

Meldunek 5/B/98

o zachorowaniach na choroby zakaźne, zatruciach i zakażeniach szpitalnych zgłoszonych w okresie od 16.05 do 31.05.1998 r.

Jednostka chorobowa (symbole wg "Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych" ICD-10)	Meldunek 5/B		Dane skumulowane	
	16.05.98. do 31.05.98.	16.05.97. do 31.05.97.	1.01.98. do 31.05.98.	1.01.97. do 31.05.97.
Choroba wywołana przez ludzki wirus upośl.odp.: ogółem (B20-B24)	1	1	28	53
Dur brzuszny (A01.0)	-	2	1	2
Dury rzekome A.B.C. (A01.1-A01.3)	-	-	1	2
Salmonelozы: ogółem (A02)	1552	1241	7446	6533
Czerwonka bakteryjna /szigelozа/ (A03)	24	6	266	83
Biegunki u dzieci do lat 2: ogółem (A04; A08; A09)	675	888	5606	8689
Tężec: ogółem (A33-A35)	-	2	9	9
Błonica (A36)	-	-	-	-
Krztusiec (A37)	147	29	1809	276
Szkarlatyna /płonica/ (A38)	828	1028	10083	10531
Zapalenie opon mózgowych: razem	94	72	983	989
w tym: meningokokowe (A39.0)	4	11	63	69
wywołane przez <i>Haemophilus influenzae</i> (G00.0)	3	2	41	33
inne bakteryjne, określone i nie określone (G00.1-G00.9)	44	28	391	445
wirusowe, określone i nie określone (A87; B00.3; B02.1)	39	25	415	369
inne i nie określone (G03)	4	6	73	73
Zapalenie mózgu: razem	12	10	166	163
w tym: meningokokowe i inne bakteryjne (A39.8; G04.2)	2	-	34	28
wirusowe, przenoszone przez kleszcze (A84)	2	-	9	5
inne wirusowe, określone (A83; A85; B00.4; B02.0; B25.8)	1	-	19	14
wirusowe, nie określone (A86)	4	6	62	53
poszczepienne (G04.0)	-	-	-	-
inne i nie określone (G04.8-G04.9)	3	4	42	63
Riketsjozy: ogółem (A75-A79)	-	-	-	-
Ostre nagminne porażenie dziecięce (A80)	-	-	-	-
Ospa wietrzna (B01)	6906	7541	92004	92261
Odra (B05)	196	21	1740	193
Różyczka: ogółem (B06; P35.0)	3105	14196	27610	93231
Wirusowe zap. wątroby: typu A (B15)	66	105	950	2493
typu B (B16; B18.0-B18.1)	162	247	1698	2117
typu C (B17.1; B18.2)	71	31	638	310
typu B+C (B16; B18.0-B18.1 + B17.1; B18.2)	9	6	50	20
inne i nieokreśl.(B17.0;B17.2-.8;B18.8-.9;B19)	20	31	257	422
Świnka /nagminne zapalenie przyusznicy/ (B26)	12009	3207	104730	26763
Włośnica (B75)	1	-	22	11
Świerzb (B86)	391	414	7561	7968
Grypa: ogółem (J10; J11)	1073	236	768147	1574379
Bakteryjne zatrucia pokarmowe: razem	1649	1386	8552	7728
w tym: salmonelozы (A02.0)	1548	1239	7418	6520
gronkowcowe (A05.0)	-	-	67	7
jadem kiełbasianym /botulizm/ (A05.1)	7	1	25	24
wywołane przez <i>Clostridium perfringens</i> (A05.2)	-	-	-	-
inne określone (A05.3-A05.8)	8	6	59	47
nie określone (A05.9)	86	140	983	1130
Zatrucia naturalnie toksycznym pokarmem: ogółem (T62)	7	2	12	7
w tym: grzybami (T62.0)	7	2	10	4
Inne zatrucia: ogółem (T36-T60; T63-T65)	430	259	3735	3575
w tym: pestycydami (T60)	8	12	35	40
lekami, prep.farmakologicznymi i subst.biolog. (T36-T50)	234	148	2109	1900
Zakażenia szpitalne - objawowe i bezobjawowe: ogółem	58	66	641	1244
w tym: na oddziałach noworodkowych i dziecięcych	24	22	200	450
następstwa zabiegów medycznych	19	35	191	307
wywołane pałeczkami <i>Salmonella</i>	12	3	45	116
Ostre porażenia wiotkie u dzieci (0-14 lat)	3	.	13	.

Zachorowania zgłoszone w okresie 16-31.05.1998 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	1	-	-	1552	24	675	-	147	828	94	4	12	2
1. St.warszawskie	-	-	-	77	1	45	-	19	44	5	-	-	-
2. Białkopodlaskie	-	-	-	5	-	2	-	-	9	1	1	-	-
3. Białostockie	-	-	-	12	-	15	-	23	6	3	-	2	2
4. Bielskie	-	-	-	14	-	24	-	-	57	5	1	-	-
5. Bydgoskie	-	-	-	27	-	23	-	-	47	3	1	2	-
6. Chełmskie	-	-	-	17	-	9	-	-	5	-	-	-	-
7. Ciechanowskie	-	-	-	18	-	1	-	-	4	1	-	-	-
8. Częstochowskie	-	-	-	20	-	15	-	2	12	3	-	-	-
9. Elbląskie	-	-	-	20	-	4	-	-	16	1	-	-	-
10. Gdańskie	-	-	-	38	-	32	-	-	18	4	-	-	-
11. Gorzowskie	-	-	-	20	-	3	-	1	4	2	-	1	-
12. Jeleniogórskie	-	-	-	22	-	13	-	-	18	1	-	-	-
13. Kaliskie	-	-	-	72	-	15	-	-	6	3	-	-	-
14. Katowickie	1	-	-	50	-	34	-	1	135	9	-	-	-
15. Kieleckie	-	-	-	28	-	37	-	1	-	3	-	-	-
16. Konińskie	-	-	-	24	4	16	-	-	5	-	-	-	-
17. Koszalińskie	-	-	-	30	-	3	-	-	17	1	-	-	-
18. M.krakowskie	-	-	-	18	-	13	-	1	38	-	-	-	-
19. Krośnieńskie	-	-	-	33	-	11	-	-	9	-	-	-	-
20. Legnickie	-	-	-	46	-	7	-	-	6	1	-	-	-
21. Leszczyńskie	-	-	-	16	-	12	-	-	14	1	-	-	-
22. Lubelskie	-	-	-	33	-	17	-	-	3	1	-	-	-
23. Łomżyńskie	-	-	-	29	-	8	-	1	7	1	-	-	-
24. M.łódzkie	-	-	-	27	-	12	-	49	14	1	-	-	-
25. Nowosądeckie	-	-	-	13	-	7	-	-	8	1	-	-	-
26. Olsztyńskie	-	-	-	106	-	18	-	-	5	1	-	-	-
27. Opolskie	-	-	-	14	-	5	-	1	24	5	-	-	-
28. Ostrołęckie	-	-	-	10	-	-	-	2	4	1	-	-	-
29. Piłskie	-	-	-	32	-	5	-	3	6	-	-	-	-
30. Piotrkowskie	-	-	-	8	-	8	-	1	17	-	-	-	-
31. Płockie	-	-	-	29	-	4	-	-	5	-	-	-	-
32. Poznańskie	-	-	-	44	-	51	-	7	56	3	-	4	-
33. Przemyskie	-	-	-	29	17	18	-	-	5	1	1	1	-
34. Radomskie	-	-	-	9	-	9	-	3	16	2	-	-	-
35. Rzeszowskie	-	-	-	44	-	6	-	4	7	2	-	-	-
36. Siedleckie	-	-	-	23	-	8	-	2	6	2	-	-	-
37. Sieradzkie	-	-	-	15	-	4	-	7	5	-	-	-	-
38. Skierniewickie	-	-	-	22	-	-	-	-	6	1	-	-	-
39. Słupskie	-	-	-	16	-	5	-	-	1	2	-	-	-
40. Suwalskie	-	-	-	52	-	5	-	1	10	3	-	-	-
41. Szczecińskie	-	-	-	18	-	12	-	-	58	5	-	-	-
42. Tarnobrzeskie	-	-	-	56	1	31	-	-	11	3	-	1	-
43. Tarnowskie	-	-	-	32	-	17	-	-	9	3	-	-	-
44. Toruńskie	-	-	-	147	1	9	-	-	17	1	-	-	-
45. Wałbrzyskie	-	-	-	11	-	16	-	3	15	2	-	-	-
46. Włocławskie	-	-	-	19	-	11	-	-	5	2	-	1	-
47. Wrocławskie	-	-	-	41	-	26	-	15	32	2	-	-	-
48. Zamojskie	-	-	-	21	-	24	-	-	2	1	-	-	-
49. Zielonogórskie	-	-	-	45	-	5	-	-	4	1	-	-	-

Zachorowania zgłoszone w okresie 16-31.05.1998 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	6906	196	3105	162	166	12009	1	391	1073	1649	7	430	58
1. St.warszawskie	257	1	487	10	24	473	-	-	-	77	-	1	1
2. Białkopodlaskie	61	-	33	-	1	39	-	22	-	5	-	4	-
3. Białostockie	169	3	40	1	6	108	-	14	-	13	-	16	-
4. Bielskie	184	2	67	6	3	343	-	2	-	14	-	4	8
5. Bydgoskie	102	-	23	4	1	322	-	10	35	35	-	28	1
6. Chełmskie	32	1	138	3	-	183	-	7	-	17	-	-	-
7. Ciechanowskie	67	-	11	4	1	178	-	1	-	18	-	-	-
8. Częstochowskie	183	7	74	2	1	300	-	8	-	23	-	5	1
9. Elbląskie	106	-	16	3	1	98	-	24	-	23	-	2	-
10. Gdańskie	195	9	30	2	10	355	-	4	34	48	-	10	-
11. Gorzowskie	78	-	30	2	1	438	-	13	-	20	-	25	-
12. Jeleniogórskie	132	5	30	1	4	187	-	12	29	22	-	2	-
13. Kaliskie	136	-	32	3	1	140	-	4	108	72	-	6	-
14. Katowickie	1008	47	196	36	22	1089	-	40	54	59	-	3	1
15. Kieleckie	165	-	100	4	7	358	-	10	-	36	-	20	1
16. Konińskie	96	-	5	-	-	226	-	2	-	27	-	1	-
17. Koszalińskie	109	36	3	1	12	127	-	3	-	35	-	1	14
18. M.krakowskie	322	31	62	15	8	381	-	1	-	33	-	10	-
19. Krośnieńskie	85	1	7	1	-	253	-	7	-	40	-	8	-
20. Legnickie	200	1	10	-	3	279	-	29	-	47	-	1	11
21. Leszczyńskie	53	-	53	1	-	189	-	2	-	17	-	2	-
22. Lubelskie	140	11	143	-	-	333	-	1	-	33	-	15	-
23. Łomżyńskie	48	-	20	2	2	46	-	19	-	29	-	-	-
24. M.łódzkie	174	-	38	7	6	761	-	8	-	30	-	166	1
25. Nowosądeckie	104	-	19	1	2	97	-	3	323	13	-	2	-
26. Olsztyńskie	128	-	14	-	-	268	-	8	-	106	-	6	-
27. Opolskie	334	-	35	2	1	299	-	2	82	14	-	1	2
28. Ostrołęckie	77	-	28	1	-	105	-	5	-	10	-	5	-
29. Piłskie	83	3	8	8	2	219	-	4	1	33	-	-	5
30. Piotrkowskie	134	8	42	2	1	263	-	12	-	8	-	6	-
31. Płockie	49	-	40	1	-	107	-	5	-	29	-	-	-
32. Poznańskie	316	3	59	2	3	438	-	7	6	45	-	1	5
33. Przemyskie	36	-	1	-	-	64	-	3	-	29	-	2	-
34. Radomskie	95	-	294	8	5	240	-	5	345	9	-	3	-
35. Rzeszowskie	112	-	9	-	-	257	-	2	-	44	-	4	-
36. Siedleckie	67	1	122	2	1	157	-	12	-	25	-	1	-
37. Sieradzkie	60	-	43	1	3	139	-	-	-	15	-	-	-
38. Skierniewickie	16	-	48	-	-	281	-	2	-	22	-	-	-
39. Słupskie	64	4	8	1	6	86	1	4	-	16	-	11	-
40. Suwalskie	66	-	4	4	-	171	-	5	-	54	-	3	4
41. Szczecińskie	206	1	85	3	5	268	-	5	-	30	-	5	-
42. Tarnobrzesckie	82	3	30	3	2	240	-	9	-	56	-	8	3
43. Tarnowskie	135	-	6	3	1	170	-	-	-	32	-	-	-
44. Toruńskie	52	1	23	4	6	97	-	21	51	147	-	4	-
45. Wałbrzyskie	124	1	19	2	-	101	-	1	-	11	-	16	-
46. Włocławskie	81	-	104	1	-	97	-	11	-	19	-	6	-
47. Wrocławskie	238	2	151	4	11	421	-	9	-	43	-	1	-
48. Zamojskie	58	-	233	-	2	122	-	11	5	21	-	8	-
49. Zielonogórskie	87	14	32	1	1	96	-	2	-	45	7	7	-

Chorzy nowozarejestrowani w poradniach gruźlicy i chorób płuc podległych Ministerstwu Zdrowia i Opieki Społecznej¹ w I kwartale 1998 roku

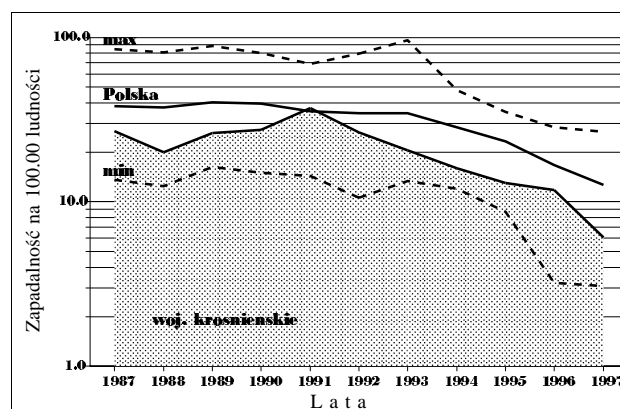
(dane Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc)

Województwo (St.- stołeczne M.- miejskie)	Wszystkie postacie gruźlicy	
	ogółem	w tym BK+
POLSKA	3078	1751
1. St. Warszawskie	232	112
2. Białkopodlaskie	38	28
3. Białostockie	44	25
4. Bielskie	49	25
5. Bydgoskie	65	40
6. Chełmskie	21	18
7. Ciechanowskie	45	21
8. Częstochowskie	68	44
9. Elbląskie	48	27
10. Gdańskie	98	63
11. Gorzowskie	40	13
12. Jeleniogórskie	60	35
13. Kaliskie	77	32
14. Katowickie	313	151
15. Kieleckie	107	47
16. Konińskie	54	37
17. Koszalińskie	33	20
18. M. krakowskie	59	51
19. Krośnieńskie	39	29
20. Legnickie	40	28
21. Leszczyńskie	20	9
22. Lubelskie	103	61
23. Łomżyńskie	24	10
24. M. łódzkie	111	65
25. Nowosądeckie	48	28
26. Olsztyńskie	71	29
27. Opolskie	86	59
28. Ostrołęckie	43	19
29. Piłskie	26	15
30. Piotrkowskie	75	38
31. Płockie	64	30
32. Poznańskie	70	56
33. Przemyskie	29	19
34. Radomskie	65	41
35. Rzeszowskie	73	41
36. Siedleckie	95	52
37. Sieradzkie	28	20
38. Skierniewickie	35	25
39. Słupskie	35	16
40. Suwalskie	34	26
41. Szczecińskie	48	32
42. Tarnobrzeskie	51	22
43. Tarnowskie	39	21
44. Toruńskie	52	36
45. Wałbrzyskie	76	34
46. Włocławskie	23	15
47. Wrocławskie	41	28
48. Zamojskie	50	34
49. Zielonogórskie	33	24

Sytuacja epidemiologiczna wzw typu B w woj. krośnieńskim¹

W ostatnim dziesięcioleciu na terenie województwa krośnieńskiego obserwowano systematyczną poprawę sytuacji epidemiologicznej wirusowego zapalenia wątroby typu B. Odnotowano znaczący (4-krotny) spadek zapadalności z 26,9 zachorowań na 100 tysięcy ludności w roku 1987 do 6,1 zachorowań na 100 tys. w roku 1997.

W latach 1987-1997 zapadalność w województwie krośnieńskim kształtowała się korzystniej niż zapadalność w kraju z wyjątkiem roku 1991, w którym odnotowano w stosunku do lat ubiegłych wzrost zapadalności do 37,2 przy wskaźniku krajowym 35,5.



Ryc. 1. Zapadalność na wzw B w woj. krośnieńskim w latach 1987-1997 w porównaniu z najniższą i najwyższą zapadalnością w innych województwach (min-max) oraz zapadalnością w całej Polsce.

W latach 1991-1994 wyższa zapadalność utrzymywała się wśród mieszkańców miast, od roku 1995 zapadalność w obu środowiskach była zbliżona. W całym analizowanym okresie wyższą zapadalność notowano wśród mężczyzn niż wśród kobiet. Korzystne trendy spadkowe dotyczyły obu płci: średnia zapadalność wśród mężczyzn obniżyła się z 40,8 do 8,8 zachorowań na 100 tys., wśród kobiet z 31,6 do 3,5 zachorowań na 100 tys. Najwyższą zapadalność notowano wśród mężczyzn powyżej 60 roku życia, wśród kobiet w przedziałach wiekowych 20-29, 30-39, 50-59. Niską zapadalność rejestrowano w populacji dziewcząt i chłopców do 19 roku życia.

Kontynuowane w latach 1991-1997 badania przesiewowe w kierunku nosicielstwa antygenu HBs wśród mieszkańców woj. krośnieńskiego wskazują na utrzymywanie się wysokiego odsetka (4,7-2,3%) zakażeń bezobjawowych. Nosicielstwo antygenu HBs wśród badanych kobiet ciężarnych wynosiło w analizowanym okresie 0,8-1,3%. Po raz pierwszy w roku 1997 nie rejestrowano zakażeń bezobjawowych wśród ciężarnych.

W ogniskach zachorowań na wzw B w latach 1991-1997 średnio w 55% zachorowań wykazano związek czasowo-przyczynowy pomiędzy zachorowaniem a wcześniejszym (do 6 miesięcy) poddaniem chorych zabiegom związanym z naruszeniem ciągłości tkanek w zakładach służby zdrowia. Wśród osób poddanych zabiegom medycznym 69-87% stanowili pacjenci leczenia w placówkach lecznictwa zamkniętego woj. krośnieńskiego, 13-30% zakażeń wiązało się z zabiegami wykonanymi poza województwem. W latach 1991-1997 najliczniejszą grupę stanowili chorzy wskazujący naruszenie ciągłości tkanek drogą iniekcji i poboru krwi do badań diagnostycznych. Na przestrzeni analizowanego okresu w skali województwa obserwowano powolny

¹ Bez PKP, MON i MSW.

spadek zachorowań związanych z tą drogą ekspozycji. Drugą znaczącą grupę stanowili pacjenci poddani zabiegom operacyjnym. W tej grupie chorych odnotowano od 1994 r. istotny spadek zakażeń. Na niskim poziomie utrzymywały się zakażenia związane z zabiegami stomatologicznymi, kontaktem z nosicielem antygeny HBs, leczeniem krwią i preparatami krwiopochodnymi.

Signalizowany we wstępie wzrost zapadalności na wzv B w roku 1991 związany był przede wszystkim z rejestrowaniem zachorowań wśród pacjentów hospitalizowanych w oddziałach: chirurgicznym, pulmonologicznym, wewnętrznym i neurologicznym. W kolejnych latach odnotowywano systematyczny spadek zakażeń. W latach 1993-1997 w skali województwa więcej zakażeń rejestrowano wśród pacjentów oddziałów wewnętrznych i innych zachowawczych niż wśród pacjentów oddziałów typowo zabiegowych.

Korzystny wpływ na spadek zakażeń HBV związanych z ekspozycją w placówkach służby zdrowia woj. krośnieńskiego w latach 1991-1997 miały:

Wprowadzone zmiany na odcinku stosowanych procedur sterylizacyjnych i dezynfekcyjnych: • wyeliminowanie sterylizacji ciepłem suchym sprzętu zabiegowego w oddziałach zabiegowych i zachowawczych, doposażenie oddziałów w sterylizatory na ciepło wilgotne; • rozszerzenie asortymentu sprzętu sterylizowanego centralnie przy jednoczesnym wprowadzeniu nowoczesnych opakowań sterylizacyjnych (pakiety, rękawy papierowo-foliowe zawierające jednorazowe zestawy zabiegowe); • wprowadzenie sterylizacji niskotemperaturowej (7 aparatów); • objęcie monitoringiem chemicznym w oparciu o testy wieloparametrowe i zintegrowane oraz biologicznym w ramach kontroli wewnątrzoddziałowej wszystkich urządzeń; • wdrożenie nowoczesnych procedur obróbki przedsterylizacyjnej sprzętu zabiegowego (myjnie automatyczne) w centralnej sterylizacji a w odcinkach zabiegowych w oparciu o środki dezynfekcyjne o szerokim spektrum działania; • wyeliminowanie stosowanej praktyki resterylizacji sprzętu jednorazowego (igły punkcyjne, igły biopsyjne, nożyki itp); • podnoszenie kwalifikacji i wiedzy personelu z zakresu dezynfekcji, sterylizacji i higieny szpitalnej (kursy, szkolenia), powołanie w szpitalach etatowych pracowników (z wyższym wykształceniem) d/s zwalczania zakażeń szpitalnych.

Podjęte działania na rzecz ochrony pacjenta: • zmniejszenie ponadnormatywnego obciążenia oddziałów; • zmiany organizacyjne w odcinkach zabiegowych o/zachowawczych (wydzielenie strony czystej i strony brudnej), wyposażenie odcinków w zestawy dozownikowe do mycia i dezynfekcji rąk z użyciem właściwych preparatów, pełne zabezpieczenie w jednorazowe rękawiczki; • wprowadzenie szerokiego asortymentu sprzętu zabiegowego stosowanego jednorazowo - zorganizowanie jednolitych systemów zbiórki zużytego sprzętu i usuwania odpadów zanieczyszczonych materiałem biologicznym; • wprowadzenie nowoczesnych rozwiązań w pralniach szpitalnych, uruchomienie pralni z barierą higieniczną (2 placówki); • w okresie wzrostu zachorowań (1991) wprowadzenie obowiązkowych badań w kierunku antygeny HBs przy przyjęciu na oddział oraz przed planowanymi zabiegami operacyjnymi - zabezpieczenie wydzielonych zestawów operacyjnych i zabiegowych dla pacjentów z HBs(+); • od roku 1992 sukcesywne wdrażanie profilaktyki szczepiennej wobec osób przygotowywanych do zabiegów operacyjnych (liczba zaszczepionych w latach: 1992 - 11, 1993 - 184, 1994 - 442, 1995 - 718, 1996 - 2.988 i 1997 - 5.911).

W wyniku realizowanej profilaktyki szczepiennej wśród pracowników służby zdrowia systematycznie spada liczba

zakażeń zawodowych. Średnio rocznie rejestrowane są w skali województwa 2-4 przypadki zakażeń wzv B, głównie wśród pielęgniarek i personelu pomocniczego. W latach 1991-1997 uodporniono przeciw wzv B 79,6% pracowników służby zdrowia i 97,0% uczniów szkół medycznych.

Realizowany w ramach nadzoru sanitarnego monitoring biologiczny wykazał w latach 1996-1997 wzrost odsetka nieprawidłowo przebiegających cykli sterylizacji, głównie w urządzeniach na ciepło wilgotne w placówkach lecznictwa zamkniętego i otwartego. Sytuację tę należy wiązać z większą eksploatacją urządzeń wskutek ograniczenia wykorzystania sterylizatorów na ciepło suche. Równocześnie odnotowano dalszy korzystny spadek odsetka nieprawidłowo sporządzonych roztworów roboczych środków dezynfekcyjnych.

Wnioski

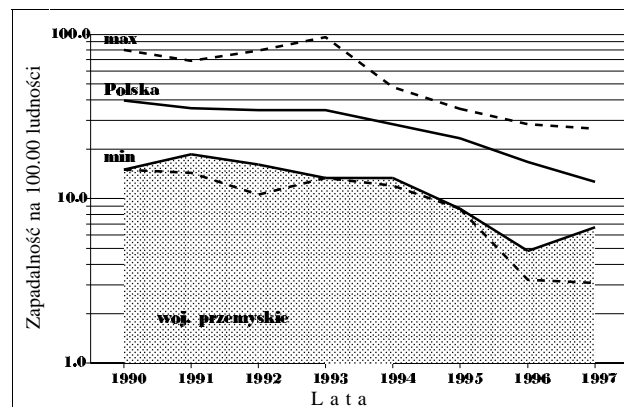
1. Kontynuować działania na rzecz poprawy skuteczności dezynfekcji i sterylizacji (wycofać z eksploatacji urządzenia nie gwarantujące prawidłowości procesów).
2. Realizować profilaktykę szczepienną wobec osób ekspozycyjnych na zakażenie.
3. Zorganizować jednolity (dla całego województwa) system monitorowania i rejestracji zakażeń szpitalnych umożliwiający współpracę i wymianę informacji pomiędzy rejonami profilaktyczno-leczniczymi, w celu ustalenia rzeczywistej drogi i źródła zakażenia.

* Skróc opracowania przygotowanego na kurs "Aktualne zagadnienia epidemiologiczne kraju" (PZH, Warszawa 20-24.04.1998 r.). Rycina red.

mgr Barbara Leśniak
WSSE w Krośnie

Sytuacja epidemiologiczna wzv typu B w woj. przemyskim*

Zapadalność na wzv typu B w województwie przemyskim utrzymuje się na poziomie znacznie niższym niż w całej Polsce i do 1996 r. wykazywała wyraźną tendencję zniżkową. Po spadku o 34,7% w 1995 r. i 44,6% w 1996 r., w roku 1997 nastąpił jednak w województwie wzrost zachorowań o 39,7%; niemniej nadal - w porównaniu z innymi województwami - zapadalność była jedną z najniższych w kraju: 6,7 na 100 tys. ludności (ryc.1). Zachorowania na wzv typu B w województwie przemyskim stanowiły w 1997 r. 78% ogółu zachorowań na wzv.



Ryc. 1. Zapadalność na wzv B w woj. przemyskim w latach 1990-1997 w porównaniu z najniższą i najwyższą zapadalnością w innych województwach (min-max) oraz zapadalnością w całej Polsce.

W 1997 r. nie zarejestrowano w województwie zachoro-

wań na wzw typu B wśród dzieci, młodzieży i osób dorosłych do 24 roku życia. Zapadalność mężczyzn przekraczała zapadalność wśród kobiet, przy czym najwyższe współczynniki zarejestrowano wśród mężczyzn w grupie wieku 55-59 lat (34,1/100 tys.; w 1996 r. - 45,4). Ta sytuacja ukształtowała się w związku z zaszczepieniem pracowników służby zdrowia, zwłaszcza kobiet - pielęgniarek i salowych, oraz większym zainteresowaniem szczepieniami przed zabiegami medycznymi ludności w młodszych grupach wiekowych oraz płci żeńskiej. Zapadalność w mieście przekroczyła 2-krotnie zapadalność na wsi.

Korzystna - w porównaniu z innymi województwami - sytuacja epidemiologiczna wzw B w woj. przemyskim związana jest z: • uznaniem zapobiegania i zwalczania wzv jako priorytetowego w bieżącej pracy działu epidemiologii; • dostępnością na wszystkich stanowiskach pracy gumowych rękawic ochronnych; • udzielaniem instruktażu podczas każdej kontroli jak praktycznie, prawidłowo i bezpiecznie zachowywać się w kontakcie z pacjentem; • wymianą sterylizatorów na suche gorące powietrze do sterylizacji sprzętu na aparaty na parę wodną w nadciśnieniu (w 1997 r. uzyskano na 1 aparat na parę wodną 3,7 aparatu na suche powietrze, w 1993 r. było 1/6,1); • zaopatrzeniem w mydło i płyny dezynfekcyjne w dozownikach 80% stanowisk do chirurgicznego mycia rąk; • stałym spadkiem zakwestionowanych prób środków dezynfekcyjnych (w 1993 r. - 13,3%, w 1997 r. - 4,3%) oraz mikrobiologicznej kontroli skuteczności procesów sterylizacji (w 1993 r. - 1,1%, w 1997 r. - 0,41%); • sterylizacją sprzętu medycznego na oddziałach zabiegowych wykonywaną w 100% w aparatach na parę wodną w nadciśnieniu; • wykonywaniem szczepień - mimo dużych oporów, zwłaszcza wśród pracowników służby zdrowia, w 1997 r.: uzyskano wskaźnik 82,3% zaszczepionych pracowników służby zdrowia i 95,4% zaszczepionych uczniów szkół medycznych; zaszczepiono 7.098 osób przed zabiegami medycznymi (w 1996 r. - 2.814); uzupełniano szczepienia osób ze styczności z nosicielem - w 1997 r. zaszczepiono 1.068 takich osób.

Ponadto wprowadzone działania (własna krew opracowana, badania Ag HBs, szczepienia) przed przyjęciem pacjentów z naszego województwa na zabiegi specjalistyczne w ośrodkach Krakowa, Warszawy itd., prawie całkowicie wyeliminowały przypadki zachorowań importowane spoza województwa przemyskiego.

Wszystkie ww. działania będą również kontynuowane w 1998 roku.

* Skróc opracowania przygotowanego na kurs "Aktualne zagadnienia epidemiologiczne kraju" (PZH, Warszawa 20-24.04.1998 r.). Rycina red.

lek. wet. Maria Malinowska
WSSE w Przemysku

Nawrót odry

W Szwajcarii na podstawie badań sieciowych (Sentinel system) stwierdzono, że nastąpił znaczny spadek zachorowań na odrę ze wskaźnika 1,45 przypadków na 1 lekarza w 1988 roku do 0,23 w 1995 r. W 1996 r. poczynając od 44 tygodnia wzrosła gwałtownie liczba zachorowań na odrę - w okresie od 44 do 52 tygodnia wystąpiło 65% wszystkich zachorowań zarejestrowanych w tym roku.

Do 19 tygodnia 1997 r. liczba zachorowań na odrę nadal wzrastała i była 10-krotnie wyższa niż w odpowiednim okresie poprzedniego roku. Spośród 231 przypadków rozpoznanych klinicznie potwierdzono 65,6%. Najwięcej zacho-

rowań (39%) dotyczyło grupy wieku 5-9 lat. Z 72 przypadków zarejestrowanych w największym ognisku - 93% było nie szczepionych, a 94% chorych było w wieku poniżej 15 roku życia.

Powikłania w przebiegu odry wystąpiły tylko u osób nieszczepionych i dotyczyły 7,9% przypadków (1 przypadek zapalenia mózgu, 7 przypadków zapalenia ucha środkowego, 4 przypadki zapalenia oskrzeli i płuc i 1 odczyn oporności). W 1996 i 1997 r. kliniczne rozpoznanie potwierdzono u 44% chorych, wykrywając przeciwciała w klasie IgM.

Komentarz i podsumowanie

Od 1986 r. obserwowano znaczny spadek liczby rejestrowanych zachorowań na odrę, niewątpliwie związany z intensyfikacją szczepień. Nie spełniły się obawy o przesunięcie zachorowań na starsze grupy wieku, w których odsetek szczepionych był niewielki. Przy przeciętnym odsetku zaszczepienia przeciw odrze 80-85%, zachorowania osób szczepionych stanowiły tylko 16% ogółu przypadków odry, co świadczy o wysokiej skuteczności przeprowadzonej akcji szczepień (ok. 95%).

Pod koniec 1996 r. system badań sieciowych zarejestrował wyraźny nawrót odry, który wykazał, że odra nie została wyeliminowana i że przy obecnym poziomie zaszczepienia 80-85% można liczyć się z wystąpieniem epidemii.

W przebiegu odry mogą wystąpić powikłania. Np. w Nowej Zelandii w 1997 r. hospitalizowano 5,4% chorych z powikłaniami (19 przypadków z 353). W Niemczech w 1996 r. na obozie letnim zachorowało 29 osób w wieku od 13 do 19 lat, wśród których jeden chory zmarł z powodu zapalenia mózgu, a u 2 chorych wystąpiła odra krwotoczna. Przeciętnie w krajach na tej samej szerokości geograficznej można oczekiwać, że wystąpi przyrodowe zapalenie mózgu w 1 przypadku na 1.000 do 2.000 zachorowań na odrę oraz że wystąpi 45 przypadków powikłań ze strony układu oddechowego na 1.000 zachorowań na odrę.

Podanie drugiej dawki szczepionki może w niewielkim stopniu zmienić sytuację epidemiologiczną. Pierwszeństwo powinno mieć objęcie szczepieniem wszystkich dzieci pojedynczą dawką szczepionki przeciw odrze, śwince i różyczce.

na podstawie "Wkly Epid.Rec." (1998,73,137-139)
opracowała Danuta Naruszewicz-Lesiuk

Wirus odry i choroba Crohna - czy istnieje związek przyczynowy

W 1993 roku w Wielkiej Brytanii ogłoszono doniesienie o występowaniu cząstek przypominających wirus odry w tkance jelitowej ludzi chorych na przewlekłe zapalenie jelit (chronic inflammatory bowel disease) znane jako choroba Crohna (CIBD). Przeprowadzono szereg badań, które miały na celu wykazanie związku między CIBD a zakażeniem wywołanym przez dzikie lub szczepionkowe szczepy wirusa odry. Problem nabrał szczególnego znaczenia, zwłaszcza w świetle dwudawkowego programu szczepień przeciw odrze z objęciem dzieci szkolnych, który został podjęty w kilku kanadyjskich prowincjach.

Jak wiadomo wirus odry jest w stanie stale zakażać *in vitro* niektóre linie komórkowe. Ponadto stwierdzono utrzymywanie się wirusa odry w zmienionej formie u chorych z podostym stwardniającym zapaleniem mózgu. Wirus odry ma genetycznie uwarunkowaną zdolność do dłuższego utrzymywania się u niektórych ludzi i wyzwalania się w postaci

podostrego stwardniającego zapalenia mózgu (SSPE). Ryzyko tego stanu chorobowego jest odwrotnie proporcjonalne do wieku i im młodsze dziecko tym większe ryzyko SSPE po zachorowaniu na odrę. Wydaje się, że częstość występowania SSPE maleje w miarę realizacji programu szczepień przeciw odrze. Natomiast daje się zauważyć wzrost występowania choroby Crohna i dlatego postuluje się, że mechanizmy powstawania tych stanów chorobowych są różne. W trakcie odry zakażeniu ulegają tkanki jelitowe z uwzględnieniem *epithelium*, *endothelium* i węzłów chłonnych, a zakażenie może być objawowe. Nie wiadomo czy takie zakażenia występują po szczepieniu, choć jest to możliwe nawet w sposób bezobjawowy. Z badań przeprowadzonych *in vitro* wynika, że tropizm dzikich i atenuowanych wirusów jest jednakowy.

Przeprowadzono cztery badania epidemiologiczne zmierzające do ustalenia związków między zachorowaniami na odrę, a przewlekłym naciekowym zapaleniem jelit.

W jednym badaniu przeanalizowano rejestry zachorowań na odrę w latach 1945-1954 na określonym terenie Szwecji, gdzie zidentyfikowano pięć epidemii odry. Zaobserwowano wzrost zachorowań na chorobę Crohna u dzieci urodzonych w ciągu trzech miesięcy po szczycie epidemii. Względne ryzyko oszacowano na 1,4. Z wyjątkiem dwóch przypadków nie udało się ustalić czy matki pielęgnujące niemowlęta zachorowały na odrę w perinatalnym okresie. Związku między zachorowaniami na odrę a *colitis ulcerosa* nie udało się ustalić.

W drugim badaniu poddano analizie kohortę ludzi szczepionych przeciw odrze szczepem Schwartza w wieku 10-24 miesiące i objętych badaniem efektywności szczepionki w 1964 r. Na 9.577 osób kwestionariusze zwróciło 3.545. W 19 przypadkach potwierdzono zapisami medycznymi chorobę Crohna lub *colitis ulcerosa*.

W trzecim badaniu przeprowadzonym w W. Brytanii przeanalizowano ankiety rozesłane do 16.875 ludzi chorych na CIBD z zapytaniem o datę urodzenia danej osoby oraz datę urodzenia wskazanej osoby kontrolnej. Ankietę zwróciło 21% osób z datami urodzenia między 1950 a 1968 rokiem. W tym czasie miało miejsce dziesięć epidemii odry. U żadnej osoby z CIBD i z grupy kontrolnej nie stwierdzono ekspozycji w czasie epidemii na zakażenie w okresie ciąży lub w pierwszym roku życia. Schemat badania był podobny jak w Szwecji, ale uzyskane wyniki były rozbieżne.

W czwartym badaniu porównano występowanie odry i choroby Crohna od 1940 do 1990 r. w trzech różnych rejonach W. Brytanii. Stwierdzono, że już od 1940 r. miał miejsce stopniowy wzrost występowania choroby Crohna, dawno przed wdrożeniem w 1968 r. programu szczepień przeciw odrze.

We wnioskach podkreślono, że w obecnej chwili żadne mikrobiologiczne i epidemiologiczne argumenty ani nie potwierdzają, ani nie negują hipotezy, że choroba Crohna i inne przewlekłe choroby naciekowe jelit mogą być wywołane wirusem takim jak odra. Obecnie trudno jest znaleźć grupę osób, która nie była narażona na zakażenie wirusem odry lub nie była objęta szczepieniami. W związku z tym znalezienie dowodów epidemiologicznych w tej sprawie będzie bardzo utrudnione. Bardziej konkretnych dowodów mogą dostarczyć badania mikrobiologiczne, a w szczególności wykazanie, że aktywny wirus odry jest obecny w zmianach chorobowych i że jest on odpowiedzialny za ich występowanie.

na podstawie "Wkly Epid.Rec." (1998,6,33-39)
opracował Wojciech Żabicki

Gorączka Doliny Rift (RVF) we wschodniej Afryce 1997-1998

Wirus RVF izolowano po raz pierwszy w Kenii w 1931 roku jako odzwierzęcy czynnik etiologiczny powodujący masowe poronienia i wysoką okołoporodową śmiertelność zwierząt na terenie sub-saharyjskiej Afryki. W latach 1977-78 rozszerzanie się choroby na tereny Egiptu dało w wyniku 18.000 zachorowań i 598 zgonów wśród ludzi, przy powszechnie występujących poronieniach wśród owiec i śmiertelności jagniąt.

Epizootie występują okresowo w następstwie intensywnych opadów i rozwoju komarów. Wysoki poziom wirerii u zwierząt sprzyja masowym zakażeniom komarów. Człowiek ponadto zakaża się drogą kontaktu z krwią i tkankami zakażonych zwierząt roślinożernych.

Choroba u człowieka zwykle przebiega łagodnie, jakkolwiek 1-2% zakażeń może przebiegać z objawami gorączki krwotocznej, zapalenia mózgu i zapaleniem siatkówki prowadzącym do utraty wzroku.

W połowie grudnia 1997 roku kenijskie Ministerstwo Zdrowia i ŚOZ w Nairobi otrzymały raport o 478 niewyjaśnionych zgonach w północno-wschodnim rejonie Kenii i w południowej Somalii.

Przebieg choroby charakteryzował się ostrym, gorączkowym początkiem z bólem głowy, krwawymi wypróżnieniami, wymiotami i krwawieniem z innych błon śluzowych. Lokalna służba zdrowia rejestrowała wysoki wskaźnik poronień oraz upadki zwierząt domowych z objawami krwotocznymi.

Tereny te były dotknięte wyjątkowo intensywnymi deszczami (60-100 × ponad normę), które rozpoczęły się pod koniec października 1997 roku i trwały do stycznia, powodując największą od 1961 roku powódź.

Wstępne wyniki badań materiałów od chorych (obecność IgM, izolacja wirusa, metoda PCR) wykazały zakażenie wirusem RVF.

W dniach 22-28 grudnia 1997, pomimo dużych odległości i powodzi, przeprowadzono rozeznanie sytuacji epidemiologicznej w okręgu Garissa (231.000 mieszkańców). Wykryto 170 przypadków zgonów z powodu "krwawej choroby". Pobrano krew do badania od 231 osób z objawami ciężkiej, gorączkowej choroby. Jako kryterium podejrzenia o zachorowanie na RVF przyjęto gorączkę i krwawienie z przewodu pokarmowego lub błon śluzowych.

Wśród 115 chorych odpowiadających tym kryteriom, 58% stanowili mężczyźni w wieku od 3-85 lat (średnio 30 lat), z których 27 przechodziło ostre zakażenie (wyniki badań serologicznych, izolacja wirusa). Wśród 116 osób, nie odpowiadających przyjętym kryteriom – 26 przebyło ostrą infekcję, 9 osób miało objawy neurologiczne, 5 – zaburzenia widzenia.

Chorzy podawali w wywiadzie ścisły kontakt z chorymi zwierzętami domowymi.

Dalsze przypadki zachorowań stwierdzono w centralnej (1), wschodniej (9) i Dolinie Rift (12) prowincjach Kenii.

Należy sądzić, że bardzo wysoki poziom opadów sprzyjał zarówno natężeniu jak i rozszerzaniu się zakażenia w samej Kenii jak i w krajach sąsiadujących (Somalia i Tanzania).

Jest to największa epizootia i epidemia RVF we wschodniej Afryce i Somalii – szacuje się, że tylko w północno-wschodnich prowincjach Kenii i południowej Somalii zakażonych było 89.000 ludzi.

Przypadki z objawami gorączki krwotocznej nie po

twierdzone obecnością wirusa RVF mogą być wynikiem niewłaściwego lub w niewłaściwym czasie pobrania materiału do badań bądź innego czynnika etiologicznego jako przyczyny ostrej choroby.

Służba weterynaryjna Kenii pobiera od zwierząt domowych krew do badania. Do badań wirusologicznych zebrano 3.180 egzemplarzy komarów, należących do 9-ciu rodzajów, z których 3 (*Anopheles coustani*, *Mansonia africana* i *Mansonia uniformis*) były wektorami wirusa w poprzednich ogniskach.

Problem RVF wymaga rozwiązań dotyczących szczepienia zwierząt, nadzoru zapobiegawczego nad ludźmi oraz badań entomologicznych na terenach wskazanych przez długoterminowe satelitarne prognozy pogody. Wczesne rozpoznanie choroby pozwoli na stosowanie współczesnej antywirusowej terapii.

na podstawie "Wkly Epid.Rec." (1998,15,105-109)
opracowała Danuta Seroka

Charakterystyka antygenowa wirusów grypy izolowanych w sezonie 1997-1998 i rekomendacje zmiany składu antygenowego szczepionek na następny sezon

W sezonie 1997-1998 wirusy podtypu A(H3N2) były izolowane w wielu krajach w ogniskach i od pojedynczych zachorowań na grype. Początkowo izolowane szczepy były bliskie antygenowo szczepowi szczepionkowemu A/Wuhan/359/95. Następnie wystąpił wzrost izolacji szczepów podobnych do A/Sydney/5/97. Równocześnie stwierdzono, że dotychczasowe szczepionki oparte o szczep A/Wuhan/359/95 wytwarzały przeciwciała dla szczepu A/Sydney/5/97 rzadziej i w niższych mianach.

Szczepy należące do podtypu A(H1N1) również były izolowane w szeregu krajów. Większość wirusów była podobna antygenowo do obecnego szczepu szczepionkowego A/Bayern/7/95. Izolaty zbliżone do A/Beijing/262/95 były dominujące na terenie Chin, jak również pojawiły się w różnych krajach na innych kontynentach. Dotychczasowe

szczepionki oparte o szczep A/Bayern/7/95 rzadziej wytwarzały przeciwciała dla szczepów A/Beijing/262/95 i w niższych mianach w odczynie zahamowania hemaglutynacji.

Szczepy należące do typu B izolowano od sporadycznych zachorowań w Afryce, Ameryce, Azji i w Europie. Ostatnie izolaty były podobne antygenowo do szczepów B/Beijing/184/93 z wyjątkiem niektórych izolatów z terenu Chin i Japonii, które były bliskie szczepom B/Beijing/243/97 lub B/Victoria/2/87. Dotychczasowe szczepionki oparte o szczep B/Harbin/7/94 wytwarzały przeciwciała dla szczepów B/Beijing/184/93 tak samo często i w podobnych mianach.

W związku z powyższym na następny sezon 1998-1999 rekomenduje się zmianę składu antygenowego szczepionek przeciw grypie, które winny być oparte o szczepy:

- A/Sydney/5/97 (H3N2),
- A/Beijing/262/95 (H1N1),
- B/Beijing/184/93.

Nadal nie ma dowodów wskazujących na rozprzestrzenienie poza administracyjną strefą Hong Kongu zachorowań wywołanych przez wirus grypy ptasiej H5N1. Pierwsze zachorowanie rozpoznano w maju 1997 r., a następne siedemnaście zachorowań stwierdzono w listopadzie i grudniu. Wszystkie zachorowania były potwierdzone laboratoryjnie, a ostatnie z nich wystąpiło 28 grudnia 1998 r. Stwierdzono równoległe występowanie zakażeń szczepami wirusa grypy H5N1 u drobiu, w tym u ptactwa sprzedawanego na targowiskach. Na podstawie dotychczas zebranych obserwacji wnioskuje się, że w niektórych sytuacjach może mieć miejsce przenoszenie zakażeń z drobiu na ludzi, ale transmisja zakażeń z człowieka na człowieka zdarza się rzadko.

W związku z powyższym centrala WHO stoi na stanowisku, że w obecnej chwili nie ma konieczności produkcji szczepionki przeciw grypie A(H5N1) do powszechnego stosowania. Centrala WHO uważa, że istniejąca sytuacja jest ściśle monitorowana. Tym nie mniej pracuje się nad charakterystyką szczepów referencyjnych oraz reagentów do standaryzacji szczepionki.

na podstawie "Wkly Epid.Rec." (1998,9,56-61)
opracował Wojciech Żabicki

