

Meldunek 11/A/98

o zachorowaniach na choroby zakaźne, zatruciach i zakażeniach szpitalnych zgłoszonych w okresie od 1.11 do 15.11.1998 r.

Jednostka chorobowa (symbole wg "Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych" ICD-10)	Meldunek 11/A		Dane skumulowane	
	1.11.98. do 15.11.98.	1.11.97. do 15.11.97.	1.01.98. do 15.11.98.	1.01.97. do 15.11.97.
Choroba wywołana przez ludzki wirus upośl.odp.: ogółem (B20-B24)	4	4	97	112
Dur brzuszny (A01.0)	-	2	1	6
Dury rzekome A.B.C. (A01.1-A01.3)	-	-	3	3
Salmonelozy: ogółem (A02)	697	574	25131	21503
Czerwonka bakteryjna /szigelozą/ (A03)	15	13	524	385
Biegunki u dzieci do lat 2: ogółem (A04; A08; A09)	355	380	11318	16071
Tężec: ogółem (A33-A35)	-	-	19	34
Błonica (A36)	-	-	-	-
Krztusiec (A37)	88	121	2628	1408
Szkarlatyna /płonica/ (A38)	455	543	14737	16263
Zapalenie opon mózgowych: razem	116	256	2646	3709
w tym: meningokokowe (A39.0)	2	6	121	126
wywołane przez <i>Haemophilus influenzae</i> (G00.0)	6	6	83	77
inne bakteryjne, określone i nie określone (G00.1-G00.9)	31	40	774	956
wirusowe, określone i nie określone (A87; B00.3; B02.1)	68	176	1476	2266
inne i nie określone (G03)	9	28	192	284
Zapalenie mózgu: razem	23	29	487	530
w tym: meningokokowe i inne bakteryjne (A39.8; G04.2)	3	3	74	76
wirusowe, przenoszone przez kleszcze (A84)	10	9	177	174
inne wirusowe, określone (A83; A85; B00.4; B02.0; B25.8)	-	2	27	27
wirusowe, nie określone (A86)	6	12	132	150
poszczepienne (G04.0)	-	-	1	-
inne i nie określone (G04.8-G04.9)	4	3	76	103
Riketsjozy: ogółem (A75-A79)	-	-	1	-
Ostre nagminne porażenie dziecięce (A80)	-	-	-	-
Ospa wietrzna (B01)	4354	5346	131579	137218
Odra (B05)	14	9	2225	270
Różyczka: ogółem (B06; P35.0)	474	602	41264	135655
Wirusowe zap. wątroby: typu A (B15)	85	125	1745	3584
typu B (B16; B18.0-B18.1)	146	150	3397	4286
typu C (B17.1; B18.2)	53	43	1337	814
typu B+C (B16; B18.0-B18.1 + B17.1; B18.2)	5	3	123	59
inne i nieokreśl.(B17.0;B17.2-.8;B18.8-.9;B19)	11	17	421	686
Świnka /nagminne zapalenie przyusznicy/ (B26)	7967	5015	189692	62005
Włośnica (B75)	3	-	25	17
Świerzb (B86)	1218	1182	15564	15850
Grypa: ogółem (J10; J11)	226	793	771090	1576168
Bakteryjne zatrucia pokarmowe: razem	925	640	28781	25942
w tym: salmonelozy (A02.0)	696	566	25083	21460
gronkowcowe (A05.0)	-	-	375	412
jadem kiełbasianym /botulizm/ (A05.1)	1	4	82	72
wywołane przez <i>Clostridium perfringens</i> (A05.2)	-	-	-	-
inne określone (A05.3-A05.8)	4	2	208	169
nie określone (A05.9)	224	68	3033	3829
Zatrucia naturalnie toksycznym pokarmem: ogółem (T62)	10	4	206	174
w tym: grzybami (T62.0)	8	4	184	161
Inne zatrucia: ogółem (T36-T60; T63-T65)	210	279	7283	7433
w tym: pestycydami (T60)	1	2	112	133
lekami, prep.farmakologicznymi i subst.biolog. (T36-T50)	140	168	4130	4000
Zakażenia szpitalne - objawowe i bezobjawowe: ogółem	43	44	1303	1856
w tym: na oddziałach noworodkowych i dziecięcych	11	17	308	633
następstwa zabiegów medycznych	18	22	410	576
wywołane pałeczkami <i>Salmonella</i>	13	-	259	171
Ostre porażenia wiotkie u dzieci (0-14 lat)	1	.	37	.

Zachorowania zgłoszone w okresie 1-15.11.1998 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)	Krzyszczak (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	-	-	697	15	355	-	88	455	116	2	23	10
1. St.warszawskie	-	-	-	41	-	32	-	9	33	3	-	1	-
2. Białkopodlaskie	-	-	-	2	-	3	-	-	8	2	-	-	-
3. Białostockie	-	-	-	8	-	3	-	18	12	6	-	6	4
4. Bielskie	-	-	-	11	-	8	-	-	9	2	-	-	-
5. Bydgoskie	-	-	-	18	-	15	-	1	9	2	-	2	-
6. Chełmskie	-	-	-	5	-	2	-	-	6	1	-	-	-
7. Ciechanowskie	-	-	-	8	-	3	-	-	7	3	-	-	-
8. Częstochowskie	-	-	-	7	-	12	-	4	10	1	-	-	-
9. Elbląskie	-	-	-	1	-	7	-	-	1	5	-	2	2
10. Gdańskie	-	-	-	24	-	17	-	-	7	9	-	1	-
11. Gorzowskie	-	-	-	7	-	-	-	-	2	2	-	-	-
12. Jeleniogórskie	1	-	-	26	-	7	-	-	10	1	-	-	-
13. Kaliskie	-	-	-	10	-	16	-	-	3	2	-	-	-
14. Katowickie	1	-	-	77	-	21	-	2	80	5	-	-	-
15. Kieleckie	-	-	-	19	-	15	-	1	7	4	-	-	-
16. Konińskie	-	-	-	14	-	6	-	-	5	-	-	-	-
17. Koszalińskie	-	-	-	12	-	2	-	-	4	-	-	1	-
18. M.krakowskie	-	-	-	13	-	7	-	-	9	5	-	-	-
19. Krośnieńskie	-	-	-	2	-	7	-	-	1	1	-	-	-
20. Legnickie	-	-	-	16	-	7	-	-	5	4	-	-	-
21. Leszczyńskie	-	-	-	5	-	3	-	-	11	1	-	-	-
22. Lubelskie	-	-	-	34	-	11	-	-	9	2	-	1	-
23. Łomżyńskie	-	-	-	5	-	2	-	-	2	2	-	-	-
24. M.łódzkie	2	-	-	14	-	15	-	30	3	-	-	-	-
25. Nowosądeckie	-	-	-	9	-	1	-	-	9	3	-	-	-
26. Olsztyńskie	-	-	-	16	-	7	-	-	11	3	-	-	-
27. Opolskie	-	-	-	8	-	2	-	-	15	3	-	1	-
28. Ostrołęckie	-	-	-	2	-	1	-	-	2	1	-	-	-
29. Piłskie	-	-	-	7	-	5	-	-	4	1	-	1	-
30. Piotrkowskie	-	-	-	9	-	2	-	9	4	1	1	-	-
31. Płockie	-	-	-	13	-	1	-	2	4	7	-	-	-
32. Poznańskie	-	-	-	18	-	23	-	6	46	3	-	-	-
33. Przemyskie	-	-	-	16	-	6	-	-	2	3	-	-	-
34. Radomskie	-	-	-	10	-	-	-	-	6	1	-	-	-
35. Rzeszowskie	-	-	-	8	-	1	-	-	1	3	-	1	-
36. Siedleckie	-	-	-	12	13	-	-	-	6	-	-	-	-
37. Sieradzkie	-	-	-	26	-	2	-	-	-	1	-	-	-
38. Skierniewickie	-	-	-	9	-	-	-	-	4	-	-	-	-
39. Słupskie	-	-	-	12	-	3	-	-	9	-	-	-	-
40. Suwalskie	-	-	-	29	1	4	-	1	6	5	-	4	4
41. Szczecińskie	-	-	-	20	-	9	-	-	16	4	-	-	-
42. Tarnobrzeskie	-	-	-	10	-	20	-	-	4	2	-	-	-
43. Tarnowskie	-	-	-	11	-	7	-	-	5	1	-	-	-
44. Toruńskie	-	-	-	5	-	5	-	-	7	1	-	1	-
45. Wałbrzyskie	-	-	-	3	1	8	-	-	12	2	1	-	-
46. Włocławskie	-	-	-	2	-	2	-	1	3	1	-	-	-
47. Wrocławskie	-	-	-	17	-	14	-	4	19	4	-	1	-
48. Zamojskie	-	-	-	24	-	-	-	-	3	-	-	-	-
49. Zielonogórskie	-	-	-	22	-	11	-	-	4	3	-	-	-

Zachorowania zgłoszone w okresie 1-15.11.1998 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	4354	14	474	146	154	7967	3	1218	226	925	8	210	43
1. St.warszawskie	212	1	41	6	11	266	-	5	-	55	1	-	1
2. Białkopodlaskie	50	-	4	3	-	42	-	40	-	2	-	5	-
3. Białostockie	100	-	5	2	4	177	1	29	-	8	-	7	1
4. Bielskie	103	-	7	2	-	186	-	15	11	41	-	3	-
5. Bydgoskie	107	3	4	6	2	115	-	13	8	25	1	17	-
6. Chełmskie	12	-	1	1	-	13	-	12	-	5	-	-	-
7. Ciechanowskie	52	-	2	2	-	102	-	2	-	9	-	1	-
8. Częstochowskie	104	1	13	-	1	102	-	15	-	7	-	7	-
9. Elbląskie	82	-	3	3	2	33	-	23	-	3	-	2	-
10. Gdańskie	206	-	8	1	4	147	-	29	-	30	-	14	1
11. Gorzowskie	95	-	2	-	-	337	-	16	-	7	-	7	-
12. Jeleniogórskie	93	-	8	1	-	122	-	16	-	26	-	-	1
13. Kaliskie	121	-	5	3	1	152	-	22	-	10	-	7	-
14. Katowickie	455	4	87	28	14	736	-	171	74	153	-	1	-
15. Kieleckie	287	-	12	6	6	206	-	52	5	21	-	20	9
16. Konińskie	28	-	5	1	7	82	-	9	5	15	-	-	-
17. Koszalińskie	110	-	7	5	14	109	-	20	-	13	-	1	3
18. M.krakowskie	41	-	13	8	3	41	-	7	-	17	-	5	-
19. Krośnieńskie	60	-	1	2	1	95	-	12	1	5	1	6	-
20. Legnickie	56	-	5	5	4	206	-	20	91	63	-	-	-
21. Leszczyńskie	45	-	2	2	5	40	-	6	-	5	-	1	-
22. Lubelskie	120	-	12	1	1	391	2	22	-	34	-	9	-
23. Łomżyńskie	19	-	57	1	1	74	-	6	-	4	1	-	-
24. M.łódzkie	45	4	9	2	4	110	-	87	-	15	1	22	1
25. Nowosądeckie	101	-	8	1	2	78	-	11	-	9	1	-	-
26. Olsztyńskie	92	-	16	1	1	503	-	36	-	16	-	1	-
27. Opolskie	120	-	9	2	2	159	-	19	-	10	1	1	1
28. Ostrołęckie	53	-	6	1	1	77	-	28	-	2	-	-	-
29. Piłskie	22	-	1	1	2	63	-	8	3	7	-	-	-
30. Piotrkowskie	64	1	3	2	-	279	-	66	23	9	-	9	-
31. Płockie	46	-	11	2	2	127	-	24	-	13	-	-	-
32. Poznańskie	206	-	26	2	4	233	-	18	-	20	-	2	-
33. Przemyskie	27	-	2	-	-	131	-	17	-	17	-	1	9
34. Radomskie	88	-	6	11	1	144	-	15	-	10	-	7	-
35. Rzeszowskie	30	-	1	2	2	52	-	4	3	8	-	2	-
36. Siedleckie	94	-	3	1	-	232	-	17	-	21	1	4	-
37. Sieradzkie	48	-	-	-	7	9	-	-	-	26	-	-	-
38. Skierniewickie	18	-	12	1	1	111	-	3	-	9	-	2	-
39. Słupskie	64	-	19	-	1	326	-	15	-	12	-	1	-
40. Suwalskie	61	-	1	1	3	94	-	13	-	29	-	3	9
41. Szczecińskie	20	-	9	6	7	258	-	30	-	40	-	4	-
42. Tarnobrzeskie	84	-	5	2	1	291	-	43	-	10	-	-	1
43. Tarnowskie	51	-	3	-	-	135	-	1	2	11	-	1	-
44. Toruńskie	78	-	1	6	10	36	-	115	-	5	-	1	-
45. Wałbrzyskie	34	-	2	4	-	129	-	14	-	3	-	20	5
46. Włocławskie	23	-	1	-	-	10	-	8	-	2	-	6	-
47. Wrocławskie	181	-	13	7	21	253	-	24	-	17	-	3	-
48. Zamojskie	96	-	-	1	1	163	-	32	-	24	-	-	-
49. Zielonogórskie	50	-	3	1	-	190	-	8	-	22	-	7	1

Ognisko odry (?) – zakażenie szpitalne na oddziale dziecięcym Szpitala Wojewódzkiego w Koszalinie

Zachorowania wystąpiły w okresie od 13.03.98 do 12.04.98 r. Ogółem zachorowało dziesięcioro dzieci w wieku od 6 do 16 m.ż. Sześcioro dzieci jest wychowankami Domu Małego Dziecka.

Główne objawy chorobowe to gorączka powyżej 38°C, kaszel, katar, zapalenie spojówek, uogólniona wysypka plamisto-grudkowa. W trzech przypadkach ponadto wystąpiło zapalenie płuc, w jednym zapalenie ucha środkowego i dławiec rzekomy. Przebieg zachorowań średnio-ciężki. Zgonów nie notowano.

W trakcie pobytu w Oddziale Dzieci Młodszych, w momencie wystąpienia objawów chorobowych, wykonano badania serologiczne w kierunku różyczki, a po konsultacji i izolacji w Oddziale Obserwacyjno-Zakaźnym badania serologiczne w kierunku przeciwciał odrowych. Badania w kierunku przeciwciał odrowych wykonano w Zakładzie Wirnologii PZH w Warszawie, określając przeciwciała met. Elisa w klasie IgG. Badania serologiczne w kierunku różyczki wykonano metodą EIA w klasie IgM i IgG w Zakładzie Diagnostyki Laboratoryjnej Szpitala Wojewódzkiego w Koszalinie. Badania wykonano tylko z jednej próby surowic w początkowej fazie choroby.

Z badań w kierunku przeciwciał odrowych w klasie IgG uzyskano: u sześciorga dzieci - miano 1:256, u trojga - 1:512, u jednego - 1:128.

Z badań w kierunku przeciwciał różyczki uzyskano: u dwojga dzieci miana tylko w IgM, u pięciorga w klasie IgM i IgG, u jednego w klasie IgG, dwoje nie posiadało przeciwciał.

W trakcie dochodzenia epidemiologicznego ustalono, że wszystkie dzieci były wcześniej leczone w Oddziale Dzieci Młodszych w okresie od 10.02.98 do 27.03.98 z powodu infekcji górnych dróg oddechowych. Po leczeniu, w stanie ogólnym dobrym, wypisane do domu. Pięcioro z nich ponownie przyjęto do Oddziału z powodu gorączki, kataru, zapalenia płuc i oskrzeli, a po wystąpieniu wysypki plamisto-grudkowej przenoszono do Oddziału Obserwacyjno-Zakaźnego. Pozostałych pięcioro przyjęto do Oddziału Obserwacyjno-Zakaźnego z podejrzeniem odry bezpośrednio z domu.

Wszystkie dziesięcioro dzieci nie były szczepione przeciw odrze. Ośmioro z nich, zgodnie z Programem Szczepień Ochronnych nie podlegało szczepieniu przeciw odrze. Dwoje, ze względu na częste infekcje uzyskało okresowe przeciwwskazanie do szczepień przeciw odrze. Jedno z chorych dzieci w ramach działań profilaktycznych otrzymało gamma-globulinę w Domu Dziecka.

Na podstawie obrazu klinicznego choroby i badań serologicznych w kierunku odry Oddział Obserwacyjno-Zakaźny postawił rozpoznanie odry, stojąc na stanowisku, że typowe objawy kliniczne, natężenie, ogniskowość zachorowań, przeważają i decydują o rozpoznaniu odry. Nie wzięto pod uwagę całości badań dodatkowych, w tym badań w kierunku różyczki, które wykonano w Oddziale Dzieci Młodszych.

Analizując ognisko zachorowań całościowo, wydaje się, że nie rozważono i niewłaściwie zinterpretowano badania serologiczne w kierunku przeciwciał odry, opierając się wyłącznie na wyniku jednej próby surowic.

Wykrycie przeciwciał w klasie IgG u dzieci w wieku od 5 do 13 m.ż. może świadczyć o tym, że wykryte przeciw-

ciała IgG są pozostałością przeciwciał biernych.

Natomiast nie brano w ogóle pod uwagę serologii różnicowej w kierunku różyczki, a wykrycie przeciwciał różyczkowych w klasie IgM u sześciorga spośród dziesięciorga dzieci, może świadczyć o świeżym zakażeniu wirusem różyczki.

W związku z powyższym wydaje się bardziej prawdopodobne, że zaistniałe zachorowania można było sklasyfikować jako różyczkę. Oddział Obserwacyjno-Zakaźny Szpitala Wojewódzkiego w Koszalinie mimo przedstawionych sugestii zmiany rozpoznania, potwierdził zachorowania na odrę.

*lek.med. Janina Stefańska
WSSE w Koszalinie*

Komentarz

Od trzech lat, tzn. od 1995 roku, Zakład Epidemiologii PZH propaguje w kraju konieczność potwierdzania rozpoznania klinicznych odry badaniem serologicznym - podkreślając, że w tym celu właściwą metodą jest badanie obecności przeciwciał odrowych w klasie IgM.

Brak potwierdzenia rozpoznania klinicznego wynikiem badania serologicznego jest traktowany przez WHO jako błąd w sztuce lekarskiej lub jako świadectwo złego nadzoru epidemiologicznego nad odrą. Dane o zachorowaniach na odrę, które nie zostały potwierdzone serologicznie, są mało wiarygodne.

Z upływem czasu, mimo trudności finansowych, niektóre stacje sanitarno-epidemiologiczne wdrożyły badania serologiczne na własnym terenie lub przesyłają próbki surowic do innych laboratoriów - jak to miało miejsce w opisanym powyżej ognisku zakażenia szpitalnego w Koszalinie. Właśnie w kontekście dochodzenia epidemiologicznego - przeprowadzonego w sposób wysoce kompetentny i wnikliwy przez Dział Epidemiologii WSSE - uwidocznił się nowy dość istotny problem.

Okazuje się, że nie wystarczy wdrożyć badania serologiczne, ale należy jeszcze umieć interpretować ich wyniki.

Dla jednoznacznego podejścia do rozpoznawania odry należy przyjąć następujący tok rozumowania: odrę, rozpoznaną klinicznie, można potwierdzić wykrywając przeciwciała odrowe w klasie IgM w próbce surowicy pobranej między 7 a 45 dniem od wystąpienia wysypki. Wystarczy badanie tylko jednej próbki. Laboratorium przesyłając wynik poda czy wynik upoważnia do wiarygodnego stwierdzenia obecności swoistych dla wirusa odry IgM w badanej próbce surowicy.

Dla potwierdzenia odry badaniem przeciwciał w klasie IgG konieczne jest wykazanie narastania miana tych przeciwciał - czyli w tym celu trzeba zbadać 2 próbki surowicy, pobrane w odstępie powyżej 2 tyg. - co w praktyce jest bardzo trudne. Uwaga, pierwsza próbka powinna być pobrana możliwie we wczesnym etapie choroby, najlepiej w fazie ostrej.

Wynik badania jednej próbki, bez względu na wysokość miana IgG, nie upoważnia do potwierdzenia rozpoznania odry.

Prof.dr med. D.Naruszewicz-Lesiuk

Duże ognisko spowodowane przez Salmonella enteritidis w województwie bydgoskim

W maju w woj. bydgoskim zarejestrowano jedno z największych w 1998 roku ognisk spowodowanych przez S.

enteritidis. Rozsiane zachorowania wystąpiły od 24 do 28. 05.1998 r. po przyjęciach komunijnych zorganizowanych na terenie Chojnic oraz wsi Charzykowy i Chojniczki. Narażone były 162 osoby. Zachorowało 108 osób, w tym 25 dzieci do 14 lat. Hospitalizowano 4 osoby, w tym 3 dzieci. U chorych obserwowano następujące objawy: rzekomogrypowe u 82% (ból głowy, dreszcze, ból mięśni, a w nielicznych przypadkach osłabienie, ogólne rozbitcie i zawroty głowy), gorączkę u 81,5%, biegunkę u 80,6%, ból brzucha u 75%, wymioty u 30,6% i nudności u 29,6%. U większości chorych (57,4%) notowano średni przebieg zachorowań. Przebieg ciężki wystąpił u 2 osób (1,9%). Pozostałe zachorowania miały przebieg średnio-ciężki (21,3%) i lekki (19,4%). Okres wylegania wynosił przeciętnie 33 godziny (najkrótszy 3 godz., najdłuższy 91 godz.).

W trakcie wywiadu na temat spożytych potraw ustalono, że podejrzanymi były różne ciasta z kremem. Od chorych i z prób żywnościowych tortu ananasowego, rolady truskawkowej (2 próby), tortu "cassate" i tortu orzechowego wyhodowano *S. enteritidis*. W wyniku dochodzenia epidemiologicznego stwierdzono, że ciasta na różne przyjęcia zostały wyprodukowane w Ośrodku Wypoczynkowym w Charzykowych. Podejrzaną jają użyte do ich produkcji pochodziły z różnych miejsc (z hurtowni spożywczych na terenie Chojnic oraz z małych gospodarstw rolnych). Badanie wymazów z rąk oraz ze sprzętu produkcyjnego i naczyń, pobranych z kuchni Ośrodka Wypoczynkowego, dało wynik ujemny. Czynnikiem wspomagającym był zbyt długi okres przechowywania ciast przed ich spożyciem (od 2 do 3 dni). Pobrano próbę jaj znajdujących się w Ośrodku Wypoczynkowym. Z próby tej nie wyhodowano czynnika etiologicznego. Nie przeprowadzono dochodzenia polegającego na dotarciu do producentów jaj, w celu ustalenia skąd pochodziła zakażona partia. Można to wytłumaczyć faktem, że jaja pochodziły od wielu dostawców, do których dotarcie mogło być utrudnione. W konsekwencji - w omawianej epidemii nie przeprowadzono podstawowych działań zapobiegawczych, polegających na wykryciu zakażonej fermy i we współpracy z służbą weterynaryjną - unieszkodliwieniu źródła zakażenia.

Salmonella enteritidis jest głównym czynnikiem etiologicznym zatruc i zakażeń pokarmowych w Polsce. W ramach działań zapobiegawczych powinno się uwzględnić (podobnie jak to się czyni w innych krajach) nadzór nad pochodzeniem i jakością mikrobiologiczną surowców pochodzenia zwierzęcego, oraz nadzór okresowy nad produkcją i dystrybucją żywności w placówkach podległych temu nadzorowi. W odniesieniu do mieszkań prywatnych należy prowadzić profilaktyczną działalność oświatową, mającą na celu prawidłowe postępowanie z surowcami pochodzenia zwierzęcego, polegające na traktowaniu ich tak, jakby były potencjalnie zakażone (np. zwrócenie uwagi na ich prawidłową obróbkę termiczną).

na podst. opracowania dokonanego przez pracowników TSSE w Chojnicach oraz WSSE w Bydgoszczy

A. Przybylska

Statystyka zgonów i sposób publikowania tych danych w krajach Unii Europejskiej*

Na podstawie posiadanych informacji można stwierdzić, że w znacznej części krajów Unii Europejskiej statystyka zgonów opiera się na dokumencie uwzględniającym zasady rekomendowane przez Światowe Zgromadzenie Zdrowia

(WHO), tj. na międzynarodowej medycznej karcie zgonu.

Dokument ten służy dla celów ewidencji ludności i wykorzystywany jest wtórnie przez statystykę publiczną danego kraju do bieżących badań dotyczących umieralności, w tym również jej przyczyn. Ponadto, w niektórych krajach - nie posiadających centralnego rejestru ludności, jest jednym z elementów stanowiących podstawę opracowywania bilansów ludności. W dokumencie znajdują się informacje dotyczące cech społeczno-demograficznych osób zmarłych (m. in. płeć, wieku, stanu cywilnego, wykształcenia), jak również przyczyn zgonu (przyczyny wyjściowej - pierwotnej, wtórnej i bezpośredniej). Obieg tych dokumentów odbywa się z zachowaniem ochrony danych osobowych.

W niektórych krajach (np. we Francji) stosowane są dwa oddzielne dokumenty o zgonie: obydwa wystawia lekarz stwierdzający zgon. Ich obieg jest całkowicie różny; jeden służy celom ewidencyjnym, drugi - zawierający informacje o przyczynie zgonu - przekazywany jest do jednostki kodującej z utrzymaniem zasad tajności danych. Dostęp do niego ma jedynie koder, tj. osoba (lekarz), która w oparciu o analizę opisu przebiegu choroby oraz opis okoliczności (medycznych) zgonu - nadaje symbol przyczyny zgonu.

W większości krajów Unii Europejskiej kodowanie przyczyn zgonów odbywa się centralnie. W zależności od wielkości populacji kraju jest 1-2 (kraje skandynawskie) do kilku koderów. W Polsce, wraz z wprowadzeniem X Rewizji, zastawiano regionalny system kodowania - w ramach województwa, w którym nastąpiło zdarzenie. W niektórych krajach świata (Stany Zjednoczone, Brazylia) system kodowania ma charakter mieszany.

Zagregowane dane statystyczne dotyczące umieralności - opracowane przez centralną jednostkę statystyki publicznej danego kraju Unii - są prezentowane w różny sposób w zależności od celu, któremu mają służyć. Do jednego z nich należy publikowanie ich w ramach kolejnych edycji Roczników Statystycznych danego kraju Unii Europejskiej.

Opierając się na zebranych informacjach zawartych w narodowych Rocznikach Statystycznych należy stwierdzić, iż okresy opracowywania informacji statystycznych o przyczynach umieralności i ich prezentacji są różne (od 1 roku do 5 lat). Dane o przyczynach zgonów:

1. W roku następnym za badany rok prezentuje: Austria, Luxemburg, Portugalia (ostatni dostępny Rocznik z 1992 r.); spoza Unii m.in. Republika Czeska, Estonia, Łotwa i Polska (przed wprowadzeniem X Rewizji).
2. W dwa lata po roku badania dane są publikowane przez: Danię, Finlandię, Holandię, Niemcy, Irlandię (w postaci danych tymczasowych), Islandię, Szwecję, Szwajcarię i Wielką Brytanię.
3. Po trzech latach prezentowane są przez: Grecję, Hiszpanię, Norwegię i Włochy.
4. Po czterech latach przez Francję.
5. Po pięciu latach po roku sprawozdawczym prezentowane są przez Belgię.

Należy podkreślić, że w dostępnych edycjach narodowych roczników z 1998 roku nie udało się znaleźć informacji o przyczynach zgonów za 1997 rok.

Odnosząc powyższe informacje do dotychczasowego stanu udostępniania i publikowania przez GUS informacji o umieralności oraz jej przyczynach można stwierdzić, że zaliczamy się do krajów prezentujących te dane w najkrótszym możliwym terminie po okresie badawczym.

W 1997 roku w Polsce - w badaniach dotyczących przyczyn umieralności - zostały wdrożone zasady kolejnej X

Rewizji - Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10). Godnym uwagi jest fakt, iż Polska należy w tym względzie do czołówki krajów (i to nie tylko w odniesieniu do krajów Europy).

Prace dotyczące wdrożenia X Rewizji prowadzone były wspólnie przez GUS i Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej. Zastosowanie nowej Klasyfikacji nastąpiło bez przeprowadzenia badania pilotażowego - ze względu na specyfikę badania zgonów i ich przyczyn a także zróżnicowane cele jakim służy badanie. Tym samym przewidywane były określone konsekwencje dotyczące np. problemów ze stosowaniem programu kontroli zależności między płcią, wiekiem osoby zmarłej i przyczyną zgonu (tzw. Tablica Krzyżyków). Brak poprawnych merytorycznie założeń (co ma miejsce do chwili obecnej) uniemożliwia "zamknięcie" nawet części zbioru z przyczynami zgonów za 1997 rok; opracowanie Tablicy Krzyżyków leży całkowicie w kompetencjach Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej.

Fakt wdrożenia nowej - różniącej się w sposób istotny od poprzedniej - Klasyfikacji (poprzednia liczyła około 1.000 symboli przyczyn, obecna około 12 tys.) oraz zmiany organizacji badania (do tej pory kody przyczyn zgonów nadawał lekarz stwierdzający zgon; obecnie czyni to specjalnie przeszkolony koder) spowodowały konieczność przesunięcia terminów opracowania i prezentowania danych o przyczynach zgonów z obecnego około 1 roku do około 2 lat. Należy podkreślić, że przesunięcie takie miało miejsce także w innych krajach, które dokonały zmiany Klasyfikacji.

W przypadku Polski dodatkową trudność przy opracowaniu danych o przyczynach zgonów stanowią konsekwencje - trwającego od 1996 roku - strajku lekarzy, którego jedną z form protestu jest nie wystawianie kart zgonu lub nie określanie przyczyny zgonu. W 1997 roku dotyczyło to ponad 1/5 faktów zgonów (21%). Tym samym konieczne będzie wyszacowanie przyczyn zgonów dla całej populacji osób zmarłych w 1997 r.; co także będzie miało wpływ na termin zakończenia opracowania danych.

* Notatka przygotowana przez Departament Badań Demograficznych GUS na potrzeby Komitetu Redakcyjnego GUS.

mgr Lucyna Nowak
Dyrektor Departamentu Badań Demograficznych GUS

Raport z Drugiego Generalnego Spotkania Europejskiego Forum Szczepień (2)

Monachium, 2-3 czerwiec 1997 r.

Ryzyko związane z uodpornieniem i przeciwwskazania do szerokiego stosowania szczepionek (S. Dittmann)

Ryzyko

W większości krajów europejskich szczepienia spowodowały eliminację zgonów z powodu wielu powszechnie występujących zakaźnych chorób dziecięcych, jak również eliminację poważnego charakteru następstw zdrowotnych jak po *poliomyelitis*, błonicy, tężcu, krztuścu, odrze. Mimo tego narasta obawa dotycząca bezpieczeństwa szczepionek. W sytuacji niewystępowania, lub rzadkiego występowania chorób, przeciw którym wykonywane są szczepienia, niepożądane odczyny poszczepienne stają się bardziej dostrzegane, mimo że poprawa jakości szczepionek przyczynia się do tego, że są one mniej nasilone i rzadziej występują niż w

przeszłości. W tym zakresie obserwuje się brak dostatecznie głębokiej wiedzy zarówno wśród pracowników medycznych jak i wśród ludności. Dotyczy to niedostatecznego zrozumienia biologicznych mechanizmów następstw naturalnego zakażenia i szczepienia.

Szczepienie jest dużo bardziej bezpieczne aniżeli przebycie choroby, której ono zapobiega. Nowoczesne szczepionki są obecnie klasyfikowane do grupy najbezpieczniejszych preparatów medycznych. Tym niemniej nawet bardzo niskie ryzyko związane ze szczepieniem musi być poważnie traktowane. Informacje na temat odczynów po podaniu szczepionek powinny być brane pod uwagę przy ustalaniu programu szczepień, przeciwwskazań do szczepień itp.

Przeciwwskazania

Podjęcie decyzji o niepoddaniu określonej osoby szczepieniu nie należy do łatwych jeśli weźmie się pod uwagę, że stwarza się w ten sposób zagrożenie zachorowania na chorobę zakaźną. Niektóre kraje dysponują długimi listami przeciwwskazań do szczepień, które - jeżeli byłyby skrupulatnie przestrzegane - byłyby przyczyną nieuodpornienia wielu dzieci i dorosłych nawet przeciw groźnym chorobom zakaźnym.

Przeciwwskazania do szczepień są oparte na informacjach zawartych w niżej wymienionych, akceptowanych w skali międzynarodowej, publikacjach: (1) WHO Expanded Programme of Immunization. Contraindications for vaccines used in EPI. (2) *Weekly Epidemiological Record*, 1988,37, 279-281. (3) Joint Committee on Vaccination and Immunization. *Immunization against infectious disease*. London, Department of Health, Scottish Home and Health Department, Department of Health and Social Security (Northern Ireland), 1996.

Przeciwwskazania znacznego stopnia występujące stale dotyczą małego odsetka osób. W wyższym odsetku szczepienia na skutek przeciwwskazań są opóźniane. Przeciwwskazania do szczepień jak również przykłady stanów i sytuacji niewłaściwie kwalifikowanych przeciwwskazań podano w dwu załączonych zestawieniach.

Należy dołożyć starań aby poprawić wszelkie poczynania zmierzające do zapobiegania i zwalczania chorób zakaźnych drogą szczepień przez zwiększenie odsetka osób poddawanych szczepieniom, ustalenie definicji przypadków, ocenę częstości występowania odczynów poszczepiennych, tak aby programy szczepień i ich wykonawstwo było racjonalnie stosowane.

Przeciwwskazania do szczepień

1. Ostre choroby

Szczepienie powinno być odłożone u osób cierpiących na ostre choroby, zwłaszcza którym towarzyszy gorączka lub inne znacznego stopnia systemowe objawy. Choroby o mniej nasilonych objawach jak zakażenia dróg oddechowych lub biegunka, przebiegające z temperaturą do 38,5°C, nie są przeciwwskazaniami do szczepień. Po wyzdrowieniu szczepienie powinno być przeprowadzone tak szybko, jak tylko jest to możliwe. Jeżeli zagrożenie zakażeniem stwarza poważne ryzyko, szczepienie powinno być opóźnione tylko w przypadku choroby zagrażającej życiu.

2. Zaburzenia odporności

a) Żywe szczepionki wirusowe - jako zasada - nie powinny być podawane osobom z chorobami przebiegającymi z upośledzeniem odporności jak np. z:
- a- lub hypogammaglobulinemią;

- z immunosupresją w przebiegu nowotworów złośliwych, jak chłoniaki, choroba Hodgkina, inne nowotwory układu siateczkowo-śródbłonkowego;

- z immunosupresją w przebiegu leczenia np. dużymi dawkami kortykosteroidów (prednizolon 2 mg/kg/dzień przez okres dłuższy od tygodnia, u dzieci lub 40 mg/dzień przez okres dłuższy od tygodnia u dorosłych, antymetabolity, czynniki alkilizujące, napromieniowanie - włączając pacjentów, którym przeszczepiono narządy lub tkanki i są w związku z tym leczeni preparatami immunosupresyjnymi); osoby będące w kontakcie z takimi pacjentami powinny być szczepione przeciw *poliomyelitis* szczepionką inaktywowaną (IPV), a nie żywą (OPV);

- pacjenci, którzy w ciągu ostatnich 6 miesięcy mieli przeszczepiony szpik powinni mieć sprawdzony stan odporności w stosunku do chorób, przeciw którym stosowane są szczepienia, i zależnie od wyniku - odpowiednio szczepieni;

- osoby z pozytywnymi wynikami badania w kierunku HIV mogą być szczepione niektórymi żywymi szczepionkami np. szczepionką przeciw odrze, której przebycie stanowi dla tych osób znacznie większe ryzyko, niż szczepienie; w szczepieniu przeciw *polio* powinno być stosowane IPV, a nie OPV.

b) Szczepionka BCG nie powinna być stosowana osobom zakażonym HIV z objawami AIDS, a także bez objawów AIDS, w przypadku niskiego ryzyka zakażenia gruźlicą.

c) Szczepionka BCG nie powinna być stosowana również osobom z innego typu defektami odporności komórkowej.

d) Szczepienia przeciw żółtej gorączce nie powinny być stosowane osobom HIV-pozytywnym, ponieważ nie ma dostatecznych dowodów dotyczących jej bezpieczeństwa.

3. Ciąża

Kobietom w ciąży szczepienia powinny być zastosowane tylko w przypadku, jeżeli sytuacja nie pozwala na odłożenie szczepień. Zwłaszcza nie powinny być stosowane szczepionki żywe. W przypadku konieczności uodpornienia przeciw *poliomyelitis* powinno być stosowane IPV. Przyrodzkie zaszczepienie przeciw różyczce nie powinno być jednak przyczyną zalecenia przerwania ciąży.

4. Zaburzenia neurologiczne

Szczepionki zawierające antygen krztuścowy (komórkowe jak i acelularne) nie powinny być podawane osobom z chorobami układu nerwowego, zwłaszcza wykazującym tendencję ewolucyjną (np. niekontrolowana padaczka, zaburzenie napięcia mięśniowego, postępująca encefalopatia). Szczepienie osób z niegorączkowymi drgawkami w wywiadzie powinno być poprzedzone konsultacją specjalistyczną.

5. Poważnego charakteru odczynu po poprzednich szczepieniach

Osoby z poważnego charakteru odczynami poszczepionymi lokalnymi lub ogólnymi w przeszłości, takimi jak np. dużego stopnia reakcja uczuleniowa, zapaść, wstrząs, zapalenie mózgu, encefalopatia lub niegorączkowe drgawki, nie powinny być szczepione preparatami, które spowodowały takie odczyny. Jeżeli takie odczyny wystąpiły po szczepionce DTP lub DTaP, wówczas należy uodpornienie kontynuować szczepionką DT lub T. Jeżeli drgawki gorączkowe wystąpiły po szczepieniu podawanie dalszych dawek szczepionki powinno być kontynuowane. Doradza się podawanie środków przeciwo gorączkowych i/lub przeciwdrgawkowych takim dzieciom.

Komitety doradcy d/s szczepień Stanów Zjednoczonych

zamieścił w wykazie przeciwwskazań następujące odczyny poszczepienne:

- encefalopatia występująca w 7 dni po szczepieniu,
- nagły odczyn uczuleniowy po podaniu poprzedniej dawki DTP lub DTaP;

a w wykazie względnych przeciwwskazań i ostrożności stosowania szczepień następujące odczyny:

- gorączka do 40°C,
- zapaść, wstrząs, epizod hypotoniczno-hyperreaktywny,
- ciągły płacz trwający powyżej 3 godzin, który wystąpił w 48 godzin po szczepieniu,
- drgawki w przebiegu wstrząsu lub bez objawów wstrząsu występujące w 3 dni po szczepieniu.

6. Uczulenie na białko jaja, antybiotyki lub inne substancje zawarte w szczepionce

Osoby z odczynami uczuleniowymi po białku jaja kurzego (uogólniona pokrzywka, trudności oddychania, spadek ciśnienia, wstrząs) nie powinny być uodporniane szczepionkami wyprodukowanymi na tkankach jaja kurzego, tj. w szczególności szczepionkami przeciw żółtej gorączce i przeciw grypie. Szczepionki wyprodukowane na kurzych fibroblastach (przeciw odrze, śwince, różyczce) na ogół mogą być stosowane takim osobom.

Szczepionki zawierające antybiotyki nie powinny być stosowane osobom uczulonym na te określone antybiotyki. Uczulenie na neomycynę i streptomycynę jest przeciwwskazaniem stosowania szczepionek inaktywowanych przeciw *polio* (IPV), zawierających te antybiotyki.

Osobom uczulonym na piekarskie drożdże nie powinna być stosowana rekombinowana szczepionka przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B.

Najczęściej spotykane stany i sytuacje zdrowotne będące przyczyną niesłusznego niepodjęcia szczepień

• Choroby o słabym nasileniu jak zakażenia dróg oddechowych lub biegunka, przebiegająca bez gorączki, lub z gorączką niższą od 38,5°C. • Alergia, astma lub innego typu uczuleniowe objawy jak np. katar sienny. • Drgawki u członków rodziny. • Niepożądane odczyny poszczepienne, zwłaszcza po uodpornieniu DTP. • Uczulenie na penicylinę, lub inne specyficzne uczulenie na sybstanje nie występujące w szczepionce, a nawet uczulenie takie u członków rodziny. • Leczenie antybiotykami, lub niskimi dawkami kortykosteroidów. • Dermatozy, egzema, miejscowe zakażenia skóry. • Przewlekłe choroby serca, płuc, nerek lub wątroby, wrodzone choroby serca. • Stabilne neurologiczne choroby jak np. zespół Downa. • W wywiadzie żółtaczką po urodzeniu. • Niewielkiego stopnia wcześniactwo. • Niedożywienie. • Okres karmienia piersią. • Ciąża matki. • Przebycie krztuśca, odrzy, świnki, różyczki. • Domniemany okres wyłęgania choroby. • Okres rekonwalescencji.

na podstawie WHO "CD News" (1998,18,14-16)
opracował Wiesław Magdzik

Choroba legionistów w Europie w 1997 roku oraz nowelizacja kryterium diagnostycznego

W dniach 31.05.-2.06.98 r. w Helsinkach odbyło się trzynaste posiedzenie europejskiej grupy roboczej d/s legionelozy. Grupa robocza przyjęła zmianę kryterium diagnostycznego legionelozy i ustaliła, że w świetle postępów w diagnostyce mikrobiologicznej można przyjąć stwierdzenie

obecności antygeny moczowego za ostateczne potwierdzenie rozpoznania, a nie wstępną diagnozę. Tym samym znowelizowano dotychczasową definicję przypadku z mocą obowiązującą od 1 stycznia 1997 r.

Ogółem w 1997 r. zgłoszono w Europie 1.360 przypadków legionelozy z 24 krajów uczestniczących w programie, to jest mniej o 203 przypadki w porównaniu z 1996 r. Z pięciu krajów zgłoszono ponad 100 zachorowań: z Francji (212), Anglii (222), Hiszpanii (175), Niemiec (150) oraz Danii (122). Stwierdzono 136 zgonów przy śmiertelności oszacowanej na 10%, wyższej niż w 1996 r. (4,9%).

Najwięcej zachorowań rozpoznano przez stwierdzenie serokonwersji (29%), przez wykrycie antygeny moczowego (27%) oraz izolację drobnoustroju (19,5%).

na podstawie "Wkly Epid.Rec." (1998,34,257-261)
opracował Wojciech Żabicki

Ogniska spowodowane przez *Salmonella enteritidis* w Irlandii

Między 18 czerwca i 16 lipca 1998 r. w Republice Irlandii wystąpiły cztery ogniska spowodowane przez *Salmonella enteritidis*, związane ze spożyciem jaj. W trzech spośród nich jaja pochodziły od tego samego dostawcy. W wyniku dochodzenia przeprowadzonego przez miejscowe wydziały zdrowia ustalono, że w dwóch spośród tych ognisk nośnikiem była żywność przygotowana z surowych jaj. W jednym z tych ognisk zachorowało 25 osób spośród 52 narażonych. Nośnikiem było ciasto Alaska. W drugim zachorowało 40 osób po spożyciu ryżu z jajami sadzonymi.

Irlandzki Departament Rolnictwa skontaktował się z departamentem rolnictwa w kraju, z którego pochodziły podejrzane jaja. Służby nadzoru tego kraju wykryły stado zakażone pałeczkami *Salmonella*. Ogniskami zainteresowano media. Irlandzcy specjaliści z zakresu bezpieczeństwa żywności zwrócili uwagę na zapewnienie jakości żywności

dwoma drogami: po pierwsze - przez bezpieczne przygotowywanie potraw zawierających jaja, propagowane w prasie, telewizji i radio; po drugie - przez zapobieganie polegające na kupowaniu jaj pochodzących ze stad wolnych od *S. enteritidis*. Z większymi detalistami kontaktowano się indywidualnie i zachęcano ich do kupowania jaj od producentów, u których nad hodowlą istnieje ścisły nadzór w kierunku pałeczek *Salmonella*. Detaliści ci są gotowi wziąć udział w rozszerzeniu takiego nadzoru.

Trzeba mieć nadzieję, że współpraca między przedstawicielami zdrowia publicznego i handlem detalicznym zarówno w Irlandii, jak i poza jej granicami przygotuje producentów żywności do przeprowadzenia eradykacji pałeczek *Salmonella*.

W Polsce zachorowania spowodowane przez *S. enteritidis* zajmują czołowe miejsce. Głównym nośnikiem zakażeń tymi pałeczkami są potrawy z jaj nie poddawanych lub poddawanych niedostatecznej obróbce termicznej. W zapobieganiu tym zachorowaniom ważną rolę powinien odgrywać krajowy nadzór nad fermami produkującymi drób i jaja oraz nad importem surowców pochodzenia zwierzęcego. Ta forma profilaktyki jest w Polsce w dalszym ciągu niedoceniająca, na co wskazuje sytuacja epidemiologiczna salmonelloz odzwierzęcych.

na podst.: N. McCarthy "A month of *Salmonella enteritidis* outbreaks in Ireland" (*Eurosurveillance Weekly* 1998; 2: 980730)

oprac. A.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: 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

