

Meldunek 8/A/98

o zachorowaniach na choroby zakaźne, zatruciach i zakażeniach szpitalnych zgłoszonych w okresie od 1.08 do 15.08.1998 r.

Jednostka chorobowa (symbole wg "Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych" ICD-10)	Meldunek 8/A		Dane skumulowane	
	1.08.98. do 15.08.98.	1.08.97. do 15.08.97.	1.01.98. do 15.08.98.	1.01.97. do 15.08.97.
Choroba wywołana przez ludzki wirus upośl.odp.: ogółem (B20-B24)	14	2	63	77
Dur brzuszny (A01.0)	-	-	1	3
Dury rzekome A.B.C. (A01.1-A01.3)	-	-	2	2
Salmonelozy: ogółem (A02)	1908	1294	16839	14088
Czerwonka bakteryjna /szigelozą/ (A03)	14	48	354	170
Biegunki u dzieci do lat 2: ogółem (A04; A08; A09)	503	762	8695	12568
Tężec: ogółem (A33-A35)	1	2	14	24
Błonica (A36)	-	-	-	-
Krztusiec (A37)	52	62	2195	568
Szkarlatyna /płonica/ (A38)	212	247	12759	13839
Zapalenie opon mózgowych: razem	155	217	1696	1719
w tym: meningokokowe (A39.0)	8	5	93	97
wywołane przez <i>Haemophilus influenzae</i> (G00.0)	3	5	58	58
inne bakteryjne, określone i nie określone (G00.1-G00.9)	40	38	583	656
wirusowe, określone i nie określone (A87; B00.3; B02.1)	95	159	846	782
inne i nie określone (G03)	9	10	116	126
Zapalenie mózgu: razem	20	31	258	288
w tym: meningokokowe i inne bakteryjne (A39.8; G04.2)	2	6	49	56
wirusowe, przenoszone przez kleszcze (A84)	7	15	36	49
inne wirusowe, określone (A83; A85; B00.4; B02.0; B25.8)	-	-	20	19
wirusowe, nie określone (A86)	5	6	95	87
poszczepienne (G04.0)	-	-	-	-
inne i nie określone (G04.8-G04.9)	6	4	58	77
Riketsjozy: ogółem (A75-A79)	-	-	1	-
Ostre nagminne porażenie dziecięce (A80)	-	-	-	-
Ospa wietrzna (B01)	1604	1865	117973	121779
Odra (B05)	25	8	2147	243
Różyczka: ogółem (B06; P35.0)	788	1575	38537	132104
Wirusowe zap. wątroby: typu A (B15)	55	59	1315	2930
typu B (B16; B18.0-B18.1)	139	200	2460	3157
typu C (B17.1; B18.2)	56	35	943	520
typu B+C (B16; B18.0-B18.1 + B17.1; B18.2)	2	3	78	43
inne i nieokreśl.(B17.0;B17.2-.8;B18.8-.9;B19)	6	14	327	540
Świnka /nagminne zapalenie przyusznicy/ (B26)	4824	1948	162757	46087
Włośnica (B75)	-	-	22	17
Świerzb (B86)	329	378	9513	10109
Grypa: ogółem (J10; J11)	7	4	769606	1574589
Bakteryjne zatrucia pokarmowe: razem	2281	1984	18970	16899
w tym: salmonelozy (A02.0)	1907	1289	16806	14061
gronkowcowe (A05.0)	80	77	254	145
jadem kiełbasianym /botulizm/ (A05.1)	7	4	47	50
wywołane przez <i>Clostridium perfringens</i> (A05.2)	-	-	-	-
inne określone (A05.3-A05.8)	31	14	120	90
nie określone (A05.9)	256	600	1743	2553
Zatrucia naturalnie toksycznym pokarmem: ogółem (T62)	6	23	54	49
w tym: grzybami (T62.0)	6	23	51	45
Inne zatrucia: ogółem (T36-T60; T63-T65)	350	215	5411	5375
w tym: pestycydami (T60)	6	8	87	104
lekami, prep.farmakologicznymi i subst.biolog. (T36-T50)	207	125	3038	2825
Zakażenia szpitalne - objawowe i bezobjawowe: ogółem	25	48	957	1584
w tym: na oddziałach noworodkowych i dziecięcych	9	12	265	554
następstwa zabiegów medycznych	11	23	272	431
wywołane pałeczkami <i>Salmonella</i>	-	4	194	164
Ostre porażenia wiotkie u dzieci (0-14 lat)	-	.	22	.

Zachorowania zgłoszone w okresie 1-15.08.1998 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	14	-	-	1908	14	503	1	52	212	155	8	20	7
1. St.warszawskie	-	-	-	54	-	48	-	14	26	5	-	-	-
2. Białkopodlaskie	-	-	-	8	-	6	-	2	-	4	2	-	-
3. Białostockie	1	-	-	23	-	10	-	3	-	5	-	2	2
4. Bielskie	-	-	-	46	-	9	-	-	10	4	2	-	-
5. Bydgoskie	-	-	-	39	-	22	-	-	9	3	-	1	-
6. Chełmskie	-	-	-	15	-	1	-	-	-	1	-	-	-
7. Ciechanowskie	-	-	-	8	-	1	-	-	1	3	-	-	-
8. Częstochowskie	-	-	-	23	-	13	-	2	4	2	-	-	-
9. Elbląskie	-	-	-	21	-	7	-	-	1	1	1	-	-
10. Gdańskie	-	-	-	39	-	20	-	-	6	3	-	-	-
11. Gorzowskie	-	-	-	75	-	3	-	-	2	4	-	-	-
12. Jeleniogórskie	-	-	-	41	-	7	-	-	2	-	-	-	-
13. Kaliskie	-	-	-	43	-	5	-	-	3	1	-	-	-
14. Katowickie	9	-	-	118	-	21	1	2	40	18	-	1	-
15. Kieleckie	-	-	-	49	2	22	-	-	2	5	-	-	-
16. Konińskie	-	-	-	20	-	7	-	-	2	-	-	-	-
17. Koszalińskie	-	-	-	12	-	2	-	-	6	3	-	-	-
18. M.krakowskie	-	-	-	32	-	11	-	-	7	1	-	-	-
19. Krośnieńskie	-	-	-	25	-	5	-	-	-	2	-	-	-
20. Legnickie	1	-	-	32	-	13	-	-	1	1	-	-	-
21. Leszczyńskie	-	-	-	19	-	15	-	-	3	2	-	-	-
22. Lubelskie	-	-	-	97	-	10	-	-	4	3	-	-	-
23. Łomżyńskie	-	-	-	34	-	2	-	-	2	2	-	-	-
24. M.łódzkie	-	-	-	21	-	8	-	7	7	2	-	-	-
25. Nowosądeckie	-	-	-	43	1	8	-	-	3	8	-	-	-
26. Olsztyńskie	-	-	-	35	-	7	-	1	4	2	-	-	-
27. Opolskie	1	-	-	22	-	-	-	-	8	3	-	-	-
28. Ostrołęckie	-	-	-	12	-	19	-	-	7	1	-	-	-
29. Piłskie	-	-	-	12	-	10	-	-	3	2	-	-	-
30. Piotrkowskie	-	-	-	34	-	2	-	1	2	3	-	-	-
31. Płockie	-	-	-	39	-	3	-	-	1	1	-	-	-
32. Poznańskie	-	-	-	38	-	35	-	2	12	12	2	2	-
33. Przemyskie	-	-	-	46	3	9	-	-	1	1	-	1	-
34. Radomskie	-	-	-	101	-	7	-	-	7	1	-	-	-
35. Rzeszowskie	-	-	-	50	-	2	-	1	2	2	-	1	-
36. Siedleckie	-	-	-	60	1	4	-	6	-	1	-	-	-
37. Sieradzkie	-	-	-	11	-	3	-	-	1	1	-	4	-
38. Skierniewickie	-	-	-	14	-	2	-	-	-	3	-	1	-
39. Słupskie	-	-	-	45	-	4	-	-	1	1	-	-	-
40. Suwalskie	-	-	-	27	1	13	-	-	1	10	1	6	5
41. Szczecińskie	2	-	-	19	-	10	-	-	3	7	-	1	-
42. Tarnobrzeskie	-	-	-	36	6	34	-	-	1	-	-	-	-
43. Tarnowskie	-	-	-	37	-	9	-	-	1	4	-	-	-
44. Toruńskie	-	-	-	56	-	6	-	-	3	8	-	-	-
45. Wałbrzyskie	-	-	-	5	-	9	-	5	3	2	-	-	-
46. Włocławskie	-	-	-	14	-	9	-	-	1	2	-	-	-
47. Wrocławskie	-	-	-	39	-	15	-	6	5	-	-	-	-
48. Zamojskie	-	-	-	42	-	8	-	-	3	2	-	-	-
49. Zielonogórskie	-	-	-	177	-	7	-	-	1	3	-	-	-

Zachorowania zgłoszone w okresie 1-15.08.1998 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	1604	25	788	139	119	4824	-	329	7	2281	6	350	25
1. St.warszawskie	134	3	143	12	10	247	-	-	-	61	-	10	-
2. Białkopodlaskie	8	-	7	3	-	14	-	5	-	8	-	2	-
3. Białostockie	21	-	6	1	1	56	-	11	-	26	-	9	2
4. Bielskie	58	-	30	6	-	148	-	1	-	91	-	1	-
5. Bydgoskie	45	1	12	7	3	140	-	10	5	57	-	18	-
6. Chełmskie	5	-	17	1	-	34	-	3	-	15	-	-	-
7. Ciechanowskie	32	-	4	6	1	71	-	4	-	8	-	2	-
8. Częstochowskie	32	-	24	5	-	70	-	1	-	23	-	6	-
9. Elbląskie	29	-	7	4	-	65	-	23	-	22	1	1	-
10. Gdańskie	31	-	12	1	5	155	-	6	-	153	1	6	-
11. Gorzowskie	25	-	5	-	1	112	-	1	-	78	-	15	-
12. Jeleniogórskie	25	-	4	2	-	91	-	6	-	41	-	-	-
13. Kaliskie	71	-	4	-	-	89	-	10	-	43	-	1	-
14. Katowickie	141	1	103	18	14	460	-	40	-	131	-	-	-
15. Kieleckie	61	-	12	5	4	154	-	23	-	69	-	25	3
16. Konińskie	21	-	-	-	-	41	-	-	-	20	-	-	-
17. Koszalińskie	37	-	3	-	8	45	-	1	-	21	-	2	3
18. M.krakowskie	73	-	26	7	3	172	-	-	-	38	-	1	-
19. Krośnieńskie	5	-	5	1	-	84	-	3	-	25	1	10	-
20. Legnickie	22	1	4	2	3	76	-	7	-	32	-	3	-
21. Leszczyńskie	9	-	9	-	1	47	-	-	-	40	-	6	-
22. Lubelskie	44	-	48	2	1	192	-	12	-	97	-	35	-
23. Łomżyńskie	11	-	6	1	1	50	-	15	-	34	-	-	-
24. M.łódzkie	24	-	5	5	10	187	-	22	-	21	1	92	-
25. Nowosądeckie	19	10	23	2	1	52	-	9	-	43	2	-	-
26. Olsztyńskie	33	-	1	1	2	98	-	5	-	35	-	1	-
27. Opolskie	63	-	2	3	7	90	-	6	-	24	-	1	3
28. Ostrołęckie	14	-	7	3	2	68	-	2	-	12	-	2	-
29. Piłskie	17	1	5	1	1	103	-	1	-	12	-	-	-
30. Piotrkowskie	15	-	15	2	6	153	-	13	-	34	-	8	-
31. Płockie	7	-	2	2	1	37	-	3	-	39	-	-	-
32. Poznańskie	98	3	13	2	4	201	-	3	-	38	-	2	-
33. Przemyskie	3	-	2	-	-	30	-	-	-	51	-	2	1
34. Radomskie	21	-	84	1	1	115	-	1	-	101	-	5	-
35. Rzeszowskie	14	-	4	1	1	101	-	-	2	50	-	1	-
36. Siedleckie	18	2	14	-	1	29	-	7	-	73	-	3	-
37. Sieradzkie	3	-	4	3	-	48	-	-	-	11	-	1	-
38. Skierniewickie	9	-	6	-	1	41	-	-	-	14	-	1	-
39. Słupskie	31	2	2	-	4	84	-	5	-	49	-	4	-
40. Suwalskie	19	-	10	2	1	28	-	-	-	30	-	3	6
41. Szczecińskie	46	-	5	4	2	171	-	6	-	99	-	12	-
42. Tarnobrzeskie	19	-	4	6	-	91	-	14	-	36	-	5	6
43. Tarnowskie	15	-	7	5	4	98	-	4	-	37	-	-	-
44. Toruńskie	63	-	7	-	1	36	-	28	-	57	-	6	-
45. Wałbrzyskie	21	-	20	3	1	40	-	2	-	5	-	19	-
46. Włocławskie	11	1	5	4	-	13	-	-	-	14	-	14	-
47. Wrocławskie	41	-	20	4	8	125	-	6	-	43	-	2	1
48. Zamojskie	12	-	16	-	3	73	-	10	-	43	-	7	-
49. Zielonogórskie	28	-	14	1	1	99	-	-	-	177	-	6	-

Zakażenia HIV i zachorowania na AIDS

Informacja z 31 lipca 1998 r.

W lipcu 1998 r. do Zakładu Epidemiologii PZH zgłoszono nowo wykryte zakażenie HIV 55 obywateli polskich, wśród których było 27 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 oraz w Zakładzie Serologii Instytutu Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie.

Odnotowano zachorowania na AIDS trzech kobiet (dwu narkomanek i zakażonej drogą kontaktów heteroseksualnych) oraz czterech mężczyzn - narkomanów.

Chorzy byli w wieku od 21 do 37 lat. Mieli miejsce zamieszkania w następujących województwach: czterej w woj. wrocławskim oraz po jednym w woj. białostockim, legnickim i piotrkowskim.

We wszystkich przypadkach określono przynajmniej jedną chorobę wskazującą na AIDS w brzmieniu jak w definicji do celów nadzoru epidemiologicznego, skorygowanej w 1993 r. W dwu przypadkach podano liczbę komórek CD4 (poniżej 200 i 362/ μ L).

Od wdrożenia badań w 1985 r. do 31 lipca 1998 r. stwierdzono zakażenie HIV 5.353 obywateli polskich, wśród których było co najmniej 3.472 zakażonych w związku z używaniem narkotyków.

Ogółem odnotowano 664 zachorowania na AIDS; 382 chorych zmarło.

Wanda Szata
Zakład Epidemiologii PZH

* * *

UWAGA: Liczby zachorowań na choroby wywołane przez ludzki wirus upośledzenia odporności [HIV] podawane na str. 1-2 "Meldunków" pochodzą ze sprawozdań Mz-56 nadsyłanych przez Wojewódzkie Stacje San.-Epid. w ramach systemu zbiorczego zgłaszania zachorowań na choroby zakaźne. Natomiast dane o zachorowaniach zawarte w powyższej informacji pochodzą ze skorygowanych w Zakładzie Epidemiologii PZH zgłoszeń poszczególnych zachorowań.

Odra w województwie konińskim

W czerwcu 1998 roku zgłoszono 7 zachorowań na odrę z terenu działalności Ośrodka Zdrowia w Kowalach Pańskich w rejonie TSSE w Turku.

Były to pierwsze przypadki odrzy w woj. konińskim w bieżącym roku (w roku 1997 - 0 zachorowań, w roku 1996 - 1 zachorowanie).

Zachorowania dotyczyły młodzieży i młodych dorosłych (16-22 rok życia). Spośród chorych 4 osoby nie były szczepione przeciw odrze (w tym 16-latką, która winna być objęta 2-krotnym szczepieniem), 3 osoby były szczepione jeden raz. Czas jaki upłynął od szczepień do wystąpienia choroby wynosił 16-19 lat.

Położenie geograficzne poszczególnych miejscowości pozwala wnioskować, że młodzież wspólnie odbywała podróże do szkoły bądź pracy.

Wszystkie chore osoby demonstrowały uogólnioną wysypkę plamisto-grudkową i gorączkowały powyżej 38°C, u czworga wystąpił kaszel, katar i zapalenie spojówek, u 3

chorych - jedynie kaszel.

Czworo chorych hospitalizowano w przebiegu choroby. Nie zanotowano żadnych powikłań.

Przeprowadzono badanie serologiczne u 3 chorych. Uzyskano potwierdzenie odrzy stwierdzając obecność przeciwciał odrowych w klasie IgM.

Badania diagnostyczne wykonano na koszt WSSE w Koninie.

lek. med. Elżbieta Woźnicka
WSSE w Koninie

Postęp w zwalczaniu i eliminacji odrzy w Rumunii

Przedstawiciele Regionalnego Biura Europejskiego WHO i CDC przebywali w Rumunii od 23 marca do 4 kwietnia 1998 r. w celu przeglądu danych z nadzoru (surveillance) odrzy, oceny skuteczności szczepionki przeciw odrze produkowanej w Rumunii, sprawdzenia modelu matematycznego prognozującego wystąpienie epidemii i oceniającego strategię szczepień i wreszcie w celu uzupełnienia planu działania zmierzającego do eliminacji zachorowań na odrę.

Szczepienia przeciw odrze wprowadzono w Rumunii w 1979 r., stosując szczepionkę importowaną. Od 1981 r. stosuje się w Rumunii szczepionkę krajową, produkowaną przez Instytut Cantacuzino w Bukareszcie. W latach 1979-1994 stosowano tylko 1 dawkę szczepionki u dzieci w 9-15 miesiącu życia w masowych akcjach prowadzonych od lutego do września każdego roku. Od 1994 r. podaje się drugą dawkę szczepionki w 7 roku życia dzieciom rozpoczynającym naukę w szkole. Od 1 października 1995 r. coroczne akcje zmieniano na akcyjne szczepienie dzieci w ostatnim tygodniu każdego miesiąca.

W latach 1983-1997 jedną dawkę szczepionki otrzymało 93% dzieci w wieku do 18 miesiąca życia, a drugą dawkę 95% dzieci rozpoczynających naukę w szkole.

Uzyskano w Rumunii zmniejszenie liczby zachorowań na odrę o ponad 90% i zgonów o 95% w porównaniu do okresu przed wprowadzeniem szczepień. W epidemiach, które wystąpiły w latach 1982, 1986 i 1993, mediana wieku chorych uległa podwyższeniu z 6,5 do 10,8 lat.

Ostatnia epidemia rozpoczęła się w grudniu 1996 r. i osiągnęła szczyt w 1997 r., liczne zachorowania utrzymują się również w 1998 r. O ile zapadalność w 1996 r. wynosiła 4,0/100.000, to w 1997 r. osiągnęła poziom 105/100.000. Najwięcej zachorowań wystąpiło u dzieci w wieku poniżej 2 lat i od 10 do 18 lat.

Skuteczność 1 dawki szczepionki (w stosunku do osób które nie były szczepione) oceniono na 89%, a 2 dawek na 96%.

Model matematyczny odrzy w Rumunii potwierdził, że stosowanie 1 dawki szczepionki przeciw odrze nie wystarczy aby zapobiec epidemiom. Obecna polityka szczepień w Rumunii daje podstawę dla prognozowania wystąpienia epidemii w 2002 roku wśród dzieci w szkołach średnich.

Zalecono przeprowadzenie w 1998 r. akcji szczepień w szkołach, w klasach od 1 do 12, tzn. dzieci w wieku od 7 do 18 lat, które nie mają zaświadczeń o dwukrotnym szczepieniu przeciw odrze. Rumunia zwróciła się o pomoc międzynarodową w zakupie i sfinansowaniu dodatkowej puli szczepionki przeciw odrze.

na podstawie WHO "CD News" (1998,18,6-7)
opracowała D. Naruszewicz-Lesiuk

Poliomyelitis w Regionie Europejskim w I kwartale 1998 r.

W 1997 r. w Regionie Europejskim zgłoszono sześć zachorowań na *poliomyelitis* wywołanych dzikim szczepem wirusa *polio* typ 1. Zachorowania te wystąpiły w południowo-wschodniej Turcji w prowincji Mardin i poprzedzały akcję szczepień wymiatających (mopping up) zorganizowaną w październiku i listopadzie 1997 r.

W styczniu 1998 r. dziki szczep wirusa *polio* typ 1 izolowano od jednego chorego z objawami ostrych porażenia wiotkich w sąsiedniej prowincji Sanli Urfa. W następnych przypadkach ostrych porażenia wiotkich, nie izolowano wirusa *polio* ani w prowincji Mardin, ani na innych terenach.

W bieżącym roku zaplanowano w Turcji dwie akcje szczepień jako Narodowe Dni Szczepień. Pierwsza tura szczepień w dniach 21-27.04.1998 r. objęła około 91% dzieci podlegających szczepieniom, drugą turę zaplanowano w dniach 21-27.05.1998 r.

Nie występowanie zachorowań na *poliomyelitis* od drugiego półrocza 1997 r. w innych krajach Regionu Europejskiego sugeruje, że nie ma krążenia dzikiego wirusa na tych terenach. Mimo poprawy, nadzór nad ostrymi porażeniami wiotkimi jest nadal niedostateczny w wielu dotychczas endemicznych obszarach Regionu Europejskiego.

Nadzór nad ostrymi porażeniami wiotkimi w każdym kraju musi spełniać ustalone kryteria i wszystkie próby kału mają być badane w laboratoriach akredytowanych przez WHO.

na podst.: WHO "Euro Polio Page - First Quarter 1998 Rep."
opracowała J. Żabicka

Podsumowanie i ocena monitoringu ostrych wiotkich porażenia w Holandii w latach 1992-1994

W "Bulletin of the WHO" (1998,1,55-62) opublikowano doniesienie "Surveillance of acute flaccid paralysis in the Netherlands, 1992-1994".

W Holandii monitorowanie ostrych wiotkich porażenia (AFP) wdrożono w październiku 1992 r. w ramach krajowego pediatrycznego surveillance'u (the Dutch Paediatric Surveillance System). Miesięcznej zgłaszalności wszystkich nowych przypadków AFP podjęło się ponad 90% praktykujących lekarzy pediatrów.

W ciągu 27 miesięcy, w okresie od października 1992 r. do grudnia 1994 r., zgłoszono 52 przypadki AFP, to jest 0,7/100 tys. dzieci do 15 roku życia. Zgłaszano głównie przypadki zespołu Guillaina-Barrégo, rozmieszczone równomiernie na terenie całego kraju. Średni okres czasu upływający między występowaniem zachorowań a wizytą lekarską wynosił mniej niż trzy dni. Zachorowania zgłaszano ze średnim opóźnieniem wynoszącym 29 dni, a wdrożony system nie był przewidziany do podejmowania natychmiastowych działań. Badania wirusologiczne kału wykonano zaledwie w 40,4% przypadków.

Autorzy artykułu podkreślają, że monitoring został wdrożony w okresie, w którym miała miejsce epidemia *poliomyelitis* w Holandii. Ustalono, że na 18 porażonych przypadków *poliomyelitis* tylko siedem było ujętych w realizowanym programie monitorowania AFP. Uzyskane wyniki oceniono negatywnie przyznając, że nie są one wystarczające do międzynarodowej certyfikacji. Stwierdzono koniecz-

ność dokonania szeregu korekt, obejmujących między innymi włączenie do programu lekarzy neurologów, przyspieszenie zgłoszeń oraz zwiększenie badań laboratoryjnych.

Wojciech Żabicki

Stanowisko WHO w sprawie koniugowanych szczepionek przeciw *Haemophilus influenzae* b

Dostępne obecnie licencjonowane szczepionki przeciw *H.influenzae* typ b stanowią koniugaty polisacharydu Hib z nośnikami białkowymi, takimi jak toksoid błonicy (PRP-D), białko podobne do toksoidu tężcowego (PRP-HbOC), toksoid tężcowy (PRP-T) lub białko zewnetrznej membrany meningokoków (PRP-OMP). Koniugacja polisacharydu z białkiem wytwarza T-komórkową odpowiedź immunologiczną. Poszczególne szczepionki koniugowane różnią się nośnikiem białkowym, metodą koniugacji chemicznej oraz wielkością polisacharydu, co zapewnia im różne właściwości immunologiczne.

Szczepionka jest zazwyczaj podawana w wieku niemowlęcym w powtarzanych dawkach razem ze szczepionką Di-Te-Per i innymi szczepionkami, które są ujęte w programach szczepień. Dawkę przypominającą w większości krajów rekomenduje się w wieku 12-18 miesięcy, choć może to nie być konieczne, zwłaszcza w krajach trzeciego świata, gdzie większość zachorowań wywołanych przez Hib zazwyczaj występuje wcześniej. U dorosłych i dzieci w wieku powyżej 18 miesięcy pojedyncza dawka wystarcza do wytworzenia odporności.

Wszystkie koniugowane szczepionki przeciw Hib podaje się domięśniowo. Nie obserwuje się ciężkich odczynów poszczepiennych i nie ma przeciwwskazań poza nadwrażliwością na składniki szczepionki. Szczepionkę można stosować równocześnie z innymi szczepionkami w programie EPI oraz ze szczepionką pneumokokową i meningokokową.

H.influenzae jest drobnoustrojem Gram ujemnym, a ciężkie zakażenia wywołują zazwyczaj szczepy z kapsułą polisacharydową. Z sześciu typów kapsularnych typ b (Hib) powoduje prawie wszystkie zakażenia systemowe. Ten polisacharyd jest polimerem D-ribozo-ribitolu-fosforanu i stanowi zasadniczy czynnik wirulencji. Do 15% dzieci w nieodpornych środowiskach może być nosicielami Hib w nosogardzieli, jednak tylko u części z nich rozwijają się kliniczne zachorowania. Zakażenia szerzą się drogą kropelkową od bezobjawowych nosicieli, którzy stanowią najważniejsze źródło zakażeń. Niekapsularne szczepy, które częściej izoluje się z wydzieliny nosowogardłowej, są głównie związane z infekcjami błon śluzowych pod postacią *bronchitis* lub *otitis*.

Możliwość wiarygodnej izolacji drobnoustroju oraz identyfikacji kapsuły polisacharydowej posiadają jedynie dobrze wyposażone laboratoria mikrobiologii klinicznej, które nie wszędzie są dostępne.

U starszych dzieci i ludzi dorosłych polisacharyd powoduje powstawanie bakteriocydalnych przeciwciał. U dzieci w wieku poniżej 18 miesięcy nie dochodzi do powstawania ochronnego poziomu przeciwciał, a ponadto sam polisacharyd nie zapewnia immunologicznej pamięci. Nowe szczepionki koniugowane wytwarzają u niemowląt ochronne poziomy przeciwciał oraz pamięć immunologiczną. Oprócz tego zmniejszają nosicielstwo Hib w nosogardzieli i tym samym ograniczają szerzenie drobnoustroju na zasadzie stad-

nego efektu.

Szacuje się, że *H. influenzae* b powoduje rocznie przynajmniej 3 miliony ciężkich zachorowań u małych dzieci oraz od 400.000 do 700.000 zgonów. Zachorowania występują rzadko u niemowląt w wieku do trzech miesięcy i u dzieci w wieku powyżej 6 lat. Najczęściej zachorowania występują w wieku 4-18 miesięcy. W krajach rozwiniętych większość inwazyjnych zachorowań przebiega pod postacią zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych. Natomiast w krajach rozwijających się dominują ostre zapalenia dróg oddechowych, w tym 2-3 miliony pneumonii rocznie. Inne, rzadziej występujące stany chorobowe, stanowią: *epiglottitis*, *osteomyelitis*, *arthritis septica* oraz *sepsa*.

Obecnie ponad 20 krajów włączyło koniugowaną szczepionkę przeciw *H. influenzae* do krajowych programów szczepień u dzieci, w tym USA, Kanada, Australia, Nowa Zelandia oraz szereg krajów zachodniej Europy. Szczepionki okazały się być wysoce skuteczne i nie powodowały większych odczynów. Uważa się, że po włączeniu szczepień przeciw Hib w latach dziewięćdziesiątych do krajowych programów szczepień inwazyjne zachorowania wywołane przez *H. influenzae* zanikły w dużym stopniu na tych terenach.

Wysoka skuteczność szczepionek została również potwierdzona w szeregu badań, które przeprowadzono w krajach rozwijających się, jak Chile, Gambia i Urugwaj. W Gambii szczepione niemowlęta były zabezpieczone przed laboratoryjnie potwierdzoną pneumonią Hib, a występowanie wszystkich pneumonii udokumentowanych radiologicznie spadło o około 20%.

Podsumowując - centrala WHO stwierdza, że biorąc pod uwagę udokumentowaną skuteczność i bezpieczeństwo, koniugowane szczepionki przeciw Hib powinny być włączone do krajowych programów szczepień w ramach istniejących priorytetów i możliwości. Natomiast w krajach, gdzie występowanie chorób wywołanych przez *H. influenzae* nie jest jasne, należy dokonać wysiłków zmierzających do oceny rozmiarów problemu.

na podstawie "Wkly Epid.Rec." (1998,10,64-68)
opracował Wojciech Żabicki

Czwarty Światowy Kongres na temat zatruc i zakażeń pokarmowych (Berlin, 7-12 czerwca 1998 r.)

W dniach od 7 do 12 czerwca 1998 r. w Berlinie odbywał się Światowy Kongres dotyczący zatruc i zakażeń pokarmowych. Poprzednie kongresy miały miejsce w Berlinie w 1980, 1986 i w 1992 roku. W 1998 roku Kongres zorganizował Federalny Instytut Ochrony Zdrowia Konsumentów oraz Medycyny Weterynaryjnej (Federal Institute for Health Protection of Consumers and Veterinary Medicine - BgVV), we współpracy z Ośrodkiem FAO/WHO zajmującym się nauką i praktyką z zakresu higieny żywności i zoonoz (FAO/WHO Collaborating Centre for Research and Training in Food Hygiene and Zoonoses).

W Kongresie brało udział około 500 ekspertów z ponad 60 krajów europejskich i spoza Europy. Do programu naukowego Kongresu zgłosiło prace 250 uczestników. Liczby te świadczą o dużym zainteresowaniu problemem zatruc i zakażeń pokarmowych na świecie. Mimo wysiłków podjętych w celu poprawy higieny żywności, na świecie wzrasta

liczba zachorowań rejestrowanych w ramach zatruc i zakażeń pokarmowych. Waga zagadnienia przyczyniła się do tego, że Federalne Ministerstwo Zdrowia przyznało specjalne fundusze na rzecz Kongresu. W Kongresie uczestniczyło wielu ekspertów z różnych dziedzin, takich jak: medycyna, weterynaria, mikrobiologia, toksykologia, chemia żywności i technologia żywności, a ponadto reprezentanci instytucji zdrowia publicznego, medycyny weterynaryjnej, przemysłu żywności i organizacji konsumenckich. Licznie reprezentowano także Rząd Federalny, Senat Berlina, Światową Organizację Zdrowia i Organizację Żywności i Rolnictwa (FAO) Stanów Zjednoczonych a także różne międzynarodowe towarzystwa naukowe.

Program naukowy czwartego Kongresu Światowego otworzyli A.C. Baird-Parker i G.W. Gould z Wielkiej Brytanii przedstawiając temat "Odpowiedź drobnoustrojów na środowisko żywności". Później na sesji plenarnej i równoległych sesjach tematycznych prezentowano poszczególne prace naukowe. Zaproszeni uznani międzynarodowi eksperci rozpatrywali przedstawione tematy. Zagadnienia pogrupowano według następujących tematów:

- Epidemiologia zatruc i zakażeń pokarmowych - programy kontrolne i sieci komputerowe.
- Nowe i ponownie pojawiające się czynniki patogenne.
- Analiza ryzyka zakażeń drobnoustrojami.
- Bezpieczeństwo mikrobiologiczne nowoczesnych procesów stosowanych w technologii żywności.
- Żywnienie grupowe, turystyka i bezpieczeństwo żywności.
- Handel światowy a zatrucia i zakażenia pokarmowe.
- Pozostałości, zanieczyszczenia.

Zakażenia pałeczkami *Salmonella enteritidis* w dalszym ciągu odgrywają ważną dla zdrowia publicznego rolę. Do znaczących należy również zaliczyć *S.typhimurium*, a ciepłolubne bakterie *Campylobacter* oraz produkujące werotoksynę pałeczki *E.coli* zyskują na znaczeniu. Gąbczaste zwyrodnienie mózgu (BSE) ze względu na związek z polityką zdrowotną i nauką jest w dalszym ciągu w centrum dyskusji na arenie europejskiej.

Rosnąca liczba pojedynczych rynków zbytu i wzrastająca liczba włączanych do struktur ekonomicznych Unii Europejskiej krajów centralnej i wschodniej Europy zdaniem obradujących przysporzy nowych problemów, w szczególności w zakresie respektowania skutecznych metod związanych z kontrolą higieniczno-zdrowotną żywności oraz kontrolą chorób pochodzenia pokarmowego. Z Kongresem wiąże się nadzieję dostarczenia informacji na temat nowych możliwości diagnostyki, bardziej skutecznych strategii kontroli i zapobiegania zatruciom i zakażeniom pokarmowym oraz możliwości skoordynowania ocen na poziomie międzynarodowym z zastosowaniem sieci elektronicznej oraz udoskonalania technologii w aspekcie bezpieczeństwa żywności. Artykuły przedstawione na Kongresie zostaną opublikowane w postaci sprawozdania i będą osiągalne w BgVV od października 1998 r. "Newsletter" Nr 57 będzie zawierał podsumowania dotyczące Kongresu.

na podstawie FAO/WHO "Newsletter" (1998,56,1-2)
opracowała A. Przybylska.

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