

Meldunek 9/B/97

o zachorowaniach na choroby zakaźne, zatruciach i zakażeniach szpitalnych
zgłoszonych w okresie od 16.09 do 30.09.1997 r.

Jednostka chorobowa (symbole wg "Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych" ICD-10)	Meldunek 9/B		Dane skumulowane	
	16.09.97. do 30.09.97.	16.09.96. do 30.09.96.	1.01.97. do 30.09.97.	1.01.96. do 30.09.96.
Choroba wywołana przez ludzki wirus upośl.odp.: ogółem (B20-B24)	9	4	86	86
Dur brzuszny (A01.0)	-	1	3	5
Dury rzekome A.B.C. (A01.1-A01.3)	1	1	7	3
Salmonelozy: ogółem (A02)	1401	1340	18696	21047
Czerwonki: ogółem (A03; A06.0)	76	26	300	379
Biegunki u dzieci do lat 2 (A04; A08; A09)	601	464	14619	11911
Tężec: ogółem (A33-A35)	5	5	31	33
Błonica (A36)	-	-	-	9
Krzusiec (A37)	165	10	957	174
Szkarlatyna /płonica/ (A38)	299	345	14565	16214
Zapalenie opon mózgowych: razem	325	1356	2570	7979
w tym: meningokokowe (A39.0)	3	4	101	114
inne bakteryjne: ogółem (G00) ^a	49	81	855	1184
wirusowe, określone i nie określone (A87; B00.3; B02.1)	253	1209	1420	6352
inne i nie określone (G03)	20	62	194	329
Zapalenie mózgu: razem	52	63	410	406
w tym: meningokokowe i inne bakteryjne (A39.8; G04.2)	3	.	54	.
wirusowe, przenoszone przez kleszcze (A84) ^b	30	43	127	151
inne wirusowe: ogółem (A83;A85;A86;B00.4;B02.0;B25.8) ^c	12	8	136	100
poszczepienne (G04.0)	-	-	-	-
inne i nie określone (G04.8-G04.9) ^d	7	12	93	155
Riketsjozy: ogółem (A75-A79)	-	-	-	1
Ostre nagminne porażenie dziecięce (A80)	-	-	-	-
Ospa wietrzna (B01)	1104	1449	125022	88822
Odra (B05)	5	8	259	504
Różyczka: ogółem (B06; P35.0)	419	492	134015	69483
Wirusowe zap. wątroby: typu B (B16; B18.0-B18.1)	221	235	3749	4944
"nie B": ogółem (B15;B17;B18.2-B18.9;B19)	184	427	4493	8753
Świnka /nagminne zapalenie przyusznic/ (B26)	1282	523	49885	28555
Włośnica (B75)	-	-	17	29
Świerzb (B86)	881	1120	11931	12672
Grypa: ogółem (J10; J11)	34	282	1574640	2702629
Bakteryjne zatrucia pokarmowe: razem	1677	1584	22799	23182
w tym: salmonelozy (A02.0)	1399	1334	18664	21006
gronkowcowe (A05.0)	71	107	368	167
jadem kiełbasianym /botulizm/ (A05.1)	6	6	68	78
wywołane przez Cl.perfringens (A05.2)	-	-	-	-
inne określone i nie określone: ogółem (A05.3-A05.9)	201	137	3699	1931
Zatrucia naturalnie toksycznym pokarmem: ogółem (T62)	14	.	120	.
w tym: grzybami (T62.0)	11	42	112	113
Inne zatrucia: ogółem (T36-T60; T63-T65)	273	.	6383	.
w tym: pestycydami (T60)	3	5	130	131
lekami i preparatami farmakologicznymi (T36-T50)	139	.	3370	.
Zakażenia szpitalne - objawowe i bezobjawowe: ogółem	47	113	1703	1714
w tym: na oddziałach noworodkowych i dziecięcych	11	13	582	451
następstwa zabiegów medycznych	29	39	499	590
wywołane pałeczkami Salmonella	1	49	166	268

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.

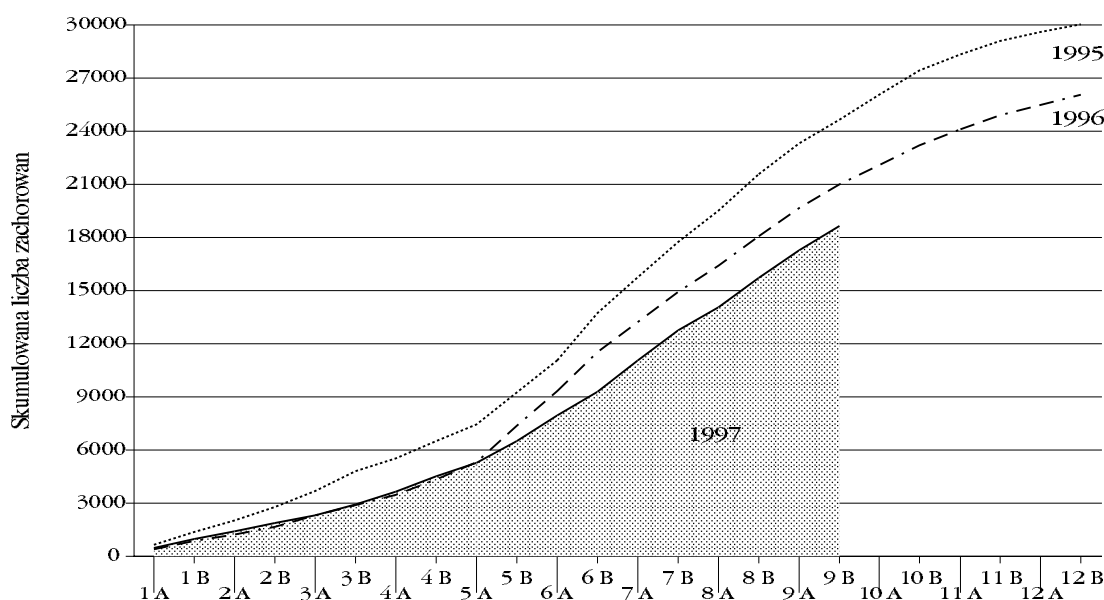
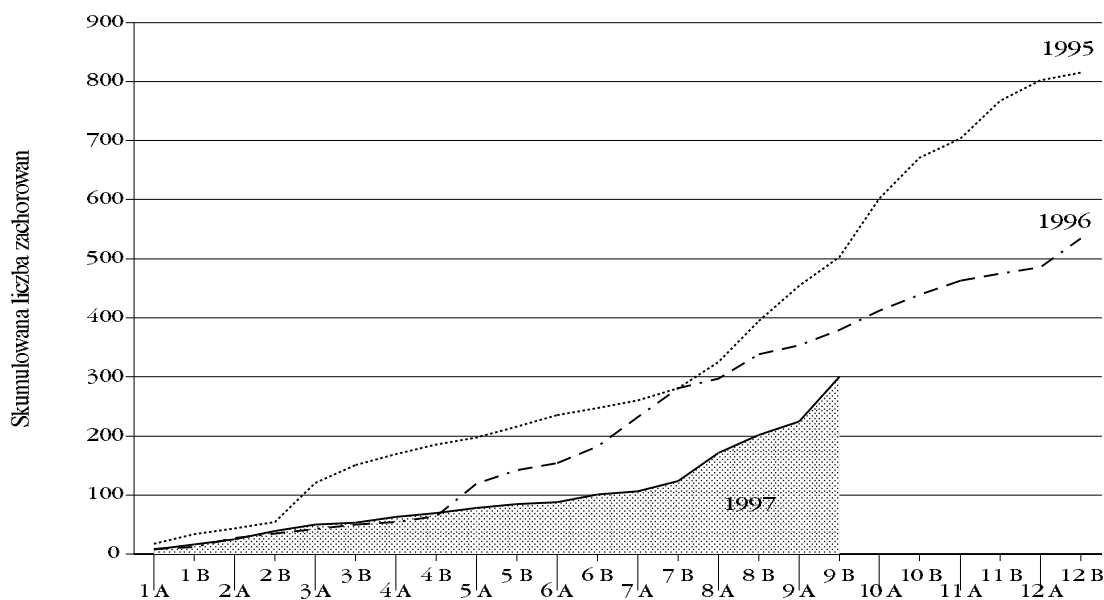
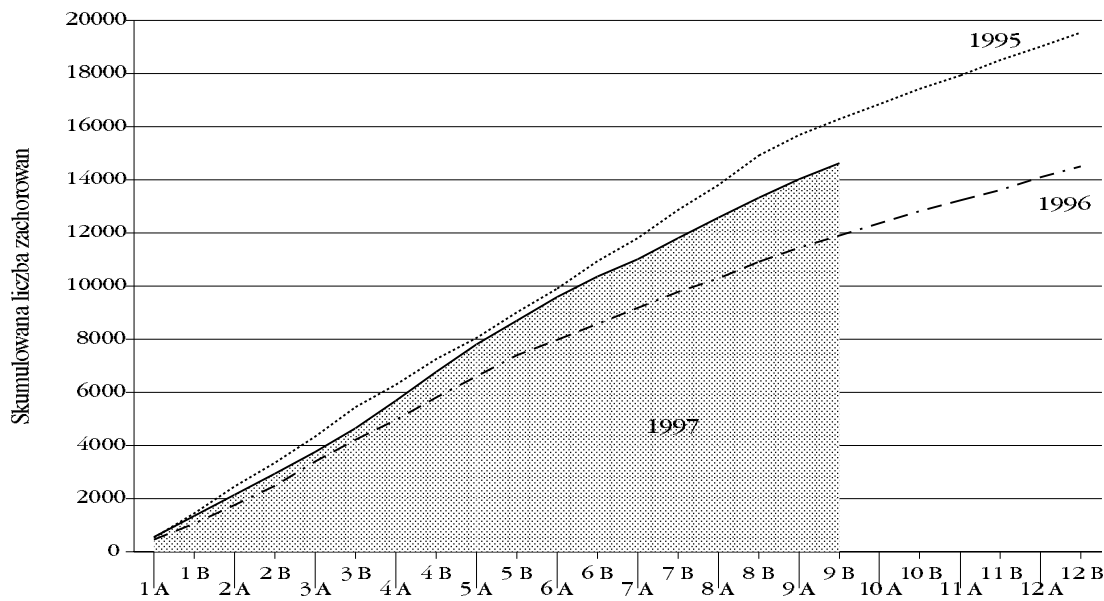
Zachorowania zgłoszone w okresie 16-30.09.1997 r. wg województw

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)	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	9	-	1	1401	76	601	5	165	299	325	3	52	30
1. St.warszawskie	3	-	-	63	1	63	-	43	12	15	-	5	-
2. Białkopodlaskie	-	-	-	5	-	6	-	2	-	1	-	2	1
3. Białostockie	-	-	1	38	-	16	-	22	2	3	1	19	17
4. Bielskie	-	-	-	26	3	12	-	1	7	4	-	2	-
5. Bydgoskie	-	-	-	39	-	15	-	1	5	4	-	-	-
6. Chełmskie	-	-	-	38	1	3	-	-	5	1	-	-	-
7. Ciechanowskie	-	-	-	8	-	1	-	-	-	2	-	-	-
8. Częstochowskie	-	-	-	16	-	6	-	15	3	5	-	-	-
9. Elbląskie	-	-	-	14	-	8	-	-	5	3	-	-	-
10. Gdańskie	-	-	-	63	-	27	-	2	5	9	-	-	-
11. Gorzowskie	-	-	-	17	6	3	-	-	-	2	-	1	1
12. Jeleniogórskie	-	-	-	15	-	7	-	-	4	1	-	-	-
13. Kaliskie	-	-	-	32	-	7	-	-	2	2	-	2	1
14. Katowickie	2	-	-	79	1	49	-	1	75	17	1	3	-
15. Kieleckie	-	-	-	29	2	17	-	3	3	18	-	2	-
16. Konińskie	-	-	-	18	-	7	-	5	2	1	-	-	-
17. Koszalińskie	-	-	-	9	-	9	-	-	3	1	-	-	-
18. M.krakowskie	-	-	-	23	1	16	1	3	15	26	-	1	1
19. Krośnieńskie	-	-	-	15	2	13	-	-	-	1	-	-	-
20. Legnickie	-	-	-	28	-	7	-	-	6	3	-	1	-
21. Leszczyńskie	-	-	-	8	-	-	-	1	5	2	-	-	-
22. Lubelskie	-	-	-	58	-	18	-	-	9	16	-	-	-
23. Łomżyńskie	-	-	-	11	-	5	-	1	1	1	-	-	-
24. M.łódzkie	-	-	-	22	-	20	1	18	3	2	-	-	-
25. Nowosądeckie	-	-	-	14	-	6	-	1	10	15	-	-	-
26. Olsztyńskie	-	-	-	24	-	23	-	-	4	3	-	2	2
27. Opolskie	-	-	-	21	-	8	1	3	19	2	-	-	-
28. Ostrołęckie	-	-	-	14	-	7	-	1	1	3	-	-	-
29. Piłskie	-	-	-	26	-	9	-	-	4	2	-	-	-
30. Piotrkowskie	-	-	-	24	-	4	-	-	3	2	-	-	-
31. Płockie	-	-	-	11	1	7	-	-	4	-	-	-	-
32. Poznańskie	-	-	-	120	-	36	-	4	19	2	-	-	-
33. Przemyskie	-	-	-	20	2	7	1	2	1	4	-	1	-
34. Radomskie	-	-	-	19	1	4	-	7	3	-	-	-	-
35. Rzeszowskie	-	-	-	27	-	8	-	-	1	26	1	-	-
36. Siedleckie	2	-	-	33	-	6	-	6	1	-	-	-	-
37. Sieradzkie	-	-	-	9	-	8	-	-	3	-	-	-	-
38. Skierniewickie	-	-	-	18	-	1	-	1	1	-	-	-	-
39. Słupskie	-	-	-	40	2	6	-	-	2	-	-	-	-
40. Suwalskie	-	-	-	19	3	4	-	1	-	11	-	9	7
41. Szczecińskie	-	-	-	45	-	7	1	-	11	9	-	1	-
42. Tarnobrzeskie	-	-	-	45	-	38	-	-	2	2	-	-	-
43. Tarnowskie	-	-	-	16	1	16	-	-	9	81	-	-	-
44. Toruńskie	-	-	-	64	-	6	-	1	6	9	-	-	-
45. Wałbrzyskie	2	-	-	7	1	8	-	2	8	2	-	1	-
46. Włocławskie	-	-	-	23	-	7	-	3	3	1	-	-	-
47. Wrocławskie	-	-	-	27	43	29	-	14	9	7	-	-	-
48. Zamojskie	-	-	-	38	-	5	-	1	1	-	-	-	-
49. Zielonogórskie	-	-	-	23	5	6	-	-	2	4	-	-	-

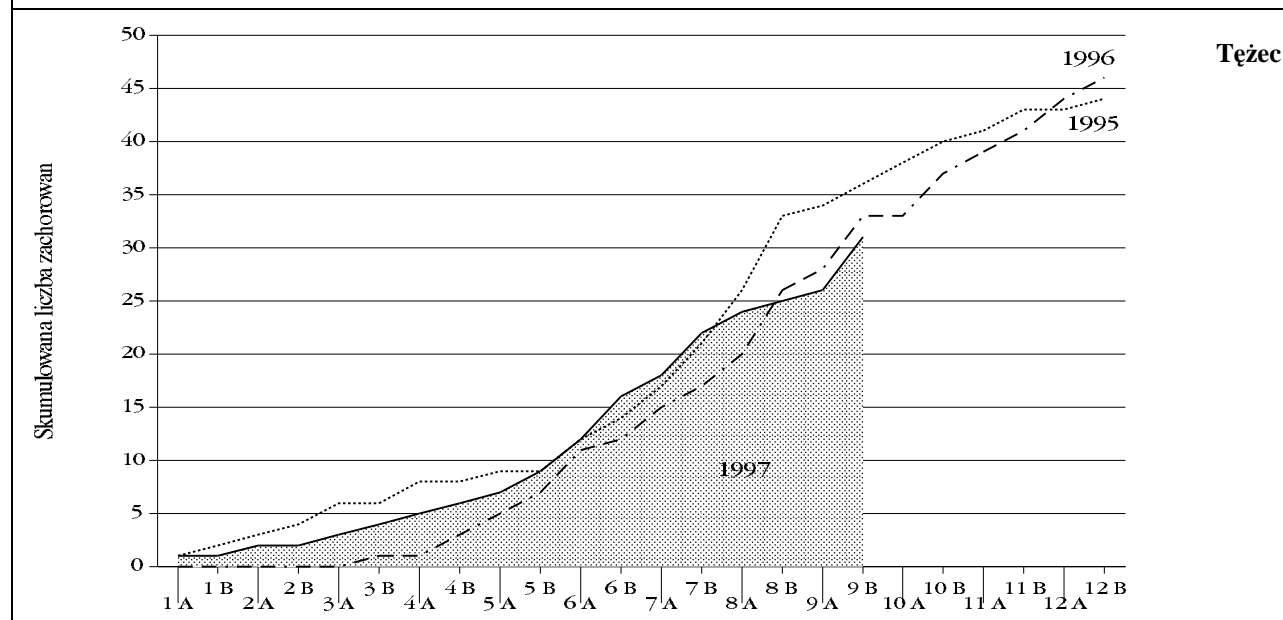
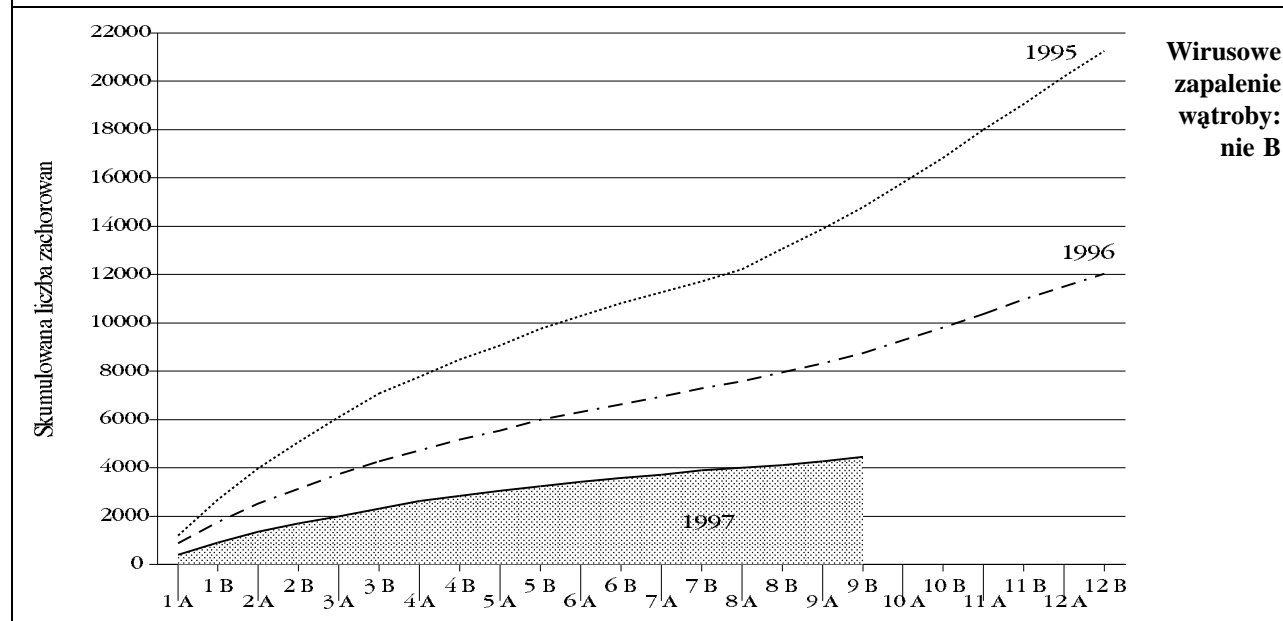
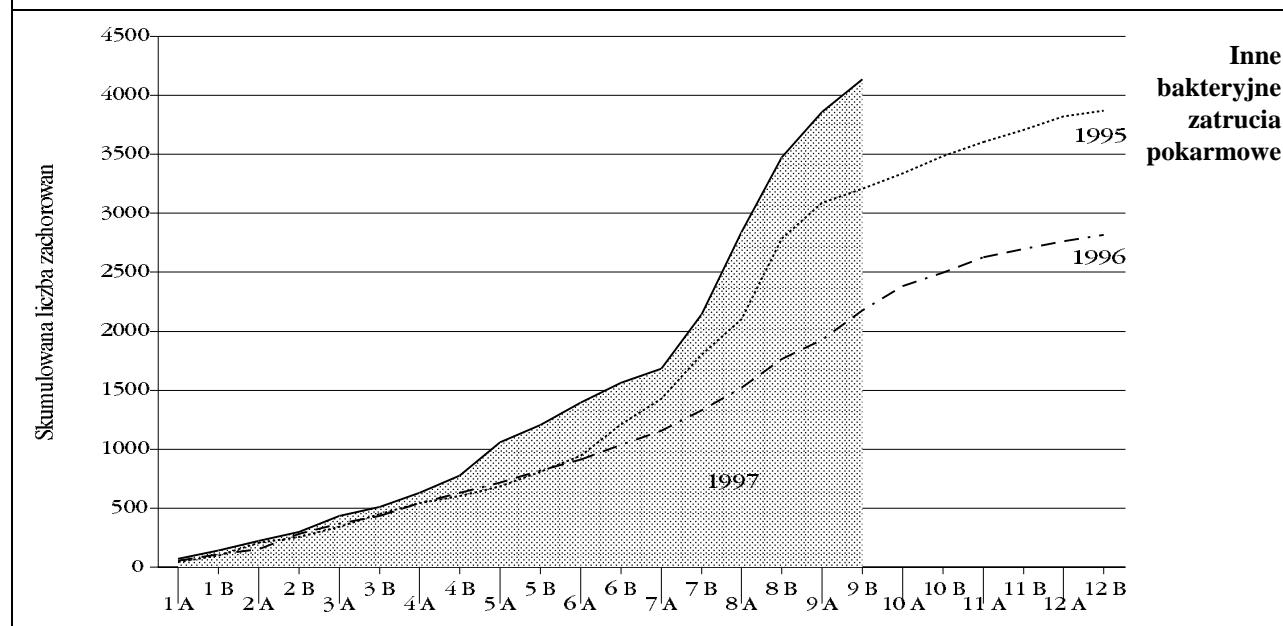
Zachorowania zgłoszone w okresie 16-30.09.1997 r. wg województw (cd.)

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	1104	5	419	221	184	1282	-	881	34	1677	11	273	47
1. St.warszawskie	44	-	20	7	1	66	-	4	-	62	-	5	1
2. Białkopodlaskie	4	-	2	3	1	23	-	45	-	5	1	1	-
3. Białostockie	18	-	8	3	5	38	-	25	-	39	-	7	3
4. Bielskie	30	1	12	6	2	37	-	9	-	30	1	5	3
5. Bydgoskie	24	-	14	4	5	76	-	12	4	48	-	17	-
6. Chełmskie	9	-	2	1	2	4	-	16	-	38	-	1	-
7. Ciechanowskie	25	-	4	2	1	7	-	1	-	11	-	-	-
8. Częstochowskie	14	-	-	2	2	15	-	21	-	16	-	7	-
9. Elbląskie	9	-	7	3	-	9	-	62	-	14	-	5	-
10. Gdańskie	50	-	12	7	3	65	-	24	-	73	-	3	2
11. Gorzowskie	20	-	6	1	2	12	-	26	-	44	-	18	-
12. Jeleniogórskie	47	-	6	1	-	24	-	6	-	23	-	1	-
13. Kaliskie	9	-	9	3	3	14	-	7	-	35	-	8	3
14. Katowickie	109	1	70	38	15	278	-	133	-	143	-	2	-
15. Kieleckie	71	-	24	14	9	20	-	13	-	49	3	46	11
16. Koniańskie	9	-	3	4	2	10	-	5	3	25	-	-	-
17. Koszalińskie	14	-	5	-	4	13	-	8	-	11	-	4	2
18. M.krakowskie	60	-	35	13	8	54	-	2	-	32	-	31	-
19. Krośnieńskie	1	-	3	3	-	5	-	13	-	15	2	4	-
20. Legnickie	16	-	8	4	3	7	-	17	-	29	-	-	-
21. Leszczyńskie	9	-	2	2	5	10	-	7	11	8	-	-	-
22. Lubelskie	29	-	4	7	11	32	-	22	-	58	-	3	-
23. Łomżyńskie	3	2	1	3	1	2	-	12	-	11	-	2	-
24. M.łódzkie	8	-	7	6	17	6	-	29	-	40	-	16	2
25. Nowosądeckie	28	-	7	4	5	18	-	-	-	14	-	-	-
26. Olsztyńskie	41	-	3	3	-	5	-	29	-	27	-	-	-
27. Opolskie	65	-	17	6	2	41	-	20	-	23	-	1	-
28. Ostrołęckie	12	-	1	-	6	5	-	29	-	14	-	4	-
29. Piłskie	16	-	7	1	1	5	-	7	9	26	-	-	-
30. Piotrkowskie	13	-	-	2	7	15	-	40	-	24	-	4	-
31. Płockie	12	-	1	2	1	16	-	3	-	11	-	3	1
32. Poznańskie	50	-	27	5	-	55	-	9	2	121	-	3	-
33. Przemyskie	6	-	1	-	2	10	-	11	-	20	-	7	-
34. Radomskie	17	-	3	4	-	14	-	2	-	19	-	4	-
35. Rzeszowskie	14	-	12	1	-	7	-	8	-	31	-	4	-
36. Siedleckie	8	-	-	2	2	11	-	19	-	34	-	8	-
37. Sieradzkie	6	-	2	2	1	7	-	-	-	10	-	-	-
38. Skierniewickie	14	-	4	3	2	4	-	1	-	18	-	-	-
39. Słupskie	9	-	6	8	16	15	-	11	-	40	-	6	3
40. Suwalskie	9	-	3	3	2	2	-	14	5	20	-	7	11
41. Szczecińskie	10	-	12	8	4	16	-	23	-	73	-	1	-
42. Tarnobrzesckie	13	-	5	3	5	18	-	28	-	45	-	1	1
43. Tarnowskie	26	1	1	2	7	44	-	3	-	16	-	2	-
44. Toruńskie	6	-	3	8	8	29	-	47	-	64	-	-	-
45. Wałbrzyskie	34	-	17	5	-	52	-	3	-	8	-	21	2
46. Włocławskie	10	-	1	-	-	14	-	15	-	26	-	3	-
47. Wrocławskie	31	-	14	9	7	10	-	9	-	66	-	-	-
48. Zamojskie	8	-	2	-	3	3	-	25	-	43	4	1	-
49. Zielonogórskie	14	-	6	3	1	39	-	6	-	25	-	7	2

**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



Zakażenia HIV i zachorowania na AIDS w Polsce Informacja z 30 września 1997 r.

We wrześniu 1997 r. do Zakładu Epidemiologii PZH zgłoszono nowo wykryte zakażenie HIV 54 obywateli polskich, w tym 25 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, w Pracowni Bakteriologicznej Katedry i Kliniki Chorób Zakaźnych Collegium Medicum UJ w Krakowie, w Specjalistycznym Dermatologicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Łodzi, w Laboratorium Kliniki Chorób Zakaźnych AM we Wrocławiu oraz w Zakładzie Serologii Instytutu Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie.

Odnotowano zachorowanie na AIDS kobiety zakażonej drogą kontaktów heteroseksualnych i 8 mężczyzn (4 narkomanów, 3 homoseksualistów i dziecka narkomanki).

Chorzy byli w wieku od roku i siedmiu miesięcy do 50 lat. Mieli miejsce zamieszkania w następujących województwach: po dwóch w woj. bielskim i katowickim oraz po jednym w stoł. warszawskim, elbląskim, opolskim, piotrowskim i wałbrzyskim.

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 siedmiu przypadkach podano liczbę komórek CD4 (od 1 do 809/ μ L).

Od wdrożenia badań w 1985 r. do 30 września 1997 r. stwierdzono zakażenie HIV 4.809 obywateli polskich, wśród których było co najmniej 3.168 zakażonych w związku z używaniem narkotyków.

Ogółem odnotowano 567 zachorowań na AIDS; 335 osób zmarło.

Wanda Szata
Zakład Epidemiologii PZH

* * *

UWAGA: Liczby zachorowań na choroby wywołane przez ludzki wirus upośledzenia odporności [HIV] 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 zawarte w powyższej informacji pochodzą ze skorygowanych w Zakładzie Epidemiologii PZH zgłoszeń poszczególnych zachorowań.

Ognisko czerwonki w przedszkolu we Wrocławiu

W dniu 10.09.1997 r. z Pracowni Schorzeń Jelitowych WSSE we Wrocławiu zgłoszono wyhodowanie pałeczki *Shigella sonnei* od dziecka uczęszczającego do Przedszkola Nr 66 we Wrocławiu.

W trakcie podjętego dochodzenia epidemiologicznego ustalono, że w dniach 2-4.09.1997 r. zachorowało 16 dzieci (13 z grupy I, 2 z grupy II i 1 z grupy IV). W następnych dniach aż do 12.09.1997 r. występowały pojedyncze zachorowania (16 dzieci) oraz 1 zachorowanie 19.09.1997 r. Ogółem zachorowało 33 dzieci i 2 osoby personelu. Od 15 chorych dzieci oraz 1 osoby z personelu wyhodowano pałeczki *Shigella sonnei*.

Ośmioro dzieci chorych uczęszczających do przedszkola było źródłem zakażenia dla swoich rodzin. W 8 ogniskach rodzinnych zachorowało 10 osób dorosłych i 6 dzieci w wieku szkolnym. Wyhodowano pałeczki *Shigella sonnei* z tych ognisk od 5 osób chorych i od 7 bez objawów chorobowych. Ogółem zachorowało 51 osób (w tym 39 dzieci), łącznie wyhodowano pałeczki *Shigella sonnei* od 28 osób, w tym od 21 osób chorych.

Przebieg choroby w większości przypadków był lekki, ograniczający się do wymiotów lub kilku luźnych stolców, bez zgłaszania się dzieci do lekarza. Hospitalizowanych było 4 dzieci z jednej rodziny (1 uczęszczające do przedszkola oraz 3 dzieci w wieku szkolnym).

Przedszkole rozpoczęło działalność 1.09.1997 r. W trakcie kontroli przedszkola i bloku żywieniowego przeprowadzonej 10.09.1997 r. nie stwierdzono uchybień sanitarno-porządkowych. W 3 próbkach żywnościowych z 14 pobranych do badań mikrobiologicznych stwierdzono jednak nadmierne zanieczyszczenie bakteriami z grupy *coli*.

W dniu 15.09.1997 r. Państwowy Terenowy Inspektor Sanitarny Wrocław-Fabryczna wydał decyzję o zamknięciu przedszkola.

Po uzyskaniu ujemnych wyników badań bakteriologicznych od personelu oraz od dzieci i po zapoznaniu się z aktualnym stanem sanitarnym placówki w dniu 29.09.1997 r. PTIS uruchomił placówkę.

*lek.med. Jerzy Odonicz-Czarnecki
Państw.Woj.Inspektor Sanitarny we Wrocławiu*

Wąglik na Ukrainie

Ministerstwo Zdrowia Ukrainy zgłosiło ognisko wąglika w sowchozie "Transportnik" w Priwolnoje, rejon Wolnowski, okręg Doniecki. Od 18 maja do 2 czerwca 1997 r. zgłoszono 33 przypadki zachorowań, w tym były 3 zgony; 30 zachorowań przebiegało w postaci skórnej, 3 - w postaci płucnej i uogólnionej.

Chorzy mieli zawodowe kontakty z chorymi zwierzętami; 24 osoby zachorowały zakażając się przy uboju zwierząt i spożywaniu zakażonego mięsa. Mięso było rozdawane obywatelom zamiast zapłaty za pracę.

Źródłem zakażenia było mięso pochodzące z uboju bez nadzoru weterynaryjnego. Z materiału pobranego od 5 zwierząt (skóra, mięso, gleba) wyizolowano kolonie wąglika.

W ognisku podjęto następujące środki zaradcze:

- objęto kwarantanną zakażony kompleks rolniczy,
- hospitalizowano osoby chore i leczono profilaktycznie antybiotykami 789 osób spożywających mięso,
- zebrano i zniszczono zakażone mięso,
- przeprowadzono dezynfekcję zwierzęcych pomieszczeń,
- środki masowego przekazu informowały ludność o niebezpieczeństwie zakażenia wąglikiem.

Dotknięta wąglikiem wieś składa się ze 145 domów. Aby zapobiec nowym przypadkom choroby planuje się dwukrotne szczepienie mieszkańców. Szczepionka przeciw wąglikowi kupowana jest w Rosji i cena jednej dawki wynosi 100.000 rubli; 180.000 dawek kosztowałyby więc około 40.000 dolarów. Przypadki wąglika są rejestrowane na Ukrainie corocznie. Począwszy od 1980 r. choroba wystąpiła w 15 na 27 jednostkach administracyjnych. Sytuacja epidemiologiczna pogorszyła się w latach 1994-1997. W tym

okresie rejestrowano wzrost liczby przypadków z 28 w 1994 r. do 36 w 1997 r. Rejestrowano ogniska w okręgach Donieckim i Krymskim.

W ciągu ostatnich 6 miesięcy pojedyncze przypadki notowano w okręgach Nikołajewska i Dniepropietrowska; trzy inne zgłosiły podejrzenie węglika.

Ministerstwo Zdrowia Ukrainy zwróciło się do Europejskiego Biura Regionalnego WHO z prośbą o pomoc techniczną i finansową (szczepionka, antybiotyki) w akcji zapobiegania węglikowi wśród ludzi.

*na podstawie "CD News WHO" (1997,15)
opracowała Danuta Seroka*

Nawrót gorączki O'nyong-nyong w Afryce

Jak donosi "Weekly Epidemiological Record" (1997,13, 93) na terenie Ugandy i Tanzanii obserwuje się nawrót gorączki O'nyong-nyong (ONN). Jest to choroba wirusowa wywołana przez alfawirus i przenoszona przez moskity. W latach 1959-1962 zachorowania na ONN, które pojawiły się w północnej Ugandzie rozprzestrzeniły się w środkowej Afryce, od Mozambiku do Senegalu, w formie pandemii, która objęła około 2 mln chorych. Śmiertelność w przebiegu zachorowań u ludzi nie została udokumentowana. Naturalny rezerwuuar alfawirusa ONN nie jest dotychczas poznany, ale zasięg pierwszej pandemii pokrywał się z migracją ludzi w stanie wirerii. Natomiast ustalono, że podstawowym wektorem choroby były *Anopheles gambiae* oraz *Anopheles funestus*, dwa główne wektory zimnicy.

W czerwcu 1996 roku służba zdrowia w dystrykcie Rakai w środkowo-południowej Ugandzie zauważyła zwiększoną liczbę ostrych gorączkowych zachorowań. Typowe przypadki charakteryzowała niewielka gorączka i złe samopoczucie na początku choroby. Po dwóch dniach pojawiała się symetryczna poliartralgia i limfadenopatia, a w dwa dni później uogólniona grudkowo-krostkowa wysypka. Po 1-2 tygodniach choroby miało miejsce pełne wyzdrowienie, choć w niektórych przypadkach artalgia utrzymywała się nieco dłużej.

Do października 1996 roku zachorowania rozszerzyły się na dwa sąsiednie dystrykty oraz dystrykt Bukoba w północnej Tanzanii. Badania wirusologiczne przeprowadzone przez Uganda Virus Research Institute w Entebbe oraz Centres for Disease Control w Fort Collins (Colorado, USA) potwierdziły rozpoznanie ONN badaniami serologicznymi oraz izolacją wirusa.

Na początku lutego 1997 roku nadeszły meldunki o wystąpieniu podejrzanych zachorowań w środkowo-zachodniej Ugandzie, a w końcu lutego br. zgłoszono podobne zachorowania z zachodniej Kenii.

Wojciech Żabicki

Rewizja Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych

Raport z postępu prac, lipiec 1997 r.

Zgodnie z rezolucją Światowego Zgromadzenia Zdrowia z 1995 r. (WHA 48.7) jest przygotowywana rewizja Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych (MPZ). Jej celem jest dostosowanie przepisów do obecnego nasilenia międzynarodowej komunikacji i wymiany handlowej z uwzględnieniem

aktualnych tendencji w epidemiologii chorób zakaźnych łącznie z zagrożeniem pojawiającymi się chorobami.

Robocza grupa ekspertów która przygotowuje roboczą wersję tekstu przepisów spotkała się dwukrotnie w 1996 r. i trzykrotnie w bieżącym roku (styczeń, kwiecień i czerwiec). Zostały spełnione główne zadania tej grupy: ustalenie propozycji określających koncepcję podstaw rewizji MPZ i struktury tego dokumentu. Pozostawiono bez zmian podstawową zasadę MPZ: zapewnienie maksymalnej ochrony przed międzynarodowym szerzeniem się chorób przy minimalnych zaburzeniach w międzynarodowych podróżach i handlu. Co więcej, wiele z przewidzianych w dotychczas stosowanych MPZ przedsięwzięć zdrowotnych włączono do projektu nowych - tj. rewizji MPZ. Natomiast zasadnicze zmiany będą dotyczyły dwóch dziedzin:

(a) Zgłaszanie

W opracowywanej wersji MPZ-R uwzględniono wymaganie natychmiastowego zgłaszania szeregu określonych objawów chorobowych o znaczeniu międzynarodowym. Umożliwi to ich szybkie zgłaszanie (uprzednio zgłaszano zachorowania dopiero po potwierdzeniu rozpoznania określonej choroby). Ponadto zapewni to zgłoszenie epidemii choroby o nieznanym źródle, kiedy stwierdzi się że stanowi potencjalne zagrożenie dla międzynarodowych podróży i handlu.

Wśród tych zespołów objawów, które będą zgłaszane w przypadku zagrożenia podróży międzynarodowych, uwzględniono gorączki krwotoczne, ostre zespoły oddechowe, żołądkowo-jelitowe i neurologiczne jak również niezidentyfikowane zespoły o przypuszczalnym charakterze zakaźnym.

(b) Struktura MPZ-R.

Zaproponowano następujący układ materiału w MPZ-R:

- dokumenty zawierające podstawowe rozporządzenia stanowiące materiał do zaadaptowania do narodowych regulacji prawnych
- oddzielna część obejmująca aneksy określające techniczne rozporządzenia oraz specyficzne wymagania.

Na przykład MPZ-R poda schematy postępowania, które zasugerują podjęcie właściwych działań: zmierzających do opanowania zespołów lub chorób objętych MPZ-R; do eliminacji lub ograniczenia zwierzęcych rezerwuarów lub przenosicieli chorób objętych MPZ-R. Przewiduje się, że aneksy będą zawierać szczegółowy opis łącznie z danymi technicznymi zalecanych działań. Treść aneksów będzie można okresowo uaktualniać bez konieczności zmian w części zasadniczej przepisów.

W ciągu najbliższych miesięcy zostanie skompletowany roboczy tekst MPZ-R łącznie z definicjami zespołów objawów podlegających zgłoszeniu, oraz zbiorem wskazówek operacyjnych (przewodnik). Definicje zespołów objawów będą testowane w badaniu terenowym w kilku krajach poczynając od października 1997 r.

Można oczekiwać, że raport o zaawansowaniu MPZ-R będzie przedstawiony na Światowym Zgromadzeniu Zdrowia w 1998 r. Obecnie 80 krajów członkowskich zaaprobowало węzłowe propozycje zmian zawarte w MPZ-R.

Uwaga - poprzednie notatki o rewizji MPZ zamieszczono w Meldunku 8/A/96 i 1/A/97.

*na podstawie "Wkly Epid. Rec." (1997,29,213-215)
opracowała D.Naruszewicz-Lesiuk*

V Międzynarodowa Konferencja "Travel Medicine" Genewa, 24-27 marzec 1997 r. (Wybrane problemy - cd.)

1. Biegunki podróży

Biegunki podróży (BP) są najczęstszą chorobą podróży, głównie z krajów uprzemysłowionych, którzy wyjeżdżają do krajów rozwijających się jako turyści, handlowcy i w innych celach.

Czynnikami etiologicznymi są różnego rodzaju drobnoustroje jak np. *Campylobacter*, *Shigella*, *Salmonella*, *Helicobacter*, rotawirusy, enterowirusy, adenowirusy, calciwirusy, *Escherichia coli* i inne.

Zależnie od rodzaju patogenności szczepów *Escherichia coli* wyróżnia się szczepy: enterotoksynogenne (ETEC), enteropatogenne (EPEC), enteroinwazyjne (EIEC), enterokrwawienne (enterohemoragic - EHEC).

Problemy epidemiologii i etiologii BP były ostatnio przedmiotem badań naukowych przeprowadzonych na dużą skalę w wielu ośrodkach na całym świecie. Uwzględniały one retrospektywne badania ankietowe wśród podróżujących samolotami oraz badania mikrobiologiczne osób chorych. Określono szereg danych epidemiologicznych jak sezonowość, czynniki ryzykownych zachowań, ciężkość przebiegu choroby i konieczność medycznej interwencji (zwłaszcza hospitalizacji), wpływ choroby na podejmowanie następnych podróży, a także skutki ekonomiczne zachorowań.

Z badań przeprowadzonych wśród osób podróżujących na Jamajkę, która jest krajem o wysokim ryzyku biegunki, wynika, że na BP chorowało 20-30% podróżnych. Na ogół biegunki utrzymywały się 2 dni. Objawami były 2-3 do 5 wolnych stolców dziennie, bóle brzucha (81,9%), spadek siły, poczucie zmęczenia, zaburzenia snu i aktywności seksualnej.

Ocenia się, że rocznie przyjeżdża z krajów rozwiniętych do krajów endemicznych chorób biegunkowych około 35 milionów ludzi. Spośród nich na BP zapada 20-50%. Przyczyną najczęściej jest ETEC. Choroba trwa zwykle 2-3 dni. Pociąga za sobą skutki ekonomiczne. Oceniono koszty bezpośrednie i pośrednie BP obywateli USA wyjeżdżających na Jamajkę. Rocznie wyjeżdża tam około 10.000 osób. Zachorowuje na biegunkę 2.650. Całościowy koszt zachorowań wynosi 519.000 dolarów. ETEC jest przyczyną 530 przypadków, co pociąga za sobą wydatki około 103.800 dolarów. Biegunki zaczynają się zwykle 3 dni po przyjeździe i trwają przeciętnie 48 godzin, przedłużając się aż do wyjazdu u 26% chorych. Pomocy medycznej potrzebuje około 8% chorych. 41% chorych miało więcej niż 6 stolców dziennie, 44% - gorączkę. Czynnikiem etiologicznym był stwierdzony u 22% chorych.

2. Szczepionki przeciw biegunkom podróży

Podejmowane są próby rozwiązania problemu BP drogą szczepień. Jednak nie ma skutecznej szczepionki przeciw różnym czynnikom BP jak *E.coli* (ETEC), *Campylobacter*, *Shigella*. Tym bardziej brak jest szczepionek skojarzonych. Szczepionka zabita formaliną zawierająca różne szczepy *E. coli* (ETEC) i rekombinat toksyny cholerycznej, która to szczepionka ma być stosowana doustnie dwukrotnie w odstępie 14 dni, jest w trakcie badań. Powinna dawać 70% ochronę. Inne szczepionki ETEC są mniej skuteczne - nie więcej niż w 30%. Stosowane mogą być nie więcej niż 10% podróżnym. Wydaje się możliwe uzyskanie obiecujących wyników po inaktywowanej szczepionce przeciw *Campylobacter*, *Shigella* i wirusom *Rota*. Nie należy spo-

dziewać się szczepionek przeciw odzwierzęcym typom pałeczek *Salmonella*. Szczepionki przeciw durowi brzuszemu (doustne ze szczepem Ty 21a, w iniekcjach z antygenem Vi i typu TAB) przeciw cholerze (żywe atenuowane) mogą zmniejszać BP tylko marginalnie, gdyż te czynniki rzadko bywają przyczyną BP.

Poddano dwukrotnemu badaniu terenowemu skuteczność immunologiczną i bezpieczeństwo skojarzonej doustnej szczepionki przeciw durowi brzuszemu (szczep Ty 21a) i przeciw cholerze (szczep CVD 103 Hg R). Serokonwersja w stosunku do *S.typhi* wahała się od 66% do 80%, a w stosunku do *V.cholerae* od 78% do 94%.

Są dopuszczone do stosowania następujące szczepionki przeciw cholerze 01: zabita, zawierająca całe komórki, w iniekcji; zabita, zawierająca całe komórki + rekombinat B, podjednostkowa, doustna; a następujące są w trakcie badań: żywa, atenuowana (szczep CVD - 103 Hg R); żywa, atenuowana (szczep Peru 15).

Szczepionki doustne wydają się mieć przyszłość - wywołują wprawdzie odporność krótkotrwałą ale są bezpieczne dla ludzi i środowiska, łatwe w zastosowaniu, w tej samej dawce dla wszystkich szczepionych.

3. Szczepienie żołnierzy w armii francuskiej

Żołnierze zawodowi w armii francuskiej w związku z możliwością nagłego wyjazdu poza granice kraju, są szczepieni przeciw następującym chorobom zakaźnym: błonicy, tężcowi, zakażeniom dwoinkami zapalenia opon A+C, *poliomyelitis* (JPV), żółtej gorączce, wzw B i wzv A, a seronegatywne kobiety także przeciw różyczce.

Przed wynalezieniem i dostępnością szczepionki przeciw wzv A, stosowano pomiędzy 1978 i 1994 rokiem profilaktyczne podanie immunoglobuliny przed każdym wyjazdem za granicę.

4. Profilaktyka malarii w stosunku do podróżujących

Dotychczas, wobec braku szczepionki, profilaktyka malarii oparta jest o stosowanie środków chemicznych. Narastająca oporność *Plasmodium* na stosowane środki, stanowi poważny problem w tej dziedzinie, który próbuje się rozwiązać przez jednoczesne stosowanie więcej niż jednego środka, intensywne badania nad nowymi, skutecznymi preparatami i wprowadzenie ich do masowego stosowania.

5. Inne poza chorobami zakaźnymi niebezpieczeństwa podróżujących

Najbardziej powszechnym niebezpieczeństwem dla osób podróżujących, zwłaszcza osób w wieku powyżej 50 lat, są choroby układu krążenia. Choroby te są również najczęstszą przyczyną zgonów osób podróżujących. Szczególnie częste są konsekwencje choroby niedokrwiennej serca. Stąd osoby z tego typu dolegliwościami wymagają szczególnej medycznej troski podczas podróży.

Wiesław Magdzik

"Meldunki" opracowuje zespół: Ewa Cielebak, Mirosław P. Czarkowski (red. odp.), Barbara Kondej, 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.