

Meldunek 3/B/98

o zachorowaniach na choroby zakaźne, zatruciach i zakażeniach szpitalnych zgłoszonych w okresie od 16.03 do 31.03.1998 r.

Jednostka chorobowa (symbole wg "Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych" ICD-10)	Meldunek 3/B		Dane skumulowane	
	16.03.98. do 31.03.98.	16.03.97. do 31.03.97.	1.01.98. do 31.03.98.	1.01.97. do 31.03.97.
Choroba wywołana przez ludzki wirus upośl.odp.: ogółem (B20-B24)	4	6	22	37
Dur brzuszny (A01.0)	-	-	1	-
Dury rzekome A.B.C. (A01.1-A01.3)	-	-	1	1
Salmonelozy: ogółem (A02)	651	622	3391	2948
Czerwonka bakteryjna /szigelozą/ (A03)	37	3	174	53
Biegunki u dzieci do lat 2: ogółem (A04; A08; A09)	670	877	3243	4642
Tężec: ogółem (A33-A35)	2	1	6	4
Błonica (A36)	-	-	-	-
Krztusiec (A37)	252	27	1289	157
Szkarlatyna /płonica/ (A38)	1438	1020	6050	5586
Zapalenie opon mózgowych: razem	102	64	598	624
w tym: meningokokowe (A39.0)	6	5	40	32
wywołane przez <i>Haemophilus influenzae</i> (G00.0)	5	2	29	19
inne bakteryjne, określone i nie określone (G00.1-G00.9)	38	37	199	286
wirusowe, określone i nie określone (A87; B00.3; B02.1)	45	14	274	231
inne i nie określone (G03)	8	6	56	56
Zapalenie mózgu: razem	19	23	88	98
w tym: meningokokowe i inne bakteryjne (A39.8; G04.2)	4	7	20	16
wirusowe, przenoszone przez kleszcze (A84)	-	2	4	4
inne wirusowe, określone (A83; A85; B00.4; B02.0; B25.8)	2	2	11	5
wirusowe, nie określone (A86)	9	3	32	31
poszczepienne (G04.0)	-	-	-	-
inne i nie określone (G04.8-G04.9)	4	9	21	42
Riketsjozy: ogółem (A75-A79)	-	-	-	-
Ostre nagminne porażenie dziecięce (A80)	-	-	-	-
Ospa wietrzna (B01)	10800	7705	60109	56466
Odra (B05)	324	19	922	115
Różyczka: ogółem (B06; P35.0)	3487	8085	13628	37423
Wirusowe zap. wątroby: typu A (B15)	95	235	634	1877
typu B (B16; B18.0-B18.1)	172	195	1037	1202
typu C (B17.1; B18.2)	61	27	346	174
typu B+C (B16; B18.0-B18.1 + B17.1; B18.2)	6	1	28	7
inne i nieokreśl.(B17.0;B17.2-.8;B18.8-.9;B19)	21	46	154	257
Świnka /nagminne zapalenie przyusznicy/ (B26)	11989	2340	57723	13785
Włośnica (B75)	-	1	17	9
Świerzb (B86)	864	676	5302	5324
Grypa: ogółem (J10; J11)	338473	28639	424392	1560671
Bakteryjne zatrucia pokarmowe: razem	845	696	4145	3450
w tym: salmonelozy (A02.0)	649	620	3374	2939
gronkowcowe (A05.0)	8	2	60	3
jadem kiełbasianym /botulizm/ (A05.1)	3	2	15	16
wywołane przez <i>Clostridium perfringens</i> (A05.2)	-	-	-	-
inne określone (A05.3-A05.8)	18	2	44	23
nie określone (A05.9)	167	70	652	469
Zatrucia naturalnie toksycznym pokarmem: ogółem (T62)	1	-	5	4
w tym: grzybami (T62.0)	-	-	2	2
Inne zatrucia: ogółem (T36-T60; T63-T65)	400	222	2219	2195
w tym: pestycydami (T60)	2	4	11	17
lekami, prep.farmakologicznymi i subst.biolog. (T36-T50)	238	138	1266	1101
Zakażenia szpitalne - objawowe i bezobjawowe: ogółem	76	111	358	924
w tym: na oddziałach noworodkowych i dziecięcych	22	51	99	331
następstwa zabiegów medycznych	17	35	103	170
wywołane pałeczkami <i>Salmonella</i>	4	8	29	103
Ostre porażenia wiotkie u dzieci (0-14 lat)	1	.	7	.

Zachorowania zgłoszone w okresie 16-31.03.1998 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	-	-	651	37	670	2	252	1438	102	6	19	-
1. St.warszawskie	1	-	-	40	1	59	-	51	93	3	1	-	-
2. Białkopodlaskie	-	-	-	7	2	2	-	-	5	1	-	-	-
3. Białostockie	-	-	-	24	1	15	-	29	15	-	-	-	-
4. Bielskie	-	-	-	10	-	21	-	2	73	1	-	1	-
5. Bydgoskie	1	-	-	21	-	32	-	-	73	10	-	1	-
6. Chełmskie	-	-	-	9	-	7	-	-	3	-	-	-	-
7. Ciechanowskie	-	-	-	7	-	3	-	1	11	5	-	-	-
8. Częstochowskie	-	-	-	9	-	17	-	14	18	3	-	1	-
9. Elbląskie	-	-	-	2	-	8	-	-	38	8	-	1	-
10. Gdańskie	-	-	-	30	-	48	-	-	51	1	-	3	-
11. Gorzowskie	-	-	-	9	-	4	-	-	11	2	-	-	-
12. Jeleniogórskie	-	-	-	14	-	4	-	1	13	-	-	-	-
13. Kaliskie	-	-	-	10	-	12	-	-	21	2	-	-	-
14. Katowickie	-	-	-	30	3	37	1	7	258	9	2	-	-
15. Kieleckie	-	-	-	27	1	25	-	-	10	3	1	-	-
16. Konińskie	-	-	-	5	2	8	-	-	16	-	-	-	-
17. Koszalińskie	1	-	-	12	-	13	-	-	25	1	-	1	-
18. M.krakowskie	-	-	-	12	-	7	1	1	56	2	-	1	-
19. Krośnieńskie	-	-	-	6	-	13	-	1	13	1	-	-	-
20. Legnickie	1	-	-	15	-	14	-	-	11	-	-	-	-
21. Leszczyńskie	-	-	-	15	-	6	-	1	23	-	-	-	-
22. Lubelskie	-	-	-	15	-	16	-	1	25	-	-	-	-
23. Łomżyńskie	-	-	-	9	1	2	-	2	9	2	-	-	-
24. M.łódzkie	-	-	-	16	-	25	-	60	26	2	-	-	-
25. Nowosądeckie	-	-	-	10	-	6	-	-	42	3	-	-	-
26. Olsztyńskie	-	-	-	12	-	20	-	5	8	1	-	-	-
27. Opolskie	-	-	-	9	-	2	-	-	47	4	-	1	-
28. Ostrołęckie	-	-	-	3	-	4	-	3	9	-	-	-	-
29. Piłskie	-	-	-	3	-	4	-	-	11	3	-	1	-
30. Piotrkowskie	-	-	-	18	-	3	-	4	9	1	-	1	-
31. Płockie	-	-	-	8	-	3	-	-	9	4	-	-	-
32. Poznańskie	-	-	-	19	-	40	-	12	77	4	-	-	-
33. Przemyskie	-	-	-	8	1	13	-	-	8	3	-	2	-
34. Radomskie	-	-	-	13	-	11	-	-	23	1	-	-	-
35. Rzeszowskie	-	-	-	11	-	2	-	-	10	1	-	1	-
36. Siedleckie	-	-	-	11	17	12	-	-	5	3	-	-	-
37. Sieradzkie	-	-	-	9	-	3	-	-	9	2	-	1	-
38. Skierniewickie	-	-	-	4	-	-	-	1	11	2	-	-	-
39. Słupskie	-	-	-	19	6	9	-	-	12	1	-	-	-
40. Suwalskie	-	-	-	29	1	3	-	-	6	2	1	-	-
41. Szczecińskie	-	-	-	25	-	11	-	-	65	-	-	-	-
42. Tarnobrzeskie	-	-	-	14	-	31	-	-	8	5	1	-	-
43. Tarnowskie	-	-	-	5	-	15	-	-	28	1	-	-	-
44. Toruńskie	-	-	-	13	1	14	-	-	22	2	-	2	-
45. Wałbrzyskie	-	-	-	9	-	14	-	7	33	1	-	-	-
46. Włocławskie	-	-	-	10	-	9	-	-	8	-	-	-	-
47. Wrocławskie	-	-	-	10	-	27	-	49	57	2	-	-	-
48. Zamojskie	-	-	-	4	-	7	-	-	16	-	-	-	-
49. Zielonogórskie	-	-	-	21	-	9	-	-	8	-	-	1	-

Zachorowania zgłoszone w okresie 16-31.03.1998 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)	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	10800	324	3487	172	183	11989	-	864	338473	845	-	400	76
1. St.warszawskie	612	1	483	18	13	391	-	4	31773	39	-	1	-
2. Białkopodlaskie	75	-	26	2	-	21	-	37	2736	7	-	3	-
3. Białostockie	269	-	19	2	5	138	-	32	31346	24	-	10	1
4. Bielskie	310	3	27	3	2	363	-	7	1902	12	-	9	1
5. Bydgoskie	157	-	39	5	-	367	-	19	12309	25	-	29	-
6. Chełmskie	58	-	247	-	1	192	-	10	-	9	-	-	-
7. Ciechanowskie	81	-	4	1	-	199	-	12	5207	8	-	2	-
8. Częstochowskie	230	37	70	3	-	237	-	1	2285	9	-	6	2
9. Elbląskie	87	-	16	1	1	113	-	34	2769	4	-	7	-
10. Gdańskie	319	8	41	7	6	447	-	12	9160	45	-	21	4
11. Gorzowskie	81	4	10	5	4	287	-	13	4288	10	-	19	1
12. Jeleniogórskie	145	4	31	-	1	98	-	9	4175	14	-	-	-
13. Kaliskie	258	57	47	2	-	159	-	10	3369	10	-	3	1
14. Katowickie	1782	22	287	31	27	1346	-	122	5081	58	-	11	15
15. Kieleckie	180	3	90	6	10	418	-	11	3069	46	-	34	2
16. Konińskie	54	-	22	2	-	190	-	7	108	6	-	3	-
17. Koszalińskie	214	-	16	1	8	130	-	8	8041	16	-	3	7
18. M.krakowskie	334	47	76	6	3	530	-	14	14763	17	-	10	2
19. Krośnieńskie	51	-	30	-	2	87	-	-	6330	9	-	11	-
20. Legnickie	397	13	11	3	2	233	-	33	1956	16	-	-	-
21. Leszczyńskie	73	-	44	-	2	233	-	3	166	15	-	1	-
22. Lubelskie	333	7	176	2	10	345	-	11	12726	15	-	23	-
23. Łomżyńskie	104	-	24	2	-	32	-	10	5126	9	-	-	-
24. M.łódzkie	282	-	72	13	8	495	-	25	39140	18	-	61	3
25. Nowosądeckie	250	8	35	-	6	148	-	9	14878	10	-	4	-
26. Olsztyńskie	165	-	30	2	-	108	-	18	18065	11	-	5	-
27. Opolskie	398	1	33	6	-	430	-	15	2117	9	-	1	1
28. Ostrołęckie	123	5	17	1	-	60	-	31	8204	3	-	1	-
29. Piłskie	101	-	9	2	3	213	-	8	840	3	-	-	-
30. Piotrkowskie	182	15	73	1	-	230	-	27	7691	19	-	5	-
31. Płockie	60	-	39	6	-	89	-	22	4508	9	-	6	-
32. Poznańskie	322	5	67	1	1	420	-	12	8	22	-	2	1
33. Przemyskie	92	-	2	-	1	54	-	5	3496	8	-	10	-
34. Radomskie	209	-	254	3	-	366	-	7	2716	13	-	12	2
35. Rzeszowskie	249	-	4	2	2	255	-	7	5148	13	-	10	-
36. Siedleckie	115	7	202	2	-	109	-	42	1972	12	-	3	-
37. Sieradzkie	30	3	19	2	2	71	-	5	3156	11	-	-	-
38. Skierniewickie	60	-	10	1	-	323	-	2	7546	4	-	-	-
39. Słupskie	104	-	13	1	9	55	-	4	3359	19	-	-	-
40. Suwalskie	108	-	5	2	2	117	-	22	7299	32	-	4	16
41. Szczecińskie	453	8	61	2	13	152	-	21	8111	98	-	8	-
42. Tarnobrzeskie	126	4	31	3	4	339	-	17	689	14	-	6	4
43. Tarnowskie	179	1	20	-	1	209	-	4	2854	5	-	3	-
44. Toruńskie	78	1	52	10	5	140	-	59	3178	16	-	-	-
45. Wałbrzyskie	139	3	25	3	5	226	-	11	8630	9	-	21	-
46. Włocławskie	122	1	78	-	1	122	-	15	2081	10	-	3	6
47. Wrocławskie	309	4	86	6	12	514	-	28	13217	14	-	3	3
48. Zamojskie	140	-	370	1	6	94	-	20	536	19	-	11	-
49. Zielonogórskie	200	52	44	-	5	94	-	9	349	21	-	15	4

Chorzy nowozarejestrowani w poradniach gruźlicy i chorób płuc podległych Ministerstwu Zdrowia i Opieki Społecznej¹ w 1997 roku

(dane Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc)

Województwo (St.- stołeczne M.- miejskie)	Wszystkie postacie gruźlicy	
	ogółem	w tym BK+
POLSKA	13698	7362
1. St. Warszawskie	1056	512
2. Białkopodlaskie	119	69
3. Białostockie	208	117
4. Bielskie	346	155
5. Bydgoskie	227	141
6. Chełmskie	92	79
7. Ciechanowskie	191	83
8. Częstochowskie	291	187
9. Elbląskie	209	91
10. Gdańskie	493	258
11. Gorzowskie	152	49
12. Jeleniogórskie	210	102
13. Kaliskie	234	123
14. Katowickie	1758	803
15. Kieleckie	472	226
16. Konińskie	175	114
17. Koszalińskie	149	74
18. M.krakowskie	331	271
19. Krośnieńskie	139	82
20. Legnickie	182	143
21. Leszczyńskie	88	57
22. Lubelskie	382	215
23. Łomżyńskie	125	46
24. M.łódzkie	452	234
25. Nowosądeckie	292	151
26. Olsztyńskie	210	91
27. Opolskie	340	220
28. Ostrołęckie	179	56
29. Piłskie	113	67
30. Piotrkowskie	269	162
31. Płockie	209	120
32. Poznańskie	314	211
33. Przemyskie	167	120
34. Radomskie	328	205
35. Rzeszowskie	291	144
36. Siedleckie	382	190
37. Sieradzkie	229	137
38. Skierniewickie	167	105
39. Słupskie	109	39
40. Suwalskie	136	82
41. Szczecińskie	191	123
42. Tarnobrzeskie	251	115
43. Tarnowskie	179	83
44. Toruńskie	179	107
45. Wałbrzyskie	277	113
46. Włocławskie	127	84
47. Wrocławskie	315	177
48. Zamojskie	195	138
49. Zielonogórskie	168	91

¹ Bez PKP, MON i MSW.

Zakażenia HIV i zachorowania na AIDS Informacja z 31 marca 1998 r.

W marcu 1998 r. do Zakładu Epidemiologii PZH zgłoszono nowo wykryte zakażenie HIV 71 obywateli polskich, w tym 38 zakażonych w związku z używaniem narkotyków.

Obecność przeciwciał anti-HIV potwierdzono w Zakładzie Laboratoryjno-Doświadczalnym Instytutu Wenerologii AM w Warszawie, w Wojewódzkim Zespole Chorób Zakaźnych w Gdańsku, w Wojewódzkiej Przychodni Dermatologicznej w Katowicach, w Pracowni Bakteriologicznej Katedry i Kliniki Chorób Zakaźnych Collegium Medicum UJ w Krakowie, w Specjalistycznym Dermatologicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Łodzi, w Laboratorium Kliniki Chorób Zakaźnych AM we Wrocławiu, w Zakładzie Serologii Instytutu Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie oraz w Zakładzie Transfuzjologii i Transplantologii CSK WAM w Warszawie.

Odnotowano zachorowania na AIDS dwóch osób płci żeńskiej (kobiety bez informacji o drodze zakażenia i dziecka kobiety zakażonej HIV) oraz pięciu mężczyzn (dwóch narkomanów i po jednym: homoseksualiście, homoseksualistcie/narkomanie i bez informacji o drodze zakażenia).

Chorzy byli w wieku od 11 miesięcy do 45 lat. Mieli miejsce zamieszkania w następujących województwach: dwaj w woj. legnickim oraz po jednym w woj. białostockim, gorzowskim, piotrkowskim, wałbrzyskim i zielonogórskim.

We wszystkich przypadkach określono przynajmniej jedną chorobę wskazującą na AIDS w brzmieniu jak w definicji do celów nadzoru epidemiologicznego, skorygowanej w 1993 r. W czterech przypadkach podano liczbę komórek CD4 (od 50 do 383/μL).

Od wdrożenia badań w 1985 r. do 31 marca 1998 r. stwierdzono zakażenie HIV 5.138 obywateli polskich, wśród których było co najmniej 3.346 zakażonych w związku z używaniem narkotyków.

Ogółem odnotowano 627 zachorowań na AIDS; 364 osoby zmarły.

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.

Escherichia coli O157 - wnioski z ostatnich 15 lat

Escherichia coli o serotypie O157, produkująca cytotoxynę Verotoxin (VTEC - Vero cytotoxin producing *Escherichia coli*) w 1982 roku została rozpoznana jako patogen ludzki. Mogła się jednak pojawić 10 lub 20 lat wcześniej przez nabycie bakteriofaga przenoszącego dwie toksyny podobne do toksyny Shiga (Shiga-like toxins). Zakażenia VTEC O157 są szczególnie niebezpieczne z powodu zakaźności bakterii (dawka zakażająca może nie przekraczać 50 mikroorganizmów), ich zdolności do przekazywania do człowieka do człowieka oraz szerzenia przez żywność i wodę. Zakażenia

mogą prowadzić do ciężkich powikłań, dla których nie ma specyficznego leczenia. Zarówno zachorowania sporadyczne, jak i występujące w postaci epidemii wykazują w różnych krajach tendencję wzrostową. W Anglii i Walii liczba przypadków, w których izolowano VTEC, wzrosła od 76 w 1986 roku do 660 w 1996 roku. W Stanach Zjednoczonych notowano w 1995 roku 20.000 zachorowań, które u 250 osób zakończyły się zgonem. VTEC grupy serologicznej O157 jest dominującym czynnikiem etiologicznym zespołu krwotoczno-mocznicowego (HUS - haemorrhagic uremic syndrome) w Północnej Ameryce i w północno-zachodniej Europie. W pozostałych regionach częściej występują inne serotypy.

Zachorowania

Zachorowania o objawach żołądkowo-jelitowych spowodowane przez VTEC O157 manifestują się początkowo łagodną, wodnistą biegunką, która może się przerodzić w ciężkie krwotoczne zapalenie okrężnicy (HC - haemorrhagic colitis). Zespołowi krwotoczno-mocznicowemu towarzyszą trzy rodzaje zmian: drobnonaczyniowa anemia hemolityczna, trombocytopenia i niewydolność nerek. VTEC jest prawdopodobnie odpowiedzialna za 90% tych zachorowań. Powikłaniom tym ulega od 2 do 7% osób zakażonych *E.coli* O157. W niektórych ogniskach odsetek powikłań może sięgać 21%. Powikłania występują najczęściej u dzieci w wieku przedszkolnym i u osób starszych. Długoterminowym następstwem może być uszkodzenie nerek. Dorośli z zespołem krwotoczno-mocznicowym są szczególnie podatni na powikłania neurologiczne, którym towarzyszy małopłytkowa plamica trombolityczna (TTP - thrombotic thrombocytopenic purpura). HUS i TTP występują przeważnie po 5-10 dniach od wystąpienia biegunki. W Anglii z Walią HUS dotyka około 200 dzieci i jest najczęstszą przyczyną ostrego uszkodzenia nerek u dzieci. Oszacowano, że hospitalizacja została objętych od 1/3 do 1/2 osób zakażonych VTEC O157. Okres wylegania przed wystąpieniem biegunki wynosi od 1 do 14 dni, z medianą wynoszącą 3-4 dni. Objawy biegunkowe zwykle zanikają w ciągu 8 dni, ustępując HUS lub TTP. W tym czasie ustępuje wydalanie bakterii, które zwłaszcza u dzieci może się przedłużyć. W opisach ognisk występujących w Anglii i Walii notowano współczynnik śmiertelności wynoszący 3%. Śmiertelność jest ściśle związana z wiekiem, osiągając 35% u osób w wieku starszym.

Diagnostyka laboratoryjna

Kał do badania powinien być pobrany po wystąpieniu objawów tak wcześnie, jak to jest możliwe. Izolacja z kału udaje się wówczas, gdy jest on pobrany w ciągu 4 dni od pierwszych objawów. Około 95% ludzkich *E.coli* (VTEC) O157 nie fermentuje sorbitolu i cecha ta służy do diagnostyki w laboratoriach klinicznych. Obecnie wprowadzane są różnorodne techniki laboratoryjne poprawiające czułość rutynowych metod diagnostycznych. Podejrzany materiał powinien być przesłany do laboratorium referencyjnego wykonującego pełne typowanie serologiczne w kierunku O:H, typowanie fagowe i potwierdzające produkcję cytotoksyny Vero (VT). Kał z przypadków HUS i HC, w których testy związane z hodowlą wypadły negatywnie, powinien być badany na hodowli tkankowej w kierunku VT oraz przy pomocy testów immunologicznych lub badania DNA. W sytuacjach takich powinno się też badać surowice w kierunku obecności przeciwciał przeciwko lipopolisacharydowi *E.coli* O157 (przeciwciał występujących we wszystkich przypad-

kach po 6-7 dniach od pojawienia się biegunki).

Epidemiologia

W Anglii z Walią VTEC O157 uzyskano od 0,9% do 8,2% badanego zdrowego bydła, które jest uważane za główne źródło zakażenia. Jedno z ostatnich doniesień mówi także o 2,6% zakażonych owiec wśród zbadanych w jednej z rzeźni. VTEC O157 może się przedostać do łańcucha żywienia człowieka (po zanieczyszczeniu odchodami w trakcie uboju) przez surowce pochodzenia zwierzęcego. Większość ognisk związanych z żywnością wystąpiła po spożyciu mielonej wołowiny (w postaci beefburgerów i hamburgerów). Bakterie mogły się przedostać do mięsa i przeżyć proces niedostatecznej obróbki termicznej. Bakterie te wykazują zdolność do przeżywania w żywności w temperaturze poniżej 5°C i namnażania w wyższych temperaturach. W większości doniesień na temat ognisk związanych ze spożyciem innych rodzajów żywności brano pod uwagę możliwość zanieczyszczenia kałem krów. Dotyczy to salami, jogurtu, mleka, produktów mięsnych po wstępnej obróbce termicznej, ziemniaków, surowych jarzyn, czy napoju jabłkowego. Przeżywanie w jogurcie, soku i napoju jabłkowym oraz w fermentowanych kiełbasach jest wspomagane przez niezwykłą tolerancję tych bakterii dla środowiska kwaśnego. Szczyt sezonowy zakażeń u ludzi, przypadający na lato i jesień można wytłumaczyć tym, że latem wzrasta nosicielstwo u bydła.

na podstawie: Lansbury L.E., H.Ludlam "J.Infect." (1997, 34,189-193) /wg WHO/FAO Newsletter (1997,54)/ opracowała Anna Przybylska

Strategie zwalczania różyczki nabytej i wrodzonej przez szczepienia ochronne w krajach rozwijających się

W "Bulletin of the WHO" (1997,1,69-80) opublikowano artykuł "Control of rubella and congenital rubella syndrome (CRS) in developing countries; vaccination against rubella". Autorami artykułu są: S.E.Robertson, F.T.Cutts, R.Samuel oraz J.L Diaz-Ortega.

W artykule dokonano analizy strategii szczepień przeciw różyczce, stosowanych na terenie 76 krajów. Materiałem do analizy było 67 publikacji ze światowego piśmiennictwa oraz ankiety nadesłane przez władze poszczególnych krajów w latach 1995-1996 na prośbę the WHO Global Programme for Vaccine and Immunization.

Grupując kraje zgodnie z klasyfikacją sytuacji ekonomicznej przyjętą przez ONZ stwierdzono, że szczepienia przeciw różyczce są prowadzone w 92% krajów przemysłowych, 36% krajów w przejściowym okresie społeczno-gospodarczym oraz 28% krajów trzeciego świata.

Jak wiadomo, pierwsze żywe atenuowane szczepionkowe szczepy wirusa różyczki uzyskano w latach 1965-1967 i wkrótce po tym wdrożono szczepienia przeciw różyczce w większości rozwiniętych krajów. Obecnie najczęściej stosowane są szczepionki, które zawierają szczep RA 27/3 i są produkowane na komórkach ludzkich diploidów. Z badań klinicznych wynika, że serokonwersja po szczepieniu występuje u $\geq 95\%$ wrażliwych osób szczepionych w wieku przynajmniej 12 miesięcy. W niektórych badaniach uzyskiwano nawet 99-100% serokonwersji. W Indiach uzyskano serokonwersję u $> 95\%$ dzieci szczepionych w dziewiątym mie-

siącu życia, a w Płd. Afryce stwierdzono brak istotnych różnic w występowaniu serokonwersji u szczepionych w dziewiątym lub piętnastym miesiącu życia.

Badania kliniczne nad efektywnością szczepień wykazują, że > 90% szczepionych ma zapewnione zabezpieczenie przed klinicznymi zachorowaniami na różyczkę i przed wiramią przez okres przynajmniej 15 lat. Generalnie uważa się, że odporność poszczepienna utrzymuje się przez całe życie. Reinfekcja u osób z obecnością przeciwciał powoduje istotny wzrost przeciwciał po ekspozycji, bardziej u szczepionych, niż u ludzi z naturalnie nabytą odpornością. Mimo to stwierdzono sporadyczne przypadki zespołu różyczki wrodzonej (CRS) u noworodków urodzonych przez zaszczepione kobiety, które miały przynajmniej jedno pozytywne badanie na obecność przeciwciał.

Autorzy artykułu ustosunkowali się do poglądu, że szczepienie przeciw różyczce nie może być wykonywane w czasie ciąży ze względu na możliwość zakażenia płodu. Z piśmiennictwa wynika, że częstość izolacji szczepionkowego RA 27/3 jest niewielka (3%), a izolowanie tego wirusa z niektórych poronionych płodów u szczepionych kobiet wcale nie oznacza, że namnożenie rozwija się do poziomów, które stwarzają wady wrodzone płodu. W Anglii i Walii, Niemczech, Szwecji oraz USA prowadzone były rejestry kobiet, które przypadkowo były szczepione przeciw różyczce w trzecim miesiącu ciąży i zachowały ciążę. Wśród 515 urodzonych noworodków nie wystąpiły żadne anomalie odpowiadające CRS i ryzyko takiego zjawiska uważa się za zerowe. W USA prowadzenie tego rejestru zostało zakończone w 1988 roku. Tym niemniej, większość zespołów konsultacyjno-doradczych nadal stoi na stanowisku, że ciąża stanowi przeciwwskazanie do szczepienia przeciw różyczce z powodu teoretycznego ryzyka CRS związanego ze szczepieniem. Natomiast są zgodne poglądy, że przy przypadkowym szczepieniu ciężarnej przeciw różyczce, ryzyko wad wrodzonych związanych ze szczepieniem jest tak małe, że można go w ogóle nie brać pod uwagę. W związku z tym nie powinno stanowić powodu do przerwania ciąży.

W 1991 roku amerykański Institute of Medicine na podstawie informacji o odczynach poszczepiennych stwierdził istnienie dowodów na związek przyczynowy między wirusem szczepionkowym RA 27/3 a występowaniem przejściowych ostrych zapaleń stawów. To samowygasające zjawisko miało występować u 13-15% szczepionych, znacznie rzadziej u dzieci, młodzieży i mężczyzn. Takie stwierdzenie miały potwierdzić trzy kolejne inne badania. Tymczasem badanie kohortowe przeprowadzone w Izraelu z zastosowaniem podwójnie ślepej próby nie znalazło dowodów związku między poporodowym szczepieniem przeciw różyczce kobiet wrażliwych na zakażenie a występowaniem zapalenia stawów po szczepieniu. Takie same wnioski wypłynęły z dużego retrospektywnego badania przeprowadzonego kohortowo w USA. Również wstępne wyniki prospektywnego badania, które przeprowadzono w Kanadzie, wykazały, że poporodowe szczepienie przeciw różyczce i podanie placebo nie wykazuje istotnych różnic w późniejszym występowaniu *arthritis/arthralgia* w tych dwóch grupach ludzi.

Dotychczas szczepienia przeciw różyczce w krajach rozwijających się nie zostały włączone do the Expanded Programme on Immunization. Istnieją bowiem obawy, że bez odpowiednio wysokiego wykonawstwa szczepień nastąpi tylko zwolnienie przenoszenia zakażeń wirusa różyczki ze wzrostem wrażliwości na zakażenie kobiet w okresie roz-

rodczym. Tym niemniej, w szeregu krajów wprowadzono szczepienia przeciw różyczce do krajowych programów. Równocześnie w 1996 roku UNICEF spowodował obniżenie dla najbiedniejszych krajów cen na szczepionki przeciw różyczce do 0,15 USD za jedną dawkę monowalentnej szczepionki, 0,55-0,59 USD za jedną dawkę szczepionki MR oraz 0,75-0,95 USD za jedną dawkę szczepionki MMR. Wiadomo jednak, że w szeregu krajów szczepionka MMR jest tańsza od szczepionki MR ze względu na większe zapotrzebowanie.

Z krajowych ankiet objętych analizą wynikało, że 78 krajów, to jest ponad jedna trzecia, posiada krajowe programy szczepień przeciw różyczce. Nie ujęte zostały kraje, gdzie szczepienia wykonuje się tylko na ograniczonych terenach lub w sektorze prywatnym.

W Regionie Afrykańskim do czerwca 1996 r. nie wprowadzono szczepień przeciw różyczce w żadnym kraju.

W Regionie Amerykańskim szczepienia przeciw różyczce wprowadzono w 22 krajach, gdzie zamieszkuje 43% ludności tego Regionu. Na Kubie wprowadzono w 1982 r. selektywne szczepienia dziewcząt w wieku 12 lat, a w latach 1985-1986 przeprowadzono akcyjne szczepienia z zastosowaniem monowalentnej szczepionki u kobiet w wieku 18-30 lat. Następnie objęto szczepieniami chłopców i dziewczęta w wieku 1-14 lat z zastosowaniem szczepionki MR. Od 1988 r. stosuje się rutynowo szczepionkę MMR u dzieci w wieku 12 miesięcy. W następstwie zastosowania tych połączonych działań wyeliminowano na Kubie krążenie wirusa różyczki. Podobne działania podjęto w brazylijskim stanie Sao Paulo zaczynając w 1992 r. od programu zwalczania odry u dzieci w wieku od 9 miesięcy do 15 lat. W ramach podjętych działań zaszczepiono szczepionką MMR wszystkie dzieci w wieku poniżej 10 lat, a następnie wprowadzono szczepionkę MMR do rutynowego stosowania. W rok po przeprowadzeniu akcji odsetek dzieci z serokonwersją w wieku od 1 do 15 lat wzrósł z 40% do 97%. Tym samym znacznie zmniejszyło się narażenie ciężarnych kobiet na zakażenie wirusem różyczki, ale niezbędne jest utrzymanie monitoringu krążenia wirusa wśród dorosłej ludności, zwłaszcza przy ciągłej możliwości jego zawleczenia z sąsiednich brazylijskich stanów.

W Regionie Wschodnio-Śródziemnomorskim krajowe programy szczepień posiada 11 krajów zamieszkałych przez 12% ludności.

Natomiast w Regionie Europejskim w 1984 r. zdecydowano wyeliminować występowanie CRS do 2000 roku. Wszystkie kraje zobowiązały się zapewnić do 1995 r. wysokie wykonawstwo szczepień (przynajmniej 90%) oraz zorganizować surveillance różyczki i CRS, a od 1996 r. opracowywać każdy podejrzany przypadek wrodzonej różyczki. Tymczasem ze względów finansowych do połowy czerwca 1996 r. krajowe programy szczepień posiadały tylko 32 kraje na 50 istniejących w tym Regionie (64%). Programy realizowane są w krajach zamieszkałych przez 55% ludności tego Regionu. Między innymi brak jest krajowych programów na terenach b. Związku Radzieckiego (z wyjątkiem krajów bałtyckich) i w Rumunii. Wiadomo, że w latach 1992-1993 w kilku krajach wschodnioeuropejskich wystąpiły epidemie różyczki, między innymi w Polsce, a o wzroście zachorowań na różyczkę donoszono z Anglii i Walii. Wiadomo również o dużej epidemii różyczki, która wystąpiła w 1989 r. w Chorwacji i w której 9% przypadków dotyczyło ludzi w wieku ≥ 20 lat. W tej części b. Jugosławi kombinowaną strategię szczepień przeciw różyczce realizuje

się od 1976 r. i obejmuje szczepieniami 92-96% dzieci w wieku < 3 lat oraz 96-98% dziewcząt w wieku 14 lat.

W Regionie Zachodniego Pacyfiku krajowe programy szczepień realizuje 11 krajów zamieszkałych przez 11% ludności tego Regionu, między innymi w Japonii i Malezji. W Japonii stosowane są selektywne szczepienia szkolnych dziewcząt, natomiast w Malezji w 1987 r. przeprowadzono masowe szczepienia kobiet w wieku 12-44 lata wykorzystując 2,3 mln dawek szczepionki przeciw różyczce przy ok. 19 mln ludności w całym kraju. Uzyskane efekty szacowano monitoringiem TORCHES obejmującym screeningową diagnostykę kompleksu zakażeń (*T.gondii*, *rubella*, CMV, HSV i *syphilis*). Stwierdzono spadek występowania zakażeń wirusem różyczki z 6,8% w 1987 r. do 2% w 1991 r.

Prognozowanie podstawowych strategii szczepień przeciw różyczce jest następujące:

- szczepienie małych dzieci może prawdopodobnie przynieść eradykację CRS w ciągu 30-40 lat,
- szczepienie dziewcząt w wieku szkolnym może prawdopodobnie pozwolić na eradykację CRS w ciągu 10-20 lat,
- szczepienie kobiet w okresie rozrodczym może w krótkim czasie doprowadzić do eradykacji CRS, ale tylko wówczas, gdy szczepieniami obejmuje się 100% celowanej grupy.

Autorzy artykułu dokonali także przeglądu różnych strategii szczepień przeciw różyczce oraz wykazali ich pozytywne i negatywne aspekty. Oceny są następujące:

1. Sелеktywne szczepienia dziewcząt szkolnych zapewniają bezpośrednie zabezpieczenie przed różyczką przyszłych matek przed pierwszą ciążą, są względnie tanie i łatwe do realizacji jeżeli istnieją struktury szkolnej służby zdrowia, a transmisja zakażeń u dzieci zwiększa naturalne uodpornienie. Natomiast taka strategia nie ma wpływu na krążenie wirusa różyczki, a wpływ na zmniejszenie występowania CRS będzie widoczny po upływie 10 lat.

2. Sелеktywne szczepienia dziewcząt szkolnych oraz kobiet po porodzie zapewniają korzyści jw., a ponadto zapewniają zabezpieczenie kobiet w wieku rozrodczym bez teoretycznego ryzyka szczepienia ciężarnych, co jest pomyślnie realizowane między innymi w Australii. Natomiast taka strategia nie ma wpływu na krążenie wirusa różyczki, a ponadto przez okres ≥ 10 lat nie zabezpiecza kobiet w pierwszej ciąży jeżeli nie zapewni się antenatalnego screeningu.

3. Sелеktywne szczepienia dziewcząt w wieku szkolnym oraz wszystkich kobiet w wieku rozrodczym zapewniają korzyści jw., a ponadto zabezpieczają wszystkie ciąży; strategia jest pomyślnie realizowana między innymi w Izraelu. Należy brać pod uwagę wysokie koszty podejmowanych działań, które wymagają systemu poradnictwa w planowaniu rodziny z zalecaniem unikania ciąży przez trzy miesiące po szczepieniu. Kobiety ciężarne nie podlegają szczepieniom.

4. Szczepienia ograniczone tylko do dzieci szkolnych, przy wysokim wykonawstwie, mogą ewentualnie wyeliminować transmisję zakażeń wirusem różyczki. Natomiast nie gwarantują pośredniego zabezpieczenia ciężarnych; potrzebny jest długi czas do uzyskania efektów i w związku z tym wybór tej strategii nie jest rekomendowany.

5. Połączone rutynowe szczepienia dzieci, dziewcząt w wieku szkolnym i wszystkich kobiet w wieku rozrodczym, zapewniają z upływem czasu bezpośredni wpływ na występowanie CRS oraz stwarzają potencjalne warunki do wyeliminowania różyczki. Takie przedsięwzięcie może być kosztowne, wymaga systemu poradnictwa w planowaniu rodzi-

ny, a osiągnięcie wysokiego poziomu uodpornienia ludności w poszczególnych grupach jest trudne do uzyskania.

6. Same masowe szczepienia dzieci w wieku 1-14 lat szczepionką MR lub MMR, realizowane między innymi w Sao Paulo, mogą potencjalnie w krótkim czasie przynieść przerwanie transmisji wirusa różyczki. Natomiast pozostawia bez zabezpieczenia starsze grupy ludności, co może prowadzić do wyrównawczych epidemii u młodzieży i osób dorosłych ze wzmożonym występowaniem CRS. W związku z tym taka strategia nie jest rekomendowana.

7. Połączone masowe szczepienia kobiet w wieku rozrodczym i dzieci w wieku 1-14 lat szczepionką MR lub MMR przy dobrej organizacji mogą potencjalnie doprowadzić do eliminacji różyczki. Takie działania podjęto między innymi na Kubie, ale jest to najbardziej kosztowne przedsięwzięcie wymagające systemu poradnictwa w planowaniu rodziny. Ponadto należy uwzględnić, że utrzyma się krążenie wirusa różyczki wśród dorosłych mężczyzn.

Artykuł kończą następujące rekomendacje do krajowych programów szczepień:

1. Należy zapewnić zabezpieczenie kobiet ciężarnych uzależniając wybór sposobu postępowania od możliwości organizacyjnych i finansowych, z uwzględnieniem masowych działań akcyjnych, rutynowych szczepień kobiet w wieku rozrodczym, ze screeningiem lub bez.
2. Należy zapewnić monitorowanie wykonawstwa szczepień w każdej grupie ludności objętej szczepieniami, zakładając, że największe trudności będą dotyczyły zbioru informacji o szczepieniu kobiet w wieku rozrodczym.
3. Należy wdrożyć surveillance CRS i nabytej różyczki w integracji z innymi chorobami, jak odra i choroba denga, z uwzględnieniem chorób wysypkowych u ludzi dorosłych.
4. Jeżeli jest to możliwe, należy zapewnić surveillance wrażliwości na zakażenie wirusem różyczki, zwłaszcza kobiet w wieku rozrodczym, przy uwzględnieniu różnych możliwości organizacyjnych.
5. Należy śledzić efekty podejmowanych działań uwzględniając konieczność unowocześnienia dotychczasowych metod tych ocen.

Wojciech Żabicki

Certyfikat WHO przerwania transmisji drakunkulozy (stan obecny)

Drakunkulozę powoduje nicienie *Dracunculus medinensis*. U ludzi zainfektowanych stwierdza się go w tkance podskórnej. Choroba występuje endemicznie na kontynencie azjatyckim i w Afryce równikowej. Liczbę zarażonych ludzi na świecie ocenia się na 10 mln. Zachorowanie następuje po wypiciu wody zawierającej zarażone skorupiaki z rodzaju *Cyclops* zawierające inwazyjne larwy nicieni. Larwy, wnikać przez ściany jelita, dojrzewają w przestrzeniach pozaotrzewnowych, po czym wędrują do tkanki podskórnej i po około 12 miesiącach powodują powstanie owrzodzeń skórnych, przez które wydalane są larwy pasożyta. Najczęściej owrzodzenia zlokalizowane są na kończynach dolnych i ulegają wtórnym zmianom zapalnym mogącym prowadzić do kalectwa. Chorobie towarzyszą objawy ogólne: gorączka, wymioty, biegunka i eozynofilia. Tradycyjne leczenie polega na powolnym wyciąganiu po kilka cm nicienia. Nie jest zalecane usuwanie chirurgiczne. Towarzy-

szące zakażenie bakteryjne powinno być leczone antybiotykami.

Światowy program likwidacji drakunkulozy zaleca filtrowanie wody do picia przez sito lub tkaninę o oczkach mniejszych niż zakażony skorupiak. Realizacji tego programu poświęcono III posiedzenie międzynarodowej komisji ds. eradykacji drakunkulozy (CICED), które odbyło się 19 i 20 lutego 1998 r. w Genewie. Na podstawie dostępnych informacji Komisja przedstawiła dyrektorowi generalnemu WHO szereg krajów i obszarów spełniających kryteria regionów wolnych od drakunkulozy.

W krajach afrykańskich położonych na południe od Sahary stwierdzono 99% przypadków choroby zgłoszonych do WHO w 1997 r. Były to: Benin, Burkina Fasso, Kamerun, Republika Środkowej Afryki, Czad, Wybrzeże Kości Słoniowej, Etiopia, Ghana, Mali, Mauretania, Niger, Nigeria, Senegal, Sudan, Togo i Uganda. Uznane za wolne od drakunkulozy zostały: Botswana, Seszele i Zimbabwe. Dokładnemu nadzorowi epidemiologicznemu zostaną poddane: Gambia, Gwinea i Gwinea-Bissau, których władze sanitarne deklarują brak zachorowań.

Ostatnie przypadki drakunkulozy w obu Amerykach notowano w minionym stuleciu. Obecnie za wolne od choroby uważa się: Barbados, Brazylię, Boliwię, Kolumbię, Kanadę, Kubę, Dominikanę, Trynidad, Tobago, Salwador, Grenadę, Meksyk, Nikaragę, Jamajkę, Panamę.

W krajach arabskich basenu Morza Śródziemnego choroba występuje jedynie w Sudanie (70 tysięcy przypadków w pierwszych 11 miesiącach 1997 r.) i w Jemenie (7 chorzych w pierwszych 9 miesiącach). Oficjalnie wolnymi od choroby są: Egipt, Bahrajn, Cypr, Irak, Jordania, Kuwejt, Liban, Oman, Katar, Syria, Zjednoczone Emiraty Arabskie, Tunezja. Komisja WHO bada sytuację w Maroku i Dżibuti.

Od lat 30-tych dwudziestego wieku nie stwierdza się drakunkulozy w Europie i krajach Wspólnoty Niepodległych Państw. Wyjątkiem są Turkmenia i Uzbekistan, gdzie endemiczne występowanie choroby notowano jeszcze w pierwszej połowie tego stulecia. Za wolną od drakunkulozy nie uznano również Turcji, której sytuacja epidemiologiczna jest obecnie wyjaśniana przez WHO.

W Azji Południowo-Wschodniej drakunkulozę stwierdzano jedynie w Indiach. Ostatnie 9 przypadków choroby zanotowano tam w 1996 r. Bangladesz, Bhutan, Indonezja, Malediwy, Nepal i Sri Lanka są uznane wolnymi od drakunkulozy. Trwają badania sytuacji epidemiologicznej w Tajlandii. Za wolne od choroby uważa się także Wyspy Cooka, Mongolię, Papuę-Nową Gwineę, Singapur, Wyspy Salomona, Fidzi, Japonię, Laos, Malesję, Mikronezję, Filipiny, Koreę, Samoa, Wyspy Tonga, Wietnam, Guam, Hongkong, Makau.

Specjalna podkomisja powołana przez Komisję WHO do spraw eradykacji drakunkulozy bada możliwość transmisji odzwierzęcej 3 sporadycznych przypadków stwierdzonych na terenach wolnych od choroby (Korea 1926, Japonia 1986, Chiny 1995) u osób, które nie opuszczały swoich krajów.

na podstawie "Wkly Epid.Rec." (1998,10,68-70)
opracowała Jolanta Sitarska-Gołębiowska

"Meldunki" opracowuje zespół: Ewa Cielebak, Mirosław P. Czarkowski (red. odp.), Barbara Kondej, Ewa Stępień, Jadwiga Żabicka (koment.); tel. (022) 49-77-02 lub c. (022) 49-40-51 do 7 w. 210; tlx 816712; fax (022) 49-74-84.

