

## Meldunek 9/B/98

### o zachorowaniach na choroby zakaźne, zatruciach i zakażeniach szpitalnych zgłoszonych w okresie od 16.09 do 30.09.1998 r.

Jednostka chorobowa (symbole wg "Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych" ICD-10)	Meldunek 9/B		Dane skumulowane	
	16.09.98. do 30.09.98.	16.09.97. do 30.09.97.	1.01.98. do 30.09.98.	1.01.97. do 30.09.97.
Choroba wywołana przez ludzki wirus upośl.odp.: ogółem (B20-B24)	4	11	79	94
Dur brzuszny (A01.0)	-	-	1	3
Dury rzekome A.B.C. (A01.1-A01.3)	-	1	2	3
Salmonelozy: ogółem (A02)	1678	1404	22266	18707
Czerwonka bakteryjna /szigelozą/ (A03)	42	76	455	311
Biegunki u dzieci do lat 2: ogółem (A04; A08; A09)	447	602	10174	14625
Tęžec: ogółem (A33-A35)	1	5	19	32
Błonica (A36)	-	-	-	-
Krztusiec (A37)	70	166	2430	968
Szkarlatyna /płonica/ (A38)	245	299	13399	14560
Zapalenie opon mózgowych: razem	173	325	2193	2560
w tym: meningokokowe (A39.0)	9	2	111	104
wywołane przez <i>Haemophilus influenzae</i> (G00.0)	5	1	66	63
inne bakteryjne, określone i nie określone (G00.1-G00.9)	27	51	683	784
wirusowe, określone i nie określone (A87; B00.3; B02.1)	123	252	1190	1436
inne i nie określone (G03)	9	19	143	173
Zapalenie mózgu: razem	44	53	383	420
w tym: meningokokowe i inne bakteryjne (A39.8; G04.2)	2	3	55	62
wirusowe, przenoszone przez kleszcze (A84)	33	31	123	130
inne wirusowe, określone (A83; A85; B00.4; B02.0; B25.8)	-	-	24	21
wirusowe, nie określone (A86)	5	11	112	114
poszczepienne (G04.0)	1	-	1	-
inne i nie określone (G04.8-G04.9)	3	8	68	93
Riketsjozy: ogółem (A75-A79)	-	-	1	-
Ostre nagminne porażenie dziecięce (A80)	-	-	-	-
Ospa wietrzna (B01)	1132	1103	121085	125021
Odra (B05)	5	5	2199	256
Różyczka: ogółem (B06; P35.0)	427	419	39852	134004
Wirusowe zap. wątroby: typu A (B15)	91	97	1529	3165
typu B (B16; B18.0-B18.1)	161	223	2946	3746
typu C (B17.1; B18.2)	64	55	1130	657
typu B+C (B16; B18.0-B18.1 + B17.1; B18.2)	11	4	96	53
inne i nieokreśl.(B17.0;B17.2-.8;B18.8-.9;B19)	16	26	376	613
Świnka /nagminne zapalenie przyusznicy/ (B26)	2415	1282	170443	49883
Włośnica (B75)	-	-	22	17
Świerzb (B86)	943	883	11683	11935
Grypa: ogółem (J10; J11)	26	34	769647	1574640
Bakteryjne zatrucia pokarmowe: razem	1865	1680	25186	22796
w tym: salmonelozy (A02.0)	1676	1402	22210	18675
gronkowcowe (A05.0)	27	71	340	368
jadem kiełbasianym /botulizm/ (A05.1)	1	6	65	66
wywołane przez <i>Clostridium perfringens</i> (A05.2)	-	-	-	-
inne określone (A05.3-A05.8)	30	20	198	161
nie określone (A05.9)	131	181	2373	3526
Zatrucia naturalnie toksycznym pokarmem: ogółem (T62)	51	15	141	122
w tym: grzybami (T62.0)	48	11	133	112
Inne zatrucia: ogółem (T36-T60; T63-T65)	313	274	6431	6398
w tym: pestycydami (T60)	5	3	99	126
lekami, prep.farmakologicznymi i subst.biolog. (T36-T50)	177	141	3614	3368
Zakażenia szpitalne - objawowe i bezobjawowe: ogółem	29	47	1038	1706
w tym: na oddziałach noworodkowych i dziecięcych	2	11	280	592
następstwa zabiegów medycznych	21	30	326	496
wywołane pałeczkami <i>Salmonella</i>	-	1	194	168
Ostre porażenia wiotkie u dzieci (0-14 lat)	4	.	33	.

## Zachorowania zgłoszone w okresie 16-30.09.1998 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	-	-	1678	42	447	1	70	245	173	9	44	33
1. St.warszawskie	1	-	-	78	1	51	-	21	8	7	-	1	1
2. Białkopodlaskie	-	-	-	20	1	-	-	-	1	1	1	-	-
3. Białostockie	-	-	-	57	-	12	-	9	2	3	-	17	16
4. Bielskie	-	-	-	39	3	11	-	1	9	5	1	1	-
5. Bydgoskie	-	-	-	53	-	16	-	-	10	4	-	2	-
6. Chełmskie	-	-	-	8	-	5	-	-	1	1	-	-	-
7. Ciechanowskie	-	-	-	13	-	2	-	-	1	2	1	-	-
8. Częstochowskie	-	-	-	21	-	7	-	4	6	3	-	1	-
9. Elbląskie	-	-	-	6	1	12	-	-	13	1	-	2	2
10. Gdańskie	1	-	-	78	-	23	-	-	2	7	-	-	-
11. Gorzowskie	-	-	-	14	-	-	-	-	2	2	-	-	-
12. Jeleniogórskie	-	-	-	32	-	9	-	-	3	1	-	-	-
13. Kaliskie	-	-	-	24	-	6	-	-	1	15	1	-	-
14. Katowickie	-	-	-	83	-	27	-	-	50	9	1	-	-
15. Kieleckie	1	-	-	47	-	24	-	-	4	4	1	3	-
16. Konińskie	-	-	-	29	-	10	-	-	1	-	-	-	-
17. Koszalińskie	-	-	-	5	-	2	-	-	2	2	-	-	-
18. M.krakowskie	-	-	-	65	-	7	-	2	13	10	-	1	-
19. Krośnieńskie	-	-	-	16	-	6	-	-	1	2	-	-	-
20. Legnickie	-	-	-	38	-	8	-	1	5	1	-	-	-
21. Leszczyńskie	-	-	-	18	-	7	-	-	-	-	-	-	-
22. Lubelskie	-	-	-	127	-	8	-	1	1	5	-	-	-
23. Łomżyńskie	-	-	-	35	-	2	-	1	3	-	-	-	-
24. M.łódzkie	-	-	-	22	-	11	-	19	2	6	-	-	-
25. Nowosądeckie	-	-	-	17	34	3	-	-	5	-	-	-	-
26. Olsztyńskie	-	-	-	20	-	11	-	1	1	1	-	3	3
27. Opolskie	-	-	-	76	-	13	-	2	14	4	-	-	-
28. Ostrołęckie	-	-	-	39	-	10	-	-	2	-	-	3	2
29. Piłskie	-	-	-	18	-	-	-	-	1	-	-	-	-
30. Piotrkowskie	-	-	-	26	-	1	-	3	4	1	-	-	-
31. Płockie	-	-	-	14	1	4	-	2	-	1	-	-	-
32. Poznańskie	-	-	-	74	-	26	-	-	4	17	-	-	-
33. Przemyskie	-	-	-	13	-	2	-	-	2	6	-	-	-
34. Radomskie	-	-	-	15	-	10	-	-	-	3	3	-	-
35. Rzeszowskie	-	-	-	17	-	1	-	-	2	2	-	-	-
36. Siedleckie	-	-	-	11	-	2	-	-	4	2	-	-	-
37. Sieradzkie	-	-	-	41	-	4	-	-	1	2	-	-	-
38. Skierniewickie	-	-	-	30	-	-	-	-	-	-	-	-	-
39. Słupskie	-	-	-	89	1	10	-	-	5	3	-	-	-
40. Suwalskie	-	-	-	28	-	6	-	-	4	12	-	8	8
41. Szczecińskie	1	-	-	21	-	7	-	-	9	8	-	-	-
42. Tarnobrzeskie	-	-	-	56	-	22	-	-	6	2	-	-	-
43. Tarnowskie	-	-	-	17	-	4	1	-	7	4	-	-	-
44. Toruńskie	-	-	-	21	-	3	-	-	12	8	-	1	-
45. Wałbrzyskie	-	-	-	7	-	8	-	1	3	2	-	-	-
46. Włocławskie	-	-	-	17	-	6	-	-	1	1	-	-	-
47. Wrocławskie	-	-	-	31	-	17	-	2	11	2	-	1	1
48. Zamojskie	-	-	-	15	-	4	-	-	3	-	-	-	-
49. Zielonogórskie	-	-	-	37	-	7	-	-	3	1	-	-	-

## Zachorowania zgłoszone w okresie 16-30.09.1998 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	1132	5	427	161	182	2415	-	943	26	1865	48	313	29
1. St.warszawskie	38	-	36	8	15	74	-	2	-	78	-	3	-
2. Białkopodlaskie	14	-	2	2	-	5	-	51	-	20	3	-	-
3. Białostockie	33	-	7	5	3	72	-	41	-	57	-	9	2
4. Bielskie	33	-	16	5	1	53	-	8	-	43	4	-	5
5. Bydgoskie	28	-	3	9	5	58	-	45	15	67	-	13	-
6. Chełmskie	4	-	2	3	1	13	-	11	-	8	-	-	-
7. Ciechanowskie	12	-	2	3	-	17	-	6	-	14	1	-	-
8. Częstochowskie	16	-	10	4	1	52	-	5	-	21	-	7	-
9. Elbląskie	15	-	3	4	4	14	-	31	-	6	-	1	-
10. Gdańskie	41	-	19	3	3	83	-	15	-	93	3	8	-
11. Gorzowskie	19	-	4	2	1	92	-	19	-	14	-	8	-
12. Jeleniogórskie	20	-	12	1	2	46	-	14	-	32	-	-	-
13. Kaliskie	26	-	3	1	-	22	-	6	-	24	-	3	-
14. Katowickie	86	2	64	20	33	189	-	178	4	93	2	5	-
15. Kieleckie	41	-	18	7	5	56	-	10	-	68	12	41	-
16. Konińskie	3	-	-	3	2	39	-	2	-	35	-	3	-
17. Koszalińskie	45	-	3	3	8	25	-	11	-	10	-	3	2
18. M.krakowskie	42	1	30	4	9	87	-	2	-	71	-	-	-
19. Krośnieńskie	9	-	4	-	-	21	-	4	-	26	3	9	-
20. Legnickie	32	-	6	-	5	80	-	26	-	38	-	-	-
21. Leszczyńskie	19	-	1	-	4	4	-	2	-	18	-	4	-
22. Lubelskie	16	-	8	3	5	94	-	16	-	127	1	20	-
23. Łomżyńskie	7	-	11	1	4	19	-	14	-	35	1	-	-
24. M.łódzkie	11	-	9	10	5	40	-	58	-	24	-	60	2
25. Nowosądeckie	4	-	10	-	4	27	-	2	-	17	-	-	-
26. Olsztyńskie	47	-	6	1	1	142	-	24	-	19	1	4	-
27. Opolskie	34	-	11	4	9	55	-	5	-	76	2	2	2
28. Ostrołęckie	19	-	1	3	-	13	-	17	-	39	-	5	-
29. Piłskie	11	-	1	1	4	20	-	12	2	18	-	-	-
30. Piotrkowskie	7	-	5	-	4	72	-	26	-	26	-	9	2
31. Płockie	2	-	8	2	1	19	-	20	-	14	-	3	-
32. Poznańskie	25	-	11	1	2	48	-	9	3	75	-	7	1
33. Przemyskie	11	-	1	-	-	15	-	3	-	16	-	2	-
34. Radomskie	32	-	24	5	1	18	-	11	-	15	-	4	-
35. Rzeszowskie	27	-	2	3	2	60	-	13	1	17	1	2	-
36. Siedleckie	46	-	15	5	1	22	-	13	-	12	5	7	-
37. Sieradzkie	4	-	2	1	-	14	-	2	-	41	-	5	-
38. Skierniewickie	7	-	4	2	-	11	-	5	-	30	-	1	-
39. Słupskie	23	1	6	2	1	80	-	11	-	89	4	9	-
40. Suwalskie	20	-	1	-	1	38	-	4	-	37	1	5	6
41. Szczecińskie	40	-	7	5	10	75	-	27	-	74	-	11	-
42. Tarnobrzeskie	26	-	5	3	1	84	-	24	-	56	-	3	6
43. Tarnowskie	16	-	3	2	-	32	-	2	-	17	-	-	-
44. Toruńskie	22	-	8	9	11	28	-	60	1	21	-	4	-
45. Wałbrzyskie	15	-	3	1	-	30	-	3	-	7	-	18	-
46. Włocławskie	8	-	1	3	-	7	-	28	-	17	-	4	-
47. Wrocławskie	45	1	13	4	9	84	-	18	-	38	3	2	-
48. Zamojskie	11	-	1	2	2	76	-	19	-	34	1	4	-
49. Zielonogórskie	20	-	5	1	2	90	-	8	-	38	-	5	1

## Zakażenia HIV i zachorowania na AIDS Informacja z 30 września 1998 r.

We wrześniu 1998 r. do Zakładu Epidemiologii PZH zgłoszono nowo wykryte zakażenie HIV 29 obywateli polskich, w tym 19 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 Laboratorium Kliniki Chorób Zakaźnych AM we Wrocławiu.

Odnotowano zachorowania na AIDS trzech kobiet (dwu narkomanek i zakażonej drogą ryzykownych kontaktów heteroseksualnych) oraz dziewięciu mężczyzn (pięciu narkomanów oraz po dwóch homoseksualistów i zakażonych drogą ryzykownych kontaktów heteroseksualnych).

Chorzy byli w wieku od 24 do 55 lat. Mieli miejsce zamieszkania w następujących województwach: po dwóch w woj: bielskim, katowickim, poznańskim i wrocławskim oraz po jednym w woj: gdańskim, legnickim, opolskim i skiernewickim.

We wszystkich przypadkach określono przynajmniej jedną chorobę wskazującą na AIDS w brzmieniu jak w definicji do celów nadzoru epidemiologicznego, skorygowanej w 1993 r. W sześciu przypadkach podano liczbę komórek CD4 (od 27 do 442/μL).

Od wdrożenia badań w 1985 r. do 30 września 1998 r. stwierdzono zakażenie HIV 5.447 obywateli polskich, wśród których było co najmniej 3.522 zakażonych w związku z używaniem narkotyków.

Ogółem odnotowano 689 zachorowań na AIDS; 391 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.

### Aktualne problemy dotyczące szczepień przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typ B

Podczas Konferencji Naukowej "Szczepienia i szczepionki. Teraźniejszość i przyszłość" w Bydgoszczy w dniach 16-18 wrzesień 1998 r. grupa epidemiologów z wojewódzkich stacji sanitarno-epidemiologicznych zwróciła się do mnie o podanie w formie komentarza do "Meldunku" swojego stanowiska w budzących wątpliwości sprawach związanych z informacją firmy SmithKline Beecham dotyczącą szczepień przeciw wzv B - rozesłaną ostatnio do dużej liczby lekarzy i innych pracowników służby zdrowia w kraju. Ująłem je w następujące 3 punkty:

1. Szczepienie podstawowe noworodków i niemowląt należy wykonywać według schematu 0, 1, 2, 12.

Schemat ten wprowadzony w latach 1994-1996 dla szczepienia noworodków i niemowląt z uwagi na wysoką i

wzrastającą zapadalność na wzv B wśród dzieci do lat 5, przewidujący stosowanie pierwszej dawki w dniu urodzenia, zgodnie z założeniem powinien być utrzymany do czasu obniżenia zapadalności na wzv B w Polsce do wartości niższych od 10 na 100.000. Mam nadzieję, że w niedługim czasie będę mógł wnioskować o zmianę schematu szczepienia podstawowego przeciw wzv B na trzydawkowy (0, 1, 6). Obecnie obowiązuje jednak do odwołania schemat czterodawkowy.

2. Dzieci w wieku 10-15 lat, którym rozpoczęto lecz nie ukończono cyklu szczepienia podstawowego przy użyciu dawek szczepionki dla dorosłych, mogą mieć kontynuowane obecnie to szczepienie zarówno przy użyciu szczepionek dla dzieci jak i dla dorosłych. Osobiście - dla jasności stanu za szczepienia - stosowałbym dawki dla dorosłych, traktując sprawę jako przejściową.

3. Schemat szczepienia podstawowego 0, 7, 21 dni + 12 miesięcy traktować należy jako schemat dla uzyskania szybkiego uodpornienia w wyniku przyspieszonego w ten sposób o około 2 tygodni szczepienia pierwotnego (0, 1). Schemat ten nie powinien, moim zdaniem, wejść do oficjalnego kalendarza szczepień.

Ponadto warto zauważyć, że zgodnie z dotychczasowymi ustaleniami bezpłatnie stosowany jest schemat szczepienia trzydawkowego. Koszt czwartej dawki powinien być pokrywany z funduszy własnych szczepionego.

*Prof. dr hab. Wiesław Magdzik*

### Zbiorowe zatrucie pokarmowe wywołane saletrą spożywczą

W województwie piotrowskim 2.09.98 r. wystąpiło zbiorowe zatrucie pokarmowe wywołane saletrą spożywczą (zgłoszone w Meldunku 9/A/98).

Objawy zatrucia wystąpiły u 9 osób (4 domowników i 5 pracowników) - mieszkańców wsi Czarnocin. Ustalono, że gospodyni przygotowując obiad pomyłkowo użyła do solenia ziemniaków saletry spożywczej, która była w nieoznaczonym słoiku.

Po około 15 minutach od spożycia obiadu u wszystkich wystąpiły bóle i zawroty głowy, bledność i sinica wokół ust, mroczki przed oczami.

Gospodarz, który poczuł dziwny smak ziemniaków, szybko ustalił, że zamiast soli użyto saletry. Wezwał pogotowie. Przed przybyciem pogotowia starał się u uczestników obiadu wywołać wymioty, podawał duże ilości mleka do picia.

Wszystkich chorych hospitalizowano w Szpitalu Rejonowym w Tuszynie.

W porozumieniu z Oddziałem Toksykologii Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi chorym podano: kroplówki z NaCl 0,9%, kokarboksylazę, wit. C, błękit metylowy oraz zastosowano tleno-terapię. Chorzy w stanie dobrym opuścili szpital 3.09.98 r.

*mgr Bogusława Piasecka  
WSSE w Piotrkowie Trybunalskim*

### Sytuacja epidemiczna poliomyelitis na styku Regionów Europejskiego i Wschodnio-Śródziemnomorskiego WHO

W czerwcu 1998 r. w Regionach Europejskim i Wschodnio-Śródziemnomorskim utrzymywały się dwa ogniska *polio-*

*myelitis*, obejmujące graniczne obszary południowo-wschodniej Turcji i północnego Iraku oraz Afganistanu i Tadżykistanu, na styku obu Regionów.

Badania sekwencji genomu izolowanych wirusów wykazały, że na obszarze granicznym Turcji i Iraku istnieje rezerwar dzikiego szczepu wirusa *polio* typu 1.

W "Weekly Epidemiological Record" (1998,30,225-229) opublikowano informację o działaniach przeciwepidemicznych, które są prowadzone w Iraku, Syrii i Turcji oraz efektach tych działań. W Iraku od połowy czerwca 1998 r. nie zgłoszono zachorowań na *poliomyelitis* i nie uzyskano izolacji dzikiego wirusa *polio*. W Syrii w latach 1996-1997 oraz do połowy czerwca 1998 r. zachorowań na *poliomyelitis* nie zgłaszano. Natomiast w Turcji w 1997 r. wystąpiło 6 zachorowań wywołanych dzikim szczepem wirusa *polio* typu 1, które wystąpiły w południowo-wschodniej prowincji Mardin. W czerwcu 1998 r. zgłoszono również pięć następnych zachorowań w sąsiedniej prowincji Sarli Urfa. Dzikie szczepy *polio* typu 1 izolowane w Mardin i Sarli Urfa okazały się podobne genetycznie do szczepów izolowanych w 1997 r. w północnym Iraku oraz w południowo-wschodniej Turcji.

W komentarzu centrala WHO w Genewie podkreśla szczególne trudności w opanowaniu ogniska *poliomyelitis* na pograniczu turecko-irackim, gdzie trwa konflikt narodowościowy w trudno dostępnym terenie z dużymi ruchami ludności. Istniejący stan stwarza zagrożenie dla realizacji programu eradykacji *poliomyelitis*.

Wojciech Żabicki

## Bezpieczne iniekcje oraz bezpieczne przetaczania krwi i preparatów krwiopochodnych (2)

### Część trzecia: Bezpieczeństwo przetoczeń krwi

Wzw B i wzv C są to dwie poważne choroby zakaźne, które mogą szerzyć się drogą przetoczeń krwi. Powinny być stosowane następujące zalecenia dotyczące bezpieczeństwa przetoczeń krwi:

Sprawy organizacyjne. Problemy te powinny być uwzględnione zarówno na szczeblu kraju, jak i na szczeblu lokalnym. Na szczeblu kraju powinny być ustalone między innymi następujące sprawy: jasno sformułowana polityka w tym zakresie; organizacja służby krwi; zasady doboru i kwalifikowania dawców krwi. Na szczeblu lokalnym powinny być ustalone konkretne problemy związane z doбором dawców i ich kwalifikowaniem.

Dobór dawców. Zasadniczym elementem bezpieczeństwa przetaczania krwi jest problem pobierania krwi tylko od bezpiecznych dawców stwarzających małe ryzyko zakażeń.

Dobór dawców i ich selekcja jest wynikiem następujących czynności:

- badania wizualnego kandydata na dawcę, które może w zakresie istniejących możliwości dostarczyć informacji, czy kandydat na dawcę nie należy do grupy ryzyka ze względu na styl życia, zachowania, choroby, wykonywane czynności zawodowe;
- badania ankietowego polegającego na udzieleniu przez kandydata na dawcę zgodnych z prawdą odpowiedzi w formie wypełnienia kwestionariusza. Jest istotne, aby udzielający odpowiedzi wiedzieli co oznacza "wysokie ryzyko", dlaczego wymaga się udzielenia odpowiedzi i dlaczego informacje te mają takie znaczenie;
- przeglądu laboratoryjnego, którego celem jest identyfikacja na podstawie wyniku badania serologicznego zakażo-

nych HBV, HCV i HIV. Dla ustalenia zakażonych HBV przeprowadzane jest badanie w kierunku HBsAg, a w niektórych krajach w kierunku przeciwciał anti-HBc.

Inaktywacja wirusów. Procedury inaktywacji wirusów są stosowane zarówno w stosunku do surowej plazmy jak i w stosunku do produktów końcowych, zwłaszcza przy produkcji dużych serii. Procedury inaktywacji wirusów uwzględniają między innymi stosowanie: ciepła - zarówno "suchego" jak i "mokrego"; pasteryzacji plazmy (albumina); stosowania substancji chemicznych (immunoglobulina).

Właściwe stosowanie krwi. Stosowanie krwi tylko w przypadkach rzeczywistych wskazań jest w istocie ważnym, lecz często przecenianym aspektem bezpieczeństwa krwi. Niepotrzebne stosowanie krwi stwarza zbędne ryzyko. W niektórych sytuacjach zaleca się stosowanie preparatów krwiozastępczych. Nawet w sytuacjach, kiedy podanie krwi jest niezbędne, powinno się dążyć do ograniczenia niepotrzebnych przetoczeń. Dlatego szkolenie zarówno medycznego jak i technicznego personelu w zakresie stosowania krwi, powinno być uwzględnione w każdym programie bezpieczeństwa krwi.

Okres okna serologicznego. Oknem serologicznym określa się okres między zakażeniem i pojawieniem się wykrywalnych markerów zakażenia. Dla wzv B okres ten wynosi od 25 do 60 dni. Dawca będący w okresie okna serologicznego jest niewykryty jako zakażony stosowanym testem przesiewowym, a oddana przez niego krew może być zakaźna. Długość tego okresu zależy od rodzaju zakażenia, jak również od typu i czułości stosowanego testu przesiewowego. Ten sposób zakażenia stanowi jednak mały procent zakażeń drogą przetoczeń.

Przyczyny zakaźności krwi. Najbardziej powszechną przyczyną zakaźności krwi w skali międzynarodowej jest brak środków finansowych na zakup np. testów komercyjnych. Często przyczyną tego jest brak narodowych programów badania krwi. Taka sytuacja powoduje stały kryzys w tym zakresie i powtarzające się zjawisko braku krwi w przypadku konieczności jej zastawiania.

Wnioski. W krajach, które mają sprawnie zorganizowaną i działającą służbę krwi, ryzyko poprzetoczeniowych zakażeń wzv B i wzv C jest bardzo niskie. Natomiast w krajach posiadających źle działającą służbę zdrowia, zwłaszcza służbę krwi, problem przedstawia się przeciwnie. W tych krajach trudności ekonomiczne, często cytowane jako przyczyna takiego stanu, są tylko częścią problemu. Bardziej istotną część polega na sprawnym pobieraniu krwi i sprawnym systemie przetoczeń w oparciu o: organizację tych problemów tak na szczeblu krajowym jak i lokalnym; dobór dawców łącznie ze stosowaniem laboratoryjnych testów przesiewowych, inaktywacją surowej plazmy i końcowych produktów, stosowanie przetoczeń krwi tylko w przypadkach wskazań medycznych.

W podsumowaniu Viral Hepatitis Prevention Board zaleca:

- we wszystkich krajach zorganizowanie strukturalnej służby krwi dla zapewnienia bezpieczeństwa krwi przez: właściwą selekcję dawców, właściwy pobór krwi i jej badanie, stosowanie sprzętu jednorazowego użytku, właściwe stosowanie przetoczeń krwi;
- stosowanie testów laboratoryjnych dla wykrycia HBsAg, anti-HCV i anti-HIV;
- odpowiednie monitorowanie w systemie rutynowym wszystkich stacji krwiodawstwa w celu uzyskania bezpieczeństwa krwi.

W przypadku niestosowania z jakiegokolwiek powodu powyższego postępowania nastąpić może zmniejszenie bezpieczeństwa ze strony przetoczeń krwi.

na podst. materiału opublikowanego przez *Viral Hepatitis Prevention Board* ("*Viral Hepatitis*", kwiecień 1998)

opracował Wiesław Magdzik

### Porównanie efektywności leczenia i szczepień w epidemii meningokokowego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych

W "Bulletin of the WHO" (1998,2,135-141) opublikowano doniesienie "Priority during a meningitis epidemic: vaccination or treatment?". Autorami doniesienia są holenderscy działacze międzynarodowej organizacji *Medecins sans Frontieres* - H.Veeken i wsp.

W okresie od listopada 1995 r. do maja 1996 r. miała miejsce w północnej Nigerii epidemia meningokokowego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych. W czasie epidemii wystąpiło ponad 75.000 zachorowań oraz 8.440 zgonów. Większość zachorowań (75%) wystąpiła na terenie trzech stanów (Bauchi, Kano i Katsina), gdzie działania wspierające postępowanie przeciwepidemiczne podjęła międzynarodowa organizacja *Medecins sans Frontieres* przy współpracy z rządem nigeryjskim. W czasie epidemii szczepieniami objęto 5,1 mln ludzi, natomiast leczeniu poddano 56.700 zachorowań. Łączny koszt pomocy zapewnionej przez MSF sięgnął 2.935.000 USD.

Autorzy artykułu skoncentrowali się na ocenie efektywności działań w dystrykcie Katsina liczącym 4,5 mln ludności. Do szczepień stosowano bivalentną polisacharydową szczepionkę A+C, podawaną w wieku od 6 miesięcy do 30 lat. Szczepieniom poddano 930.000 osób, to jest 26% ludności przewidzianej do szczepień. Leczeniem objęto 20.927 chorych stosując chloramphenicol o wydłużonym działaniu. Łączne koszty działalności w stanie Katsina wyniosły 683.000 USD, w tym koszty materiałowe (szczepionka, leki, sprzęt medyczny) stanowiły 65% wydatków, koszty transportu 14%, fundusz płac 17% i koszty administracyjne 4%. Średni koszt leczenia jednego pacjenta oszacowano na 35 USD, a koszt jednego szczepienia na 0,64 USD.

Wkrótce po wdrożeniu programu śmiertelność w przebiegu zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych spadła z 17% do 8% i na tej podstawie oszacowano liczbę zgonów, których udało się uniknąć (4.249). Oszacowano, że na uratowanie jednego ludzkiego życia wydatkowano 396 USD w lekach oraz 6.000 USD w ramach kosztów szczepień. Jednak w dyskusji podkreśla się późne podjęcie szczepień, które wdrożono dopiero w sześć tygodni po przekroczeniu progu epidemicznego.

Wojciech Żabicki

### Izolacja pałeczek *Salmonella* od ludzi, zwierząt i z nośników zakażenia w Kanadzie w latach 1983-1992

Pałeczki *Salmonella* pochodzące od zakażonych zwierząt wpływają czasem na występowanie poważnych zachorowań u ludzi. Do występowania ognisk zachorowań przyczyniać się może żywność (m.in. drób, mięso innych zwierząt rzeźnych, mleko, produkty mleczarskie). Możliwe jest

także przekazywanie zakażenia od zwierzęcia do człowieka oraz od człowieka do człowieka. W Kanadzie - jak podają R.Khakhria, D.Woodward, W.M.Johnson, C.Poppe ("*Epid. Infect.*", 1997,119,15-23) - w okresie 10 lat w 2.180 ogniskach zachorowało 10.065 osób. Wykonano ogółem 89.760 badań materiału od chorych osób i 22.551 prób pochodzących od drobiu i zwierząt rzeźnych. Od ludzi i z innych źródeł zakażenia izolowano najczęściej *S.typhimurium* i *S.hadar*. Trzecim i czwartym serotypem najbardziej rozpowszechnionym wśród ludzi były *S.enteritidis* i *S.heidelberg*, a z innych źródeł - *S.heidelberg* i *S.infantis*.

Liczba izolacji *S.typhimurium* od ludzi i z innych źródeł wykazuje w okresie 10 lat tendencję spadkową. Na tę sytuację może mieć wpływ spadek konsumpcji wołowiny i wieprzowiny, zastępowanych drobiem. Z drobiu i produktów drobiarskich izolowano malejącą liczbę *S.typhimurium*, tym niemniej w 1992 r. w Kanadzie serotyp ten był jeszcze najczęściej izolowany od ludzi.

*S.hadar* izolowana od ludzi i z innych źródeł zakażenia osiągnęła szczyt w latach 1987-1990, z tendencją spadkową w następnym okresie. Zakażenia ludzi *S.hadar* wiązały się często ze spożyciem kurcząt lub indyków.

Od 1985 r. wzrastała liczba izolacji *S.enteritidis* od ludzi i utrzymywała się na poziomie 8,3%-12,8% wszystkich izolowanych od ludzi pałeczek *Salmonella*. Zarejestrowano 73 ogniska spowodowane przez *S.enteritidis*. Zachorowało w nich 568 osób. Ponad 50% zakażeń *S.enteritidis* spowodował typ fagowy TF 8. W latach 1987-1992 izolowano od ludzi rosnącą liczbę *S.enteritidis* TF 4. Od drobiu i z innych źródeł zakażenia serotyp ten izolowano rzadko. Różnicę tę (między wzrostem wartości współczynnika izolacji od ludzi w porównaniu z innymi źródłami zakażenia) można wytłumaczyć spostrzeżeniem, że prawie wszystkie izolacje *S.enteritidis* TF 4 od ludzi dotyczyły zakażeń nabytych w czasie podróży za granicę.

Stale wzrastały współczynniki roczne izolacji *S.heidelberg* od ludzi i z innych źródeł zakażenia. Wykazano prawdopodobny związek występowania tego zakażenia z zakażeniem kur niosek oraz jaj. W trakcie prowadzenia w latach 1989-1990 krajowego nadzoru ustalono, że *S.heidelberg* była najbardziej rozpowszechnionym serotypem w stadach kur niosek i drugim spośród serotypów izolowanych ze stad indyków w Kanadzie. Mimo, że izolacje *S.heidelberg* od kur niosek i ze środowiska otaczającego są tak częste, serotyp ten nie jest najbardziej rozpowszechniony wśród ludzi. Jednym z powodów może być fakt, że *S.typhimurium* i *S.enteritidis* są bardziej patogenne niż *S.heidelberg* dla dzieci, osób starszych oraz osób o obniżonej odporności. Najczęściej nośnikiem zakażeń ludzi w Kanadzie była żywność produkowana z drobiu i wołowiny.

na podstawie *FAO/WHO "Newsletter"* (1998,55,1-2)  
opracowała Anna Przybylska

"Meldunki" opracowuje zespół: E. Cielebąk, M.P. Czarkowski (red. odp.), B. Kondej, E. Stepień, J. Żabicka (koment.); tel. (022) 49-77-02 lub c. (022) 49-40-51 do 7 w. 210; tlx 816712; fax (022) 49-74-84; e-mail: epimeid@medstat.waw.pl.