

Meldunek 4/B/99

o zachorowaniach na choroby zakaźne i zatruciach związkami chemicznymi zgłoszonych w okresie od 16.04 do 30.04.1999 r.

Jednostka chorobowa (symbole wg "Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych" ICD-10)	Meldunek 4/B		Dane skumulowane	
	16.04.99. do 30.04.99.	16.04.98. do 30.04.98.	1.01.99. do 30.04.99.	1.01.98. do 30.04.98.
Choroba wywołana przez ludzki wirus upośl.odp.: ogółem (B20-B24)	6	3	28	32
Dur brzuszny (A01.0)	-	-	-	1
Dury rzekome A.B.C. (A01.1-A01.3)	-	-	-	1
Salmonelozy: ogółem (A02)	772	863	3648	4804
Czerwonka bakteryjna /szigelozja/ (A03)	5	10	64	215
Inne bakteryjne zakażenia jelitowe: ogółem (A04)	162	171	1026	1235
Wiusowe i inne określone zakażenia jelitowe: ogółem (A08)	92	26	554	246
Biegunki u dzieci do lat 2: ogółem (A04; A08; A09)	715	560	4870	4375
w tym: BNO, prawdopodobnie pochodzenia zakaźnego (A09)	522	411	3648	3241
Teżec: ogółem (A33-A35)	-	3	1	9
Błonica (A36)	-	-	-	-
Krztusiec (A37)	15	156	179	1562
Szkarlatyna /płonica/ (A38)	577	1057	3822	8350
Zapalenie opon mózgowych: razem	63	113	654	779
w tym: meningokokowe (A39.0)	3	6	46	52
wywołane przez <i>Haemophilus influenzae</i> (G00.0)	3	4	28	33
inne bakteryjne, określone i nie określone (G00.1-G00.9)	26	57	276	293
wirusowe, określone i nie określone (A87; B00.3; B02.1)	24	39	251	339
inne i nie określone (G03)	7	7	53	62
Zapalenie mózgu: razem	18	25	141	129
w tym: meningokokowe i inne bakteryjne: ogółem (A39.8; G04.2)	3	8	32	30
wirusowe, przenoszone przez kleszcze (A84)	-	1	6	6
inne wirusowe, określone (A83; A85; B00.4; B02.0; B25.8)	2	2	10	15
wirusowe, nie określone (A86)	10	9	73	45
poszczepienne (G04.0)	-	-	-	-
inne i nie określone (G04.8-G04.9)	3	5	20	33
Riketsjozy: ogółem (A75-A79)	-	-	-	-
Ostre nagminne porażenie dziecięce (A80)	-	-	-	-
Ospa wietrzna (B01)	5308	8831	43321	77636
Odra (B05)	7	227	48	1364
Różyczka: ogółem (B06; P35.0)	2522	3973	11211	20887
Wirusowe zap. wątroby: typu A (B15)	44	88	414	790
typu B (B16; B18.0-B18.1)	172	166	1150	1342
typu C (B17.1; B18.2)	79	86	567	499
typu B+C (B16; B18.0-B18.1 + B17.1; B18.2)	4	3	46	36
inne i nieokreśl.(B17.0;B17.2-.8;B18.8-9;B19)	11	35	130	211
Świnka /nagminne zapalenie przyusznic/ (B26)	5538	12341	49345	80440
Włośnica (B75)	10	7	10	21
Świerzb (B86)	781	664	5728	6563
Grypa: ogółem (J10; J11)	955	81353	2341020	754429
Bakteryjne zatrucia pokarmowe: razem	869	930	4428	5726
w tym: salmonelozy (A02.0)	770	859	3632	4783
gronkowcowe (A05.0)	2	-	45	67
jadem kiełbasianym /botulizm/ (A05.1)	2	-	22	16
wywołane przez <i>Clostridium perfringens</i> (A05.2)	-	-	-	-
inne określone (A05.3-A05.8)	4	2	141	47
nie określone (A05.9)	91	69	588	813
Zatrucia naturalnie toksycznym pokarmem: ogółem (T62)	-	-	2	4
w tym: grzybami (T62.0)	-	-	2	2
Inne zatrucia: ogółem (T36-T60; T63-T65)	370	314	2189	2849
w tym: pestycydami (T60)	5	5	19	21
lekami, prep.farmakologicznymi i subst.biolog. (T36-T50)	210	166	1297	1614
alkoholem (T51)	72	73	367	530
Ostre porażenia wiotkie u dzieci (0-14 lat)	1	1	13	10

Zachorowania zgłoszone w okresie 16-30.04.1999 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 /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	6	-	-	772	5	715	-	15	577	63	3	18	-
Dolnośląskie	1	-	-	75	-	58	-	1	37	4	-	-	-
Kujawsko-Pomorskie	-	-	-	55	-	69	-	3	27	2	-	1	-
Lubelskie	-	-	-	49	1	45	-	-	17	4	-	-	-
Lubuskie	-	-	-	26	1	9	-	-	9	3	-	1	-
Łódzkie	-	-	-	47	1	35	-	2	22	3	1	1	-
Małopolskie	-	-	-	44	-	26	-	-	48	6	1	2	-
Mazowieckie	-	-	-	88	-	86	-	5	116	4	1	3	-
Opolskie	-	-	-	15	-	5	-	-	31	1	-	-	-
Podkarpackie	-	-	-	40	-	41	-	-	6	1	-	1	-
Podlaskie	-	-	-	41	-	37	-	3	29	5	-	-	-
Pomorskie	-	-	-	46	1	39	-	-	15	8	-	-	-
Śląskie	5	-	-	44	1	70	-	1	103	12	-	5	-
Świętokrzyskie	-	-	-	45	-	31	-	-	5	2	-	-	-
Warmińsko-Mazurskie	-	-	-	33	-	46	-	-	41	-	-	1	-
Wielkopolskie	-	-	-	98	-	103	-	-	53	6	-	1	-
Zachodniopomorskie	-	-	-	26	-	15	-	-	18	2	-	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	5308	7	2522	44	176	83	5538	10	781	955	869	-	370
Dolnośląskie	418	1	54	2	14	11	464	-	42	372	78	-	23
Kujawsko-Pomorskie	247	-	55	-	15	5	79	-	79	10	74	-	17
Lubelskie	272	-	105	-	5	5	455	-	79	87	56	-	38
Lubuskie	106	-	34	-	2	2	90	-	3	1	26	-	25
Łódzkie	281	-	55	-	17	16	315	-	101	377	48	-	109
Małopolskie	366	4	119	8	8	5	286	-	21	6	50	-	17
Mazowieckie	743	-	1021	2	17	12	1072	10	80	-	89	-	19
Opolskie	194	-	13	1	3	1	217	-	13	-	17	-	-
Podkarpackie	190	-	63	1	6	1	197	-	50	5	45	-	21
Podlaskie	153	-	205	-	2	1	265	-	62	-	42	-	10
Pomorskie	250	-	70	6	10	4	239	-	34	22	51	-	31
Śląskie	781	1	317	13	36	9	349	-	94	1	60	-	15
Świętokrzyskie	279	-	14	-	11	1	215	-	15	-	51	-	28
Warmińsko-Mazurskie	242	-	282	-	4	1	318	-	42	-	34	-	3
Wielkopolskie	496	1	90	3	17	8	538	-	42	74	101	-	9
Zachodniopomorskie	290	-	25	8	9	1	439	-	24	-	47	-	5

Zachorowania i podejrzenia zachorowań na odrę zgłoszone w I kwartale 1999 roku (wstępna informacja)

Województwo	Zgłoszone zachorowania i podejrzenia				Przypadki wykazane w "Meldunkach"			
	ogółem	badane serologicznie (IgM)		nie badane serologicznie	razem	potwierdzone		nie potwierdzone ²
		ogółem	potwierdzone			serologicznie (IgM)	epidemiologicznie ¹	
Polska	38	8	3	30	34	3	-	31
Dolnośląskie	7	-	-	7	7	-	-	7
Kujawsko-Pomorskie	-	-	-	-	-	-	-	-
Lubelskie	-	-	-	-	-	-	-	-
Lubuskie	4	-	-	4	4	-	-	4
Łódzkie	1	1	-	-	1	-	-	1
Małopolskie	3	1	1	2	3	1	-	2
Mazowieckie	4	4	-	-	2	-	-	2
Opolskie	-	-	-	-	-	-	-	-
Podkarpackie	5	-	-	5	5	-	-	5
Podlaskie	-	-	-	-	-	-	-	-
Pomorskie	4	-	-	4	3	-	-	3
Śląskie	5	-	-	5	4	-	-	4
Świętokrzyskie	-	-	-	-	-	-	-	-
Warmińsko-Mazurskie	1	1	1	-	1	1	-	-
Wielkopolskie	4	1	1	3	4	1	-	3
Zachodniopomorskie	-	-	-	-	-	-	-	-

¹ Powiązane z przypadkami potwierdzonymi serologicznie (IgM). ² Rozpoznane wyłącznie na podstawie objawów klinicznych.

Zakażenia HIV i zachorowania na AIDS Informacja z 30 kwietnia 1999 r.

W kwietniu 1999 r. do Zakładu Epidemiologii PZH zgłoszono nowo wykryte zakażenie HIV 52 obywateli polskich, wśród których było 17 zakażonych w związku z używaniem narkotyków.

Obecność przeciwciał anti-HIV potwierdzono w Zakładzie Laboratoryjno-Doświadczalnym Instytutu Wenerologii AM w Warszawie, w Wojewódzkim Zespole Chorób Zakaźnych w Gdańsku, w Wojewódziej Przychodni Dermatologicznej w Katowicach, w Laboratorium Kliniki Chorób Zakaźnych AM we Wrocławiu oraz w Zakładzie Serologii Instytutu Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie.

Odnotowano zachorowanie na AIDS dwóch kobiet - narkomanek oraz ośmiu mężczyzn (siedmiu narkomanów i zakażonego drogą ryzykownych kontaktów heteroseksualnych).

Chorzy byli w wieku od 21 do 48 lat. Mieli miejsce zamieszkania w woj. dolnośląskim (siedmiu) i zachodniopomorskim (trzej).

We wszystkich przypadkach określono przynajmniej jedną chorobę wskazującą na AIDS w brzmieniu jak w definicji do celów nadzoru epidemiologicznego, skorygowanej w 1993 r. W sześciu przypadkach podano liczbę komórek CD4 (od 8 do 412/μL).

Od wdrożenia badań w 1985 r. do 30 kwietnia 1999 r. stwierdzono zakażenie HIV 5.754 obywateli polskich, wśród których było co najmniej 3.750 zakażonych w związku z używaniem narkotyków.

Ogółem odnotowano 762 zachorowania na AIDS; 425 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 odrzy i różyczki w krajach Europy Środkowej

W dniach 24-27.03.1999 r. w Bled w Słowenii odbyło się spotkanie przedstawicieli krajów Europy Środkowej poświęcone opracowaniu planów strategicznych dla poszczególnych państw mających na celu eliminację odrzy z Regionu Europejskiego do 2007 roku. Część spotkania poświęcona była epidemiologii różyczki ze szczególnym uwzględnieniem kontroli zespołu różyczki wrodzonej. Spotkanie miało charakter warsztatów, w których udział brali przedstawiciele następujących krajów: Chorwacji, Słowenii, Czech, Słowacji, Rumunii, Bułgarii, Węgier i Polski.

Odra

Główne cele stawiane krajom Regionu Europejskiego w zakresie eliminacji odrzy na najbliższe lata to:

- dalsza redukcja zapadalności i umieralności z powodu odrzy,
- eliminacja rodzimej odrzy w krajach należących do Regionu do 2007 roku.

Dlaczego sprawa eliminacji odrzy jest tak istotna?

- Odra wciąż powoduje na świecie śmierć około 1 miliona dzieci rocznie, głównie w krajach rozwijających się;
- Odra jest wysoce zaraźliwą chorobą i wszystkie nieuodpornione dzieci ulegają zakażeniu;
- Szeroko wprowadzane szczepienia przeciw odrze w krajach rozwiniętych przyniosły efekty w postaci poprawy sytuacji epidemiologicznej i dużych oszczędności finansowych.
- Kontrolowanie odrzy wymaga bardzo wysokiego odsetka osób zaszczepionych.

Plan eliminacji odry w Regionie Europejskim zakłada zredukowanie odsetka osób wrażliwych w populacji do niskich poziomów do 2005 roku. Poziomy te określone przez ŚOZ z wzięciem pod uwagę odsetka osób niewytwarzających odporności po szczepieniu, wynoszą nie więcej niż 15% dla populacji dzieci w wieku 1-4 lat; 10% dla dzieci w grupie wieku 5-9 lat oraz nie więcej niż 5% osób wrażliwych na zakażenie dzikim wirusem odry we wszystkich starszych grupach obejmujących osoby powyżej 10 roku życia. Osiągnięte poziomy wrażliwości powinny być utrzymywane do 2007 roku.

Dlaczego kontrolowanie odsetka osób wrażliwych w populacji ma tak duże znaczenie dla eliminacji odry?

Poprzednie wysiłki zmierzające do eliminacji odry opierały się głównie na szczepieniach. Postawiono jako cel osiągnięcie >95% zaszczepionych dzieci w wieku 2 lat w skali kraju, w tym nie mniej niż 90% w każdym regionie kraju. Ponadto jako cel zakładano szybkie obniżenie zapadalności do poziomu <1/100.000 mieszkańców. Wiele krajów europejskich osiągnęło te cele.

Doświadczenia ostatnich lat wykazały jednak, że nawet bardzo wysoki odsetek populacji szczepionej pojedynczą dawką szczepionki odrowej nie zapobiega procesowi kumulowania się z roku na rok osób wrażliwych (nieszczepionych lub szczepionych nieefektywnie) i powstawaniu nieuniknionych epidemii wyrównawczych obejmujących głównie dzieci starsze.

Przyjęto, że odsetek osób wrażliwych na zakażenie dzikim wirusem odry wynosi:

- po podaniu 0 dawek szczepionki – 100% osób wrażliwych;
- po podaniu 1 dawki szczepionki – 10% osób wrażliwych;
- po podaniu 2 dawek szczepionki – 1% osób wrażliwych.

Aby osiągnąć i utrzymać eliminację odry powinno się utrzymać niski odsetek osób wrażliwych w poszczególnych grupach wieku oraz wysoki odsetek osób zaszczepionych wg 2-dawkowego schematu szczepień.

Uważa się, że dla osiągnięcia stanu, w którym odsetek osób wrażliwych nie będzie przekraczał 5%, odsetek osób szczepionych powinien wynosić:

opcja	szczepieni 1 dawką	szczepieni 2 dawką	nieszczepieni
opcja 1	100%	56%	0%
opcja 2	98%	76%	2%
opcja 3	96%	96%	4%

Strategie zalecane dla osiągnięcia eliminacji odry obejmują: zaszczepienie w wysokim odsetku populacji pierwszą dawką szczepionki, rutynowe szczepienie w wysokim odsetku dzieci drugą dawką szczepionki, masowe akcje "wychytujące" ("catch-up"), akcje "oczyszczające" ("mop-up") na terenach lub w grupach o wyraźnie niższym odsetku osób szczepionych ("pockets of poor coverage"), powtarzane co pewien określony czas kolejne akcje szczepień jeśli takie okażą się potrzebne.

W dążeniu do eliminacji odry w Europie uczestnicy spotkania skupili uwagę na przeanalizowaniu aktualnej sytuacji epidemiologicznej odry w poszczególnych krajach a zwłaszcza odsetka osób wrażliwych w różnych grupach wieku.

Istnieje kilka metod dla określenia profilu wrażliwości na zakażenie dzikim wirusem odry w populacji. Oprócz przeglądu serologicznego można oceniać poziom wrażliwości w

populacji używając prostych modeli matematycznych, w których analizuje się dane dotyczące odsetka osób zaszczepionych w poszczególnych rocznikach lub dane dotyczące zapadalności według wieku. Każda z tych metod ma szereg zalet i wad. Poważnym mankamentem zastosowanych modeli matematycznych było nieuwzględnienie w analizie uodpornienia naturalnego populacji.

Sytuację epidemiologiczną odry w Polsce potraktowano jako model dla zaprezentowania wszystkich trzech metod oceny odsetka osób wrażliwych w populacji. W latach 1997-1998 przeprowadzono w Polsce przegląd serologiczny w kierunku odry. W przeglądzie przebadano testem ELISA obecność i poziom przeciwciał odrowych w klasie IgG w 3.000 próbek surowic krwi pobranych od osób w wieku 1-30 lat (100 próbek z każdego rocznika). Wyniki tego przeglądu wykazały wysoki poziom uodpornienia badanej populacji. Odsetek osób wrażliwych wynoszący ogółem 4% był najwyższy w grupie dzieci w 1 i 2 roku życia oraz w grupie młodzieży w wieku 15-19 lat. W roku 1998 w części województw w Polsce wystąpiła epidemia wyrównawcza odry. Wstępna analiza wykazała, że najwyższa zapadalność wystąpiła u dzieci w 1-2 roku życia i wśród młodzieży w 15-20 roku życia. Dane te dobrze korelowały z wspomnianymi wyżej wynikami przeglądu serologicznego (Ryc.1).

Na podstawie danych dotyczących odsetka dzieci zaszczepionych w poszczególnych rocznikach obliczono odsetek osób niechronionych przez szczepionkę stosując następujące równanie:

$$\begin{aligned} \% \text{ niechronionej szczepionką kohorty} &= \% \text{ nieszczepionych} \\ &+ \% \text{ szczepionych 1 dawką} \times (1 - \text{skuteczność 1 dawki}) \\ &+ \% \text{ szczepionych 2 dawkami} \times (1 - \text{skuteczność 2 dawek}) \end{aligned}$$

przyjmując, jak wyżej wspomniano, że odsetek osób wrażliwych po szczepieniu 1 dawką wynosi 10%, a po szczepieniu 2 dawkami – 1%.

Wysoki odsetek dzieci niechronionych szczepionką wykazano w rocznikach przypadających na początkowy okres wprowadzania szczepień przeciwoodrowych oraz u dzieci najmłodszych ze względu na opóźnienia w wykonawstwie szczepień.

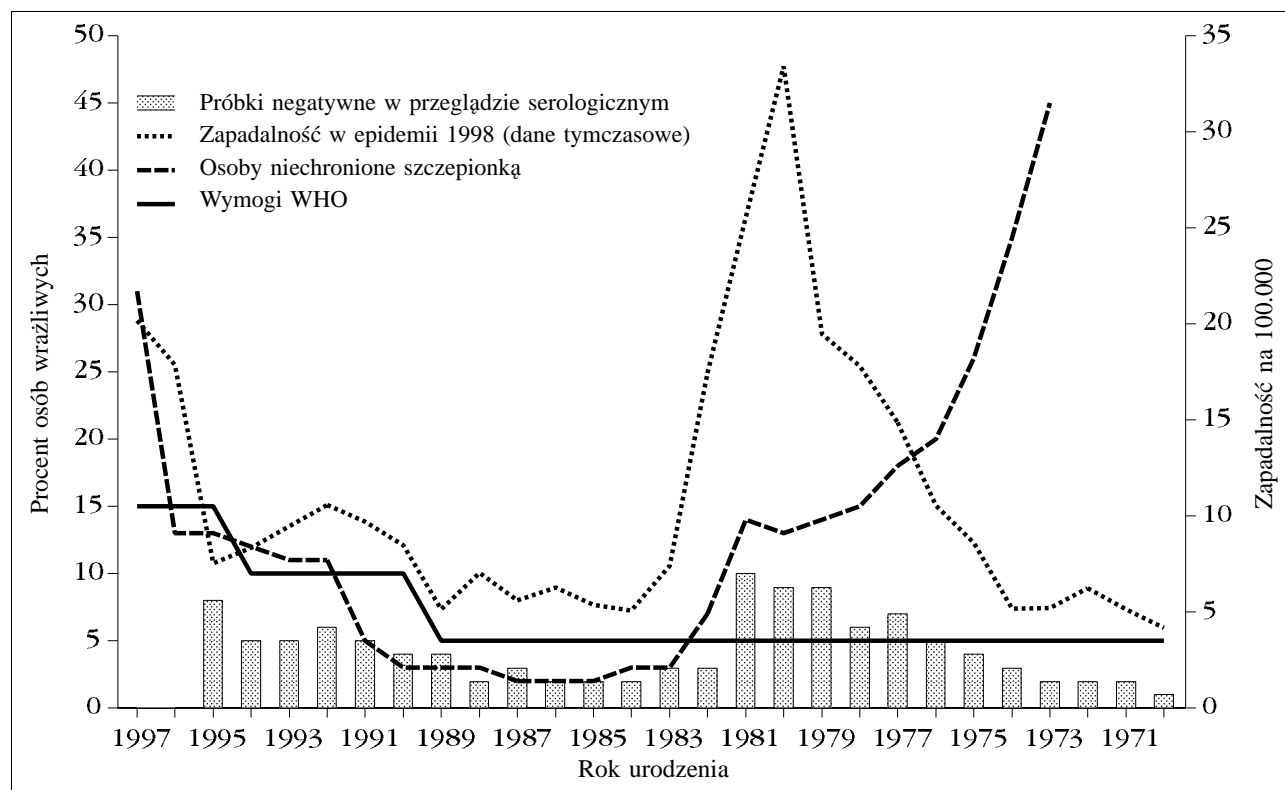
Dane dotyczące odsetka osób wrażliwych ocenianych według wieku na podstawie szczepień ochronnych są nieco wyższe niż odsetki określone na podstawie przeglądu serologicznego, chociaż charakter przebiegu obu wykresów jest bardzo podobny.

W zaleceniach WHO dla Polski na najbliższe lata zwrócono uwagę na następujące sprawy:

- konieczność podwyższenia odsetka potwierdzeń serologicznych przypadków odry (w 1998 roku odsetek ten wynosił 21%);
- utrzymanie na wysokim poziomie (>95%) odsetka dzieci szczepionych 1-szą dawką szczepionki;
- opracowanie strategii szybkiego uzupełnienia szczepień w byłych województwach: krakowskim, nowosądeckim, radomskim a także wśród młodzieży w wieku 15-19 lat w całej Polsce.

W trakcie omawiania sytuacji epidemiologicznej odry w poszczególnych krajach okazało się, że szereg problemów jest wspólnych dla krajów należących do tego obszaru Europy: podobnie jak w Polsce obserwowano zwiększone odsetki osób wrażliwych w starszych grupach wieku (18-26 lat). Na Węgrzech, w Czechach i częściowo w Polsce grupy te nabyły odporności w wyniku przechorowania odry.

Pozostałe kraje rozważają możliwość przeprowadzenia



Ryc.1. Sytuacja epidemiologiczna odry w Polsce. Ocena wrażliwości na odrę w badanej populacji.

akcji szczepień w tych grupach, szczególnie wśród grup zwiększonego ryzyka (pielęgniarki, nauczyciele, poborowi, wojskowi, studenci). W wielu krajach (Chorwacja, Słowenia, Słowacja, Bułgaria) rozważa się potrzebę obniżenia wieku dzieci podlegających szczepieniu 2 dawką szczepionki odrowej.

Wszystkie kraje podkreślają konieczność wzmocnienia nadzoru nad odrą (głównie laboratoryjne potwierdzanie przypadków podejrzanych o odrę), osiągnięcie lub utrzymanie wysokiego odsetka osób szczepionych 1-szą i 2-gą dawką szczepionki, planowanie i regularne przeprowadzanie przeglądów serologicznych w populacji, potrzebę standaryzacji stosowanych metod badań serologicznych. Niektóre kraje (Chorwacja, Słowenia, Słowacja, Bułgaria) posiadają trudności związane ze szczepieniem dzieci Cyganów. Są to populacje o bardzo wysokim odsetku osób wrażliwych.

W planie na najbliższe lata założono, że:

- do roku 2000 wszystkie kraje Regionu Europejskiego powinny mieć wyniki oceny odsetka osób wrażliwych w poszczególnych grupach wieku w populacji oraz opracowany narodowy plan eliminacji odry zaakceptowany przez Narodowy Komitet ds. eliminacji odry,
- do roku 2003 wyżej wymienione kraje powinny mieć opracowane i wprowadzone w życie dodatkowe strategie mające na celu przyspieszenie procesu eliminacji odry.

Różyczka

Druga część obrad poświęcona była różyczce ze szczególnym uwzględnieniem kontroli zespołu różyczki wrodzonej. Założono, że do 2010 roku lub wcześniej wszystkie kraje Regionu Europejskiego powinny osiągnąć poziom przypadków różyczki wrodzonej kształtujący się poniżej 0,01/1.000 żywych urodzeń.

Istnieją 2 strategie dotyczące kontrolowania zespołu różyczki wrodzonej:

1. Selektywne szczepienie dziewcząt przed okresem dojrze-

wania

- pozwala na wytworzenie się naturalnej odporności w dzieciństwie w wyniku przechorowania różyczki;
- bezpośrednio chroni kobiety w wieku rozrodczym.

2. Powszechne szczepienie

- ma na celu eliminację choroby z populacji dzieci, młodzieży i dorosłych;
- pośrednio chroni kobiety w wieku rozrodczym.

Selektywne szczepienie dziewcząt zmniejsza do minimum odsetek kobiet w ciąży wrażliwych na zakażenie dziwnym wirusem różyczki. Szczepienie powszechne minimalizuje ryzyko zakażeń kobiet w ciąży.

Rutynowe szczepienie wszystkich niemowląt lub dzieci starszych szczepionką przeciw różyczce lub skojarzoną MMR powoduje redukcję zachorowań. Jednak zmniejszenie ryzyka infekcji wpływa na podwyższenie odsetka osób wrażliwych w starszych grupach wieku, co może prowadzić do wzrostu zachorowań dorosłych kobiet a zatem do wzrostu liczby przypadków zespołu różyczki wrodzonej jeśli źródła zakażenia nie zostaną zlikwidowane lub zostaną zawleczone.

Selektywne szczepienie w wysokim odsetku kilkunastoletnich dziewcząt powoduje, że odsetek kobiet wrażliwych wśród kobiet będących w ciąży jest niski (mniej niż 3%). Przypadki zachorowań na różyczkę występują rzadko, ale zespół różyczki wrodzonej ma szansę wciąż występować. Był to powód, dla którego Anglia i Walia zdecydowały się w 1988 roku na powszechne szczepienie dzieci szczepionką MMR.

Wybór między powszechnym szczepieniem wszystkich niemowląt niezależnie od płci lub jedynie dziewcząt w wieku poprzedzającym okres rozrodczy zależy od wielu czynników, głównie od usytuowania geograficznego danego kraju i możliwości zawleczenia zakażenia. W Polsce sąsiadującej z krajami, w których nie stosuje się szczepień przeciw różyczce, przy dużej liczbie osób z tych krajów odwiedzających Polskę, możliwość zetknięcia się kobiet ciężarnych z

osobami chorymi na różyczkę jest wysoce prawdopodobna. W sytuacji takiej selektywne szczepienie dziewcząt w wieku 13 lat (>98%) wydaje się korzystniejszym rozwiązaniem niż powszechne szczepienie niemowląt, a następnie ewentualnie dzieci starszych.

Węgry, Czechy, Słowacja i Słowenia przed wprowadzeniem szczepionki MMR do szczepień niemowląt posiadały w programach szczepień przeciw różyczce dziewcząt w wieku kilkunastu lat. Od momentu wprowadzenia szczepionki MMR wszystkie kohorty dzieci zaszczepiono co najmniej jedną dawką szczepionki zawierającej komponentę różyczkową. Pewne niewysokie odsetki osób wrażliwych na zakażenie dzikim wirusem różyczki mogą występować w kohortach starszych mężczyzn w tych krajach.

W Rumunii selektywne szczepienie dziewcząt szczepionką przeciw różyczce jest dopiero wprowadzane. W Bułgarii dąży się do podwyższenia odsetka osób szczepionych zarówno MMR jak i szczepionką przeciw różyczce oraz utrzymania tego wysokiego poziomu szczepień w następnych latach. Oba wymienione kraje zamierzają w najbliższym czasie wprowadzić nadzór nad zespołem różyczki wrodzonej. Nadzór ten powinien dostarczyć dokładnych danych dotyczących liczby zachorowań wg wieku i płci, odsetka osób zaszczepionych każdą dawką szczepionki (MMR, p/różyczce) zarówno w szczepieniu powszechnym jak i selektywnym oraz danych dotyczących poziomu występowania przeciwciał różyczkowych w populacji w zależności od wieku i płci osób kontrolowanych.

Wiesława Janaszek

Zakład Badania Surowic i Szczepionek PZH

Rola Światowej Organizacji Zdrowia w nadzorze nad chorobami zakaźnymi

Trwający od 1992 r. alarm związany z pojawiającymi się nowymi oraz ponownie ujawniającymi się chorobami przyniósł skutek w postaci wielu krajowych i międzynaro-

dowych inicjatyw dotyczących przywrócenia i udoskonalenia nadzoru i kontroli nad chorobami zakaźnymi. W 1995 r., z inicjatywy Światowego Zgromadzenia Zdrowia (World Health Assembly) zalecono wszystkim krajom członkowskim wzmoczenie nadzoru nad chorobami zakaźnymi. Celem było bezzwłoczne wykrycie ponownie ujawniających się chorób oraz identyfikacja nowych chorób zakaźnych. Sukces w tej dziedzinie zależy od zdolności uzyskiwania informacji na temat jednostek chorobowych i od gotowości przekazywania informacji na poziomie krajowym i międzynarodowym. Jednym z zasadniczych elementów tworzenia światowego systemu nadzoru jest "sieć sieci", łącząca współistniejące lokalne, regionalne, krajowe i międzynarodowe sieci laboratoriów i ośrodków medycznych z siecią nadrzędnego nadzoru. Sieć ta tworzona jest na drodze współpracy z 191 krajami członkowskimi Światowej Organizacji Zdrowia oraz innymi partnerami, włączając Unię Europejską, United States Task Force of Emerging Communicable Diseases oraz US-Japan Common Agenda. Sieć była także wymieniana jako pole współpracy krajów G-7/G-8 na spotkaniach obu szczytów: w Lionie (1996 r.) i w Denver (1997 r.).

na podstawie "Wkly Epid.Rec." (1998,43,333-334)

opracowała A. Przybylska

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

"Meldunki" opracowuje zespół: Mirosław P. Czarkowski (red.odp.), Ewa Cielebak, Barbara Kondej, Ewa Stepień - 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

