

Meldunek 1/A/98

o zachorowaniach na choroby zakaźne, zatruciach i zakażeniach szpitalnych zgłoszonych w okresie od 1.01 do 15.01.1998 r.

Jednostka chorobowa (symbole wg "Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych" ICD-10)	Meldunek 1/A		Dane skumulowane	
	1.01.98. do 15.01.98.	1.01.97. do 15.01.97.	1.01.98. do 15.01.98.	1.01.97. do 15.01.97.
Choroba wywołana przez ludzki wirus upośl.odp.: ogółem (B20-B24)	6	6	6	6
Dur brzuszny (A01.0)	-	-	-	-
Dury rzekome A.B.C. (A01.1-A01.3)	-	-	-	-
Salmonelozy: ogółem (A02)	527	486	527	486
Czerwonka bakteryjna /szigelozą/ (A03)	3	8	3	8
Biegunki u dzieci do lat 2: ogółem (A04; A08; A09)	453	559	453	559
Tężec: ogółem (A33-A35)	-	1	-	1
Błonica (A36)	-	-	-	-
Krztusiec (A37)	165	26	165	26
Szkarlatyna /płonica/ (A38)	828	859	828	859
Zapalenie opon mózgowych: razem	98	122	98	122
w tym: meningokokowe (A39.0)	8	5	8	5
wywołane przez <i>Haemophilus influenzae</i> (G00.0)	5	2	5	2
inne bakteryjne, określone i nie określone (G00.1-G00.9)	26	49	26	49
wirusowe, określone i nie określone (A87; B00.3; B02.1)	44	55	44	55
inne i nie określone (G03)	15	11	15	11
Zapalenie mózgu: razem	17	8	17	8
w tym: meningokokowe i inne bakteryjne (A39.8; G04.2)	1	2	1	2
wirusowe, przenoszone przez kleszcze (A84)	4	-	4	-
inne wirusowe, określone (A83; A85; B00.4; B02.0; B25.8)	3	1	3	1
wirusowe, nie określone (A86)	3	-	3	-
poszczepienne (G04.0)	-	-	-	-
inne i nie określone (G04.8-G04.9)	6	5	6	5
Riketsjozy: ogółem (A75-A79)	-	-	-	-
Ostre nagminne porażenie dziecięce (A80)	-	-	-	-
Ospa wietrzna (B01)	12457	12967	12457	12967
Odra (B05)	44	20	44	20
Różyczka: ogółem (B06; P35.0)	2055	4437	2055	4437
Wirusowe zap. wątroby: typu A (B15)	117	350	117	350
typu B (B16; B18.0-B18.1)	170	187	170	187
typu C (B17.1; B18.2)	61	21	61	21
typu B+C (B16; B18.0-B18.1 + B17.1; B18.2)	12	-	12	-
inne i nieokreśl.(B17.0;B17.2-.8;B18.8-.9;B19)	25	34	25	34
Świnka /nagminne zapalenie przyusznicy/ (B26)	11251	3046	11251	3046
Włośnica (B75)	36	-	36	-
Świerzb (B86)	842	944	842	944
Grypa: ogółem (J10; J11)	3393	7720	3393	7720
Bakteryjne zatrucia pokarmowe: razem	610	555	610	555
w tym: salmonelozy (A02.0)	525	486	525	486
gronkowcowe (A05.0)	2	-	2	-
jadem kiełbasianym /botulizm/ (A05.1)	3	2	3	2
wywołane przez <i>C.l.perfringens</i> (A05.2)	-	-	-	-
inne określone (A05.3-A05.8)	2	3	2	3
nie określone (A05.9)	78	64	78	64
Zatrucia naturalnie toksycznym pokarmem: ogółem (T62)	-	2	-	2
w tym: grzybami (T62.0)	-	-	-	-
Inne zatrucia: ogółem (T36-T60; T63-T65)	297	382	297	382
w tym: pestycydami (T60)	1	3	1	3
lekami i preparatami farmakologicznymi (T36-T50)	168	157	168	157
Zakażenia szpitalne - objawowe i bezobjawowe: ogółem	47	146	47	146
w tym: na oddziałach noworodkowych i dziecięcych	9	24	9	24
następstwa zabiegów medycznych	12	10	12	10
wywołane pałeczkami <i>Salmonella</i>	-	75	-	75
Ostre porażenia wiotkie u dzieci (0-14 lat)	-	.	-	.

Zachorowania zgłoszone w okresie 1-15.01.1998 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)	Czerwonka bakteryjna /szigelozal/ (A03)	Biegunki u dzieci do lat 2: ogółem (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	-	-	527	3	453	-	165	828	98	8	17	4
1. St.warszawskie	-	-	-	40	-	29	-	39	69	5	3	1	-
2. Białkopodlaskie	-	-	-	6	-	2	-	-	3	-	-	-	-
3. Białostockie	-	-	-	28	-	2	-	28	11	1	-	1	1
4. Bielskie	-	-	-	3	-	4	-	-	23	3	-	-	-
5. Bydgoskie	-	-	-	4	-	6	-	-	30	2	-	-	-
6. Chełmskie	-	-	-	1	-	9	-	-	4	-	-	1	-
7. Ciechanowskie	-	-	-	8	-	2	-	-	5	4	-	1	-
8. Częstochowskie	-	-	-	3	-	10	-	9	11	1	-	-	-
9. Elbląskie	-	-	-	7	-	5	-	-	15	2	1	2	-
10. Gdańskie	-	-	-	9	-	41	-	-	48	5	1	1	-
11. Gorzowskie	-	-	-	12	-	2	-	-	3	1	-	-	-
12. Jeleniogórskie	1	-	-	5	-	8	-	1	4	1	-	-	-
13. Kaliskie	-	-	-	9	-	13	-	-	8	-	-	1	1
14. Katowickie	-	-	-	14	-	21	-	2	126	17	2	2	-
15. Kieleckie	-	-	-	18	1	26	-	1	5	1	-	1	-
16. Konińskie	-	-	-	2	-	13	-	-	15	-	-	-	-
17. Koszalińskie	-	-	-	9	-	13	-	-	8	-	-	1	1
18. M.krakowskie	-	-	-	4	-	2	-	2	49	3	-	-	-
19. Krośnieńskie	-	-	-	8	-	4	-	-	6	-	-	-	-
20. Legnickie	1	-	-	14	-	-	-	-	4	3	-	-	-
21. Leszczyńskie	-	-	-	3	-	3	-	-	11	-	-	-	-
22. Lubelskie	-	-	-	17	-	13	-	1	14	4	-	1	-
23. Łomżyńskie	-	-	-	6	-	7	-	-	8	-	-	-	-
24. M.łódzkie	-	-	-	42	-	10	-	36	32	3	-	1	-
25. Nowosądeckie	-	-	-	2	-	2	-	-	8	8	-	-	-
26. Olsztyńskie	-	-	-	43	-	20	-	-	9	-	-	-	-
27. Opolskie	-	-	-	10	-	6	-	-	35	4	-	2	1
28. Ostrołęckie	-	-	-	-	-	11	-	2	4	1	-	-	-
29. Piłskie	-	-	-	6	-	5	-	-	10	1	-	-	-
30. Piotrkowskie	-	-	-	12	-	2	-	1	8	1	-	-	-
31. Płockie	-	-	-	6	-	6	-	-	8	-	-	-	-
32. Poznańskie	-	-	-	10	-	46	-	-	54	-	-	-	-
33. Przemyskie	-	-	-	7	1	7	-	1	4	3	-	-	-
34. Radomskie	-	-	-	2	-	4	-	2	14	-	-	-	-
35. Rzeszowskie	-	-	-	9	-	11	-	-	9	5	-	-	-
36. Siedleckie	-	-	-	12	-	9	-	-	5	-	-	-	-
37. Sieradzkie	-	-	-	6	-	5	-	-	5	-	-	-	-
38. Skierniewickie	-	-	-	9	-	1	-	2	3	-	-	-	-
39. Słupskie	-	-	-	5	-	4	-	-	14	1	-	-	-
40. Suwalskie	-	-	-	7	-	2	-	1	1	-	-	-	-
41. Szczecińskie	2	-	-	12	-	9	-	-	7	1	-	-	-
42. Tarnobrzeskie	-	-	-	6	-	9	-	-	11	-	-	-	-
43. Tarnowskie	-	-	-	9	-	4	-	-	11	6	-	-	-
44. Toruńskie	2	-	-	28	1	2	-	1	5	-	-	-	-
45. Wałbrzyskie	-	-	-	4	-	18	-	1	17	2	-	-	-
46. Włocławskie	-	-	-	20	-	2	-	-	16	-	-	1	-
47. Wrocławskie	-	-	-	16	-	4	-	35	37	3	-	-	-
48. Zamojskie	-	-	-	9	-	7	-	-	14	3	-	-	-
49. Zielonogórskie	-	-	-	5	-	12	-	-	7	3	1	-	-

Zachorowania zgłoszone w okresie 1-15.01.1998 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	12457	44	2055	170	215	11251	36	842	3393	610	-	297	47
1. St.warszawskie	666	-	274	7	5	346	-	4	225	39	-	4	3
2. Białkopodlaskie	52	-	2	-	4	14	-	29	-	6	-	4	-
3. Białostockie	270	-	16	3	18	110	1	8	-	29	-	4	2
4. Bielskie	638	-	13	5	5	398	-	13	-	3	-	2	-
5. Bydgoskie	347	-	24	4	-	660	-	10	40	6	-	24	-
6. Chełmskie	67	-	126	2	-	47	-	3	-	1	-	-	-
7. Ciechanowskie	102	-	3	3	2	62	-	1	-	8	-	2	3
8. Częstochowskie	201	5	38	3	4	228	-	7	-	3	-	6	-
9. Elbląskie	245	-	9	-	-	165	-	34	-	7	-	3	-
10. Gdańskie	473	-	54	7	5	588	-	30	-	13	-	15	-
11. Gorzowskie	103	-	10	2	3	129	-	23	-	12	-	10	-
12. Jeleniogórskie	320	4	74	4	2	91	-	39	-	5	-	-	-
13. Kaliskie	142	-	16	2	2	162	-	8	-	10	-	2	-
14. Katowickie	1547	7	174	28	29	1800	-	105	2887	22	-	1	-
15. Kieleckie	526	-	84	8	5	425	-	21	2	22	-	62	8
16. Konińskie	59	-	26	-	-	147	-	-	-	2	-	-	-
17. Koszalińskie	142	-	16	2	2	162	-	8	-	10	-	2	-
18. M.krakowskie	481	15	52	7	3	865	-	7	-	6	-	-	1
19. Krośnieńskie	78	-	30	1	-	75	-	6	135	8	-	10	-
20. Legnickie	267	1	11	1	3	182	-	21	38	15	-	-	-
21. Leszczyńskie	110	-	45	1	2	130	-	-	24	3	-	-	-
22. Lubelskie	194	-	45	4	20	221	-	17	-	17	-	16	-
23. Łomżyńskie	86	-	2	-	1	-	-	6	-	6	-	-	-
24. M.łódzkie	403	1	33	16	19	346	1	84	12	59	-	25	23
25. Nowosądeckie	114	3	12	5	7	73	-	11	-	2	-	-	-
26. Olsztyńskie	166	-	8	4	-	62	-	27	-	43	-	6	-
27. Opolskie	322	-	31	5	1	349	-	12	-	10	-	6	2
28. Ostrołęckie	129	-	5	-	1	79	-	33	-	2	-	4	-
29. Piłskie	159	-	7	4	3	103	-	17	1	6	-	-	-
30. Piotrkowskie	172	4	33	1	4	158	-	43	-	12	-	6	-
31. Płockie	136	-	38	-	-	127	-	27	-	6	-	1	-
32. Poznańskie	549	-	66	1	-	418	-	20	27	10	-	-	-
33. Przemyskie	66	-	3	2	1	74	-	1	-	7	-	4	-
34. Radomskie	106	1	127	6	1	169	-	10	-	2	-	5	-
35. Rzeszowskie	166	-	4	2	1	152	-	14	-	9	-	2	-
36. Siedleckie	149	-	92	2	-	51	-	29	-	21	-	1	-
37. Sieradzkie	104	1	41	2	-	68	-	5	-	6	-	-	-
38. Skierniewickie	83	-	20	1	-	119	-	1	-	9	-	2	-
39. Słupskie	230	-	7	1	14	29	-	8	-	5	-	7	-
40. Suwalskie	242	-	30	-	3	52	9	10	-	7	-	4	-
41. Szczecińskie	359	-	44	4	10	39	-	11	-	42	-	-	-
42. Tarnobrzeskie	209	-	34	5	6	188	-	21	-	6	-	3	2
43. Tarnowskie	177	-	7	-	3	297	-	1	-	9	-	-	-
44. Toruńskie	197	-	45	1	16	295	-	25	-	29	-	-	-
45. Wałbrzyskie	207	-	20	5	1	364	-	5	-	4	-	39	-
46. Włocławskie	247	-	16	2	-	80	-	9	-	20	-	3	3
47. Wrocławskie	383	1	78	6	9	425	-	12	2	16	-	2	-
48. Zamojskie	92	-	77	-	-	58	25	-	-	10	-	6	-
49. Zielonogórskie	174	1	33	1	-	69	-	6	-	5	-	4	-

W obronie szczepień ochronnych

(Skrót wypowiedzi na spotkaniu lekarzy pediatrów woj. katowickiego w dniu 10 kwietnia 1997 r.)

W czasopismach przeznaczonych dla pielęgniarek i położnych w Gdańsku ("Biuletyn Informacyjny Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych" z lipca br.) oraz w Katowicach ("Nasze Sprawy" z września br.), jak również w gdańskim czasopiśmie "Forum ekologiczne" (z września br.) ukazały się artykuły sygnowane przez dr nauk medycznych Jerzego Jaśkowskiego zatrudnionego w Akademii Medycznej w Gdańsku, o zbliżonej treści lecz różnie zatytułowane: "Rozpraszanie mitu szczepień" oraz "Szczepienia - czyżby największa pomyłka XX wieku", będące tłumaczeniem nieznanego nam "Raportu Alana Phylipsa". Publikacje te stały się podstawą artykułu w prasie codziennej, tj. w "Gazecie Morskiej" (z 22 października br.) pt. "Szczepić nie szczepić".

Głównym celem artykułu dr Jaśkowskiego jest totalne negowanie wartości i skuteczności szczepień. Artykuł jest zbiorem niecisłych informacji, fałszywych stwierdzeń i cynicznych komentarzy. Żle się stało, że tego typu artykuł bez rzeczowego przedyskutowania w gronie fachowców z zakresu wakcynologii i ustosunkowania się do niego, opublikowany został w czasopismach popularno-naukowych, trafiając do wykonawców szczepień. Rolę takiej dyskusji - z opóźnieniem lecz skutecznie - powinno spełnić dzisiejsze spotkanie. Należy zrobić wszystko, aby artykuł dr Jaśkowskiego nie przyczynił się do obniżenia wykonawstwa szczepień ochronnych. Mogłoby to spowodować pogorszenie sytuacji epidemiologicznej chorób, zapobieganie którym jest oparte o realizowane programy szczepień, jak to miało miejsce w niedalekiej przeszłości w kilku innych krajach.

Człowiek zawsze poszukiwał dróg i sposobów zapobiegania i zwalczania tych zjawisk, które miały negatywny wpływ na jego byt, samopoczucie i stan posiadania. W zamierzchłych czasach były to np. urządzenia chroniące go przed agresją zwierząt, w bliższych latach - metody ochrony przed zarazami, epidemiami, łącznie z dość powszechnie stosowaną niegdyś wariolizacją, a w ostatnich kilkudziesięciu latach - szczepieniami stosowanymi mniej lub bardziej masowo w postaci realizacji programów lub w ramach akcji, a także ochroną przed skażeniami środowiska, nie tylko czynnikami biologicznymi, lecz także chemicznymi i fizycznymi.

Pozytywne efekty szczepień pociągały za sobą rozszerzanie w całym świecie tej metody działania. Druga połowa obecnego wieku to eksplozja wynalazków nowych skutecznych szczepionek i eksplozja szczepień organizowanych i nadzorowanych przez Światową Organizację Zdrowia, które przyczyniły się do poprawy sytuacji epidemiologicznej i eliminacji niektórych chorób zakaźnych, z eradykacją ospy prawdziwej na czele. Osiąganie tego wymaga odwagi. Nie zawsze się udaje. Czasem za odwagę trzeba płacić słoną cenę. Ale od niepamiętnych czasów postęp istnieje i coraz powszechniej z niego czerpiemy korzyści.

Stan taki, takie zjawiska i osiągnięcia budzą u niektórych jednostek chęć wykazania, że uzyskiwane efekty są pozorne, a w rzeczywistości dzieje się coś bardzo groźnego. To "coś" - bliżej nieokreślone, nieznanne dla większości, a często i dla osoby głoszącej takie poglądy - budzi strach i obawę. Nic bowiem dla człowieka nie wydaje się być tak groźne, jak przysłowiowe "złe duchy" - jak sprawy, rzeczy, czyny nieznanne, nieoczekiwane, niepojęte lub niedostatecz-

nie poznane. Te "złe duchy" powinny zostać poznane. Nie należy zamykać przed nimi drzwi i okien. Inaczej pozostaną one i straszyć będą każdego, kto opuści swoje bezpieczne lokum wypełnione tylko znanymi dobrymi duchami. "Bo co nieznanne i niepojęte - jak mówił A. Szczypiorski - to obce, inne i tajemnicze. A co obce i tajemnicze - w każdej chwili stać się może niebezpieczne, groźne i wrogie. A co wrogie - temu trzeba wydać walkę, by się samemu ratować".

"Lęki nie są bynajmniej kameralne, wstydlive i skryte lecz przeciwnie, manifestują się gwałtownie i hałaśliwie. Łatwo się dzisiaj podrzyna gardło myśli oświeconej i wyższa ciemnotę. Jest aura triumfującej głupoty, która szydzi z rozumu".

Sprawa, która jest przyczyną naszego spotkania jest tego przykładem. Przekora ludzi, która w pewnych sytuacjach jest motorem działania, motorem krytyki, w tym przypadku stać się może łatwo elementem destrukcyjnym. Tak też stało się w niejednym już kraju ze sprawą szczepień, w wyniku propagowania też głoszonych przez - czasem bojaźliwe i przestraszone, a czasem może żadne sławy - jednostki nie liczące się z konsekwencjami. Tak patrzę na działanie dr Jaśkowskiego związane z publikacjami potępiającymi szczepienia, które jest bezpośrednią przyczyną naszego spotkania.

Do podobnego charakteru zjawisk można zaliczyć np. poglądy prof. P. Duesberga ze Stanów Zjednoczonych, który neguje istnienie wirusa HIV, a ujemne skutki zdrowotne działania tego wirusa przypisuje toksycznemu działaniu środków leczniczych.

Tym ludziom i tym poglądom trzeba się przeciwstawić poprzez rzetelną, zgodną z prawdą informację, pokazującą zarówno pozytywne jak i negatywne skutki zjawiska - w tym przypadku szczepienia. Byłoby wysoce niewłaściwe pokazywanie tylko pozytywów. Trzeba mówić również o negatywnych cechach - np. o odczynach i powikłaniach poszczepiennych - przedstawiając i oceniając zjawisko kompleksowo.

Nie radziłbym również potępiać i mieć zbyt daleko idące pretensje do takich ludzi. Może w ich odczuciu działali w dobrej intencji? A może to wynik frustracji? A może - jak wyżej określono - lęku?

Andrzej Szczypiorski pisał: "Każdy z nas nosi w sobie ciemny las najbardziej intymnych lęków. Ale w każdej epoce historycznej, a nawet w każdym okresie naszego życia to są już inne lęki. Powstają wówczas, gdy uparcie nie chcemy wyjść z przytulnego zamkniętego domu do ciemnego sadu, aby się wreszcie przekonać, że tam są tylko drzewa, kwiaty, ul pszczeli, może jeszcze buda i pies na łańcuchu. Moja babka bała się aeroplanu. Ja jako dziecko bałem się ciemnego strychu. A teraz boję się Internetu. Jeśli jednak zjawi się ktoś na tyle cierpliwy, by mi dostępnie wyjaśnić na czym Internet polega, to nabiorę odwagi, bo mi strach doskwiera, upokarza mnie wobec świata, rani moją godność."

W naszym przypadku wyjaśnienie jest także rzeczą pierwszej wagi.

Dlatego prosiłbym o rzeczową, treściwą dyskusję i wypowiedzi, które powinny pozwolić odcedzić prawdę od wszystkich innych nieprawdziwych i szkodliwych elementów, destrukcyjnych plotek itp., oraz umożliwić skuteczne działanie - w tym przypadku dla zdrowia ludzi, zwłaszcza dzieci, dla zapobiegania i zwalczania chorób.

Jeżeli uda się to nam w dniu dzisiejszym i podczas przyszłych spotkań poświęconych tym problemom, wierzę, że uzyskamy zamierzony cel, tj. zapobiegniemy obniżeniu wykonawstwa szczepień i pogorszeniu sytuacji epidemiolo-

gicznej chorób zakaźnych. W innym przypadku utopimy się w obawach i zawziętości.

Chciałbym podziękować organizatorom i wszystkim innym, którzy przyczynili się do tego, że dzisiejsze spotkanie doszło do skutku. Mam nadzieję, że inne ośrodki podejmą wzorem Katowic podobne działania.

Na zakończenie pragnę poinformować Państwa o otrzymaniu informacji od Rektora Akademii Medycznej w Gdańsku w odpowiedzi na moje do Niego pismo, że sprawę dr med. Jerzego Jaśkowskiego związaną z publikacją artykułu, o którym była mowa, przekazał do Komisji Dyscyplinarnej uczelni.

Wiesław Magdzik

Ruchy antyszczepienne - niebezpieczne tendencje

Pod tym hasłem Wojewódzka Stacja Sanitarно-Epidemiologiczna oraz Wojewódzki Wydział Ochrony Zdrowia Matki, Dziecka i Młodzieży w Katowicach zorganizował 10.12.1997 roku spotkanie dla lekarzy pediatrów.

Omawiane na nim zagadnienia były odpowiedzią na zarzuty zawarte w szkalującym szczepienia ochronne artykule dr n.med. Jerzego Jaśkowskiego, który ukazał się na łamach poczytnej prasy pielęgniarskiej województwa katowickiego.

Nieprawdziwe, często kontrowersyjne stwierdzenia zawarte w tej publikacji wywołały burzliwą dyskusję zarówno w środowisku medycznym, jak i pozamedycznym naszego regionu.

Otwarcie poddawano w wątpliwość konieczność prowadzenia profilaktyki czynnej oraz nie ukrywano obaw co do bezpieczeństwa stosowanych szczepionek powołując się na wyżej cytowane doniesienie.

W województwie katowickim od dawna wykonawstwo szczepień obowiązkowych plasuje się znacznie poniżej średniej krajowej.

Skrupulatnie przeprowadzona przez Wojewódzką Stację Sanitarно-Epidemiologiczną w Katowicach analiza realizowanego kalendarza szczepień wykazała nadmierną ilość błędnie ustalanych przeciwwskazań do szczepień przez kwalifikujących lekarzy pediatrów, odraczanie lub zaniechanie z błahych powodów profilaktyki czynnej, dezorganizację prowadzonych szczepień przez rozdział zalecanych iniekcji skojarzonych.

Powyższy stan był wynikiem braku zainteresowania ze strony środowiska pediatrycznego prowadzoną profilaktyką czynną.

Po dwóch latach intensywnie prowadzonych działań przez Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego, dyrektora Wojewódzkiego Wydziału Ochrony Zdrowia Matki, Dziecka i Młodzieży oraz Wojewódzkiego Specjalistę ds. Pediatrii mających na celu poprawę wykonawstwa szczepień ochronnych zaczęliśmy odnosić pierwsze sukcesy wynikające przede wszystkim ze wzrostu świadomości personelu szczepiącego. Artykuł ten i związane z nim emocje środowiska medycznego ukazały jednak, iż jest to "kolos na glinianych nogach". U progu XXI wieku rozwiązania wielu problemów upatruje się w szczepieniach ochronnych prowadzonych z dużym rozmachem.

Pojawiają się nowe jednostki chorobowe w których brak leczenia przyczynowego, a jedyną formą eliminacji zakażenia jest profilaktyka czynna.

Reakcja czytelników wywołana artykułem dr Jaśkowskiego powinna nam zmysłować jak wiele uwagi należy

poświęcać szczepieniom ochronnym.

Szkolenia, działania oświatowe, dyskusje na forum publicznym - dotyczące zarówno pozytywnych jak i negatywnych skutków prowadzonej profilaktyki czynnej - powinny dawać rzetelną wiedzę na ten temat, bo tylko taka nie będzie stanowić nigdy źródła niepokoju.

dr n.med. Anna Sachs, WSSE w Katowicach

Monitoring grypy w woj. warszawskim

Wojewódzka Stacja Sanitarно-Epidemiologiczna w Warszawie informuje, że wzorem lat ubiegłych prowadzi monitoring grypy w sezonie jesienno-zimowym 1997/98.

Lekarze rejonowi uczestniczący w monitoringu nie zanotowali do chwili obecnej zwiększonej liczby zachorowań na grypę i infekcje grypopodobne. Niemniej jednak nasza pracownia wirusologiczna zidentyfikowała metodą immunofluorescencji bezpośrednią obecność wirusów grypy typu A i B w wymazach od chorych.

lek.med. Wojciech Żabicki

Państw. Woj. Inspektor Sanitarny w Warszawie

Grypa w sezonie epidemicznym 1997/98 Sytuacja na dzień 26 listopada 1997 r.

Wg informacji z WHO Regional Office for Europe, infekcje wywołane wirusem grypy A(H3N2) potwierdzone zostały w trakcie trwającej kilka tygodni epidemii na Fiji. Z kolei na półkuli półn. aktywność wirusa grypy pozostawała niska, chociaż w październiku i pierwszych tygodniach listopada miały miejsce sporadyczne przypadki notowane w następujących krajach. W październiku - stwierdzano zachorowania na grypę typu A w Czechach, Federacji Rosyjskiej, Finlandii, Francji, Hiszpanii, Kanadzie, Stanach Zjednoczonych, Szwecji i Wlk. Brytanii. Szczepy wirusa grypy izolowane we Francji, Federacji Rosyjskiej, Szwecji i Stanach Zjednoczonych zostały zidentyfikowane jako A(H3N2), podczas gdy pierwszy izolat w Wlk. Brytanii jako szczep typu A(H1N1). Wirusy grypy typu B zostały zdiagnozowane w Belgii w okresie wrzesień-październik, zaś na Białorusi, we Francji, Stanach Zjednoczonych i Wlk. Brytanii na przełomie października i listopada. We wrześniu na półkuli półd., poza Fiji, sezon epidemiczny miał się ku schyłkowi, chociaż nadal rejestrowano przypadki - w Nowej Zelandii głównie grypy A(H3N2), na Tahiti i Polinezji Francuskiej A(H1N1), jak i A(H3N2), w Chile i Półd. Afryce głównie A(H3N2), zaś w październiku w Argentynie wirus grypy A.

W Austrii w październiku serologicznie zdiagnozowano kilka przypadków grypy A i B.

W Belgii w połowie września izolowano wirus grypy B od 4-letniej dziewczynki z Brukseli, dwa kolejne przypadki potwierdzono w październiku. Liczne przypadki infekcji grypopodobnych były stwierdzane w ostatnim tygodniu września, utrzymując się przez kilka tygodni powyżej progu epidemii aż do ostatniego tygodnia października.

Na Białorusi zachorowalność na ostre infekcje układu oddechowego zwiększyła się w części miast. W październiku testem IF potwierdzono przypadki grypy B oraz paragrypy.

W Czechach na początku września zachorowalność z powodu ostrych infekcji oddechowych, głównie wśród dzie-

ci poniżej 15 lat, wzrosła lokalnie w Pradze oraz w pñ. i wsch. regionach, wracając do normalnego poziomu w ostatnim tygodniu października. W pierwszym tygodniu października wirus grypy A został zdiagnozowany w trzech przypadkach u dzieci szkolnych oraz w dwóch kolejnych pod koniec miesiąca.

W Federacji Rosyjskiej od dwojga dzieci wyizolowano wirus grypy A(H3N2), zaś u jednej osoby dorosłej potwierdzono zakażenie testem IF. Wszystkie przypadki zarejestrowano w Moskwie pod koniec października.

W Finlandii w październiku sporadycznie izolowano wirus grypy A w centralnych, pñ. i pñd. częściach kraju. W drugim tygodniu listopada potwierdzono przypadek infekcji wirusem grypy A.

We Francji obserwowano nieznaczny wzrost zachorowalności na choroby grypopodobne. Pierwszej izolacji dokonano w drugim tygodniu października. Był to wirus grypy A(H3N2) izolowany od dziecka z Poitiers (pñd. część kraju), które wróciło z Tahiti, gdzie we wrześniu miały miejsce zachorowania na grypę typu A. Na północy, pod koniec października i na początku listopada w kilku przypadkach izolowano wirus grypy B, zaś wirus grypy A w jednym przypadku w listopadzie.

W Grecji w listopadzie odnotowano kilka serologicznie zdiagnozowanych przypadków infekcji wirusem grypy A i B w Atenach.

W Hiszpanii w październiku izolowano wirus grypy typu A od 3-miesięcznego dziecka z Asturias (pñ. wybrzeże).

W Holandii w październiku odnotowano niską aktywność wirusa grypy i brak jego izolacji.

W Niemczech ostre infekcje oddechowe, rejestrowane w przychodniach służby zdrowia stanowiły 12% (23.2% w pediatricznych i 9.4% w ogólnych) w trzecim tygodniu października po czym spadły do 10.5% w drugim tygodniu listopada. Poza serologicznym potwierdzeniem paru przypadków infekcji wirusem grypy A i B żadnych innych oznak aktywności wirusa grypy nie stwierdzono.

W Polsce liczba zarejestrowanych przypadków infekcji grypopodobnych wzrosła z 96 w pierwszej połowie października do 639 w następnych dwóch tygodniach. Jak do tej pory nie ma izolacji wirusa grypy.

W Portugalii we wrześniu i październiku stwierdzono sporadyczne przypadki infekcji grypopodobnych. Część serologicznie zdiagnozowano jako zakażenia wirusem grypy A lub B.

W Rumunii do 7 listopada ostre infekcje oddechowe i zachorowalność na grypę była niska. Brak również w tym okresie izolacji wirusa.

W Szwajcarii liczba konsultacji, związanych z infekcjami grypopodobnymi wzrosła w październiku, brak jednak w tym okresie izolacji wirusa.

W Szwecji w październiku izolowano wirus grypy typu A od osoby powracającej z Hong Kongu. Pierwszy miejscowy przypadek zakażenia wirusem grypy zdiagnozowanym jako podtyp A(H3N2) stwierdzono na początku listopada u młodej kobiety ze Sztokholmu.

W Wielkiej Brytanii na początku listopada izolowano wirus grypy A(H1N1) od 38-letniej osoby z centralnej Anglii. W drugim tygodniu listopada potwierdzono drugi przypadek infekcji grypowej, spowodowanej wirusem grypy typu B. Poza tymi przypadkami, wszystkie pozostałe wskaźniki pozostawały niskie przez cały październik i pierwszy tydzień listopada.

We Włoszech do 21 listopada brak izolacji wirusa grypy.

* * *

Ptasi wirus grypy A(H5N1): Na dzień 17 grudnia 1997 roku liczba przypadków infekcji wirusem grypy A(H5N1) w Hong Kongu wyniosła 9. Spośród nich 2 osoby zmarły, 2 powróciły do zdrowia, 5 zostało hospitalizowanych, zaś u dwóch innych podejrzewano zakażenie wirusem A(H5N1).

Mieszczące się w Londynie i Atlancie Centra Referencyjne WHO zajęły się przygotowaniem dla wszystkich krajowych ośrodków ds. grypy, reagentów niezbędnych do diagnozowania przypadków infekcji wirusem grypy A(H5N1), jakie mogły zostać importowane z Hong Kongu. Na podstawie obecnych danych wydaje się, że transmisja ptasiego wirusa między ludźmi jest słaba. WHO nie zaleciło więc wprowadzenia jakichkolwiek ograniczeń w podróżach do Hong Kongu, chociaż osoby przybywające stamtąd i wykazujące objawy grypy powinny być poddane terapii amantadyną.

28 grudnia 1997 r. całkowita liczba potwierdzonych przypadków infekcji ptasim wirusem grypy wzrosła do 12. Rząd Hong Kongu ogłosił wybiecie wszystkich kurcząt na miejscowych fermach kurzych oraz całego drobiu na rynku sprzedaży hurtowej i detalicznej, aby wyeliminować źródło, jak i możliwości rozprzestrzeniania się ptasiego wirusa grypy A(H5N1). Minister Zdrowia Hong Kongu, Dr Margaret Chan, podkreśliła, że tych kilkanaście przypadków ptasiej grypy u ludzi, odnotowanych w Hong Kongu, nie stanowi o epidemii. Nadal nie ma potrzeby wprowadzenia ograniczeń w podróżach do Hong Kongu, czy jakiegokolwiek innego zakątka świata.

*na podstawie "CD News WHO" z 16.11.1997 r.
opracowała Lidia B. Brydak*

Wzrost zachorowań na krztusiec w Danii i Holandii

Krztusiec w Danii

Od połowy 1997 roku wystąpił wzrost zachorowań na krztusiec w Danii. Liczba zgłoszonych w sierpniu i wrześniu br. i potwierdzonych bakteriologicznie przypadków była około czterokrotnie wyższa niż w poprzedzającym okresie. Większość zachorowań dotyczyła dzieci w wieku > 2 lat, zaobserwowano jednak także nieznaczny wzrost zachorowań wśród dzieci < 2 roku życia.

W Danii od początku 1997 roku wprowadzono do powszechnego stosowania szczepionkę acelularną przeciwko krztuścowi oraz zmieniono schemat szczepień.

Krztusiec w Holandii

W Holandii od 1996 roku obserwuje się epidemię zachorowań na krztusiec. Liczba zgłaszanych przypadków jest kilkukrotnie wyższa od liczby zachorowań zgłaszanych w poprzednich latach. W latach 1989-1995 zapadalność na krztusiec wahała się w granicach 1,1 do 3,5/100.000 ludności. W 1996 roku zapadalność wśród zaszczepionych dzieci w grupie wieku 1-4 lata wyniosła ok. 100/100.000, a w grupie wieku 5-9 lat była wyższa i wyniosła blisko 120/100.000, a zapadalność wśród dzieci nie szczepionych w wieku 1-4 lata sięgnęła 200/100.000.

Na zlecenie Ministra Zdrowia Holandii, przygotowano w Państwowym Instytucie Zdrowia Publicznego i Środowiska raport oraz program zaradczy w związku z epidemią krztuśca. Specjalna komisja sformułowała następujące wnioski oraz zalecenia:

Prawdopodobna przyczyna epidemii

Przyczyna epidemii nie jest znana. Ponieważ odsetek osób szczepionych przeciwko krztuścowi nie zmienił się w Holandii w ostatnim okresie, zdaniem komisji przyczyną epidemii mógł być splot następujących wydarzeń:

- Pojawienie się nowych szczepów *B. pertussis* w ostatnich latach;
- Ograniczenie skuteczności dotychczas stosowanej konwencjonalnej (komórkowej) holenderskiej szczepionki przeciw krztuścowi.

W latach pięćdziesiątych, kiedy rozpoczynano produkcję do dziś stosowanej w Holandii szczepionki, powszechnie występowały szczepy *B. pertussis* charakteryzujące się obecnością pertaktyny A, białka powierzchniowego wykorzystywanego w procesie adhezji komórek bakteryjnych. Od 1980 roku obserwuje się stopniowy wzrost ilości szczepów zawierających zmutowane formy pertaktyny. Obecnie większość izolowanych szczepów stanowią szczepy zawierające zmienione antygenowo formy pertaktyny, zwane pertaktyną A' lub N'. Zmiany w strukturze pertaktyny uważane są za wskaźnik dalszych spodziewanych mutacji.

Wykazano, że konwencjonalna (komórkowa) szczepionka holenderska daje słabszą odpowiedź antygenową na trzy najważniejsze jej składniki: toksynę krztuścową (PT), hemaglutyninę włóknikową (FHA) oraz pertaktynę niż analogiczne szczepionki wyprodukowane w niektórych innych krajach.

Zalecono:

- Lepsze rozeznanie sytuacji epidemiologicznej krztuśca w Holandii. Zwrócono się m.in. do Holenderskiego Towarzystwa Pediatrycznego o podjęcie wysiłków w celu zebrania informacji na temat hospitalizowanych przypadków krztuśca, przebiegu klinicznego choroby, rozkładu zachorowań w różnych grupach wieku oraz rzeczywistego zasięgu epidemii.
- Przeprowadzanie badań bakteriologicznych materiału pobranego od chorych we wszystkich możliwych przypadkach oraz wykorzystywanie zarówno przeciwciał monoklonalnych jak i poliklonalnych do serotypowania szczepów. Uważa się, że użycie lepiej wystandaryzowanych przeciwciał monoklonalnych pozwoli na porównanie szczepów pochodzących z różnych krajów.
- Przeprowadzenie szczegółowej kontroli wszystkich etapów produkcji szczepionki holenderskiej, ponieważ przypuszcza się, że na którymś z tych etapów szczepionka traci część swoich antygenów powierzchniowych.
- Podjęta zostanie próba poprawienia immunogenności produkowanej w Holandii komórkowej szczepionki krztuścowej.
- Dodanie dodatkowej przypominającej dawki szczepionki krztuścowej w wieku 4 lat do holenderskiego programu szczepień. Ze względu na obawy o wysoką reaktogenność szczepionki konwencjonalnej związane z jej użyciem w tym wieku, zaleca się stosowanie szczepionki acelularnej.

na podstawie "CD Update" z 14.10.1997 r.
opracowała Joanna Tomaszunas-Błaszczak

Zatrucie enterotoksycznym gronkowcem złocistym po spożyciu szynki w Niemczech

Latem 1996 r. zarejestrowano 21 przypadków zatrucia pokarmowego w różnych landach federalnych w Niemczech. Zachorowania te miały związek ze spożyciem "Schwarzwaldler Schinken". Spożycie szynki od tego samego producenta było np. przyczyną wystąpienia 11 zachorowań w Badenii-Wirtembergii.

Badanie podejrzanej szynki doprowadziło do wykrycia enterotoksyny A, enterotoksyn A i B lub do izolacji *Staphylococcus aureus* produkującego enterotoksynę, bez określenia jej typu.

Badanie przeprowadzone na 56 próbach szynki pobranej od tego samego producenta wykazało bardzo wysokie jej zanieczyszczenie. Gronkowca złocistego wykazującego częściowo zdolność do produkowania enterotoksyny wykryto w 16% prób. Enterotoksynę wykryto jednak tylko w jednej próbie.

Dla wyjaśnienia epidemiologicznych zależności zasięgnięto opinii specjalistów. Z jednej strony, mięso jest naturalnym środowiskiem pewnych rodzajów gronkowca złocistego, toteż surowiec do produkcji szynki mógł być nośnikiem zanieczyszczenia, z drugiej strony, *Staphylococcus aureus* jest pyogenną bakterią przyranną u ludzi, ale występuje także w nosogardzieli i na skórze zdrowych ludzi w stosunkowo dużym procencie (30-50%). Brano więc pod uwagę prawdopodobieństwo wtórnego zanieczyszczenia żywności podczas nieprawidłowej obróbki. Uwzględniono również możliwość niezachowania właściwej higieny osobistej.

Pobrano 32 wymazy z nosogardzieli od personelu w celu wyjaśnienia zagadnienia. W 16 przypadkach (50%) stwierdzono *S. aureus* wśród wykrytej mikroflory. Badania mikrobiologiczne przeprowadzone w Departamencie Zdrowia Badenii-Wirtembergii oraz w krajowym ośrodku referencyjnym dla gronkowców w Instytucie Roberta Kocha wykluczyły niewłaściwą higienę osobistą jako przyczynę zanieczyszczenia szynki. Nie wyjaśniono jednak jakie elementy procesu technologicznego zadecydowały o zanieczyszczeniu bakteryjnym i czy nie doszło do krzyżowego zanieczyszczenia i namnożenia mikroorganizmów w samej szynce.

na podst. "FAO/WHO Newsletter" 1997,53,3-4 (za "Epidemiologisches Bulletin" 1997,10,65-66) oprac. A. Przybylska

Duża epidemia enterowirusowych zapaleń skóry rąk, stóp i jamy ustnej u niemowląt i małych dzieci w Malezji

W "Weekly Epidemiological Record" (1997,25,184) centrala WHO poinformowała o ognisku zapaleń mięśnia sercowego z zejściami śmiertelnymi, które wystąpiło w połowie kwietnia 1997 r. w zachodnich rejonach stanu Sarawak (Malezja). Zanotowano 25 zgonów dzieci. Badania wirusologiczne przeprowadzone w Institute for Medical Research w Kuala Lumpur wykazały obecność przeciwciał dla wirusa *Coxsackie B* u czworga dzieci, które zmarły z powodu *myocarditis* i u trojga dzieci z objawami choroby rąk, stóp i jamy ustnej.

Pierwsze zachorowanie dotyczyło 19-miesięcznego chłopca, którego hospitalizowano 14 kwietnia 1997 r. w Sibiu (Sarawak) z powodu utrzymującej się od trzech dni

gorączki oraz owrzodzeń jamy ustnej. Badaniem fizykalnym stwierdzono u dziecka upośledzenie obwodowej perfuzji i tachykardię. W następnym dniu wystąpił zgon w następstwie rozwijającej się niewydolności sercowej. W różnych szpitalach Sarawaku wystąpiło 26 podobnych zgonów z niewydolnością sercową, a dwoje zmarłych dzieci doniesiono do szpitala.

U wszystkich chorych wkrótce po przyjęciu rozwijały się objawy wstrząsu z bledością, ochłodzeniem kończyn, opóźnionym napełnianiem kapilarów i osłabieniem obwodowego tętna. W wielu przypadkach występował obrzęk płuc, pogarszany dożylnymi wlewami. U większości chorych stwierdzono w EKG zatokową tachykardię bez arytmii. Echokardiogramy wykazywały obniżoną kurczliwość lewego przedsionka i obniżenie wyrzutu krwi poniżej 60%. Większość zgonów występowała w siódmym dniu choroby, zazwyczaj w przeciągu 24 godzin od przyjęcia do szpitala.

Osoby hospitalizowane miały grudkową wysypkę lub krostki na dłoniach i stopach oraz krosty lub owrzodzenia w jamie ustnej, charakterystyczne dla zakażeń enterowirusowych. U kilkorga dzieci były objawy z centralnego układu nerwowego pod postacią drgawek (9) i ostrych wiotkich porażań (3). Badania płynu mózgowo-rdzeniowego wykazywały limfocytozę charakterystyczną dla wirusowych zapaleń opon mózgowo-rdzeniowych.

W kilku przypadkach rodziny poinformowały, że zmarłe dzieci w przeciągu od dwóch do pięciu dni poprzedzających zachorowanie miały styczność z innymi dziećmi z objawami choroby rąk, stóp i jamy ustnej.

Następnie od kwietnia 1997 r. prywatni lekarze pierwszego kontaktu zaczęli zgłaszać duże liczby przypadków zachorowań u dzieci z typowymi objawami choroby rąk, stóp i jamy ustnej w całym Sarawaku zamieszkałym przez 1,9 mln ludności. Od czerwca zgłoszono 2.113 zachorowań, a na całym półwyspie zamieszkałym przez 21 mln ludności hospitalizowano 2.140 takich przypadków w prywatnych i

państwowych szpitalach.

W badaniach wirusologicznych izolowano kilka szczepów enterowirusów. Izolacje uzyskano zarówno od zmarłych dzieci jak i przypadków choroby rąk, stóp i jamy ustnej przebiegających bez powikłań. Wśród izolowanych enterowirusów znajdują się dwa szczepy zidentyfikowane jako enterowirus 71.

Wojciech Żabicki

Podejrzenie gorączki krwotocznej w Somalii i Kenii

Na początku grudnia 1997 r. w Somalii podjęto podejrzenie, że na pd. zach. od Mogadisu pojawiło się ognisko gorączki krwotocznej; zmarło 60 osób.

Ta sama choroba wystąpiła na terenie pn.-wsch. Kenii, w pobliżu granicy z Somalią; zmarło 13 osób.

Dokładna liczba zachorowań w obu krajach nie jest znana.

Grupa badawcza została wysłana 24 grudnia do Somalii i Kenii, gdzie podjęła badania bakteriologiczne, wirusologiczne i parazytologiczne.

Ministerstwa Zdrowia obu krajów współpracują z WHO i innymi międzynarodowymi organizacjami.

na podstawie "CD Update" z 30.12.1997 r.
opracowała Danuta Seroka

"Meldunki" opracowuje zespół: Ewa Cielebąk, 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.

Zachorowania na grypę w Polsce w sezonie 1997/8 w porównaniu z sezonami 1994/5-1996/7
zapadalność na 100 tys. ludności wg dwutygodniowych meldunków

