

Meldunek 9/A/99

o zachorowaniach na choroby zakaźne i zatruciach związkami chemicznymi zgłoszonych w okresie od 1.09 do 15.09.1999 r.

Jednostka chorobowa (symbole wg "Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych" ICD-10)	Meldunek 9/A		Dane skumulowane	
	1.09.99. do 15.09.99.	1.09.98. do 15.09.98.	1.01.99. do 15.09.99.	1.01.98. do 15.09.98.
Choroba wywołana przez ludzki wirus upośl.odp.: ogółem (B20-B24)	8	9	80	80
Dur brzuszny (A01.0)	-	-	5	1
Dury rzekome A.B.C. (A01.1-A01.3)	-	-	1	3
Salmonelozy: ogółem (A02)	1488	1751	16867	20573
Czerwonka bakteryjna /szigelozja/ (A03)	19	42	160	412
Inne bakteryjne zakażenia jelitowe: ogółem (A04)	151	198	2699	3118
Wiusowe i inne określone zakażenia jelitowe: ogółem (A08)	42	11	1116	506
Biegunki u dzieci do lat 2: ogółem (A04; A08; A09)	483	481	10028	9736
w tym: BNO, prawdopodobnie pochodzenia zakaźnego (A09)	365	342	7429	7126
Teżec: ogółem (A33-A35)	1	1	17	18
Błonica (A36)	-	-	-	-
Krztusiec (A37)	28	94	396	2358
Szkarlatyna /płonica/ (A38)	150	207	7395	13155
Zapalenie opon mózgowych: razem	120	160	1507	2019
w tym: meningokokowe (A39.0)	7	6	88	102
wywołane przez <i>Haemophilus influenzae</i> (G00.0)	3	-	48	62
inne bakteryjne, określone i nie określone (G00.1-G00.9)	39	41	562	655
wirusowe, określone i nie określone (A87; B00.3; B02.1)	60	106	674	1065
inne i nie określone (G03)	11	7	135	135
Zapalenie mózgu: razem	20	42	330	347
w tym: meningokokowe i inne bakteryjne: ogółem (A39.8; G04.2)	5	7	80	61
wirusowe, przenoszone przez kleszcze (A84)	9	25	61	93
inne wirusowe, określone (A83; A85; B00.4; B02.0; B25.8)	2	2	19	24
wirusowe, nie określone (A86)	3	4	121	107
poszczepienne (G04.0)	-	-	1	-
inne i nie określone (G04.8-G04.9)	1	4	48	62
Riketsjozy: ogółem (A75-A79)	-	-	-	1
Ostre nagminne porażenie dziecięce (A80)	-	-	-	-
Ospa wietrzna (B01)	899	895	75597	120028
Odra (B05)	1	18	81	2193
Różyczka: ogółem (B06; P35.0)	323	392	28002	39426
Wirusowe zap. wątroby: typu A (B15)	30	79	700	1438
typu B (B16; B18.0-B18.1)	116	176	2319	2781
typu C (B17.1; B18.2)	47	58	1212	1063
typu B+C (B16; B18.0-B18.1 + B17.1; B18.2)	6	5	91	87
inne i nieokreśl.(B17.0;B17.2-.8;B18.8-.9;B19)	11	18	250	361
Świnka /nagminne zapalenie przyusznic/ (B26)	712	2303	82169	168121
Włośnica (B75)	-	-	54	22
Świerzb (B86)	856	832	9934	10744
Grypa: ogółem (J10; J11)	9	13	2341933	769621
Bakteryjne zatrucia pokarmowe: razem	1770	1929	19527	23199
w tym: salmonelozy (A02.0)	1482	1747	16831	20531
gronkowcowe (A05.0)	89	4	428	312
jadem kiełbasianym /botulizm/ (A05.1)	2	9	67	64
wywołane przez <i>Clostridium perfringens</i> (A05.2)	-	-	-	-
inne określone (A05.3-A05.8)	31	1	87	31
nie określone (A05.9)	166	168	2114	2261
Zatrucia naturalnie toksycznym pokarmem: ogółem (T62)	32	23	76	87
w tym: grzybami (T62.0)	32	21	70	82
Inne zatrucia: ogółem (T36-T60; T63-T65)	279	386	4955	6140
w tym: pestycydami (T60)	6	3	104	94
lekami, prep.farmakologicznymi i subst.biolog. (T36-T50)	177	213	2901	3438
alkoholem (T51)	53	78	963	1225
Ostre porażenia wiotkie u dzieci (0-14 lat)	2	2	45	29

Zachorowania zgłoszone w okresie 1-15.09.1999 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	8	-	-	1488	19	483	1	28	150	120	7	20	9
Dolnośląskie	-	-	-	90	-	28	-	-	17	8	-	1	-
Kujawsko-Pomorskie	-	-	-	63	-	28	-	-	10	6	-	-	-
Lubelskie	-	-	-	242	-	30	-	-	8	11	-	1	-
Lubuskie	-	-	-	51	-	3	-	-	-	1	-	-	-
Łódzkie	-	-	-	105	-	15	-	6	6	6	1	2	-
Małopolskie	-	-	-	73	3	49	-	2	8	12	-	1	-
Mazowieckie	-	-	-	173	4	49	-	8	12	8	1	4	1
Opolskie	-	-	-	34	-	4	-	1	3	2	-	-	-
Podkarpackie	-	-	-	67	3	30	-	-	4	8	-	-	-
Podlaskie	-	-	-	37	-	29	-	3	8	5	-	4	4
Pomorskie	-	-	-	117	2	42	-	-	5	3	-	-	-
Śląskie	6	-	-	138	4	37	-	-	28	10	-	-	-
Świętokrzyskie	-	-	-	64	-	23	-	6	5	11	2	1	-
Warmińsko-Mazurskie	-	-	-	48	1	22	-	-	5	8	1	4	4
Wielkopolskie	-	-	-	164	1	87	1	2	27	10	1	2	-
Zachodniopomorskie	2	-	-	22	1	7	-	-	4	11	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	899	1	323	30	122	53	712	-	856	9	1770	32	279
Dolnośląskie	69	-	14	3	14	13	51	-	39	1	111	-	27
Kujawsko-Pomorskie	73	-	8	-	6	2	22	-	89	-	102	1	30
Lubelskie	35	-	7	1	5	3	54	-	107	-	280	7	19
Lubuskie	36	-	9	-	4	7	7	-	12	-	51	-	18
Łódzkie	88	-	14	2	16	7	30	-	138	-	139	4	64
Małopolskie	74	1	17	13	10	2	37	-	22	-	82	2	7
Mazowieckie	90	-	69	1	11	4	79	-	31	-	171	-	17
Opolskie	48	-	-	-	1	-	44	-	15	-	34	-	-
Podkarpackie	39	-	9	-	6	-	13	-	37	2	71	11	18
Podlaskie	39	-	73	-	5	1	24	-	41	-	40	-	6
Pomorskie	36	-	14	4	6	1	42	-	32	-	141	-	22
Śląskie	81	-	33	2	18	3	88	-	106	-	159	1	4
Świętokrzyskie	42	-	11	-	5	7	36	-	51	-	80	4	22
Warmińsko-Mazurskie	17	-	15	-	2	-	29	-	82	-	65	-	5
Wielkopolskie	106	-	23	2	4	3	129	-	22	6	189	-	12
Zachodniopomorskie	26	-	7	2	9	-	27	-	32	-	55	2	8

Japońskie zapalenie mózgu w materiałach Światowej Organizacji Zdrowia

Japońskie zapalenie mózgu (JE) jest ostrą chorobą zakaźną centralnego układu nerwowego, która występuje w wielu krajach azjatyckich, w tym w Kambodży, Chinach, Indonezji, Japonii, Laosie, Malezji, Burmie, Filipinach, Korei, Tajlandii, Wietnamie oraz południowo-wschodnich rejonach Rosyjskiej Federacji i na subkontynencie indyjskim. W ostatnich dziesięcioleciach zaobserwowano rozprzestrzenienie się JE na tereny, gdzie dotychczas nie występowały zachorowania.

Na terenach endemicznych zapadalność na JE waha się od 10 do 100/100 tys. ludności. Tereny endemiczne zamieszkuje około 3 mld. ludności z liczbą urodzeń około 70 mln. dzieci rocznie.

Wektorem zakażeń są ssące krew komary *Culex tritaeniorhynchus*, *Culex gelidus* i inne, które przenoszą wirus na ludzi ze środowiska zwierzęcego. Głównym rezerwuarem zakażeń jest trzoda chlewna i dzikie ptactwo, a występowanie zakażonych komarów waha się od <1% do 3% ich liczebności.

Przeeglądy serologiczne wykazują, że na terenach endemicznych większość ludzi ulega zakażeniu w wieku poniżej 15 lat. Zakażenie nie wywołuje zazwyczaj objawów klinicznych, które według szacunkowych ustaleń występują z częstością jeden przypadek kliniczny na 300 zakażeń. Na terenach hyperendemicznych połowa przypadków dotyczy dzieci w wieku do 4 lat, a prawie wszystkie występują u dzieci do 10 roku życia.

W niektórych krajach, takich jak Japonia i Korea, oraz w niektórych rejonach Chin występowanie JE w ostatnich latach zmalało w następstwie intensywnego stosowania szczepień ochronnych, poprawy warunków socjalno-ekonomicznych ludności oraz zmian w produkcji rolnej. Choroba rzadko dotyczy turystów i ludzi przybywających na krótki pobyt.

Wyrażone klinicznie zachorowania na japońskie zapalenie mózgu mają okres wylegania w granicach 4-14 dni i charakteryzują się nagłym początkiem z gorączką, dreszczami oraz podrażnieniem opon mózgowo-rdzeniowych, zwłaszcza u dorosłych. U dzieci w początkowej fazie choroby mogą dominować dolegliwości żołądkowo-jelitowe, a w późniejszej fazie często obserwuje się drgawki. Japońskie zapalenie mózgu może przebiegać jako łagodna choroba, która mija bez następstw, ale w szeregu przypadków ma miejsce szybki rozwój objawów chorobowych prowadzących do ciężkiego zapalenia mózgu z zaburzeniami psychicznymi i motorycznymi oraz narastającą śpiączką. Na około 50 tys. zachorowań na JE, około 10 tys. przypadków rocznie kończy się zgonem. W dużym procencie u ozdrowieńców utrzymują się następstwa pochorobowe neurologiczne i psychiatryczne, wymagające intensywnego leczenia. Większość zgonów i następstw pochorobowych występuje u dzieci w wieku do 10 lat.

Jak dotychczas nie ma leczenia przyczynowego JE i szczepienia są jedynym najważniejszym sposobem zapobiegania i zwalczania zachorowań. Obecnie są produkowane i stosowane na szeroką skalę trzy rodzaje szczepionek: inaktywowana szczepionka produkowana ze szczepów Nakayama lub Beijing 1 wirusa JE na mysich mózgowach oraz inaktywowana i atenuowana szczepionka produkowana na hodowli komórkowej.

Jedyną powszechnie dostępną na rynku międzynarodowym jest szczepionka produkowana na mózgowach myszy.

Ostatnio w szeregu preparatów szczep Nakayama zastąpiono szczepem Beijing 1 ze względu na większe możliwości namnażania JEV oraz lepszą odpowiedź immunologiczną.

Szczepionkę stosuje się w dawkach 0,5 lub 1 ml; u dzieci w wieku 1-3 lata podaje się mniejsze dawki. Dzieci w pierwszym roku życia zazwyczaj nie podlegają szczepieniu ze względu na interferencję z przeciwciałami matczynymi. Producenci szczepionek zalecają u dzieci szczepienie podstawowe obejmujące dwie iniekcje w odstępie 1-2 tygodni. W kilku krajach azjatyckich wykazano, że skuteczność szczepienia podstawowego wynosiła 91-95%. Nie stwierdzono niższej serokonwersji przy równoczesnym podawaniu z innymi szczepionkami. Dotychczas nie ma jednolitego schematu uodpornienia, ale w wielu krajach azjatyckich stosuje się szczepienie podstawowe obejmujące dwie dawki w odstępie czterech tygodni i dawkę przypominającą po upływie jednego roku, a następnie co trzy lata. Czas utrzymywania się odporności po kolejnych dawkach nie jest dokładnie znany.

Szczepionka jest również dostępna w wersji liofilizowanej, która jest stabilna w temperaturze 4°C przez co najmniej jeden rok. Na endemicznych terenach Tajlandii szczepienie przeciw JE z powodzeniem włączono do krajowego programu szczepień. Względnie wysoka cena szczepionki wyklucza jednak masowe podejmowanie szczepień w najbardziej ubogich krajach azjatyckich.

Szczepionkę przeciw JE produkowaną na mysich mózgowach uważa się za względnie bezpieczną, choć u około 20% szczepionych obserwuje się miejscowe odczyny jak obrzęk i zaczerwienienie. Podobnie często mogą pojawiać się słabe reakcje systemowe jak bóle głowy, mialgia i gorączka oraz objawy żołądkowo-jelitowe. W Japonii w latach 1955-1966 nie obserwowano powikłań neurologicznych związanych ze szczepieniem, ale w ostatnich latach zgłoszono kilka przypadków ostrego *encephalitis* czasowo związanego ze szczepieniem. W ostatnim czasie zgłoszono trzy takie zachorowania z Korei, w tym dwa zakończone zgonem. Ponadto w krajach rozwiniętych u ludzi dorosłych pojawiły się po szczepieniu reakcje świadczące o nadwrażliwości pod postacią ciężkiej uogólnionej pokrzywki, obrzęku twarzy i zaburzeń oddechowych. W 1994 roku zanotowano w Korei zgon w następstwie anafilaksji, związany ze szczepieniem.

Badania żołnierzy amerykańskich szczepionych w bazach na Okinawie wykazały współczynnik odczynów alergicznych 62,6 na 10 tys. szczepionych. W większości były to łagodne lub umiarkowane dolegliwości, ale 2,6 na 10 tys. szczepionych wymagało hospitalizacji.

Ludzie ze stwierdzonymi w anamnezie reakcjami alergicznymi byli bardziej predysponowani do nadwrażliwości na szczepionkę. Takie reakcje występują zazwyczaj w okresie 12-72 godzin od podania szczepionki. Uważa się, że poza nadwrażliwością na szczepionkę nie ma żadnych innych przeciwwskazań do jej stosowania.

Szczepionki uzyskane na hodowlach komórkowych są produkowane i stosowane lokalnie w Chinach. Szczepionka żywa z atenuowanego szczepu JEV (SA-14-14-2) jest bardzo tania, a wielkość produkcji ma wynosić około 40 mln dawek rocznie. Szczepionka inaktywowana jest również tania i produkowana w ilości 90 mln dawek rocznie do użytku wewnętrznego na terenie Chin. Ma ona stopniowo zastąpić szczepionkę atenuowaną.

na podstawie "Wkly Epid.Rec." (1998,44,337-344)
opracował Wojciech Żabicki

Decyzja o utworzeniu europejskiej sieci nadzoru nad chorobami zakaźnymi

Parlament Europejski i Rada Unii Europejskiej podjęły 24 września 1998 r. decyzję o ustanowieniu wspólnej sieci nadzoru nad zakażeniami. Zdecydowano również o utworzenie systemu wczesnego ostrzegania o ogniskach określonych chorób zakaźnych oraz systemu łączącego krajowe przedsięwzięcia służące zapobieganiu wybranym chorobom zakaźnym i kontroli nad nimi. Nad wykonaniem tej decyzji czuwać będzie Komisja Europejska. Szczegóły będzie ustalał "komitet sieci" stanowiący reprezentację krajów członkowskich. Celem tych działań jest stworzenie ujednoczonego systemu nadzoru nad poważnymi lub szeroko rozpowszechnionymi chorobami zakaźnymi. Przedsięwzięcia te będą podjęte w szczególności w odniesieniu do systemu monitorowania ognisk chorób z grup wymienionych poniżej:

- choroby, których można uniknąć stosując szczepienia
- choroby przekazywane drogą kontaktów seksualnych
- choroby przekazywane drogą pokarmową
- choroby przekazywane drogą wodną lub spowodowane przez wpływy środowiskowe (waterborne diseases, diseases of environmental origin)
- choroby nabyte w szpitalu (zakażenia szpitalne)
- choroby zakaźne spowodowane przez niekonwencjonalne czynniki (takie jak choroba Creutzfelda-Jakoba)
- choroby objęte Międzynarodowymi Przepisami Zdrowotnymi (żółta gorączka, cholera, dżuma)
- inne choroby o znaczeniu związanym z ciężkością ich przebiegu lub z ich potencjałem epidemicznym (wścieklizna, dur brzuszny, gorączka krwotoczna spowodowana przez wirusy, malaria, itd.).

Na poziomie Unii Europejskiej (UE) będą ponadto podejmowane środki zapobiegawcze i kontrolne sprawdzone uprzednio na poziomie krajowym, służące analizie porównawczej. Sieć będzie zapewniać przekazywanie w obrębie UE gromadzonych i rejestrowanych w krajach członkowskich danych epidemiologicznych związanych z zakażeniami. Wymagać to będzie ujednoczenia definicji przypadku w odniesieniu do uwzględnianych chorób oraz zapewnienia porównywalności systemów zgłaszania i nadzoru. Potrzebna będzie ponadto zmiana metod i miar służących zapobieganiu i kontroli chorób zakaźnych w poszczególnych krajach członkowskich, a także dokonanie studiów epidemiologicznych w celu ujednoczenia stosowanych kryteriów. W celu umożliwienia skoordynowanej akcji z zastosowaniem tej samej metodologii konieczna jest natychmiastowa wymiana danych z wykorzystaniem wspólnej sieci, co jest szczególnie ważne w sytuacjach krytycznych, które mogą powstawać w ognisku, lub wówczas gdy ponownie pojawią się niebezpieczne choroby zakaźne. W każdym wątpliwym przypadku między Komisją Europejską i ośrodkami oraz/lub odpowiedzialnymi za zadania władzami będzie nawiązana łączność za pomocą odpowiednich środków technicznych.

Przed uprawomocnieniem projektu będą podjęte odpowiednie kroki w celu oceny, czy nie wystąpi konflikt między krajowymi uregulowaniami i sposobami służącymi kontroli chorób zakaźnych i zapobieganiu im, a uprzednio istniejącymi programami europejskimi służącymi nadzorowi oraz stanowiącą z nimi całość międzynarodową wymianą danych i informacji. Będą dotrzymane prawne regulacje dotyczące ochorony danych osobowych w procesie ich opracowywania. Zostanie zapewniona poufność tych danych. Zintensyfikowana będzie współpraca z kompetentnymi or-

ganizacjami międzynarodowymi, szczególnie za Światową Organizacją Zdrowia. Sieć będzie otwarta na współpracę z krajami trzecimi, przede wszystkim w odniesieniu do ognisk o znaczeniu międzynarodowym.

Utworzona wspólna sieć może korzystać z doświadczeń i struktur istniejących uprzednio wewnątrz Unii Europejskiej oraz na poziomie międzynarodowym. Jako jej składniki mogą posłużyć następujące sieci lub ich projekty:

- **Board of Heads of National Surveillance** (tak zwana grupa założycielska)
- **ENTER-NET** (gastroenteritis/ zakażenia spowodowane przez pałeczki *Salmonella*/ zakażenia EHEC)
- **ESEN** (European Seroepidemiological Network: odra/ świnka/ różyczka/ błonica/ krztusiec)
- **EISS** (European Influenza Surveillance Scheme)
- **HIV/AIDS Surveillance**
- **Euro-Tb Programme** (gruźlica)
- **EARSS** (European Antimicrobial Resistance Surveillance System)
- **ENVID** (European Network for Diagnostics of Imported Viral Diseases)
- **EWGLI** (European Working Group for Legionella Infections)
- **Eurosurveillance** (dwie wspólne publikacje, ukazujące się raz w miesiącu i co tydzień)
- **EPIET** (European Programme for Intervention Epidemiology Training).

Są to oddzielne projekty, przydatne w pracy po połączeniu we wspólną sieć, które, jeśli zajdzie potrzeba, mogą być uzupełnione. W ten sposób zostanie utworzona "sieć sieci" o strukturze, w przeciwieństwie do dużych instytucji centralnych, utrzymywanej przez większość krajów członkowskich. Decyzje podejmowane głosami większości Komisji Europejskiej są wiążące dla krajów członkowskich. Decyzje te mogą na przykład mieć wpływ na nadzór lub na ujednoczenie zaleceń służących zapobieganiu niektórym chorobom.

na podstawie "Epidem.Bull." (1998,43,303-304)
(wg FAO/WHO "Newsletter", 1999,59,1-2) oprac. A. Przybylska

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

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