

Meldunek 10/B/98

o zachorowaniach na choroby zakaźne, zatruciach i zakażeniach szpitalnych zgłoszonych w okresie od 16.10 do 31.10.1998 r.

Jednostka chorobowa (symbole wg "Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych" ICD-10)	Meldunek 10/B		Dane skumulowane	
	16.10.98. do 31.10.98.	16.10.97. do 31.10.97.	1.01.98. do 31.10.98.	1.01.97. do 31.10.97.
Choroba wywołana przez ludzki wirus upośl.odp.: ogółem (B20-B24)	6	8	93	108
Dur brzuszny (A01.0)	-	-	1	4
Dury rzekome A.B.C. (A01.1-A01.3)	1	-	3	3
Salmonelozy: ogółem (A02)	1049	1080	24434	20929
Czerwonka bakteryjna /szigelozą/ (A03)	11	21	509	372
Biegunki u dzieci do lat 2: ogółem (A04; A08; A09)	399	478	10963	15691
Tężec: ogółem (A33-A35)	-	1	19	34
Błonica (A36)	-	-	-	-
Krztusiec (A37)	61	173	2540	1287
Szkarlatyna /płonica/ (A38)	494	627	14282	15720
Zapalenie opon mózgowych: razem	185	436	2530	3453
w tym: meningokokowe (A39.0)	7	9	119	120
wywołane przez <i>Haemophilus influenzae</i> (G00.0)	6	4	77	71
inne bakteryjne, określone i nie określone (G00.1-G00.9)	33	72	743	916
wirusowe, określone i nie określone (A87; B00.3; B02.1)	116	324	1408	2090
inne i nie określone (G03)	23	27	183	256
Zapalenie mózgu: razem	41	32	464	501
w tym: meningokokowe i inne bakteryjne (A39.8; G04.2)	5	4	71	73
wirusowe, przenoszone przez kleszcze (A84)	20	16	167	165
inne wirusowe, określone (A83; A85; B00.4; B02.0; B25.8)	-	1	27	25
wirusowe, nie określone (A86)	10	7	126	138
poszczepienne (G04.0)	-	-	1	-
inne i nie określone (G04.8-G04.9)	6	4	72	100
Riketsjozy: ogółem (A75-A79)	-	-	1	-
Ostre nagminne porażenie dziecięce (A80)	-	-	-	-
Ospa wietrzna (B01)	4012	4206	127225	131872
Odra (B05)	4	2	2214	261
Różyczka: ogółem (B06; P35.0)	585	560	40788	135053
Wirusowe zap. wątroby: typu A (B15)	78	148	1660	3459
typu B (B16; B18.0-B18.1)	168	192	3268	4136
typu C (B17.1; B18.2)	70	59	1286	771
typu B+C (B16; B18.0-B18.1 + B17.1; B18.2)	15	2	118	56
inne i nieokreśl.(B17.0;B17.2-.8;B18.8-.9;B19)	17	24	411	669
Świnka /nagminne zapalenie przyusznicy/ (B26)	7365	4535	181725	56990
Włośnica (B75)	-	-	22	17
Świerzb (B86)	1270	1299	14346	14668
Grypa: ogółem (J10; J11)	766	639	770864	1575375
Bakteryjne zatrucia pokarmowe: razem	1340	1196	27830	25302
w tym: salmonelozy (A02.0)	1044	1079	24387	20894
gronkowcowe (A05.0)	6	2	349	412
jadem kiełbasianym /botulizm/ (A05.1)	3	1	81	68
wywołane przez <i>Clostridium perfringens</i> (A05.2)	-	-	-	-
inne określone (A05.3-A05.8)	2	4	204	167
nie określone (A05.9)	285	110	2809	3761
Zatrucia naturalnie toksycznym pokarmem: ogółem (T62)	23	20	196	170
w tym: grzybami (T62.0)	12	20	176	157
Inne zatrucia: ogółem (T36-T60; T63-T65)	384	444	7068	7154
w tym: pestycydami (T60)	7	1	111	131
lekami, prep.farmakologicznymi i subst.biolog. (T36-T50)	232	267	3990	3832
Zakażenia szpitalne - objawowe i bezobjawowe: ogółem	184	65	1260	1812
w tym: na oddziałach noworodkowych i dziecięcych	12	13	297	616
następstwa zabiegów medycznych	35	35	392	554
wywołane pałeczkami <i>Salmonella</i>	51	-	246	171
Ostre porażenia wiotkie u dzieci (0-14 lat)	3	.	36	.

Zachorowania zgłoszone w okresie 16-31.10.1998 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 /szigelozą/ (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	6	-	1	1049	11	399	-	61	494	185	7	41	20
1. St.warszawskie	-	-	-	75	-	41	-	17	24	14	1	2	-
2. Białkopodlaskie	-	-	-	9	-	1	-	-	3	5	1	-	-
3. Białostockie	-	-	-	12	-	9	-	10	5	18	-	12	10
4. Bielskie	2	-	1	15	2	9	-	-	27	5	-	1	-
5. Bydgoskie	-	-	-	15	-	15	-	-	13	2	-	-	-
6. Chełmskie	-	-	-	8	-	2	-	-	3	5	-	-	-
7. Ciechanowskie	-	-	-	34	-	1	-	-	5	-	-	-	-
8. Częstochowskie	-	-	-	19	-	5	-	3	6	1	-	-	-
9. Elbląskie	-	-	-	11	-	12	-	-	5	2	-	-	-
10. Gdańskie	-	-	-	34	-	14	-	-	16	7	-	1	-
11. Gorzowskie	-	-	-	21	-	-	-	-	4	-	-	-	-
12. Jeleniogórskie	-	-	-	6	-	7	-	-	11	1	-	-	-
13. Kaliskie	-	-	-	16	-	12	-	-	1	6	-	-	-
14. Katowickie	-	-	-	102	-	25	-	-	100	14	1	-	-
15. Kieleckie	-	-	-	14	-	6	-	-	3	5	1	-	-
16. Konińskie	-	-	-	25	1	4	-	-	6	-	-	-	-
17. Koszalińskie	-	-	-	9	-	1	-	-	5	2	-	-	-
18. M.krakowskie	-	-	-	16	-	12	-	-	29	3	-	-	-
19. Krośnieńskie	-	-	-	4	-	7	-	-	5	-	-	1	-
20. Legnickie	1	-	-	27	-	-	-	-	4	3	-	1	-
21. Leszczyńskie	-	-	-	9	-	2	-	-	4	4	-	-	-
22. Lubelskie	-	-	-	24	-	10	-	-	5	3	-	-	-
23. Łomżyńskie	-	-	-	9	-	3	-	-	4	2	1	1	1
24. M.łódzkie	1	-	-	18	-	21	-	20	11	2	-	-	-
25. Nowosądeckie	-	-	-	12	2	4	-	-	10	3	-	1	-
26. Olsztyńskie	-	-	-	26	2	11	-	-	8	3	-	-	-
27. Opolskie	-	-	-	13	-	2	-	2	34	2	-	-	-
28. Ostrołęckie	-	-	-	4	-	5	-	-	2	-	-	3	-
29. Piłskie	-	-	-	7	-	1	-	1	3	1	1	-	-
30. Piotrkowskie	-	-	-	28	-	3	-	1	4	5	-	-	-
31. Płockie	-	-	-	26	-	5	-	-	4	6	-	1	-
32. Poznańskie	-	-	-	54	-	29	-	2	31	9	-	-	-
33. Przemyskie	-	-	-	6	-	11	-	-	5	3	-	4	-
34. Radomskie	-	-	-	21	-	7	-	1	7	2	-	-	-
35. Rzeszowskie	-	-	-	16	-	-	-	-	1	9	-	-	-
36. Siedleckie	-	-	-	56	1	4	-	-	1	2	-	-	-
37. Sieradzkie	-	-	-	10	-	2	-	-	1	-	-	-	-
38. Skierniewickie	-	-	-	5	-	-	-	-	3	3	-	-	-
39. Słupskie	-	-	-	7	-	7	-	-	9	-	-	-	-
40. Suwalskie	-	-	-	26	-	12	-	2	3	6	1	11	9
41. Szczecińskie	-	-	-	30	1	9	-	-	11	2	-	-	-
42. Tarnobrzeskie	-	-	-	34	-	9	-	-	3	2	-	-	-
43. Tarnowskie	-	-	-	17	-	1	-	-	8	3	-	-	-
44. Toruńskie	-	-	-	17	-	3	-	-	7	5	-	-	-
45. Wałbrzyskie	-	-	-	20	-	14	-	-	9	7	-	-	-
46. Włocławskie	-	-	-	9	-	4	-	-	3	-	-	-	-
47. Wrocławskie	2	-	-	47	-	19	-	2	20	6	-	-	-
48. Zamojskie	-	-	-	4	-	1	-	-	3	1	-	-	-
49. Zielonogórskie	-	-	-	22	2	17	-	-	5	1	-	2	-

Zachorowania zgłoszone w okresie 16-31.10.1998 r. wg województw (cd.)

Województwo (St.- stołeczne M.- miejskie)	Ospa wietrzna (B01)	Odra (B05)	Różyczka: ogółem (B06; P35.0)	Wirusowe zapalenie wątroby		Świnka (B26)	Włośnica (B75)	Świerz (B86)	Grypa: ogółem (J10; J11)	Bakteryjne zatrucia pokarmowe: ogółem (A02.0; A05)	Zatrucia grzybami (T62.0)	Inne zatrucia: ogółem (T36-T60; T63-T65)	Zakażenia szpitalne - objawowe i bezobjawowe: ogółem
				typu B (B16;B18.0-.1)	"nie B": ogółem (B15; B17;B18.2-B18.9;B19)								
POLSKA	4012	4	585	168	180	7365	-	1270	766	1340	12	384	184
1. St.warszawskie	169	-	73	5	12	246	-	10	-	73	1	2	5
2. Białkopodlaskie	20	-	2	-	3	22	-	36	-	9	-	-	-
3. Białostockie	124	-	12	3	4	161	-	44	-	13	1	11	-
4. Bielskie	156	-	11	1	1	206	-	9	49	15	1	3	3
5. Bydgoskie	161	-	21	6	-	103	-	28	34	23	-	29	-
6. Chełmskie	11	-	6	-	1	23	-	16	-	8	-	-	-
7. Ciechanowskie	19	-	3	1	-	59	-	2	-	34	-	-	-
8. Częstochowskie	86	-	18	2	1	89	-	20	-	19	-	9	1
9. Elbląskie	67	-	3	3	3	41	-	27	-	13	-	3	-
10. Gdańskie	221	-	7	3	7	150	-	24	-	50	-	17	5
11. Gorzowskie	106	-	7	4	1	293	-	32	-	84	-	18	-
12. Jeleniogórskie	58	-	12	4	3	154	-	29	-	9	-	-	-
13. Kaliskie	49	-	4	4	-	146	-	16	-	16	-	1	-
14. Katowickie	330	2	71	17	15	463	-	209	-	119	-	-	50
15. Kieleckie	269	-	24	33	15	191	-	48	8	19	1	34	3
16. Konińskie	32	-	5	2	-	86	-	7	9	53	-	2	-
17. Koszalińskie	95	-	3	3	7	73	-	19	-	16	-	6	6
18. M.krakowskie	54	-	10	8	2	106	-	1	-	24	-	-	-
19. Krośnieńskie	40	-	2	1	-	59	-	10	2	6	2	12	-
20. Legnickie	75	-	10	3	12	181	-	43	583	27	-	-	-
21. Leszczyńskie	71	-	2	1	4	20	-	2	-	9	-	2	-
22. Lubelskie	125	-	11	2	4	311	-	30	-	24	-	23	1
23. Łomżyńskie	10	-	51	1	-	106	-	7	-	9	-	-	-
24. M.łódzkie	84	-	8	6	14	168	-	69	-	103	1	121	86
25. Nowosądeckie	49	-	2	2	3	83	-	3	-	13	1	-	-
26. Olsztyńskie	134	-	15	1	1	703	-	29	-	27	-	-	-
27. Opolskie	82	-	7	5	9	167	-	20	-	14	-	1	-
28. Ostrołęckie	48	-	7	3	2	87	-	19	-	4	-	1	-
29. Piłskie	25	-	4	-	1	62	-	16	-	7	-	-	-
30. Piotrkowskie	48	1	6	-	3	179	-	63	65	28	-	13	-
31. Płockie	41	-	16	2	3	54	-	40	-	26	-	-	-
32. Poznańskie	139	-	22	3	8	176	-	25	7	53	-	4	16
33. Przemyskie	32	-	2	-	-	83	-	1	-	6	-	4	-
34. Radomskie	84	-	16	7	4	98	-	20	-	22	-	13	-
35. Rzeszowskie	43	-	7	-	-	78	-	12	3	16	-	4	-
36. Siedleckie	90	-	5	2	1	121	-	18	-	60	-	3	-
37. Sieradzkie	44	-	2	1	2	18	-	4	-	10	-	2	-
38. Skierniewickie	4	-	2	1	1	70	-	1	-	5	-	-	-
39. Słupskie	55	-	19	1	2	234	-	23	-	7	-	6	1
40. Suwalskie	28	-	1	1	-	103	-	14	6	29	-	2	5
41. Szczecińskie	62	-	10	7	6	460	-	52	-	58	-	8	-
42. Tarnobrzeskie	130	-	7	4	2	361	-	30	-	34	-	6	2
43. Tarnowskie	61	-	5	2	2	142	-	2	-	17	-	-	-
44. Toruńskie	51	-	9	2	6	21	-	51	-	19	-	2	-
45. Wałbrzyskie	31	1	8	2	3	97	-	13	-	20	-	13	-
46. Włocławskie	34	-	1	3	-	9	-	24	-	10	-	1	-
47. Wrocławskie	155	-	13	6	11	193	-	21	-	54	2	4	-
48. Zamojskie	63	-	6	-	1	133	-	21	-	4	-	1	-
49. Zielonogórskie	47	-	17	-	-	176	-	10	-	22	2	3	-

Zakażenia HIV i zachorowania na AIDS

Informacja z 31 października 1998 r.

W październiku 1998 r. do Zakładu Epidemiologii PZH zgłoszono nowo wykryte zakażenie HIV 30 obywateli polskich, w tym 10 zakażonych w związku z używaniem narkotyków.

Obecność przeciwciał anti-HIV potwierdzono w Zakładzie Immunopatologii PZH, 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 oraz w Specjalistycznym Dermatologicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Łodzi. Z Centrum Diagnostyki i Terapii AIDS w Warszawie uzyskano informację o zakażeniu HIV czteromiesięcznego dziecka.

Odnotowano 18 zachorowań na AIDS: dziesięciu mężczyzn (pięciu narkomanów, trzech homoseksualistów, dziecka matki zakażonej HIV oraz jednego bez określenia drogi zakażenia) i ośmiu kobiet (pięciu narkomanek i trzech zakażonych drogą ryzykownych kontaktów heteroseksualnych).

Chorzy byli w wieku od czterech miesięcy do 49 lat. Mieli miejsce zamieszkania w następujących województwach: po czterech w woj. gdańskim i wrocławskim, po dwóch w woj. st. warszawskim, bielskim i legnickim oraz po jednym w woj. katowickim, lubelskim, nowosądeckim i śląskim.

We wszystkich przypadkach określono przynajmniej jedną chorobę wskazującą na AIDS w brzmieniu jak w definicji do celów nadzoru epidemiologicznego, skorygowanej w 1993 r. W siedemnastu przypadkach podano liczbę komórek CD4 (od 20 do 328/μL).

Od wdrożenia badań w 1985 r. do 31 października 1998 r. stwierdzono zakażenie HIV 5.477 obywateli polskich, wśród których było co najmniej 3.532 zakażonych w związku z używaniem narkotyków.

Ogółem odnotowano 707 zachorowań na AIDS; 401 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.

Sytuacja epidemiologiczna zakażeń HIV w świecie, Europie i Polsce

Ludzki wirus upośledzenia odporności (HIV) nadal szerzy się w świecie, przedostając się w społeczności pierwotnie nieznacznie dotknięte przez epidemię i nasilając swoje oddziaływanie na obszarach, na których AIDS jest wiodącą przyczyną zgonów dorosłych.

Według oszacowań UNAIDS i WHO u progu 1998 roku na świecie żyło z HIV i AIDS 30,6 mln osób, a od początku pandemii zmarło 11,7 mln. Oznacza to, że jeden na 100 dorosłych w wieku od 15 do 49 lat żyje z HIV, przy czym tylko niewielki odsetek wie o swoim zakażeniu.

Jeśli nie zostanie wynaleziony uzdrawiający lek lub nie będzie szerzej dostępne leczenie przedłużające życie, większość obecnie żyjących z HIV umrze w ciągu 10 lat. Zgony będą jednak występowały nadal, ponieważ wirus nadal się szerzy. Powoduje około 16 tysięcy nowych zakażeń dziennie. Dla roku 1997 oznacza to 5,8 mln nowych zakażeń HIV, 2,3 mln zgonów z powodu AIDS, rozwój AIDS u prawie tej samej liczby zakażonych HIV i około 600 000 zakażeń dzieci.

Zakażenia HIV są skoncentrowane przede wszystkim w świecie rozwijającym się: 89% ludzi z HIV żyje w subsaharyjskiej Afryce i w rozwijających się krajach Azji, osiągających mniej niż 10% produktu światowego. W latach 1994-1997 proporcjonalny wzrost rozpowszechnienia zakażenia HIV był najgwałtowniejszy na dużych obszarach Azji, we wschodniej Europie i południowej Afryce.

Od początku pandemii do czerwca 1998 roku zgłoszono do WHO ogółem 1 893 784 zachorowania na AIDS. Oznacza to wzrost o 15% w porównaniu do liczby zachorowań zgłoszonych do czerwca 1997 roku. Szacuje się, że skumulowana liczba zgłoszonych zachorowań jest mniejsza niż 15% rzeczywistej liczby zachorowań. Kraje uprzemysłowione zgłaszają względnie duży odsetek zachorowań na AIDS. Oszacowanie niepełności zgłaszania w krajach Europy mieści się w granicach od 0% do 25%, co oznacza, że liczba zgłoszonych zachorowań daje tu prawie rzeczywisty obraz sytuacji AIDS. Kraje rozwijające się zgłaszają niewielki odsetek zachorowań - w niektórych przypadkach niższy od 10%.

Obserwowane w poszczególnych regionach świata trendy zmian zachorowań na AIDS wykazują istotne różnice. W przeciwieństwie do krajów rozwijających się, w krajach uprzemysłowionych odnotowano spadek liczby zachorowań. W Europie w 1996 r. liczba zachorowań na AIDS spadła (o 12%) po raz pierwszy od początku pandemii. Nadal obniżała się w roku 1997 (o 27%), osiągając poziom sprzed roku 1990. Wyraźnie zaznaczone spadki odnotowano w trzech głównych grupach przenoszenia zakażenia: wśród mężczyzn homo- i biseksualnych (1996 r. - 21%, 1997 r. - 35%), stosujących środki odurzające we wstrzyknięciach (1996 r. - 10%, 1997 r. - 31%) i osób zakażonych drogą ryzykownych kontaktów heteroseksualnych (1996 r. - 1%, 1997 r. - 22%). Wewnątrz grup przenoszenia zakażenia spadki były większe dla kobiet (1997 r.: stosujący środki odurzające we wstrzyknięciach - 36%, zakażeni drogą ryzykownych kontaktów heteroseksualnych - 27%) niż dla mężczyzn (odpowiednio: 30% i 17%). Spadła także liczba zachorowań na AIDS nabytych drogą przenoszenia pionowego (o 33% w 1996 r. i o 6% w roku 1997).

Epidemia zakażeń HIV i AIDS w Europie znajduje się obecnie w punkcie zwrotnym, z przeciwnymi trendami w zachodniej i wschodniej części regionu. Ogólne trendy są kształtowane przez trendy obserwowane w Europie zachodniej, skąd nadal pochodzi 90% rocznej liczby zachorowań na AIDS w regionie europejskim WHO.

W 1997 r. liczba zachorowań obniżyła się we wszystkich krajach zachodnioeuropejskich. Szacuje się, że spadki większe niż średnie wystąpiły we Włoszech, w Austrii, w Norwegii, w Niemczech, Francji, Szwecji i Irlandii. Spadki wynikają zarówno ze wzrostu stosowania kombinowanego leczenia antyretrowirusowego jak i wystąpienia maksimum zakażeń HIV w latach osiemdziesiątych - wcześniej niż w pozostałej części regionu. Zaobserwowany spadek liczby zachorowań nie oznacza, że obniża się liczba zakażeń. W niedługim czasie prawdopodobnie wzrośnie rozpowszech-

nienie HIV.

Obecnie nie ma dowodów na to, że w Europie środkowej powstają znaczne epidemie. Natomiast od 1995 r. w krajach byłego Związku Radzieckiego rozwijają się duże epidemie zakażeń HIV - głównie wśród stosujących środki odurzające we wstrzyknięciach. Pomimo, że zostały one wykryte poprzez zgłaszanie zakażeń HIV to w 1997 r. odnotowano także wzrost liczby zachorowań na AIDS na Ukrainie o 29% i w Rosyjskiej Federacji o 51%.

W Polsce do końca września 1998 r. odnotowano ogółem 5 447 zakażeń HIV i 689 zachorowań na AIDS; 391 chorych zmarło. Liczbę osób żyjących z zakażeniem HIV szacuje się na 12 000.

Największą - jak dotychczas - liczbę nowo wykrytych zakażeń odnotowano w roku 1990 (809). W następnych latach liczba ta mieściła się w granicach od 384 (1993 r.) do 579 (1997 r.); 494 zakażenia odnotowane w trzech kwartałach roku 1998 nakazują spodziewać się w bieżącym roku liczby nowo wykrytych zakażeń największej od roku 1990.

W latach 1985-1995 rosła rejestrowana rocznie liczba zachorowań na AIDS i zapadalność, jak również liczba zgonów i umieralność. Największe liczby odnotowano w 1995 r. Wynosiły one odpowiednio: 114 i 0,3 na 100 000 mieszkańców oraz 78 i 0,2 na 100 000 mieszkańców. Liczba zachorowań i zgonów z roku 1996, 1997 oraz trzech kwartałów roku 1998 (odpowiednio: 108, 109, 60 i 73, 59, 21) może świadczyć o pewnej stabilizacji w tym zakresie, choć trudno wykluczyć wpływ opóźnionego i niepełnego zgłaszania.

Pierwszy okres epidemii w Polsce cechowały przede wszystkim nowo wykryte zakażenia HIV wśród mężczyzn homo- i biseksualnych i chorych na hemofilię oraz pojedyncze zachorowania na AIDS. Przedostanie się HIV do grupy stosujących środki odurzające we wstrzyknięciach, uchwycone w 1988 r., znacząco rzutowało na sytuację epidemiologiczną w Polsce. Stosunkowo wcześniej odnotowano wzrost liczby stosujących środki odurzające wśród zakażonych HIV (1989 r.) i chorych na AIDS (w 1991 r.), a ponadto stwierdzono m.in.: zmianę stosunku liczby zakażonych kobiet do liczby zakażonych mężczyzn (z 1:20, 1:10 - w pierwszych latach epidemii, do 1:3 - 1:5 w latach po roku 1988), uformowanie się około sześćdziesięcioprocentowej grupy zakażonych w wieku od 20 do 29 lat oraz urodzenia dzieci, które otrzymały przeciwciała anti-HIV od matek (do końca września 1998 r. - co najmniej 103). Zachorowania na AIDS narkomanów osiągnęły blisko połowę wszystkich zachorowań na AIDS odnotowanych w latach 1986-1997, a zgony narkomanów chorych na AIDS - 42% wszystkich zgonów chorych na AIDS. Zakażeni HIV w związku ze stosowaniem środków odurzających we wstrzyknięciach z lat 1985-1997, stanowili 66% ogółu zakażonych HIV.

Prawie 33% zakażonych HIV z lat 1985-1997 mieszkało w woj. st. warszawskim, gdańskim i katowickim, 67% - w pozostałych województwach.

W latach 1985-1995 zachorowania na AIDS i zakażenia HIV lokalizowały się głównie w dużych aglomeracjach miejskich, lecz przez wczesne lata dziewięćdziesiąte liczba nowo wykrytych zakażeń na 100 000 mieszkańców była najwyższa w województwach południowo-zachodniej Polski. Liczbę maksymalną (prawie 15) odnotowano w woj. jeleniogórskim w 1990 r. W 1995 r. liczba ta była najwyższa w woj. lubelskim (3,2), w 1996 - w woj. piotrkowskim (3,7), a w 1997 - w woj. toruńskim (3,3 na 100 000 mieszkańców).

Chociaż w ostatnich latach liczba zachorowań na AIDS

jest dość stała, a liczba nowo wykrytych zakażeń utrzymuje się na poziomie kilkuset rocznie jest możliwy niekorzystny rozwój sytuacji epidemiologicznej. Liczba zachorowań na AIDS będzie zależała m.in. od opieki medyczno-socjalnej nad osobami zakażonymi HIV, a liczba nowych zakażeń - od postępowania i zachowań zmierzających do ograniczenia szerzenia się zakażeń.

Wanda Szata

Zakład Epidemiologii PZH

Raport z Drugiego Generalnego Spotkania Europejskiego Forum Szczepień (1) Monachium, 2-3 czerwiec 1997 r.

Poliomyelitis (G. Oblapenko)

W 1998 r. Światowe Zgromadzenie Zdrowia podjęło uchwałę o eradykacji *poliomyelitis* w świecie do 2000 roku. W Europejskim Regionie WHO transmisja zakażeń została przerwana w latach dziewięćdziesiątych. W tym czasie miały jeszcze miejsce lokalne epidemie, na ogół w krajach objętych konfliktami, o słabej infrastrukturze. Była to przede wszystkim epidemia w Czeczeni oraz epidemia na półwyspie Bałkańskim w 1996 r., w której wystąpiły 193 zachorowania, z tego 138 (71%) w Albanii, a pozostałe w Grecji i Jugosławii. Niemal wszystkie zachorowania na *poliomyelitis* w latach 1991-1996 były spowodowane wirusem *polio* typ 1.*

Zwalczanie zachorowań polega głównie na szczepieniach realizowanych z wysokim odsetkiem podlegających. Odsetek ten w krajach europejskich ogólnie jest wysoki, ale różni się między krajami.

Działalność w latach 1998-2000 w zakresie eradykacji *poliomyelitis* powinna być skoncentrowana na następujących problemach:

- poprawa surveillance'u, głównie poprawa jakości surveillance'u ostrych porażenia wiotkich;
- ochrona przed zawleczeniem dzikiego wirusa *polio*;
- wybór między stosowaniem IPV i OPV;
- działanie w kierunku uzyskania certyfikacji;
- lepsza koordynacja między partnerami i wzrost nakładów i pomocy w skali międzynarodowej oraz ze strony czynników pozarządowych.

Podstawą monitoringu *poliomyelitis* jest obecnie surveillance ostrych porażenia wiotkich (AFP). W miarę znikania zachorowań na *polio* obserwuje się spadek czujności lekarzy na zachorowania przebiegające z porażeniem wiotkim.

W skali międzynarodowej stosowane są 3 strategie uodporniania przeciw *poliomyelitis*:

- tylko szczepionką żywą (OPV),
- tylko szczepionką inaktywowaną (IPV),
- kombinacją szczepionek IPV i OPV.

Różnice między IPV i OPV:

- IPV jest znacznie droższa od OPV,
- sposób podania (OPV - doustnie, IPV w iniekcji),
- ryzyko zachorowań na porażenie *poliomyelitis* towarzyszące szczepieniom po OPV,
- stosowanie IPV eliminuje ryzyko tych zachorowań; powoduje wysoki stopień uodpornienia,
- OPV jest stosowana na świecie z perspektywą eradykacji *polio*,
- przy stosowaniu OPV dla certyfikacji eradykacji *polio* będzie trudno orzec brak dzikiego wirusa w środowisku.

W Stanach Zjednoczonych stosowanie OPV powodowało 8-9 zachorowań porażennych towarzyszących szczepie-

niom w roku. Przy stosowaniu mieszanego szczepienia IPV i OPV liczba ta spadała do 2-5, a w Europie odpowiednio 4-6 na rok i 1-3 na rok.

Odra (C. Roure)

W 1994 roku odra była przyczyną ponad 1 miliona zgonów dzieci na świecie, najwięcej spośród chorób, którym zapobiegają szczepienia. Spadek liczby zachorowań i zgonów po wprowadzeniu szczepień jest znamieny. Przewiduje się, że w 2005 roku wśród dzieci w wieku 1-4 lat będzie 15% nieuodpornionych, w wieku 5-9 lat - 10%, w wieku 10-14 lat i wśród dorosłych - 5%. Osiągnięte to będzie przy wykonawstwie szczepień składających się z dwu dawek w odsetku powyżej 95%. Te warunki powinny być uzyskane przez wszystkie kraje. Stosowanie skojarzonej szczepionki uodporniającej przeciw odrze-świnie-różyczce (MMR) jest popierane, ale w wielu krajach - zwłaszcza centralnej i wschodniej Europy i powstałych po byłym ZSRR - nie jest ta szczepionka stosowana. UNICEF do tej pory nie dostarcza tej szczepionki.

Dla uzyskania dalszego postępu w zapobieganiu i zwalczaniu odry konieczne jest 6 następujących kierunków działania:

- monitoring wykonawstwa szczepień,
- zgłaszanie na szczeblu kraju przypadków podejrzanych,
- stosowanie standardowej definicji przypadku,
- laboratoryjne potwierdzanie zachorowań,
- ustalanie źródeł zakażenia, z laboratoryjnym potwierdzeniem,
- regularne dostarczanie podsumowanych i przeanalizowanych informacji.

Informacje Komisji Europejskiej (G. Thinus)

Komisja Europejska inicjuje następujące poczynania z zakresu uodporniania w poszczególnych krajach: • udziela pomocy i współpracuje w zakresie ustalania programów uodporniania i zaleceń, z uwzględnieniem formalnych podstaw obowiązkowych szczepień, spraw związanych z opłatami, zwrotami opłat itp., • ustala mechanizm udzielania naukowych opinii na temat wskazań i programów szczepień w zakresie promocji szczepień, • dokonuje oceny szczepionek i programów szczepień łącznie z monitoringiem skuteczności szczepień.

W przyszłości przewidywane są inicjatywy badań w kierunku • skuteczności szczepień i odczynów poszczepionych, • bezpieczeństwa i skuteczności szczepionek poliwalentnych, • nowych zastosowań szczepionek, w celach innych niż związane z chorobami zakaźnymi, • bezpieczeństwa szczepionek wyprodukowanych przy zastosowaniu nowych technik, jak rekombinacja DNA.

* Według informacji z września (*WHO "Euro Polio Page", September 1998*), od stycznia 1998 r. w Regionie Europejskim WHO zanotowano łącznie 12 potwierdzonych zachorowań na *poliomyelitis*, w tym 11 spowodowanych typem 1 wirusa i 1 spowodowane typem 3. Wszystkie zachorowania wystąpiły w południowo-wschodniej Turcji w sąsiedztwie prowincji Mardin, gdzie występowały zachorowania w roku ubiegłym. Zachorowania dotyczyły 4 dzieci w pierwszym roku życia, 4 w drugim r.ż., 3 w trzecim r.ż. i 1 dziecka w piątym roku życia. Sześcioro dzieci było nieszczepionych, troje szczepionych - jednorazowo lub dwukrotnie.

na podstawie WHO "CD News" (1998,18,10-14)
opracował Wiesław Magdzik

Nawrót riketsjozy wywołanej przez *R.mooseri* (typhi) w Portugalii

Jak donosi "Weekly Epidemiological Record" (1998,34, 262-263) w listopadzie i grudniu 1996 r. w Centralnym Szpitalu na Maderze u kilku pacjentów stwierdzono wysokie miana przeciwciał (1:128) dla *R.mooseri*. Materiał pobrano od chorych z objawami odpowiadającymi riketsjozie, określonej jako dur mysi.

Dur mysi jest ostrą i łagodnie przebiegającą chorobą zakaźną; manifestuje się gorączką i wysypką. Zgony zazwyczaj nie występują, choć ostatnio jest opisany przypadek śmiertelny u pacjenta, który zmarł w Anglii, a uległ zakażeniu w Hiszpanii. Do lat czterdziestych omawiana riketsjoza była częstą chorobą w Portugalii, później przestała się pojawiać.

Rezerwuarem zakażeń są szczury *R.rattus* i *R.norvegicus*, a wektory stanowią pchły *Xenopsylla cheopsis*. Od 1993 r. portugalski National Institute of Health w Aguas de Moura prowadzi rutynową diagnostykę riketsjoz z uwzględnieniem przeciwciał dla *R.conorii*, *R.typhi* (*mooseri*) oraz *Ehrlichia chaffeensis*. W 1993 r. wykryto po raz pierwszy przeciwciała dla *R.typhi* u kobiety zakażonej HIV bez objawów typowych dla duru mysiego.

Dla ekologicznego rozpracowania zjawiska pobrano do badań serologicznych 26 surowic od pacjentów miejscowych przychodni oraz wykonano odłowy gryzoni. Przy badaniach stosuje się, zgodnie z rekomendacjami WHO, odczyn immunofluorescencji pośredniej (IFA). U 27% badanych ludzi stwierdzono obecność przeciwciał (IgM+IgG), natomiast u gryzoni przeciwciała stwierdzono w 76% przypadków.

Wojciech Żabicki

Ogniska włośnicy ludzi po spożyciu mięsa końskiego we Francji i Włoszech

W naturze cykl życiowy włośnica krętego przebiega u zwierząt mięsożernych, wszystkożernych i licznych gryzoni. Odkąd w XIX wieku odkryto pasożyt (J. Paget i R. Owen, 1835 r.) aż do 1975 roku włośnica u ludzi była związana ze spożyciem wieprzowiny lub mięsa z dzika (1).

We Francji i Włoszech (3) w 1998 roku wystąpiły ogniska włośnicy po spożyciu mięsa końskiego (odpowiednio 128 i 92 chore osoby). W ognisku we Włoszech mięso końskie pochodziło z Polski, a we Francji - z Jugosławii. Podobne ogniska występowały już wcześniej, nie budząc początkowo szerszego zainteresowania specjalistów. Od 1975 r. importowana konina spowodowała wystąpienie włośnicy w 7 ogniskach we Francji (łącznie 1.892 zachorowania) i w 5 ogniskach we Włoszech (łącznie ok. 990 osób chorych). Zwyczaje kulinarne związane ze spożywaniem surowego lub półsurowego mięsa końskiego w obu wymienionych krajach wpłynęły na wystąpienie większej liczby zachorowań po koninie niż po spożyciu mięsa wieprzowego. Ogniska po spożyciu mięsa końskiego liczyły od 7 do 642 osób. W siedmiu ogniskach (z dwunastu opisanych poniżej) zachorowało ponad 100 osób. Duża liczebność ognisk związana była z faktem, że z pojedynczych zakażonych tusz końskich sprzedawano wiele porcji mięsa. We Włoszech i Francji w okresie nie przekraczającym 16 miesięcy wykryto 6 koni z importu zakażonych *Trichinella spiralis* (trzy z Polski, dwa z Serbii i jeden z Rumunii).

• Pierwsze odnotowane ognisko po spożyciu koniny wystąpiło we Włoszech w 1975 r. i objęło 89 osób w Bagnolo w regionie Piano. Dochodzenie departamentu weterynarii wykazało, że podejrzane zwierzę pochodziło z Jugosławii lub z Polski. • Drugie ognisko wystąpiło w końcu 1975 r. we Francji. Na terenie Chatenay-Malabry, przedmieścia Paryża, zachorowało 125 osób. Mięso końskie pochodziło z pojedynczej tuszy. Zwierzę importowano ze wschodniej Europy i ubito we Francji. • Trzecie ognisko obejmujące 13 zachorowań wystąpiło w Varèse (region Włoch) w 1984 r. Tuszę końską, z której pochodziło zakażone mięso, importowano z Jugosławii. • Czwarte ognisko, liczące 431 zachorowań, wystąpiło w 1985 r. w dwóch skupiskach we Francji (jedno w regionie Ile, a drugie w Paryżu) po spożyciu dwóch półtuszy końskich. Tuszę importowano drogą lotniczą z rzeźni w Stanach Zjednoczonych. Dwie osoby w ognisku zmarły, a duża liczba chorych miała powikłania neurologiczne. • Piąte ognisko wystąpiło również we Francji w 1985 r. W październiku zachorowały 642 osoby (trzy zmarły) w 13 skupiskach na terenie kraju. Tusza końska pochodziła z Niemiec. Ustalono wówczas, że konina będzie poddawana badaniu trichinoskopowemu (metodą trichinoskopii lub trawienia enzymatycznego). Zbadane tusze z wynikiem ujemnym stemplowano pieczęcią określającą, że są wolne od włośni. • W 1986 r. we Włoszech wystąpiło ognisko liczące ponad 300 osób (w Salsomaggiore Terme). W ognisku tym spożywano koninę pochodzącą z Jugosławii lub z Polski. • Siódme ognisko wystąpiło w 1990 r. we Włoszech w miejscowości Barletta. Zachorowało ponad 500 osób. Nie ustalono pochodzenia koniny. • W lutym 1991 r. we Francji wystąpiło ósme z kolei ognisko w dwóch skupiskach. Zachorowało 21 osób. Z wystąpieniem zachorowań związane były dwie partie tuszy pochodzącej ze Stanów Zjednoczonych. Rozprowadzono prawdopodobnie inne partie podejrzanej sztuki, ale nie notowano większej liczby zachorowań. Przypadki rejestrowano tylko wówczas, gdy chorych hospitalizowano. Mogła zaistnieć sytuacja, że części zachorowań nie wykryto. W tym samym czasie wystąpiła epidemia grypy, której objawy były podobne do występujących we włośnicy. Jest wysoce prawdopodobne, że włośnica o łagodnym przebiegu nie była właściwie rejestrowana. • W grudniu 1993 r. we Francji zarejestrowano dziewiąte ognisko, w którym zachorowało 538 osób. Ognisko wystąpiło w pięciu skupiskach i było związane z konsumpcją mięsa końskiego z tusz importowanych z Kanady i zaopatrzonych w certyfikat "wolne od włośni". Dyskutowano czułość metod badania stosowanych w rzeźniach oraz minimalny ciężar badanej próbki, wynoszący 1 g. • We wrześniu 1994 r. we Francji odnotowano dziesiąte ognisko. Na terenie Paryża wystąpiło siedem zachorowań. Podejrzaną ćwiartkę tuszy importowano prawdopodobnie z Belgii. Koń został ubity w Meksyku. W tym samym roku Komisja Ekspertów Weterynaryjnych Wspólnoty Europejskiej zarekomendowała wprowadzenie badania parazytologicznego 5 g. tkanki mięśniowej na tuszę. W 1994 r. stwierdzono kilka larw włośni w tuszach koni pochodzących z amerykańskich rzeźni. Naturalnie zakażonego konia wykryto także w 1996 roku. Był on poddany ubojowi w miejscowości Barletta we Włoszech. Włośnię wykryto na podstawie badania 5 g. mięśni z tuszy. • Jedenaste i dwunaste ognisko z 1998 r. (we Francji i Włoszech) wymieniono na początku notatki.

Do chwili obecnej profilaktyczne metody kontroli tusz są oparte na poszukiwaniu larw włośni w mięśniach. Bada-

nie 5 g. mięśni z najbardziej podejrzanych partii tusz (język, mięśnie żwaczowe, przepona) poprawiło czułość badania (1). Obowiązek poszukiwania włośni w świeżym mięsie końskim wprowadziła Rada Wspólnot Europejskich (European Communities Council) zarządzeniem 91/497/EEC (29.07.1991 r.). Zarządzenie to modyfikuje i kodyfikuje zarządzenie 64/433/EEC rozszerzone o artykuł 42. Metody laboratoryjne dla wykrycia włośni określa zarządzenie 77/96/EEC (21.12.1976 r.), zmodyfikowane w celu poprawy czułości. Minimalny ciężar próbki mięsa przeznaczonej do badania zwiększono od 1 do 5 g. zarządzeniem 94/59/EEC. Próbką zbiorczą może ważyć nie więcej niż 100 g. na test, a więc równocześnie można zbadać maksimum 20 koni. Poszukuje się włośni po trawieniu enzymatycznym mięśni, gdyż uwolnienie larw czyni je bardziej widocznymi (2).

(1) Ancelle T.: *History of trichinellosis outbreaks linked to horse meat consumption, 1975-1998*, Eurosurveillance, 1998; 3: 86-9. (2) Maillot E.: *Trichinellosis associated with the consumption of horse meat: European regulations and risk management*, Eurosurveillance 1998; 3: 90. (3) Pozio E. i inni: *Human outbreak of trichinellosis associated with the consumption of horsemeat in Italy*, Eurosurveillance 1998; 3: 85-6.

Anna Przybylska

Wyniki monitoringu enterowirusów w USA w latach 1993-1996

W "Weekly Epidemiological Record" (1998,29,220-223) zostały opublikowane wyniki monitoringu enterowirusów w USA w latach 1993-1996.

Każdego roku w Stanach Zjednoczonych ma miejsce około 30 mln zakażeń wywołanych przez enterowirusy pod postacią kliniczną aseptycznych zapaleń opon mózgowo-rdzeniowych oraz niespecyficznego zapalenia górnych dróg oddechowych. Analizowany materiał stanowiły wyniki badań wirusologicznych, które nadeszły od stycznia 1993 do grudnia 1996 roku do Centres for Disease Control and Prevention.

Wśród 3.209 uzyskanych izolatów dominowały szczepy ECHO 9, które stanowiły 12,7% izolacji. Również często izolowano szczepy Coxsackie B5 (11,5% izolacji) oraz szczepy ECHO 30 (9,5% izolacji). Rzadziej izolowano szczepy Coxsackie A9 (6,6%), Coxsackie B2 (6,2%), ECHO 6 (5,1%) oraz ECHO 11 (4,5%). Enterowirusy najczęściej izolowano z płynu mózgowo-rdzeniowego (25,3%), wymazu z nosogardzieli (17,6%) oraz próbek kału (14,1%).

W 72,9% przypadków brak było informacji dotyczących obrazu klinicznego obserwowanego u pacjentów przy pobraniu materiału. Orientacyjne informacje pozwoliły ustalić, że w 12,9% przypadków były to aseptyczne zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, w 3,7% - zapalenia mózgu, w 3,1% - pneumonie i objawy dotyczące dróg oddechowych, w 0,03% - stany porażenne oraz zapalenia mięśnia sercowego.

Monitoring krążenia enterowirusów jest prowadzony w USA od 1951 roku. Wykazuje sezonowość występowania izolacji w letniej porze roku i wczesnej jesieni. Wśród dominujących serotypów niektóre z nich są często izolowane każdego roku, a należą do nich szczepy ECHO 6,7,11 i 30 oraz Coxsackie A9 i B4.

Centrala WHO w Genewie w swoim komentarzu określa, że enterowirusy nie powodujące *poliomyelitis* występują powszechnie na całym świecie, ale zakażenia rzadko

powodują jakiegokolwiek skutki dla zakażonych. Tym niemniej mogą czasami wywoływać ogniska zachorowań z większą niż zazwyczaj liczbą zachorowań z klinicznie wyrażonymi objawami, czasami z zejściem śmiertelnym.

Replikacja enterowirusów rozpoczyna się w przewodzie pokarmowym lub drogach oddechowych. Z chwilą pojawienia się wirusa w krążeniu stan chorobowy może obejmować różne tkanki i narządy powodując różnorodność objawów. Przenoszenie wirusa jest łatwe, większość zakażeń jest bezobjawowych, a zachorowania na ogół są łagodne ze stanem gorączkowym. Zdarzają się przy tym wysypki, herpangina, ostre zapalenia dróg oddechowych, *conjunctivitis*, aseptyczny *meningitis*, *encephalitis*, *myopericarditis* oraz czasami porażenia. Wiele enterowirusów ma tendencje do powodowania określonych zespołów objawów. Między innymi wirusy Cocksackie grupy B najczęściej powodują zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych i zapalenie mięśnia sercowego z osierdziem, a enterowirus 71 - chorobę rąk, stóp i ust z towarzyszącym zapaleniem mózgu lub bez.

Badaniem klinicznym bez diagnostyki laboratoryjnej jest trudno zróżnicować specyficzną przyczynę większości zakażeń enterowirusowych. Czterokrotny wzrost miana przeciwciał neutralizujących w parze próbek materiału pobranego w ostrej fazie choroby i okresie zdrowienia jest najlepszym dowodem przebytego zakażenia. Wykonanie badania serologicznego komplikuje duża liczba serotypów, dlatego zazwyczaj są one wykonywane po izolacji szczepu enterowirusa w próbkach kału. W tych przypadkach dodatni wynik potwierdza etiologicznie przyczynę choroby z możliwością wykluczenia patogenego działania wirusów bytujących przejściowo w przewodzie pokarmowym jako szczepy zwa-

ne "pasażerami".

Enterowirusy występują powszechnie w całym świecie, a człowiek jest jedynym znanym naturalnym gospodarzem tych wirusów. Najbardziej wrażliwe na zakażenie są małe dzieci. W krajach rozwijających się dzieci zazwyczaj ulegają zakażeniu we wczesnym dzieciństwie, natomiast w krajach rozwiniętych do pierwszego zakażenia może dochodzić dopiero u dorosłych. Klinicznie wyrażone zachorowania częściej obserwuje się u mężczyzn niż u kobiet. Zakażenia zazwyczaj szerzą się drogą fekalno-oralną lub oddechową, a wirus może być wydalany z kałem przez wiele tygodni. Enterowirusy izoluje się z wody, gleby, warzyw oraz małży i być może przenoszą się w populacji przez zanieczyszczoną wodę i żywność.

Nie ma leczenia przyczynowego zakażeń enterowirusowych. Stosuje się leczenie objawowe. U ludzi z immunosupresją oraz chorobami zagrażającymi życiu można ewentualnie stosować dożylnie immunoglobuliny.

Podkreśla się, że enterowirusy są odporne na wiele środków dezynfekcyjnych z wyjątkiem związków chlorowych i jodowych.

Wojciech Żabicki

"Meldunki" opracowuje zespół: E. Cielebąk, M.P. Czarkowski (red. odp.), B. Kondej, E. Stępień, 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: epimeld@medstat.waw.pl.

Zachorowania na grypę w Polsce w sezonie 1998/9 w porównaniu z sezonami 1995/6-1997/8
zapadalność na 100 tys. ludności wg dwutygodniowych meldunków

