

Meldunek 5/A/99

o zachorowaniach na choroby zakaźne i zatruciach związkami chemicznymi zgłoszonych w okresie od 1.05 do 15.05.1999 r.

| Jednostka chorobowa (symbole wg "Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych" ICD-10) | Meldunek 5/A | | Dane skumulowane | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| | 1.05.99. do 15.05.99. | 1.05.98. do 15.05.98. | 1.01.99. do 15.05.99. | 1.01.98. do 15.05.98. |
| Choroba wywołana przez ludzki wirus upośl.odp.: ogółem (B20-B24) | 7 | 4 | 35 | 36 |
| Dur brzuszny (A01.0) | - | - | - | 1 |
| Dury rzekome A.B.C. (A01.1-A01.3) | - | - | - | 1 |
| Salmonelozy: ogółem (A02) | 730 | 1086 | 4379 | 5890 |
| Czerwonka bakteryjna /szigelozą/ (A03) | 4 | 26 | 69 | 241 |
| Inne bakteryjne zakażenia jelitowe: ogółem (A04) | 177 | 188 | 1321 | 1423 |
| Wiusowe i inne określone zakażenia jelitowe: ogółem (A08) | 86 | 39 | 640 | 285 |
| Biegunki u dzieci do lat 2: ogółem (A04; A08; A09) | 634 | 555 | 5505 | 4930 |
| w tym: BNO, prawdopodobnie pochodzenia zakaźnego (A09) | 459 | 395 | 4107 | 3636 |
| Teżec: ogółem (A33-A35) | 2 | - | 3 | 9 |
| Błonica (A36) | - | - | - | - |
| Krztusiec (A37) | 20 | 99 | 199 | 1661 |
| Szkarlatyna /płonica/ (A38) | 620 | 904 | 4448 | 9254 |
| Zapalenie opon mózgowych: razem | 64 | 113 | 717 | 892 |
| w tym: meningokokowe (A39.0) | 3 | 8 | 52 | 60 |
| wywołane przez <i>Haemophilus influenzae</i> (G00.0) | 4 | 5 | 31 | 38 |
| inne bakteryjne, określone i nie określone (G00.1-G00.9) | 19 | 54 | 294 | 347 |
| wirusowe, określone i nie określone (A87; B00.3; B02.1) | 30 | 38 | 279 | 377 |
| inne i nie określone (G03) | 8 | 8 | 61 | 70 |
| Zapalenie mózgu: razem | 10 | 27 | 156 | 156 |
| w tym: meningokokowe i inne bakteryjne: ogółem (A39.8; G04.2) | 3 | 3 | 38 | 33 |
| wirusowe, przenoszone przez kleszcze (A84) | - | 1 | 6 | 7 |
| inne wirusowe, określone (A83; A85; B00.4; B02.0; B25.8) | 1 | 2 | 10 | 17 |
| wirusowe, nie określone (A86) | 4 | 14 | 79 | 59 |
| poszczepienne (G04.0) | - | - | - | - |
| inne i nie określone (G04.8-G04.9) | 2 | 7 | 23 | 40 |
| Riketsjozy: ogółem (A75-A79) | - | - | - | - |
| Ostre nagminne porażenie dziecięce (A80) | - | - | - | - |
| Ospa wietrzna (B01) | 4971 | 7581 | 48300 | 85217 |
| Odra (B05) | 2 | 179 | 50 | 1543 |
| Różyczka: ogółem (B06; P35.0) | 2684 | 3625 | 13897 | 24512 |
| Wirusowe zap. wątroby: typu A (B15) | 23 | 91 | 437 | 881 |
| typu B (B16; B18.0-B18.1) | 122 | 191 | 1274 | 1533 |
| typu C (B17.1; B18.2) | 81 | 69 | 648 | 568 |
| typu B+C (B16; B18.0-B18.1 + B17.1; B18.2) | 5 | 3 | 51 | 39 |
| inne i nieokreśl.(B17.0;B17.2-.8;B18.8-.9;B19) | 16 | 24 | 145 | 235 |
| Świnka /nagminne zapalenie przyusznic/ (B26) | 5083 | 12283 | 54438 | 92723 |
| Włośnica (B75) | - | - | 10 | 21 |
| Świerzb (B86) | 524 | 611 | 6252 | 7174 |
| Grypa: ogółem (J10; J11) | 549 | 13772 | 2341570 | 768201 |
| Bakteryjne zatrucia pokarmowe: razem | 849 | 1179 | 5161 | 6905 |
| w tym: salmonelozy (A02.0) | 729 | 1085 | 4363 | 5868 |
| gronkowcowe (A05.0) | 4 | - | 49 | 67 |
| jadem kiełbasianym /botulizm/ (A05.1) | 6 | 2 | 28 | 18 |
| wywołane przez <i>Clostridium perfringens</i> (A05.2) | - | - | - | - |
| inne określone (A05.3-A05.8) | 1 | 4 | 24 | 51 |
| nie określone (A05.9) | 109 | 88 | 697 | 901 |
| Zatrucia naturalnie toksycznym pokarmem: ogółem (T62) | 1 | 1 | 3 | 5 |
| w tym: grzybami (T62.0) | - | 1 | 2 | 3 |
| Inne zatrucia: ogółem (T36-T60; T63-T65) | 361 | 472 | 2558 | 3321 |
| w tym: pestycydami (T60) | 2 | 6 | 21 | 27 |
| lekami, prep.farmakologicznymi i subst.biolog. (T36-T50) | 202 | 262 | 1501 | 1876 |
| alkoholem (T51) | 88 | 100 | 459 | 630 |
| Ostre porażenia wiotkie u dzieci (0-14 lat) | 6 | - | 19 | 10 |

Zachorowania zgłoszone w okresie 1-15.05.1999 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) | Salmonellozy: 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 | 7 | - | - | 730 | 4 | 634 | 2 | 20 | 620 | 64 | 3 | 10 | - |
| Dolnośląskie | - | - | - | 61 | - | 38 | - | 1 | 41 | 6 | - | - | - |
| Kujawsko-Pomorskie | - | - | - | 49 | - | 49 | - | - | 31 | 1 | - | - | - |
| Lubelskie | - | - | - | 45 | - | 36 | - | - | 28 | 7 | - | - | - |
| Lubuskie | - | - | - | 43 | - | 6 | - | - | 21 | 3 | - | - | - |
| Łódzkie | - | - | - | 56 | - | 39 | - | 3 | 31 | 3 | - | - | - |
| Małopolskie | - | - | - | 48 | 1 | 50 | 1 | - | 52 | 8 | - | 3 | - |
| Mazowieckie | - | - | - | 77 | 1 | 61 | - | 9 | 110 | 7 | - | 1 | - |
| Opolskie | - | - | - | 11 | - | 9 | - | - | 14 | 1 | - | 1 | - |
| Podkarpackie | - | - | - | 58 | - | 39 | - | - | 13 | 2 | - | - | - |
| Podlaskie | - | - | - | 26 | - | 18 | - | 3 | 27 | 4 | 1 | - | - |
| Pomorskie | - | - | - | 52 | 1 | 49 | - | - | 38 | 1 | - | - | - |
| Śląskie | 3 | - | - | 51 | 1 | 66 | 1 | 1 | 87 | 3 | - | - | - |
| Świętokrzyskie | - | - | - | 24 | - | 29 | - | 3 | 7 | 4 | 2 | 2 | - |
| Warmińsko-Mazurskie | - | - | - | 32 | - | 44 | - | - | 37 | 7 | - | - | - |
| Wielkopolskie | - | - | - | 77 | - | 88 | - | - | 68 | 4 | - | 2 | - |
| Zachodniopomorskie | 4 | - | - | 20 | - | 13 | - | - | 15 | 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 | 4971 | 2 | 2684 | 23 | 127 | 86 | 5083 | - | 524 | 549 | 849 | - | 361 |
| Dolnośląskie | 470 | - | 79 | - | 11 | 12 | 433 | - | 26 | 74 | 72 | - | 11 |
| Kujawsko-Pomorskie | 280 | - | 81 | 1 | 5 | 1 | 78 | - | 59 | 2 | 57 | - | 16 |
| Lubelskie | 206 | - | 79 | - | 6 | 3 | 355 | - | 47 | 282 | 47 | - | 31 |
| Lubuskie | 98 | - | 46 | - | - | 4 | 107 | - | 10 | - | 44 | - | 10 |
| Łódzkie | 249 | - | 109 | 1 | 23 | 22 | 341 | - | 48 | 166 | 58 | - | 168 |
| Małopolskie | 368 | 1 | 104 | 5 | 12 | 3 | 215 | - | 29 | 2 | 56 | - | 4 |
| Mazowieckie | 610 | - | 973 | 2 | 17 | 14 | 879 | - | 42 | - | 77 | - | 6 |
| Opolskie | 163 | - | 13 | - | 3 | 2 | 245 | - | 1 | - | 16 | - | 1 |
| Podkarpackie | 249 | - | 56 | - | 5 | - | 196 | - | 20 | - | 63 | - | 11 |
| Podlaskie | 221 | - | 204 | - | 1 | - | 225 | - | 15 | - | 31 | - | 10 |
| Pomorskie | 228 | - | 73 | 3 | 8 | 9 | 227 | - | 28 | - | 60 | - | 33 |
| Śląskie | 739 | - | 453 | 5 | 24 | 5 | 384 | - | 69 | 2 | 70 | - | 6 |
| Świętokrzyskie | 204 | - | 11 | - | 4 | 5 | 200 | - | 23 | - | 34 | - | 29 |
| Warmińsko-Mazurskie | 162 | 1 | 214 | - | 2 | 1 | 259 | - | 53 | - | 36 | - | 8 |
| Wielkopolskie | 511 | - | 172 | - | 4 | 4 | 580 | - | 27 | 20 | 76 | - | 12 |
| Zachodniopomorskie | 213 | - | 17 | 6 | 2 | 1 | 359 | - | 27 | 1 | 52 | - | 5 |

Oczekiwane następne kroki dla zapewnienia prawidłowego wykonywania szczepień ochronnych w Polsce

W "Meldunku" 3/B/98 opublikowałem informację zatytułowaną "Co dalej ze szczepieniami?". W informacji tej przedstawiłem najbardziej istotne problemy związane z wykonywaniem szczepień, które powinny być uwzględnione w trakcie wdrażania zasad reformy służby zdrowia, aby nie nastąpiło na fali jej wdrażania pogorszenie ich wykonywania. Podkreślałem konieczność zorganizowania szkolenia dla lekarzy rodzinnych (lekarzy pierwszego kontaktu) z zakresu szczepionek i szczepień.

Pierwszy krok został wykonany. W dniach 26-30 kwiecień 1999 r. w Państwowym Zakładzie Higieny na prośbę i zlecenie p. dr Ireny Głowaczewskiej - Głównego Inspektora Sanitarnego, Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia i Opieki Społecznej, został zorganizowany i przeprowadzony pierwszy kurs w ramach kaskadowego szkolenia, którego celem jest przeszkolenie w tym zakresie lekarzy rodzinnych (lekarzy pierwszego kontaktu).

W kursie wzięło udział 31 lekarzy zatrudnionych w stacjach sanitarno-epidemiologicznych (według założenia - po dwóch z każdego województwa).

Kurs ten ma rozpocząć szkolenie kaskadowe lekarzy rodzinnych (lekarzy pierwszego kontaktu) w zakresie szczepionek i szczepień. Byłoby wysoce niewłaściwe, gdyby z jakiegokolwiek powodu nie zostały podjęte dalsze etapy tego szkolenia.

Obecnie oczekiwane jest zorganizowanie dalszego etapu kaskadowego szkolenia. Konieczne będzie w końcowej fazie przeszkolenie ponad 20.000 osób. Szkolenie zakończone sprawdzianem wiadomości, zgodnie z założeniem, powinno upoważniać lekarza rodzinnego (pierwszego kontaktu) do wykonywania szczepień. Powinno być ono przeprowadzone i zakończone w bieżącym roku. W wielu województwach niezbędne będzie przeszkolenie zespołów szkolących lekarzy rodzinnych. Biorąc pod uwagę zbliżający się okres urlopowo-wakacyjny czasu pozostało niewiele.

Dlatego proponuję w trybie pilnym ustalenie i wdrożenie niezbędnych zasad natury legislacyjnej, organizacyjnej i finansowej dla realizacji tego zadania, a instytucje wymienione w mojej informacji z "Meldunku" 3/B/98, a więc nadzór specjalistyczny z higieny i epidemiologii, pediatrii, medycyny szkolnej, leczenia rodzinnego, kasy chorych, stacje sanitarno-epidemiologiczne, Lubelskie Centrum Higieniczno-Sanitarnie proponuję zobowiązać do realizacji tego szkolenia. Konieczne jest również zobligowanie lekarzy rodzinnych (lekarzy pierwszego kontaktu) do podjęcia i uczestniczenia w tym szkoleniu. Obowiązkami w tym zakresie nie mogą być wyłącznie obarczane stacje sanitarno-epidemiologiczne, aczkolwiek odgrywać powinny ważną rolę. Ze względu na problemy daleko wykraczające poza kompetencje stacji, zobligowanie wyłącznie stacji sanitarno-epidemiologicznych skazałoby całe przedsięwzięcie na niepowodzenie.

Państwowy Zakład Higieny, a w szczególności Zakład Epidemiologii podejmuje się, podobnie jak dotychczas, udzielenia pomocy w zakresie problemów merytorycznych i metodycznych. Sądzę, że podobne działania podejmą również inne zainteresowane tym problemem instytucje i akademie medyczne.

Prof. dr hab. Wiesław Magdzik

Salmonelozy u drobiu w Polsce

Epidemia salmoneloz odzwierzęcych u ludzi w Polsce, która wystąpiła w latach 80-tych, nie wygasła do dziś. W 1998 roku zarejestrowano 26.656 zachorowań o omawianej etiologii, a więc o 15,1% więcej niż w 1997 roku i ponad dwukrotnie więcej, niż wynosiły roczne liczby zachorowań zarejestrowanych przed 1980 r. (średnio ok. 10 tys. zachorowań). W szczycie epidemii, a więc w 1988 r., zarejestrowano 61.522 przypadki (łącznie salmonelozy rejestrowane w ramach "zatruc i zakażeń pokarmowych" oraz jako "inne salmonelozy"). Analiza epidemiologiczna ognisk zbiorowych zatruc i zakażeń pokarmowych wykazała, że w latach osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych najczęściej zachorowań występowało po spożyciu potraw produkowanych z jaj nie poddanych lub poddanych niedostatecznej obróbce termicznej (gł. ciasta z kremem). Do obniżenia liczby zachorowań w latach 1988-1998 przyczyniły się działania profilaktyczne, polegające między innymi na wprowadzeniu obowiązku wyparzania jaj w placówkach podlegających nadzorowi Państwowej Inspekcji Sanitarnej (gł. ciastkarnie prywatne i uspołecznione). Obecnie najczęściej zachorowań występuje po spożyciu potraw produkowanych w mieszkaniach prywatnych. Epidemie te nierzadko przekraczają kilkadziesiąt zachorowań (np. po przyjęciach weselnych). Utrzymywanie się dużej liczby tych zachorowań związane jest z niedocenianiem działań zapobiegawczych polegających na ścisłej współpracy Inspekcji Sanitarnej z Weterynaryjną Inspekcją Sanitarną w wykrywaniu zakażonych surowców pochodzenia zwierzęcego (gł. jaj). Objęcie nadzorem weterynaryjnym podejrzanych hodowli przyczynić się może do przecięcia dróg szerzenia się pałeczek *Salmonella* (gł. *S. enteritidis*).

Na rolę profilaktyki w szerzeniu się salmoneloz odzwierzęcych zwracano uwagę w polskich czasopismach weterynaryjnych w całym okresie po II Wojnie Światowej. W latach pięćdziesiątych zagrożeniem dla ludzi były salmonelozy kaczek, u których wykrywano najczęściej *S. typhimurium* (2). W latach 1945-1960 największym rezerwuarem pałeczek *Salmonella* były świny, ptactwo, cielęta i bydło. Od zwierząt tych izolowano najczęściej *S. typhimurium* (4), czynnik patogenny wykrywany wówczas często również u ludzi. W latach siedemdziesiątych najczęściej pałeczek *Salmonella* izolowano od drobiu, z obserwowanym wzrostem liczby zakażeń (1). Badanie mikrobiologiczne narządów wewnętrznych padłych brojlerów kurzych, kur niosek, kaczek oraz gęsi, kału i jaj świeżych i zamaryłych od wszystkich wymienionych gatunków drobiu, wymazów z kurników i aparatury wylęgowej, a także komponentów paszowych, wykazało, że najczęściej z badanego materiału izolowano *S. typhimurium*, *S. pullorum-gallinarum* oraz *S. enteritidis* (5).

W patologii ptaków pałeczki *Salmonella* dzieli się na 3 kategorie:

- serotypy specyficzne dla drobiu (*S. pullorum* i *S. gallinarum*), które nie wywołują zachorowań u innych zwierząt oraz u ludzi;
- serotypy nieinwazyjne (np. *S. elizabethvilly*, *S. give*), które u ludzi z zaburzeniami odporności mogą czasem powodować zachorowania;
- serotypy inwazyjne dla ptaków (*S. typhimurium* i *S. enteritidis*), które powodują również zachorowania u innych gatunków zwierząt oraz tzw. odżywnościowe zatrucia i zakażenia u ludzi (6).

Na terenie Polski w latach 1981-91 badania prowadzono m.in. w woj. lubelskim, gdzie w omawianym okresie udział *S. enteritidis* zwiększył się u drobiu trzykrotnie, a udział *S. typhimurium* - zmniejszył ośmiokrotnie. W latach 1978-82 na terenie Dolnego Śląska stwierdzono dominację odmian należących do grupy serologicznej B, w 1983 r. - do grup B i C, natomiast w 1986-87 - do grupy D, w tym głównie *S. enteritidis*. W latach 1985-1990 Zakład Higieny Weterynaryjnej w Gdańsku najczęściej izolował od drobiu *S. enteritidis* (w 61,7%) i *S. typhimurium* (w 26,2%).

Najbardziej inwazyjny dla kur jest typ fagowy 4 (PT4) *S. enteritidis*. Powoduje on bakteriemie z zakażeniem wielu narządów wewnętrznych (m.in. otrzewna, jajniki, jajowód). W konsekwencji zakażenia nosek pałeczką *S. enteritidis* obserwuje się kolonizację jelit, narządów wewnętrznych, w tym układu rozrodczego. Stwarza to ryzyko zanieczyszczenia jaj z możliwością późniejszego transowarialnego zakażenia *S. enteritidis* w stadzie oraz przenoszenia zakażenia na ludzi za pośrednictwem jaj (6). Postać jelitowa salmonelozy u drobiu wiąże się z możliwością zanieczyszczenia jedynie skorupy jaja podczas jego przechodzenia przez kloakę.

Badania poubojowe drobiu rzeźnego w Polsce w latach 1978-1996 wskazują na fakt, że salmonelozy są jedną z najczęściej stwierdzanych przyczyn konfiskat rzeźnych. W 1996 r. w badanych 83 stadach brojlerów kurzych większość stanowiły zakażenia spowodowane przez *Escherichia coli* (kolibakterioza), a następnie salmonelozy (8). W latach 1994-1995 poddano analizie wyniki badań 226.776 prób surowców i żywności pochodzenia zwierzęcego. Nie odpowiadało normom w zakresie wymagań mikrobiologicznych 9,28% badanych prób. W grupie artykułów drobiarskich pałeczki *Salmonella* stwierdzono w największej liczbie w mięsie drobiowym odkostnionym mechanicznie (12,0% w 1994 r. i 7,6% w 1995 r.), mięsie drobiowym mielonym (5,1% w 1994 r.), oraz w tuszkach drobiowych (5,4% w 1994 r. i 4,4% w 1995 r.). W jajach stwierdzono salmonele w 0,90% w 1994 r. i w 0,25% w 1995 r., a w przetworach jajowych - w 3,29% w 1994 r. i 0,66% w 1995 r. W dość dużej liczbie prób stwierdzono pałeczki *Salmonella* w mięsie wołowym (2,01% w 1994 r.) (9).

W ramach zapobiegania chorobom drobiu jednodniowym pisklętom kurzym i indycom podaje się często antybiotyki. Zwiększa to możliwość powstawania oporności pałeczek *Salmonella*. Podobnie działa podawanie antybiotyków w paszy (stymulatory wzrostu). Użycie nawet pojedynczego antybiotyku może spowodować wyselekcjonowanie szczepów wieloopornych z populacji drobnoustrojów. *S. enteritidis* wykazuje względnie niską oporność (szczepy wielooporne stanowią 14,0%). Pozostałe szczepy pałeczek *Salmonella* wykazują wielooporność w 49% (najwięcej u *S. typhimurium*, *S. saint-paul* i *S. mbandaka*) (3). Właściwości lekooporności u bakterii utrudniają dobór odpowiedniego leczenia ludzi.

W wielu krajach w celu zapobiegania salmonelozom pochodzącym od drobiu wprowadza się między innymi ścisły nadzór nad fermami oraz ograniczenia jakościowe dotyczące produkcji drobiarskiej, zwłaszcza jaj (7). Działania profilaktyczne w Polsce powinny się skupić na jak najwcześniejszym wykrywaniu możliwości wniknięcia pałeczek *Salmonella* do przebiegu procesu epidemicznego, a więc właściwy nadzór sanitarno-epidemiologiczny powinien obejmować wszystkie etapy tego procesu, począwszy od surowców pochodzenia zwierzęcego. Wskazaniem jest tu międzynarodowy system HACCP (Hazard Analysis Critical

Control Point) (9).

(1) Anusz Z.: Salmonelozy u ludzi i zwierząt w Polsce w latach 1971-1978. *Medycyna Wet.*, 1980;36,5:265-267. (2) Brill J.: Aktualne zagadnienia profilaktyki i zwalczania salmoneloz kaczek w Polsce. *Medycyna Wet.*, 1955;11,9:513-521. (3) Hoszowski A., Wasyl D., Truszczyński M.: Lekooporność szczepów *Salmonella* izolowanych od zwierząt i pasz na terenie Polski w latach 1994-1996. *Medycyna Wet.*, 1998;54,1:33-37. (4) Meuszynski S.: Salmonelozy u zwierząt w Polsce w latach 1945-1960. *Medycyna Wet.*, 1962;18,2:79-83. (5) Rudy A.: Występowanie salmoneli w narządach wewnętrznych drobiu, jajach, komponentach paszowych i ściółce. *Medycyna Wet.*, 1986;42, 2:73-75. (6) Rzedzicki J., Kowalska M.: Rola *Salmonella enteritidis* w patologii ptaków. *Medycyna Wet.*, 1994;50,9:439-442. (7) Rzedzicki J., Pawelec M.: Ptaki jako potencjalne źródło zakażenia ludzi salmonelami. *Medycyna Wet.*, 1998;54,1:19-21. (8) Szeleszczuk P.: Choroby drobiu rzeźnego w Polsce. *Medycyna Wet.*, 1997;53,4:179-186. (9) Wojtoń B., Różańska H., Różycki M.: Mikrobiologiczne zanieczyszczenia żywności pochodzenia zwierzęcego w Polsce. *Medycyna Wet.*, 1997;53,6: 332-336.

Anna Przybylska

Zagrożenie szerzenia chorób zakaźnych przez uciekinierów z Kosowa

Światowa Organizacja Zdrowia ostrzegła, że choroby zakaźne są głównym zagrożeniem zdrowia uciekinierów z Kosowa. Brak stałych miejsc zamieszkania, zatłoczenie, brak niezakażonej wody i żywności, brak środków czystościowych, opieki zdrowotnej, w połączeniu ze zjawiskiem masowej migracji może przyczynić się do szybkiej degradacji stanu zdrowia ludności.

W Kosowie opieka zdrowotna była dobrze zorganizowana i wydolna do 1989 roku. W dalszych latach w wyniku etnicznych nieporozumień system opieki zdrowotnej pogarszał się. W 1996 roku w Kosowie zanotowano epidemię *poliomyelitis* szerzącą się z Albanii. Zorganizowano wówczas z pomocą WHO masowe szczepienia przeciw tej chorobie.

Dane dotyczące zapadalności na choroby zakaźne w Kosowie są za ostatnie lata nieosiągalne. Można przypuszczać, że są one zbliżone do danych w północnej Albanii. W 1998 roku występowały tam wśród dzieci liczne zakażenia przewodu pokarmowego i układu oddechowego. Zapadalność na gruźlicę wynosiła 50-60 na 100.000. Notowano względnie wysoką zapadalność na brucelozę, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych - zarówno etiologii bakteryjnej jak i wirusowej, wirusowe zapalenie wątroby typ B. Zachorowania na brucelozę i wąglik mają charakter endemiczny.

Dzieci urodzone przed 1989 rokiem powinny być co najmniej raz szczepione szczepionką BCG. Wykonanie szczepień w ostatnich latach nie jest znane. WHO jest szczególnie zainteresowana szczepieniem przeciw odrze, która może zacząć szerzyć się w obecnych warunkach szczególnie intensywnie. Zakażenia wirusem Hanta były zgłaszane w poprzednich latach i mają również szansę szerzenia się obecnie.

Dociera niewiele informacji o zachorowaniach na choroby zakaźne wśród uciekinierów. Są niepotwierdzone informacje o zachorowaniach na choroby biegunkowe, zakażenia dróg oddechowych, zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych i odrę.

Według oceny Wysokiej Komisji d/s Uciekinierów Narodów Zjednoczonych (United Nations High Commission

for Refugees - UNHCR) niżej podane liczby osób przybyły z Kosowa do następujących krajów: 365.000 do Albanii, 132.500 do Macedonii, 73.500 do Czarnogóry. Przebywają oni w bardzo złych warunkach i istnieje potencjalna możliwość szerzenia się chorób zakaźnych.

Wiele krajów oferuje uciekinierom z Kosowa pobyt na swoim terenie. Wielka Brytania przeznaczyła 30 milionów funtów na pomoc dla tych ludzi. Około 10 tysięcy osób przybyło już do Wielkiej Brytanii, a przybycie 120 tysięcy jest oczekiwane w najbliższej przyszłości. Albańczycy przyjeżdżający z Kosowa do Wielkiej Brytanii mają zapewnioną taką samą opiekę medyczną jak obywatele brytyjscy. Podlegają również szczepieniom zgodnie z brytyjskim programem uodpornienia, przy uwzględnieniu trudności związanych z brakiem dokumentów o przebytych szczepieniach.

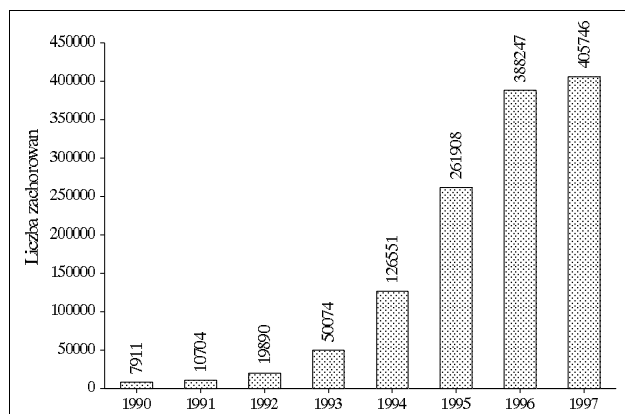
na podst. "Communicable disease hazards facing refugees from Kosovo" (CDR Weekly, 1999, 17, 147-150)

opracował Wiesław Magdzik

Program nadzoru nad chorobami szerzonymi drogą kontaktów seksualnych w Rosyjskiej Federacji

W większości krajów WNP (Wspólnoty Niepodległych Państw), a szczególnie w Rosyjskiej Federacji, od początku lat dziewięćdziesiątych naszego stulecia trwa dramatyczny wzrost zachorowań na choroby przenoszone drogą kontaktów seksualnych (ang.: sexually transmitted diseases - STDs).

Zgłaszanie zachorowań na kiłę jest przymusowe. Postrzegają ją więc jako wskaźnik trendów zachorowań na STDs. W ostatnich pięciu - sześciu latach w wielu krajach WNP liczba zachorowań na kiłę wzrosła piętnasto - sześćdziesięciokrotnie. Zapadalność osiągnęła 200-300/100.000 mieszkańców, a na niektórych obszarach była jeszcze wyższa, np. w autonomicznej republice Tywskiej i Chakasskiej wynosiła od 600 do 1.300/100.000 mieszkańców. Liczne są także zachorowania na rzeżączkę i chłamydiozy lecz dane dotyczące tych chorób są niepewne ze względu na niepełne zgłaszanie.



Ryc. 1. Liczba zachorowań na kiłę w Rosyjskiej Federacji w latach 1990-1997.

W ostatnich trzech latach na kiłę zachorowało ponad milion osób - głównie młodych i dorastających. Tylko w 1997 r. w Rosyjskiej Federacji zgłoszono ponad 400.000 zachorowań na kiłę. Szacuje się, że 30% zakażonych nie jest objętych opieką służby zdrowia, ponieważ nie traktuje występujących u nich objawów jako oznak STDs.

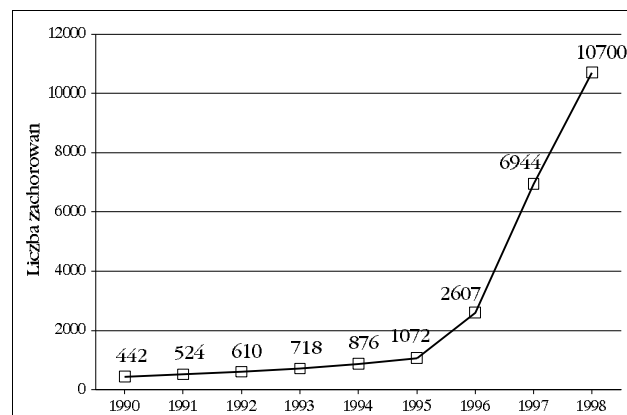
Epidemia STDs pojawiła się w okresie ekonomicznej i przemysłowej zapaści, z następnym wzrostem masowego

bezrobocia, szczególnie wśród kobiet. Wynikiem tego był wzrost ubóstwa, migracja do dużych aglomeracji miejskich, prostytucja i nasilenie zachowań ryzykownych z punktu widzenia zachorowania na STD, a szczególnie ryzykownych kontaktów seksualnych i stosowania środków odurzających we wstrzyknięciach.

Równocześnie system opieki zdrowotnej i jego zdolność do reagowania na epidemię są niesatysfakcjonujące. W efekcie wielu pacjentów zwraca się do sektora prywatnego, gdzie nie znajduje odpowiednio wykwalifikowanych pracowników lub praktykuje samoleczenie.

Na obszarach, na których sytuacja epidemiologiczna jest najniekorzystniejsza, przebieg STDs jest często pogarszany przez złe odżywianie, anemię, nadużywanie alkoholu, towarzyszące zakażenia i inne czynniki. U pacjentów z kiłą obserwuje się, niewidziane od dziesięcioleci, gangrenowe postacie owrzodzeń pierwotnych. Potrzebne są niezwłoczne działania pozwalające kontrolować epidemię. Obecnie epidemię nadzorują służby rządowe, bez pomocy organizacji pozarządowych i międzynarodowych.

Wiadomo, że charakterystyczne dla tradycyjnych STDs owrzodzenia i stan zapalny torują drogę zakażeniu HIV. Tak więc skuteczny nadzór nad tradycyjnymi STDs wspomaga znacząco pierwotną profilaktykę zakażeń HIV i obniża koszty zapobiegania zakażeniom HIV. Szczególnie ważne dla przebiegu epidemii tradycyjnych STDs i zakażeń HIV jest zapobieganie im i leczenie ich w grupach osób o ryzykownych zachowaniach. Jednak w Rosyjskiej Federacji skuteczne działanie w tym zakresie nie jest obecnie możliwe ze względu na brak medycznych placówek właściwych dla sex workers i stosujących środki odurzające we wstrzyknięciach.



Ryc. 2. Zakażenia HIV w Rosyjskiej Federacji w latach 1990-1997 (liczebność skumulowana).

W związku z powyższym krajowe autorytety zdrowia, w konsultacji z WHO, zaadaptowały strategię WHO/UNAIDS do lokalnych potrzeb nadzoru nad epidemią STDs.

Zalecenia WHO dotyczące nadzoru nad STDs obejmują: właściwe prowadzenie zachorowań, gwarancję poufności oraz leczenie ambulatoryjne przy pomocy nowoczesnych leków, na podstawie objawów klinicznych i wywiadu, bez potwierdzenia laboratoryjnego - szczególnie w placówkach najniższego szczebla. Ponadto zalecenia przewidują interwencję w grupach o wysoce ryzykownych zachowaniach oraz prowadzenie STDs przez służbę zdrowia pierwszego kontaktu, przede wszystkim na obszarach bez dostępu do specjalistów w zakresie STDs. Środki na realizację tego programu będą pochodziły z kraju i z WHO. Odpowiednio do posiadanych środków działania powinny objąć 89 jednostek administracyjnych, w których występują STDs. Celem

