

Meldunek 12/A/99

o zachorowaniach na choroby zakaźne i zatruciach związkami chemicznymi zgłoszonych w okresie od 1.12 do 15.12.1999 r.

Jednostka chorobowa (symbole wg "Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych" ICD-10)	Meldunek 12/A		Dane skumulowane	
	1.12.99. do 15.12.99.	1.12.98. do 15.12.98.	1.01.99. do 15.12.99.	1.01.98. do 15.12.98.
Choroba wywołana przez ludzki wirus upośl.odp.: ogółem (B20-B24)	3	2	100	107
Dur brzuszny (A01.0)	-	-	6	2
Dury rzekome A.B.C. (A01.1-A01.3)	-	-	1	4
Salmonelozy: ogółem (A02)	498	539	22987	26335
Czerwonka bakteryjna /szigelozja/ (A03)	7	4	284	548
Inne bakteryjne zakażenia jelitowe: ogółem (A04)	120	130	3540	4021
Wiusowe i inne określone zakażenia jelitowe: ogółem (A08)	66	21	1354	626
Biegunki u dzieci do lat 2: ogółem (A04; A08; A09)	482	445	12551	12241
w tym: BNO, prawdopodobnie pochodzenia zakaźnego (A09)	345	326	9248	8928
Tężec: ogółem (A33-A35)	-	1	21	22
Błonica (A36)	-	-	-	-
Krztusiec (A37)	100	101	747	2809
Szkarlatyna /płonica/ (A38)	444	558	9257	15798
Zapalenie opon mózgowych: razem	78	117	2118	2879
w tym: meningokokowe (A39.0)	5	-	111	125
wywołane przez <i>Haemophilus influenzae</i> (G00.0)	1	4	61	92
inne bakteryjne, określone i nie określone (G00.1-G00.9)	32	39	769	850
wirusowe, określone i nie określone (A87; B00.3; B02.1)	31	61	992	1602
inne i nie określone (G03)	9	13	185	210
Zapalenie mózgu: razem	32	21	461	551
w tym: meningokokowe i inne bakteryjne: ogółem (A39.8; G04.2)	6	4	96	80
wirusowe, przenoszone przez kleszcze (A84)	3	6	100	199
inne wirusowe, określone (A83; A85; B00.4; B02.0; B25.8)	5	-	29	30
wirusowe, nie określone (A86)	12	8	159	155
poszczepienne (G04.0)	-	-	1	1
inne i nie określone (G04.8-G04.9)	6	3	76	86
Riketsjozy: ogółem (A75-A79)	-	-	-	1
Ostre nagminne porażenie dziecięce, łącznie z poszczepiennym (A80)	-	-	-	1
Ospa wietrzna (B01)	6394	7258	97212	145269
Odra (B05)	5	5	97	2253
Różyczka: ogółem (B06; P35.0)	590	696	30208	42571
Wirusowe zap. wątroby: typu A (B15)	39	76	992	1904
typu B (B16; B18.0-B18.1)	181	179	3176	3726
typu C (B17.1; B18.2)	114	60	1718	1467
typu B+C (B16; B18.0-B18.1 + B17.1; B18.2)	11	11	141	144
inne i nieokreśl.(B17.0;B17.2-.8;B18.8-.9;B19)	17	14	343	443
Świnka /nagminne zapalenie przyusznic/ (B26)	1418	9780	89019	209181
Włośnica (B75)	7	-	78	26
Świerzb (B86)	1136	902	16671	17561
Grypa: ogółem (J10; J11)	452	15591	2343784	787005
Bakteryjne zatrucia pokarmowe: razem	599	649	26541	30039
w tym: salmonelozy (A02.0)	494	537	22938	26279
gronkowcowe (A05.0)	6	-	352	375
jadem kiełbasianym /botulizm/ (A05.1)	9	2	94	87
wywołane przez <i>Clostridium perfringens</i> (A05.2)	-	-	-	1
inne określone (A05.3-A05.8)	3	-	65	37
nie określone (A05.9)	87	110	3092	3260
Zatrucia naturalnie toksycznym pokarmem: ogółem (T62)	2	6	141	228
w tym: grzybami (T62.0)	2	6	124	206
Inne zatrucia: ogółem (T36-T60; T63-T65)	362	294	6890	8009
w tym: pestycydami (T60)	1	-	121	115
lekami, prep.farmakologicznymi i subst.biolog. (T36-T50)	221	152	4075	4496
alkoholem (T51)	56	55	1278	1600
Ostre porażenia wiotkie u dzieci (0-14 lat)	2	5	69	50

Zachorowania zgłoszone w okresie 1-15.12.1999 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	3	-	-	498	7	482	-	100	444	78	5	32	3
Dolnośląskie	-	-	-	24	-	30	-	-	65	4	1	2	-
Kujawsko-Pomorskie	1	-	-	20	-	31	-	1	18	2	-	1	-
Lubelskie	-	-	-	29	1	43	-	1	22	5	-	1	-
Lubuskie	-	-	-	8	-	2	-	-	5	4	1	1	-
Łódzkie	-	-	-	35	-	11	-	22	13	3	-	-	-
Małopolskie	-	-	-	31	-	43	-	1	32	10	-	2	-
Mazowieckie	-	-	-	74	-	60	-	25	51	10	-	6	-
Opolskie	-	-	-	10	-	9	-	7	15	1	-	1	1
Podkarpackie	-	-	-	19	-	35	-	-	18	11	1	3	-
Podlaskie	1	-	-	28	-	15	-	20	15	1	-	3	1
Pomorskie	-	-	-	47	3	38	-	-	27	4	-	1	-
Śląskie	1	-	-	58	-	32	-	2	74	7	1	-	-
Świętokrzyskie	-	-	-	16	-	34	-	12	19	2	-	2	-
Warmińsko-Mazurskie	-	-	-	42	1	24	-	3	9	6	1	4	1
Wielkopolskie	-	-	-	43	-	68	-	6	46	6	-	4	-
Zachodniopomorskie	-	-	-	14	2	7	-	-	15	2	-	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	6394	5	590	39	192	125	1418	7	1136	452	599	2	362
Dolnośląskie	597	-	39	-	6	12	67	-	56	174	24	-	8
Kujawsko-Pomorskie	288	-	31	2	17	4	52	-	79	4	37	-	45
Lubelskie	261	-	28	1	7	4	79	-	85	-	31	-	53
Lubuskie	279	-	7	-	2	5	48	4	26	-	11	-	26
Łódzkie	325	-	53	5	26	20	53	-	107	-	38	2	38
Małopolskie	502	-	61	7	13	10	135	-	36	-	43	-	10
Mazowieckie	665	-	48	3	20	15	102	3	88	-	73	-	6
Opolskie	280	-	30	-	6	3	124	-	10	157	10	-	-
Podkarpackie	370	1	20	2	7	-	15	-	63	-	19	-	22
Podlaskie	192	-	24	-	6	-	81	-	93	2	32	-	10
Pomorskie	313	1	17	4	20	18	86	-	71	11	54	-	19
Śląskie	1175	1	152	10	32	10	213	-	167	-	80	-	15
Świętokrzyskie	214	-	4	-	5	5	32	-	73	18	29	-	51
Warmińsko-Mazurskie	169	-	39	3	2	4	100	-	44	-	46	-	21
Wielkopolskie	627	2	25	1	15	4	199	-	63	86	41	-	12
Zachodniopomorskie	137	-	12	1	8	11	32	-	75	-	31	-	26

Nieformalna konsultacja dotycząca zapobiegania i zwalczania krztuśca szczepionką pełnokomórkową i acelularną (Genewa, 18-19 maja 1998 r.)

Wyciąg z opracowania wydanego przez WHO

W 1997 r. wystąpiło na świecie według danych szacunkowych 45 milionów zachorowań na krztusiec i 409 tysięcy zgonów. Trzema dawkami w większości szczepionki DTPw (Pw - szczepionka przeciwkrztuścowa pełnokomórkowa), w niewielkim odsetku DTPa (Pa szczepionka przeciwkrztuścowa acelularna) szczepionych jest na świecie około 82% dzieci. Szczepienia te zapobiegają 760 tysiącom zgonów z powodu krztuśca.

Szczepionki przeciwkrztuścowe, a zwłaszcza Pw, są przyczyną zarówno lokalnych jak i uogólnionych niepożądanych odczynów poszczepiennych. Obserwuje się znaczne różnice w zakresie "koszt-korzyść" (cost-benefits) między zapobieganiem krztuścowi w poszczególnych krajach, zwłaszcza rozwijających się i rozwiniętych, a w szczególności stosujących Pw i Pa. Szczepionka Pw ma szansę być stosowana dla rutynowego szczepienia zwłaszcza niemowląt jeszcze przez długie lata. Szczepionka Pa stosowana jest coraz szerzej, zwłaszcza w krajach rozwiniętych, w ramach dawek przypominających i w celu uodporniania dzieci z przeciwwskazaniami, szczególnie neurologicznymi.

W Europejskim Regionie WHO na 51 krajów zapadalność na krztusiec niższą od 1 na 100.000 wykazuje 8 krajów, a wyższą od 10 - 7 krajów. Wykonawstwo szczepień (3 dawki szczepienia podstawowego) niższe od 80% notowało 10 krajów. Kalendarze szczepień uwzględniały od 3 do 5 dawek szczepionki przeciwkrztuścowej (w większości krajów 4 dawki) skojarzonej z anatoksyną błoniczą i tężcową, a w 6 krajach także ze szczepionką przeciw Hib i/lub HB, i/lub IPV. Szczepionka Pw stosowana jest zwłaszcza we wschodniej i centralnej części Regionu Europejskiego. Cztery kraje zachodnioeuropejskie produkują DTPa, sześć importuje. Stosowanie Pa często jest wprowadzane na skutek niskiej akceptacji Pw, lub zupełnego braku akceptacji (Szwecja) z powodu wysokiej odczynowości Pw.

Z obrad w ramach konsultacji dotyczącej zapobiegania i zwalczania krztuśca szczepionką pełnokomórkową i acelularną w Genewie w dniach 18-19 maja 1998 r. wyciągnięte zostały następujące wnioski:

- W krajach rozwiniętych, z małymi wyjątkami, zapobieganie krztuścowi jest sprawnie przeprowadzane. W niektórych krajach obserwuje się znamienne różnice tak pomiędzy krajami jak i w różnych okresach czasu. Zapadalność i umieralność z krztuśca wskazują na istniejącą transmisję *B.pertussis*.

- W krajach rozwijających się obserwowana jest dość powszechnie wysoka zapadalność, umieralność i częstość powikłań.

- W celu poprawy surveillance'u i możliwości porównań sytuacji w różnych krajach konieczna wydaje się być poprawa i standaryzacja systemu zgłaszania i rejestrowania zachorowań, opracowanie definicji przypadku krztuśca, sposobu potwierdzania zachorowania (zwłaszcza laboratoryjnego) ze zwróceniem szczególnej uwagi na przypadki nietypowo przebiegające, szczególnie u szczepionych i osób starszych.

- Obserwacje z ostatnich lat wskazują, że w krajach o wysokim wykonawstwie szczepień przeciw krztuścowi następuje spadek zachorowań wśród małych dzieci, a narastają zachorowania na krztusiec często nietypowo przebiegające wśród młodzieży i osób dorosłych.

- Dla uzyskania dalszej poprawy wykonawstwa szczepień przeciw krztuścowi konieczne jest określenie rzeczywistych przeciwwskazań do szczepienia i eliminacja ze stosowania przeciwwskazań zbytecznych i nieistotnych, zwłaszcza przy kwalifikowaniu do szczepienia pierwszą dawką DTP. Obawy przed tego typu przeciwwskazaniami bywają przyczyną spadku wykonawstwa szczepień i wzrostu zapadalności i umieralności z powodu krztuśca.

- Szczepionka Pa skojarzona z anatoksyną błoniczą i tężcową jest skuteczna i bezpieczna. Częstość niepożądanych odczynów poszczepiennych: miejscowych, gorączki, epizodów hypotoniczno-hyporeaktywnych była niższa po DTPa niż po DTPw. DTPa jest szeroko stosowana do rutynowego szczepienia podstawowego i dawkami przypominającymi w około 10 krajach na świecie. Jest w trakcie wdrażania w różnym zakresie w dalszych kilku krajach.

- Badania przeprowadzone w Sztokholmie w latach 1993-96 wskazują na korelację ochrony przeciw krztuścowi z przeciwciałami powstałymi w wyniku działania pertaktyny i fimbrii typ 2. Nie obserwowano koleracji z przeciwciałami powstałymi w wyniku działania aglutyniny włókienkowej i toksyny krztuścowej. Przyczyną, że przeciwciała powstałe w wyniku działania toksyny krztuścowej nie korelują z ochroną przeciw krztuścowi, może być ich gwałtowny spadek w krótkim okresie po szczepieniu.

- W innych badaniach przeprowadzonych w latach 1992-95 w Geteborgu (Szwecja) wykazano, że dzieci z najwyższym poziomem przeciwciał ukierunkowanych na toksynę krztuścową wykazywały zapadalność o połowę niższą od innych dzieci.

- Badania na zwierzętach sugerują, że ochronny skutek szczepionek acelularnych związany jest tylko z ochronnym działaniem pertaktyny.

- Badania szczególnie przeprowadzone w Japonii dowodzą, że po Pa niepożądane odczyny poszczepienne, zwłaszcza ze strony układu nerwowego, występują znacznie rzadziej niż po Pw.

- Szczepionki DTPw są również szczepionkami bezpiecznymi i wysoce skutecznymi i można przewidywać, że stosowane będą jeszcze długi okres czasu. Patenty produkcyjne i prawo własności ograniczają możliwość szybkiego wprowadzenia do szerokiego stosowania szczepionki DTPa.

- W krajach, gdzie w obawie przed odczynami poszczepiennymi nastąpiło zmniejszenie stosowania Pw, wystąpił wzrost liczby zachorowań na krztusiec, a nawet epidemii. Było to przyczyną przyspieszenia badań nad produkcją i stosowaniem w tych krajach Pa.

- Decyzja o stosowaniu DTPw lub DTPa musi być podejmowana w każdym kraju z wzięciem pod uwagę wszystkich problemów rzutujących na tę sprawę, a zwłaszcza stopnia ryzyka, stopnia korzyści oraz kosztów.

opracował Wiesław Magdzik

Postępy w rozwoju szczepień przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B w świecie

Jak wynika z "V&B Annual Report" w 1998 r. ponad 100 krajów włączyło szczepienia przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B do krajowych programów szczepień, to jest pięć razy więcej w porównaniu z 1991 rokiem, kiedy ogłoszone zostały pierwsze rekomendacje WHO w tej sprawie. Obecnie wszystkie kraje rozwinięte prowadzą ruty-

nowe szczepienia dzieci przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B z wyjątkiem Irlandii, Japonii, Holandii, krajów skandynawskich i W. Brytanii. Wiadomo, że w 1999 r. podjęcie takich działań było planowane w szeregu krajów, takich jak Meksyk, Argentyna, Rosyjska Federacja, Maroko i Pakistan. Wprowadzenie szczepień jest niezbędne na kontynencie afrykańskim na południe od Sahary, na subkontynencie indyjskim oraz w szeregu krajów na terenie b. Związku Radzieckiego.

Wpływ szczepień przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B na ograniczenie zakażeń HBV jest dobrze udokumentowany. W kohortach szczepionych dzieci występowanie nosicielstwa może spadać do 1-2%, nawet w krajach o bardzo wysokiej endemiczności HBV rzędu 8-15%. W krajach o endemicznym występowaniu HBV, w następstwie szczepień ochronnych obserwuje się szybki spadek zakażeń nie tylko u dzieci, ale również w starszych grupach wieku. Według kierownictwa programu EPI wśród dzieci urodzonych w 1997 r. zastosowanie szczepionki pozwoli uniknąć 2,4 mln przypadków nosicielstwa HBV oraz 483.000 zgonów z powodu przewlekłych chorób wątroby oraz raka. Ostatnio na Tajwanie udowodniono bezpośredni wpływ szczepień na ograniczenie występowania pierwotnego raka wątroby w kohortach szczepionych dzieci.

Według centrali WHO w Genewie wprowadzenie szczepień przeciw wzv B do najuboższych krajów wymaga:

- przezwyciężenia infrastrukturalnej słabości, limitującej wykonawstwo szczepień do 20-50% dzieci,
- znalezienia nowych mechanizmów finansowania i działań motywacyjnych na wysokich szczeblach zarządzania.

W Regionie Wschodnio-Śródziemnomorskim szczepienie przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B u dzieci w pierwszym roku życia włączono do krajowych programów szczepień w piętnastu krajach (Bahrain, Cypr, Egipt, Iran, Irak, Jordania, Kuwejt, Libia, Oman, Katar, Arabia Saudyjska, Syria, Tunezja, Zjednoczone Emiraty Arabskie oraz na zach. brzegu Jordanu i w rejonie Gazy). Włączenie szczepień przeciw wzv B do programów EPI zaplanowano w Libanie, Maroku i Pakistanie. Jak wynika z dostępnej sprawozdawczości, w 1997 r. objęto szczepieniami średnio 88% dzieci, a w dziewięciu krajach 90% i więcej. Kraje, które nie podjęły tych działań, są zobligowane do nadania problemowi HBV właściwych priorytetów.

W Regionie zach. Pacyfiku 34 kraje włączyły szczepienie przeciw wzv B do krajowych programów. W końcu 1997 r. w 13 krajach objęto szczepieniami ponad 80% dzieci.

W Regionie pld.wsch. Azji szczepienia przeciw wzv B wprowadzono do rutynowych programów EPI w Indonezji, Tajlandii, Bhutanie i na Malediwach. Brak środków finansowych ogranicza pełne wdrożenie programu w Bangladeszu, Indiach i pñ. Korei, gdzie występowanie nosicielstwa HBV waha się od 6 do 12%.

Natomiast w Regionie Afrykańskim rozwój programu hamują trudności finansowe, słaby rozwój infrastruktury, brak priorytetów dla zakażeń HBV oraz przeświadczenie, że szczepionki rekombinowane są bezpieczniejsze od plazmatycznych. W Botswanie i Gambii oraz na Maurytiusie i Seszelach szczepieniami obejmuje się poniżej 1% dzieci.

W Regionie Europejskim występowanie nosicielstwa HBV sięga: 2% w krajach bałtyckich, 7% w Rosyjskiej Federacji, 5-10% w Albanii, Bułgarii, Mołdawii, Rumunii oraz w niektórych krajach śródkowozjatyckich. Wdrożenie szczepień przeciw wzv B w tych krajach uważa się za wy-

soce efektywny sposób wykorzystania środków na ochronę zdrowia.

W Regionie Amerykańskim szczepienia przeciw HBV są włączone do krajowych programów szczepień na większości obszaru, z wyjątkiem Chile, Wenezueli, Ekwadoru, Gujany i Surinamu oraz kilku krajów śródkowo-amerykańskich.

Wśród sponsorów programu jest wymieniony Sir Elton John, który miał charytatywny koncert w Genewie i wręczył Dyrektorowi Generalnemu WHO czek na kwotę 100.000 SFr na cele związane z zapobieganiem i zwalczaniem zakażeń HBV.

*na podstawie "WHO/N&B/99.01"
opracował Wojciech Żabicki*

Wybór nowych kierunków szczepień przeciw poliomyelitis po eradykacji na okres przejściowy w rozważaniach centrali WHO w Genewie

Na drugim Światowym Kongresie Pediatrycznym Chorób Zakaźnych (Manila 2-6 listopad 1999 r.) główny referat problemowy na pierwszej sesji plenarnej dotyczył postępów programu eradykacji *poliomyelitis* i wyboru najbardziej racjonalnego kierunku zmiany szczepień w okresie przejściowym po eradykacji. Referat wygłosił Harry F.Hull z centrali WHO w Genewie, jako główny koordynator programu.

W ciągu jedenastu lat trwania programu uzyskano w świecie spadek zachorowań na *poliomyelitis* o 80%. Wyznaczony cel, jakim jest eradykacja *poliomyelitis* z przerwaniem transmisji zakażeń osiągnięto w 1991 roku w Regionie Amerykańskim i w 1997 roku w Regionie Zach.Pacyfiku, obejmującym Chiny. We wszystkich krajach o endemicznym występowaniu *poliomyelitis* przeprowadza się krajowe akcje szczepień, które obejmują około 470 mln dzieci rocznie. Obecnie najbardziej nasilone działania koncentrują się w siedmiu krajach endemicznych o dużej gęstości zaludnienia oraz ośmiu krajach z konfliktami wewnętrznymi, ze szczególnym uwzględnieniem Angoli. W tych rejonach problemem jest dotarcie do dzieci znajdujących się w strefie konfliktu oraz zapewnienie pełnego wsparcia politycznego i finansowego prowadzonym działaniom.

Do chwili uzyskania globalnej eradykacji kraje wolne od *poliomyelitis* muszą utrzymać wysoki stan uodpornienia i prowadzić skuteczne działania zmniejszające ryzyko związane z zawlekaniami zachorowań.

W związku ze zbliżającym się osiągnięciem zamierzonego celu, centrala WHO w Genewie opracowuje strategię postępowania na okres przejściowy. Już postanowiono zinentaryzować laboratoryjne zasoby dzikich szczepów wirusa *polio* przypominając, że w 1978 roku ostatnie zachorowanie na ospę prawdziwą w W.Brytanii było zakażeniem laboratoryjnym. Dzikie szczepy mają pozostać tylko w tych laboratoriach, które będą kontynuować niezbędne prace diagnostyczne i badawcze, a w rok po ostatnim zachorowaniu na *poliomyelitis* wszystkie pozostałe szczepy mają być skutecznie zabezpieczone.

Monitorowanie ostrych wiotkich porażań u dzieci w wieku do 15 lat jest podstawowym działaniem umożliwiającym udokumentowanie braku krążenia dzikich szczepów wirusa *polio*. Uzyskanie certyfikatu eradykacji będzie możliwe po trzech latach intensywnego monitoringu we wszystkich krajach przez trzy lata od ostatniego za-

chorowania.

Obecnie zainteresowanie kierownictwa programu koncentruje się na problemie wydłużonego wydalania szczepów szczepionkowych *polio* przez osoby z immunodepresją oraz stałego krążenia tych szczepów na przeludnionych terenach strefy tropikalnej przy złych warunkach sanitarnych i braku pełnego uodpornienia. Proponowane kierunki postępowania obejmują wprowadzenie na ograniczony okres szczepionek inaktywowanych i zawieszeniem szczepień szczepionkami antenuowanymi oraz uzyskanie nowych, genetycznie sterowanych szczepionek.

Wystąpienie przedstawiciela centrali WHO w Genewie uzupełnił R. Dogan z izraelskiego Soroka University Medical Centre and the Faculty of Health Science Beer-Sheva. Referent przypomniał, że w 1978 roku w strefie Gazy w czasie epidemii *polio* wprowadzono naprzemienne szczepienia OPV+IPV i doprowadzono do trwałego przerwania transmisji zakażeń. Doświadczenia uzyskane w strefie Gazy wykorzystano w Izraelu w 1987 roku w czasie epidemii, w której wystąpiło 20 porażennych zachorowań. Po wprowadzeniu kombinowanego schematu szczepień IPV/OPV dla dzieci w wieku od 2 miesięcy do 6 lat w Izraelu ustały zachorowania na *poliomyelitis* i tylko w 1995 roku odnotowano jedno zachorowanie związane ze szczepieniem, wywołane szczepem szczepionkowym (VAPP).

Częstość występowania zachorowań na *poliomyelitis* związanych ze szczepieniami (VAPP) szacuje się na jeden przypadek na 300.000-750.000 dzieci szczepionych pierwszą dawką szczepionki OPV. Obecnie świat stoi przed wyborem najbardziej racjonalnej opcji zmiany polityki szczepień przeciw *polio* w celu wyeliminowania VAPP. Wprawdzie w USA ostatnie zachorowania na *poliomyelitis* wywołane dzikim szczepem wirusa *polio* stwierdzono w latach 1978-1980, to jednak od tego czasu regularnie rejestruje się około dziesięciu przypadków VAPP rocznie. W związku z tym od 1997 roku w USA rekomenduje się schemat szczepień obejmujących kolejno dwie dawki szczepionki IPV i dwie dawki szczepionki OPV.

na podstawie "Second World Congress of Pediatric Infectious Diseases - Abstracts" (Manila 1999)

opracował Wojciech Żabicki

Izolacja dzikich szczepów wirusa *polio* typu 1 w Birmie

Jak donosi "Weekly Epidemiological Record" (1999,43, 357-360) w Birmie od 1 stycznia do 22 września 1999 r. zgłoszono 92 przypadki AFP, z których 91 (99%) miało wykonane przynajmniej jedno badanie wirusologiczne, a 62 (67%) dwa badania wykonane zgodnie z obowiązującą doktryną postępowania.

Monitoring AFP wdrożono w Birmie w 1996 r. ale do tej pory zgłaszane przypadki były rozpoznawane jako *poliomyelitis* bez badań wirusologicznych na podstawie przesłanek klinicznych.

Ostatnio od czterech chorych z wiotkimi porażeniami izolowano dzikie szczepy wirusa *polio* typu 1. Izolacje uzyskano od dzieci w stanie Rakhine na pograniczu z Bangladeszem. Centrala WHO podkreśla, że jest to pierwszy laboratoryjny dowód krążenia dzikich szczepów wirusa *polio* od 1996 r. w Birmie. Badania wirusologiczne przeprowadzają miejscowe National Health Laboratories w Yangon, posia-

dające czasową akredytację. Diagnostykę różnicową izolowanych szczepów zapewnia regionalny ośrodek referencyjny w National Institute of Health w Bangkoku.

W komentarzu centrala WHO w Genewie podkreśla szczególnie położenie geograficzne Birmy, która graniczy z krajami wolnymi od *poliomyelitis* (Chiny, Laos, Tajlandia) oraz krajami o ciągłej i nasilonej transmisji zakażeń (Indie, Bangladesz). Cytuje się rozbieżności między oficjalną sprawozdawczością ze szczepień OPV, która wykazuje 80%-90% szczepionych dzieci, a wynikami przeprowadzonych badań, które wykazały, że w stanie Rakhine w 1996 r. za ledwie 19%-30% dzieci otrzymało trzy dawki szczepionki OPV. Faktycznie niskie wykonawstwo szczepień tłumaczy się ograniczoną dostępnością terenów, różnicami kulturowymi personelu ochrony zdrowia oraz brakiem uświadczenia miejscowej ludności.

Pierwsze Krajowe Dni Szczepień w Birmie przeprowadzono w lutym i marcu 1996 r. i od tego czasu corocznie organizuje się w tych miesiącach dwie jednodniowe akcje. Wykonawstwo szacuje się na poziomie powyżej 95%, ale nie prowadzono dotychczas żadnych badań powykonawczych. Natomiast od zimy 1996 r. koordynuje się realizację Krajowych Dni Szczepień w krajach sąsiednich z uwzględnieniem Chin, Bangladeszu, Indii i Tajlandii.

W październiku i listopadzie 1999 r. zaplanowano przeprowadzenie pięciodniowych szczepień akcyjnych "mopping up" na terenach granicznych, obejmujących około 917.000 dzieci.

Centrala WHO w Genewie krytycznie oceniając stan przedsięwzięć eradykacyjnych w Birmie akcentuje pilną konieczność podniesienia poziomu monitoringu AFP, który w 1999 r. spadł poniżej wymaganych wskaźników, a procent przypadków przebadanych wirusologicznie nie przekroczył 80%. Jako pozytywny przykład sprawnej organizacji wskazuje się system przyjęty w Indiach, gdzie powołano grupę ludzi odpowiedzialnych za monitorowanie AFP. W obecnej sytuacji w Birmie nie można określić rozmiarów i zasięgu krążenia wirusów *polio*.

Wojciech Żabicki

Vibrio parahaemolyticus w Japonii w latach 1996-1998

W Japonii po tendencji spadkowej w ubiegłych latach, od 1994 roku zaznaczył się wzrost liczby zachorowań spowodowanych przez *Vibrio parahaemolyticus*. Informacje na ten temat pochodziły z urzędowej rejestracji prowadzonej przez Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej Japonii oraz z raportów na temat ognisk zatruc i zakażeń pokarmowych. Do głównych czynników patogennych w ogniskach zatruc i zakażeń pokarmowych należą: pałeczki *Salmonella* (16.576 zachorowań w 1996 r., 10.926 w 1997 r., 11.616 w 1998 r.), *Vibrio parahaemolyticus* (5.241 przypadków w 1996 r., 6.786 w 1997 r. i 12.346 w 1998 r.), enteropatogenne typy *Escherichia coli* (14.488 przypadków w 1996 r., 5.407 w 1997 r. i 3.876 w 1998 r.) oraz *Campylobacter jejuni/coli* (1.557 zachorowań w 1996 r., 2.648 w 1997 r. i 2.218 w 1998 r.).

W 1996 r. zarejestrowano 1.217 ognisk wszystkich typów zatruc i zakażeń pokarmowych, w których zachorowało 46.327 osób. Czynniki etiologiczne ustalono w odniesieniu do 86% ognisk i 89% zachorowań. *V. parahaemolyticus* znajdował się na trzecim miejscu pod względem liczby za-

