

Meldunek 1/B/98

o zachorowaniach na choroby zakaźne, zatruciach i zakażeniach szpitalnych zgłoszonych w okresie od 16.01 do 31.01.1998 r.

Jednostka chorobowa (symbole wg "Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych" ICD-10)	Meldunek 1/B		Dane skumulowane	
	16.01.98. do 31.01.98.	16.01.97. do 31.01.97.	1.01.98. do 31.01.98.	1.01.97. do 31.01.97.
Choroba wywołana przez ludzki wirus upośl.odp.: ogółem (B20-B24)	3	3	9	9
Dur brzuszny (A01.0)	-	-	-	-
Dury rzekome A.B.C. (A01.1-A01.3)	-	-	-	-
Salmonelozы: ogółem (A02)	539	512	1057	998
Czerwonka bakteryjna /szigelozа/ (A03)	10	8	13	16
Biegunki u dzieci do lat 2: ogółem (A04; A08; A09)	520	779	961	1338
Tężec: ogółem (A33-A35)	-	-	-	1
Błonica (A36)	-	-	-	-
Krztusiec (A37)	263	28	428	54
Szkarlatyna /płonica/ (A38)	955	1079	1790	1938
Zapalenie opon mózgowych: razem	125	136	223	258
w tym: meningokokowe (A39.0)	11	6	19	11
wywołane przez <i>Haemophilus influenzae</i> (G00.0)	3	6	8	8
inne bakteryjne, określone i nie określone (G00.1-G00.9)	44	54	70	103
wirusowe, określone i nie określone (A87; B00.3; B02.1)	58	58	102	113
inne i nie określone (G03)	9	12	24	23
Zapalenie mózgu: razem	20	18	36	25
w tym: meningokokowe i inne bakteryjne (A39.8; G04.2)	7	3	8	4
wirusowe, przenoszone przez kleszcze (A84)	-	1	3	1
inne wirusowe, określone (A83; A85; B00.4; B02.0; B25.8)	1	-	4	1
wirusowe, nie określone (A86)	9	7	12	7
poszczepienne (G04.0)	-	-	-	-
inne i nie określone (G04.8-G04.9)	3	7	9	12
Riketsjozy: ogółem (A75-A79)	-	-	-	-
Ostre nagminne porażenie dziecięce (A80)	-	-	-	-
Ospa wietrzna (B01)	8983	10463	21394	23430
Odra (B05)	63	20	108	40
Różyczka: ogółem (B06; P35.0)	1653	5143	3708	9580
Wirusowe zap. wątroby: typu A (B15)	120	435	246	785
typu B (B16; B18.0-B18.1)	194	222	362	409
typu C (B17.1; B18.2)	54	30	115	51
typu B+C (B16; B18.0-B18.1 + B17.1; B18.2)	9	-	15	-
inne i nieokreśl.(B17.0;B17.2-.8;B18.8-.9;B19)	29	47	52	81
Świnka /nagminne zapalenie przyusznicy/ (B26)	7291	2275	18521	5321
Włośnica (B75)	2	-	38	-
Świerzb (B86)	983	1011	1841	1955
Grypa: ogółem (J10; J11)	3091	597547	6496	605267
Bakteryjne zatrucia pokarmowe: razem	640	584	1226	1139
w tym: salmonelozы (A02.0)	535	510	1051	996
gronkowcowe (A05.0)	2	1	4	1
jadem kiełbasianym /botulizm/ (A05.1)	2	3	5	5
wywołane przez <i>Clostridium perfringens</i> (A05.2)	-	-	-	-
inne określone (A05.3-A05.8)	2	9	4	12
nie określone (A05.9)	99	61	162	125
Zatrucia naturalnie toksycznym pokarmem: ogółem (T62)	3	1	3	3
w tym: grzybami (T62.0)	1	1	1	1
Inne zatrucia: ogółem (T36-T60; T63-T65)	442	419	740	801
w tym: pestycydami (T60)	1	4	2	7
lekami, prep.farmakologicznymi i subst.biolog. (T36-T50)	241	189	409	346
Zakażenia szpitalne - objawowe i bezobjawowe: ogółem	39	248	90	394
w tym: na oddziałach noworodkowych i dziecięcych	12	53	24	77
następstwa zabiegów medycznych	12	34	26	44
wywołane pałeczkami <i>Salmonella</i>	4	5	4	80
Ostre porażenia wiotkie u dzieci (0-14 lat)	-	.	-	.

Zachorowania zgłoszone w okresie 16-31.01.1998 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 /szigelozą/ (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	3	-	-	539	10	520	-	263	955	125	11	20	-
1. St.warszawskie	-	-	-	25	1	50	-	43	64	6	3	-	-
2. Białkopodlaskie	-	-	-	2	-	3	-	3	4	1	-	-	-
3. Białostockie	-	-	-	11	-	6	-	45	7	-	-	1	-
4. Bielskie	-	-	-	9	-	11	-	-	21	2	-	-	-
5. Bydgoskie	-	-	-	8	-	23	-	-	32	7	-	3	-
6. Chełmskie	-	-	-	5	-	4	-	-	7	2	1	-	-
7. Ciechanowskie	-	-	-	11	-	2	-	-	3	2	1	-	-
8. Częstochowskie	-	-	-	6	-	5	-	8	18	6	-	-	-
9. Elbląskie	-	-	-	10	-	1	-	-	26	1	-	-	-
10. Gdańskie	-	-	-	33	-	45	-	1	24	4	-	1	-
11. Gorzowskie	-	-	-	4	-	5	-	-	16	3	-	-	-
12. Jeleniogórskie	-	-	-	3	-	15	-	1	7	1	-	-	-
13. Kaliskie	-	-	-	11	-	7	-	-	11	3	-	2	-
14. Katowickie	-	-	-	23	-	28	-	-	164	9	-	4	-
15. Kieleckie	-	-	-	13	2	33	-	2	4	3	1	-	-
16. Konińskie	-	-	-	7	2	8	-	-	8	-	-	-	-
17. Koszalińskie	-	-	-	3	-	6	-	-	19	-	-	-	-
18. M.krakowskie	-	-	-	6	1	13	-	2	52	6	-	1	-
19. Krośnieńskie	-	-	-	3	-	5	-	2	4	-	-	-	-
20. Legnickie	1	-	-	20	-	4	-	1	13	3	-	-	-
21. Leszczyńskie	1	-	-	5	-	6	-	-	10	2	-	-	-
22. Lubelskie	-	-	-	16	-	9	-	-	20	4	-	1	-
23. Łomżyńskie	-	-	-	2	-	4	-	-	12	-	-	-	-
24. M.łódzkie	-	-	-	12	-	8	-	69	12	1	-	-	-
25. Nowosądeckie	-	-	-	5	-	4	-	-	17	5	-	-	-
26. Olsztyńskie	-	-	-	15	-	15	-	1	15	1	-	-	-
27. Opolskie	-	-	-	19	-	4	-	5	51	1	-	-	-
28. Ostrołęckie	-	-	-	4	-	6	-	36	8	4	1	1	-
29. Piłskie	-	-	-	5	-	4	-	-	5	2	-	-	-
30. Piotrkowskie	-	-	-	5	-	-	-	1	4	-	-	-	-
31. Płockie	-	-	-	9	-	7	-	-	8	2	1	1	-
32. Poznańskie	-	-	-	21	-	40	-	3	58	4	-	1	-
33. Przemyskie	-	-	-	5	-	7	-	-	5	2	-	-	-
34. Radomskie	-	-	-	5	-	14	-	1	12	3	-	-	-
35. Rzeszowskie	-	-	-	4	-	5	-	-	3	5	-	-	-
36. Siedleckie	-	-	-	62	-	16	-	-	2	-	-	-	-
37. Sieradzkie	-	-	-	5	-	4	-	-	4	-	-	-	-
38. Skierniewickie	-	-	-	10	-	-	-	1	6	-	-	-	-
39. Słupskie	-	-	-	13	-	3	-	-	6	1	-	-	-
40. Suwalskie	-	-	-	21	-	3	-	-	13	6	1	-	-
41. Szczecińskie	1	-	-	13	3	7	-	-	45	6	-	1	-
42. Tarnobrzeskie	-	-	-	6	-	18	-	-	7	2	-	1	-
43. Tarnowskie	-	-	-	2	-	5	-	-	14	3	-	-	-
44. Toruńskie	-	-	-	5	-	13	-	-	13	1	-	1	-
45. Wałbrzyskie	-	-	-	3	-	12	-	-	24	3	-	-	-
46. Włocławskie	-	-	-	6	-	7	-	1	7	-	-	-	-
47. Wrocławskie	-	-	-	15	1	15	-	37	48	6	1	-	-
48. Zamojskie	-	-	-	19	-	4	-	-	7	-	-	-	-
49. Zielonogórskie	-	-	-	14	-	6	-	-	15	2	1	1	-

Zachorowania zgłoszone w okresie 16-31.01.1998 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)	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	8983	63	1653	194	212	7291	2	983	3091	640	1	442	39
1. St.warszawskie	427	2	213	16	17	209	-	10	184	25	-	4	8
2. Białkopodlaskie	42	-	4	1	3	9	-	47	3	2	-	5	-
3. Białostockie	178	-	10	1	11	61	-	50	-	12	-	19	1
4. Bielskie	311	-	10	5	2	173	-	8	-	9	-	5	6
5. Bydgoskie	164	-	19	7	8	409	-	14	12	15	-	32	-
6. Chełmskie	55	-	81	2	1	43	-	16	-	5	-	-	-
7. Ciechanowskie	66	-	3	-	-	33	-	4	-	11	-	2	-
8. Częstochowskie	108	9	27	4	2	125	-	5	-	6	-	10	1
9. Elbląskie	131	-	9	-	1	124	-	49	-	10	-	2	-
10. Gdańskie	360	-	24	3	7	302	-	12	-	35	-	12	1
11. Gorzowskie	62	5	8	3	1	90	-	25	-	5	-	13	-
12. Jeleniogórskie	237	6	48	-	3	57	-	12	-	4	-	-	-
13. Kaliskie	98	-	36	-	1	72	-	17	-	11	-	4	-
14. Katowickie	1225	13	190	27	26	1135	-	116	2455	30	-	2	2
15. Kieleckie	449	1	66	9	4	234	-	10	-	17	-	42	5
16. Konińskie	33	-	23	-	1	82	-	13	-	8	-	4	-
17. Koszalińskie	120	-	8	3	15	108	-	12	-	5	-	5	2
18. M.krakowskie	320	11	58	9	3	547	-	2	-	9	-	13	-
19. Krośnieńskie	38	-	6	1	2	68	-	4	277	39	-	12	-
20. Legnickie	243	2	8	1	2	125	-	8	73	20	-	-	-
21. Leszczyńskie	67	-	18	2	-	82	-	5	35	5	-	2	-
22. Lubelskie	142	-	42	2	10	121	-	27	-	16	-	9	-
23. Łomżyńskie	102	-	8	2	2	15	-	29	-	2	-	-	-
24. M.łódzkie	134	-	12	13	7	151	1	36	4	12	1	94	-
25. Nowosądeckie	126	3	12	5	7	84	-	9	-	5	-	1	-
26. Olsztyńskie	178	-	9	2	-	40	-	25	-	15	-	3	-
27. Opolskie	332	1	26	13	-	252	-	18	-	19	-	4	1
28. Ostrołęckie	117	-	1	-	-	39	-	49	-	4	-	2	-
29. Piłskie	111	-	7	6	2	51	-	15	2	5	-	-	1
30. Piotrkowskie	136	6	34	3	5	103	-	30	-	5	-	5	-
31. Płockie	116	1	32	2	2	100	-	16	-	9	-	1	1
32. Poznańskie	354	-	44	2	3	258	-	17	35	21	-	11	2
33. Przemyskie	63	-	4	-	-	47	-	6	-	8	-	5	-
34. Radomskie	120	-	75	3	1	116	-	27	1	5	-	4	-
35. Rzeszowskie	180	-	6	-	-	35	-	8	1	4	-	3	-
36. Siedleckie	119	-	44	6	3	45	-	17	-	67	-	10	-
37. Sieradzkie	60	-	35	1	1	48	-	1	-	5	-	-	-
38. Skierniewickie	97	-	22	3	1	100	1	6	-	10	-	2	-
39. Słupskie	160	-	11	-	12	40	-	17	-	13	-	5	-
40. Suwalskie	147	-	20	3	3	50	-	7	-	21	-	4	8
41. Szczecińskie	264	-	38	6	10	60	-	19	-	32	-	25	-
42. Tarnobrzesckie	145	-	27	4	6	110	-	18	-	6	-	1	-
43. Tarnowskie	151	-	4	4	7	265	-	3	-	2	-	14	-
44. Toruńskie	115	-	23	1	2	201	-	60	-	6	-	1	-
45. Wałbrzyskie	155	-	12	6	1	212	-	11	-	3	-	19	-
46. Włocławskie	123	-	8	1	-	28	-	12	-	10	-	12	-
47. Wrocławskie	232	-	78	6	15	464	-	30	8	19	-	6	-
48. Zamojskie	118	-	124	2	-	89	-	29	-	19	-	2	-
49. Zielonogórskie	152	3	26	4	2	79	-	2	1	14	-	11	-

Zakażenia HIV i zachorowania na AIDS

Informacja z 31 stycznia 1998 r.

W styczniu 1998 r. do Zakładu Epidemiologii PZH zgłoszono nowo wykryte zakażenie HIV 37 obywateli polskich, w tym 21 zakażonych w związku z używaniem narkotyków.

Obecność przeciwciał anti-HIV potwierdzono 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 i w Zakładzie Serologii Instytutu Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie.

Odnotowano zachorowania na AIDS pięciu kobiet (trzech narkomanek i dwu zakażonych drogą kontaktów heteroseksualnych) oraz siedmiu mężczyzn (po trzech narkomanów i homo-/biseksualistów, jednego bez informacji o drodze zakażenia).

Chorzy byli w wieku od 22 do 58 lat. Mieli miejsce zamieszkania w następujących województwach: trzej w woj. poznańskim, po dwóch w woj. opolskim, wrocławskim i zielonogórskim oraz po jednym w woj. st. warszawskim, katowickim i toruńskim.

W jedenastu przypadkach określono przynajmniej jedną chorobę wskazującą na AIDS w brzmieniu jak w definicji do celów nadzoru epidemiologicznego, skorygowanej w 1993 r., a w jednym jako chorobę wskaźnikową podano: zakażenie oportunistyczne bliżej nieokreślone. U pięciu chorych podano liczbę komórek CD4 (od 19 do 426/ μ L).

Od wdrożenia badań w 1985 r. do 31 stycznia 1998 r. stwierdzono zakażenie HIV 4.990 obywateli polskich, wśród których było co najmniej 3.267 zakażonych w związku z używaniem narkotyków.

Ogółem odnotowano 606 zachorowań na AIDS; 359 chorych 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.

Wzrost zachorowań na odrę w woj. suwalskim

W październiku i listopadzie 1997 r. odnotowaliśmy wzrost zachorowań na odrę, szczególnie wśród nieszczepionych dzieci i młodzieży w wieku od 8 miesięcy do 18 lat. Zarejestrowaliśmy jedno zakażenie szpitalne, które wystąpiło w Oddziale Dzieci Małych Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Suwałkach i obejmowało 9 dzieci w wieku od 8 miesięcy do 3 lat, oraz dwa zachorowania rodzinne 3- i 2-letnich dzieci.

Źródłem zakażenia szpitalnego było 13-miesięczne dziecko, u którego w drugim dniu hospitalizacji rozpoznano odrę.

Ogółem w wymienionych 2 miesiącach zachorowało 20 osób, podczas gdy w ciągu 3 kwartałów 1997 r. zachorowało 13 osób, a w latach poprzednich sytuacja wyglądała następująco: 1993 r. - 12, 1994 r. - 9, 1995 r. - 6, 1996 r. - 9 osób.

Najwięcej zachorowań wystąpiło na terenie TSSE Gołdap, gdzie w latach 1993-1996 nie zanotowaliśmy ani jednego przypadku odry.

Wszystkie przypadki rozpoznano tylko na podstawie obrazu klinicznego. Badań serologicznych nie wykonano z powodu trudnej sytuacji ekonomicznej placówek służby zdrowia.

dr Wanda Jabłońska-Strynkowska
WSSE w Suwałkach

Diagnostyka zakażeń wirusem odry w WSSE w Warszawie

Pracownia Wirusologii Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Warszawie wykonuje diagnostykę zakażeń wirusem odry.

Oznaczane są w surowicy krwi przeciwciała w klasie IgG oraz IgM metodą immunoenzymatyczną ELISA testem firmy Virotech.

Do badania należy przelać surowicę w ilości 1 ml.

Dodatkowe informacje można uzyskać pod numerem telefonu: (022) 620-90-01 wew. 118.

lek.med. Grażyna Dulny
WSSE w Warszawie

Zalecenia dotyczące strategii eliminacji odry

Na siódmym spotkaniu kierowników narodowych programów szczepień w Berlinie (10-12 listopada 1997 r.) podsumowano zalecenia Europejskiej Grupy Doradców ds. szczepień (EAG) łącznie z możliwością eliminacji odry w Europie do 2007 r.

EAG jest przekonane, że strategia eliminacji odry oparta na identyfikacji osób wrażliwych jest najważniejsza dla Regionu Europy. Państwa powinny określić ich obecną strategię, m.in. oszacować populację wrażliwą i określić właściwą drogę postępowania na przyszłość.

Niektóre kraje spełniły te zalecenia stosując przeglądy serologiczne, inne mają zamiar spełnić zalecenia wykorzystując dane o szczepieniach i zgłoszonych zachorowaniach. Państwa, które nie dysponują takimi informacjami, mogłyby przeprowadzić szybką identyfikację wrażliwej populacji przez serologiczne zbadanie losowo pobranych próbek krwi (sero-sempling).

Eliminacja odry wymaga utrzymania wysokiego odsetka szczepionych i braku zachorowań w niektórych krajach przez znamienne długi okres czasu. EAG zgodziło się, że termin eliminacji powinien być ustalony na 2007 r. Termin ten może ulec przyspieszeniu, jeżeli kraje Europy Zachodniej, gdzie zwalczanie odry nie ma znaczenia priorytetowego, zrobią pełen wysiłek w kierunku jej eliminacji.

Uzyskanie eliminacji odry wymaga podjęcia licznych działań, przede wszystkim opracowania planu operacyjnego, łącznie z oszacowaniem kosztów. Plan taki powinien być potwierdzony przez Komitet Regionalny i zarekomendowany do wdrożenia przez rząd danego kraju. Każde państwo

powinno interpretować regionalny plan działania w świetle własnej sytuacji i zgodnie z nią opracować własny plan działania. Należy wykorzystać wszystkie możliwości uzyskania pomocy narodowych i międzynarodowych agencji dla realizacji planu eliminacji odry.

na podstawie WHO "CD News" (1997,16)
opracowała D.Naruszewicz-Lesiuk

Certyfikacja eradykacji transmisji wirusa poliomyelitis w Europejskim Regionie WHO

W dniach 16-17 grudnia 1997 roku odbyło się w Wiedniu spotkanie przewodniczących narodowych komitetów i osób wyznaczonych do kontaktów w zakresie zwalczania chorób zakaźnych w Regionie Europejskim WHO. Obecna notatka ma za zadanie przedstawić najważniejsze, nowe informacje na temat certyfikacji eradykacji poliomyelitis w Europejskim Regionie przekazane podczas spotkania w Wiedniu. Unikać się będzie powtarzania informacji na ten temat przedstawionych już poprzednio, a w szczególności informacji podanych w Meldunku 11/A z 1997 r. ze spotkań w Rzymie w dniach 20-23 grudnia 1997 r.

1. Zachorowania na poliomyelitis w 1997 roku

Podczas konferencji w Rzymie poinformowano, że w pierwszych 9 miesiącach 1997 r. wystąpiło w Regionie Europejskim WHO tylko 1 zachorowanie na poliomyelitis w Tadżykistanie. W Wiedniu poinformowano o dalszych 6 przypadkach, które wystąpiły w Turcji pomiędzy 23 lipca a 10 października wśród dzieci przedszkolnych w prowincji Mardin. Przypadki były wywołane dzikim wirusem poliomyelitis typ 1, potwierdzone wirusologicznie. Ostatnia izolacja wirusa typu 1 w Turcji - poprzedzająca ww. 6 przypadków - miała miejsce w 1994 roku. Prowincja Mardin znajduje się w południowo-wschodniej Turcji, graniczy z Syrią i Irakiem. Wykonawstwo szczepień przeciw poliomyelitis było tam niskie (35% dzieci kończących 2 lata życia). W ramach operacji MECACAR prowincja ta była wyznaczona do szczepień akcyjnych przeciw poliomyelitis w październiku i w listopadzie 1997 roku. Jest tam również niska zgłaszalność ostrych porażań wiotkich.

Tak więc w 1997 roku w Regionie Europejskim WHO zgłoszono 7 zachorowań na poliomyelitis spowodowanych dzikim wirusem polio.

W 1996 roku natomiast zanotowano epidemię poliomyelitis na półwyspie Bałkańskim ze 167 zachorowaniami wywołanymi wirusem typ 1 (138 zachorowań i 16 zgonów w Albanii; 24 zachorowania i 1 zgon w Jugosławii, 5 zachorowań w Grecji) a ponadto 19 zachorowań w Turcji, 3 w Rosji, 2 w Turkmenistanie i po 1 w Mołdawii i na Ukrainie. Łącznie więc w 1996 roku w Regionie Europejskim WHO zarejestrowano 193 zachorowania spowodowane dzikim wirusem polio.

2. Surveillance ostrych porażań wiotkich (AFP) dzieci i młodzieży do 15 roku życia

Znaczna część spotkania w Wiedniu poświęcona była sprawom związanym ze zgłaszaniem i badaniem fizykalnym i wirusologicznym przypadków z ostrym porażeniem wiotkim (AFP) dzieci i młodzieży do 15 roku życia oraz osób z bliskiej styczności z tymi chorymi (patrz: Meldunek 11/A).

Podana została definicja zachorowania na ostre porażenie

wiotkie dzieci i młodzieży do 15 roku życia na potrzeby związane z eradykacją poliomyelitis. Brzmi ona następująco: ostre porażenie wiotkie jest to nowowykryty przypadek z hypotonicznym osłabieniem mięśni szkieletowych u dziecka do 15 roku życia z włączeniem zespołu Guillain-Barre i poprzecznym zapaleniem rdzenia kręgowego natomiast z wyłączeniem izolowanego porażenia nerwu twarzowego. Podejrzenie etiologii poliomyelitycznej wymaga włączenia takiego przypadku do ostrych porażań wiotkich w stosunku do osób w każdym wieku (bez ograniczenia osób do 15 roku życia).

Według opinii WHO zapadalność na ostre porażenie wiotkie nie powinna być niższa od 1,0 na 100.000 dzieci i młodzieży do 15 roku życia. Niższa zapadalność ma być przede wszystkim wyrazem nierozpoznawania i/lub niedorejestrowania. Jest to, według WHO, najczulsza metoda monitorowania zakażeń spowodowanych dzikim wirusem poliomyelitis, pod warunkiem skrupulatnej jej realizacji, tj. zgłaszania i badania wszystkich ostrych porażań wiotkich. Na podstawie niektórych informacji można sądzić, że uważa się, że metoda ta mogła będzie zastąpić badanie wirusologiczne materiału pobranego ze środowiska (ścieki). Celem surveillance'u ostrych porażań wiotkich jest stwierdzenie lub wykluczenie, tzn. przerwanie transmisji dzikiego wirusa poliomyelitis.

Osobiście mam zastrzeżenia co do słuszności takiego poglądu. Wyniki badań przypadków z porażeniami wiotkimi dostarczają cennych informacji, ale tylko pośrednich i roboczych.

W 1996 roku przeciętna zapadalność na ostre porażenie wiotkie dla Regionu Europejskiego WHO wynosiła 0,7 na 100.000 dzieci i młodzieży do 15 roku życia, podczas gdy w 1995 roku wynosiła tylko 0,25. Odsetek zbadanych laboratoryjnie wzrósł z 47% w 1995 roku do 63% w 1996 roku. W 1996 roku w niektórych krajach zapadalność ta kształtowała się następująco: Kazachstan - 2,18; Izrael - 1,71; Ukraina - 1,52; Białoruś - 1,28; Mołdawia - 1,10; Rumunia - 1,07; Rosja - 1,04; Estonia - 0,95; Czechy - 0,85; Szwajcaria - 0,79; Armenia - 0,75; Holandia - 0,74; Polska - 0,48; Słowacja - 0,33; Bułgaria - 0,31; Albania - 0,18.

W 1997 roku dane te nie uległy większym zmianom.

W Polsce w latach 1993-1997 zapadalność na ostre porażenie wiotkie dzieci i młodzieży do 15 roku życia w stosunku rocznym wynosiła 0,6. Zapadalność ta według województw w podziale na 3 poniżej podane grupy przedstawiała się następująco:

- województwa z zapadalnością 1,0 i wyższą: białkopodlaskie - 2,0; zamojskie - 1,5; opolskie - 1,4; przemyskie - 1,3; kieleckie, poznańskie, piotrkowskie - 1,1; konińskie - 1,0;
- województwa z zapadalnością od 0,9 do 0,6 (średnia krajowa): ciechanowskie, kaliskie, płockie, tarnowskie - 0,9; legnickie, pilskie, st.warszawskie - 0,8; częstochowskie, zielonogórskie - 0,7; m.krakowskie, m.łódzkie, olsztyńskie, włocławskie - 0,6;
- województwa z zapadalnością 0,5 i niższą: bydgoskie, jeleniogórskie, koszalińskie, nowosądeckie, suwalskie, tarnobrzeskie, wałbrzyskie - 0,5; białostockie, bielskie, gdańskie, leszczyńskie, rzeszowskie, sieradzkie, szczecińskie, wrocławskie - 0,4; lubelskie, chełmskie, gorzowskie, krośnieńskie, radomskie - 0,3; elbląskie, łomżyńskie, siedleckie, skierniewickie, śląskie, - 0,2; katowickie, toruńskie - 0,1; ostrołęckie - 0,0.

Zakłada się, że co najmniej 80% przypadków ostrych

porażen wiotkich u dzieci i młodzieży do 15 roku życia powinno być zbadanych fizykalnie przez lekarza w ciągu 48 godzin od zachorowania i w 60 dni po zachorowaniu dla stwierdzenia pozostałości niedowładów. Jest to niezmiernie istotne dla rozpoznania zachorowania na *poliomyelitis* porażenne towarzyszące szczepieniu (VAPP - patrz niżej) a ponadto powinno być przeprowadzone dwukrotne wirusologiczne badanie kału chorych i jednorazowo badanie wirusologiczne kału od osób ze ścisłej styczności z chorymi.

Próbka kału pobrana do badania wirusologicznego powinna być dostatecznie duża, aby badanie mogło być wykonane. Jeżeli mają być pobrane 2 próbki kału, to powinny być one pobrane w odstępie czasowym nie krótszym od 24 godzin. Powinny być one pobrane w okresie 14 dni od wystąpienia porażen, transportowane w dobrych warunkach z zachowaniem zasad łańcucha chłodniczego. Badanie powinno być rozpoczęte w 3 dni po pobraniu próbki materiału.

Jako dodatkowe źródło informacji o eradykacji transmisji rodzimego wirusa *polio* może służyć badanie aseptycznych zapaleń opon mózgowo-rdzeniowych. Nie może to jednak zastępować badania ostrych porażen wiotkich.

Zarówno zapadalność na ostre porażenia wiotkie jak i odsetek chorych badanych wirusologicznie w Polsce (w 1996 r. - 36%, w 1997 r. - 26%) należą do średnio-niskich. Może to stanowić dla Polski zasadniczą - po niskim wykonawstwie szczepień w niektórych województwach - następną trudność uzyskania certyfikacji.

Podczas konferencji w Wiedniu Europejskie Biuro Regionalne WHO zaapelowało do członkowskich krajów o cotygodniowe zgłaszanie od 1998 roku liczb zachorowań na ostre porażenia wiotkie u dzieci i młodzieży do 15 roku życia do Europejskiego Biura Regionalnego - w miejsce dotychczasowego, corocznego zgłaszania. Delegacja polska powiadomiła Europejskie Biuro Regionalne WHO, że z uwagi na istniejący w Polsce system zgłaszania chorób zakaźnych dwa razy w miesiącu, a nie co tydzień, zgłaszanie tych przypadków odbywać się będzie również dwa razy w miesiącu: za okres "A" od 1 do 15 dnia, i za okres "B" od 16 do końca miesiąca.

Uwaga: o rozpoznaniu zachorowania na *poliomyelitis* spowodowane dzikim wirusem *polio* należy natychmiast

powiadomić WHO.

Dlatego do druku zgłoszeń chorób zakaźnych w 1998 roku wprowadzono wiersz dotyczący ostrych porażen wiotkich u dzieci i młodzieży w wieku 0-14 lat i został wystosowany list w tej sprawie do dyrektorów wojewódzkich stacji sanitarno-epidemiologicznych i lekarzy wojewódzkich w kraju (zamieszczony na końcu informacji).

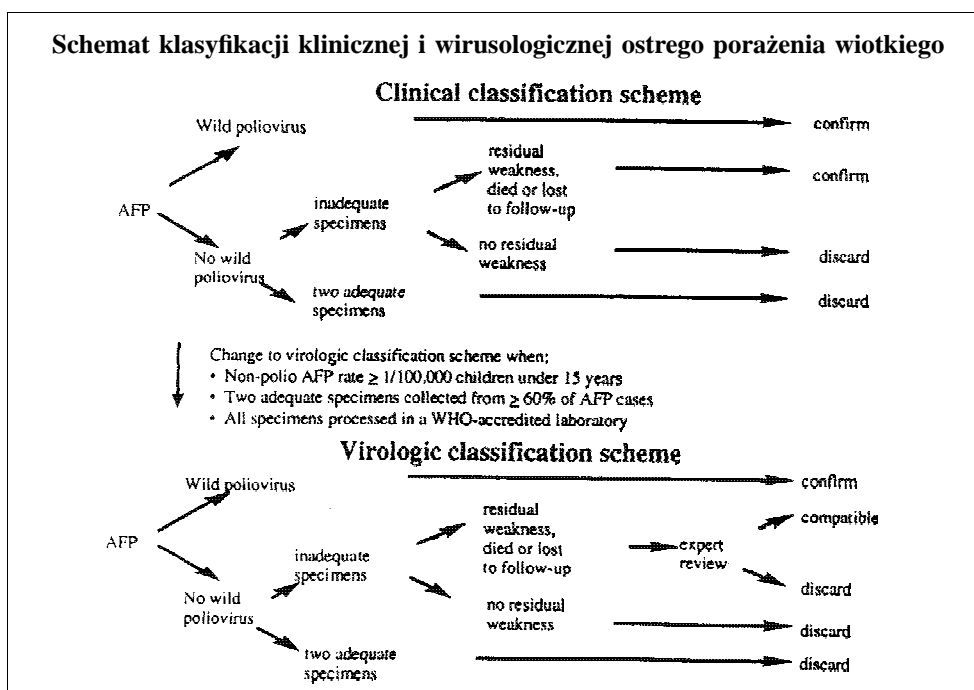
Wysłane zostało również pismo do dyrektora Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w sprawie uwzględnienia problemów związanych z ostrymi porażeniami wiotkimi w kształceniu podyplomowym neurologów, pediatrów, lekarzy ogólnych, lekarzy rodzinnych.

3. Przypadki porażennego poliomyelitis towarzyszącego szczepieniom (Vaccine - Associated Paralytic Poliomyelitis - VAPP)

Problemowi temu poświęcono dużo miejsca w dyskusji i w materiałach z uwagi na to, że przypadki te mogą być przyczyną błędnego zakwalifikowania jako VAPP zachorowań spowodowanych dzikim wirusem *poliomyelitis*, zwłaszcza na terenach, gdzie wykonuje się szczepienia przy pomocy OPV.

Przypadek ostrego porażenia wiotkiego powinien być zakwalifikowany jako VAPP, gdy:

- pozostałości porażen lub niedowładów utrzymują się dłużej niż 60 dni od zachorowania, wystąpił zgon z powodu porażenia i przebieg choroby jest zbliżony do *polio* (gorączka na początku choroby, niesymetrie porażen, brak zaburzeń czucia);
- początek choroby wystąpił od 4 do 30 dni po zaszczepieniu OPV lub w przypadku kontaktu z osobą zaszczepioną od 4 do 75 dni od jej zaszczepienia. W przypadku dłuższych okresów od szczepienia rozpoznanie może być postawione tylko wówczas, gdy osoba chora ma udokumentowany niedobór odporności;
- osoba ta nie wyjeżdżała i nie miała bezpośredniego kontaktu z osobą, która przyjechała z kraju, gdzie istnieje lub jest podejrzenie istnienia transmisji dzikiego wirusa *polio*;
- były pobrane od chorego co najmniej 2 próby kału i co najmniej jeden wynik powinien być pozytywny dla wirusa szczepiennego *polio*, a obydwa powinny być negatyw-



ne dla wirusa dzikiego. Ponadto w kraju gdzie wystąpiło takie zachorowanie nie stwierdzono dzikiego wirusa *polio* i zachorowań rozpoznanych klinicznie jako *polio* przez ostatnie 6 miesięcy i następne 3 miesiące po takim zachorowaniu.

Jeżeli zachorowanie na ostre porażenie wiotkie nie odpowiada tym kryteriom, a po 60 dniach od zachorowania stwierdza się niedowład, można stwierdzić podejrzenie VAPP. Jeżeli nie ma niedowładów po upływie 60 dni, przypadek należy wykluczyć jako podejrzenie VAPP.

4. Dokumenty niezbędne dla certyfikacji eradykacji poliomyelitis

Dla uzyskania certyfikacji eradykacji *poliomyelitis*, konieczne jest przygotowanie i wypełnienie już w 1998 roku dokumentów zawartych na 43 stronach maszynopisu zatytułowanych "Manual of operations. National Documentation for Certification of Poliomyelitis Eradication" przesłanych do krajów Europejskiego Regionu WHO. Kraje Europy środkowo-wschodniej mają ustalony termin złożenia dokumentów do końca 1998 roku. Jest wysoce prawdopodobne, że Polska będzie proszona o wcześniejsze przedstawienie wypełnionych dokumentów. Wraz z Hiszpanią, Holandią, Francją, Szwecją i Wielką Brytanią, Polska była wyznaczona do wstępnego przygotowania dokumentów na jesień 1997 roku. Przygotowania nasze zostały przedstawione podczas konferencji w Rzymie w październiku 1997 r. (patrz: Meldunek 11/A). Z uwagi na zastrzeżenia dotyczące szczepień, zgłoszeń ostrych porażień wiotkich i ich badań wskazane byłoby opóźnienie w miarę możliwości terminu złożenia dokumentów dla zyskania czasu w celu poprawy sytuacji.

Dokumenty zawierają punkty dotyczące ogólnych informacji, surveillance'u zachorowań na *poliomyelitis* wywołane dzikim wirusem, surveillance'u ostrych porażień wiotkich oraz tzw. przypadków towarzyszących szczepieniom, ze szczególnym zwróceniem uwagi na zachorowanie przypominające *poliomyelitis*. Szczególną uwagę zwraca się na trzy elementy:

- szczepienia i stopień ich wykonawstwa w całym kraju i w poszczególnych dystryktach;
- wyniki surveillance'u ostrych porażień wiotkich według danych przedstawionych powyżej;
- wyniki badań laboratoryjnych.

WHO zapowiada, że brane będą pod uwagę wyniki badań przeprowadzonych tylko w akredytowanych laboratoriach wirusologicznych. Stworzono sieć laboratoriów, które uwzględnią 4 referencyjne laboratoria specjalistyczne (Specialized Reference Laboratories - SRL), 5 laboratoriów regionalnych (RRL) - Bilthoven, Helsinki, Londyn, Moskwa, Paryż; 2 laboratoria subregionalne (SRRL) i 39 narodowych laboratoriów referencyjnych (NRL). Akredytacji podlegać ma tylko laboratorium wystawiające ostateczny wynik badania wirusologicznego w kraju. Laboratoria przeprowadzające badania wycinkowe, pośrednie nie są brane pod uwagę. Akredytację laboratorium w Polsce ma przeprowadzić Instytut w Bilthoven w Holandii. Dokładniejsze informacje na ten temat mają być nadesłane w niedalekiej przyszłości. Dotychczas akredytowane zostały laboratoria w Bułgarii, Niemczech, Izraelu, we Włoszech, Rumunii i Hiszpanii. Akredytacje powinny zostać zakończone do 1 kwietnia 1998 r.

Uwaga: Obowiązuje natychmiastowe informowanie WHO w Genewie o wyizolowaniu szczepu dzikiego wirusa

poliomyelitis.

5. Komisje i Komitety Eradykacji Poliomyelitis

Powołane zostały:

Światowa Komisja Eradykacji Poliomyelitis, Regionalne Komisje Eradykacji Poliomyelitis. Ostatnio na przewodniczącego Europejskiej Komisji Eradykacji Poliomyelitis powołany został prof. Istvan Dömök emerytowany profesor Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego w Budapeszcie.

Narodowe Komitety Eradykacji Poliomyelitis.

Prof. I.Dömök zapowiada aktywizację pracy Komisji Regionu Europejskiego WHO, w szczególności wizytację członków Komisji w poszczególnych krajach dla stwierdzenia stopnia przygotowania do certyfikacji.

6. Zadania na najbliższą przyszłość

Podczas konferencji w Wiedniu podano, że w 2000 roku nie będzie możliwa certyfikacja eradykacji *poliomyelitis* wywołanego dzikim wirusem *polio*. Ma to nastąpić, jak podano, w roku 200X. W 2000 roku nastąpić ma certyfikacja eradykacji transmisji dzikiego wirusa *poliomyelitis*.

W przekazanych materiałach podawano tę sprawę w różny sposób jako eradykacja: dzikiego wirusa w Europejskim Regionie WHO, dzikiego wirusa w świecie; lub rzucano hasło: w 2000 roku świat wolny od *polio*.

Plan działania w Europejskim Regionie na lata 1998-1999 przewiduje:

- przygotować kraje do certyfikacji;
- poprawić surveillance ostrych porażień wiotkich i zachorowań na *poliomyelitis*;
- kontynuować masowe szczepienia ze szczególnym uwzględnieniem krajów objętych operacją MECACAR przez wydłużenie tej operacji w postaci MECACAR PLUS.

O wirusologicznych badaniach materiału pobranego ze środowiska znaleźć można było nieliczne tylko i niewielkie wzmianki w otrzymanych maszynopisach, zwykle na końcu materiału, jak np. materiału zatytułowanego Final Report z obrad w Londynie w dniach 8-9 kwietnia 1997 r.

Instytucje niosące pomoc WHO dla wykonania tych badań: Rządy poszczególnych krajów, a w szczególności Dania, Finlandii, Francji, Holandii, Norwegii, Szwajcarii, W. Brytanii, Japonii, UNICEF, CDC-Atlanta, Unia Europejska, Rotary International, organizacje pozarządowe. Wyniki w zakresie eradykacji *polio* zostały osiągnięte dzięki międzynarodowej współpracy.

7. Sugerowane zadania dla Polski

Z rozmów kularowych i osobistych z pracownikami WHO na temat sytuacji i zadań do podjęcia w Polsce w związku z eradykacją *poliomyelitis* wynikają następujące sugestie:

- jako rzecz najważniejsza:
 - osiągnięcie wykonawstwa szczepień we wszystkich województwach powyżej 95% dzieci w wieku 2 lat,
 - poprawa w zakresie nakreślonego powyżej surveillance'u ostrych porażień wiotkich;
- zwrócenie większej uwagi na imigrantów do naszego kraju, w szczególności dzieci przyjeżdżających i przejeżdżających cyganów i imigrantów nielegalnych, ewentualne podjęcie próby ich szczepień, jeśli okaże się to możliwe;
- podjęcie próby akcyjnego szczepienia dzieci w województwach do tej pory słabo szczepiących. Duża liczba nieuodpornionych dzieci na takich terenach może być

