

## Meldunek 3/A/98

### o zachorowaniach na choroby zakaźne, zatruciach i zakażeniach szpitalnych zgłoszonych w okresie od 1.03 do 15.03.1998 r.

Jednostka chorobowa (symbole wg "Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych" ICD-10)	Meldunek 3/A		Dane skumulowane	
	1.03.98. do 15.03.98.	1.03.97. do 15.03.97.	1.01.98. do 15.03.98.	1.01.97. do 15.03.97.
Choroba wywołana przez ludzki wirus upośl.odp.: ogółem (B20-B24)	4	10	18	31
Dur brzuszny (A01.0)	1	-	1	-
Dury rzekome A.B.C. (A01.1-A01.3)	1	-	1	1
Salmonelozy: ogółem (A02)	616	440	2736	2326
Czerwonka bakteryjna /szigelozą/ (A03)	69	11	137	50
Biegunki u dzieci do lat 2: ogółem (A04; A08; A09)	532	825	2573	3765
Tężec: ogółem (A33-A35)	1	1	4	3
Błonica (A36)	-	-	-	-
Krztusiec (A37)	221	28	1038	130
Szkarlatyna /płonica/ (A38)	1157	1009	4612	4566
Zapalenie opon mózgowych: razem	100	95	495	560
w tym: meningokokowe (A39.0)	4	6	33	27
wywołane przez <i>Haemophilus influenzae</i> (G00.0)	1	2	24	17
inne bakteryjne, określone i nie określone (G00.1-G00.9)	34	47	161	249
wirusowe, określone i nie określone (A87; B00.3; B02.1)	52	28	229	217
inne i nie określone (G03)	9	12	48	50
Zapalenie mózgu: razem	16	17	70	75
w tym: meningokokowe i inne bakteryjne (A39.8; G04.2)	4	2	17	9
wirusowe, przenoszone przez kleszcze (A84)	-	1	4	2
inne wirusowe, określone (A83; A85; B00.4; B02.0; B25.8)	4	1	9	3
wirusowe, nie określone (A86)	5	5	23	28
poszczepienne (G04.0)	-	-	-	-
inne i nie określone (G04.8-G04.9)	3	8	17	33
Riketsjozy: ogółem (A75-A79)	-	-	-	-
Ostre nagminne porażenie dziecięce (A80)	-	-	-	-
Ospa wietrzna (B01)	9089	7802	49309	48761
Odra (B05)	232	15	599	96
Różyczka: ogółem (B06; P35.0)	2611	8121	10141	29338
Wirusowe zap. wątroby: typu A (B15)	116	227	541	1642
typu B (B16; B18.0-B18.1)	149	192	863	1007
typu C (B17.1; B18.2)	60	37	286	147
typu B+C (B16; B18.0-B18.1 + B17.1; B18.2)	2	2	24	6
inne i nieokreśl.(B17.0;B17.2-.8;B18.8-.9;B19)	24	36	133	211
Świnka /nagminne zapalenie przyusznicy/ (B26)	10254	2133	45735	11445
Włośnica (B75)	-	-	17	8
Świerzb (B86)	918	926	4438	4648
Grypa: ogółem (J10; J11)	69585	71200	85919	1532032
Bakteryjne zatrucia pokarmowe: razem	745	571	3296	2754
w tym: salmonelozy (A02.0)	612	438	2721	2319
gronkowcowe (A05.0)	-	-	52	1
jadem kiełbasianym /botulizm/ (A05.1)	4	2	12	14
wywołane przez <i>Clostridium perfringens</i> (A05.2)	-	-	-	-
inne określone (A05.3-A05.8)	2	5	13	21
nie określone (A05.9)	127	126	498	399
Zatrucia naturalnie toksycznym pokarmem: ogółem (T62)	-	1	4	4
w tym: grzybami (T62.0)	-	1	2	2
Inne zatrucia: ogółem (T36-T60; T63-T65)	450	241	1815	1973
w tym: pestycydami (T60)	2	1	9	13
lekami, prep.farmakologicznymi i subst.biolog. (T36-T50)	272	153	1028	963
Zakażenia szpitalne - objawowe i bezobjawowe: ogółem	51	71	282	813
w tym: na oddziałach noworodkowych i dziecięcych	20	38	77	280
następstwa zabiegów medycznych	19	21	86	135
wywołane pałeczkami <i>Salmonella</i>	1	4	25	95
Ostre porażenia wiotkie u dzieci (0-14 lat)	2	.	6	.

## Zachorowania zgłoszone w okresie 1-15.03.1998 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 /szigeloz/ (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	4	1	1	616	69	532	1	221	1157	100	4	16	-
1. St.warszawskie	-	-	-	30	2	44	-	27	55	3	-	-	-
2. Białkopodlaskie	-	-	-	4	-	3	-	2	7	-	-	-	-
3. Białostockie	1	-	-	6	1	14	-	34	8	3	-	-	-
4. Bielskie	-	-	-	6	-	16	-	-	44	1	-	2	-
5. Bydgoskie	-	-	-	10	1	18	-	-	62	6	-	-	-
6. Chełmskie	-	-	-	8	-	5	-	-	13	-	-	-	-
7. Ciechanowskie	-	-	-	34	-	2	-	-	6	2	-	-	-
8. Częstochowskie	-	-	-	7	-	13	-	5	28	3	-	-	-
9. Elbląskie	-	-	-	7	-	6	-	-	27	1	-	-	-
10. Gdańskie	-	-	-	31	-	28	-	-	44	5	-	-	-
11. Gorzowskie	-	-	-	8	-	4	-	-	1	3	-	-	-
12. Jeleniogórskie	-	-	-	5	-	8	-	-	16	-	-	-	-
13. Kaliskie	-	-	-	12	-	11	-	-	10	-	-	-	-
14. Katowickie	-	-	-	19	11	34	1	1	177	13	-	2	-
15. Kieleckie	-	-	-	19	2	31	-	3	6	2	1	-	-
16. Konińskie	-	-	-	5	1	9	-	-	4	3	-	-	-
17. Koszalińskie	-	-	-	7	-	4	-	-	27	3	-	-	-
18. M.krakowskie	-	-	-	9	-	10	-	3	33	2	-	1	-
19. Krośnieńskie	-	-	-	3	-	3	-	-	6	2	-	-	-
20. Legnickie	1	-	-	11	-	1	-	-	16	3	-	1	-
21. Leszczyńskie	-	-	-	9	-	19	-	3	9	-	-	-	-
22. Lubelskie	-	-	1	11	-	9	-	1	11	1	-	-	-
23. Łomżyńskie	-	-	-	7	-	7	-	-	3	-	-	-	-
24. M.łódzkie	-	-	-	16	-	19	-	65	28	-	-	2	-
25. Nowosądeckie	-	-	-	6	-	1	-	-	27	2	-	-	-
26. Olsztyńskie	-	-	-	19	1	19	-	3	17	-	-	-	-
27. Opolskie	-	1	-	8	-	12	-	-	42	1	-	-	-
28. Ostrołęckie	-	-	-	1	-	6	-	16	15	1	-	-	-
29. Piłskie	-	-	-	3	-	2	-	-	8	1	-	-	-
30. Piotrkowskie	1	-	-	13	-	10	-	-	5	3	1	-	-
31. Płockie	-	-	-	11	-	3	-	-	9	-	-	2	-
32. Poznańskie	-	-	-	24	-	33	-	2	84	4	-	-	-
33. Przemyskie	-	-	-	7	1	19	-	2	10	6	-	2	-
34. Radomskie	-	-	-	13	-	6	-	1	15	2	-	-	-
35. Rzeszowskie	-	-	-	11	-	-	-	-	7	1	1	-	-
36. Siedleckie	-	-	-	9	48	7	-	-	8	2	-	-	-
37. Sieradzkie	-	-	-	4	-	9	-	-	7	-	-	-	-
38. Skierniewickie	-	-	-	6	-	-	-	-	6	-	-	-	-
39. Słupskie	-	-	-	92	1	7	-	-	18	4	-	-	-
40. Suwalskie	-	-	-	16	-	4	-	4	4	4	-	1	-
41. Szczecińskie	-	-	-	18	-	4	-	-	57	1	-	1	-
42. Tarnobrzeskie	-	-	-	8	-	9	-	-	9	-	-	-	-
43. Tarnowskie	-	-	-	7	-	6	-	-	14	4	1	1	-
44. Toruńskie	-	-	-	6	-	8	-	-	20	1	-	-	-
45. Wałbrzyskie	1	-	-	4	-	13	-	4	24	1	-	-	-
46. Włocławskie	-	-	-	18	-	4	-	-	18	-	-	-	-
47. Wrocławskie	-	-	-	12	-	15	-	45	80	2	-	1	-
48. Zamojskie	-	-	-	1	-	6	-	-	6	1	-	-	-
49. Zielonogórskie	-	-	-	15	-	11	-	-	6	3	-	-	-

## Zachorowania zgłoszone w okresie 1-15.03.1998 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	9089	232	2611	149	202	10254	-	918	69585	745	-	450	51
1. St.warszawskie	554	4	299	12	13	230	-	4	3007	30	-	1	-
2. Białkopodlaskie	78	-	8	-	3	21	-	54	296	4	-	6	-
3. Białostockie	116	-	2	2	6	81	-	27	1610	6	-	18	-
4. Bielskie	245	1	28	3	3	296	-	13	247	6	-	6	5
5. Bydgoskie	175	1	23	2	3	423	-	21	703	18	-	27	-
6. Chełmskie	56	-	199	-	-	133	-	14	-	8	-	-	-
7. Ciechanowskie	50	-	7	-	1	157	-	5	570	33	-	1	-
8. Częstochowskie	181	16	61	-	1	203	-	16	381	7	-	11	-
9. Elbląskie	115	1	13	1	-	154	-	22	-	9	-	2	-
10. Gdańskie	312	12	77	5	8	412	-	26	3509	31	-	10	-
11. Gorzowskie	56	9	13	3	-	207	-	30	1490	8	-	14	-
12. Jeleniogórskie	119	10	32	-	2	82	-	19	1448	7	-	-	-
13. Kaliskie	187	45	30	7	-	109	-	16	1400	13	-	1	1
14. Katowickie	1365	10	250	21	27	1234	-	84	1502	83	-	1	-
15. Kieleckie	260	8	105	3	5	365	-	14	198	27	-	20	6
16. Konińskie	44	-	23	1	2	187	-	7	281	5	-	5	-
17. Koszalińskie	155	-	12	-	9	115	-	11	3530	12	-	-	2
18. M.krakowskie	323	37	80	6	9	469	-	3	5346	16	-	12	-
19. Krośnieńskie	87	-	15	-	-	116	-	6	5154	4	-	12	-
20. Legnickie	183	10	16	-	3	146	-	25	762	11	-	-	-
21. Leszczyńskie	56	-	19	-	-	129	-	4	-	9	-	2	-
22. Lubelskie	164	-	73	3	10	198	-	25	-	11	-	12	-
23. Łomżyńskie	79	-	5	3	1	18	-	7	2223	7	-	-	-
24. M.łódzkie	275	-	114	20	12	397	-	45	8758	22	-	145	7
25. Nowosądeckie	123	-	14	-	1	129	-	8	3952	6	-	2	-
26. Olsztyńskie	117	1	21	2	1	83	-	23	2051	19	-	3	-
27. Opolskie	320	3	41	5	2	333	-	7	24	8	-	5	3
28. Ostrołęckie	107	1	10	-	-	80	-	39	79	1	-	2	-
29. Piłskie	171	-	9	3	2	241	-	6	68	3	-	-	5
30. Piotrkowskie	144	4	73	2	1	228	-	19	3694	13	-	12	1
31. Płockie	80	-	29	4	3	106	-	14	4165	15	-	1	-
32. Poznańskie	325	2	60	1	-	487	-	23	12	25	-	2	2
33. Przemyskie	61	11	3	1	1	69	-	11	1942	7	-	4	4
34. Radomskie	194	-	208	1	1	246	-	4	128	12	-	13	-
35. Rzeszowskie	171	-	5	-	-	179	-	11	912	11	-	1	-
36. Siedleckie	111	8	121	1	2	80	-	24	3	10	-	5	-
37. Sieradzkie	43	-	54	2	-	60	-	3	969	4	-	-	-
38. Skierniewickie	52	-	27	2	-	278	-	4	1275	6	-	-	-
39. Słupskie	112	2	8	1	5	39	-	7	1517	92	-	13	-
40. Suwalskie	124	-	17	1	1	93	-	18	533	17	-	3	2
41. Szczecińskie	374	3	33	4	15	106	-	31	1035	36	-	17	5
42. Tarnobrzeskie	118	7	48	3	7	190	-	11	173	8	-	1	1
43. Tarnowskie	164	3	21	3	5	297	-	19	184	7	-	16	-
44. Toruńskie	95	1	24	6	14	154	-	39	54	7	-	1	-
45. Wałbrzyskie	135	1	25	1	5	168	-	12	2074	4	-	22	-
46. Włocławskie	133	1	41	1	-	116	-	24	473	18	-	3	5
47. Wrocławskie	337	4	93	6	15	404	-	26	1851	11	-	1	-
48. Zamojskie	68	-	88	4	-	107	-	30	-	1	-	6	-
49. Zielonogórskie	175	16	34	3	3	99	-	7	2	17	-	11	2

## Chorzy nowozarejestrowani w poradniach gruźlicy i chorób płuc podległych Ministerstwu Zdrowia i Opieki Społecznej<sup>1</sup> w IV kwartale 1997 roku

(dane Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc)

Województwo (St.- stołeczne M.- miejskie)	Wszystkie postacie gruźlicy	
	ogółem	w tym BK+
POLSKA	3398	1832
1. St. Warszawskie	273	129
2. Białkopodlaskie	20	7
3. Białostockie	50	29
4. Bielskie	87	34
5. Bydgoskie	55	34
6. Chełmskie	31	28
7. Ciechanowskie	49	19
8. Częstochowskie	64	38
9. Elbląskie	57	33
10. Gdańskie	148	67
11. Gorzowskie	38	14
12. Jeleniogórskie	70	34
13. Kaliskie	54	30
14. Katowickie	495	234
15. Kieleckie	120	70
16. Konińskie	48	29
17. Koszalińskie	36	23
18. M.krakowskie	92	82
19. Krośnieńskie	36	18
20. Legnickie	29	22
21. Leszczyńskie	13	7
22. Lubelskie	103	62
23. Łomżyńskie	36	11
24. M.łódzkie	68	33
25. Nowosądeckie	64	39
26. Olsztyńskie	36	13
27. Opolskie	52	37
28. Ostrołęckie	56	19
29. Piłskie	32	22
30. Piotrkowskie	61	35
31. Płockie	60	32
32. Poznańskie	76	49
33. Przemyskie	41	29
34. Radomskie	60	38
35. Rzeszowskie	76	42
36. Siedleckie	95	42
37. Sieradzkie	49	31
38. Skierniewickie	38	26
39. Słupskie	36	13
40. Suwalskie	28	17
41. Szczecińskie	54	35
42. Tarnobrzeskie	61	22
43. Tarnowskie	40	15
44. Toruńskie	43	28
45. Wałbrzyskie	64	31
46. Włocławskie	27	17
47. Wrocławskie	84	54
48. Zamojskie	49	34
49. Zielonogórskie	44	25

<sup>1</sup> Bez PKP, MON i MSW.

## Stanowisko firmy SmithKline Beecham odnośnie szczepienia podstawowego i dawek przypominających przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typ B (wzw B)

Badania dotyczące skuteczności szczepień przeciw wzw B przeprowadzone w ostatnich latach wykazały utrzymanie się długotrwałej odporności poszczepiennej. Zmienione i utrwalone już poglądy na ten temat, potwierdzone stanowiskiem Światowej Organizacji Zdrowia (ostatnio między innymi podczas spotkania zorganizowanego przez Europejskie Biuro Regionalne WHO w dniach 10-12 listopada 1997 r. w Berlinie oraz podczas spotkania zorganizowanego przez Viral Hepatitis Prevention Board - VHPB w dniach 17-19 listopada 1997 r. w Madrycie), streścić można następująco:

- W wyniku skutecznego szczepienia podstawowego przeciw wzw B powstaje odporność utrzymująca się przez okres co najmniej 10, a nawet 15 lat.
- Odporność utrzymuje się nawet wówczas, kiedy poziom przeciwciał opada poniżej poziomu ochronnego. Po ewentualnym zakażeniu, podczas długiego, kilkumiesięcznego okresu wylegania, poziom ich podnosi się na ogół powyżej poziomu ochronnego.
- U osób skutecznie szczepionych podstawowo, po upływie długiego okresu od szczepienia (zwykle powyżej 10-12 lat) dojść może do zachorowania na wzw B, nie obserwuje się natomiast przewlekłych następstw choroby.
- Dawki przypominające szczepionki przeciw wzw B nie powinny być podawane częściej niż co 10-12 lat - z wyjątkiem osób z grup szczególnego ryzyka zakażenia, jak np. pracownikom oddziałów zabiegowych szpitali, którym zaleca się szczepienie wg dotychczasowego schematu, tj. po 5 latach po szczepieniu podstawowym, w skład którego wchodzi 3 dawki szczepionki i po 8 latach po szczepieniu podstawowym, w skład którego wchodzi 4 dawki szczepionki.
- Osobom z grup niskiego ryzyka zakażenia można nie podawać dawek przypominających szczepionki.

Mimo powyższych stwierdzeń popartych literaturowymi danymi materiały informacyjne firmy SmithKline Beecham dołączone do szczepionki (tzw. ulotki) zawierały i zawierają nadal informacje o konieczności stosowania dawek przypominających szczepionki przeciw wzw B - jak przytoczono powyżej - po 5 lub po 8 latach. W związku z tym wystąpiono do firmy z prośbą o stanowisko w tej sprawie. Poniżej podano najbardziej istotne informacje zawarte w nadesłanych obszernych opracowaniach, będących odpowiedzią na powyższe wystąpienie, a podpisanych przez dr Hillar Kangro - epidemiologa od spraw szczepień na Wschodnią Europę.

Autor zastrzega się, że poglądy na temat dawek przypominających są oparte o wyniki klinicznych doświadczeń przeprowadzonych w różnych krajach. Poglądy te obecnie zmieniają się w miarę napływających informacji wynikających z długoterminowych prospektywnych badań, głównie we Włoszech i na Tajwanie, ostateczne wyniki których są spodziewane w latach 1999-2000. Firma uważa, że śluszniejsze jest podejmowanie starań dla zwiększenia liczby osób objętych szczepieniami podstawowymi, aniżeli stosowanie dawek przypominających szczepionki i popiera takie postępowanie w realizacji narodowych programów.

Podsumowanie nadesłanych na ten temat informacji jest następujące:

- Odporność po szczepieniu podstawowym jest skorelowana

z mianem przeciwciał powyżej 10 m IU/ml.

- Engerix B zawiera więcej antygenu, niż inne szczepionki i powoduje wyższy średni poziom przeciwciał u dzieci po szczepieniu dokonanym według każdego zalecanego schematu.

- Ostatnio przywiązuje się wagę do pamięci immunologicznej co jest przyczyną wydłużenia w ten sposób ochronnego okresu.

- Medyczne i immunologiczne dane, zalecane do stosowania przez ACIP (CDC), WHO i VHPB, zawierają informacje, że nie ma potrzeby podawać dawki przypominającej szczepionki w uniwersalnych programach szczepiennych przeciw wzv B po 5 lub 8 latach.

- Informacje o stosowaniu szczepionki Engerix B w Polsce mówią o dawkach przypominających po 5 lub 8 latach. Powinno być to brane pod uwagę, jeżeli lekarz życzy sobie utrzymać poziom przeciwciał wyższy od 10 lub 100 m IU/ml.

- Informacje o stosowaniu szczepionki Engerix B będą ujednolicone w 1999 r. w 15 państwach będących członkami Unii Europejskiej. Stosowanie dawek przypominających będzie zrewidowane i zaktualizowane zgodnie z ostatnimi medycznymi i naukowymi informacjami.

W nadesłanym materiale poza wyżej przytoczonym podsumowaniem następujące stwierdzenia zasługują na uwagę:

- Szczepionka pierwszej generacji, tj. plazmatyczna, stosowana jest od wczesnych lat osiemdziesiątych, szczepionka drugiej generacji - rekombinowana od środkowych lat osiemdziesiątych.

- Publikowane kliniczne i naukowe informacje wynikające z badań nad szczepieniami i szczepionkami przeciw wzv B są ogólne i mało specyficzne. WHO, CDC i VHPB zalecają takie same postępowanie w stosunku do szczepionki Engerix B i w stosunku do innych szczepionek rekombinowanych. Engerix B zawiera więcej antygenu niż inne szczepionki i dlatego zredukowane są przy jej podawaniu błędy szczepienia, a uzyskany poziom przeciwciał u niemowląt jest wyższy po podstawowym szczepieniu dokonanym którymkolwiek z zalecanych schematów.

- Nie jest w pełni ustalone czy osobom, które zareagowały na szczepienie przeciw wzv B, należy podać dawki przypominające, czy też nastąpi naturalna stymulacja antygenowa, kiedy osoba zaszczepiona będzie ekspozycja na zakażenie.

- ACIP (CDC) przedstawia następujące zalecenia dotyczące szczepień przeciw wzv B: "Długoterminowe badania zdrowych osób dorosłych i dzieci wskazują na immunologiczną pamięć trwającą co najmniej 9 lat, która chroni przed przewlekłymi postaciami zakażenia HBV, nawet wówczas, gdy poziom przeciwciał anty-HBs obniży się do poziomu niższego od wykrywalnego. Wśród osób, które były poprzednio szczepione nie powinny wystąpić następstwa w postaci przewlekłego HBV zapalenia wątroby i powinno wystąpić wzmoczenie odporności. Badania prospektywne wskazują, że szczepione po urodzeniu dzieci są chronione przed zakażeniem perinatalnym. Wysoki poziom ochrony przed przewlekłymi formami zakażenia HBV utrzymuje się co najmniej 5 lat. Dla dzieci i dorosłych, których stan odporności jest w normie, dawki przypominające nie są zalecane. Nie jest potrzebne również określanie poziomu przeciwciał. Potrzeba stosowania dawek przypominających będzie przedmiotem dodatkowych informacji, jeżeli będzie to potrzebne".

- Grupy międzynarodowych ekspertów reprezentujących

WHO i VHPB nie zalecają szczepienia dawkami przypominającymi w programach uniwersalnego uodporniania. Podczas sympozjum w Rzymie w dniach 21-25 kwietnia 1996 r. eksperci sformułowali następujące stanowisko: "Nie ma potrzeby stosowania dawek przypominających; odpowiedź na zakażenie jest wystarczająca".

- VHPB ogłosiło następujące swoje stanowisko w tej sprawie: "Nie stwierdza się zachorowań na wzv B ani nosicielstwa HBV u osób, które były skutecznie zaszczepione przed nawet więcej niż 10 laty, mimo spadku poziomu przeciwciał. Stwierdza się u takich osób zakażenia bezobjawowe, w których występuje jedynie serokonwersja anty-HBc. W związku z tym podawanie dawek przypominających szczepionki w programach szczepień uniwersalnych nie jest zalecane przez VHPB".

- W długoterminowych badaniach prospektywnych stwierdza się immunologiczną pamięć. W Tajlandii, gdzie 6-10 procent ludności jest nosicielami, mierzono utrzymywanie się ochronnej skuteczności szczepień przeciw wzv B u noworodków urodzonych przez HBs i HBe dodatnie matki. Badania wykazały, że szczepionka przeciw wzv B będąca rekombinantem DNA powoduje odporność przeciw przewlekłemu nosicielstwu i zakażeniu bez podawania dawek przypominających przez 5 lat. Program masowych szczepień noworodków na Tajwanie został rozpoczęty w pierwszych latach osiemdziesiątych i teraz osoby te wchodzi dopiero w okres wysokiego ryzyka zakażenia zarówno drogą seksualną, jak i innymi drogami. Oficjalne zalecenia WHO odnośnie potrzeby przypominającego szczepienia są oczekiwane po zakończeniu wyżej opisanych badań prospektywnych.

- Firma SmithKline Beecham inwestuje wszystkie naukowe badania zmierzające do wyjaśnienia optymalnej strategii podawania dawek przypominających rekombinowanej szczepionki przeciw wzv B. Zmiany stanowiska w stosunku do obecnego oficjalnie przyjętego (okres pięcioletni) na podstawie danych klinicznych i medycznych opinii będą przekazywane.

Do powyższego opracowania dołączono spis piśmiennictwa składający się z 6 pozycji.

Stanowisko firmy SmithKline Beecham, producenta znajdującej się na rynku szczepionki przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typ B, dotyczące stosowania dawek przypominających tej szczepionki, aczkolwiek jeszcze nie w pełni dopracowane i ustabilizowane, powinno być znane zarówno tym, którzy ustalają program szczepień jak i tym, którzy go realizują.

W podobny sposób przekazywane będą dalsze informacje na ten temat po ich uzyskaniu.

*na podstawie pisma firmy SmithKline Beecham  
przygotował prof. Wiesław Magdzik*

## **Epidemia zakażeń HIV i AIDS w świecie grudzień 1997**

Według nowych oszacowań, zakażenie HIV jest daleko bardziej rozpowszechnione, niż pierwotnie sądzono. UNAIDS i WHO szacują, że na koniec 1997 r. w świecie żyło ponad 30 mln osób zakażonych HIV. Stanowiło to jedną osobę na 100 dorosłych w wieku rozrodczym tzn. od 15 do 49 lat. Wśród tych 30 mln osób jest 1,1 mln dzieci poniżej 15 lat. Przytłaczająca większość zakażonych - ponad 90% - żyje w

krajach rozwijających się, a ponad 27 mln zakażonych nie zna swojego stanu serologicznego.

W 1997 r. zakaziło się HIV 5,8 mln osób, w tym 590.000 dzieci. Jest to równoznaczne z 16.000 nowych zakażeń dziennie, włącznie z dziećmi zakażonymi w czasie porodu i w związku z karmieniem piersią.

Jeśli założyć, że utrzymają się obecne trendy obserwowane w poszczególnych częściach świata można szacować, że w roku 2000 będzie żyło z HIV 40 mln osób.

Według oszacowań w 1997 r. zmarło z powodu AIDS 2,3 mln osób. Te zgony stanowią 1/5 ogółu 11,7 mln zgonów od początku epidemii w późnych latach siedemdziesiątych. Wśród zmarłych w 1997 r. 46% stanowiły kobiety i było 460.000 dzieci.

Chociaż prawie wszystkie kraje świata są dotknięte przez AIDS, wirus szerzy się odmiennie w różnych częściach świata. Są także różnice wzorców szerzenia się HIV w poszczególnych społecznościach i na różnych obszarach geograficznych tego samego kraju.

Regionem, w którym epidemia rozwija się najszybciej jest subsaharyjska Afryka. Jak dotychczas epidemia afrykańska była najbardziej niedoszacowana. Obecnie sądzi się, że w subsaharyjskiej Afryce żyje co najmniej 2/3 ogólnej liczby osób z HIV; jako całość osiąga ona bezprecedensowy poziom 7,4% osób zakażonych HIV w wieku 15-49 lat.

Kontakty heteroseksualne są odpowiedzialne za większość z 3,4 mln nowych zakażeń HIV, jakie - wg oszacowań - wystąpiły w 1997 r. w subsaharyjskiej Afryce. Wysoka płodność oraz skromny dostęp do informacji i służb pracujących w zakresie zapobiegania przenoszeniu zakażenia od matki na dziecko, dały w wyniku około 530.000 zakażonych dzieci, urodzonych przez matki z HIV - co stanowi 90% zakażeń dzieci w świecie.

Chociaż przenoszenie drogą kontaktów heteroseksualnych jest odpowiedzialne za większość zakażeń w Afryce, rozpowszechnienie zakażenia w obrębie kontynentu jest zróżnicowane. Najbardziej dotknięta przez HIV jest południowa Afryka. Na przykład w 1997 r. w Francistown - głównym ośrodku miejskim Botswany - było serologicznie dodatnich 43% kobiet w ciąży, a w Zimbabwie w 1996 r. zakażony był jeden na pięciu dorosłych. Natomiast w 1997 r. w Ugandzie odnotowano dalszy spadek odsetka zakażonych dorosłych, szczególnie zaznaczony u młodych osób.

W Azji zróżnicowanie jest nawet większe niż w Afryce, a epidemia jest nowsza. Tylko nieliczne kraje w regionie mają systemy monitorowania zakażenia HIV. Tak więc oszacowania dla Azji są przeprowadzane często na podstawie gorszych informacji niż dla innych regionów. Ponieważ ponad połowa ludności świata żyje w Azji, małe różnice rozpowszechnienia mogą dawać olbrzymie różnice bezwzględnych liczb zakażonych osób.

Rząd Chin oszacował, że na koniec 1996 r. w Chinach żyło 200.000 osób z HIV i AIDS. Na koniec 1997 r. liczba ta może być nawet podwojona. W Chinach występują obecnie dwie główne epidemie: jedna - wśród stosujących środki odurzające we wstrzyknięciach (w pld.-zach. części kraju), a druga - wśród osób heteroseksualnych, korzystających z usług prostytutek (na wschodnim wybrzeżu morskim).

W Indiach częstość zakażenia HIV jest poniżej 1% ogółu dorosłych, jednak ze względu na dużą liczbę ludności, Indie to kraj świata z największą liczbą zakażonych.

Częstości zakażenia są daleko niższe od 1% w krajach pld.-wsch. Azji. Przyczyna tych różnic nie jest jasna. Nie ma jednak pewności, że rozpowszechnienie HIV pozostanie

tu niskie, jeśli będzie miał miejsce komercyjny seks i wstrzykiwanie narkotyków.

Tajlandia jest postrzegana jako kraj rozwijający się o najlepiej udokumentowanej epidemii, z którego nadal są dowody na spadek nowych zakażeń, szczególnie wśród sex workers i ich klientów.

Jak wynika z badań ostrzegawczo-nadzorujących przeprowadzonych w Kambodży, serologicznie dodatnia jest 1 na 20 kobiet ciężarnych, 1 na 16 żołnierzy i policjantów oraz 1 na 2 sex workers.

Wietnam i Myanmar są także krajami o intensywnym szerzeniu się zakażeń HIV.

Według oszacowań, w regionie Azji i Pacyfiku jest obecnie 6,4 mln zakażonych HIV tzn. ponad 1 z 5 w świecie; na koniec roku 2000 ta proporcja wzrośnie do 1 na 4.

W Ameryce Łacińskiej i na Karaibach zakażenie HIV dotyczy głównie populacji zmarginalizowanych. Epidemia szerzy się przede wszystkim wśród mężczyzn utrzymujących kontakty seksualne z mężczyznami i osób stosujących środki odurzające we wstrzyknięciach. Na ograniczonym poziomie na jakim jest epidemia w tym regionie, główne znaczenie ma AIDS. Na przykład w Meksyku w 1995 r. był on trzecią wiodącą przyczyną zgonów mężczyzn w wieku od 25 do 34 lat, a w stanie Sao Paulo w Brazylii w 1992 r. był wiodącą przyczyną zgonów kobiet w wieku od 20 do 34 lat.

We wschodniej Europie zwraca uwagę szerzenie się HIV wśród stosujących narkotyki. Jest ono odpowiedzialne za większość ze 100.000 nowych zakażeń, które - według oszacowania - wystąpiły w 1997 r.

Na Ukrainie, gdzie w ostatnich trzech latach 70% zakażeń wystąpiło u stosujących środki odurzające we wstrzyknięciach, dotychczas zgłoszono 25.000 zakażeń HIV, z czego połowę w 1997 r.

Według oficjalnych oszacowań rosyjskich, w kraju jest około 350.000 osób regularnie stosujących narkotyki, z których wiele używa wspólnego sprzętu do wstrzyknięć. Istnieje także potencjalna możliwość szerzenia się HIV drogą kontaktów seksualnych. W Rosji, Białorusi i Mołdowie liczba nowych zachorowań na kiłę wzrosła z bardzo niskich poziomów w późnych latach osiemdziesiątych do ponad 2 na 1.000 mieszkańców w 1996 r., przy stałych trendach rosnących.

Rosnąca różnica między światem rozwiniętym i rozwijającym się odnosi się nie tylko do skali szerzenia się HIV lecz także do zgonów z powodu AIDS. W pld. Ameryce, zachodniej Europie, Australii i Nowej Zelandii udostępnione leki antyretrowirusowe redukują szybkość rozwijania się AIDS u zakażonych HIV.

Z zachodniej Europy są dostępne dane sugerujące, że w 1997 r. w porównaniu z rokiem 1995 liczba nowych zachorowań na AIDS spadnie o około 30%. Spadek jest największy w krajach, w których zakażenie HIV skoncentrowało się u homoseksualnych mężczyzn.

Jedynie w Portugalii i Grecji, gdzie wstrzykiwanie narkotyków jest główną drogą przenoszenia zakażenia, nowe zachorowania na AIDS ciągle narastają.

W Stanach Zjednoczonych także odnotowano spadek liczby zachorowań na AIDS. Jak dotychczas największy był w 1996 r. u homoseksualnych mężczyzn (o 11%). Jednak w 1996 r. odnotowano wzrost liczby zachorowań Amerykanów hiszpańskojęzycznych i pochodzenia afrykańskiego.

W zachodniej Europie antyretrowirusowe leczenie kobiet w ciąży i dostępność bezpiecznych alternatyw karmie-

nia piersią, utrzymuje zakażenie dzieci od matek na niskim poziomie. Szacuje się, że w 1997 r. zostało zakażonych mniej niż 500 dzieci w wieku poniżej 15 lat.

W krajach, w których AIDS jest najbardziej powszechny skraca się przeciętne dalsze trwanie życia; tam, gdzie było 8% mieszkańców HIV-dodatnich obecność AIDS skróciła przeciętne dalsze trwanie życia o 16 lat.

Duża liczba zgonów w znacznym stopniu obciąża rodziny. Od początku epidemii ponad 8 mln dzieci w wieku poniżej 13 lat straciło matki z powodu AIDS, a wiele z nich także straciło ojców. Do 2000 roku liczba ta wzrosła prawie dwukrotnie.

AIDS podnosi także umieralność niemowląt np. szacuje się, że do 2010 roku umieralność niemowląt w Zimbabwie wzrosła o 138%, a dzieci poniżej 5 lat - o 109%.

W niektórych częściach świata odsetek całej populacji dorosłych, żyjących z HIV i AIDS ustabilizował się lub zaczął spadać. Ta dobra wiadomość może pokrywać przykrą prawdę: w młodych grupach wieku nowe zakażenia mogą nie słabnąć, a nawet narastać.

Są dowody wzrostu częstości zakażenia HIV u młodych osób np. w pld. Afryce odsetek ciężarnych w wieku 15-19 lat wzrósł do 13% w 1996 r. z około połowy tego poziomu przed ponad dwoma laty.

Młodzi ludzie informują o ryzykownych zachowaniach np. w Namibii 37% 12-18-latków mówiło o kontaktach seksualnych, z czego blisko połowa - z więcej niż jednym partnerem. Większość z nich wyrażała przekonanie, że ich własni partnerzy mieli także innych partnerów. Badania przeprowadzone w Stanach Zjednoczonych u białych nastolatków wskazują, że od lat siedemdziesiątych liczba przypadków opryszczki narządów płciowych wzrosła ponad czterokrotnie.

UNAIDS i WHO podkreślają, że znajomość własnego stanu serologicznego jest korzystna m.in. ze względu na możliwość wczesnego leczenia antyretrowirusowego, korzystania z odpowiedniej opieki i wsparcia, podejmowania świadomych i odpowiedzialnych decyzji o urodzeniu dzieci, unikania przenoszenia HIV na małżonków lub partnerów oraz planowania opieki dla rodziny. Nie można wykluczyć, iż najważniejszą korzyścią jest poznanie bardziej prawdziwych rozmiarów epidemii.

*na podstawie "Report on the Global HIV/AIDS Epidemic",  
UNAIDS, WHO, grudzień 1997 r.  
opracowała Wanda Szata*

### **Epidemiologiczna ocena problemów różyczki w krajach trzeciego świata ze szczególnym uwzględnieniem różyczki wrodzonej**

W "Bulletin of the WHO" (1997,1,55-68) opublikowano artykuł "Control of rubella and congenital rubella syndrome (CRS) in developing countries; burden of disease from CRS", opracowany na podstawie analizy 104 pozycji światowego piśmiennictwa. Autorami artykułu są F.T.Cutts, S.E. Robertson, J.L.Diaz-Ortega oraz R.Samuel. W analizie wykorzystano artykuły dotyczące surveillance'u nabytej różyczki i różyczki wrodzonej oraz badań seroepidemiologicznych u kobiet w wieku rozrodczym.

Definicja nabytych postnatalnych zachorowań na różyczkę obejmuje przypadki przebiegające z niewielką gorączką i grudkowo-plamistą wysypką oraz limfadenopatią

węzłów głowy (zwłaszcza zausznych) po okresie wylegania wynoszącym 14-21 dni. W przebiegu zachorowań u dorosłych często ma miejsce *arthralgia/arthritis*, zwłaszcza u kobiet. Diagnostyka różnicowa obejmuje odrę, chorobę denga, zachorowania wywołane parwowirusem B19, ludzkim herpeswirusem 6, wirusami *coxsackie* i ECHO, adenowirusami oraz  $\beta$ -hemolizującymi streptokokami grupy A. Z powodu trudności w rozpoznaniach klinicznych najbardziej wiarygodne są badania z serologicznym potwierdzeniem. Do tych celów wykorzystuje się wykrywanie specyficznych przeciwciał IgM, które zazwyczaj występują w okresie do sześciu tygodni od wystąpienia wysypki, lub stwierdzenie czterokrotnego wzrostu miana przeciwciał IgG między ostrym okresem choroby i okresem zdrowienia. Do 50% zakażeń przebiega bez wysypki i w związku z tym zgłaszalność przypadków objawowych nie odzwierciedla pełnego występowania choroby.

Syndrom wrodzonej różyczki rozpoznaje się na podstawie klasycznej triady objawów: zaćmy, choroby serca i głuchoty. U wielu dzieci może jednak występować tylko jeden objaw i w związku z tym rekomenduje się uzyskiwanie laboratoryjnego potwierdzenia. Wirus różyczki można izolować przez 6-12 miesięcy po urodzeniu, a czasami nawet i dłużej. Izolacje uzyskuje się z wymazów z nosogardzieli, z moczu i płynu mózgowo-rdzeniowego, rzadziej z materiału biopsyjnego, autopsji i procedur chirurgicznych. Przeciwciała IgM najłatwiej wykrywa się w pierwszych sześciu miesiącach życia, po czym w następnych sześciu miesiącach ich wykrywalność maleje. Ich stwierdzenie wskazuje zazwyczaj, że ma się do czynienia bardziej z prenatalnym niż postnatalnym zakażeniem.

W przypadku różyczki wrodzonej specyficzne przeciwciała IgG zazwyczaj utrzymują się dłużej niż sześć miesięcy, to jest powyżej okresu, w którym zanikają przeciwciała matczyne. Obecność przeciwciał IgG można stwierdzić u 95% dzieci z syndromem różyczki wrodzonej w drugiej połowie pierwszego roku życia, ale może to wskazywać zarówno na prenatalne jak i postnatalne zakażenie. W związku z tym, przy rozwiniętej bazie laboratoryjnej zakażenia prenatalne potwierdza się stwierdzeniem obecności przeciwciał IgG 1 o niskiej aktywności (low-avidity).

Autorzy artykułu z dużą ostrożnością podchodzą do oceny i interpretacji wyników badań seroepidemiologicznych. Tylko w nielicznych badaniach próbowano dokonywać losowego doboru badanych osób, a w wielu pracach nie podaje się metody doboru. W badaniach stosuje się różne metody diagnostyczne, choć odczyn zahamowania hemaglutynacji (HI) uważa się za referencyjny standard i jest on najczęściej stosowany. Tym niemniej, do badań wykorzystuje się również odczyn hemolizy w żelu (HIG), badania immunoenzymatyczne (EIA) i inne. Miano 1:8 w odczynie HI zazwyczaj jest uważane jako progowe dla zakażenia, ale w niektórych badaniach za próg przyjmowane było miano 1:10, a czasami nawet 1:20. Ponadto może nie być dokładnej porównywalności testów opartych o różne metody laboratoryjne, a serologiczny profil wyników może wykazywać istotne różnice w zależności od czasu przeprowadzenia badań w stosunku do poprzedzającej badanie epidemii różyczki.

Rozmiary problemu różyczki wrodzonej ujawniła po raz pierwszy pandemia z lat 1962-1965, kiedy na terenie samych Stanów Zjednoczonych stwierdzono wg. danych szacunkowych ponad 20.000 przypadków. Jak podaje piśmiennictwo analizowane przez autorów artykułu, w czasie epide-

mii różyczki częstość występowania różyczki wrodzonej na 1.000 żywych urodzeń wynosiła przynajmniej: w Izraelu 1,7 w 1972 roku, w Omanie 0,7 w 1993 roku, w Sri Lance 0,9 w latach 1994-1995, w Panamie 1,5 w 1986 roku, w Singapurze 1,5 w 1969 roku oraz w Trynidadzie i Tobago 0,6 w latach 1982-1983. Z wyjątkiem Izraela nie analizowano równoległe wykonywanych aborcji i w związku z tym dane dotyczące faktycznych rozmiarów zjawiska są zaniżone. Zwraca się uwagę, że w środowisku ortodoksyjnych Żydów, gdzie kobiety nie poddają się aborcji ze względów religijnych, występowanie syndromu różyczki wrodzonej oszacowano na 11,8/1.000 żywych urodzeń.

Surveillance nabytej różyczki wykazuje cykliczność epidemii tej choroby, występujących co 4-7 lat, czyli analogicznie jak w krajach rozwiniętych przed wprowadzeniem szczepień. Średni wiek zachorowań waha się od 2-3 do 8 lat życia. W niektórych krajach obserwowano w latach epidemicznych różyczki wzrost udziału zachorowań w grupie wiekowej 15-44 lata. Między innymi w Argentynie w trzech kolejnych latach nie epidemicznych w tej grupie wiekowej było 7,5% zachorowań, a w epidemicznym 1976 roku 15%. Na Kubie w latach nie epidemicznych 30% zachorowań dotyczyło kobiet w wieku rozrodczym, a w latach epidemicznych aż 55%. W Izraelu w 1972 roku w czasie epidemii różyczki wśród 11.460 ciężarnych kobiet badanych serologicznie u 4,7% stwierdzono klinicznie objawowe różyczki, a u 6,4% podejrzewano subkliniczne zakażenia. Wiadomo, że odpowiednio 70% i 58% tych kobiet zdecydowało się na aborcję.

Przeglądy seroepidemiologiczne kobiet w wieku rozrodczym tylko w 45 krajach odpowiadały wymaganiom stawianym przez autorów artykułu. Jako podstawowe wymaganie kwalifikacyjne przyjęto minimum badanych surowic, to jest  $\geq 100$  ludzi. Udział kobiet wrażliwych na zakażenie (seronegatywnych) w granicach do 10% miał miejsce w 13 krajach, w granicach 10-24% w 20 krajach oraz  $\geq 25\%$  w 12 krajach. Na podstawie przyjętych materiałów opracowano mapę geograficznego rozmieszczenia wrażliwości kobiet na zakażenie wirusem różyczki w świecie. Największy udział takich kobiet ( $>25\%$ ) dotyczył między innymi Jamajki, Ma-

lezji, Panamy, Singapuru, Sri Lanki i Tajlandii. We wszystkich wymienionych krajach realizowane są krajowe programy szczepień.

Wojciech Żabicki

### Konsultacja WHO na temat zakażeń enterokrwtocznymi typami *E. coli* i zapobiegania im (Genewa, 28 kwietnia - 1 maja 1997 r.)

W konsultacji brało udział 42 ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia, pochodzących z 14 krajów. Eksperti zajmowali się badaniem ryzyka zdrowotnego jakie niesie ze sobą zakażenie *Escherichia coli* O157:H7 i innymi typami enterokrwtocznymi. Zakażenia *E. coli* O157:H7, występujące po spożyciu żywności, powodują poważne i potencjalnie zagrażające życiu zachorowania, których liczba wydaje się narastać. Większość doniesień dotyczy zakażeń po spożyciu mięsa wołowego. Eksperti zwracają jednak uwagę na rolę żywności w szerszym ujęciu. Udowodniono również przekazywanie zakażenia od człowieka do człowieka oraz przez kontakt ze zwierzętami lub odchodami zwierzęcymi. Zwrócono również uwagę na świeże warzywa jako na nośnik zakażenia. W Stanach Zjednoczonych opisano pięć ognisk zakażenia *E. coli* O157:H7, związanych ze spożyciem sałaty (w 1995 i 1997 roku) oraz ognisko związane ze spożyciem zanieczyszczonego, niepasteryzowanego napoju jabłkowego (w 1996 roku). W innych ogniskach zachorowania były związane ze spożyciem fermentowanych kiełbas, jogurtu, czy majonezu. Obserwacje dowodzą, że patogen ten jest niezwykle tolerancyjny dla środowisk kwaśnych, tradycyjnie uważanych za barierę antybakteryjną w produkcji żywności. W zapobieganiu zachorowaniom dużą rolę odgrywają podstawowe zabiegi higieniczne oraz szkolenie w tym kierunku osób pracujących w kontakcie z żywnością lub osób zatrudnionych w gospodarstwach hodowlanych.

na podst. WHO Press Release (WHO/41) z 21.05.1997 r. /wg WHO/FAO Newsletter (1997,54)/ oprac. A. Przybylska

**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

