

Meldunek 2/B/00

o zachorowaniach na choroby zakaźne i zatruciach związkami chemicznymi zgłoszonych w okresie od 16.02 do 29.02.2000 r.

Jednostka chorobowa (symbole wg "Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych" ICD-10)	Meldunek 2/B		Dane skumulowane	
	16.02.00. do 29.02.00.	16.02.99. do 28.02.99.	1.01.00. do 29.02.00.	1.01.99. do 28.02.99.
Choroba wywołana przez ludzki wirus upośl.odp.: ogółem (B20-B24)	-	7	6	14
Dur brzuszny (A01.0)	-	-	-	-
Dury rzekome A.B.C. (A01.1-A01.3)	-	-	-	-
Salmonelozy: ogółem (A02)	297	357	1513	1439
Czerwonka bakteryjna /szigelozą/ (A03)	5	1	10	42
Inne bakteryjne zakażenia jelitowe: ogółem (A04)	217	99	747	439
Wiusowe i inne określone zakażenia jelitowe: ogółem (A08)	196	62	526	217
Biegunki u dzieci do lat 2: ogółem (A04; A08; A09)	956	539	3321	2173
w tym: BNO, prawdopodobnie pochodzenia zakaźnego (A09)	676	410	2459	1686
Tężec: ogółem (A33-A35)	-	-	1	-
Błonica (A36)	1	-	1	-
Krztusiec (A37)	49	16	247	129
Szkarlatyna /płonica/ (A38)	398	372	1721	1622
Zapalenie opon mózgowych: razem	70	76	273	330
w tym: meningokokowe (A39.0)	9	4	24	24
wywołane przez <i>Haemophilus influenzae</i> (G00.0)	2	3	13	10
inne bakteryjne, określone i nie określone (G00.1-G00.9)	32	34	124	142
wirusowe, określone i nie określone (A87; B00.3; B02.1)	20	30	86	127
inne i nie określone (G03)	7	5	26	27
Zapalenie mózgu: razem	24	13	64	75
w tym: meningokokowe i inne bakteryjne: ogółem (A39.8; G04.2)	7	7	12	19
wirusowe, przenoszone przez kleszcze (A84)	-	-	1	5
inne wirusowe, określone (A83; A85; B00.4; B02.0; B25.8)	3	-	5	5
wirusowe, nie określone (A86)	10	2	34	34
poszczepienne (G04.0)	-	-	-	-
inne i nie określone (G04.8-G04.9)	4	4	12	12
Riketsjozy: ogółem (A75-A79)	-	-	-	-
Ostre nagminne porażenie dziecięce, łącznie z poszczepiennym (A80)	-	-	-	-
Ospa wietrzna (B01)	6183	4221	29328	22559
Odra (B05)	4	9	15	21
Różyczka: ogółem (B06; P35.0)	1815	796	5939	3349
Wirusowe zap. wątroby: typu A (B15)	14	35	61	211
typu B (B16; B18.0-B18.1)	133	127	488	512
typu C (B17.1; B18.2)	83	80	343	257
typu B+C (B16; B18.0-B18.1 + B17.1; B18.2)	5	3	27	18
inne i nieokreśl.(B17.0;B17.2-.8;B18.8-9;B19)	21	18	68	68
Świnka /nagminne zapalenie przyusznic/ (B26)	884	4995	4319	26347
Włośnica (B75)	2	-	3	-
Świerzb (B86)	777	676	3226	2686
Grypa: ogółem (J10; J11)	101703	327568	1473574	2144467
Bakteryjne zatrucia pokarmowe: razem	446	461	2015	1770
w tym: salmonelozy (A02.0)	297	356	1509	1432
gronkowcowe (A05.0)	35	43	39	43
jadem kiełbasianym /botulizm/ (A05.1)	1	1	8	13
wywołane przez <i>Clostridium perfringens</i> (A05.2)	-	-	1	-
inne określone (A05.3-A05.8)	10	3	26	7
nie określone (A05.9)	103	58	432	275
Zatrucia naturalnie toksycznym pokarmem: ogółem (T62)	-	-	1	1
w tym: grzybami (T62.0)	-	-	1	1
Inne zatrucia: ogółem (T36-T60; T63-T65)	301	174	1188	998
w tym: pestycydami (T60)	-	-	-	6
lekami, prep.farmakologicznymi i subst.biolog. (T36-T50)	173	102	645	571
alkoholem (T51)	74	19	231	174
Ostre porażenia wiotkie u dzieci (0-14 lat)	1	-	8	1

Zachorowania zgłoszone w okresie 16-29.02.2000 r. wg województw

Województwo	Choroba wyw.przez ludzki wirus upośl. odp.: ogółem (B20-B24)	Dyr 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	-	-	-	297	5	956	-	49	398	70	9	24	-
Dolnośląskie	-	-	-	27	-	78	-	3	44	6	1	2	-
Kujawsko-Pomorskie	-	-	-	19	-	61	-	-	31	5	-	3	-
Lubelskie	-	-	-	32	-	64	-	-	17	2	1	2	-
Lubuskie	-	-	-	7	2	14	-	-	5	1	-	-	-
Łódzkie	-	-	-	22	-	41	-	18	11	6	1	-	-
Małopolskie	-	-	-	24	-	69	-	-	29	9	2	2	-
Mazowieckie	-	-	-	36	-	111	-	11	61	9	-	4	-
Opolskie	-	-	-	6	-	14	-	1	7	2	-	-	-
Podkarpackie	-	-	-	7	-	53	-	-	5	4	-	4	-
Podlaskie	-	-	-	4	-	53	-	8	9	3	-	1	-
Pomorskie	-	-	-	19	1	75	-	-	17	2	1	2	-
Śląskie	-	-	-	40	1	80	-	3	77	7	1	-	-
Świętokrzyskie	-	-	-	12	1	35	-	4	9	-	-	-	-
Warmińsko-Mazurskie	-	-	-	12	-	67	-	-	22	6	-	-	-
Wielkopolskie	-	-	-	18	-	118	-	1	44	5	1	3	-
Zachodniopomorskie	-	-	-	12	-	23	-	-	10	3	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	6183	4	1815	14	138	88	884	2	777	101703	446	-	301
Dolnośląskie	409	1	189	-	13	8	38	-	38	4916	63	-	18
Kujawsko-Pomorskie	294	-	81	-	11	9	55	-	88	4739	37	-	19
Lubelskie	292	1	93	-	6	5	71	-	80	5180	37	-	26
Lubuskie	202	-	5	-	3	3	26	-	11	2232	12	-	7
Łódzkie	423	-	156	-	15	15	61	-	130	13260	28	-	117
Małopolskie	442	-	196	2	7	4	56	-	22	7930	28	-	11
Mazowieckie	702	-	284	3	24	22	115	-	62	21643	46	-	9
Opolskie	303	-	79	-	4	1	72	-	4	1156	6	-	1
Podkarpackie	237	-	27	-	6	-	18	-	25	3697	13	-	16
Podlaskie	155	-	49	-	7	-	24	-	25	3401	7	-	9
Pomorskie	247	1	42	-	7	4	52	-	26	9435	24	-	24
Śląskie	1010	-	435	4	12	1	88	-	107	6294	64	-	8
Świętokrzyskie	293	-	12	2	11	5	39	-	46	2618	19	-	23
Warmińsko-Mazurskie	181	-	53	1	4	2	14	-	41	3617	13	-	-
Wielkopolskie	842	1	109	1	4	7	149	-	23	8928	24	-	10
Zachodniopomorskie	151	-	5	1	4	2	6	2	49	2657	25	-	3

Zakażenia HIV i zachorowania na AIDS

Informacja z 29 lutego 2000 r.

W lutym 2000 r. do Zakładu Epidemiologii PZH zgłoszono nowo wykryte zakażenie HIV 57 obywateli polskich, wśród których było m.in. 27 zakażonych w związku z używaniem narkotyków i 26 bez informacji o drodze zakażenia.

Obecność przeciwciał anti-HIV potwierdzono w Zakładzie Laboratoryjno-Doświadczalnym Instytutu Wenerologii AM w Warszawie, w Wojewódzkim Szpitalu Obserwacyjno-Zakaźnym w Bydgoszczy, w Wojewódzkim Zespole Chorób Zakaźnych w Gdańsku, w Wojewódzkiej Przychodni Dermatologicznej w Katowicach, w Specjalistycznym Dermatologicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Łodzi, w Laboratorium Kliniki Chorób Zakaźnych we Wrocławiu oraz w Zakładzie Serologii Instytutu Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie.

Odnotowano zachorowanie na AIDS kobiety bez informacji o drodze zakażenia oraz pięciu mężczyzn: trzech narkomanów, homoseksualisty i dziecka kobiety zakażonej HIV.

Chorzy byli w wieku od 3 miesięcy do 63 lat. Mieli miejsce zamieszkania w następujących województwach: dwóch w woj. mazowieckim oraz po jednym w: kujawsko-pomorskim, lubelskim, lubuskim i opolskim.

We wszystkich przypadkach określono przynajmniej jedną chorobę wskazującą na AIDS w brzmieniu jak w definicji do celów nadzoru epidemiologicznego, skorygowanej w 1993 r. We wszystkich przypadkach podano liczbę komórek CD4 (od 3 do 454/μL).

Od wdrożenia badań w 1985 r. do 29 lutego 2000 r. stwierdzono zakażenie HIV 6.218 obywateli polskich, wśród których było co najmniej 3.985 zakażonych w związku z używaniem narkotyków.

Ogółem odnotowano 849 zachorowań na AIDS; 476 chorych zmarło.

Wanda Szata
Zakład Epidemiologii PZH

* * *

UWAGA: Liczby zachorowań na choroby wywołane przez ludzki wirus upośledzenia odporności [HIV] podawane na str. 1-2 "Meldunków" pochodzą ze sprawozdań Mz-56 nadsyłanych przez Wojewódzkie Stacje San.-Epid. w ramach systemu zbiorczego zgłaszania zachorowań na choroby zakaźne. Natomiast dane o zachorowaniach zawarte w powyższej informacji pochodzą ze skorygowanych w Zakładzie Epidemiologii PZH zgłoszeń poszczególnych zachorowań.

Sytuacja demograficzna Polski w latach 1950-1998 i jej prognoza do 2050 roku. Wybór danych dla potrzeb opracowań epidemiologicznych (4)

4. Długość trwania życia

Długość życia mężczyzn w Polsce wzrosła w latach 1950-1998 z 56,1 lat w 1950 r. do 68,9 lat w 1998 roku, tj. o 12,8 lat (22,8%). Wzrost ten w latach siedemdziesiątych i osiemdziesiątych był stosunkowo wolny. Między niektórymi latami notowano nawet skracanie się długości życia mężczyzn (tab. 12). Występowało wówczas zjawisko określone jako nadumieralność mężczyzn w wieku produkcyjnym. Począwszy od 1992 roku, tj. od siedmiu lat, długość życia mężczyzn wzrasta nieprzerwanie. Rok 1998 jest kolejnym rokiem, który również przyniósł pozytywne zmiany świad-

czące o stabilizacji tej tendencji. Zanotowano wzrost długości życia mężczyzn w stosunku do 1990 roku o 2,4 roku, a w stosunku do 1991 roku o 2,8 lat.

Tabela 12. Przeciętne trwanie życia noworodków w zależności od płci w Polsce w latach 1950-1998.

Rok	Mężczyźni	Kobiety	Różnica	Rok	Mężczyźni	Kobiety	Różnica
1950	56,1	61,7	5,6	1975	67,0	74,3	7,3
1951	55,1	60,7	5,6	1976	66,9	74,6	7,7
1952	57,6	63,1	5,5	1977	66,5	74,5	8,0
1953	59,6	65,1	5,5	1978	66,4	74,5	8,1
1954	59,8	65,1	5,3	1979	66,8	74,9	8,1
1955	60,8	66,2	5,4	1980	66,0	74,4	8,4
1956	62,3	67,5	5,2	1981	67,1	75,2	8,1
1957	61,2	66,7	5,5	1982	67,2	75,2	8,0
1958	63,1	68,6	5,5	1983	67,0	75,2	8,2
1959	62,7	68,3	5,6	1984	66,8	75,0	8,2
1960	64,9	70,6	5,7	1985	66,5	74,8	8,3
1961	64,9	70,8	5,9	1986	66,8	75,1	8,3
1962	64,5	70,5	6,0	1987	66,8	75,2	8,4
1963	65,4	71,5	6,1	1988	67,2	75,7	8,5
1964	65,8	71,6	5,8	1989	66,8	75,5	8,7
1965	66,6	72,4	5,8	1990	66,5	75,5	9,0
1966	66,9	72,9	6,0	1991	66,1	75,3	9,2
1967	66,4	72,6	6,2	1992	66,7	75,7	9,0
1968	67,0	73,6	6,6	1993	67,4	76,0	8,6
1969	66,5	73,1	6,6	1994	67,5	76,1	8,6
1970	66,6	73,3	6,7	1995	67,6	76,4	8,8
1971	66,1	73,3	7,2	1996	68,1	76,6	8,5
1972	67,3	74,2	6,9	1997	68,5	77,0	8,5
1973	67,2	74,3	7,1	1998	68,9	77,3	8,4
1974	67,8	74,6	6,8				

W poszczególnych siedmioletnich okresach tempo wydłużania się lub skracania życia mężczyzn kształtowało się następująco:

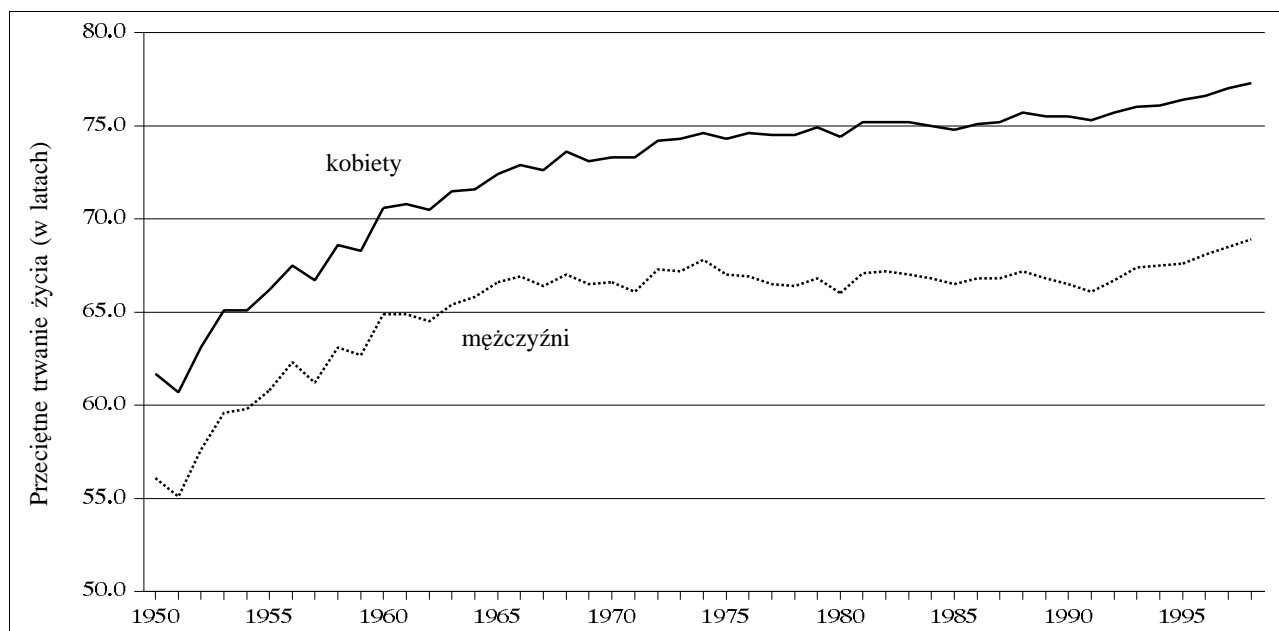
- w latach 1950-1956 długość życia wzrosła z 56,1 lat do 62,3 lat, tj. o 6,2 (11,1%);
- w latach 1957-1963 z 61,2 do 65,4, tj. o 4,2 roku (6,9%);
- w latach 1964-1970 z 65,8 do 66,6, tj. o 0,8 roku (1,2%);
- w latach 1971-1977 z 66,1 do 66,5, tj. o 0,4 roku (0,6%);
- w latach 1978-1984 z 66,4 do 66,8, tj. o 0,4 roku (0,6%);
- w latach 1985-1991 długość życia mężczyzn uległa skróceniu z 66,5 lat w 1985 roku do 66,1 w 1991 roku, tj. o 0,4 roku (0,6%);
- w latach 1992-1998 długość życia uległa wydłużeniu z 66,7 do 68,9 lat, tj. o 2,2 lata (3,3%).

Długość życia kobiet w Polsce wzrosła w latach 1950-1998 z 61,7 lat w 1950 roku do 77,3 lat w 1998 roku, tj. o 15,6 lat (25,3%). Tempo wzrostu długości życia kobiet było bardziej stabilne niż mężczyzn, aczkolwiek między niektórymi latami notowane było nieznaczne skrócenie tego okresu (np. między 1950 a 1951 r.; 1956-1957; 1958-1959; 1961-1962; 1990-1991 - tab. 12).

Począwszy od 1992 roku, tj. od siedmiu lat, długość życia kobiet, podobnie jak długość życia mężczyzn, wzrasta nieprzerwanie. W 1998 roku zanotowano wzrost w stosunku do 1990 roku o 1,8 roku, a w stosunku do 1991 roku o 2 lata.

W poszczególnych siedmioletnich okresach w latach 1950-1998 tempo wzrostu długości życia kobiet kształtowało się następująco:

- w latach 1950-1956 długość życia kobiet wzrosła z 61,7



Ryc. 3. Przeciętne trwanie życia mężczyzn i kobiet w Polsce w latach 1950-1998.

lat do 67,5 lat, tj. o 5,8 lat (9,4%);

- w latach 1957-1963 wzrosła z 66,7 do 71,5 lat, tj. o 4,8 lat (7,2%);
- w latach 1964-1970 wzrosła z 71,6 do 73,3 lat, tj. o 1,7 roku (2,4%);
- w latach 1971-1977 wzrosła z 73,3 do 74,5 lat, tj. o 1,2 roku (1,6%);
- w latach 1978-1984 wzrosła z 74,5 do 75,0 lat, tj. o 0,5 roku (0,7%);
- w latach 1985-1991 wzrosła z 74,8 do 75,3 lat, tj. o 0,5 roku (0,7%);
- w latach 1992-1998 wzrosła z 75,7 do 77,3 lat, tj. o 1,6 roku (2,1%).

Zarówno w stosunku do mężczyzn jak i kobiet w dalszym ciągu wiek dożywania jest o 5-8 lat niższy niż ma to miejsce w krajach skandynawskich lub zachodnioeuropejskich.

Tabela 13. Przeciętne trwanie życia noworodków w zależności od płci w Polsce w 1998 roku według województw.

Województwo	Mężczyźni	Kobiety	Różnica
Polska	68,87	77,34	8,47
Dolnośląskie	68,29	77,00	8,71
Kujawsko-Pomorskie	68,37	76,73	8,36
Lubelskie	68,34	77,65	9,31
Lubuskie	67,78	76,62	8,84
Łódzkie	67,20	76,32	9,12
Małopolskie	70,56	78,24	7,68
Mazowieckie	69,11	77,63	8,52
Opolskie	69,91	77,53	7,62
Podkarpackie	70,54	78,49	7,95
Podlaskie	69,50	78,74	9,24
Pomorskie	69,17	77,39	8,22
Śląskie	68,69	76,81	8,12
Świętokrzyskie	69,44	78,23	8,79
Warmińsko-Mazurskie	68,17	77,60	9,43
Wielkopolskie	68,61	76,91	8,30
Zachodniopomorskie	68,46	76,97	8,51

W latach pięćdziesiątych i sześćdziesiątych różnica między przeciętnym trwaniem życia kobiet i mężczyzn wahała się w Polsce między 5,2 w 1956 roku a 6,6 w 1968 i 1969 roku. W latach siedemdziesiątych różnica ta wahała się między 6,8 w 1974 roku a 8,1 w 1978 i 1979 roku, w latach osiemdziesiątych między 8,0 w 1982 roku a 8,7 w 1989 roku. W latach 1990-1992 różnica ta osiągnęła 9,0 i 9,2 lat, by po 1993 roku zmniejszyć się do 8,4 w 1998 roku i 8,8 w 1995 roku (ryc. 3).

W poszczególnych województwach długość trwania życia noworodków płci męskiej w 1998 roku wahała się od 70,54 w woj. podkarpackim do 67,20 w woj. łódzkim, a płci żeńskiej od 78,74 w woj. podlaskim do 76,32 w woj. łódzkim. Różnica między długością życia noworodków płci żeńskiej i męskiej wahała się od 9,43 w woj. warmińsko-mazurskim do 7,62 w woj. opolskim (tab. 13).

Nadal utrzymuje się zbyt duża różnica między trwaniem życia mężczyzn i kobiet w Polsce. Norma europejska w tym zakresie to około 5-6 lat (tab. 1).

W. Magdzik, D. Naruszewicz-Lesiuk, M.P. Czarkowski

Perspektywy eradykacji/eliminacji zespołu różyczki wrodzonej w Polsce

Głównym celem szczepień przeciw różyczce jest eliminacja zespołu różyczki wrodzonej, a nie poprawa sytuacji epidemiologicznej bądź eliminacja zachorowań na różyczkę wśród dzieci.

Różyczka u dzieci niezależnie od wieku przebiega na ogół łagodnie bez przewlekłych następstw i powikłań.

Zespół różyczki wrodzonej występuje w wyniku zakażenia wirusem różyczki kobiety nieuodpornionej przeciw różyczce w początkowym okresie, zwłaszcza w pierwszym trymestrze ciąży. Związany jest z teratogennym i zapalnym działaniem wirusa różyczki na płód. Wirus wobec braku matczynych przeciwciał przechodzi przez łożysko. W wyniku tego dochodzi do poronienia, urodzeń martwych płodów, wczesnych zgonów niemowląt, utrzymującego się długotrwałego stanu zakażenia dzieci po urodzeniu, a ponadto do wy-

stępowania licznych wad wrodzonych, a w szczególności z zakresu:

- narządu wzroku (zaćma, jaskra, retinopatia, mikroftalmia, zmętnienie rogówki);
- układu krążenia (wady serca, zwężenie tętnicy nerkowej i/lub płucnej, uszkodzenie mięśnia sercowego);
- układu nerwowego (mikrocefalia, wodogłowie, zahamowanie rozwoju umysłowego i psychicznego);
- narządu słuchu (głuchota, niedosłuch).

Zespół różyczki wrodzonej stwierdzany jest tym częściej im we wcześniejszym okresie ciąży doszło do zakażenia wirusem różyczki. I tak, jeśli do zakażenia doszło w pierwszych 6 tygodniach ciąży, embriopatię stwierdza się u około 56% noworodków, w 7-9 tygodniu ciąży - u około 25%; w 10-12 tygodniu ciąży - u około 15%; w 13-21 tygodniu u około 10%. Jeśli do zakażenia doszło po 22 tygodniu ciąży - w zasadzie nie stwierdza się u noworodków zespołu różyczki wrodzonej.

Szczepionka przeciw różyczce jest szczepionką żywą, w skład której wchodzi żywy, atenuowany przez wielokrotne pasażę w hodowlach komórkowych szczep RA27/3 wirusa różyczki. Istnieje obawa potencjalnie teratogennego, chociaż nieudowodnionego, działania atenuowanego, szczepionkowego wirusa różyczki. W związku z tym powinny być przestrzegane następujące zasady: nie szczepić kobiet w ciąży; nie szczepić kobiet na 2-3 miesiące przed zajściem w ciążę. W związku z tym szczepienie kobiet w wieku rozrodczym należy przeprowadzać z dużą ostrożnością. Nie powinno się przeprowadzać szczepień masowych. Stosuje się szczepienie kobiet bezpośrednio po porodzie, ponieważ istnieje pewność, że nie dojdzie do zaszczepienia kobiety w ciąży i duże prawdopodobieństwo, że nie dojdzie do zajścia w ciążę w okresie najbliższych miesięcy. Niektórzy zalecają antykoncepcję w ciąży 2-3 miesiące po takim szczepieniu. Uodpornienie w wyniku takiego szczepienia może mieć znaczenie podczas następnej ciąży, jeżeli do niej dojdzie.

Stosuje się również szczepienie kobiet uświadomionych, dobrze poinformowanych, budzących zaufanie, najczęściej z grup ryzyka (wychowawczynie przedszkoli, nauczycielki, pracownice służby zdrowia).

Zaznaczyć należy, że w pokarmie około 70% zaszczepionych karmiących matek stwierdzana jest obecność atenuowanego wirusa różyczkowego, a u prawie wszystkich - antygenu różyczki. Ponadto stwierdza się obecność wirusa szczepionkowego w wymazach z nosogardzieli. W połowie przypadków prowadzi to do bezobjawowego lub (rzadziej) poronnego zakażenia karmionego niemowlęcia. Zakażenie - tak dzikim jak i szczepionkowym wirusem różyczki - urodzonego dziecka nie stanowi zdrowotnego zagrożenia.

Powinno się więc zastosować taką strategię szczepień przeciw różyczce, aby zapewnić eliminację zachorowań na różyczkę kobiet w wieku rozrodczym przy ograniczonym wykonawstwie szczepień w tym przedziale wieku.

Problem uodpornienia przeciw różyczce kobiet w wieku rozrodczym jest ponadto skomplikowany na skutek niewdrożenia przez dużą część krajów zaleceń Światowej Organizacji Zdrowia. W 1984 roku podczas konferencji zorganizowanej w Karlowych Warach (Czechosłowacja) przez Europejskie Biuro Regionalne WHO, w której brały udział osoby odpowiedzialne za szczepienia ochronne w krajach regionu europejskiego, postanowiono, że do końca XX wieku nastąpi eliminacja rodzimego zespołu różyczki wrodzonej. Jako cel operacyjny przyjęto, że od 1995 roku we wszystkich krajach regionu obejmowane będzie szczepieniami co

najmniej 90% podlegających, a od 1996 roku będzie wdrożony surveillance każdego przypadku zespołu różyczki wrodzonej.

W 1996 roku szczepienia przeciw różyczce, niezależnie od schematu, były wprowadzone do programów szczepień 36% krajów świata, w których zamieszkiwało 20% ludności kuli ziemskiej. Odsetek ten był zależny od stanu ekonomicznego kraju. Szczepienia te wdrożono w 92% bogatych krajów, 48% - średnio bogatych, 21% - biednych i tylko w 4% krajów najbiedniejszych. W Europejskim Regionie Światowej Organizacji Zdrowia w 1996 roku szczepienia przeciw różyczce wprowadzono do programów szczepień 64% krajów, w których mieszkało 56% ludności. Szczepienia te wprowadzono w 36% krajów Europy Centralnej i Wschodniej. Wprowadzone one zostały w zasadzie w Europie Zachodniej i wschodnią granicę tych krajów stanowiła wschodnia granica Finlandii, krajów bałtyckich, Polski, Słowacji, Węgier i Grecji. Począwszy od Białorusi i Ukrainy po Ural, a nawet Kamczatkę, tj. do granic Japonii, szczepień tych nie wprowadzono.

W tej sytuacji dla osiągnięcia głównego celu, tj. eliminacji zespołu różyczki wrodzonej, stosowane są na świecie 2 - omówione niżej - strategie szczepień przeciw różyczce z kilkoma ich modyfikacjami.

Strategia A

- Szczepienie dzieci (dziewczynek i chłopców) przeprowadza się dwukrotnie w ciągu życia: w drugim roku życia i około dziesiątego roku życia.

- Do szczepień tych stosuje się często szczepionkę skojarzoną przeciw odrze, śwince i różyczce.

- W wyniku tych szczepień następuje eliminacja różyczki wśród dzieci i młodzieży, tj. ustanie krążenia wirusa różyczki w populacji i eliminacja źródeł zakażenia dla kobiet w wieku rozrodczym, w tym zwłaszcza dla kobiet ciężarnych.

- Odporność kobiet w wieku rozrodczym nabyta drogą szczepień, tj. drogą uodpornienia sztucznego w dzieciństwie, ulega obniżeniu.

- Zachorowania na różyczkę dorosłych nie występują w związku z brakiem źródeł zakażenia.

Wady strategii A mogą być związane z pojawieniem się źródeł zakażenia wirusem różyczki (np. przyjazd dzieci zakażonych wirusem różyczki, nieszczepionych przeciw różyczce, lub wyjazd kobiety w ciąży na teren, gdzie szczepienia przeciw różyczce nie są wykonywane i zachorowania na różyczkę występują). Istnieje wówczas obawa wystąpienia zachorowań na różyczkę wśród osób dorosłych, w tym także u ciężarnych kobiet, u których odporność poszczepienna uległa obniżeniu. Dlatego niektóre kraje zezwalają na wjazd na swój teren wyłącznie dzieciom i młodzieży a niekiedy nawet dorosłym, szczepionym przeciw różyczce.

Strategia B

- Szczepienia przeciw różyczce wykonywane są tylko dziewczętom przed okresem wieku rozrodczego (np. w Polsce w wieku 13 lat).

- Wirus różyczki występuje więc i krąży wśród dzieci i młodzieży.

- Zachorowania na różyczkę i zakażenia bezobjawowe wśród dzieci i młodzieży występują w sposób niemal niezmienny, przyczyniając się do naturalnego uodpornienia, bardziej trwałego niż uodpornienie sztuczne, wysokich odsetków kobiet wchodzących w wiek rozrodczy.

• W związku z tym, szczepionka w wieku 13 lat odgrywa rolę: dawki przypominającej dla dziewcząt naturalnie uodpornionych, dawki podstawowej dla dziewcząt naturalnie nieuodpornionych.

Wady strategii B mogą być związane z niepoddaniem się szczepieniu pewnej liczby dziewcząt nieuodpornionych naturalnie, lub ze spadkiem odporności głównie poszczepiennej u kobiet, które były szczepione, a w dzieciństwie nie przebyły zakażenia wirusem różyczki. W ten sposób dojść może do zakażenia w czasie ciąży, zwykle niewielkiej liczby kobiet nieuodpornionych, i wystąpieniem pojedynczych przypadków zespołu różyczki wrodzonej.

Szczepienia te mogą być uzupełnione szczepieniem niektórych kobiet w wieku rozrodczym jak np. bezpośrednio po porodach, lub kobiet z grup ryzyka po wyczerpującej informacji.

Ponadto w krajach tropikalnych wykonywane są szczepienia masowe dzieci i młodzieży, a także masowe szczepienia "ryzykowne" kobiet w wieku rozrodczym, zwykle łącznie ze szczepieniem kilkunastoletnich dziewcząt lub niezależnie od płci dzieci i młodzieży.

Niepożądane odczyny poszczepienne po szczepieniu przeciw różyczce występują rzadko (28,7 przypadków na 100 000 dawek). Szacuje się, że 0,3 na 100 000 szczepień to powikłania stawowe.

W Polsce w aktualnej sytuacji epidemiologicznej, geopolitycznej i demograficznej uwzględniając:

- przyjazdy dzieci nieszczepionych przeciw różyczce, głównie z krajów położonych na wschód i południowy wschód od Polski,
- wyjazdy polskich obywateli do wyżej wymienionych krajów,

strategia B wydaje się być bardziej bezpieczna.

Jednocześnie ze szczepieniem przeciw różyczce będzie mogła być stosowana w oddzielnej iniekcji szczepionka przeciw śwince.

Nie wyklucza się ponadto szczepienia dzieci szczepionką skojarzoną przeciw odrze, śwince i różyczce według strategii A na zasadzie szczepień zalecanych.

Proponuje się w przyszłości wprowadzenie szczepienia przeciw różyczce kobiet po porodach.

Szczepienie przeciw różyczce kobiety po porodzie ma, jak powiedziano powyżej, sens i znaczenie w odniesieniu do następnej ciąży i następnego dziecka. W stosunku do urodzonego dziecka jest pozbawione znaczenia. W sytuacji, gdy współczynnik dzietności kobiet spadł w Polsce do 1,431 i większość kobiet decyduje się na urodzenie 1 dziecka w życiu, szczepienie to powinno być wykonywane tylko za zgodą i na życzenie kobiety. Szczepienie to powinno jednak być proponowane i bezpłatne gdyż wśród kobiet, które urodziły dzieci z zespołem różyczki wrodzonej są takie, które uległy zakażeniu wirusem różyczki od swych starszych dzieci zakażonych w przedszkolu lub w szkole.

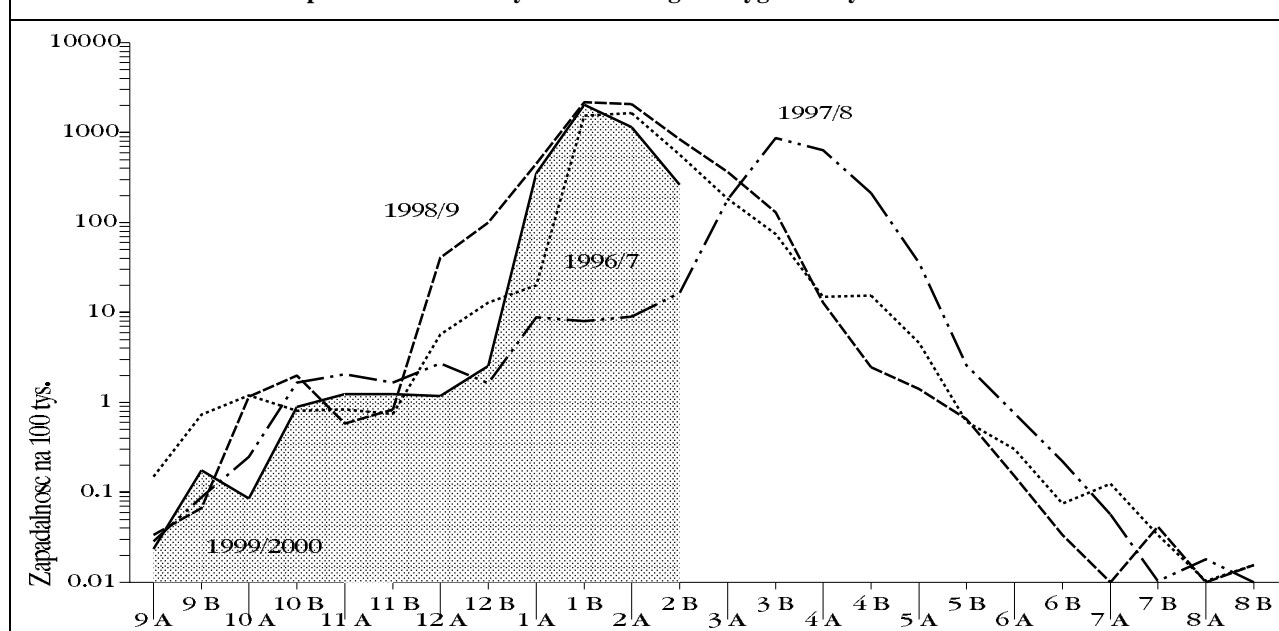
Na podstawie badań seroepidemiologicznych w kierunku przeciwciał różyczkowych przeprowadzonych w latach 1969-1990 w Zakładzie Wirusologii PZH stwierdzono, że dziewczęta i kobiety w wieku 10-14 lat były uodporniane w sposób naturalny przeciw różyczce w 77,0 do 85,5%, w wieku 15-19 lat w 90,5 do 94,0%, a w wieku 20-24 lata w 91,0 do 97,0%. Szczepienia dziewcząt w 13 roku życia zostały włączone do kalendarza szczepień w 1989 roku. Obejmowano szczepieniami każdego roku powyżej 97% dziewcząt.

Zgłaszanie przypadków zespołu różyczki wrodzonej w Polsce zostało wdrożone od 1997 r. W 1997 roku zgłoszono 5 przypadków, w 1998 roku - 4 przypadki. Wszystkie kobiety, które urodziły dzieci z zespołem różyczki wrodzonej nie były szczepione przeciw różyczce w 13 roku życia, ze względu na nieobjęcie ich jeszcze tym szczepieniem. W 1997 roku były objęte szczepieniami kobiety do 22 lat życia, a wśród matek dzieci z zespołem wrodzonej różyczki były kobiety w wieku 23 do 30 lat. W 1998 roku były objęte szczepieniami kobiety do 23 lat życia, a wśród matek dzieci z zespołem różyczki wrodzonej były kobiety w wieku od 24 do 36 lat życia.

Wśród 9 zgłoszonych noworodków z zespołem różyczki wrodzonej urodzonych w 1997 i 1998 roku był 1 noworodek martwy, 2 noworodki z mnogimi wadami, 4 noworodki z wadami serca, w tym 1 ponadto z zaburzeniami słuchu i 2 noworodki bez objawów zespołu różyczki wrodzonej.

Wiesław Magdzik, Jolanta Sitarska-Gołębiowska

Zachorowania na grypę w Polsce w sezonie 1999/2000 w porównaniu z sezonami 1996/7-1998/9
zapadalność na 100 tys. ludności wg dwutygodniowych meldunków



PAŃSTWOWY ZAKŁAD HIGIENY - ZAKŁAD ZWALCZANIA SKAŻEŃ BIOLOGICZNYCH

Wykaz preparatów dezynfekcyjnych przeznaczonych do stosowania w zakładach opieki zdrowotnej, pozytywnie zaopiniowanych przez Państwowy Zakład Higieny w okresie od 1.07.1996 do 10.02.2000 r.

Uzupełnienie do Informacji VII

Opracowanie: Barbara Tadeusiak, Ewa Zarzycka

1. Wykaz stanowi uzupełnienie do opublikowanego opracowania "Informacja VII", Wyd. Met. PZH, 1996 r. Zawiera preparaty, które uzyskały opinie po 30.06. 1996 r. oraz podane w "Informacji VII", w których nastąpiła zmiana parametrów, zakresu działania, nazwy lub producenta.
2. Preparaty pozytywnie zaopiniowane przez PZH do dnia 30.06.1996 r., nie zamieszczone w obecnym Wykazie, powinny być stosowane zgodnie z "Informacją VII".
3. W obecnym Wykazie została częściowo zmieniona numeracja tabel:
 - Preparaty do dezynfekcji narzędzi: 1.2. Związki chloru, 1.3. Związki nadtlenowe, 1.4. Inne substancje aktywne
 - Preparaty do dezynfekcji powierzchni: 3.6. Związki nadtlenowe, 3.7. Czwartorzędowe związki amoniowe, 3.8. Inne substancje aktywne.
4. Zasady doboru oraz bezpiecznego stosowania preparatów, podane w "Informacji VII" nie ulegają zmianie.

1. DEZYNFEKCJA NARZĘDZI

1.1. Substancje aktywne: ALDEHYDY

Preparat	Stężenie w %	Czas	Zakres działania	Związki aktywne	Producent
Alkacide	2,0	1 h	B, V	AG, QAC	Alkapharm Francja
	5,0	1 h	B, F, V		
	20,0	2 h	B, Tbc, F, V		
Alsept	2,0	1 h	B, F, V	AG, Gx, QAC	Iodex S.A. Polska
	1,0	4 h	B, F, V		
Chiroseptol	3,0	1 h	B, F, V	Gx, AG, QAC	Bochemie s.r.o. Republika Czeska
	5,0	1 h	B, Tbc, F, V		
Dodarcana S Forte	1,5	15 min	B, F	Gx, AG, AF, QAC	Arcana Hygienesysteme Austria
	1,5	30 min	B, Tbc, F		
	1,5	1 h	B, Tbc, F, V		
	1,0	1 h	B, Tbc, F		
	1,0	2 h	B, Tbc, F, V		
Descoton FF	2,0	15 min	B, F	AG, Gx, QAC	Dr. Schumacher Niemcy
	1,0	1 h	B, F		
Endosan	2,0	15 min	B	AG, QAC	Septoma Polska
	2,5	30 min	B, V		
	4,0	15 min	B, F		
	4,0	30 min	B, F, V		
	4,0	1 h	B, Tbc, F, V		
	5,0	30 min	B, Tbc, F, V		
Instrudesin (Antiseptica Kombi Instrumenten-Desinfektion)	4,0	15 min	B, F, V	AG, QAC	Antiseptica Niemcy
	2,0	1 h	B, Tbc, F, V		
Lysetol FF	4,0	1 h	B, Tbc, F, V	AG, 2-etylheksanal	Schülke&Mayr Niemcy
	2,5	2 h	B, Tbc, F, V		
Neodisher Septo DN	5,0	1 h	B, F	Gx, AG, QAC	Dr. Weigert Niemcy
	1,0 ^M	5 min/60°C	B, Tbc, F, V		
Prontocid N	2,0	30 min	B, Tbc, F	AG, AF	B. Braun Melsungen Niemcy
	2,0	2 h	B, Tbc, F, V		
	4,0	1 h	B, Tbc, F, V		
San Clear med. 21	3,0	1 h	B, Tbc, F	AG, QAC, AmT	Homclean Polska
	3,0	2 h	B, Tbc, F, V		
	5,0	1,5 h	B, Tbc, F, V		
Sekucid	stęż.	15 min	B, F, V	AG	Henkel-Ecolab Słowenia
	stęż.	1 h	B, Tbc, F, V		
Septan	1,5	1 h	B, F	AG, Gx, AF, QAC	MPD plus s.r.o. Republika Czeska

^M - Do dezynfekcji narzędzi i sprzętu medycznego w automatycznych urządzeniach myjąco-dezynfekujących.

1.2. Substancje aktywne: ZWIĄZKI CHLORU

Preparat	Stężenie w %	Czas	Zakres działania	Związki aktywne	Producent
Chlorizol ¹	0,8 0,4	15 min 30 min	B, F, V B, Tbc, F, V	NaDCC	Septoma Polska

¹ Podane stężenia odnoszą się do zawartości aktywnego chloru w roztworze.

1.3. Substancje aktywne: ZWIĄZKI NADTLENOWE

Preparat	Stężenie w %	Czas	Zakres działania	Związki aktywne	Producent
Oxapol	3,0	15 min	B, F, V	Monoperoxyftalan magnezu	Polfa Łódź S.A. Polska
PeraMed	0,8	15 min	B, Tbc, F, V	Nadboran sodu, TAED	Antec International Wielka Brytania
PeraSafe	1,62	20 min	B, Tbc, F, V, S	Nadboran sodu, TAED	Antec International Wielka Brytania
Polsept Polsept + 0,5 % aktywatora ²	2,0 2,0	2 h 1 h	B, F, V B, Tbc, F, V	Nadboran sodu, TAED	Holifa Fröhling Niemcy
Sanepidex + 0,5 % aktywatora ²	1,5	2 h	B, Tbc, F, V	Nadboran sodu, TAED	Buzek GmbH Szwajcaria
Sekusept Pulver + 0,5 % aktywatora ²	2,0 2,0	1 h 6 h	B, Tbc, F, V B, Tbc, F, V, S	Nadboran sodu, TAED	Henkel-Ecolab Niemcy, Słowenia
Viroksan	3,0	15 min	B, F, V	Monoperoxyftalan magnezu	Septoma Polska

² Do roztworu roboczego dodać 0,5 % odpowiedniego aktywatora.

1.4. INNE SUBSTANCJE AKTYWNE

Preparat	Stężenie w %	Czas	Zakres działania	Związki aktywne	Producent
Desco Bohrerbad	stęż.	15 min	B, F	NaOH, glikol propylenowy, etanol	Dr. Schumacher Niemcy

2. DEZYNFEKCJA APARATÓW DO HEMODIALIZY ³**2.1. Dezynfekcja CHEMICZNA**

Preparat	Stężenie w %	Czas	Zakres działania	Związki aktywne	Producent
Mediklin	3,0 3,0	15 min 30 min	B, F, V B, Tbc, F, V	Kwas nadoctowy	Medical S. A. Polska
Steridial Forte	2,5	10 min	B, F, V	Kwas nadoctowy	Impuls, Polska
Renalina	1,0 3,5 1,0 3,5 1,0	15 min 15 min 1 h 1 h 11 h	B, F B, F, V B, Tbc, F B, Tbc, F, V B, Tbc, F, S	Kwas nadoctowy	Renal Systems USA

2.2. Dezynfekcja CHEMICZNO - TERMICZNA

Preparat	Stężenie w %	Czas/Temp.	Zakres działania	Związki aktywne	Producent
Tiutol KF	3,0	15 min/60°C	B, F, V	Podchloryn sodu	B. Braun Melsungen Niemcy

³ Preparaty stosowane w cyklu mycia i dezynfekcji aparatu.

3. DEZYNFEKCJA POWIERZCHNI

3.1. Substancje aktywne: ALKOHOLE

Preparat	Stężenie w %	Czas	Zakres działania	Związki aktywne	Producent
Aerosept	stęż.	10 min	B, F	2-propanol, Chx, QAC	Iodex S.A., Polska
Alkohol etylowy 70% skażony hibitanem	stęż.	15 min	B	Etanol, Chx	Maga Herba Polska
Antiseptica Kombi Spray	stęż. stęż.	15 min 30 min	B, F B, Tbc, F	1-propanol, etanol, AG	Antiseptica Niemcy
Bacillol plus	stęż. stęż.	15 min 1 h	B, Tbc, F B, Tbc, F, V	2-propanol, 1-propanol, AG	Bode Chemie Niemcy
Big Spray "neu"	stęż. stęż.	15 min 30 min	B, F B, Tbc, F	Etanol, 2-propanol, polyheksanidyna	Antiseptica Niemcy
Biotensid Fläche	stęż.	5 min 10 min	B, F B, Tbc, F	2-propanol, 1-propanol	Arcana Hygienesysteme Austria
Descosept	stęż.	15 min	B, F	Etanol, Gx, QAC	Dr. Schumacher, Niemcy
Desprej	stęż.	15 min	B, F	Etanol, 2-propanol, QAC	Bochemie s.r.o Republika Czeska
Incidin Liquid Spray	stęż.	15 min	B, Tbc, F	1-propanol, 2-propanol, AmT	Henkel-Ecolab Niemcy
Incidur Spray (Incidur S)	stęż. stęż.	15 min 1 h	B, Tbc, F B, Tbc, F, V	Etanol, 1-propanol, AG	Henkel-Ecolab Niemcy
Meliseptol	stęż.	15 min	B, F	1-propanol, Gx	B. Braun Melsungen Niemcy
NDO Desytol	stęż. stęż. stęż.	15 min 30 min 3 h	B, F B, Tbc, F B, Tbc, F, V	Etanol, 2-propanol, 1-propanol, QAC	Nor Den Olje Norwegia
San Clear med. 2	stęż.	15 min	B, F	1-propanol, etanol, AG	Homclean, Polska
Septanol	stęż. stęż.	15 min 2 h	B, Tbc, F B, Tbc, F, V	Etanol, Chx	PPH Jurbo-Agro Polska
Surfasept	stęż.	10 min	B, F	2-propanol, Chx, QAC	Iodex S.A., Polska

3.2. Substancje aktywne: ALDEHYDY

Preparat	Stężenie w %	Czas	Zakres działania	Związki aktywne	Producent
Apesin AP 300	3,0 1,0 4,0	15 min 1 h 15 min	B B B, F	Gx, AG	Tana Chemie Werner&Mertz Niemcy
Desam GK	3,0 3,0 5,0	15 min 1 h 1 h	B, F B, F, V B, Tbc, F, V	Gx, AG, QAC	Libella Sp. z o.o. Polska & Bochemie Republika Czeska
Dezol	33,0 33,0	15 min 1 h	B, F B, F, V	Gx, AG, QAC	Libella Sp. z o.o. Polska & Bochemie Republika Czeska
Neoform D plus PL	1,5	15 min	B, F	AG, QAC	Dr. Weigert, Niemcy
Surfadesin (Antiseptica Kombi Flächen - Desinfektion)	2,0 2,0	15 min 30 min	B, F B, Tbc, F, V	AG, QAC	Antiseptica Niemcy

3.4. Substancje aktywne: ZWIĄZKI CHLORU

Preparat	Stężenie w %	Czas	Zakres działania	Związki aktywne	Producent
Bakta	0,18	15 min	B, F, V	NaDCC	Henkel-Ecolab, Belgia

Preparat	Stężenie w %	Czas	Zakres działania	Związki aktywne	Producent
Chloramina B	5,0 ^z 1,0 ^z	15 min 2 h	B, V B, V	Chlorobenzeno-sulfonamid sodu	Bochemie s.r.o. Republika Czeska
Chlorizol ¹	0,4 0,4 ^z 0,8 ^z	15 min 30 min 15 min	B, F, V B, Tbc, F, V B, F, V	NaDCC	Septoma Polska
Clorina	5,0 ^z 1,0 ^z 3,0 ^z	15 min 2 h 4 h	B, V B, V B, F, V	Chlorotolueno-sulfonamid sodu	Lysoform Dr. Hans Rosemann Niemcy
Clorox - 3 wersje zapachowe: Świeży, Cytrynowy, Kwiatowy	15,0 50,0 ^z	15 min 15 min	B, F, V B, F, V	Podchloryn sodu	Henkel Magyarország Węgry
Domestos - 3 wersje zapachowe: Arctic/Citrus/Fresh	25,0 stęż. ^z	15 min 15 min	B, F, V B, Tbc, F, V	Podchloryn sodu	Unilever Rt. Węgry
Domestos Universal	50,0 stęż. ^z	15 min 15 min	B, F B, F, V	Podchloryn sodu	Unilever Rt. Węgry
Medicarine	0,18	15 min	B, F, V	NaDCC	Henkel-Ecolab, Holandia
Neodisher Alka 300 ^{M,4}	1,5	10 min w 60°C	B, F, V	Podchloryn sodu	Dr. Weigert Niemcy
Podchloryn sodu - S /Chloran (I) sodu-S/ ¹	0,5 1,0 ^z 1,5 ^z	15 min 15 min 15 min	B, F, V B, F, V B, Tbc, F, V	Podchloryn sodu	Zakłady Azotowe w Tarnowie - Mościcach S.A.
Presept ¹	0,16 0,5 1,5 ^z 0,056 0,25 ^z	15 min 15 min 30 min 1 h 4 h	B, V B, V B, Tbc, F, V B, V B, F, V	NaDCC	Johnson&Johnson Medical Wielka Brytania
Sator	15	15 min	B, F, V	Podchloryn sodu	Henkel-Ecolab, Niemcy
Savo Prim	11	15 min	B, Tbc, F, V	Podchloryn sodu	Bochemie s.r.o. Republika Czeska
Trichlorol	1,5 2,0 ^z 2,0 ^z	15 min 15 min 4 h	B, V B, V B, F, V	Chlorotolueno-sulfonamid sodu	Lysoform Dr. Hans Rosemann Niemcy
WC - Trio	stęż.	15 min	B, F	Podchloryn sodu	Kosmet Rokita Sp. z o.o., Polska

¹ Podane stężenia odnoszą się do zawartości aktywnego chloru w roztworze.
^{M,4} Do dezynfekcji łóżek w automatycznych urządzeniach myjąco-dezynfekujących.

3.6. Substancje aktywne: ZWIĄZKI NADTLENOWE

Preparat	Stężenie w %	Czas	Zakres działania	Związki aktywne	Producent
Descogen	2,0	15 min	B	Mononadsiarczan potasu	Antiseptica Niemcy
Desam OX	3,0	15 min	B, F	Nadtlenek wodoru, QAC	Bochemie s.r.o. Republika Czeska
Oxapol	2,0 3,0 ^z	15 min 15 min	B, F, V B, F, V	Monoperoxyftalan magnezu	Polfa Łódź S.A. Polska
Polsept + 0,5% aktywatora ²	2,0	15 min	B, F	Nadboran sodu, TAED	Holifa Fröhling Niemcy
San Clear med. 50	2,0 2,0	15 min 30 min	B B, F	Nadboran sodu, TAED	Homclean Polska
Sanepidex	1,5 2,0 ^z 2,0	15 min 15 min 30 min	B B B, F	Nadboran sodu, TAED	Buzek GmbH Szwajcaria

Preparat	Stężenie w %	Czas	Zakres działania	Związki aktywne	Producent
Septacid	0,5 1,0 2,0	15 min 15 min 15 min	B, F B, F, V B, Tbc, F, V	Kwas nadcoctowy	Impuls Polska
Virkon Virkon + aktywator ⁵	2,0 ^z 2,0 5,0	10 min 15 min 2 h	B, V B, F, V B, Tbc, F, V	Mononadsiarczan potasu	Naturan Polska
Viroksan	2,0 3,0 ^z	15 min 15 min	B, F, V B, F, V	Monoperoxyftalan magnezu	Septoma Polska

² Do roztworu roboczego dodać 0,5 % odpowiedniego aktywatora.

⁵ Roztwór z dodatkiem aktywatora przygotować zgodnie z przepisem producenta.

3.7. Substancje aktywne: CZWARTORZĘDOWE ZWIĄZKI AMONIOWE

Preparat	Stężenie w %	Czas	Zakres działania	Związki aktywne	Producent
Apesin rapid	3,0 0,5	15 min 1 h	B, F B, F	QAC, Chx, aminy, alkohol	Tana Chemie (Werner&Mertz), Niemcy
Deosan	stęż.	15 min	B, F	QAC, oksyetylenowany nonylo-fenol	Impuls, Polska
Descocid	2,0	15 min	B	QAC, kwas mrówkowy	Antiseptica, Niemcy
Hospitaab	7,0	15 min	B	QAC	Iodex S.A., Polska
Vispol 19-aN	7,0	15 min	B	QAC	Vispol, Polska

3.8. INNE SUBSTANCJE AKTYWNE

Preparat	Stężenie w %	Czas	Zakres działania	Związki aktywne	Producent
Incidin Plus	2,0 2,0 3,0	15 min 1 h 30 min	B, F B, Tbc, F B, Tbc, F	Glukoprotamina	Henkel-Ecolab Niemcy
Sekumatic FDR ^{M,4}	1,0	2 min w 65°C	B, Tbc, F, V	Glukoprotamina	Henkel-Ecolab, Niemcy

^{M,4} Do dezynfekcji łóżek w automatycznych urządzeniach myjąco-dezynfekujących.

4. DEZYNFEKCJA BIELIZNY

4.1. CHEMICZNO - TERMICZNA w procesie prania⁶

Proces jednokąpielowy; stosunek białizny do kąpielii piorącej 1:5 (kg/dm³)

Preparat dezynfekcyjny	Stężenie*	Preparat piorący	Stężenie*	Temp. w °C	Czas	Zakres działania	Producent
Diverox 4K	2 cm ³ /dm ³	Clax 500 (3GP1)	6 g/dm ³	60	15 min	B, F, V	Diversey-Lever Niemcy
Eltra**	9 g/dm ³ 16 g/dm ³ 5 g/dm ³			60 60 65	20 min 20 min 20 min	B, F, V B, Tbc, F, V B, Tbc, F, V	Henkel-Ecolab Niemcy
Eskulap**	9 g/dm ³			60	20 min	B, Tbc, F, V	WKP s.c., Polska
Ozonit	4 cm ³ /dm ³ 6 cm ³ /dm ³	Dixit extra	3 g/dm ³ 7 g/dm ³	40 40	20 min 20 min	B, F, V B, Tbc, F, V	Henkel-Ecolab Niemcy
Ozonit	2 cm ³ /dm ³ 2,2 cm ³ /dm ³ 1 cm ³ /dm ³ ***	Silex 2000	6 g/dm ³ 6 g/dm ³ 3 g/dm ³ ***	60 60 65	15 min 20 min 20 min	B, F, V B, Tbc, F, V B, Tbc, F, V	Henkel-Ecolab Niemcy

* Zawartość preparatu w kąpielii piorącej. ** Preparat piorąco-dezynfekcyjny. *** Dozowanie odnosi się do wody o twardości 0.

⁶ Spuszczenie ługów pralniczych może nastąpić dopiero po zakończeniu procesu dezynfekcji. Chemiczno-termiczna dezynfekcja w procesie prania może być wykonana w urządzeniach pralniczych, których warunki techniczne dają pewność utrzymania parametrów procesu. Podane parametry: stężenie preparatu, czas i temperaturę należy traktować jako minimalne. Proces może być stosowany do dezynfekcji białizny ogólnospitalnej nie zanieczyszczonej znacznie krwią. Białiznę pochodzącą z oddziałów zakaźnych oraz znacznie zanieczyszczonej krwią należy poddać wstępnie dezynfekcji z zastosowaniem środków i parametrów przewidzianych w przypadku zagrożenia danym czynnikiem zakaźnym.

Objaśnienia zastosowanych skrótów

Zakres działania:

- B - bakteriobójczy (bez Tbc)
- Tbc - prątkobójczy (prątki gruźlicy)
- F - grzybobójczy
- V - wirusobójczy

Związki aktywne:

- AG - aldehyd glutarowy
- AmT - amfoteryczne związki powierzchniowo aktywne
- Chx - pochodne biguanidyny
- Gx - glioksal
- TAED - tetraacetyloetylenodiamina
- NaDCC - dichloroizocyanuran sodu
- QAC - czwartorzędowe związki amoniowe

Inne:

- ^Z - dezynfekcja powierzchni w obecności substancji organicznych.

Komentarz do "Uzupełnienia Informacji VII"

W "Informacji VII" i "Uzupełnieniu" umieszczono preparaty, których działanie dezynfekcyjne zostało pozytywnie zaopiniowane przez Państwowy Zakład Higieny do dnia 10.02.2000 r. Preparaty, dla których pozytywne opinie zostaną wystawione po tym okresie, powinny być traktowane na równi z podanymi w Wykazie. Opinia, do której jest dołączony zaakceptowany tekst etykiety i ewentualnie ulotki informacyjnej, jest wydawana producentowi lub przedstawicielowi firmy (najczęściej dystrybutorowi) i powinna być przez niego udostępniona na wniosek odbiorcy lub potencjalnego nabywcy preparatu. Opinia dotycząca preparatu dezynfekcyjnego jest ważna przez 5 lat, o ile nie podano innego terminu jej ważności.

Państwowy Zakład Higieny ocenia działanie dezynfekcyjne preparatów oraz ich wpływ na ludzi. Natomiast nie wypowiada się odnośnie wpływu procesów dezynfekcji na narzędzia, sprzęt i powierzchnie, a także oddziaływania preparatów na środowisko.

PZH zaleca do dezynfekcji narzędzi, sprzętu medycznego, bielizny szpitalnej metody termiczne. W przypadku, kiedy ze względu na użyty materiał lub konstrukcję nie mogą być zastosowane czynniki termiczne, dopuszcza się stosowanie chemicznych lub chemiczno-termicznych procesów dezynfekcji, dla których parametry są podane w Wykazie.

Zamieszczone w Wykazie wartości stężenia i czasu działania preparatów zostały ustalone na podstawie badań odpowiednich do zamierzonego użycia w warunkach praktycznych.^{1,2,3}

Wykaz został podzielony na części, w zależności od przeznaczenia preparatów, co wiąże się z wymaganiami i metodami badania preparatów.

1. Dezynfekcja narzędzi
2. Dezynfekcja aparatów do hemodializy
3. Dezynfekcja powierzchni
4. Dezynfekcja bielizny (chemiczno-termiczna i chemiczna)

W celu imitowania obecności substancji organicznych występujących praktyce, przy określaniu stężeń użytkowych preparatów w badaniach laboratoryjnych, dodawana jest albumina do badanych roztworów, jej ilość zależy od przeznaczenia preparatu:

- preparaty do dezynfekcji powierzchni metodą spryskiwania - nie stosuje się dodatku albuminy
- preparaty do dezynfekcji powierzchni metodą zmywania - dodaje się 0,03% albuminy

- preparaty do dezynfekcji narzędzi i sprzętu medycznego lub powierzchni zanieczyszczonych w widocznym stopniu substancjami organicznymi - dodaje się 1,0% albuminy
- preparaty do dezynfekcji bielizny - dodaje się 2,0% albuminy.

W badaniach stosowane są standardowe organizmy testowe reprezentatywne dla środowiska szpitalnego i odpowiadające różnemu zakresowi działania preparatów dezynfekcyjnych: bakterie, grzyby, wirusy.

• Bakteriobójczy (B) - *Staphylococcus aureus* NCTC 4163 oraz *Pseudomonas aeruginosa* NCTC 6749

• Prątkobójczy (Tbc) - *Mycobacterium tuberculosis* H₃₇Rv

• Grzybobójczy (F), preparaty do dezynfekcji: narzędzi - *Candida albicans* ATCC 10 231; powierzchni - *Candida albicans* ATCC 10 231 i *Trichophyton mentagrophytes* var. *gypseum* PZH lub ATCC 9533

• Sporobójczy (S) - *Bacillus subtilis* NCTC 8236 i/lub *Bacillus cereus* ATCC 10876 (szczep najmniej wrażliwy na badany preparat), *Clostridium sporogenes* ATCC 3584

• Wirusobójczy (V) - wirus poliomyelitis typu 1, szczep LSc2ab, adenowirus typu 2 lub 6, wirus herpes simplex typu 1 (HSV-1), szczep McIntyre

Do oceny działania dezynfekcyjnego preparatów przeznaczonych do dezynfekcji chemiczno-termicznej narzędzi, sprzętu medycznego oraz innego wyposażenia szpitali (np. łóżka, sprzęt sanitarny, itp.) lub bielizny stosuje się szczep *Enterococcus faecium* ATCC 6057.

Nośniki stosowane w badaniach preparatów do dezynfekcji narzędzi i powierzchni są modelem odpowiadającym powierzchniom gładkim, w badaniach preparatów do dezynfekcji bielizny stosowane są nośniki z tkaniny.

Do dezynfekcji powierzchni metodą zmywania, przecierania, spryskiwania należy stosować preparaty w stężeniach aktywnych w czasie nie dłuższym niż 15 minut. Podane w Wykazie stężenia działające dezynfekująco w czasie dłuższym niż 15 minut, należy stosować tylko do dezynfekcji przedmiotów, które można zanurzyć.

Należy stosować roztwory świeżo przygotowane, ta zasada powinna być rygorystycznie przestrzegana w przypadku preparatów zawierających związki z aktywnym tlenem.

Preparaty podane w Wykazie są przeznaczone do rutynowej i profilaktycznej dezynfekcji w zakładach świadczących usługi medyczne, mogą być również stosowane w szkołach, obiektach sportowych a także w innych obszarach, np. w przemyśle farmaceutycznym.

Metody badania: 1. Krzywicka H. i wsp.: Metody badania aktywności bakteriobójczej preparatów dezynfekcyjnych, Wyd. Met. PZH, 1981. – 2. Krzywicka H. i wsp.: Metoda określania stężeń użytkowych preparatów dezynfekcyjnych. Metoda nośnikowa, Wyd. Met. PZH 1993. – B. Litwińska, A. Biesiadecka: Metoda oznaczania aktywności wirusobójczej preparatów dezynfekcyjnych, Wyd. Met. PZH, 1993.

B. Tadeusiak, E. Zarzycka

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

"Meldunki" opracowuje zespół: Mirosław P. Czarkowski (red.odp.), Ewa Cielebąk, Barbara Kondej, Ewa Stepień - tel. (022) 849-77-02, tel. (022) 849-40-51/7/ w. 210, fax (022) 849-74-84, tlx 816712, e-mail epimeld@medstat.waw.pl.; Jadwiga Żabicka (koment.) - tel. (022) 849-40-51/7/ w. 206.
Kierownictwo naukowe: prof. dr hab. Wiesław Magdzik.