

Meldunek 3/B/99

o zachorowaniach na choroby zakaźne i zatruciach związkami chemicznymi zgłoszonych w okresie od 16.03 do 31.03.1999 r.

Jednostka chorobowa (symbole wg "Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych" ICD-10)	Meldunek 3/B		Dane skumulowane	
	16.03.99. do 31.03.99.	16.03.98. do 31.03.98.	1.01.99. do 31.03.99.	1.01.98. do 31.03.98.
Choroba wywołana przez ludzki wirus upośl.odp.: ogółem (B20-B24)	4	4	20	26
Dur brzuszny (A01.0)	-	-	-	1
Dury rzekome A.B.C. (A01.1-A01.3)	-	-	-	1
Salmonelozy: ogółem (A02)	522	654	2312	3392
Czerwonka bakteryjna /szigelozja/ (A03)	9	37	53	174
Inne bakteryjne zakażenia jelitowe: ogółem (A04)	152	224	705	917
Wiusowe i inne określone zakażenia jelitowe: ogółem (A08)	89	38	371	177
Biegunki u dzieci do lat 2: ogółem (A04; A08; A09)	674	670	3447	3244
w tym: BNO, prawdopodobnie pochodzenia zakaźnego (A09)	498	476	2622	2383
Tężec: ogółem (A33-A35)	-	2	-	6
Błonica (A36)	-	-	-	-
Krztusiec (A37)	9	243	153	1270
Szkarlatyna /płonica/ (A38)	605	1446	2734	6069
Zapalenie opon mózgowych: razem	105	104	534	602
w tym: meningokokowe (A39.0)	11	7	38	41
wywołane przez <i>Haemophilus influenzae</i> (G00.0)	4	5	22	27
inne bakteryjne, określone i nie określone (G00.1-G00.9)	46	38	227	202
wirusowe, określone i nie określone (A87; B00.3; B02.1)	34	46	201	278
inne i nie określone (G03)	10	8	46	54
Zapalenie mózgu: razem	19	18	110	89
w tym: meningokokowe i inne bakteryjne: ogółem (A39.8; G04.2)	5	4	24	22
wirusowe, przenoszone przez kleszcze (A84)	-	-	6	4
inne wirusowe, określone (A83; A85; B00.4; B02.0; B25.8)	2	2	9	12
wirusowe, nie określone (A86)	11	8	57	31
poszczepienne (G04.0)	-	-	1	-
inne i nie określone (G04.8-G04.9)	1	4	13	20
Riketsjozy: ogółem (A75-A79)	-	-	-	-
Ostre nagminne porażenie dziecięce (A80)	-	-	-	-
Ospa wietrzna (B01)	5250	10800	32464	60010
Odra (B05)	8	323	39	919
Różyczka: ogółem (B06; P35.0)	1817	3587	6430	13737
Wirusowe zap. wątroby: typu A (B15)	63	94	327	631
typu B (B16; B18.0-B18.1)	150	171	830	1023
typu C (B17.1; B18.2)	84	62	418	345
typu B+C (B16; B18.0-B18.1 + B17.1; B18.2)	10	6	37	30
inne i nieokreśl.(B17.0;B17.2-.8;B18.8-.9;B19)	19	22	103	155
Świnka /nagminne zapalenie przyusznic/ (B26)	6018	11997	37714	57730
Włośnica (B75)	-	-	-	14
Świerzb (B86)	922	866	4335	5331
Grypa: ogółem (J10; J11)	49921	338465	2333420	424948
Bakteryjne zatrucia pokarmowe: razem	691	846	2909	4145
w tym: salmonelozy (A02.0)	519	652	2301	3376
gronkowcowe (A05.0)	-	8	43	60
jadem kiełbasianym /botulizm/ (A05.1)	-	3	18	15
wywołane przez <i>Clostridium perfringens</i> (A05.2)	-	-	-	-
inne określone (A05.3-A05.8)	100	18	134	44
nie określone (A05.9)	72	165	413	650
Zatrucia naturalnie toksycznym pokarmem: ogółem (T62)	-	-	2	3
w tym: grzybami (T62.0)	-	-	2	2
Inne zatrucia: ogółem (T36-T60; T63-T65)	320	407	1517	2237
w tym: pestycydami (T60)	-	2	7	11
lekami, prep.farmakologicznymi i subst.biolog. (T36-T50)	191	239	907	1264
alkoholem (T51)	52	67	240	419
Ostre porażenia wiotkie u dzieci (0-14 lat)	3	1	7	5

Zachorowania zgłoszone w okresie 16-31.03.1999 r. wg województw

Województwo	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)	Teżec: ogółem (A33-A35)	Krzusiec (A37)	Szkarlatyna (A38)	Zapalenie opon mózgowych		Zapalenie mózgu	
	Ogółem (A39.0; A87; B00.3; B02.1; G00; G03)	w tym: meningokokowe (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	-	-	522	9	674	-	9	605	105	11	19	-
Dolnośląskie	4	-	-	37	-	51	-	1	44	7	-	1	-
Kujawsko-Pomorskie	-	-	-	24	-	47	-	-	68	9	2	3	-
Lubelskie	-	-	-	51	5	18	-	-	25	5	1	-	-
Lubuskie	-	-	-	14	-	17	-	-	6	-	-	-	-
Łódzkie	-	-	-	44	-	44	-	3	20	7	-	1	-
Małopolskie	-	-	-	31	-	45	-	-	50	10	3	3	-
Mazowieckie	-	-	-	68	-	66	-	2	114	9	-	1	-
Opolskie	-	-	-	14	-	5	-	-	31	8	1	-	-
Podkarpackie	-	-	-	32	-	43	-	-	18	6	-	3	-
Podlaskie	-	-	-	17	-	27	-	-	18	7	-	-	-
Pomorskie	-	-	-	24	1	28	-	-	29	9	-	1	-
Śląskie	-	-	-	57	2	85	-	1	84	11	2	3	-
Świętokrzyskie	-	-	-	23	-	24	-	-	7	-	-	-	-
Warmińsko-Mazurskie	-	-	-	20	1	52	-	-	36	3	-	1	-
Wielkopolskie	-	-	-	50	-	113	-	2	37	5	1	-	-
Zachodniopomorskie	-	-	-	16	-	9	-	-	18	9	1	2	-

Województwo	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)
				typu A (B15)	typu B: ogółem (B16; B18.0-1)	typu C: ogółem (B17.1; B18.2)							
POLSKA	5250	8	1817	63	160	94	6018	-	922	49921	691	-	320
Dolnośląskie	394	1	87	4	19	7	553	-	48	9678	46	-	23
Kujawsko-Pomorskie	282	-	36	-	7	5	83	-	129	1337	32	-	26
Lubelskie	268	-	67	1	11	3	537	-	83	323	51	-	32
Lubuskie	100	3	52	1	1	2	113	-	11	2536	15	-	13
Łódzkie	266	1	34	2	9	12	312	-	85	4544	46	-	29
Małopolskie	354	-	90	13	17	9	213	-	38	4208	31	-	23
Mazowieckie	673	1	653	11	22	20	1033	-	104	11186	68	-	24
Opolskie	213	-	7	-	1	2	328	-	15	88	14	-	-
Podkarpackie	262	-	19	2	11	-	243	-	34	371	32	-	28
Podlaskie	180	-	174	3	1	1	324	-	47	855	18	-	7
Pomorskie	284	1	75	-	11	6	240	-	45	2517	33	-	27
Śląskie	735	-	228	10	21	11	413	-	127	4564	76	-	5
Świętokrzyskie	269	-	26	-	7	5	167	-	35	334	25	-	56
Warmińsko-Mazurskie	224	1	178	1	8	2	449	-	59	1874	20	-	14
Wielkopolskie	499	-	75	3	9	4	604	-	41	3994	49	-	6
Zachodniopomorskie	247	-	16	12	5	5	406	-	21	1512	135	-	7

UWAGA: INFORMACJA BARDZO WAŻNA DLA ORGANIZATORÓW I WYKONAWCÓW SZCZEPIEŃ OCHRONNYCH**Co dalej ze szczepieniami?**

Reforma służby zdrowia coraz głębiej i coraz bardziej konsekwentnie wchodzi w życie. Nie wszystkie sprawy związane ze szczepieniami, a zwłaszcza ich realizacja, zostały uregulowane, nie dla wszystkich dało się przewidzieć i opracować regulację prawną i profesjonalną. Niektóre zaskakują tak organizatorów szczepień skupionych zwłaszcza w stacjach sanitarno-epidemiologicznych jak i wykonawców dotychczasowych i przyszłych. Poszukiwanie informacji i wskazówek w różnych instytucjach osobiście i telefonicznie przez osoby pracujące na szczeblu wojewódzkim i powiatowym czy też w zakładach służby zdrowia nie zawsze kończy się uzyskaniem dostatecznie zadawalających danych. Zależnie od instytucji i osoby udzielającej informacji różnią się one w stopniu zasadniczym.

Na podstawie licznych zapytań, informacji oraz próśb o wyjaśnienie spraw z tym związanych jakie otrzymałem ostatnio doszedłem do wniosku, że istnieje potrzeba, poza oficjalnymi pismami w tej sprawie jakie zostały rozesłane, przekazać pewne informacje nawet w formie dyskusyjnej, do ostatecznego ustalenia sposobu postępowania w przyszłości. Informację tę przygotowałem jako ten, który od wielu lat zajmuje się między innymi organizacją szczepień. Nie łączę jej z pełnionymi obecnie funkcjami zawodowymi i społecznymi. Problem wymaga odpowiednich dyskusji, ustaleń i zajęcia się nim w sposób konstruktywny.

Informację tę zdecydowałem się opublikować zgodnie z prośbami w ramach tzw. komentarzy do "Meldunku" dwutygodniowego o chorobach zakaźnych. Wydruk jej prześlę oddzielnie do osób szczególnie zainteresowanych problemem szczepień z racji pełnionych funkcji zawodowych. Na obecnym etapie uważam problem za niezwykle ważny dla zapewnienia zdrowia populacji dzieci i młodzieży.

Wskazane byłoby zajęcie się tym problemem przez nadzór specjalistyczny zwłaszcza z higieny i epidemiologii, pediatrii i medycyny szkolnej, a także lecznictwa rodzinnego.

Wskazane byłoby stworzenie w okresie wdrażania reform w Ministerstwie Zdrowia i Opieki Społecznej stanowiska do spraw związanych z organizacją i wykonywaniem szczepień ochronnych. Problem jest wielodyscyplinarny i wymaga sprawnej koordynacji działania.

Dotychczasowa organizacja szczepień

Szczepienia dzieci w wieku przedszkolnym wykonywane były na ogół przez średni personel medyczny, głównie przez wyspecjalizowane w tej dziedzinie pielęgniarki zatrudnione w ośrodkach zdrowia i przychodniach, głównie pediatrycznych.

W latach osiemdziesiątych i wcześniej szczepienie dzieci i młodzieży szkolnej wykonywane było w szkołach przez szkolną służbę zdrowia, a na wsiach na ogół w szkołach przez personel ośrodków zdrowia. Pozwalało to na objęcie szczepieniami wysokich odsetków, zwykle wyższych od 95% podlegających szczepieniu. W latach dziewięćdziesiątych równoległe z reorganizacją i częściową likwidacją szkolnej służby zdrowia nastąpiło przekazywanie tych szczepień do przychodni i ośrodków zdrowia. Dokładano starań aby szczepienia te były wykonywane na terenie zakładów nauczania i wychowania.

W ostatnich 10 latach opiniowałem negatywnie wnioski dotyczące zezwolenia lekarzom prywatnym na wykonywa-

nie szczepień w ramach programu szczepień obowiązkowych. Pełnienie na ogół przez lekarzy prywatnych opieki lekarskiej dorywczo nie sprzyjałoby konsekwentnej kontynuacji szczepień. Opiniowałem natomiast pozytywnie wnioski dotyczące wykonywania tych szczepień jak i szczepień zalecanych przez lekarzy rodzinnych.

Nadzór lekarski nad wykonawstwem szczepień sprawowali lekarze, głównie pediatrzy, którzy wykonywali również badanie kwalifikacyjne dzieci, układali indywidualne kalendarze szczepień dla dzieci szczepionych z różnych przyczyn w terminach odbiegających od schematu, oceniali i leczyli dzieci z odczynami i powikłaniami poszczepiennymi.

Na ogół lekarze, głównie interniści, do obowiązków których należało leczenie, szczególnie zatrudnieni w przychodniach na terenie miast, nie zajmowali się, lub w stopniu niewielkim zajmowali się problemem szczepień ochronnych, a obecnie często pełnią funkcję lekarza rodzinnego.

Stan wiedzy i umiejętności praktycznych pracowników służby zdrowia z lekarzami włącznie, z zakresu szczepień ocenić można na ogół jako ubogi.

W latach dziewięćdziesiątych, gdy wykonawstwo szczepień uległo skomplikowaniu w wyniku zwiększenia liczby stosowanych szczepionek, stosowania w większym stopniu jednoczesnego szczepienia kilkoma szczepionkami i szczepionek skojarzonych, wprowadzenia do kalendarza szczepień zalecanych, powstały tzw. konsultacyjne poradnie szczepień. Pod koniec 1998 roku było czynnych 45 takich poradni w 32 województwach. Według posiadanych informacji w większości obecnie istniejących województw pracuje na ogół po kilka takich poradni. Nie posiada jej tylko województwo opolskie. Ujmując lakonicznie, zadaniem tych poradni jest udzielanie konsultacji w zakresie szczepień lub wykonywanie szczepień - zwłaszcza osób z przeciwwskazaniami i w sytuacjach stwarzających trudności w prawidłowym zaszczepieniu.

Zorganizowano dystrybucję szczepionek na terenie kraju i utworzono sprawnie działający łańcuch chłodniczy (cold chain) zarówno podczas magazynowania, przechowywania, jak i podczas transportu szczepionek. Dystrybucja szczepionek uwzględnia następujące etapy dla preparatów zakupionych przez Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej w opakowaniach w części zawierających I dawkę szczepionki, w części w opakowaniach wielodawkowych stosowanych w ramach szczepień obowiązkowych objętych kalendarzem szczepień:

1. dla szczepionek produkcji krajowej - magazyn producenta, dla szczepionek importowanych - port lotniczy;
2. magazyn Centrali Farmaceutycznej "Cefarm";
3. magazyny wojewódzkich stacji sanitarno-epidemiologicznych;
4. magazyny powiatowych (terenowych) stacji sanitarno-epidemiologicznych;
5. przychodnie, ośrodki zdrowia - do stosowania przez personel wykonujący szczepienia.

Ponadto szczepionki dla szczepień nie wymienionych jako obowiązkowe rozprowadzane są na ogół przez sieć aptek.

Corocznie sporządzane przez przychodnie, ośrodki zdrowia i ewentualnie inne instytucje przeprowadzające szczepienia sprawozdania zawierające liczby wykonanych szczepień sumowane analizowane były w powiatowych (terenowych) stacjach sanitarno-epidemiologicznych, a następnie w wojewódzkich stacjach, a dane z wojewódzkich stacji w Zakładzie Epidemiologii PZH, gdzie opracowywano roczny biuletyn z tego zakresu. Istniała w ten sposób dobra orientacja co do stopnia uodpornienia populacji.

Uzyskano przychylną opinię społeczeństwa dotyczącą

szczepień. Społeczeństwo na ogół nie tylko akceptuje, ale domaga się od służby zdrowia wykonywania szczepień w terminach określonych kalendarzem. Jest to między innymi zasługa oświaty zdrowotnej konsekwentnie przez minione lata propagującej szczepienia. Temu można zawdzięczać, że tzw. ruchy antyszczepionkowe, które ostatnio nasiliły się w kraju nie znajdują na ogół posłuchu, a szczepieniom poddaje się nadal powyżej 95% podlegających. Dzięki temu osiągnięto w Polsce znamienne poprawę sytuacji epidemiologicznej chorób, którym zapobieganie i zwalczanie polega głównie na wzmocnieniu odporności drogą szczepień. Uzyskano eliminację błonicy, *poliomyelitis*, a znaczne obniżenie liczby zachorowań na tężec, krztusiec, odrę, dur brzuszny, wirusowe zapalenie wątroby typu B. Dobre wykonawstwo szczepień w Polsce było i jest bardzo wysoko opiniowane przez Światową Organizację Zdrowia. Stawiani byliśmy za wzór innym krajom.

OSIĄGNIĘĆ W ZAKRESIE SZCZEPIEŃ NIE MOŻNA UTRACIĆ NA FALI REFORMY SŁUŻBY ZDROWIA

Jakie elementy reformy rzutują i będą nadal rzutować na zmianę organizacji i wykonawstwa szczepień ochronnych

Utworzenie instytucji lekarza rodzinnego (pierwszego kontaktu), który według założenia opiekuje się stanem zdrowia podlegających mu ludzi, stwarza sytuację, że szczepienia ochronne, zarówno tzw. obowiązkowe jak zalecane i inne, wykonywane będą w coraz większym stopniu przez tego lekarza. Sprzyja temu również, a nawet stwarza konieczność, dalsza, niemal całkowita likwidacja szkolnej służby zdrowia.

Rok 1999 powinien być pod względem organizacji wykonawstwa szczepień ochronnych w Polsce rokiem przejściowym, kiedy szczepienia zgodnie z założeniem wykonywane będą podobnie jak dotychczas. Podczas tego roku stworzyć należy warunki dla sprawnego wykonywania szczepień ochronnych w przyszłości w nowej organizacji służby zdrowia, z zapewnieniem ich skuteczności, bezpieczeństwa i wykonania w wysokim odsetku podlegających.

Co należy zmienić w organizacji szczepień dla zapewnienia ich sprawnego wykonawstwa w zreformowanej służbie zdrowia

Najbardziej pilną i najbardziej istotną sprawą w tym zakresie jest przeszkolenie lekarzy rodzinnych (pierwszego kontaktu) w zakresie wakcynologii, tj. w zakresie szczepionek i szczepień ochronnych. Jak podano wyżej, stan wiedzy i umiejętności praktycznych w tym problemie ocenia się jako niewystarczający.

Dla spełnienia tego warunku proponuje się opracowanie programu kursu "weekendowego" trwającego przez dwa weekendy po około 2 dni. Podczas jednego z weekendów powinny być przekazane informacje ogólne o szczepionkach, szczepieniach, odczynach poszczepiennych itp., a podczas drugiego informacje szczegółowe o poszczególnych szczepionkach i szczepieniach. Ramowy program takiego kursu podano w załączniku Nr 1.

Wykładowcami i udzielającymi praktycznych wskazówek powinny być osoby zapoznane z zagadnieniami szczepionek oraz organizacji i wykonawstwa szczepień. Osoby te powinny przed rozpoczęciem zajęć otrzymać odpowiednie wskazówki na piśmie, lub ustnie w ramach "teach the teachers" (uczenia nauczających).

Przyjęta powinna być zasada organizacji takich kursów weekendowych możliwie blisko miejsca zamieszkania i pracy osób szkolonych, tj. na terenie miast będących stolicą

województwa, a w niektórych wypadkach nawet stolicą powiatu, lub innych. Rozwiązanie tego problemu powinno być w pierwszym rzędzie uzależnione od możliwości uzyskania odpowiednio przygotowanych wykładowców.

Organizacją takich kursów powinien zająć się nadzór specjalistyczny z higieny i epidemiologii, pediatrii, medycyny szkolnej, leczenia rodzinnego, kasy chorych, stacje sanitarno-epidemiologiczne, w tym również mające doświadczenie w szkoleniu Lubelskie Centrum Higieniczno-Sanitarno-epidemiologiczne, przy uzyskaniu pomocy ze strony instytutów naukowo-badawczych, akademii medycznych, Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego.

Kurs powinien być zakończony sprawdzianem wiadomości, zdanie którego umożliwiłoby lekarzowi rodzinnemu (pierwszego kontaktu) wykonywanie szczepień w ramach programu.

Lekarze pierwszego kontaktu powinni mieć dostarczone lub powinni mieć stworzone możliwości nabycia materiałów informacyjnych na temat szczepień. W załączniku Nr 2 podano wykaz publikacji na ten temat, jakie ukazały się w ciągu ostatnich kilku lat. Możliwe, że w związku ze zmianami związanymi z reformą konieczne będzie wydanie niektórych wyczerpanych już pozycji po ich uaktualnieniu.

Na obecnym etapie rola konsultacyjnych poradni szczepień powinna być wyeksponowana. Traktować się je powinno zarówno jako ważny element bieżącego kształcenia podyplomowego w zakresie szczepień jak i jako instytucje umożliwiające przeprowadzenie szczepień w szczególnie trudnych sytuacjach.

Jak uczy doświadczenie, wysoki odsetek zaszczepienia starszych dzieci i młodzieży uzyskuje się w wyniku wykonywania szczepień w zakładach nauczania i wychowania. Doradzać można lekarzom pierwszego kontaktu, wykonywanie powszechnych szczepień w tych zakładach po odpowiednim poinformowaniu rodziców, w miejsce szczepienia indywidualnie zgłaszających się dzieci i młodzieży. System stosowany w Polsce tj. szczepienie w zakładach nauczania i wychowania przejęty był jako wzór przez inne kraje. Zapewniło to uzyskanie zaszczepienia wyższych odsetków dzieci przy mniejszych trudnościach.

Wskazane jest, aby lekarze pierwszego kontaktu z kart uodpornienia dzieci i młodzieży będących pod ich opieką stworzyli odpowiednie kartoteki, a nie włączali tych kart do dokumentacji chorobowej. Ułatwi to organizację i analizę wykonania szczepień oraz sporządzenie sprawozdania.

Istnieje konieczność zapewnienia warunków łańcucha chłodniczego (cold chain) dla transportu i przechowywania szczepionek u każdego lekarza pierwszego kontaktu wykonującego szczepienia.

Osoby organizujące przetargi na kupno szczepionek, jak również zajmujące się lokalnie zakupami i dystrybucją szczepionek, powinny uwzględnić znacznie większą niż dotychczas ilość szczepionek w opakowaniach zawierających jedną dawkę. Pociągnąć to może zwiększenie kosztów szczepionek. Niewykorzystywanie natomiast części szczepionki z opakowań wielodawkowych w nowej organizacji służby zdrowia może okazać się w efekcie jeszcze bardziej kosztowne.

Można przewidywać, że uzyskiwanie wiarygodnych danych o wykonanych szczepieniach będzie obecnie znacznie utrudnione. Dlatego należałoby przewidzieć prócz istniejącego systemu sprawozdawczego, stworzenie innych systemów dostarczania informacji o wykonaniu szczepień, np. kontrolę zaszczepienia przy przyjmowaniu do przedszkoli, szkół.

Powyższe ujęcie problemu traktować należy jako ramo-

we i najbardziej zasadnicze. Życie przynosić będzie zapewne dalsze nawet trudne do przewidzenia zagadnienia, zróżnicowane niejednokrotnie zależnie od rejonu, wymagające dyskusji i zajęcia stanowiska. W Zakładzie Epidemiologii PZH prowadzimy tego typu szkolenia i zajmujemy się innymi podobnymi wyżej poruszonymi problemami od wielu lat i jesteśmy gotowi na podejmowanie tych zadań w miarę naszych kompetencji i możliwości.

Prof. dr hab. Wiesław Magdzik

* * *

Załącznik Nr 1

Propozycje ramowe kursu z zakresu szczepionek i szczepień ogólnych (realizowanego w ciągu dwu weekendów)

Część ogólna

- Odporność, jej rodzaje, sposób jej nabywania i znaczenie w profilaktyce chorób zakaźnych.
- Charakterystyka szczepionek. Zasady rejestracji.
- Charakterystyka preparatów do uodpornienia biernego.
- Zaopatrzenie w szczepionki i preparaty do uodpornienia biernego dla realizacji kalendarza szczepień, akcji szczepień i dla aptek. Warunki transportu i przechowywania.
- Organizacja szczepień w Polsce. Szczepienia obowiązkowe i zalecane. Dokumentacja szczepień. Sprawozdawczość. Wykonawstwo i jego ocena.
- Masowe szczepienia ochronne. Szczepienia akcyjne. Program szczepień.
- Indywidualny kalendarz szczepień.
- Przeciwwskazania do szczepień.
- Niepożądane odczyny poszczepienne.
- Sprawozdawczość ze szczepień i odczynów poszczepiennych.
- Zalecenia i programy Światowej Organizacji Zdrowia dotyczące szczepień.

Część szczegółowa

- Uodpornienie przeciw gruźlicy z uwzględnieniem odczynów tuberkulinowych.
- Uodpornienie czynne i bierne przeciw błonicy, uodpornienie czynne i bierne przeciw tężcowi, wraz z postępowaniem z osobami zranionymi, uodpornienie czynne przeciw krztuścowi.
- Uodpornienie przeciw *poliomyelitis* (OPV i IPV).
- Uodpornienie przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typ B, uodpornienie przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typ A.
- Uodpornienie przeciw odrze, uodpornienie przeciw śwince, uodpornienie przeciw różyczce, uodpornienie przeciw wietrznej ospie.
- Uodpornienie przeciw żółtej gorączce.
- Uodpornienie przeciw cholercie.
- Uodpornienie przeciw grypie.
- Uodpornienie przeciw durowi brzuszemu.
- Uodpornienie czynne i bierne przeciw wściekliźnie (szczepienie ponarażeniowe i przednarażeniowe).

Załącznik Nr 2

Wykaz publikacji z zakresu szczepionek i szczepień

1. Barbara Woynarowska, I. Szejnert-Milart (red.) *Uodpornienie sztuczne przeciw chorobom zakaźnym u dzieci i młodzieży. Poradnik dla lekarzy*. 1997, Polskie Towarzystwo Pediatryczne - Zarząd Główny, Wydawnictwo Czelej.
2. Wiesława Mazurowska, Jacek Sawicki *Szczepienia w zwalczaniu chorób zakaźnych*. Warszawa 1995, Medyczna

Agencja Wydawniczo-Informacyjna.

3. Barbara Dębiec, Wiesław Magdzik (red.) *Szczepienia ochronne*. Warszawa 1991, PZWL, wydanie II.
4. Wiesław Magdzik (red.) *Szczepionki i immunoglobuliny. Informator*. Warszawa 1999, PZWL, wydanie II.
5. Barbara Woynarowska (red.) *Profilaktyka w pediatrii*. Warszawa 1998, PZWL.

Zakażenia HIV i zachorowania na AIDS Informacja z 31 marca 1999 r.

W marcu 1999 r. do Zakładu Epidemiologii PZH zgłoszono nowo wykryte zakażenie HIV 17 obywateli polskich, w tym 8 zakażonych w związku z używaniem narkotyków.

Obecność przeciwciał anti-HIV potwierdzono w Wojewódzkiej Przychodni Dermatologicznej w Katowicach, w Specjalistycznym Dermatologicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Łodzi, w Laboratorium Kliniki Chorób Zakaźnych AM we Wrocławiu, w Zakładzie Serologii Instytutu Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie oraz w Zakładzie Transfuzjologii i Transplantologii CSK WAM.

Odnotowano zachorowanie na AIDS dwóch kobiet (narkomanki i zakażonej drogą ryzykownych kontaktów heteroseksualnych) i ośmiu mężczyzn (pięciu narkomanów, dwu zakażonych drogą ryzykownych kontaktów heteroseksualnych i jednego bez informacji o drodze zakażenia).

Chorzy byli w wieku od 23 do 49 lat.

Trzej chorzy, u których zachorowanie rozpoznano przed rokiem 1999, mieli miejsce zamieszkania w następujących województwach: kieleckim, wrocławskim i zielonogórskim. Pozostali chorzy, z AIDS rozpoznany w roku 1999, mieli miejsce zamieszkania w woj. dolnośląskim (2), lubuskim (1) i śląskim (4).

We wszystkich przypadkach określono przynajmniej jedną chorobę wskazującą na AIDS w brzmieniu jak w definicji do celów nadzoru epidemiologicznego, skorygowanej w 1993 r. W ośmiu przypadkach podano liczbę komórek CD4 (od 8 do 280/μL).

Od wdrożenia badań w 1985 r. do 31 marca 1999 r. stwierdzono zakażenie HIV 5.702 obywateli polskich, wśród których było co najmniej 3.733 zakażonych w związku z używaniem narkotyków.

Ogółem odnotowano 752 zachorowania na AIDS; 423 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 nadawanych 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.

Częstość wykrywania zakażenia HBV, HCV i HIV u krwiodawców w Polsce w 1998 roku

W porównaniu do wykrywanych w 1997 r. markerów wirusów częstość HBsAg pozostawała na tym samym poziomie u dawców wielokrotnych (w 1997 r. 0,05%) i u kandydatów na krwiodawców, określanymi jako dawcy pierwszo-

Tabela 1. Markery serologiczne HBV, HCV i HIV u krwiodawców w Polsce w 1998 roku.

Region Stacji Krwiodawstwa	Dawcy pierwszorazowi						Dawcy wielokrotni							
	Ogółem	HBs	%	HCV	%	HIV	%	Ogółem	HBs	%	HCV	%	HIV	%
Białystok	8575	81	0,94	41	0,48	0	0	10816	20	0,18	74	0,68	0	0
Bydgoszcz	8553	61	0,71	75	0,88	0	0	15128	3	0,02	21	0,14	0	0
Częstochowa	1312	22	1,67	31	2,36	1	0,076	9665	7	0,07	19	0,19	0	0
Gdańsk	7939	89	1,12	52	0,65	2	0,025	19916	7	0,03	21	0,11	1	0,005
Kalisz	3362	60	1,78	66	1,96	0	0	5199	17	0,33	32	0,61	0	0
Katowice	11207	111	0,99	108	0,96	2	0,018	21983	12	0,05	39	0,18	0	0
Kielce	7904	32	0,40	60	0,76	0	0	4635	2	0,04	2	0,04	0	0
Kraków	7877	18	1,62	120	1,52	0	0	6572	4	0,06	5	0,08	0	0
Lublin	7577	32	0,42	72	0,95	1	0,013	12311	3	0,02	5	0,04	0	0
Łódź	12113	166	1,37	92	0,76	1	0,008	11000	8	0,07	62	0,56	0	0
Olsztyn	3005	24	0,80	38	1,26	0	0	5023	0	0	9	0,18	1	0,02
Opole	2799	34	1,21	18	0,64	0	0	5895	0	0	16	0,27	0	0
Poznań	20786	117	0,56	85	0,41	1	0,005	7102	11	0,15	17	0,24	0	0
Racibórz	181	4	2,21	1	0,55	0	0	1360	0	0	3	0,22	0	0
Radom	1318	18	1,36	18	1,36	0	0	7548	3	0,04	11	0,15	0	0
Rybnik	1065	10	0,93	10	0,93	0	0	5339	1	0,02	6	0,11	0	0
Rzeszów	10167	46	0,45	37	0,36	0	0	12072	0	0	1	0,008	0	0
Słupsk	5325	77	1,44	49	0,92	0	0	8318	5	0,06	10	0,12	0	0
Szczecin	5512	66	1,19	37	0,67	1	0,018	17493	19	0,11	12	0,07	1	0,006
Wałbrzych	3971	39	0,98	54	1,36	2	0,050	10212	5	0,05	25	0,24	0	0
Warszawa	27818	203	0,73	264	0,95	4	0,014	15063	2	0,001	11	0,07	1	0,007
Wrocław	8561	91	1,06	51	0,59	1	0,012	14361	6	0,04	28	0,19	0	0
Zielona Góra	2962	32	1,08	22	0,74	0	0	4007	1	0,02	7	0,17	0	0
IHIT	1425	9	0,63	25	1,75	0	0	705	0	0	0	0	0	0
Razem	171314	1442	0,84	1426	0,83	16	0,009	231723	136	0,06	436	0,19	4	0,0017

razowi (w 1997 r. 0,85%). Zaobserwowano natomiast niewielki spadek częstości przeciwciał anti-HCV w obu grupach, zwłaszcza u dawców wielokrotnych (w 1997 r. 0,27%; u kandydatów na krwiodawców 0,89%). Częstość przeciwciał anti-HIV obniżyła się u dawców wielokrotnych (w 1997 r. 0,0043), a u kandydatów na krwiodawców nie uległa istot-

nej zmianie (w 1997 r. 0,008).

Dane dotyczące krwiodawców pierwszorazowych stanowią z pewnym przybliżeniem odzwierciedlenie częstości markerów w populacji.

*Prof. dr hab. H. Seyfriedowa
Instytut Hematologii i Transfuzjologii*

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

