włośnica (B75)	-	-	17	27
Świerzb (B86)	378	493	10100	10353
Grypa: ogółem (J10; J11)	4	63	1574589	2702257
Bakteryjne zatrucia pokarmowe: razem	1984	1686	16889	17937
w tym: salmonelozy (A02.0)	1288	1501	14051	16419
gronkowcowe (A05.0)	10	-	78	43
jadem kiełbasianym /botulizm/ (A05.1)	4	9	52	54
wywołane przez Cl.perfringens (A05.2)	-	-	-	-
inne określone i nie określone: ogółem (A05.3-A05.9)	682	176	2708	1421
Zatrucia naturalnie toksycznym pokarmem: ogółem (T62)	23	.	49	.
w tym: grzybami (T62.0)	23	7	45	39
Inne zatrucia: ogółem (T36-T60; T63-T65)	214	.	5361	.
w tym: pestycydami (T60)	7	10	103	116
lekami i preparatami farmakologicznymi (T36-T50)	124	.	2821	.
Zakażenia szpitalne - objawowe i bezobjawowe: ogółem	48	40	1581	1469
w tym: na oddziałach noworodkowych i dziecięcych	12	14	547	396
następstwa zabiegów medycznych	22	20	433	485
wywołane pałeczkami Salmonella	4	1	163	213

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 przenoszonego przez stawonogi inne niż kleszcze oraz bez opryszczkowego, półpaścowego i cytomegalicznego; d) łącznie z opryszczkowym i podoстрыm stwardniającym zapaleniem mózgu.

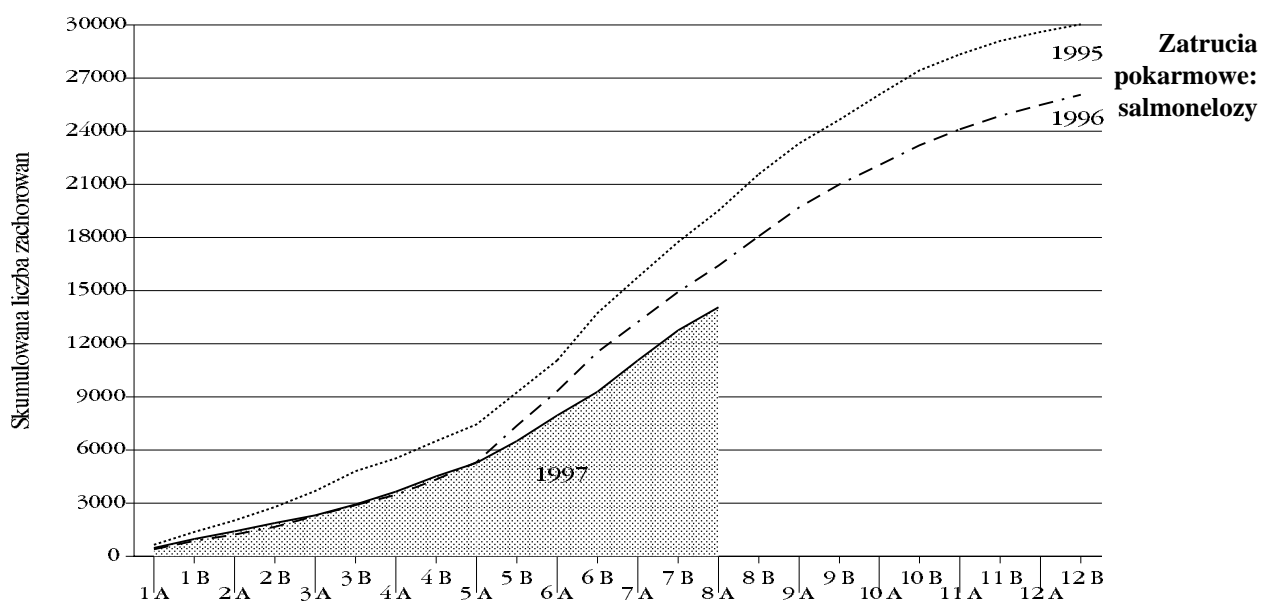
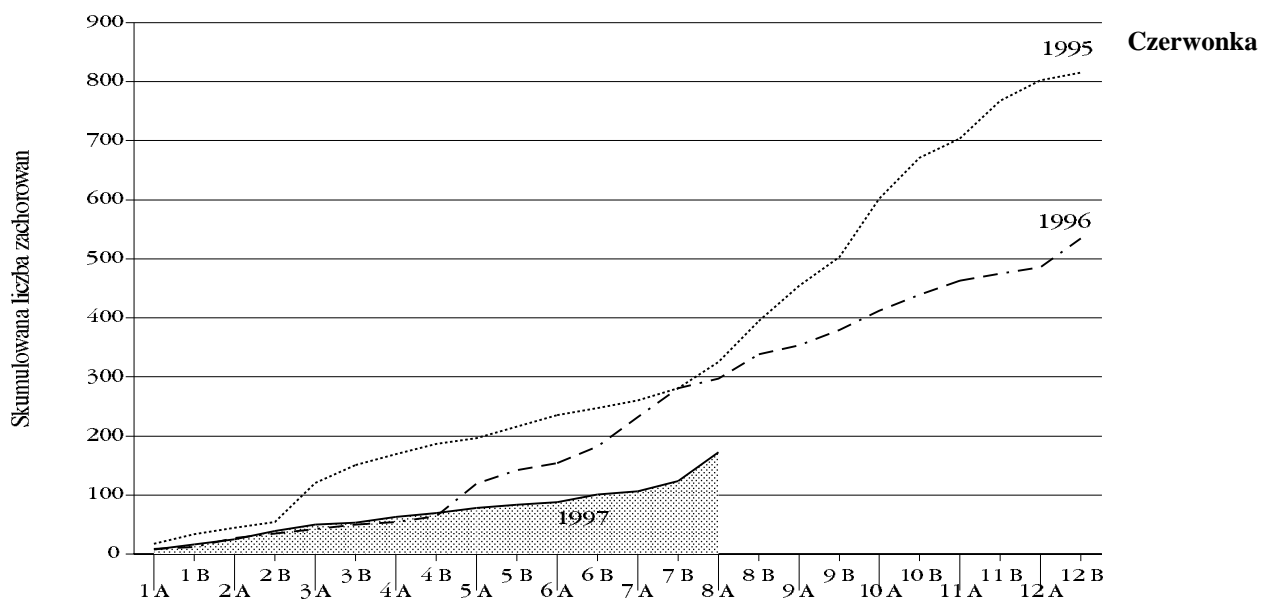
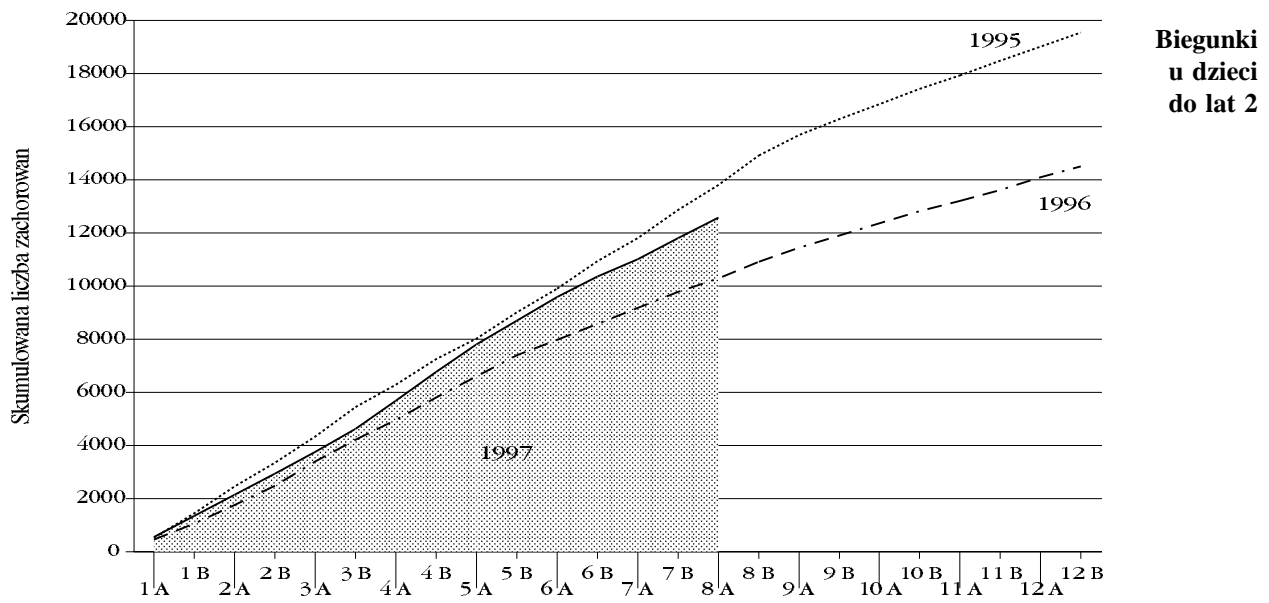
## Zachorowania zgłoszone w okresie 1-15.08.1997 r. wg województw

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	2	-	-	1293	48	761	2	61	247	220	6	30	15
1. St.warszawskie	1	-	-	58	-	37	-	17	12	4	-	-	-
2. Białkopodlaskie	-	-	-	20	1	1	-	-	1	3	-	-	-
3. Białostockie	-	-	-	14	14	14	-	7	-	4	-	7	6
4. Bielskie	-	-	-	28	-	24	-	-	10	3	-	1	-
5. Bydgoskie	-	-	-	32	-	23	-	1	6	1	1	-	-
6. Chełmskie	-	-	-	9	-	5	-	-	2	-	-	-	-
7. Ciechanowskie	-	-	-	6	-	5	-	-	1	3	-	-	-
8. Częstochowskie	-	-	-	14	-	18	-	2	2	-	-	-	-
9. Elbląskie	1	-	-	7	-	8	-	-	2	4	-	-	-
10. Gdańskie	-	-	-	46	-	43	-	1	10	3	-	-	-
11. Gorzowskie	-	-	-	25	2	3	-	-	2	1	-	-	-
12. Jeleniogórskie	-	-	-	14	-	12	1	-	5	3	-	1	-
13. Kaliskie	-	-	-	12	-	23	-	-	4	3	-	-	-
14. Katowickie	-	-	-	91	-	39	-	3	32	9	-	1	-
15. Kieleckie	-	-	-	39	-	40	-	-	1	8	-	-	-
16. Konińskie	-	-	-	34	-	20	-	2	3	2	-	-	-
17. Koszalińskie	-	-	-	49	-	13	-	-	8	2	-	-	-
18. M.krakowskie	-	-	-	33	-	28	-	5	4	8	-	-	-
19. Krośnieńskie	-	-	-	20	1	6	-	-	1	2	-	-	-
20. Legnickie	-	-	-	19	-	4	-	-	3	2	-	-	-
21. Leszczyńskie	-	-	-	14	-	5	-	-	1	1	-	-	-
22. Lubelskie	-	-	-	27	-	12	-	-	8	11	-	-	-
23. Łomżyńskie	-	-	-	12	-	3	-	1	1	2	-	1	1
24. M.łódzkie	-	-	-	17	-	17	-	8	3	-	-	-	-
25. Nowosądeckie	-	-	-	5	2	19	-	-	5	3	-	-	-
26. Olsztyńskie	-	-	-	32	-	26	-	-	2	-	-	-	-
27. Opolskie	-	-	-	52	-	6	-	-	22	1	-	1	-
28. Ostrołęckie	-	-	-	12	-	11	-	1	-	2	-	-	-
29. Piłskie	-	-	-	25	-	2	-	-	3	5	1	-	-
30. Piotrkowskie	-	-	-	32	-	11	-	-	2	3	-	-	-
31. Płockie	-	-	-	22	-	7	-	1	4	1	-	1	-
32. Poznańskie	-	-	-	24	-	28	-	2	12	4	-	1	-
33. Przemyskie	-	-	-	33	-	15	-	1	4	2	-	-	-
34. Radomskie	-	-	-	17	-	5	-	1	1	1	-	1	-
35. Rzeszowskie	-	-	-	35	1	19	-	-	2	33	1	1	-
36. Siedleckie	-	-	-	24	-	9	-	5	2	1	-	-	-
37. Sieradzkie	-	-	-	19	-	9	-	-	-	2	-	-	-
38. Skierniewickie	-	-	-	13	1	6	-	-	1	1	-	1	-
39. Słupskie	-	-	-	21	-	2	-	-	4	2	-	-	-
40. Suwalskie	-	-	-	30	-	3	-	1	1	3	-	6	6
41. Szczecińskie	-	-	-	46	23	20	-	-	23	5	-	1	-
42. Tarnobrzeskie	-	-	-	36	-	28	-	-	5	2	-	-	-
43. Tarnowskie	-	-	-	17	-	24	-	-	5	45	1	1	-
44. Toruńskie	-	-	-	28	-	5	-	1	4	16	1	2	-
45. Wałbrzyskie	-	-	-	17	1	14	-	-	5	1	-	2	2
46. Włocławskie	-	-	-	29	-	17	-	-	6	2	-	1	-
47. Wrocławskie	-	-	-	40	1	58	1	1	11	5	-	-	-
48. Zamojskie	-	-	-	24	-	10	-	-	-	-	-	-	-
49. Zielonogórskie	-	-	-	20	1	4	-	-	1	1	1	-	-

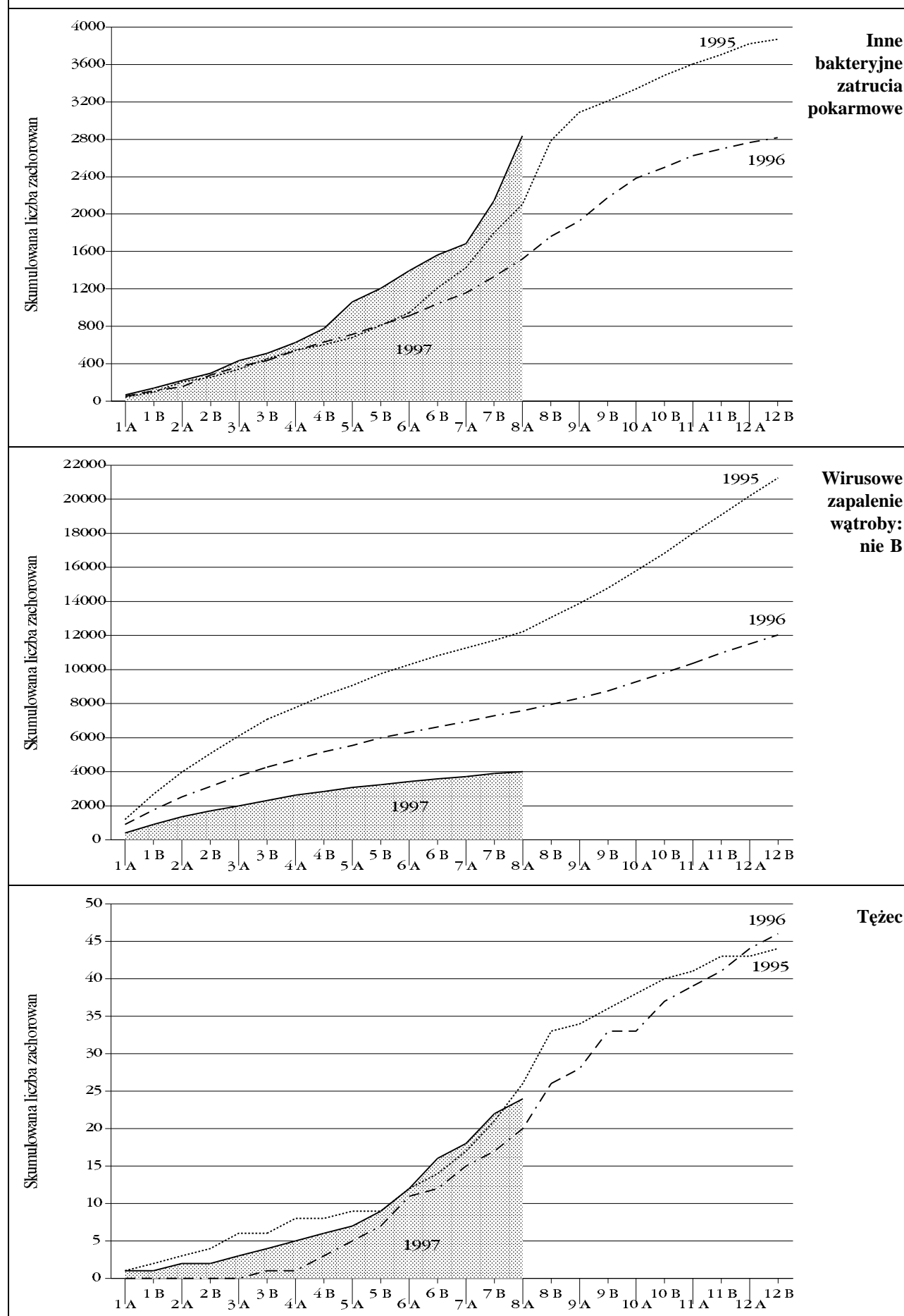
## Zachorowania zgłoszone w okresie 1-15.08.1997 r. wg województw (cd.)

Województwo (St.- stołeczne M.- miejskie)	Ospa wietrzna (B01)	Odra (B05)	Różyczka: ogółem (B06; P35.0)	Wirusowe zapalenie wątroby		Świnka (B26)	Włośnica (B75)	Świerz (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	1865	8	1575	201	109	1949	-	378	4	1984	23	214	48
1. St.warszawskie	92	1	90	14	6	128	-	1	1	57	2	7	3
2. Białkopodlaskie	5	-	-	-	4	1	-	5	-	20	-	5	-
3. Białostockie	41	-	55	4	3	112	-	12	-	14	2	20	1
4. Bielskie	54	-	49	9	2	45	-	12	-	36	1	3	-
5. Bydgoskie	87	-	40	11	4	115	-	4	-	51	-	11	-
6. Chełmskie	3	-	25	3	-	3	-	4	-	9	-	-	-
7. Ciechanowskie	8	-	2	8	1	3	-	1	-	6	-	2	-
8. Częstochowskie	20	2	38	5	-	40	-	4	-	81	-	13	-
9. Elbląskie	35	-	8	3	1	43	-	2	-	7	-	9	-
10. Gdańskie	43	-	76	9	1	65	-	22	-	51	-	7	-
11. Gorzowskie	34	-	28	5	1	8	-	1	-	26	-	5	-
12. Jeleniogórskie	25	-	19	-	-	21	-	1	-	17	-	-	2
13. Kaliskie	43	-	49	1	-	48	-	4	-	55	-	2	-
14. Katowickie	285	-	109	33	9	309	-	52	-	191	1	2	1
15. Kieleckie	108	-	125	2	3	81	-	12	-	60	-	28	9
16. Koninśkie	27	-	6	2	5	40	-	2	-	37	-	4	-
17. Koszalińskie	29	-	11	3	6	32	-	6	-	49	1	-	2
18. M.krakowskie	47	-	68	11	1	87	-	5	-	92	-	1	1
19. Krośnieńskie	11	-	16	-	1	15	-	2	-	20	11	8	-
20. Legnickie	13	-	17	3	1	13	-	16	-	19	-	-	-
21. Leszczyńskie	8	-	34	4	1	19	-	2	-	14	-	-	-
22. Lubelskie	41	-	10	3	6	43	-	4	-	32	3	11	-
23. Łomżyńskie	6	-	10	1	-	2	-	5	-	16	-	-	-
24. M.łódzkie	107	-	20	4	2	12	-	36	-	17	-	1	1
25. Nowosądeckie	36	-	44	2	4	40	-	5	-	5	-	1	-
26. Olsztyńskie	33	-	28	1	1	13	-	9	-	32	-	2	1
27. Opolskie	115	-	115	7	1	37	-	15	-	56	-	1	-
28. Ostrołęckie	17	-	10	2	3	8	-	6	-	11	-	2	3
29. Piłskie	23	-	6	4	-	15	-	6	-	26	-	-	-
30. Piotrkowskie	21	-	8	1	1	21	-	5	-	32	-	6	-
31. Płockie	12	-	3	1	2	22	-	3	1	22	-	1	-
32. Poznańskie	57	1	42	7	1	81	-	4	-	26	-	5	1
33. Przemyskie	13	-	7	-	1	26	-	-	-	41	-	7	-
34. Radomskie	33	-	40	9	1	23	-	-	-	17	-	1	-
35. Rzeszowskie	22	3	12	-	-	21	-	3	-	47	1	2	1
36. Siedleckie	17	-	33	-	4	11	-	1	-	31	-	-	-
37. Sieradzkie	6	-	6	-	2	1	-	3	-	19	-	-	-
38. Skierniewickie	15	-	11	3	2	6	-	-	-	12	-	1	-
39. Słupskie	19	-	31	-	12	10	-	-	2	21	-	8	-
40. Suwalskie	18	-	12	-	2	14	-	13	-	35	-	7	14
41. Szczecińskie	24	-	79	2	1	37	-	23	-	60	-	-	-
42. Tarnobrzeskie	28	-	22	2	4	20	-	2	-	36	-	4	4
43. Tarnowskie	48	-	28	3	-	121	-	-	-	17	1	-	-
44. Toruńskie	13	-	21	3	5	25	-	32	-	28	-	-	-
45. Wałbrzyskie	23	-	27	1	-	39	-	4	-	17	-	8	-
46. Włocławskie	10	-	9	2	-	40	-	11	-	41	-	3	-
47. Wrocławskie	46	1	34	8	2	21	-	6	-	320	-	5	-
48. Zamojskie	7	-	3	1	1	4	-	8	-	25	-	7	4
49. Zielonogórskie	37	-	39	4	1	8	-	4	-	30	-	4	-

**Zachorowania na wybrane choroby zakaźne w Polsce w 1997 roku  
w porównaniu z latami 1995-1996**  
skumulowana liczba zarejestrowanych zachorowań wg dwutygodniowych meldunków



**Zachorowania na wybrane choroby zakaźne w Polsce w 1997 roku  
w porównaniu z latami 1995-1996**  
skumulowana liczba zarejestrowanych zachorowań wg dwutygodniowych meldunków



## **Escherichia coli O157 w niektórych krajach Europy**

W Republice Federalnej Niemiec (L.Beutin, S.Zimmermann, K.Gleier; "Bundesgesundheitsblatt", 1996,9,326) Instytut Roberta Kocha w latach 1993-1995 wykrył 100 przypadków zakażeń enterohemoragicznym typem *E.coli* (EH EC). *E.coli* O157:H7 wykryto w 83,9% przypadków enteropatogennego zespołu krwotoczno-mocznicowego (Hemolytic Uraemic Syndrome - D+HUS) i u 65,4% chorych z krwawą biegunką. Zachorowało trzydzieścioro dzieci w wieku od pięciu miesięcy do siedmiu lat. Najczęściej w tej grupie zespół D+HUS występował u dzieci między drugim a trzecim rokiem życia. Od chorych na D+HUS w starszym wieku *E.coli* O157:H7 izolowano w Niemczech po raz pierwszy. W grupie osób zakażonych EHEC od 61% badanych izolowano *E.coli* O157:H7. Z pozostałych osób, od 16% badanych izolowano *E.coli* należące do "tradycyjnie enteropatogennych" grup serologicznych, takich jak O26 i O111. EHEC O15:H7 i O26:H11 wykryto w trakcie dochodzeń epidemiologicznych w podejrzanej wołowinie i produktach pochodnych oraz w mleku, a także po raz pierwszy w Niemczech - w baraninie.

W Anglii i Walii ("CDR Weekly", 1996,50) w latach 1994-1996 zachorowania spowodowane przez werotoksyczny typ *E.coli* O157 (VTEC) przeważały w okresie lata i wczesnej jesieni. W 1994 roku zarejestrowano 411 przypadków, w 1995 roku - 792, a w 1996 roku - 588 zachorowań.

W Szkocji ("SCIEH Wkly Rep.", 1996,49,50,52; 1997,3, 4,9) od 22 grudnia 1996 do 4 marca 1997 roku rejestrowano 490 przypadków, w tym zachorowania w ogniskach. Od chorych izolowano *E.coli* O157, określoną w laboratorium referencyjnym w Abersdeen jako typ fagowy 2, VT1 (-), VT2 (+). Dużą liczbę osób zakażonych tym werocytotoksycznym szczepem hospitalizowano. Osiemnaście osób dorosłych zmarło. W ogniskach zachorowania związane były ze spożyciem produktów masarskich: paczkowanej próżniowo wołowiny oraz innych wyrobów z mięsa wołowego.

*na podstawie FAO/WHO Newsletter (1997,51/52)  
opracowała Anna Przybylska*

## **Postęp na drodze do eliminacji odrzy - Kanada**

Wprowadzone w Kanadzie w połowie lat 60 rutynowe szczepienia przeciw odrze przy zastosowaniu tylko 1 dawki, spowodowały zmniejszenie o ponad 95% liczby zachorowań na odrę w porównaniu do okresu przed szczepieniem. Oszacowano, że przed okresem szczepień chorowało rocznie ok. 300.000 do 400.000 osób.

W ostatnich latach okazało się, że program szczepień przewidujący stosowanie tylko 1 dawki szczepionki jest niewystarczający. Wystąpiło kilka epidemii, m.in. w Quebecu w 1989 r. zarejestrowano 10.184 chorych, a w Ontario w 1991 roku 5.283 zachorowania. Rzeczywista liczba chorych w czasie tych epidemii była większa ponieważ uważa się, że zgłaszane jest zaledwie 25-30% ogółu zachorowań.

Epidemie występowały nadal mimo że zaszczepiono 97% dzieci w wieku 2 lat. Chorowały głównie dzieci szkolne nawet w środowisku, w którym 100% osób miało udokumentowane szczepienia. Utrzymywanie transmisji odrzy jest spowodowane przez niewielki odsetek dzieci, które po szczepieniu nie uzyskały odporności lub u których odpor-

ność poszczepienna zanikła.

Z biegiem czasu stało się jasne, że do eliminacji tej choroby w Kanadzie nie wystarczy stosowanie tylko 1 dawki szczepionki. Obserwacje międzynarodowe wykazały, że typową cechą epidemiologiczną odrzy jest występowanie w środowisku osób szczepionych epidemii obejmujących od 1 do 5% dzieci szkolnych - z wtórnymi zachorowaniami dzieci przedszkolnych. W innych krajach zastosowanie drugiej dawki szczepionki zmniejszyło potencjalną możliwość występowania tych epidemii.

W 1992 roku uczestnicy Narodowej Konferencji Zwalczania Odrzy sformułowali jako cel eliminację odrzy w Kanadzie do 2005 r. - jednak postęp w formalnym wprowadzeniu 2 dawki szczepionki był niewielki. Od 1993 r. kiedy zarejestrowano najniższą liczbę przypadków - tylko 204 - w następnych latach zachorowania narastały - w 1994 r. 512, a w 1995 r. 2.362 przypadki. Okazało się, że w Kanadzie, której ludność stanowi 3,6% ludności Ameryki, zarejestrowano 40% ogółu zachorowań na odrę, które wystąpiły w tym regionie.

Analiza sytuacji epidemiologicznej w Kanadzie wykazała, że w każdej prowincji znajduje się wystarczająca liczba nieuodpornionych dzieci aby mogła wystąpić epidemia. Oszacowano, że należy spodziewać się wybuchu epidemii w kwietniu 1996 r., w której zachoruje 20.000 osób, u 2.000 wystąpią powikłania i kilka osób umrze.

Wg modelu matematycznego oszacowano, że w Kanadzie jest tyle osób wrażliwych, że co roku może występować przeciętnie 12.800 zachorowań. Stwierdzono, że podanie drugiej dawki szczepionki tylko małym dzieciom nie doprowadzi do eliminacji odrzy nawet w ciągu 10-15 lat. Ponadto uznano, że jedyną drogą uniknięcia epidemii i zapobieżenie zachorowaniu 58.530 osób oraz kilku zgonom jest przeprowadzenie akcji szczepień (national catch up campaign).

Analiza kosztów w stosunku do efektów wykazała, że akcja ta zaoszczędzi 2,5 dolara na każdy zainwestowany 1 dolar.

W sierpniu 1995 r. Narodowy Komitet Doradczy do spraw szczepień (NACI) potwierdził dążenie do eliminacji odrzy w Amerykach i potwierdził zalecenie stosowania rutynowo drugiej dawki szczepionki przeciw odrze w odstępie co najmniej 1 miesiąca po pierwszej. Uważano, że bardziej odpowiednie będzie stosowanie drugiej dawki przy okazji innych szczepień kalendarzowych np. w 18 miesiącu życia lub wraz ze szczepieniami wymaganymi przy wejściu do szkoły w wieku 4 do 6 lat. Ponadto Komitet zalecił w celu przyspieszenia eliminacji odrzy podanie drugiej dawki szczepionki wszystkim dzieciom i młodzieży, które dotychczas otrzymały tylko jedną dawkę. Dotyczy to zwłaszcza dzieci szkolnych.

Zalecenia te wprowadzono w Kanadzie z wyjątkiem Nowego Brunszwiku, tj. dla 97% populacji. Stosowana jest szczepionka MMR z wyjątkiem prowincji Saskatchewan, gdzie stosuje się MR (odra, różyczka). Już zaszczepiono ok. 80-90% dzieci szkolnych - są jednak pewne odstępstwa od ogólnokrajowego schematu np. w Quebec, Brytyjskiej Kolumbii, Manitobie.

Do listopada 1996 r. (tj. do czasu przygotowania streszczonej publikacji) zaszczepiono około 4 mln. dzieci. Akcja ta miała natychmiastowy wpływ min. na opanowanie 3 epidemii, które wybuchły na początku 1996 r. Do 15 listopada 1996 r. zarejestrowano zaledwie 315 zachorowań, z których większość wystąpiła przed wdrożeniem akcji. Od czerwca

1996 r. uległa w zasadzie przerwaniu transmisja zakażenia. Stwierdzono tylko 11 przypadków importowanych.

Przeprowadzono ocenę akcji szczepień łącznie z wdrożeniem surveillance'u zarówno zachorowań jak i skutków ubocznych szczepień i z uwzględnieniem kosztów tej akcji.

na podstawie "Wkly Epid.Rec." (1997,30,223-226)  
opracowała D.Naruszewicz-Lesiuk

### Postępy prac Międzynarodowej Komisji Certyfikowania Eradykacji Drakunkulozy

W centrali WHO w Genewie w dniach 23-24 stycznia 1997 roku odbyło się drugie posiedzenie Międzynarodowej Komisji Certyfikowania Eradykacji Drakunkulozy. W skład Komisji powołanej w 1995 roku wchodzi dwunastu ekspertów z sześciu Regionów WHO oraz przedstawiciele organizacji uczestniczących w Programie.

W 1996 roku 99% zgłoszonych zachorowań na drakunkulozę pochodziło z Regionu Afrykańskiego. Endemiczne ogniska tej choroby występują wyłącznie w krajach położonych na południe od Sahary (Benin, Burkina Faso, Kamerun, Czad, Wybrzeże Kości Słoniowej, Etiopia, Ghana, Mali, Mauretania, Niger, Nigeria, Senegal, Sudan, Togo i Uganda). Natomiast kraje położone w północnej i południowej części kontynentu mogą kandydować do uzyskania certyfikatu na następnym posiedzeniu Komisji.

Wiadomo, że w ubiegłym stuleciu drakunkuloza była dobrze znaną chorobą na terenie Płd. Ameryki, przynajmniej na tropikalnych terenach wybrzeża Atlantyku i przylegających wyspach. Obecnie utrzymują się małe rodzime ogniska w Gujanie, Surinamie, Antylach Holenderskich i północno-wschodnich rejonach Brazylii. Są to głównie przypadki zawleczone z krajów zachodnio-afrykańskich. Procedurę certyfikacyjną przetestowano na przykładzie Kuby na pierwszym posiedzeniu Międzynarodowej Komisji w marcu 1996 roku w oparciu o raport wykazujący dwanaście importowanych zachorowań z Afryki w latach 1979-1992. Międzynarodowa Komisja zaleciła wówczas przedstawienie uzupełniających materiałów z oceną ryzyka rodzimych ognisk w następstwie zawlekania zachorowań. Następnie w grudniu 1996 roku na Kubie przebywała grupa weryfikacyjna, której przedstawiciele potwierdzili niemal całkowity brak ryzyka ognisk rodzimych oraz zgłosili ten kraj do certyfikacji. Następnie rozpatrzono wnioski certyfikacyjne z innych krajów: Barbadosu, Brazylii, Kolumbii, Dominikany oraz Trynidadu i Tobago, stwierdzając że spełniają one postawione wymagania.

W Regionie Wschodnio-Śródziemnomorskim są dwa kraje z endemicznym występowaniem drakunkulozy - Sudan i Jemen. W Sudanie od stycznia do listopada 1996 roku zgłoszono najwyższą liczbę zachorowań, tj. 107.693 czyli 77% ogółu przypadków. Natomiast w Jemenie zgłoszono w 1996 roku 62 zachorowania. Do uzyskania certyfikatu eradykacji kandydują w tym Regionie trzy kraje - Egipt, Iran i Pakistan. W Pakistanie ostatnie zachorowanie na drakunkulozę miało miejsce w październiku 1993 roku, a ryzyko zawleczenia choroby z sąsiednich Indii jest nieznaczne, ponieważ w Indiach występowanie drakunkulozy spadło niemal do zera. Ponadto władze krajowe stworzyły efektywny system surveillance'u oparty o wysokie nagrody pieniężne za zgłoszenie każdego zachorowania. W Iranie nie zgłoszono ani jednego przypadku drakunkulozy od połowy lat siedem-

dziesiątych, a ponadto potwierdzono istnienie w ochronie zdrowia dobrych systemów informacyjnych. Egipt zgłosił do WHO oficjalny wniosek o uzyskanie certyfikatu, umotywowany historycznie brakiem drakunkulozy od przynajmniej dwóch stuleci. Natomiast Międzynarodowa Komisja uznała, że granica z sąsiednim Sudanem, najbardziej dotkniętym przez drakunkulozę, stwarza zagrożenie w następstwie zawleczonych zachorowań. W związku z tym uznano, że do certyfikowania mogą kandydować tylko dwa pierwsze kraje (Iran i Pakistan), natomiast wniosek władz egipskich przekazano do oceny ryzyka wystąpienia zachorowań rodzimych.

Na terenie Regionu Europejskiego nie istnieją warunki do szerzenia drakunkulozy z wyjątkiem Uzbekistanu, Tadżykistanu, Turkmenistanu oraz południowego pogranicza Rosyjskiej Federacji, gdzie zachorowania występowały do połowy lat trzydziestych. We wszystkich pozostałych pięćdziesięciu krajach tego Regionu nie istnieją warunki do występowania choroby. Ostatnio Biuro Regionalne w Kopenhadze rozesłało kwestionariusze do krajów członkowskich i otrzymało 38 odpowiedzi, z których sześć spełniało wymagania certyfikacyjne (Austria, Belgia, Bułgaria, Finlandia, Rumunia i Szwajcaria).

W Południowo-Wschodniej Azji wśród dziesięciu krajów członkowskich drakunkuloza występuje tylko w Indiach, jednak żadnego z pozostałych krajów nie zakwalifikowano do certyfikatu ze względu na niepełną dokumentację. W Indiach w 1996 roku drakunkulozę stwierdzono jedynie w trzech wsiach w Rajastanie, co wskazuje na prawie całkowite przerwanie transmisji zakażeń.

W Regionie Zachodniego Pacyfiku rodzima drakunkuloza nie występuje. Do certyfikowania eradykacji tej choroby kandydują Wyspy Cooka, Kiribati, Mongolia, Papua i Nowa Gwinea, Singapur, Wyspy Salomona i Wanuat. Wiadomo, że zachorowania na drakunkulozę były rozpoznawane w Korei (1926 rok), Japonii (1986 rok) i Chinach (1995 rok). Zachorowania te dotyczyły osób, które nigdy nie wyjeżdżały z tych krajów i zamieszkiwały na terenach gdzie nie występuje *Dracunculus medinensis*. W związku z tym Komisja Certyfikacyjna uznała za niezbędne przeprowadzenie wnikliwych badań tego zjawiska przez wyznaczoną grupę.

na podstawie "Wkly Epid. Rec." (1997,6,33-36)  
opracował Wojciech Żabicki

### Zachorowania na wściekłość ludzi w Kentucky i Montanie (USA) w 1996 roku

W 1996 roku w Kentucky zmarła na wściekłość 42-letnia kobieta, w Montanie 49-letni mężczyzna.

W cieczy szklistej i surowicy krwi pacjentki (materiał sekcyjny) stwierdzono metodą immunofluorescencji pośredniej obecność przeciwciał przeciw wścieklicznie; badanie metodą RT-PCR płynu szklistego na obecność kwasu nukleinowego wirusa dało wynik dodatni. Analiza sekwencji nukleotydów kwasu nukleinowego wskazała na wariant wirusa, krążący w populacji nietoperzy *Lasionycteris noctivagans*. W wywiadzie epidemiologicznym nie było żadnej informacji o pokąsaniu przez nietoperza. Zmarła mieszkała na wsi w starym domu, w którym czasami słychać było odgłosy mogące świadczyć o obecności nietoperza.

Zaszczepiono przeciw wścieklicznie 87 osób mających kontakt z chorą (podejrzanie oślinienia).

W surowicy zmarłego mężczyzny stwierdzono obecność przeciwciał, zaś w ślinie i biopsji skóry z okolicy karku, metodą RT-PCR stwierdzono obecność kwasu nukleinowego wirusa wścieklizny. Analiza sekwencji nukleotydów ponownie wskazała na wirus nietoperzy *Lasionycteris noctivagans*. Również i w tym przypadku w wywiadzie nie stwierdzono pokąsania przez nietoperza. Pacjent i jego otoczenie widziało nietoperze na terenie pracy i zamieszkania, ale nie przypominano sobie bezpośredniego z nimi kontaktu. Zaszczepiono przeciw wściekliznie 26 osób, mających kontakt z chorym (podejrzanie oślinienia). Od roku 1980 w USA zmarły na wściekliznę 32 osoby, w tym 17 osób narażonych przez nietoperze, przeważnie przez *Lasionycteris noctivagans*. Tylko 1 osoba była ugryziona przez nietoperza; 8 osób przebywało w warunkach, w których były obecne nietoperze. Obserwacje te mogą sugerować, że nawet ograniczony kontakt z chorymi nietoperzami (lub niezauważone ugryzienie) może narażać człowieka na zakażenie wścieklizną.

Dlatego zaleca się szczepienie przeciw wściekliznie osób, które zauważyły nietoperza w swojej sypialni lub w sypialni i otoczeniu dzieci, osób w podeszłym wieku i osób niepełnosprawnych - jeżeli u zwierzęcia badaniem laboratoryjnym nie można było wykluczyć wścieklizny.

Ze względu na enzoootyczny charakter występowania wścieklizny u nietoperzy w USA, zalecane jest ograniczanie możliwości zasiedlania się nietoperzy w środowisku udomowionym (uszczelnianie wejść), unikanie z nimi kontaktu oraz przestrzeganie szczepień ochronnych zwierząt domowych.

na podstawie "Wkly Epid.Rec." (1997,29,218-219)  
opracowała Danuta Seroka

### **Perspektywy włączenia szczepień przeciw rotawirusom do Rozszerzonego Programu Szczepień (EPI)**

Oczekiwane w latach 1997-1998 licencjonowanie pierwszej szczepionki przeciw biegunkom rotawirusowym spowodowało podjęcie dociekań na temat możliwości włączenia tych szczepień do Rozszerzonego Programu Szczepień (Expanded Programme on Immunization - EPI) w krajach trzeciego świata. Atenuowana, doustna, tetrawalentna szczepionka opracowana w amerykańskim National Institute of Health i produkowana przez firmę Wyeth-Lederle ma szansę uzyskać wkrótce rejestrację w USA i krajach europejskich. Preparat oparty o rotawirus uzyskany od małp *rhesus* (Rhesus Tetraivalent Rotavirus Vaccine: RRV-TV) zawiera poza macierzystym szczepem trzy inne szczepy z genami kodującymi główne serotypy obecnie krążących rotawirusów. Jest to szczepionka pierwszej generacji, która wg danych z Finlandii i USA zapewniała w 80-100% przypadków zabezpieczenie przeciw biegunkom rotawirusowym o ciężkim przebiegu, z silnym odwodnieniem i wymagających hospitalizacji. Szczepionka okazała się skuteczną i dawała minimalne odczyny poszczepienne. Podobne wyniki uzyskano w dużych szczepieniach kontrolowanych, które przeprowadzono w Wenezueli, należącej do krajów trzeciego świata. Były to pierwsze badania przeprowadzone w tych warunkach i zakończone pozytywnymi wynikami. Wcześniej szczepionka stosowana w Brazylii i Peru w 10-krotnie mniejszej dawce okazała się mniej immunogenną, dawała mniej serokonwersji i słabiej zabezpieczała przed ciężkimi zachorowaniami. Na podstawie wyników badań z Wenezue-

li można przypuszczać, że szczepionka RRV-TV będzie równie skuteczna w innych krajach Ameryki Łacińskiej. Natomiast będzie należało uzyskać podobne rozeznanie w krajach trzeciego świata na terenie Azji i Afryki, gdzie dotychczas nie próbowano stosowania tej szczepionki. Planowane badania powinny ustalić czy włączenie szczepionki RRV-TV do rutynowych szczepień w wieku dziecięcym zapewni taką samą odpowiedź immunologiczną jak w dotychczasowych badaniach. Badania powinny również udzielić odpowiedzi na pytanie czy zastosowanie na dużą skalę szczepionek przeciw rotawirusom zmniejszy ich rozsiew w środowisku przez powstanie zbiorowiskowej odporności.

Pierwsze badania nad opłacalnością szczepień w krajach rozwiniętych wykazały, że wdrożenie programów szczepień może przynieść wymierne oszczędności. Natomiast mniej wiadomo o rachunku opłacalności (koszt-efekt) w krajach trzeciego świata, gdzie koszty leczenia szpitalnego są niższe a umieralność wysoka. Ponadto istnieje potrzeba stworzenia wybiórczo działającego surveillance'u rotawirusów w oparciu o wybranych lekarzy lub wybrane ośrodki. Według WHO zadanie jest proste do wykonania, ponieważ biegunka jest jedynym klinicznie wyrażonym następstwem zakażenia rotawirusami. Ciężkie epizody biegunkowe często wymagają leczenia szpitalnego, a testy diagnostyczne, jak elektroforeza w żelu poliakrylamidowym są czułe, swoiste, tanie i łatwe do wykonania. W latach 1978-1990 opublikowano wiele badań epidemiologicznych, z których wynika, że u około jednej trzeciej hospitalizowanych przypadków biegunek u dzieci stwierdzano rotawirusy w próbkach kału. Wyniki tych badań nie mogły być jednak wykorzystane w zarządzaniu ochroną zdrowia ze względu na brak swoistych metod zapobiegania chorobie oraz leczenia przyczynowego. Przy ograniczeniu możliwości terapeutycznych do oralnego nawadniania świadomość znaczenia biegunek rotawirusowych dla zdrowia publicznego była i jest bardzo ograniczona. Z tych względów nigdzie w krajach rozwijających się nie wdrażano surveillance'u rotawirusów wśród dzieci hospitalizowanych z powodu epizodów biegunkowych.

Szczepionka RRV-TV jest preparatem liofilizowanym, konfekcjonowanym w fiolkach z pojedynczą dawką. Do rozpuszczenia liofilizatu wykorzystuje się płyn buforowy konfekcjonowany oddzielnie. Teoretycznie istnieje możliwość wprowadzenia tych szczepień do programu EPI, np. w wieku 6, 10 i 14 tygodni. Jednak brak jest informacji dotyczących stabilności preparatu w ekstremalnych warunkach temperatury, dostępności i ceny szczepionki w konfekcjonowaniu wielodawkowym, warunków dostawy oraz ewentualnej interakcji z innymi szczepionkami stosowanymi w programie EPI. Proces wprowadzania nowych szczepionek do powszechnego stosowania jest zazwyczaj długotrwały, zwłaszcza w krajach trzeciego świata. Tym niemniej, wyrażane są nadzieje, że szczepionka przeciw rotawirusom stopniowo znajdzie swoje miejsce w programach ochrony zdrowia, tak jak szczepionka przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B, Haemophilus influenzae b i inne. Miernikiem efektywności powszechnego stosowania tej szczepionki będzie między innymi spadek hospitalizacji dzieci z powodu chorób biegunkowych w ciągu 1-2 lat po jej wprowadzeniu.

na podstawie "Wkly Epid.Rec." (1997,6,35-40)  
opracował Wojciech Żabicki