

Meldunek 11/A/97

o zachorowaniach na choroby zakaźne, zatruciach i zakażeniach szpitalnych zgłoszonych w okresie od 1.11 do 15.11.1997 r.

Jednostka chorobowa (symbole wg "Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych" ICD-10)	Meldunek 11/A		Dane skumulowane	
	1.11.97. do 15.11.97.	1.11.96. do 15.11.96.	1.01.97. do 15.11.97.	1.01.96. do 15.11.96.
Choroba wywołana przez ludzki wirus upośl.odp.: ogółem (B20-B24)	6	3	107	109
Dur brzuszny (A01.0)	2	1	6	6
Dury rzekome A.B.C. (A01.1-A01.3)	-	-	3	3
Salmonelozy: ogółem (A02)	577	899	21499	24153
Czerwonki: ogółem (A03; A06.0)	13	24	387	463
Biegunki u dzieci do lat 2 (A04; A08; A09)	380	391	16074	13214
Tężec: ogółem (A33-A35)	-	2	34	39
Błonica (A36)	-	-	-	9
Krzusiec (A37)	121	15	1402	221
Szkarlatyna /płonica/ (A38)	543	768	16260	18402
Zapalenie opon mózgowych: razem	258	628	3731	10741
w tym: meningokokowe (A39.0)	6	6	122	132
inne bakteryjne: ogółem (G00) ^a	48	81	1036	1458
wirusowe, określone i nie określone (A87; B00.3; B02.1)	173	503	2250	8664
inne i nie określone (G03)	31	38	323	487
Zapalenie mózgu: razem	28	26	528	526
w tym: meningokokowe i inne bakteryjne (A39.8; G04.2)	2	.	73	.
wirusowe, przenieszone przez kleszcze (A84) ^b	9	15	173	219
inne wirusowe: ogółem (A83;A85;A86;B00.4;B02.0;B25.8) ^c	14	2	178	118
poszczepienne (G04.0)	-	-	-	-
inne i nie określone (G04.8-G04.9) ^d	3	9	104	189
Riketsjozy: ogółem (A75-A79)	-	-	-	1
Ostre nagminne porażenie dziecięce (A80)	-	-	-	-
Ospa wietrzna (B01)	5346	7361	137169	105434
Odra (B05)	10	18	273	581
Różyczka: ogółem (B06; P35.0)	601	1557	135674	72976
Wirusowe zap. wątroby: typu B (B16; B18.0-B18.1)	151	241	4289	5693
"nie B": ogółem (B15;B17;B18.2-B18.9;B19)	187	545	5142	10361
Świnka /nagminne zapalenie przyusznic/ (B26)	5015	1981	62015	33372
Włośnica (B75)	-	-	17	29
Świerzb (B86)	1182	1325	15838	16702
Grypa: ogółem (J10; J11)	793	321	1576168	2703723
Bakteryjne zatrucia pokarmowe: razem	643	1022	25929	26730
w tym: salmonelozy (A02.0)	569	894	21456	24104
gronkowcowe (A05.0)	-	21	412	209
jadem kiełbasianym /botulizm/ (A05.1)	4	4	74	91
wywołane przez Cl.perfringens (A05.2)	-	-	-	-
inne określone i nie określone: ogółem (A05.3-A05.9)	70	103	3987	2326
Zatrucia naturalnie toksycznym pokarmem: ogółem (T62)	4	.	182	.
w tym: grzybami (T62.0)	4	5	168	201
Inne zatrucia: ogółem (T36-T60; T63-T65)	275	.	7416	.
w tym: pestycydami (T60)	2	5	132	148
lekami i preparatami farmakologicznymi (T36-T50)	167	.	3985	.
Zakażenia szpitalne - objawowe i bezobjawowe: ogółem	44	86	1853	1981
w tym: na oddziałach noworodkowych i dziecięcych	17	21	627	526
następstwa zabiegów medycznych	22	29	580	679
wywołane pałeczkami Salmonella	-	5	170	295

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

Zachorowania zgłoszone w okresie 1-15.11.1997 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	6	2	-	577	13	380	-	121	543	258	6	28	9
1. St.warszawskie	-	-	-	32	-	44	-	46	44	6	-	1	-
2. Białkopodlaskie	-	-	-	4	-	2	-	-	7	-	-	-	-
3. Białostockie	-	-	-	27	-	10	-	14	7	2	-	12	7
4. Bielskie	-	-	-	7	-	9	-	-	15	8	-	1	-
5. Bydgoskie	-	-	-	8	-	13	-	-	12	8	-	1	-
6. Chełmskie	-	-	-	8	1	4	-	-	4	1	1	-	-
7. Ciechanowskie	-	-	-	5	-	2	-	-	2	2	-	-	-
8. Częstochowskie	-	-	-	2	-	3	-	6	9	2	1	1	-
9. Elbląskie	-	-	-	7	-	3	-	-	4	2	-	-	-
10. Gdańskie	-	-	-	33	-	25	-	1	23	11	1	-	-
11. Gorzowskie	-	-	-	6	-	4	-	-	5	7	-	-	-
12. Jeleniogórskie	-	-	-	5	-	7	-	-	3	2	-	-	-
13. Kaliskie	1	-	-	11	-	6	-	-	6	1	-	-	-
14. Katowickie	2	1	-	48	-	13	-	5	94	40	-	2	-
15. Kieleckie	-	-	-	20	1	15	-	2	3	8	1	-	-
16. Konińskie	-	-	-	6	1	-	-	-	2	1	-	-	-
17. Koszalińskie	-	-	-	16	3	21	-	-	9	2	-	-	-
18. M.krakowskie	-	-	-	14	-	1	-	-	17	18	-	-	-
19. Krośnieńskie	-	-	-	6	-	6	-	-	-	-	-	-	-
20. Legnickie	-	-	-	6	-	3	-	1	16	2	-	-	-
21. Leszczyńskie	-	-	-	6	-	1	-	1	4	-	-	-	-
22. Lubelskie	-	-	-	8	-	10	-	-	5	3	1	-	-
23. Łomżyńskie	-	-	-	7	-	-	-	-	1	-	-	-	-
24. M.łódzkie	-	-	-	16	-	6	-	8	12	3	-	-	-
25. Nowosądeckie	-	-	-	4	1	2	-	-	13	26	-	-	-
26. Olsztyńskie	-	-	-	12	-	18	-	3	4	5	1	-	-
27. Opolskie	-	-	-	14	-	2	-	1	24	10	-	-	-
28. Ostrołęckie	-	-	-	10	-	1	-	2	5	6	-	-	-
29. Piłskie	-	-	-	12	-	3	-	-	5	2	-	-	-
30. Piotrkowskie	-	-	-	6	-	-	-	-	4	1	-	-	-
31. Płockie	-	-	-	14	-	6	-	-	5	1	-	-	-
32. Poznańskie	3	-	-	23	-	33	-	6	45	3	-	-	-
33. Przemyskie	-	-	-	11	1	7	-	-	10	6	-	2	-
34. Radomskie	-	-	-	19	-	4	-	2	9	2	-	-	-
35. Rzeszowskie	-	-	-	5	-	2	-	-	4	21	-	3	-
36. Siedleckie	-	-	-	6	-	9	-	1	3	-	-	-	-
37. Sieradzkie	-	-	-	6	-	3	-	3	4	-	-	-	-
38. Skierniewickie	-	-	-	5	-	1	-	-	1	3	-	-	-
39. Słupskie	-	-	-	19	2	6	-	-	5	4	-	-	-
40. Suwalskie	-	-	-	11	-	6	-	-	1	-	-	2	2
41. Szczecińskie	-	-	-	12	-	10	-	1	7	5	-	-	-
42. Tarnobrzeskie	-	-	-	4	-	16	-	1	6	8	-	-	-
43. Tarnowskie	-	-	-	7	-	5	-	-	2	18	-	-	-
44. Toruńskie	-	-	-	13	-	2	-	2	6	4	-	2	-
45. Wałbrzyskie	-	-	-	11	-	4	-	1	11	1	-	-	-
46. Włocławskie	-	-	-	14	-	6	-	-	29	1	-	-	-
47. Wrocławskie	-	1	-	9	1	12	-	13	24	2	-	-	-
48. Zamojskie	-	-	-	9	-	4	-	-	6	-	-	-	-
49. Zielonogórskie	-	-	-	13	2	10	-	1	6	-	-	1	-

Zachorowania zgłoszone w okresie 1-15.11.1997 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	5346	10	601	151	187	5015	-	1182	793	643	4	275	44
1. St.warszawskie	184	-	64	5	12	259	-	8	-	45	1	1	1
2. Białkopodlaskie	72	-	-	-	7	33	-	26	-	4	-	1	-
3. Białostockie	132	1	11	2	6	85	-	44	-	28	-	11	2
4. Bielskie	129	-	10	8	4	136	-	13	-	7	-	-	8
5. Bydgoskie	210	-	11	8	-	271	-	21	3	11	-	19	-
6. Chełmskie	77	-	21	-	-	37	-	29	-	8	-	-	-
7. Ciechanowskie	66	-	-	4	1	7	-	3	-	4	-	-	-
8. Częstochowskie	81	-	6	3	1	160	-	10	-	2	-	6	-
9. Elbląskie	57	-	5	3	2	44	-	43	-	8	-	4	-
10. Gdańskie	170	-	24	3	15	295	-	37	-	39	-	7	-
11. Gorzowskie	120	-	6	4	1	56	-	17	-	7	-	12	-
12. Jeleniogórskie	197	-	12	2	1	54	-	6	-	5	-	1	9
13. Kaliskie	92	-	5	2	1	64	-	14	-	11	-	3	-
14. Katowickie	786	-	77	21	17	1023	-	150	24	54	-	1	-
15. Kieleckie	199	-	47	8	12	203	-	15	12	23	-	11	3
16. Konińskie	32	-	2	-	1	46	-	10	-	6	-	2	-
17. Koszalińskie	32	-	8	1	16	76	-	22	39	18	-	3	4
18. M.krakowskie	128	1	13	10	5	269	-	23	-	21	-	-	-
19. Krośnieńskie	40	-	6	1	2	11	-	3	190	6	1	5	-
20. Legnickie	83	-	4	2	2	68	-	31	324	6	-	-	-
21. Leszczyńskie	32	-	3	1	2	91	-	6	20	6	-	-	-
22. Lubelskie	45	1	12	6	20	132	-	25	-	8	-	10	-
23. Łomżyńskie	23	-	-	-	-	3	-	7	-	7	-	-	-
24. M.łódzkie	82	-	29	3	5	48	-	151	35	16	-	68	1
25. Nowosądeckie	113	-	9	3	2	67	-	7	-	3	-	2	-
26. Olsztyńskie	161	-	12	6	1	21	-	33	-	17	-	9	-
27. Opolskie	209	-	20	6	1	177	-	13	-	14	-	2	-
28. Ostrołęckie	90	-	3	-	6	36	-	8	21	10	-	-	-
29. Piłskie	82	-	5	1	2	42	-	7	-	14	-	-	-
30. Piotrkowskie	115	-	3	3	3	42	-	34	-	6	-	4	-
31. Płockie	94	-	5	1	1	106	-	12	-	14	-	1	-
32. Poznańskie	201	-	27	2	-	69	-	24	94	24	-	3	7
33. Przemyskie	49	-	1	-	1	74	-	8	-	12	-	8	-
34. Radomskie	34	-	23	3	2	65	-	19	-	19	-	9	-
35. Rzeszowskie	69	-	5	-	1	27	-	6	5	5	-	8	-
36. Siedleckie	52	-	2	1	2	29	-	26	-	7	-	5	-
37. Sieradzkie	23	-	2	1	1	28	-	7	-	6	-	-	-
38. Skierniewickie	77	-	2	1	2	35	-	5	-	5	-	-	-
39. Słupskie	73	-	2	1	5	9	-	13	-	19	-	7	-
40. Suwalskie	85	6	12	2	2	36	-	39	-	13	1	1	1
41. Szczecińskie	54	1	4	7	6	17	-	21	-	24	-	1	1
42. Tarnobrzeskie	74	-	4	-	-	53	-	26	-	4	-	6	1
43. Tarnowskie	65	-	3	1	1	128	-	2	-	7	-	-	-
44. Toruńskie	110	-	6	1	7	89	-	46	-	13	-	2	-
45. Wałbrzyskie	97	-	10	3	1	128	-	10	-	9	-	26	-
46. Włocławskie	59	-	3	2	-	42	-	39	-	15	-	5	-
47. Wrocławskie	124	-	16	4	5	107	-	26	26	10	-	2	-
48. Zamojskie	44	-	23	4	2	26	-	30	-	9	1	2	4
49. Zielonogórskie	123	-	23	1	-	91	-	7	-	14	-	7	2

Zbliża się zadeklarowany przez WHO termin eradykacji poliomyelitis spowodowanego dzikim wirusem polio

Światowa Organizacja Zdrowia zadeklarowała, że do 2000 roku nastąpi w świecie eradykacja *poliomyelitis* spowodowanego dzikim wirusem *polio*, wraz z udowodnieniem tego osiągnięcia. Jak wynika z dotychczasowego doświadczenia to "udowodnienie" jest trudniejsze od samej eradykacji.

Trzy lata, jakie pozostały do terminu eradykacji, wypełnione będą w skali międzynarodowej, w tym także w Polsce, działalnością zmierzającą do uzyskania certyfikacji tego osiągnięcia.

W dniach 20-23 października 1997 roku odbyły się w Rzymie konferencje na te tematy, zorganizowane przez Europejskie Biuro Regionalne i Wschodnio-Śródziemnomorskie Biuro Regionalne WHO.

Poniżej podano najistotniejsze informacje z tych konferencji. Wynika z nich, że w Polsce następujące sprawy wymagają spełnienia w najbliższej przyszłości:

- zwiększenie liczby zgłaszanych zachorowań na ostre porażenia wiotkie (Acute Flaccide Paralysis - AFP) niepoliomyelitycznej etiologii, zwłaszcza wśród dzieci i młodzieży do lat 15, do około 1 na 100.000 dzieci i młodzieży do lat 15 (dotychczas około 0,5 na 100.000);
- wprowadzenie zgłaszania tych zachorowań w dwutygodniówkach;
- przeprowadzenie surveillance'u tych zachorowań z uwzględnieniem następujących czynności:
 - badania lekarskiego przeprowadzonego nie później niż w 48 godzin od zachorowania;
 - wirusologicznego badania 2 prób kału chorego, pobranego w odstępie co najmniej 24 godzin od nie mniej niż 80% chorych na AFP;
 - jednorazowego badania prób kału od co najmniej 5 osób ze ścisłego (rodzinnego) kontaktu z chorym;
- akredytacja laboratoriów wirusologicznych przeprowadzających badania w ramach eradykacji *poliomyelitis*;
- poprawa wykonawstwa szczepień ochronnych we wszystkich województwach co najmniej do poziomu 95% zaszczepionych dzieci kończących 2 lata;
- uaktywnienie Narodowego Komitetu Certyfikacji Eradykacji Poliomyelitis.

Temu tematowi w najbliższej przyszłości poświęcone będzie więcej miejsca zarówno w dwutygodniówkach, jak też na konferencjach oraz szkoleniach epidemiologów i lekarzy innych specjalności.

Wiesław Magdzik

Czwarte Spotkanie Koordynacyjne Operacji MECACAR

(Rzym, 20-22 października 1997 roku)

Trzecie Spotkanie Regionalnej Komisji Certyfikacji Eradykacji Poliomyelitis

(Rzym, 23 października 1997 roku)

Kraje Regionu Europejskiego WHO uczestniczące w akcji szczepień MECACAR zgłosiły w 1994 roku ponad 200 zachorowań na *poliomyelitis*. W 1996 roku zgłoszono 193 zachorowania, głównie z państw położonych na Półwyspie Bałkańskim (Albania - 138, Jugosławia - 24, Turcja - 19,

Grecja - 5, Rosja - 3, Turkmenistan - 2, Mołdawia - 1, Ukraina - 1). Natomiast w pierwszych 9 miesiącach 1997 roku zgłoszono tylko 1 zachorowanie na *poliomyelitis* rozpoznane klinicznie (!). Miało ono miejsce w kwietniu w Tadżykistanie. Przypadek był wykryty późno po zachorowaniu i badanie wirusologiczne nie było przeprowadzone.

Tę poprawę sytuacji epidemiologicznej *poliomyelitis* można wiązać z intensywnie prowadzonymi szczepieniami przy zastosowaniu szczepionki żywej OPV.

Wybór szczepionki OPV do masowych szczepień dla eradykacji *poliomyelitis* podyktowany jest przede wszystkim ceną szczepionki. Jest ona od 4 do 15 razy tańsza od szczepionki IPV. Umożliwia to szerokie jej stosowanie nawet w krajach ubogich. Światowa Organizacja Zdrowia nie sprzeciwia się stosowaniu przez poszczególne kraje szczepienia przy użyciu IPV lub przy użyciu zarówno IPV jak i OPV, jeżeli istnieją w tych krajach takie możliwości i uzasadnienia.

Szczepienia wykonywane były między innymi w ramach narodowych dni szczepień (National Immunization Days - NIDs). Dziesięć krajów Europejskiego Regionu WHO (Armenia, Azerbejdżan, Gruzja, Kazachstan, Kirgistan, Tadżykistan, Turcja, Turkmenistan, Uzbekistan, a od 1996 roku, po epidemii *poliomyelitis* w 1995 roku w Czeczenii, także Federacja Rosyjska) oraz 8 krajów Regionu Wschodnio-Śródziemnomorskiego koordynują w ostatnich 3 latach program szczepień przeciw *poliomyelitis* zwany Operacją MECACAR. Obecnie dla zwiększenia pewności wyeliminowania rodzimego wirusa *poliomyelitis* planuje się na dalsze 3 lata kontynuowanie operacji jako MECACAR PLUS. Planowane są szczepienia "dom po domu" w ramach tzw. "mopping in", organizowanie narodowych dni szczepień ze zwróceniem szczególnej uwagi na regiony przygraniczne krajów, północny Irak, zachodni Iran, północno-wschodnią Syrię i wschodnią Turcję. Ponadto planuje się masowe szczepienie w 5 krajach półwyspu Bałkańskiego, w szczególności w państwach powstałych po byłej Jugosławii i w Albanii.

Na terenach, gdzie odsetek zaszczepionych dzieci kończących drugi rok życia będzie niższy od 80%, organizowane będą akcje szczepień np. w postaci narodowych dni szczepień. Na pozostałych terenach poprawa wykonawstwa szczepień do zalecanego poziomu (95% zaszczepionych dzieci kończących drugi rok życia) powinna nastąpić w drodze rutynowego postępowania.

W tym miejscu przypomnieć wypada, że kraje Ameryki Północnej, Środkowej i Południowej już od kilku lat są wolne od *poliomyelitis*.

Przyjmuje się obecnie następującą definicję zachorowania na *poliomyelitis*: za zachorowanie na *poliomyelitis* przyjmuje się przypadek z objawami klinicznymi *poliomyelitis* potwierdzony laboratoryjnie izolacją dzikiego wirusa *polio*.

W związku z tym, zachorowania z ostrym porażeniem wiotkim - łącznie z przypadkami, od których izolowano szczepionkowy wirus *polio* - nie traktuje się jako zachorowania na *poliomyelitis*. Traktuje się je jako ostre porażenia wiotkie (Acute Flaccide Paralysis - AFP) o etiologii niepoliomyelitycznej.

Zachorowania te, w szczególności występujące u dzieci i młodzieży do 15 lat, wymagają odpowiedniego nadzoru epidemiologicznego (surveillance).

Polega on na następujących zasadniczych problemach:

- zapadalność na AFP powinna być zbliżona do siebie w

różnych krajach i powinna wynosić około 1 na 100.000 dzieci i młodzieży do lat 15. Znacznie mniejsze liczby zgłaszanych zachorowań świadczą o niepełnej zgłaszalności i w związku z tym niepełnym surveillance;

- przypadek AFP powinien być zbadany przez lekarza nie później niż w 48 godzin od zachorowania;
- w ciągu 7 dni, a najpóźniej w ciągu 14 dni od zachorowania na AFP, powinno być przeprowadzone dwukrotne badanie wirusologiczne kału pobranego od chorego w odstępie czasu co najmniej 24 godzin; badaniem tym powinno być objętych nie mniej niż 80% zachorowań na AFP;
- jednorazowemu badaniu kału powinny być poddane osoby ze ścisłej styczności z chorym, przeciętnie w liczbie co najmniej 5 osób w związku z 1 zachorowaniem;
- w przypadku izolacji dzikiego wirusa *polio* obowiązuje natychmiastowe powiadomienie Regionalnego Biura.

W najbliższym okresie konieczne jest zorganizowanie aktywnego poszukiwania AFP, zwłaszcza na terenach o niepełnej zgłaszalności.

Analizę AFP - wyniki badań i całość informacji stąd uzyskanych - uważa się na obecnym etapie, poza szczepieniami, za najbardziej istotne dla orzeczenia o eradykacji *polio*. Poprawa w zakresie tych problemów musi uzyskać szczególny priorytet na lata 1998-2000. Każdy kraj powinien pod tym względem zwracać szczególną uwagę na tereny wysokiego ryzyka. Za takie uważa się dla przykładu tereny graniczące w niedalekiej przeszłości z terenami endemicznymi, tereny o ubogiej infrastrukturze sanitarnej i zdrowotnej, niektóre grupy etniczne, religijne i inne - nieakceptujące np. szczepień.

W przypadku utrzymywania się niskiego stopnia wykrywania i zgłaszania AFP, badania lekarskiego i wirusologicznego, konieczny jest na obecnym etapie aktywny surveillance AFP, łącznie nawet z poszukiwaniami przypadków w systemie "dom po domu", jeżeli zajdzie taka potrzeba. Wyrażono apel do państw członków Światowej Organizacji Zdrowia o potraktowanie obecnie aktywnego poszukiwania

przypadków AFP i aktywnego surveillance'u za zadanie priorytetowe.

Konieczne jest także podjęcie działania dla zapobieżenia zawleczeniu *poliomyelitis*, ze zwróceniem szczególnej uwagi na tereny przygraniczne, imigrantów i mniejszości narodowe, przy zapewnieniu wykonania w wysokim odsetku szczepień.

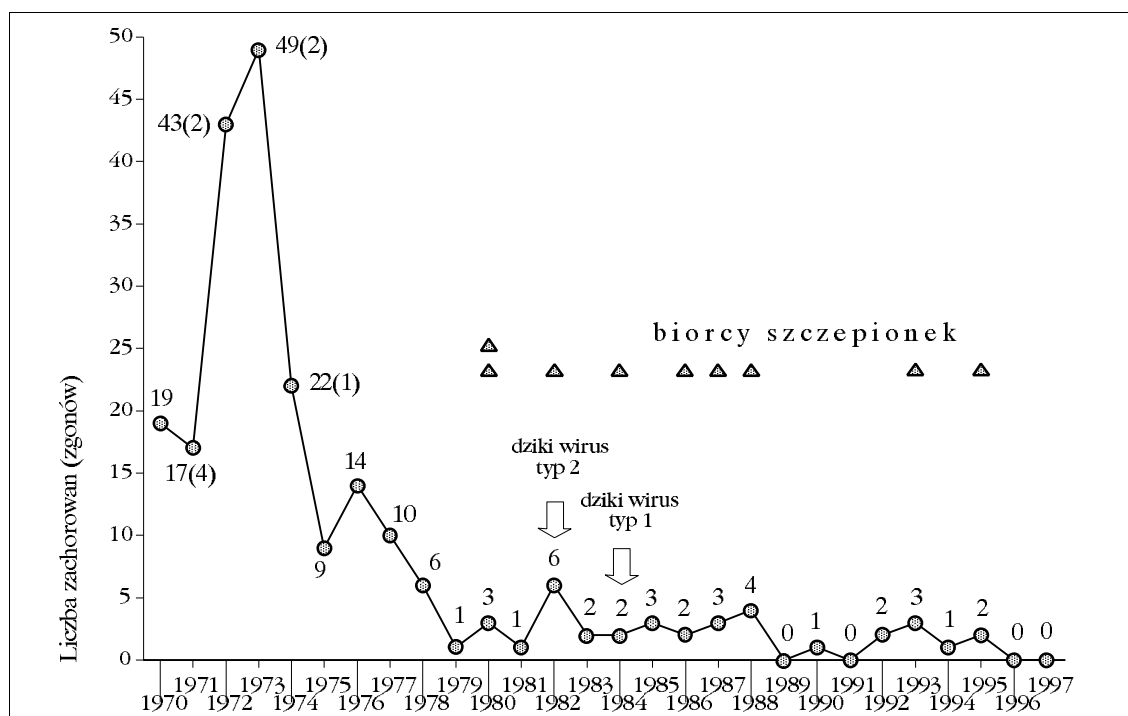
Dalszym problemem obecnie podejmowanym jest akredytacja laboratoriów wirusologicznych wykonujących badania w kierunku *poliomyelitis*. Przyjmuje się zasadę, że wiążącymi wynikami badań wirusologicznych w ramach całego przedsięwzięcia eradykacji *poliomyelitis* będą tylko wyniki pochodzące z laboratoriów akredytowanych.

Przewiduje się zarys dalszego postępowania w sposób następujący: po orzeczeniu na podstawie wyników dotychczasowych działań o eradykacji *poliomyelitis* według obecnej definicji, a w szczególności, kiedy wszystkie kraje w Regionie będą wolne od dzikiego wirusa *polio* przez co najmniej 3 lata, nastąpi zawieszenie lub przerwanie szczepień przy użyciu OPV i następnie ewentualne aktywne poszukiwanie dzikiego wirusa *polio* w środowisku i wśród ludzi. Nastąpi to prawdopodobnie nie wcześniej niż po 3-5 latach po stwierdzeniu ostatniego zachorowania spowodowanego dzikim wirusem *polio* w świecie.

Dla certyfikacji eradykacji *poliomyelitis* powołano Światową Komisję, Komisje Regionalne - w tym także dla Regionu Europejskiego - i Komitety Narodowe.

Komitety te przygotowują odpowiednie dokumenty dotyczące uzyskanych wyników w ramach podejmowanych działań dla eradykacji *poliomyelitis*. Komitety Narodowe Regionu Europejskiego opracują materiały według formularza pt. "Manual of Operations. National Documentation for Certification of Poliomyelitis Eradication" składającego się z 33 stron druku. Aczkolwiek druk wymaga pewnego przetworzenia, oceniono go pozytywnie jako zawierający zarys informacji niezbędnych dla certyfikacji.

Komitet Europejski wydzielił następujące subregiony w Regionie Europejskim pod względem stopnia zaawansowa-



Ryc.1. Poliomyelitis w Polsce w latach 1970-1997.

nia w dziedzinie eradykacji *poliomyelitis*:

1. Kraje wolne od *polio* (kraje nordyckie, basen Morza Bałtyckiego, kraje Europy zachodniej, centralnej i południowej). Do tej grupy włączona jest również Polska.
2. Kraje posiadające tereny, na których w niedalekiej przeszłości *polio* występowało endemicznie (część krajów półwyspu Bałkańskiego i część krajów Europy centralno-wschodniej).
3. Kraje objęte Operacją MECACAR i MECACAR PLUS.

Sformułowane zostały następujące zalecenia dla krajów będących członkami WHO zaproponowane przez powołaną przez Globalny Komitet Technical Consultative Group:

- pod koniec 1997 roku wszystkie kraje powinny wprowadzić cotygodniowe zgłaszanie AFP do Europejskiego Biura Regionalnego (w Polsce istnieje system zgłaszania dwukrotnie w miesiącu);
- każda izolacja dzikiego wirusa *poliomyelitis* z jakiegokolwiek materiału powinna być natychmiast zgłaszana do Biura Regionalnego WHO;
- przypadek AFP powinien być poddany dwukrotnemu wirusologicznemu badaniu prób kału pobranych w okresie co najmniej co 24 godziny, przeprowadzonemu w akredytowanym laboratorium w ciągu 14 dni od zachorowania;
- odsetek przebadanych dwukrotnie przypadków AFP nie powinien być niższy od 80%;
- ewentualne aktywne poszukiwania AFP powinny sięgać do dwu miesięcy wstecz;
- należy uściślić zasady rozpoznawania przypadków *poliomyelitis* spowodowanych dzikim wirusem *polio* i wirusem szczepionkowym (Vaccine Associated Paralytic Poliomyelitis - VAPP).

Zasady rozpoznawania VAPP powinny uwzględnić:

- istnienie pozostałości porażenia po 60 dniach od zachorowania;
 - ujemny wynik badania wirusologicznego w kierunku dzikiego wirusa *polio* przeprowadzonego w akredytowanym laboratorium, a pozytywny wynik w kierunku wirusa szczepionkowego;
 - przypadki powinny być oceniane przez zespół ekspertów z wzięciem pod uwagę dodatkowych informacji, jak np. przesłanki epidemiologiczne i powiązania z innymi zachorowaniami;
- jednorazowe badanie wirusologiczne kału pobranego od osób ze ścisłego kontaktu z przypadkiem AFP;
 - akredytacja laboratoriów powinna być dokonana do kwietnia 1998 roku.

Przyjęte zostały następujące ustalenia i definicje:

1. Narodowe Komitety Certyfikacji Eradykacji Poliomyelitis powinny być niezależnymi ciałami wytypowanymi przez rząd w konsultacji z Regionalnym Biurem WHO.

Komitet ten powinien ściśle współpracować z ludźmi odpowiedzialnymi w kraju za uodpornienie, surveillance i diagnostykę laboratoryjną, lecz nie powinien ponosić bezpośredniej odpowiedzialności za realizację programu wykończenia *polio*.

Natomiast Komitet ten powinien zebrać wszelką dokumentację dla oceny, że kraj jest wolny od *polio* i że zawleczenie dzikiego wirusa *polio* byłoby wykryte.

Dokumentacja ta powinna dotyczyć:

- zachorowań na *poliomyelitis* spowodowanych dzikim wirusem *polio* i przypadków spowodowanych wirusem szczepionkowym;
- demograficznych i geograficznych danych mogących mieć wpływ na szerzenie się *polio* i inicjatyw eradykacji

polio;

- szczepień przeciw *poliomyelitis*;
- surveillance'u ostrych porażenia wiotkich (AFP) i *poliomyelitis*;
- czynności laboratoriów dla eradykacji *polio*.

2. Regionalna Komisja Certyfikacji Eradykacji Poliomyelitis nie powinna być odpowiedzialna za działalność narodowych Komitetów, a powinna być w stanie stwierdzić uzyskanie przez nich warunków "polio free".

3. Globalna Komisja stwierdzi nieobecność dzikiego wirusa *polio* przez 3 lata przy prowadzeniu aktywnie wyszukiwanych przypadków i rutynowego surveillance'u AFP wśród dzieci do 15 lat z uwzględnieniem badania dwukrotnie prób kału.

Składową częścią informacji o eradykacji dzikiego wirusa *polio* jest ocena laboratorium wirusologicznego przeprowadzającego badania, czyli jego akredytacja.

* * *

Polska wraz z Danią, Finlandią, Holandią, Hiszpanią i Wielką Brytanią została wytypowana do przedstawienia dokumentacji podjętych czynności i osiągniętych wyników w ramach eradykacji *poliomyelitis*. Poniżej zamieszczona jest wypowiedź przedstawiciela Polski na powyższy temat podczas Trzeciego Spotkania Regionalnej Komisji Certyfikacji Eradykacji Poliomyelitis (Rzym, 23 październik 1997 roku).

"Narodowy Komitet Certyfikacji Eradykacji Poliomyelitis w Polsce został powołany przez Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej we wrześniu 1996 r. W skład jego weszło 9 osób: 3 epidemiologów, 2 pediatrów, 2 neurologów, 1 zakaźnik i 1 wirusolog. Dotychczas podczas spotkań Komitetu omówiono zakres i istotę problemu, wykonawstwo szczepień przeciw *poliomyelitis*, nadzór nad zachorowaniami z ostrymi wiotkimi porażeniami.

Materiał zawarty w opracowaniu pt. "Manual of Operations" został uznany jako użyteczny dla udokumentowania uzyskanych wyników w ramach eradykacji *poliomyelitis*.

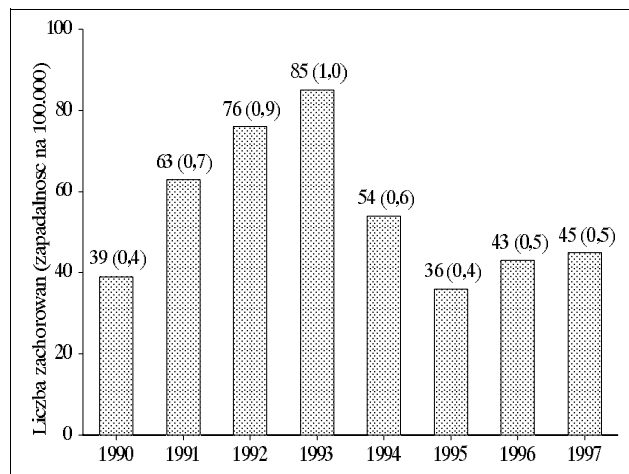
Ostatnie szczepki dzikiego wirusa *poliomyelitis* były izolowane w Polsce od przypadków z zapaleniem opon mózgowo-rdzeniowych: w 1982 roku (typ 2) i w 1984 roku (typ 1).

W ciągu ostatnich 15 lat, tj. w latach 1982-1997, rozpoznano 25 zachorowań towarzyszących szczepieniu (Ryc. 1), tj. przeciętnie 1,7 rocznie od 0 (w 1989, 1991, 1996 i 1997 roku), do 4 (w 1988 roku). Wśród tych 25 zachorowań było 17 (68%) niemowląt, 6 (24%) dzieci w drugim i trzecim roku życia i po 1 osobie (tj. po 4%) w wieku 14 lat oraz dorosły - 38 lat. Sześcioro dzieci było biorcami szczepionki (2,5%), 19 osób (75%) uznano jako skontaktowane ze szczepionymi dziećmi.

Problem ostrych porażenia wiotkich (AFP) u dzieci poniżej 15 lat był analizowany od 1990 roku. Narastające liczby zachorowań i wskaźnika zapadalności obserwowano pomiędzy 1990 a 1992 rokiem. W 1992 i w 1993 roku uzyskano zapadalność na AFP porównywalną z danymi generalnie sugerowanymi przez Światową Organizację Zdrowia, tj. 1/100.000 dzieci i młodzieży do 15 lat. Natomiast w latach 1994-1997 liczba i zapadalność na AFP spadła do około połowy tej wartości (Ryc. 2). Wśród zachorowań na AFP przypadki z zespołem Guillaina-Barrégo stanowiły około 78%.

Tylko 4 na 49 województw w Polsce, tj. warszawskie, poznańskie, opolskie i kieleckie, wykazywały zapadalność około 1 na 100.000 dzieci i młodzieży.

W latach 1992-1996 z różnych materiałów pobranych zarówno od ludzi jak i ze środowiska, izolowano 36 szczepów szczepionkowych *polio* Sabina. Nie izolowano dzikich szczepów wirusa *poliomyelitis*.

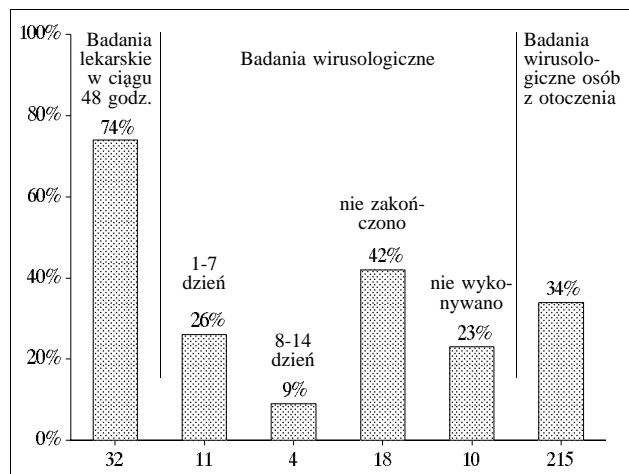


Ryc.2. Ostre porażenia wiotkie (AFP) u dzieci do lat 15 w Polsce w latach 1990-1997 (1997 r. - dane szacunkowe).

W 1996 roku 74% zgłoszonych zachorowań na AFP było zbadanych przez lekarza w ciągu 48 godzin od zachorowania.

Badanie wirusologiczne prób kału było rozpoczęte od 77% zachorowań na AFP. Od 42% osób nie zostały jednak one dokończone. Z pozostałych - 26% było zbadanych w pierwszym tygodniu, a 9% w drugim tygodniu od zachorowania.

Osoby będące w ścisłym kontakcie z zachorowaniami na AFP zbadane zostały w 34%.



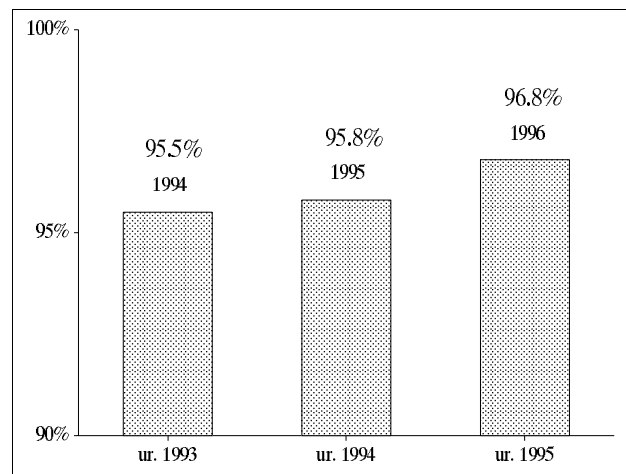
Ryc.3. Badanie ostrych porażenia wiotkich (AFP) w Polsce w 1996 roku.

Przyczyny niedostatecznego surveillance'u (Ryc. 3) AFP są prawdopodobnie następujące:

- reorganizacja służby zdrowia, w szczególności jej finansowania, a zwłaszcza finansowania badań mikrobiologicznych;
- brak środków finansowych;
- pogląd neurologów o niepotrzebnym badaniu wirusologicznym zachorowań z zespołem Guillaina-Barrégo.

W Polsce szczepienie przeciw *poliomyelitis* jest przeprowadzane przy zastosowaniu OPV. Stosowana jest szczepionka produkcji SmithKline Beecham. Każde dziecko w ciągu życia jest szczepione sześć razy: trzy razy w pierw-

szym roku życia i po razie w drugim, szóstym i jedenastym. Łańcuch chłodniczy ocenia się jako skuteczny.



Ryc.4. Stan zaszczepienia przeciw poliomyelitis (procent) dzieci w 2 roku życia w Polsce w latach 1994-1996.

W ostatnich latach nasilono działania zmierzające do zwiększenia odsetka uodpornionych dzieci. W wyniku tego, odsetek dzieci uodpornionych w wieku 2 lat wzrósł pomiędzy 1994 a 1996 rokiem z 95,5% do 96,8% (Ryc.4). Liczba województw, które wykonywały te szczepienia w odsetku 90-95%, zmniejszyła się z 12 do 4, a wykonawstwo szczepień w województwie krakowskim wzrosło z 78% do 85%."

* * *

Uczestnicy konferencji w Rzymie wysoko ocenili poprawę wykonawstwa szczepień, zwłaszcza w województwie krakowskim. W związku z tym Krajowy Specjalista d/s Higieny i Epidemiologii wysłał do władz lokalnych w województwie krakowskim, władz służby zdrowia, Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego i innych osób, do których skierowane było odpowiednie pismo w sprawie niskiego wykonawstwa szczepień przeciw *poliomyelitis* w ubiegłym roku, list następującej treści:

"W nawiązaniu do pisma L.dz.EE-070-38/96 z dnia 21. 11.1996 r., w którym pisałem o źle ocenionym w skali międzynarodowej wykonawstwie obowiązkowych szczepień ochronnych na terenie miasta Krakowa i województwa krakowskiego, pragnę poinformować, że w dniach 20-23 października 1997 r. odbyła się w Rzymie konferencja zorganizowana przez Światową Organizację Zdrowia między innymi na temat wykonawstwa szczepień przeciw *poliomyelitis*. Podczas konferencji dokonano oceny stopnia przygotowania poszczególnych krajów do ogłoszenia w 2000 roku świata wolnego od *poliomyelitis*.

Zostało wysoko ocenione zwiększenie pomiędzy 1994 a 1996 rokiem odsetka zaszczepionych podstawowo w Polsce dzieci w wieku 2 lat przeciw *poliomyelitis* z 95,5% do 96,8%, zmniejszenie liczby województw, w których szczepienia wykonywano w odsetku 90-95% z 12 do 4 oraz w szczególności wzrost odsetka zaszczepionych przeciw *poliomyelitis* dzieci w województwie krakowskim z 78% do 85%.

Aczkolwiek do wymogu objęcia szczepieniami 95% brak jest jeszcze 10%, to wyrażona była opinia, że poważne i ambitne podejście władz lokalnych, a zwłaszcza władz służby zdrowia województwa krakowskiego do powyższego problemu pozwala sądzić, że cel ten w 2000 roku zostanie w tym województwie osiągnięty.

