

## Meldunek 11/B/99

### o zachorowaniach na choroby zakaźne i zatruciach związkami chemicznymi zgłoszonych w okresie od 16.11 do 30.11.1999 r.

Jednostka chorobowa (symbole wg "Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych" ICD-10)	Meldunek 11/B		Dane skumulowane	
	16.11.99. do 30.11.99.	16.11.98. do 30.11.98.	1.01.99. do 30.11.99.	1.01.98. do 30.11.98.
Choroba wywołana przez ludzki wirus upośl.odp.: ogółem (B20-B24)	10	2	99	105
Dur brzuszny (A01.0)	-	1	6	2
Dury rzekome A.B.C. (A01.1-A01.3)	-	-	1	4
Salmonelozy: ogółem (A02)	712	658	22491	25796
Czerwonka bakteryjna /szigelozja/ (A03)	5	20	277	544
Inne bakteryjne zakażenia jelitowe: ogółem (A04)	133	165	3420	3891
Wiusowe i inne określone zakażenia jelitowe: ogółem (A08)	30	32	1288	605
Biegunki u dzieci do lat 2: ogółem (A04; A08; A09)	447	467	12070	11796
w tym: BNO, prawdopodobnie pochodzenia zakaźnego (A09)	338	339	8904	8602
Tężec: ogółem (A33-A35)	2	2	21	21
Błonica (A36)	-	-	-	-
Krztusiec (A37)	76	80	647	2708
Szkarlatyna /płonica/ (A38)	394	504	8813	15240
Zapalenie opon mózgowych: razem	120	116	2041	2762
w tym: meningokokowe (A39.0)	5	4	106	125
wywołane przez <i>Haemophilus influenzae</i> (G00.0)	2	5	60	88
inne bakteryjne, określone i nie określone (G00.1-G00.9)	47	35	738	811
wirusowe, określone i nie określone (A87; B00.3; B02.1)	54	64	958	1541
inne i nie określone (G03)	12	8	179	197
Zapalenie mózgu: razem	26	34	430	530
w tym: meningokokowe i inne bakteryjne: ogółem (A39.8; G04.2)	6	1	93	76
wirusowe, przenoszone przez kleszcze (A84)	9	15	97	193
inne wirusowe, określone (A83; A85; B00.4; B02.0; B25.8)	2	3	23	30
wirusowe, nie określone (A86)	5	11	147	147
poszczepienne (G04.0)	-	-	1	1
inne i nie określone (G04.8-G04.9)	4	4	69	83
Riketsjozy: ogółem (A75-A79)	-	-	-	1
Ostre nagminne porażenie dziecięce, łącznie z poszczepiennym (A80)	-	-	-	1
Ospa wietrzna (B01)	5661	6354	90818	138011
Odra (B05)	5	21	92	2248
Różyczka: ogółem (B06; P35.0)	484	601	29618	41875
Wirusowe zap. wątroby: typu A (B15)	47	83	953	1828
typu B (B16; B18.0-B18.1)	175	148	2994	3547
typu C (B17.1; B18.2)	110	71	1604	1407
typu B+C (B16; B18.0-B18.1 + B17.1; B18.2)	9	9	129	133
inne i nieokreśl.(B17.0;B17.2-.8;B18.8-.9;B19)	14	11	329	429
Świnka /nagminne zapalenie przyusznic/ (B26)	1699	9678	87601	199401
Włośnica (B75)	-	1	71	26
Świerzb (B86)	1135	1098	15535	16659
Grypa: ogółem (J10; J11)	476	324	2343332	771414
Bakteryjne zatrucia pokarmowe: razem	850	758	25944	29390
w tym: salmonelozy (A02.0)	709	654	22446	25742
gronkowcowe (A05.0)	4	-	346	375
jadem kiełbasianym /botulizm/ (A05.1)	2	3	85	85
wywołane przez <i>Clostridium perfringens</i> (A05.2)	-	1	-	1
inne określone (A05.3-A05.8)	2	1	62	37
nie określone (A05.9)	133	99	3005	3150
Zatrucia naturalnie toksycznym pokarmem: ogółem (T62)	8	17	142	222
w tym: grzybami (T62.0)	8	17	125	200
Inne zatrucia: ogółem (T36-T60; T63-T65)	351	403	6525	7715
w tym: pestycydami (T60)	4	3	119	115
lekami, prep.farmakologicznymi i subst.biolog. (T36-T50)	184	203	3854	4344
alkoholem (T51)	46	107	1221	1545
Ostre porażenia wiotkie u dzieci (0-14 lat)	6	8	67	45

## Zachorowania zgłoszone w okresie 16-30.11.1999 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 /szigelozal/ (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	10	-	-	712	5	447	2	76	394	120	5	26	9
Dolnośląskie	2	-	-	43	1	26	-	2	43	11	1	2	-
Kujawsko-Pomorskie	-	-	-	35	-	33	-	2	24	2	1	1	-
Lubelskie	-	-	-	29	1	27	-	-	26	3	-	-	-
Lubuskie	-	-	-	18	-	1	-	-	12	4	-	-	-
Łódzkie	-	-	-	84	-	10	-	18	23	5	-	-	-
Małopolskie	-	-	-	50	-	42	-	1	29	16	-	2	2
Mazowieckie	2	-	-	76	1	43	-	15	61	16	1	7	-
Opolskie	-	-	-	21	-	12	1	10	9	3	-	1	1
Podkarpackie	-	-	-	94	-	28	1	-	10	4	-	4	-
Podlaskie	-	-	-	24	-	13	-	3	6	5	-	4	2
Pomorskie	-	-	-	37	-	40	-	-	21	8	1	-	-
Śląskie	-	-	-	70	1	40	-	1	63	18	-	-	-
Świętokrzyskie	-	-	-	20	1	31	-	10	14	5	-	1	-
Warmińsko-Mazurskie	-	-	-	32	-	28	-	7	6	5	-	3	3
Wielkopolskie	6	-	-	59	-	59	-	4	32	7	-	-	-
Zachodniopomorskie	-	-	-	20	-	14	-	3	15	8	1	1	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	5661	5	484	47	184	119	1699	-	1135	476	850	8	351
Dolnośląskie	492	-	27	1	18	7	93	-	69	287	44	-	17
Kujawsko-Pomorskie	357	-	23	4	17	9	75	-	116	80	47	-	28
Lubelskie	292	-	35	-	9	8	108	-	115	-	30	1	39
Lubuskie	301	-	10	-	8	4	52	-	20	-	20	-	26
Łódzkie	447	-	44	1	19	20	77	-	151	-	91	3	26
Małopolskie	419	-	50	13	11	2	116	-	72	-	57	1	23
Mazowieckie	445	-	58	12	26	19	102	-	64	77	78	-	39
Opolskie	189	1	7	-	5	1	94	-	16	-	22	-	-
Podkarpackie	279	-	11	-	4	1	16	-	49	-	94	-	23
Podlaskie	194	-	17	-	3	2	71	-	64	2	24	-	7
Pomorskie	337	-	22	2	5	13	133	-	73	-	50	1	25
Śląskie	823	3	121	11	26	7	324	-	148	2	107	2	11
Świętokrzyskie	162	-	10	-	5	10	60	-	42	10	31	-	47
Warmińsko-Mazurskie	248	-	23	-	7	2	100	-	67	-	37	-	12
Wielkopolskie	532	1	22	-	8	9	243	-	41	18	62	-	12
Zachodniopomorskie	144	-	4	3	13	5	35	-	28	-	56	-	16

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

W listopadzie 1999 r. do Zakładu Epidemiologii PZH zgłoszono nowo wykryte zakażenie HIV 59 obywateli polskich, wśród których było m.in. 20 zakażonych w związku z używaniem narkotyków i 32 bez informacji o drodze zakażenia.

Obecność przeciwciał anti-HIV potwierdzono w Zakładzie Laboratoryjno-Doświadczalnym Instytutu Wenerologii AM w Warszawie, w Wojewódzkim Zespole Chorób Zakaźnych w Gdańsku, w Wojewódzkiej Przychodni Dermatologicznej w Katowicach, w Pracowni Bakteriologicznej Katedry Chorób Zakaźnych Collegium Medicum UJ w Krakowie, w Specjalistycznym Dermatologicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Łodzi, w Laboratorium Kliniki Chorób Zakaźnych AM we Wrocławiu oraz w Zakładzie Serologii Instytutu Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie.

Odnotowano zachorowanie na AIDS dwóch mężczyzn (homoseksualisty i bez informacji o drodze zakażenia).

Chorzy byli w wieku 29 i 48 lat. Mieli miejsce zamieszkania w woj. opolskim i śląskim.

W jednym przypadku określono chorobę wskazującą na AIDS jak w definicji do celów nadzoru epidemiologicznego, skorygowanej w 1993 r.; w jednym przypadku jako chorobę wskaźnikową podano zakażenie oportunistyczne bliżej nieokreślone. Nie podano liczby komórek CD4.

Od wdrożenia badań w 1985 r. do 30 listopada 1999 r. stwierdzono zakażenie HIV 6.082 obywateli polskich, wśród których było co najmniej 3.913 zakażonych w związku z używaniem narkotyków.

Ogółem odnotowano 828 zachorowań na AIDS; 462 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.

### Zatrucie bielunem (*Datura stramonium*) w woj. opolskim

25 sierpnia 1999 r., z Oddziału Dziecięcego Szpitala nr 1 w Kędzierzynie-Koźlu, zgłoszono do Powiatowej Stacji dwa przypadki zatrucia bielunem\*. Zatruciu ulegli 12 i 13-letni chłopcy, którzy zjedli nasiona tej rośliny. Dochodzenie epidemiologiczne przeprowadzone przez pracowników Oddziału Epidemiologii pozwoliło ustalić następujące fakty:

20 sierpnia 1999 r., ok. godziny 18, w trakcie spotkania na podwórku jednego z kędzierzyńsko-kozielskich osiedli, 13-letni chłopiec poczęstował swojego o rok młodszego kolegę nasionami bielunia. Obaj zjedli ich po kilka sztuk.

Ok. godziny 20 tego samego dnia, u młodszego chłopca wystąpiły pierwsze objawy zatrucia: nudności i wymioty. W miarę upływu czasu stan chłopca pogarszał się. Wystąpiło uczucie duszności, zaburzenia widzenia. Chłopiec tracił kontakt z otoczeniem.

Po czterech godzinach od wystąpienia objawów, a po sześciu od zjedzenia nasion, wezwana karetka przewiozła chłopca na oddział dziecięcy, gdzie zastosowano postępowanie typowe jak w zatruciach pokarmowych oraz leczenie objawowe - uzyskując po dwóch dniach całkowite wyzdrowienie.

Natomiast w przypadku drugiego chłopca, ponieważ nie przyznał się on do zjedzenia nasion, objawy jakie po kilku godzinach wystąpiły (nudności, wymioty, bóle i zawroty głowy, zaburzenia widzenia), matka kojarzyła z wcześniejszym urazem głowy, jakiemu uległ on w lipcu br. Fakt ten był powodem, że dopiero następnego dnia, czyli 21 sierpnia zgłosiła się do lekarza w Przychodni Rejonowej. Całkiem przypadkowo lekarz skierował chłopca na ten sam oddział, gdzie hospitalizowano jego kolegę. To pozwoliło na szybkie włączenie prawidłowego postępowania u drugiego chłopca. Po dwóch dniach leczenia również uzyskano wyzdrowienie.

Obaj chłopcy, wg oświadczeń rodziców, sprawiają duże trudności wychowawcze. Rodzice mają z nimi bardzo słabe kontakty. Chłopcy zaraz po opuszczeniu szpitala, w dniu 23.08.1999 r. uciekli z domów. W związku z tym wywiady z konieczności przeprowadzono z matkami chłopców, ale one niewiele mogły wnieść do dochodzenia epidemiologicznego, więc nie udało się ustalić skąd chłopcy mieli nasiona, po ile ich zjedli oraz czy inne dzieci jeszcze tych nasion nie mają.

\* Bielun dziedzierzawa (*datura stramonium*) - in. bielun jadowity, diabelskie ziele. Roślina jednoroczna z rodziny psiankowatych (*Solanaceae*) szeroko rozpowszechniona w całej Europie. Liście zawierają m.in. liczne alkaloidy tropanowe (0,2-0,6%), jak l-hioscyne (skopolaminę) i hioscyaminę. W nasionach alkaloidów jest więcej. Roślina silnie trująca, zwłaszcza nasiona, które zalicza się do najsilniej działających trucizn narkotycznych. **Przypominamy:** Zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób (ICD-10) zatrucie bielunem rejestrowane jest w kategorii T48.6 (tak jak zatrucie lekami przeciwastmatycznymi, niesklasyfikowanymi gdzie indziej) i wykazywane w Meldunkach w grupie T36-T50 - zatrucia lekami, preparatami farmaceutycznymi i substancjami biologicznymi. (przyp. ap, mpc)

na podstawie dochodzenia przeprowadzonego przez pracowników PSSE w Kędzierzynie-Koźlu przygotowali

Teresa Milewska, Andrzej Hausner, WSSE w Opolu

### Ocena postępów w eliminacji trądu w świecie do września 1999 roku

W 1991 roku Światowe Zgromadzenie Zdrowia podjęło rezolucję o eliminacji trądu jako problemu zdrowotnego do 2000 roku. Za punkt docelowy przyjęto ograniczenie współczynnika chorobowości do <1 na 10 tys. ludności.

Według centrali WHO w Genewie na 122 kraje o endemicznym występowaniu trądu (wg oceny z 1985 r.) w 98 krajach osiągnięto wyznaczony cel na początku 1999 roku, co oznacza zmniejszenie chorobowości o 85% w ciągu 15 lat.

Jak wynika z meldunków, które nadeszły do centrali WHO z 82 krajów, na początku bieżącego roku w leczeniu znajdowało się 731.399 przypadków trądu. Globalny współczynnik chorobowości oszacowano na 1,4 na 10 tys. ludności. Zwraca jednak uwagę ustabilizowana lub nieco wzrastająca

liczba zgłaszanych rocznie nowych zachorowań, co może wynikać z wielu uwarunkowań, jak intensyfikacja wykrywalności trądu, zwiększenie transmisji zakażeń na niektórych terenach lub błędy w sprawozdawczości polegające na zgłaszaniu chorych w trakcie leczenia jako nowe zachorowania.

Analiza liczby zachorowań w poszczególnych krajach wykazuje, że problem trądu ogranicza się do 24 krajów, położonych głównie w paśmie intertropikalnym. Wśród nich znajduje się 11 krajów o endemicznym występowaniu trądu, w których zarejestrowano 90% przypadków, zarówno nowo wykrytych jak i objętych leczeniem. W tych krajach zagregowana chorobowość na jeden rok przed wyznaczonym terminem eliminacji wciąż wynosi 4,5 na 10 tys. ludności, to jest ponad cztery razy więcej od docelowego poziomu. Liczby zarejestrowanych zachorowań i współczynnik chorobowości w najbardziej zagrożonych krajach przedstawiono w tabeli.

**Tabela 1.** Liczba zarejestrowanych zachorowań na trąd i współczynnik chorobowości w 11 najbardziej endemicznych krajach w 1999 r.

Kraj	Liczba zarejestr. zachorowań na 10 tys.	Współczynnik chorobowości	Liczba wykrytych nowych zachorowań	Współczynnik wykrywalności na 100 tys.
Indie	577 200	5,9	634 901	64,3
Brazylia	72 953	4,3	43 933	25,9
Indonezja	23 378	1,1	18 367	8,9
Madagaskar	12 989	8,0	8 957	55,2
Birma	11 906	2,4	14 357	29,0
Nepal	8 446	3,6	6 570	27,8
Etiopia	7 764	1,3	4 457	7,4
Mozambik	5 861	3,3	3 764	21,1
Kongo	5 853	1,2	3 781	7,9
Niger	2 885	2,9	2 549	25,2
Gwinea	2 388	3,3	3 684	50,3
Ogółem	734 853	4,5	748 855	46,0

W Regionie Europejskim było zarejestrowanych 765 chorych objętych leczeniem i 92 zgłoszone nowe zachorowania.

na podstawie "Wkly Epid. Rec." (1999,38,313-316)  
opracował Wojciech Żabicki

### Zwalczanie różyczki i zespołu wrodzonej różyczki w krajach rozwijających się - Zespół różyczki wrodzonej – Szczepienia przeciw różyczce

Zakażenie wirusem różyczki w pierwszym trymestrze ciąży może być przyczyną zespołu różyczki wrodzonej. Następujące objawy i stany patologiczne mogą wystąpić w ramach tego zespołu:

- spontaniczne poronienie lub przedwczesny poród;
- niska waga urodzeniowa;
- niedorozwój szczęki;
- głuchota jedno lub dwustronna w wyniku uszkodzenia nerwu słuchowego;
- głuchota w wyniku uszkodzenia ośrodką słuchu w ośrodkowym układzie nerwowym;
- niedorozwój umysłowy;

- zaburzenia mowy;
- drożność przewodu tętniczego;
- zwężenie tętnicy płucnej;
- uszkodzenia przegrody komorowej;
- uszkodzenia siatkówki;
- katarakta (w 50% obustronna) z towarzyszącym uszkodzeniem siatkówki;
- niedorozwój gałki ocznej;
- trombocytopenia;
- hepatosplenomegalia;
- zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych i mózgu;
- deformacje kostne;
- adenopatia;
- późne mięszone zapalenie płuc (w wieku 3-12 miesięcy);
- przewlekła biegunka;
- insulinozależna cukrzyca.

Niektóre z tych uszkodzeń prowadzić mogą do zgonu płodu lub urodzonego dziecka.

Rutynowo zespół różyczki wrodzonej jest rozpoznawany na podstawie następującej triady objawów: katarakta, choroby serca, głuchota. U dzieci z niepełną triadą wskazane jest przeprowadzenie badania laboratoryjnego. Wirus różyczki może być izolowany od dziecka w 6-12 miesięcy po porodzie, a czasem i dłużej, z nosogardła, moczu, płynu mózgowo-rdzeniowego, a także z tkanek pobranych drogą biopsji, podczas operacji chirurgicznej, lub badania pośmiertnego. Przeciwciała w klasie IgM są wykrywane w ciągu 6 miesięcy, a maksymalnie do 1 roku po urodzeniu. Wskazują one zwykle na zakażenie przed urodzeniem. Wykrycie przeciwciał w klasie IgG po 6 miesiącach od urodzenia może wskazywać na zakażenie zarówno przed jak i po urodzeniu.

W okresie przed szczepieniami przeciw różyczce podczas epidemii różyczki, które występują na ogół co 4-7 lat, współczynnik częstości zespołu różyczki wrodzonej na 1.000 urodzeń żywych wynosił co najmniej: na Jamajce 1,7; w Izraelu 1,7 (1972); Omanie 0,7 (1993); Panamie 2,2 (1986); Singapurze 1,5 (1969); Sri Lance 0,9 (1994-95); Trinidadzie i Tobago 0,6 (1982-83); Australii 0,8 (1954-1970), w Norwegii 1,5 w latach epidemicznych i 0,2 w latach zacisza epidemicznego, przeciętnie 0,4; w Wielkiej Brytanii 0,14; w USA 1-4 podczas epidemii w 1964 roku i poniżej 1 w latach zacisza epidemicznego. Dane te na ogół nie uwzględniają poronień i objawów, które ujawniły się po dłuższym okresie od porodu. W okresie przed szczepieniami współczynniki w krajach uprzemysłowionych i rozwiniętych były zbliżone do współczynnika w krajach rozwijających się.

Zakażenie wirusem różyczki dziecka przebiega łagodnie, objawia się łagodną gorączką, wysypką grudkowoplamistą z częstym powiększeniem węzłów potylicznych i okołosusznych. Objawy występują po okresie wylęgania trwającym 14-21 dni. Bóle stawów i/lub zapalenie stawów są dość częste u osób dorosłych, szczególnie u kobiet. W różnicowaniu należy uwzględnić odrę, dengę, zakażenie parwowirusem B-19, ludzkim wirusem herpes 6, wirusami: coxackie, echo, adeno, paciorkowcami z grupy A. W przypadku trudności diagnostycznych konieczne jest potwierdzenie laboratoryjne - serologiczne w kierunku przeciwciał różyczkowych w klasie IgM, które są wykrywane do 6 tygodni po wystąpieniu wysypki, albo wykazanie czterokrotnego wzrostu miana przeciwciał w klasie IgG. Około 50% zakażeń wirusem różyczki przebiega bez wysypki.

Częstość występowania różyczki w krajach rozwijają-

cych się jest zbliżona do częstości występowania w krajach uprzemysłowionych przed podjęciem szczepień.

W krajach europejskich epidemie różyczki występowały w erze przedszczepiennej co 4-6 lat. W różnych częściach świata co 4-5 lat, lub co 4-7 lat, lub co 6-7 lat. Najwyższa liczba zachorowań na różyczkę występuje wśród dzieci starszych niż wśród chorych na odrę, tj. w wieku 9-12 lat (Anglia z Walią, Niemcy, USA); 8 lat (Meksyk); 6-7 lat (Polska, Szkocja); 2-3 lata (Gambia).

Kobiety w wieku rozrodczym były seronegatywne w stosunku do różyczki w mniej niż 10% w 13 krajach, w 10-24% w 20 krajach i powyżej 25% w 12 krajach spośród 45 krajów gdzie przeprowadzono badania.

Żywa atenuowana szczepionka przeciw różyczce była dopuszczona do stosowania w USA w 1969 roku i wkrótce potem zastosowana w wielu krajach uprzemysłowionych. Nie została ona zalecona przez program EPI dla krajów rozwijających się. Mimo to część krajów wprowadziło to szczepienie do programów szczepień.

W połowie 1996 roku szczepienie przeciw różyczce wprowadzono w 78 krajach świata na 214, tj. w 36% krajów, w których zamieszkiwało 20% ludności, z tego w Regionie Europejskim - 56%, Amerykańskim - 43%, Śródziemnomorskim - 12%, Zachodniego Pacyfiku - 11%, Południowo-Wschodniej Azji - 5%, Afryki - 0%.

W Europejskim Regionie WHO w 1984 roku ustalono, że eliminacja zespołu różyczki wrodzonej nastąpi do 2000 roku. Cel operacyjny sformułowano następująco: do 1995 roku wszystkie kraje Regionu osiągną co najmniej 90% wykonawstwa szczepień przeciw różyczce i wprowadzą skuteczny surveillance każdego przypadku różyczki i zespołu różyczki wrodzonej, a od 1996 r. - badanie każdego podejrzanego przypadku o zespół różyczki wrodzonej.

W połowie 1996 r., głównie z przyczyn finansowych, szczepienie przeciw różyczce do programów szczepień wprowadziło w Regionie tylko 32 kraje, w których zamieszkiwało 56% ludności regionu, a w centralnej i wschodniej Europie tylko 36%. Wśród nich wymieniona jest Chorwacja, Polska, Izrael. Tak więc postanowienie z 1984 r. nie zostało zrealizowane.

Szczególnie dokładnie opisane jest doświadczenie Izraela w zakresie szczepień różyczkowych. Szczepienie zostało tam wprowadzone do programu szczepień w 1973 roku po dużej epidemii różyczki, jaka miała miejsce w 1972 r. Znotowano 739 podejrzeń różyczki u ciężarnych kobiet i 542 potwierdzone przypadki. Wprowadzono wówczas szczepienie dziewcząt w wieku szkolnym. Szczepienie to w wysokim odsetku wykonywano przez 6 lat. Podczas następnej epidemii w 1979 roku zanotowano 45 przypadków różyczki wrodzonej i ponad 480 przerwania ciąży w związku z epidemią różyczki, lecz spośród nich tylko 10% było uzasadnionych. Epidemia wskazała na konieczność uodparniania kobiet w wieku rozrodczym. W 1980 roku wprowadzono szczepienie przeciw różyczce po porodach i następnie rozszerzono to szczepienie na grupy ryzyka. W wyniku tych szczepień odsetek nieuodpornionych kobiet w wieku rozrodczym zmniejszył się z powyżej 20% do 10%. Podczas następnej epidemii w 1983 r. zachorowania na różyczkę kobiet w wieku rozrodczym zmniejszyły się do 21% obserwowanych w latach siedemdziesiątych. Zachorowania szerzyły się głównie wśród męskiej młodzieży. Od 1989 roku do stosowanego dotychczas programu szczepień dołączono ponadto szczepienie skojarzoną szczepionką przeciw odrze, śwince i różyczce dzieci w wieku 15 miesięcy.

Szczepionka ta jest stosowana zależnie od sytuacji ekonomicznej kraju. I tak szczepienie to wprowadziło do programów szczepień 92% krajów uprzemysłowionych, 48% krajów słabszych ekonomicznie lecz samowystarczalnych w zakresie szczepień, 21% krajów korzystających z pomocy z zewnątrz do realizacji kalendarza i tylko 4% krajów najbiedniejszych.

Stosowana obecnie żywa szczepionka przeciw różyczce zawiera szczep RA 27/3, namnożony na ludzkich komórkach diploidalnych. Szczepionka jest stosowana jako monowalentna szczepionka przeciw różyczce i w formie następujących szczepionek skojarzonych: odra-różyczka (MR) i odra-świnka-różyczka (MMR). Po zaszczepieniu dzieci w wieku co najmniej 12 miesięcy następuje serokonwersja dochodząca według niektórych badań do 99-100%. Powyżej 90% szczepionych jest chronionych zarówno przed zachorowaniem na różyczkę jak i przed wiremiami przez 15 lat (12-15). Ogólnie odporność poszczepienna jest długotrwała. Zakażenie osób z przeciwciałami było stwierdzone przez znamienny wzrost poziomu przeciwciał po ekspozycji. Zdarza się to częściej wśród szczepionych, niż wśród uodpornionych naturalnie po przechorowaniu. Chociaż ryzyko zakażenia płodu jest znamiennie niższe u kobiety w przeszłości szczepionej, niż po zakażeniu nieuodpornionej kobiety, to jednak może dojść do zespołu różyczki wrodzonej u dziecka urodzonego przez kobietę, która przeżyła co najmniej jedno szczepienie i po nim serokonwersję.

Szczepionka przeciw różyczce nie powinna być podana ciężarnej kobiecie, chociaż wskaźnik izolacji wirusa szczepionkowego RA 27/3 jest niski (3%). Wykrycie wirusa szczepionkowego w niektórych płodach poronionych przez kobiety szczepione nie wskazuje na to, że może się on namnożyć do poziomu niezbędnego dla powstania zespołu różyczki wrodzonej. W Anglii i Walii, Niemczech, Szwecji i USA prowadzone są rejestry kobiet, które zostały zaszczepione przeciw różyczce w ciągu 3 miesięcy po zapłodnieniu i nie przerwały ciąży. Żadne z 515 dzieci urodzonych przez te kobiety, które przed szczepieniem były seronegatywne, nie urodziły dziecka z uszkodzeniami charakterystycznymi dla wirusa różyczki. Tak więc wskaźnik zespołu różyczki wrodzonej dla tych dzieci jest 0.

Teoretycznie maksymalne ryzyko towarzyszącego szczepieniu zespołu różyczki wrodzonej ocenione z ufnością 95% wynosi poniżej 1%, tj. niżej niż ryzyko uszkodzeń płodu w wyniku wszystkich czynników uszkadzających działających w czasie ciąży (2-3%).

W USA badania te zostały zakończone w 1988 r. Duża część doradców stoi na stanowisku, że ciąża jest przeciwskazaniem do szczepienia przeciw różyczce z powodu możliwości wystąpienia zespołu różyczki wrodzonej towarzyszącemu szczepieniu. Zgadniają się jednak wszyscy, że jeżeli ciężarna kobieta zostałaby zaszczepiona, to ze względu na niskie prawdopodobieństwo uszkodzenia płodu z tego powodu nie należy doradzać przerwania ciąży.

Przegląd niepożądanych odczynów poszczepiennych w 1991 r. w USA wskazuje na przyczynową rolę szczepień wirusem RA 27/3, a przejściowym ostrym zapaleniem stawów. Odczyn ten występuje u 13-15% dorosłych kobiet szczepionych szczepionkowym wirusem różyczki RA 27/3, podczas gdy u mężczyzn, młodzieży i dzieci występuje on znacznie rzadziej. W trzech badaniach wykazano ponadto ryzyko przewlekłego zapalenia stawów po szczepieniu. W badaniach przeprowadzonych w Izraelu z uwzględnieniem podwójnie ślepej próby nie stwierdzono zapalenia stawów

po szczepieniu kobiet po porodach. Podobny wynik uzyskano w retrospektywnych badaniach przeprowadzonych w USA i w prospektywnych badaniach w Kanadzie.

Według Plotkina szczepienie niemowląt spowoduje eradykację zespołu różyczki wrodzonej w ciągu 30-40 lat, dziewcząt w wieku szkolnym w ciągu 10-20 lat, a dorosłych kobiet spowodowałoby natychmiastową eradykację tego zespołu pod warunkiem zaszczepienia 100% kobiet.

Dla osiągnięcia likwidacji zespołu różyczki wrodzonej jest konieczne szczepienie pewnych grup kobiet w wieku rozrodczym z podjęciem odpowiednich kroków dla zapewnienia niezaszczepienia kobiety w ciąży. Sięga się tu często po szczepienie kobiet po porodach. Łatwiej jest przeprowadzić takie szczepienie wszystkich chętnych do szczepienia kobiet bez przeprowadzania przeglądowych serologicznych badań kwalifikacyjnych dla zaszczepienia tylko kobiet nieuodpornionych. Również pod względem ekonomicznym jest to opłacalne ze względu na kosztowne badania serologiczne. Szczepienie to nie przyczynia się do uodpornienia kobiet przed poprzednią, najczęściej pierwszą ciążą. W Wielkiej Brytanii 40%, a w USA 50-60% zespołów różyczki wrodzonej wywodzi się z tego typu ciąż. Dlatego z zapewnieniem niezaszczepienia ciężarnej kobiety i obietnicy niezajścia w ciążę przez 3 miesiące powinno się proponować szczepienie przeciw różyczce dojrzałym kobietom przy różnych okazjach. W krajach rozwijających się istnieją trudności w ustaleniu czy kobieta była poprzednio szczepiona. Dlatego przeprowadza się masowe akcje szczepień kobiet w wieku rozrodczym jak np. na Kubie i w Malesji.

Szczepienie dziewcząt w wieku szkolnym może mieć wpływ na zmniejszenie występowania zespołu różyczki wrodzonej tylko pod warunkiem szczepienia wysokiego odsetka. Nie można tego zapewnić w krajach rozwijających się, gdzie tym sposobem uodpornianych jest tylko 30-40% dziewcząt.

Szczepienie przeciw różyczce tylko w wieku dziecięcym jest niemożliwe do przyjęcia, ze względu na efekt eliminacji/eradykacji zespołu różyczki wrodzonej po co najmniej 20 latach. W tym okresie może nastąpić, zgodnie z wynika-

mi obliczeń według modeli matematycznych, okresowy wzrost liczby zespołu różyczki wrodzonej, zwłaszcza jeżeli nie osiągnie się odpowiednio wysokiego odsetka zaszczepionych.

Podsumowując - szczepienie przeciw różyczce należy tak wykonywać, by nie zaszczepić kobiety w ciąży i w okresie do 3 miesięcy przed zajściem w ciążę. W związku z tym w krajach rozwiniętych szczepione są następujące grupy dziewcząt i kobiet: dziewczęta w wieku szkolnym, dziewczęta w wieku szkolnym i kobiety po porodach, dziewczęta w wieku szkolnym i kobiety w wieku rozrodczym, szczepienie dzieci (dziewcząt i chłopców), szczepienie dzieci i dziewcząt w wieku szkolnym i kobiet w wieku rozrodczym, akcyjne szczepienia dzieci w wieku 1-14 lat szczepionką MMR lub MR, akcyjne szczepienia dzieci i kobiet w wieku rozrodczym. Zależnie od lokalnych warunków, stopnia uświadczenia ludności, sytuacji epidemiologicznej różyczki i zespołu różyczki wrodzonej w kraju i w krajach sąsiednich, zagrożenia wystąpienia zespołu różyczki wrodzonej powinien być wybrany i zastosowany odpowiedni sposób postępowania.

wyciąg z artykułów: *F.T.Cutis, S.E.Robertson, J.L.Diaz Ortega, R.Samuel "Bull.WHO", 1997,75(1),55-68; S.E.Robertson, F.T. Cutis, R.Samuel, J.L. Diaz Ortega "Bull.WHO" 1997,75(1),69-80*

opracował Wiesław Magdzik

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

"Meldunki" opracowuje zespół: Mirosław P. Czarkowski (red.odp.), Ewa Cielebak, 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 grype w Polsce w sezonie 1999/2000 w porównaniu z sezonami 1996/7-1998/9 zapadalność na 100 tys. ludności wg dwutygodniowych meldunków

