Państwowy Zakład Higieny, Instytut Naukowo-Badawczy
Zakład Epidemiologii
00-791 Warszawa ul.Chocimska 24

Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej
Departament Zdrowia Publicznego
00-246 Warszawa ul.Miodowa 15

Meldunek 4/A/99

o zachorowaniach na choroby zakaźne i zatruciach związkami chemicznymi zgłoszonych w okresie od 1.04 do 15.04.1999 r.

Jednostka chorobowa (symbole wg "Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych" ICD-10)	Meldunek 4/A		Dane skumulowane	
	1.04.99. do 15.04.99.	1.04.98. do 15.04.98.	1.01.99. do 15.04.99.	1.01.98. do 15.04.98.
Choroba wywołana przez ludzki wirus upośl.odp.: ogółem (B20-B24)	2	3	22	29
Dur brzuszny (A01.0)	-	-	-	1
Dury rzekome A.B.C. (A01.1-A01.3)	-	-	-	1
Salmonelozy: ogółem (A02)	565	549	2875	3941
Czerwonka bakteryjna /szigeloza/ (A03)	11	31	64	205
Inne bakteryjne zakażenia jelitowe: ogółem (A04)	165	147	869	1064
Wiusowe i inne określone zakażenia jelitowe: ogółem (A08)	91	43	462	220
Biegunki u dzieci do lat 2: ogółem (A04; A08; A09)	698	571	4145	3815
w tym: BNO, prawdopodobnie pochodzenia zakaźnego (A09)	499	447	3121	2830
Tężec: ogółem (A33-A35)	1	-	1	6
Błonica (A36)	-	-	-	-
Krztusiec (A37)	13	136	164	1406
Szkarlatyna /płonica/ (A38)	510	1224	3246	7293
Zapalenie opon mózgowych: razem	67	64	601	666
w tym: meningokokowe (A39.0)	5	5	42	46
wywołane przez *Haemophilus influenzae* (G00.0)	4	2	26	29
inne bakteryjne, określone i nie określone (G00.1-G00.9)	24	34	252	236
wirusowe, określone i nie określone (A87; B00.3; B02.1)	32	22	233	300
inne i nie określone (G03)	2	1	48	55
Zapalenie mózgu: razem	11	15	121	104
w tym: meningokokowe i inne bakteryjne: ogółem (A39.8; G04.2)	4	-	28	22
wirusowe, przenoszone przez kleszcze (A84)	-	1	6	5
inne wirusowe, określone (A83; A85; B00.4; B02.0; B25.8)	-	1	9	13
wirusowe, nie określone (A86)	4	5	61	36
poszczepienne (G04.0)	-	-	1	-
inne i nie określone (G04.8-G04.9)	3	8	16	28
Riketsjozy: ogółem (A75-A79)	-	-	-	-
Ostre nagminne porażenie dziecięce (A80)	-	-	-	-
Ospa wietrzna (B01)	5544	8795	38008	68805
Odra (B05)	7	218	46	1137
Różyczka: ogółem (B06; P35.0)	2250	3177	8685	16914
Wirusowe zap. wątroby: typu A (B15)	46	71	373	702
typu B (B16; B18.0-B18.1)	150	153	981	1176
typu C (B17.1; B18.2)	73	68	492	413
typu B+C (B16; B18.0-B18.1 + B17.1; B18.2)	7	3	42	33
inne i nieokreśl.(B17.0;B17.2-.8;B18.8-.9;B19)	15	21	118	176
Świnka /nagminne zapalenie przyusznicy/ (B26)	6092	10369	43805	68099
Włośnica (B75)	-	-	-	14
Świerzb (B86)	612	568	4947	5899
Grypa: ogółem (J10; J11)	5007	248128	2338693	673076
Bakteryjne zatrucia pokarmowe: razem	651	651	3558	4796
w tym: salmonelozy (A02.0)	562	548	2861	3924
gronkowcowe (A05.0)	-	7	43	67
jadem kiełbasianym /botulizm/ (A05.1)	2	1	20	16
wywołane przez *Clostridium perfringens* (A05.2)	-	-	-	-
inne określone (A05.3-A05.8)	3	1	137	45
nie określone (A05.9)	84	94	497	744
Zatrucia naturalnie toksycznym pokarmem: ogółem (T62)	-	1	2	4
w tym: grzybami (T62.0)	-	-	2	2
Inne zatrucia: ogółem (T36-T60; T63-T65)	291	298	1808	2535
w tym: pestycydami (T60)	7	5	14	16
lekami, prep.farmakologicznymi i subst.biolog. (T36-T50)	179	184	1086	1448
alkoholem (T51)	50	38	290	457
Ostre porażenia wiotkie u dzieci (0-14 lat)	5	4	12	9

Zachorowania zgłoszone w okresie 1-15.04.1999 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 /szigeloza/ (A03)	Biegunki u dzieci do lat 2: ogółem (A04; A08; A09)	Tężec: ogółem (A33-A35)	Krztusiec (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	2	-	-	565	11	698	1	13	510	67	5	11	-
Dolnośląskie	2	-	-	51	-	57	-	-	19	5	-	3	-
Kujawsko-Pomorskie	-	-	-	20	-	34	-	-	40	1	-	2	-
Lubelskie	-	-	-	52	-	42	-	1	31	4	-	-	-
Lubuskie	-	-	-	13	-	11	-	-	2	4	-	-	-
Łódzkie	-	-	-	38	-	42	-	2	27	7	1	-	-
Małopolskie	-	-	-	19	-	40	1	1	56	4	-	1	-
Mazowieckie	-	-	-	82	-	71	-	3	70	16	1	2	-
Opolskie	-	-	-	6	-	6	-	-	18	-	-	-	-
Podkarpackie	-	-	-	22	1	40	-	1	10	3	-	-	-
Podlaskie	-	-	-	22	1	30	-	1	19	3	-	-	-
Pomorskie	-	-	-	20	-	70	-	1	29	5	-	-	-
Śląskie	-	-	-	36	8	68	-	3	73	2	1	1	-
Świętokrzyskie	-	-	-	45	-	33	-	-	5	2	2	1	-
Warmińsko-Mazurskie	-	-	-	63	1	44	-	-	35	4	-	-	-
Wielkopolskie	-	-	-	56	-	97	-	-	53	4	-	-	-
Zachodniopomorskie	-	-	-	20	-	13	-	-	23	3	-	1	-

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	5544	7	2250	46	157	80	6092	-	612	5007	651	-	291
Dolnośląskie	447	-	80	1	17	9	512	-	47	466	53	-	23
Kujawsko-Pomorskie	290	-	46	1	16	10	72	-	52	198	30	-	27
Lubelskie	300	-	68	1	5	3	535	-	36	397	57	-	13
Lubuskie	93	-	30	-	5	-	125	-	16	10	16	-	12
Łódzkie	259	1	63	1	21	11	341	-	78	982	39	-	83
Małopolskie	442	1	114	10	16	4	289	-	15	1142	22	-	5
Mazowieckie	652	1	846	4	22	18	1049	-	26	757	81	-	14
Opolskie	142	-	13	-	5	2	269	-	12	8	6	-	1
Podkarpackie	269	-	63	1	3	3	304	-	34	13	22	-	15
Podlaskie	198	-	177	1	2	1	318	-	22	55	22	-	23
Pomorskie	240	-	84	-	6	4	277	-	35	281	33	-	23
Śląskie	796	3	309	8	14	3	427	-	89	157	59	-	8
Świętokrzyskie	315	-	18	-	8	3	245	-	28	-	52	-	15
Warmińsko-Mazurskie	260	-	176	-	6	-	384	-	50	41	64	-	5
Wielkopolskie	540	1	154	1	6	5	431	-	33	417	58	-	11
Zachodniopomorskie	301	-	9	17	5	4	514	-	39	83	37	-	13

Chorzy nowozarejestrowani w poradniach gruźlicy i chorób płuc podległych Ministerstwu Zdrowia i Opieki Społecznej[/1] w 1998 roku

(dane Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc)

Województwo (St.- stołeczne M.- miejskie)	Wszystkie postacie gruźlicy	
	ogółem	w tym BK+
POLSKA	13302	7503
1. St.Warszawskie	1083	499
2. Bialskopodlaskie	117	78
3. Białostockie	184	113
4. Bielskie	257	140
5. Bydgoskie	268	163
6. Chełmskie	89	75
7. Ciechanowskie	167	73
8. Częstochowskie	269	167
9. Elbląskie	204	87
10. Gdańskie	427	285
11. Gorzowskie	150	52
12. Jeleniogórskie	204	123
13. Kaliskie	254	108
14. Katowickie	1579	782
15. Kieleckie	478	233
16. Konińskie	168	112
17. Koszalińskie	169	91
18. M.krakowskie	330	273
19. Krośnieńskie	171	117
20. Legnickie	165	134
21. Leszczyńskie	80	48
22. Lubelskie	383	215
23. Łomżyńskie	99	40
24. M.łódzkie	475	297
25. Nowosądeckie	217	135
26. Olsztyńskie	245	115
27. Opolskie	335	233
28. Ostrołęckie	139	67
29. Pilskie	113	51
30. Piotrkowskie	266	164
31. Płockie	241	123
32. Poznańskie	305	224
33. Przemyskie	152	98
34. Radomskie	322	199
35. Rzeszowskie	259	142
36. Siedleckie	409	217
37. Sieradzkie	173	106
38. Skierniewickie	136	82
39. Słupskie	123	50
40. Suwalskie	128	76
41. Szczecińskie	303	199
42. Tarnobrzeskie	236	99
43. Tarnowskie	190	103
44. Toruńskie	196	126
45. Wałbrzyskie	282	116
46. Włocławskie	119	73
47. Wrocławskie	291	177
48. Zamojskie	191	130
49. Zielonogórskie	161	93

[/1] Bez PKP, MON i MSW.

Czwarta Europejska Konferencja Wakcynologii

W dniach 17-19 marca 1999 r. w Brighton (Wielka Brytania) odbyła się Czwarta Europejska Konferencja Wakcynologii poświęcona socjalnym aspektom szczepień. Podczas konferencji wygłoszono 28 referatów. Poruszono niżej przedstawione, najbardziej istotne problemy, które pod wieloma względami są aktualne obecnie w kraju.

Ostatnie lata pod względem rozwoju szczepień i sztucznego uodporniania populacji uznać można za złote lata. Powszechne szczepienia przynoszą pożądane skutki zdrowotne nie tylko poszczególnym osobom, lecz również społeczeństwu jako całości. Choroby, którym można zapobiegać drogą szczepień szerzą się w większości od człowieka do człowieka. Dlatego ochrona przed zakażeniem dotyczy nie tylko osób szczepionych, ale pośrednio również osób nieszczepionych ze styczności z nimi.

Obserwuje się pozytywny efekt powszechnych szczepień obowiązkowych. Dla przykładu, w USA w latach siedemdziesiątych w stanach gdzie był obowiązek szczepień przeciw odrze zanotowano o połowę niższą zapadalność od stanów gdzie takiego obowiązku nie było, a w stanach gdzie szczepienia te były prowadzone również wśród dzieci szkolnych zapadalność była niższa o 90%.

Przegląd odsetka zaszczepionych dzieci w krajach gdzie istnieje obowiązek szczepień, w krajach gdzie tylko część szczepień jest obowiązkowych i w krajach gdzie szczepienia są dobrowolne, dowodzi, że nie zawsze fakt obowiązkowości szczepień ma wpływ na stopień zaszczepienia. Najważniejszą sprawą jest dobre współdziałanie w tym zakresie między lekarzem a pacjentem.

Niektórzy dowodzą, że przymus szczepienia jest nieakceptowaną praktyką, nie do pogodzenia z zasadami etyki. Z drugiej strony przymus szczepienia ma za cel troskę o niemogących poddać się szczepieniu.

Z innej strony, badania przeprowadzone wśród zaszczepionych i niezaszczepionych z powodów religijnych i filozoficznych dzieci wstępujących do szkoły, świadczą o zwiększonym ryzyku zachorowania tych ostatnich i o konieczności stosowania niekiedy zasady przymusu szczepień w celu takiego ich przeprowadzenia, aby uzyskać odporność zbiorowiskową (herd immunity). Dla uzyskania tego ważne są następujące zagadnienia, które powinny zostać zbadane i ustalone:

- jaka część populacji powinna być uodporniona dla osiągnięcia eradykacji lub eliminacji choroby,
- jak na ten problem rzutuje wskaźnik urodzeń żywych i inne czynniki demograficzne,
- jaki wiek dzieci jest najbardziej dogodny dla uodparniania,
- w jaki sposób powszechne uodpornienie wpływa na wiek osób wrażliwych na zakażenie,
- jaki wpływ na kształtowanie odporności mają czynniki genetyczne, socjalne, ekspozycje na zakażenia.

Jest pożądaną sprawą wydanie broszury dla turystów i innych osób podróżujących na temat obowiązku lub zaleceń szczepień w poszczególnych krajach. O tych sprawach szczególnie powinni być poinformowani lekarze pierwszego kontaktu.

Żadna szczepionka nie jest w pełni bezpieczna i w pełni skuteczna. Niepożądane odczyny poszczepienne są w coraz większym stopniu zgłaszane i analizowane. Ostatnio nasilają się informacje o łączeniu szeregu przewlekłych chorób ze szczepieniami jako domniemanym czynnikiem przyczyno-

wym, jak np. astmy, autyzmu, cukrzycy, stwardnienia rozsianego.

Zalecenia dotyczące przeprowadzania szczepień zawierają dynamiczne balansowanie między ryzykiem a korzyściami, tj. między dwoma biegunowo różnymi poglądami: "całkowicie bezpieczny - całkowicie niebezpieczny". Kiedy choroba jest bliska eradykacji informacje o odczynach po szczepionce zwykle nasilają się lokalnie i prowadzić mogą do zahamowania stosowania szczepień. Większość stanów chorobowych przypisywanych szczepieniom jako czynnikowi przyczynowemu są w rzeczywistości czynnikami współistniejącymi. Dlatego konieczne są badania nad określeniem prawdziwych odczynów, czynników ryzyka, przeciwwskazań do szczepień i mechanizmów pozwalających na zwiększenie bezpieczeństwa szczepień oraz na wskazanie chorób współistniejących ze szczepieniami. Natomiast należy kategorycznie przeciwstawiać się pochopnym reakcjom na rzucane podejrzenia o niebezpieczeństwie wynikającym ze szczepień prowadzącym do zmniejszenia zakresu szczepień jak to miało miejsce ze szczepieniem przeciw krztuścowi w niektórych krajach, a ostatnio ze szczepieniem przeciw wzw B we Francji. W tym zakresie konieczna jest wyczerpująca informacja dla rodziców.

Szereg krajów uwzględnia rekompensaty, najczęściej pieniężne, za odczyny poszczepienne. Jako pierwsi dokonali tego Niemcy w 1962 r. w stosunku do odczynów po szczepieniu przeciw ospie prawdziwej. W latach siedemdziesiątych i osiemdziesiątych dokonały tego inne kraje w stosunku do szczepionki DTP. Obecnie program taki, oparty o obowiązujące przepisy prawne, istnieje w Niemczech, Francji, Danii, Szwajcarii, Norwegii, Szwecji, Włoszech, Wielkiej Brytanii, Japonii, Taiwanie, Quebec, Stanach Zjednoczonych i Nowej Zelandii. Odczyny poszczepienne mogą być poważne i nie zawsze adekwatne jest odszkodowanie od publicznego lub prywatnego zakładu ubezpieczającego. Konieczne jest tu ustalenie odpowiedzialności rządowej. Podkreśla się na ogół, że aby uzyskać rekompensatę od rządu, odczyn musi być długotrwały, trwający nie krócej niż 6 miesięcy. W Wielkiej Brytanii rekompensata jest zależna od odsetka utraty zdrowia. Niektóre kraje wprowadzają zakres prawdopodobieństwa jako kryterium odszkodowań. Aktualnie najwięcej odszkodowań jest po szczepionce DTPw. Problem stanowi orzeczenie związku przyczynowego między szczepieniem i odczynem. Konieczna jest w tym zakresie odpowiednia informacja dla społeczeństwa.

Pewne osoby są antagonistycznie nastawione do szczepień. Niektórzy z nich organizują się w grupy. Wiele z tych osób lub grup twierdzi, że nie są oni przeciwni szczepieniom, ale treść ich publikacjii i innego typu działalność jest wyraźnie antagonistyczna i alarmistyczna. Dla zminimalizowania wpływu tych osób na szczepienie są istotne następujące sposoby działania:

- zawodowe promowanie i koordynowanie szczepień,
- dostarczanie rzeczowych informacji o szczepionkach i szczepieniach,
- współdziałanie w tym zakresie środków masowego przekazu,
- umiejętne balansowanie między prawami jednostki, a prawami i potrzebami społeczeństwa, pomiędzy współdziałaniem i konfrontacją,
- przeciwstawianie się grupom antyszczepiennym,
- przekonywujące stanowisko lekarza pierwszego kontaktu.

Szczepienia zmniejszają umieralność dzieci, przyczyniają się do stabilizacji rodzin, w krajach rozwijających się przyczyniają się pośrednio do poprawy warunków życiowych i zdrowotnych kobiet.

Bierne uodpornienie stosowane w końcu XIX wieku i na początku XX wieku przyniosło znamiennie pozytywne skutki w zakresie leczenia np. błonicy i zapaleń płuc etiologii pneumokokowej - spowodowało np. spadek śmiertelności z zapaleń płuc z 35% do 4%. Wskazało ono na konieczność czynnego uodpornienia, które z kolei zastosowane zostało dla prewencji chorób.

Rozszerzony program szczepień (EPI) zainicjowany przez WHO w 1974 roku przyczynił się do znacznego wzrostu zdrowotności dzieci w krajach rozwijających się. Nastąpił wzrost zaszczepienia dzieci w tych krajach z 5% do 80% przeciw 6 chorobom (błonicy, tężcowi, krztuścowi, *poliomyelitis*, odrze i gruźlicy). Obecnie, gdy zdobycze naukowe pozwalają na rozszerzenie tych szczepień o szczepienia przeciw wzw B, zakażeniom Hib, rotawirusom, pneumokokom, jest szansa na uratowanie dalszych 5 milionów dzieci rocznie. Każde dziecko na świecie powinno mieć prawo do takiej samej ochrony zdrowia. Dlatego konieczne jest objęcie szczepieniami w większym stopniu biednych krajów.

Dążenie do zmniejszenia umieralności w wielu rejonach świata zwróciło uwagę na eliminację a później eradykację odry, którą planuje się uzyskać drogą szczepień. Pod tym względem wiele zostało zrobione w krajach rozwiniętych, a wiele pozostaje do zrobienia w krajach zachodniej i centralnej Afryki, gdzie mniej niż połowa dzieci jest obecnie szczepiona przeciw odrze, a każdego roku pół miliona dzieci umiera z powodu odry.

Po eradykacji ospy prawdziwej typowane są następne choroby do ich eradykacji globalnej lub eliminacji w poszczególnych krajach. Uzyskano duży postęp w zakresie *poliomyelitis*. Dla ugruntowania efektów w tej dziedzinie konieczne jest między innymi czynne współdziałanie z władzami lokalnymi, politycznymi, grupami religijnymi, a zwłaszcza z władzami oświatowymi.

Uodpornienie, któremu poddawane jest 80% niemowląt na świecie, przyczynia się do zapobiegania wielu chorobom zakaźnym i jest najbardziej opłacalnym ekonomicznie przedsięwzięciem ratującym życie zwłaszcza w stosunku do biednych ludzi żyjących w złych warunkach.

W związku z tym już w 1990 roku ustalono, że w 2000 roku 90% dzieci poniżej 1 roku życia powinno być zaszczepionych przeciw takim chorobom jak *polio*. Tężec noworodków ma szansę być zlikwidowany, zachorowania na odrę powinny być zredukowane o 90%, a zgony z powodu odry o 95%. Wiele informacji o wpływie szczepień na umieralność pochodzi zarówno z ubiegłego jak i obecnego wieku. Największym "killerem" na świecie była ospa prawdziwa. Po jej zlikwidowaniu na pierwsze miejsce wysunął się tężec noworodków i odra. Dla zapobiegania tym chorobom stosowane jest szczepienie kobiet w wieku rozrodczym przeciw tężcowi i szczepienie niemowląt i małych dzieci przeciw odrze. Rutynowe szczepienia odgrywają zasadniczą rolę w zmniejszaniu umieralności dzieci na świecie. Ustalenie i realizacja programu szczepień wymaga sprawnego kierowania nimi. Ocena skutków ekonomicznych szczepienia wymaga dalszych badań i studiów metodologicznych.

Jest istotnym problemem porównanie wzajemnych proporcji ekonomicznych skutków szczepień, innych przedsięwzięć profilaktycznych, diagnozowania i leczenia. Z dokonanych porównań wynika, że szczepienie jest najtańszym i najbardziej skutecznym działaniem. Szczepionka, aby mogła odgrywać taką rolę musi być skuteczna i bezpieczna. Naj-

lepszym przykładem ekonomicznej skuteczności i opłacalności szczepień są szczepienia przeciw grypie.

Szczepienia przeciw grypie redukują zachorowania na grypę o 30-70% zależnie od wieku, zapobiegają powikłaniom, w związku z czym hospitalizacja zmniejszyła się o 30-50%, a umieralność o 27-30%. Skutki zdrowotne, socjalne i ekonomiczne grypy są znaczne. Intensywność zachorowań jest szczególnie wysoka wśród ludzi młodych, a powikłań chorobowych łącznie ze zgonami jest szczególnie wysoka wśród ludzi w podeszłym wieku. W wielu krajach rozwiniętych szczepieniami przeciw grypie obejmowanych jest od 0,8 do 24% ludzi młodych i w średnim wieku, 10-15%, a nawet do 43% osób z grup ryzyka, jak pracownicy służby zdrowia; we Francji i Belgii 70% osób w wieku powyżej 65 lat, w Wielkiej Brytanii 65% osób powyżej 75 lat.

W południowych rejonach Moskwy w sezonie 1997/98 zaszczepiono przeciw grypie 89.800 pracowników 445 większych zakładów pracy - stanowili oni 48% pracowników. Oceniono, że szczepienia przyczyniły się do zmniejszenia zachorowań na grypę o 63% a na inne ostre zakażenie dróg oddechowych o 28%. Koszt medycznej pomocy zaszczepionym w związku z zachorowaniem na grypę był niższy o 20%.

Zwraca się również uwagę na konieczność objęcia profilaktyką szczepienną zakażeń centralnego układu nerwowego jak Hib. Ostatnio opracowana została szczepionka przeciw zakażeniom meningokokami serogrupy C. Wśród dzieci w wieku 24-36 miesięcy stwierdzono 55 procentową skuteczność, w innych badaniach wśród dzieci między 6 miesięcy a 4 lata - 72%. W wojsku skuteczność tej szczepionki była oceniana w różnych badaniach na 91% i na 85%.

Istotne są także szczepienia przeciw chorobom nawracającym i nowo pojawiającym się - takim jak dur brzuszny, salmonelozy, czerwonka, zakażenia rotawirusowe, gorączka Lassa. Szczepionki przeciw tym chorobom stosowane są przede wszystkim w ubogich krajach i nie mając rynku zbytu w krajach bogatych skazane są na ekonomiczny spadek, a nawet zanik produkcji. Konieczna jest bardziej realistyczna i skuteczna strategia marketingowa w krajach rozwijających się.

W tym zakresie duża rola i zadanie, w szczególności w zakresie zwalczania epidemii i prewencji przed chorobami zakaźnymi wśród uciekinierów i ludności przemieszczającej się, przypada organizacjom pozarządowym. Przemieszczaniu ludności zawsze towarzyszy wzrost umieralności z powodu chorób zakaźnych zwłaszcza takich jak biegunka, infekcje dróg oddechowych, odra. Dla zmniejszenia umieralności tych ludzi szczególna rola przypada szczepieniu przeciw odrze, cholerze (zwłaszcza doustnie), infekcjom meningokokowym, w połączeniu z dostarczaniem dobrej pod względem sanitarnym wody i żywności.

To, że szczepionki są często niedostępne dla biednych ludzi z powodu ich wysokiej ceny, jest niestosowne zarówno z humanitarnego jaki i medycznego punktu widzenia.

wybór i opracowanie: Wiesław Magdzik

Zachorowania na poliomyelitis w Regionie Europejskim w 1998 roku

W 1998 roku zgłoszono 26 potwierdzonych zachorowań na *poliomyelitis* spowodowanych dzikimi szczepami wirusa typu 1 i 3 z siedmiu południowo-wschodnich prowincji Turcji. Ostatni znany przypadek był zgłoszony 21 listopada 1998 roku, w dwa tygodnie po rozpoczęciu szczepień wymiatających (mopping-up).

Chociaż surrveillance ostrych porażeń wiotkich jest niezadawalający w wielu prowincjach, nie wykryto innych przypadków *poliomyelitis* w pozostałych rejonach Turcji. Do końca roku nie zgłoszono także przypadków podejrzanych o *poliomyelitis*.

Proces certyfikacji w Regionie Europejskim jest kontynuowany. Z 34 krajów nieendemicznych, 25 państw nadesłało wymagane dokumenty do Regionalnej Komisji Certyfikacji Eradykacji Poliomyelitis. Certyfikat dla Europy jako wolnej od transmisji dzikich szczepów wirusa *polio* jest możliwy do 2003 roku lub wcześniej.

na podstawie WHO "Euro Polio Page" ze stycznia 1999 r.
opracowała Jadwiga Żabicka

Importowane zachorowania na cholerę w Anglii i Walii w 1998 r.

W 1998 r. Laboratorium Patogenów Jelitowych PHLS w Londynie, w którym typuje się izolowane przecinkowce cholery łącznie z określeniem grupy serologicznej biotypu *V.cholerae 01* i bada się toksynogenność, potwierdziło izolację przecinkowca cholery od 24 chorych. Wśród wyizolowanych od chorych 24 szczepów - 22 określono jako *Vibrio cholerae 01* El Tor, a 2 szczepy *Vibrio cholerae 0139*.

Wszyscy chorzy ulegli zakażeniu za granicą: 17 w Azji (2 w Bangladeszu, 5 w Indiach, 1 w Malezji, 7 w Pakistanie, 1 w Tajlandii) oraz 6 w Afryce (4 w Kenii i 2 w Tunezji). Dwu chorych, od których wyizolowano *V.cholerae 0139*, uległo zakażeniu - jeden w Indiach i jeden, co zasługuje na szczególną uwagę, uległ zakażeniu w Meksyku.

Cztery importowane zachorowania z Kenii mają związek z ogniskiem epidemicznym w miejscowości wypoczynkowej, w którym również ulegli zakażeniu turyści z Niemiec.

W bieżącym roku pierwszy importowany przypadek cholery zarejestrowano w 11 tygodniówce (15-12 marca) - szczep jest w trakcie typowania.

na podstawie "CDR Weekly" (1999,15,133)
opracowała Danuta Naruszewicz-Lesiuk

Choroba legionistów - epidemia w Holandii

W "CDR Weekly" (1999,14,123) zamieszczono informację o dużym ognisku choroby legionistów w Holandii. Zachorowało 226 osób, które zwiedzały w Bovenskarpel wystawę kwiatów i sprzętu domowego, m.in. urządzeń kąpielowych. Wystawa trwała od 22 do 28 lutego 1999 roku. Zwiedziło ją szacunkowo 5-12 tys. osób, niektórzy wielokrotnie. Zachorowania wystąpiły od 26.02. do 11.03.1999r.

Wśród 226 chorych, chorobę legionistów potwierdzono laboratoryjnie u 97 osób, a u 42 osób z pneumonią rozpoznanie uznano za prawdopodobne, 87 osób wykazywało inne objawy kliniczne. 19 osób zmarło, 9 z zachorowaniem potwierdzonym, 10 z pozostałych grup.

Urządzenia kąpielowe "whirlpool" - wanny wirowe ustawiono na wystawie wzdłuż głównego przejścia przez wystawę kwiatów. W próbce materiału pobranego z jednej z nich stwierdzono metodą PCR (reakcja łańcuchowej polimery-

zacji) obecność *Legionella pneumophila*. Badania są kontynuowane dla stwierdzenia rozległości epidemii i potwierdzenia źródła zakażenia.

Wanny wirowe były wielokrotnie źródłem zakażenia. Zgłoszono zachorowania: w Anglii w 1984 r. 23 osób w związku z zakażeniem hotelowym, jednej osoby w 1992 r. i dwóch w 1998 korzystających z wanien zainstalowanych w domach prywatnych, 3 osób w 1998 roku po zwiedzeniu innej wystawy. Cztery zachorowania wystąpiły u obywateli Wielkiej Brytanii w związku z pobytem za granicą : 2 - w hotelu amerykańskim, 2 - na statku spacerowo-hotelowym.

Korzystanie z tego typu urządzeń (wanny wirowe, jacuzzi i in.) wymaga przestrzegania zasad ich czyszczenia i używania.

Według "EWGLI Summary Report" (March,1999) w 1999 roku (styczeń-marzec) zgłoszono ogółem 10 epidemii - 33 zachorowania na chorobę legionistów (w ubiegłym roku w tym samym okresie - 28 ognisk i 31 zachorowań). Dane należy uważać za prowizoryczne.

Hanna Stypułkowska-Misiurewicz

Przypominamy:

Badania w kierunku legionelozy mogą być wykonane w PZH. Badamy (aktualnie bezpłatnie):

1. **mocz pacjenta** na obecność antygenu *Legionella pneumophila* 1, **jałowo pobrany**, przesłany natychmiast (badanie tego samego dnia) lub **przechowany do 14 dni w temp. 2-8˚C, ew. 5 min gotowany w 100˚C przy przesyłkach na duże odległości**; wynik tego samego dnia lub nazajutrz, w zależności od godziny dostarczenia materiału do pracowni;
2. **surowicę krwi** określając poziom przeciwciał dla *Legionella pneumophila* 1, **wskazane dwukrotne badanie w odstępie 7-10 dni**; wynik w ciągu tygodnia;
3. **wydzielinę oskrzelową (z bronchoskopii lub plwociny) na posiew** (po wcześniejszym telefonicznym uzgodnieniu); badanie trwa min. 2 tygodnie; stosowane głównie w celu potwierdzenia zakażenia; ze względu na niski udział uzyskiwanych dodatnich wyników rzadko stosowane.

Do materiału należy dołączyć dane identyfikacyjne pacjenta, skrócone dane kliniczne, nazwisko lekarza.

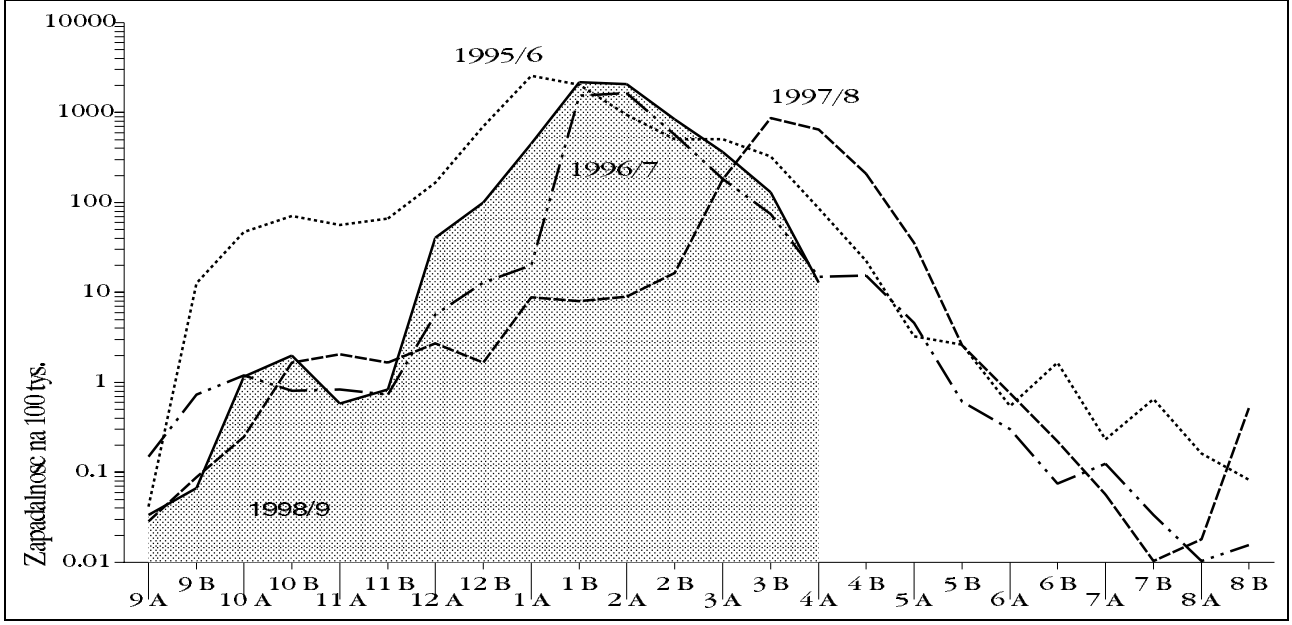
Kontakt: Prof. Hanna Stypułkowska-Misiurewicz, Katarzyna Pancer; Państwowy Zakład Higieny, 00-791 Warszawa, ul. Chocimska 24; tel.+48 (22) 849 40 51 wew. 267 lub 376; fax: +48 (22) 849 74 84.

Sprostowanie

W "Meldunku" 3/A/99 (str. 5-6) w notatce na temat ogniska *Salmonella enteritidis* w woj. łódzkim podałam, że opracowanie tego ogniska przeprowadzono pod kierunkiem dr Magdaleny Libich (ówczesnego kierownika Działu Epidemiologii WSSE w Łodzi), której podpisy figurowały na formularzach składających się na dokumentację. Z pisma, które otrzymałam w tej sprawie od dr Barbary Kąkołowicz-Laskowskiej, Dyrektora Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Łodzi, wynika, że opracowaniem ogniska zajmowała się ona osobiście. Obie Panie przepraszam za pomyłkę.

A. Przybylska

adres internetowy: http://www.medstat.waw.pl

"Meldunki" opracowuje zespół: Mirosław P. Czarkowski (red.odp.), Ewa Cielebąk, Barbara Kondej, Ewa Stępień - tel. (022) 849-77-02, tel. (022) 849-40-51/7/ w. 210, fax (022) 849-74-84, tlx 816712, e-mail epimeld@medstat.waw.pl.; Jadwiga Żabicka (koment.) - tel. (022) 849-40-51/7/ w. 206. **Kierownictwo naukowe:** prof. dr hab. Wiesław Magdzik.

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