

## Meldunek 6/B/00

### o zachorowaniach na choroby zakaźne i zatruciach związkami chemicznymi zgłoszonych w okresie od 16.06 do 30.06.2000 r.

Jednostka chorobowa (symbole wg "Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych" ICD-10)	Meldunek 6/B		Dane skumulowane	
	16.06.00. do 30.06.00.	16.06.99. do 30.06.99.	1.01.00. do 30.06.00.	1.01.99. do 30.06.99.
Choroba wywołana przez ludzki wirus upośl.odp.: ogółem (B20-B24)	10	4	37	61
Dur brzuszny (A01.0)	1	-	7	3
Dury rzekome A.B.C. (A01.1-A01.3)	1	-	2	-
Salmonelozy: ogółem (A02)	1561	1604	9269	8519
Czerwonka bakteryjna /szigelozą/ (A03)	2	4	43	86
Inne bakteryjne zakażenia jelitowe: ogółem (A04)	194	184	2815	1858
Wiusowe i inne określone zakażenia jelitowe: ogółem (A08)	143	64	2666	927
Biegunki u dzieci do lat 2: ogółem (A04; A08; A09)	668	621	11509	7409
w tym: BNO, prawdopodobnie pochodzenia zakaźnego (A09)	452	458	8005	5435
Teżec: ogółem (A33-A35)	2	-	6	9
Błonica (A36)	-	-	1	-
Krztusiec (A37)	78	19	794	293
Szkarlatyna /płonica/ (A38)	371	596	5942	6444
Zapalenie opon mózgowych: razem	70	98	762	976
w tym: meningokokowe (A39.0)	1	5	57	67
wywołane przez <i>Haemophilus influenzae</i> (G00.0)	3	1	42	34
inne bakteryjne, określone i nie określone (G00.1-G00.9)	28	32	347	395
wirusowe, określone i nie określone (A87; B00.3; B02.1)	33	46	248	389
inne i nie określone (G03)	5	14	68	91
Zapalenie mózgu: razem	16	23	210	211
w tym: meningokokowe i inne bakteryjne: ogółem (A39.8; G04.2)	4	4	60	52
wirusowe, przenoszone przez kleszcze (A84)	5	2	13	13
inne wirusowe, określone (A83; A85; B00.4; B02.0; B25.8)	1	2	17	13
wirusowe, nie określone (A86)	4	8	82	98
poszczepienne (G04.0)	-	-	-	-
inne i nie określone (G04.8-G04.9)	2	7	38	35
Riketsjozy: ogółem (A75-A79)	1	-	1	-
Ostre nagminne porażenie dziecięce, łącznie z poszczepiennym (A80)	-	-	-	-
Ospa wietrzna (B01)	6895	5564	87824	65424
Odra (B05)	3	4	56	62
Różyczka: ogółem (B06; P35.0)	2932	3140	35750	23906
Wirusowe zap. wątroby: typu A (B15)	3	37	124	532
typu B (B16; B18.0-B18.1)	110	143	1438	1676
typu C (B17.1; B18.2)	62	79	1027	867
typu B+C (B16; B18.0-B18.1 + B17.1; B18.2)	5	3	71	70
inne i nieokreśl.(B17.0;B17.2-.8;B18.8-.9;B19)	14	17	169	187
Świnka /nagminne zapalenie przyusznic/ (B26)	945	5581	12181	71544
Włośnica (B75)	-	1	6	25
Świerzb (B86)	327	367	7818	7641
Grypa: ogółem (J10; J11)	131	13	1528727	2341900
Bakteryjne zatrucia pokarmowe: razem	1652	1703	10820	9700
w tym: salmonelozy (A02.0)	1560	1601	9242	8497
gronkowcowe (A05.0)	1	1	105	75
jadem kiełbasianym /botulizm/ (A05.1)	4	2	29	43
wywołane przez <i>Clostridium perfringens</i> (A05.2)	-	-	1	-
inne określone (A05.3-A05.8)	1	1	77	34
nie określone (A05.9)	86	98	1366	1051
Zatrucia naturalnie toksycznym pokarmem: ogółem (T62)	-	1	11	4
w tym: grzybami (T62.0)	-	1	11	3
Inne zatrucia: ogółem (T36-T60; T63-T65)	261	476	4187	3528
w tym: pestycydami (T60)	11	13	49	50
lekami, prep.farmakologicznymi i subst.biolog. (T36-T50)	156	265	2367	2050
alkoholem (T51)	58	123	912	661
Ostre porażenia wiotkie u dzieci (0-14 lat)	2	2	23	31

## Zachorowania zgłoszone w okresie 16-30.06.2000 r. wg województw

Województwo	Choroba wyw.przez ludzki wirus upośl. odp.: ogółem (B20-B24)	Dur brzuszny (A01.0)	Dury rzekome A.B.C. (A01.1-3)	Salmonelozy: ogółem (A02)	Czerwonka bakteryjna /szigelozą/ (A03)	Biegunki u dzieci do lat 2: ogółem (A04; A08; A09)	Teżec: ogółem (A33-A35)	Krzusiec (A37)	Szkarlatyna (A38)	Zapalenie opon mózgowych		Zapalenie mózgu	
										Ogółem (A39.0; A87; B00.3; B02.1; G00; G03)	w tym: meningokokowe (A39.0)	Ogółem (A39.8; A83-86; B00.4; B02.0; B25.8; G04.0; G04.2; G04.8-9)	w tym: wirusowe, prz. przez kleszcze (A84)
POLSKA	10	1	1	1561	2	668	2	78	371	70	1	16	5
Dolnośląskie	-	-	-	49	-	47	-	-	30	5	-	-	-
Kujawsko-Pomorskie	1	-	-	122	-	55	-	3	25	3	-	3	-
Lubelskie	-	-	-	208	1	38	-	1	9	4	-	-	-
Lubuskie	-	-	-	57	-	11	-	-	4	2	-	-	-
Łódzkie	-	-	-	95	-	36	-	16	16	5	-	-	-
Małopolskie	-	-	-	59	-	41	-	-	27	4	-	-	-
Mazowieckie	-	-	-	173	-	54	-	18	57	4	-	-	-
Opolskie	-	-	-	22	-	12	-	-	17	-	-	-	-
Podkarpackie	-	-	1	88	1	67	1	1	14	2	-	4	-
Podlaskie	1	1	-	48	-	24	-	12	14	4	-	1	1
Pomorskie	-	-	-	150	-	67	-	1	15	4	-	-	-
Śląskie	6	-	-	76	-	61	1	14	50	12	-	3	-
Świętokrzyskie	-	-	-	49	-	15	-	10	3	6	-	-	-
Warmińsko-Mazurskie	-	-	-	80	-	37	-	2	17	6	-	5	4
Wielkopolskie	-	-	-	244	-	85	-	-	50	7	1	-	-
Zachodniopomorskie	2	-	-	41	-	18	-	-	23	2	-	-	-

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	6895	3	2932	3	115	67	945	-	327	131	1652	-	261
Dolnośląskie	593	-	348	-	11	11	34	-	23	-	51	-	14
Kujawsko-Pomorskie	503	-	227	-	8	5	90	-	40	-	132	-	10
Lubelskie	261	-	114	-	10	5	72	-	31	-	208	-	48
Lubuskie	184	-	7	-	8	5	10	-	7	-	57	-	35
Łódzkie	376	-	132	-	7	5	42	-	37	-	97	-	3
Małopolskie	449	1	358	1	10	4	108	-	12	29	67	-	10
Mazowieckie	836	-	128	-	17	10	53	-	25	22	176	-	4
Opolskie	215	-	48	-	2	-	83	-	6	-	22	-	-
Podkarpackie	330	-	21	1	3	2	14	-	13	-	91	-	21
Podlaskie	313	-	144	-	-	2	13	-	17	-	49	-	11
Pomorskie	371	1	53	-	4	2	81	-	10	78	161	-	18
Śląskie	963	-	974	1	17	7	48	-	48	-	98	-	9
Świętokrzyskie	400	-	98	-	4	4	58	-	17	1	61	-	41
Warmińsko-Mazurskie	258	-	62	-	4	-	25	-	21	-	81	-	16
Wielkopolskie	636	1	134	-	7	2	198	-	6	1	246	-	13
Zachodniopomorskie	207	-	84	-	3	3	16	-	14	-	55	-	8

## Chorzy nowo zarejestrowani w poradniach gruźlicy i chorób płuc podległych Ministerstwu Zdrowia<sup>1</sup> w I kwartale 2000 roku

(dane Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc)

Województwo	Wszystkie postacie gruźlicy			
	ogółem	w tym dzieci i młodzież		w tym BK+
		0-14	15-19	
POLSKA	2455	12	53	1426
1. Dolnośląskie	176	3	7	102
2. Kujawsko-Pomorskie	112	2	-	76
3. Lubelskie	179	1	4	108
4. Lubuskie	43	1	-	14
5. Łódzkie	246	3	5	171
6. Małopolskie	144	1	2	139
7. Mazowieckie	412	-	15	213
8. Opolskie	74	-	1	46
9. Podkarpackie	145	-	6	85
10. Podlaskie	50	-	2	28
11. Pomorskie	109	-	1	62
12. Śląskie	369	1	7	187
13. Świętokrzyskie	104	-	3	41
14. Warmińsko-Mazurskie	86	-	-	26
15. Wielkopolskie	137	-	-	88
16. Zachodniopomorskie	69	-	-	40

<sup>1</sup> Bez PKP, MON i MSW.

## Zakażenia HIV i zachorowania na AIDS Informacja z 30 czerwca 2000 r.

W czerwcu 2000 r. do Zakładu Epidemiologii PZH zgłoszono nowo wykryte zakażenie HIV 40 obywateli polskich, wśród których było m.in. 23 zakażonych w związku z używaniem narkotyków i 15 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 Laboratorium Kliniki Chorób Zakaźnych AM we Wrocławiu oraz w Zakładzie Immunologii Hematologicznej i Transfuzjologicznej Instytutu Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie.

Odnotowano zachorowanie na AIDS kobiety zakażonej drogą ryzykownych kontaktów heteroseksualnych oraz trzech mężczyzn: dwóch narkomanów i jednego bez informacji o drodze zakażenia.

Chorzy byli w wieku od 28 do 34 lat. Troje miało miejsce zamieszkania w woj. dolnośląskim, a jeden w podlaskim.

W trzech przypadkach określono przynajmniej jedną chorobę wskazującą na AIDS w brzmieniu jak w definicji do celów nadzoru epidemiologicznego, skorygowanej w 1993 r.; w jednym przypadku jako chorobę wskaźnikową podano zakażenie oportunistyczne bliżej nieokreślone. U dwojga chorych podano liczbę komórek CD4 (48 i 265 na mikrolitr).

Od wdrożenia badań w 1985 r. do 30 czerwca 2000 r.

stwierdzono zakażenie HIV 6.409 obywateli polskich, wśród których było co najmniej 4.098 zakażonych w związku z używaniem narkotyków.

Ogółem odnotowano 873 zachorowania na AIDS; 489 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 nadawanych 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.

## Dotychczasowe osiągnięcia i plan dalszego działania dla eradykacji poliomyelitis w Krajach Regionu Europejskiego Światowej Organizacji Zdrowia (I)

### I. Dotychczasowe osiągnięcia w zakresie eradykacji polio

#### 1. Informacje wstępne

*Poliomyelitis* jest ostrą chorobą zakaźną powodowaną przez wirusy *polio* typu serologicznego 1, lub typu 2, lub typu 3 należące do rodzaju Enterowirusów.

Wirus *polio* jest wrażliwy na dezynfekcyjne działanie roztworów formaldehydu i środków zawierających wolny chlor, a także na promieniowanie ultrafioletowe, temperaturę wyższą od 50°C i wysuszenie. Jest odporny na alkohol i krezol. W zamrożeniu może przeżyć wiele lat, w temperaturze lodówki przez wiele miesięcy, a w temperaturze pokojowej kilka dni, rzadziej kilka tygodni.

Choroba w skrajnej postaci przebiega z porażeniami wiotkimi w wyniku stanu zapalnego i zniszczenia komórek motoryczno-nerwowych rogów przednich rdzenia kręgowego. W czasie choroby dochodzi u części zakażonych do porażenia i niedowładów mięśni obwodowych. Stan taki może utrzymać się jako konsekwencja choroby po ustąpieniu okresu ostrego, powodując inwalidztwo, nawet znacznego stopnia, trwające do końca życia.

Choroba szerzy się od człowieka do człowieka, najczęściej drogą pokarmową, rzadziej, w pierwszych dniach choroby drogą kropelkową, lub drogą kontaktową bezpośrednią lub pośrednią.

Okres wylegania choroby trwa od 4 do 35 dni, najczęściej od 7 do 14 dni.

Śmiertelność w okresie ostrym choroby wynosiła kilka procent, rzadko przekraczała 10%.

Zachorowania na *poliomyelitis* występowały w dość wysokich liczbach na całym świecie przed wprowadzeniem szczepień, zwłaszcza w latach pięćdziesiątych, stanowiąc jedną z ważniejszych przyczyn inwalidztwa. Uodpornienie okazało się wysoce skuteczne. Zanotowano zmniejszenie liczby zachorowań w drodze przerwania transmisji zakażeń wśród ludzi w wyniku rutynowego uodporniania dzieci.

Brak jest dowodów występowania przewlekłego nosicielstwa wirusa *polio*, wirus może bytować w środowisku, zwłaszcza w glebie i w ściekach, ograniczony okres czasu. Szympany i goryle są wrażliwe na zakażenie i zachorowanie, ale liczba tych zwierząt nie jest wystarczająco duża dla utrzymania transmisji w sytuacji niewystępowania zarazka u lu-

dzi. Naturalnym rezerwuarem wirusa *polio* jest człowiek. Spadek liczby zachorowań na *polio* obserwowany w wielu krajach i postępująca eliminacja dzikiego wirusa *polio* wskazują, że następuje przerwanie transmisji wirusa wśród ludzi. W ten sposób możliwa jest eradykacja choroby.

Decyzja o eradykacji *polio* do 2000 roku podjęta została przez Światowe Zgromadzenie Zdrowia w dniu 13 maja 1988 roku. Podjęte czynności dla wykorzenienia tej choroby ocenić należy jako największą w nowoczesnej historii inicjatywę z zakresu zdrowia publicznego po eradykacji ospy prawdziwej.

## 2. Sytuacja epidemiologiczna poliomyelitis na świecie

W wyniku podjętych działań liczba zachorowań na *poliomyelitis* notowanych rocznie na świecie pomiędzy 1988 a 1999 rokiem uległa zmniejszeniu z 350.000 do 7.012. Spośród nich 1.862 (26,5%) potwierdzono laboratoryjnie. W 1998 roku stwierdzono w Regionie Europejskim 6.349 zachorowań na *poliomyelitis*.

W 1999 roku największej zachorowań zanotowano w Regionie Południowo-Wschodniej Azji WHO, tj. 3.353 (47,8%) spośród których wirusologiczne potwierdzenie uzyskano u 1.160. Najwięcej zachorowań zgłosiły Indie - 2.802, głównie ze stanów Bihar i Uttar Pradesh. Liczba ta była niższa o 35% od liczby zanotowanej w 1998 roku. W Bangladeszu w 1999 roku zarejestrowano 397 zachorowań. W 1998 roku w Regionie Południowo-Wschodniej Azji zarejestrowano 4.775 zachorowań.

W Regionie Afrykańskim zanotowano 2.825 (40,3%) zachorowań, spośród których 238 potwierdzono wirusologicznie. Najwięcej zachorowań zanotowano w Angoli - 1.103 i w Nigerii - 974. W 1998 r. w Regionie tym zarejestrowano 993 zachorowania.

W Regionie Śródziemnomorskim zanotowano 833 (11,9%) zachorowania, spośród których 463 potwierdzono wirusologicznie. Najwięcej zachorowań zanotowano w Pakistanie - 501, w Afganistanie - 150 i w Iraku - 127.

W Regionie Zachodniego Pacyfiku zanotowano 1 laboratoryjnie potwierdzone zachorowanie w Chinach, prawdopodobnie zawleczone z Indii.

W Regionie Amerykańskim ostatnie zachorowanie na *polio* było zarejestrowane w 1991 roku.

W Regionie Europejskim ostatnie zachorowanie spowodowane dzikim wirusem *polio* zanotowano 26 listopada 1998 roku w południowo-wschodniej Turcji. Dotyczyło ono 33-miesięcznego dziecka nieszczepionego przeciw *polio*. Zachorowanie miało przebieg porażenny. W 1999 roku nie zanotowano w tym regionie żadnego zachorowania. Okres 19 miesięcy od listopada 1998 r. był pierwszym tak długim okresem nierejestrowania zachorowań w Regionie Europejskim. W 1998 roku zanotowano w Regionie Europejskim 26 zachorowań. Wszystkie były potwierdzone laboratoryjnie.

## 3. Działania dla eradykacji poliomyelitis na świecie

Osiągnięcia te zostały uzyskane w zasadzie w wyniku szczepień przeciw *poliomyelitis* dzieci przeprowadzanych głównie szczepionką skojarzoną zawierającą 3 typy wirusa w większości krajów przy użyciu żywej doustnej szczepionki (OPV), w części - zwykle bogatszych krajów - przy użyciu szczepionki inaktywowanej (IPV), lub w wyniku podawania pierwszych dawek szczepionki IPV i dalszych OPV. Pod względem organizacyjnym szczepienia te były przeprowadzane w trojaki sposób:

- jako szczepienia rutynowe, w skład których wchodziły

zwykle 4 dawki szczepionki w pierwszych dwu latach życia i 1 lub 2 dawki w wieku późniejszym, zwykle przed wstąpieniem do szkoły i wieku około 14 lat. Dokładano starań w okresie eradykacji *polio* aby szczepieniami tymi w poszczególnych krajach, jak również w poszczególnych rejonach i jednostkach administracyjnych, obejmować nie mniej niż 95% podlegających. Na terenach, gdzie rutynowe szczepienia wykonywane były w stopniu niewystarczającym, organizowano szczepienia akcyjne w postaci:

- Narodowych Dni Szczepień (National Immunization Days - NIDs) lub Subnarodowych Dni Szczepień (Sub-National Immunization Days - SNIDs). Tego typu akcje były zorganizowane w 83 krajach i w ich ramach objęto szczepieniami 470 milionów dzieci;
- szczepień "wycyszczających" (mopping-up operations), polegających na ograniczonych akcjach masowych szczepień przeprowadzanych zwykle na terenach wysokiego ryzyka zakażeń.

Akcje te w 18 krajach Regionu Europejskiego i Śródziemnomorskiego były wykonywane w ramach operacji MECACAR i MECACAR PLUS.

W 1998 roku oszacowano, że przeciętne wykonawstwo szczepień przeciw *poliomyelitis* w Regionie Europejskim WHO wynosiło 92%. Najniższe było w Turcji - 80%.

Zgłaszanie, badanie wirusologiczne i analiza zachorowań przebiegających z ostrymi porażeniami wiotkimi dzieci do lat 15 (z wyjątkiem porażenia nerwu twarzowego) dostarczało informacji dotyczących ewentualnego występowania i krążenia dzikich wirusów *polio*, stanowiąc monitoring w tym zakresie. Według założenia zapadalność na choroby przebiegające z ostrymi porażeniami wiotkimi (Acute Flaccid Paralysis - AFP) u dzieci i młodzieży do lat 15 występować powinny w różnych krajach z zapadalnością w skali roku zbliżoną do 1 na 100.000 dzieci i młodzieży do lat 15. Każdy przypadek ostrego porażenia wiotkiego powinien być zbadany przez lekarza w ciągu 48 godzin od wystąpienia objawów, powinny być pobrane dwie próbki kału od chorego w ciągu 14 dni od zachorowania, z zachowaniem co najmniej 24 godzin odstępu między pobraniem tych próbek, a nie mniej niż 1 próbka, oraz jedna próbka kału od osób ze ścisłego otoczenia chorego. Próbkę te powinny być przesłane do badania wirusologicznego w kierunku wirusa *polio* do akredytowanego laboratorium.

Surveillance ostrych porażen wiotkich nie we wszystkich krajach był zadawalający przez cały okres po jego wdrożeniu. W Regionie Europejskim na ogół jakość jego była lepsza w krajach wschodnich niż w zachodnich. Uległa również - zwłaszcza w aspekcie badań w kierunku dzikich wirusów *polio* - poprawie w latach ostatnich. Szczególnie dotyczyło to krajów gdzie ostatnio zachorowania na *poliomyelitis* występowały endemicznie.

## 4. Sytuacja epidemiologiczna poliomyelitis w Polsce

W Polsce najwyższe liczby zachorowań na *polio*, wyższe od 1.000 rocznie, notowano między 1951 a 1959 rokiem. Najwyższą liczbę zachorowań zanotowano w 1958 roku - 6.090, zapadalność 21,1 na 100.000. Liczba zgonów w tych latach była z wyjątkiem 1953 i 1957 roku wyższa od 100, a w 1958 roku osiągnęła 348.

W 1960 roku zanotowano 275 zachorowań, a w dalszych latach sześćdziesiątych i siedemdziesiątych do 1978 roku łącznie liczby zachorowań na *poliomyelitis* wahały się w poszczególnych latach od kilku, kilkunastu do kilkudziesięciu. Wyjątek stanowił rok 1968, w którym wystąpiła epi-

mia *poliomyelitis* spowodowana wirusem *polio* typ 3. Zano-  
towano 464 zachorowania. Stosunkowo wysokie liczby za-  
chorowań zanotowano także w 1961 roku - 84, w 1962 -  
42, w 1973 - 43 i w 1974 - 44. Począwszy od 1979 roku  
nie notowano już w Polsce corocznie zachorowań na *polio-  
myelitis* spowodowanych dzikim wirusem *polio*. W latach  
osiemdziesiątych zanotowano tylko dwa takie zachorowania: w  
1982 roku zachorowanie spowodowane dzikim wirusem *polio*  
typ 2 i w 1984 roku - dzikim wirusem *polio* typ 1. Oby-  
dwa zachorowania były nieporażenne, przebiegające z obja-  
wami zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych. Były to ostat-  
nie zachorowania rodzime na *polio* w Polsce. Szczepy wiru-  
sa *polio* wyhodowane od tych chorych były ostatnimi szcze-  
pami dzikiego wirusa *polio* uzyskanymi na terenie Polski.  
W późniejszym okresie zachorowań zawleczonych do kraju  
nie obserwowano.

Ostatni zgon spowodowany *poliomyelitis* w Polsce zano-  
towano w 1974 roku.

Oprócz zachorowań spowodowanych dzikim wirusem  
*polio* notowano do 4 rocznie tzw. zachorowań towarzyszą-  
cych szczepieniu (VAPP - vaccine associated paralytic polio)  
wywołanych wirusem szczepionkowym. W latach osiem-  
dziesiątych zarejestrowano 24 takie zachorowania, w latach  
dziewięćdziesiątych - 10.

## 5. Zapobieganie i zwalczanie zachorowań na polio w Polsce

Jak wyżej wspomniano, obserwowana na przestrzeni lat  
poprawa sytuacji epidemiologicznej *poliomyelitis* tak w Pol-  
sce jak i w innych krajach była głównie wynikiem szcze-  
pień ochronnych.

W Polsce szczepienia przeciw *poliomyelitis* szczepionką  
inaktywowaną stosowano w niektórych miastach jak War-  
szawa i Łódź na małą skalę już jesienią 1957 roku. Jesienią  
1958 roku przeprowadzono akcję masowych szczepień przy  
użyciu szczepionki inaktywowanej. Objęto nimi dzieci od 6  
miesiąca do 5 roku życia. Od czerwca 1959 roku wprowa-  
dzono stopniowo szczepienia szczepionką żywą, która sto-  
sowana była początkowo dzieciom szczepionym szczepionką  
inaktywowaną. W dalszych latach wycofano z użycia  
szczepionkę inaktywowaną i stosowano wyłącznie żywą do-  
stną szczepionkę. Do 1973 roku stosowano dzieciom w  
pierwszym roku życia szczepionki monowalentne zawierające  
typ 1, lub typ 2, lub typ 3 szczepionkowego wirusa atenu-  
owanego w ramach organizowanych akcji szczepień, a  
dzieciom starszym szczepionkę trójwartną zawierającą ty-  
py 1, 2 i 3. Po 1973 roku stosowano w Polsce wyłącznie  
szczepionkę poliwalentną, przeciw *poliomyelitis* zawierającą  
3 typy wirusa szczepionkowego w pierwszych dwu latach  
życia jednocześnie ze szczepieniem szczepionką DTP - trzy  
razy w pierwszym i jeden raz w drugim roku życia, a nastę-  
pnie w szóstym i jedenastym roku życia.

Szczepieniami przeciw *poliomyelitis* obejmowano w  
Polsce powyżej 90% dzieci z odpowiednich roczników ob-  
jętych szczepieniem, a po wdrożeniu programu eradykacji  
*poliomyelitis* - powyżej 95%. Wyniki takie uzyskiwane były  
dla całej Polski jak również dla większości województw. Je-  
dynie w województwie krakowskim i nowosądeckim szcze-  
pieniami obejmowano mniej niż 90% podlegających. W  
ostatnich latach sytuacja uległa poprawie. W 1998 roku w  
województwie krakowskim, gdzie szczepiono najniższe od-  
setki dzieci, zaszczepiono 92,0% dzieci, w 1999 roku - 93,7%.

Zgodnie z programem eradykacji *poliomyelitis* w latach  
dziewięćdziesiątych podjęto zgłaszanie i badanie wirusolo-  
giczne zachorowań przebiegających z wystąpieniem ostrych

porażień wiotkich z wyjątkiem porażień nerwu twarzewego  
(acute flaccide paralysis - AFP) dzieci i młodzieży do lat 15  
oraz badanie osób ze ścisłego otoczenia tych przypadków.

W tym zakresie nie osiągnięto wymogów oszacowanych  
i sprecyzowanych przez Światową Organizację Zdrowia  
obejmując w poszczególnych latach:

- od 40% do 100% wymaganej liczby zachorowań;
- przeprowadzając badania lekarskie tych zachorowań w  
ciągu 48 godzin od wystąpienia porażenia od 48% do 71%;
- wykonując wirusologiczne badanie dwu prób kału od cho-  
rych od 21% do 63%;
- wykonując wirusologiczne badanie próby kału od osób ze  
styczności z chorym od 34% do 90%.

W wyniku przeprowadzonych badań wirusologicznych  
nie uzyskano szczepu dzikiego wirusa *poliomyelitis*.

## 6. Podsumowanie

W Polsce, w Regionie Europejskim, a również na świe-  
cie uzyskano daleko idące osiągnięcia na drodze eradykacji  
*poliomyelitis*.

- W Polsce ostatni szczep dzikiego wirusa *polio* i zarazem  
ostatni przypadek *polio* zanotowano w 1984 roku, tj. przed  
16 laty, podczas gdy minimalny okres wymagany przez  
Światową Organizację Zdrowia dla orzeczenia eradykacji  
*polio* wynosi 3 lata.
- W Regionie Europejskim nie zanotowano zachorowania  
na *polio* od 26 listopada 1998 roku, a więc przez ponad  
1,5 roku.
- W Regionie Amerykańskim nie zanotowano zachorowa-  
nia na *polio* od 1991 roku, a więc przez 9 lat.

Notuje się zachorowania w niewielkiej liczbie krajów  
Regionu Południowo-Wschodniej Azji, Regionu Afrykań-  
skiego i Regionu Śródziemnomorskiego; takich jak Indie,  
Bangladesz, Angola, Nigeria, Pakistan, Afganistan, Irak. W  
krajach tych należy się spodziewać energicznych akcji ze  
strony tak przeciwepidemicznej służby tych krajów, jak i ze  
strony Światowej Organizacji Zdrowia i innych organizacji  
międzynarodowych.

Rodzi się pytanie co należy dla umocnienia stanu erady-  
kacji *poliomyelitis* dokonać obecnie w krajach Regionu Euro-  
pejskiego, a w szczególności w Polsce, w sytuacji istnienia  
jeszcze zachorowań na świecie. Regionalna Komisja Certy-  
fikacji eradykacji *polio* ustaliła ten okres na lata 2000-2003.

(cd. w następnym "Meldunku")

*Informacja opracowana głównie na podstawie materiałów  
konferencji zorganizowanej przez Europejskie Biuro Regio-  
nalne WHO w Wiedniu w dniach 20-21.06.2000 r.*

*Wiesław Magdzik*

## Udokumentowane przerwanie transmisji zakażeń Trypanosoma cruzi w Chile

W Ameryce Łacińskiej Chile jest drugim krajem, który  
na podstawie przesłanek entomologicznych i seroepidemo-  
logicznych uzyskał międzynarodowy certyfikat o wyelimi-  
nowaniu transmisji choroby Chagasa. Decyzję podjęto na  
podstawie raportu międzynarodowej komisji przedłożonego  
w listopadzie ub.r. w Santiago.

Wcześniej, w 1997 r. analogiczny certyfikat otrzymał  
Urugwaj. Wśród innych krajów położonych w stożku Połud-  
niowej Ameryki eliminację choroby Chagasa do końca ubieg-

tego roku zaplanowano na terenie Argentyny, Boliwii, Brazylii, Chile oraz Paragwaju. Zadanie dotyczy przecięcia dróg szerzenia zakażeń zarówno przez wektory jak i przetaczanie krwi.

Jak wiadomo choroba Chagasa występuje wyłącznie na terenie Płd. Ameryki, gdzie żyje 16-18 mln ludzi zakażonych pasożytem *Trypanosoma cruzi*, a około 100 mln ludzi, czyli 25% ludności, jest narażonych na zakażenie.

Choroba Chagasa jest chorobą o dwufazowym przebiegu, z ostrą fazą wywołaną przez wiciowce wkrótce po zakażeniu i przewlekłą fazą narządową, wywołaną przez tkankowe postacie pasożyta bez wici. W przewlekłej fazie choroba manifestuje się nieodwracalnymi zmianami narządowymi, zwłaszcza w sercu, przelyku, jelicie grubym oraz obwodowym systemie nerwowym.

W Chile choroba Chagasa była endemiczną chorobą pasożytniczą przenoszona w środowiskach domowych przez pluskwiaki. Głównym wektorem zakażeń był pluskwiak *Triatoma infestans*, w mniejszym stopniu *T.spinolai* występujący tylko w środowisku leśnym. Ponadto miały miejsce zakażenia krwiopochodne przy transfuzjach krwi.

W latach osiemdziesiątych średnią częstość zakażeń we wszystkich grupach wieku szacowano na 17%, a infestacja dotyczyła 28,8% domostw. W 1984 roku wśród krwiodawców wykryto 3,4% zakażonych ludzi.

Intensywne zastosowanie insektycydów w latach 1982-1999 w ramach krajowego programu dezynsekcji domów, doprowadziło do zmniejszenia infestacji o ponad 99%. W 1999 roku badania wykonane przez pracowników terenowych dla udokumentowania postępów programu wykazały współczynnik infestacji 2,1 insekta na 1.000 domów, czyli znacznie poniżej minimalnego progu umożliwiającego transmisję zakażeń. Równocześnie odsetek dzieci w wieku do 4 lat zakażonych *T.cruzi* zmalał z 5,9 do 0,16%.

Krwiopochodną transmisję zakażeń wykluczają rutynowe badania w krwiodawstwie, którymi obejmuje się 100% dawców.

na podstawie "Wkly Epid.Rec." (2000,2,10-12)  
opracował Wojciech Żabicki

### Ogniska salmonelozы związane ze spożyciem surowych pomidorów

W latach 1990 i 1993 w czterech stanach USA (Minnesota, Illinois, Michigan i Wisconsin) zarejestrowano dwa duże ogniska spowodowane przez pałeczki *Salmonella*, które wystąpiły po spożyciu surowych, świeżych pomidorów. Pierwsze ognisko wywołała *Salmonella Javiana* (176 przypadków), a drugie *S. Montevideo* (100 przypadków). Obydwie partie pomidorów pochodziły z tego samego miejsca pakowania, znajdującego się w Południowej Karolinie, a do zanieczyszczenia doszło prawdopodobnie w trakcie mycia pomidorów (1).

Między grudniem 1998 r. a lutym 1999 r. w Kalifornii zarejestrowano ognisko 44 zachorowań spowodowanych przez *S. Baildon*. Jeden chory zmarł. Dochodzenie epidemiologiczne wskazywało na pomidory spożywane w różnych restauracjach zaopatrywanych przez różnych dostawców. Do zanieczyszczenia pomidorów mogło dojść w gospodarstwie hodującym te rośliny, czy też w trakcie pakowania lub dostawy poprzedzającej rozprowadzanie w handlu detalicznym (2).

Owoce, warzywa i zboża są zalecane jako część diety

zapobiegającej chorobom sercowo-naczyniowym i rakowi. W październiku 1998 r., a więc na dwa miesiące przed wystąpieniem ogniska w Kalifornii, Departament Zdrowia Stanów Zjednoczonych opublikował poradnik służący bezpiecznej hodowli i właściwemu postępowaniu ze świeżymi owocami i warzywami. Poradnik ten przeznaczono dla hodowców oraz osób pracujących w obrocie tymi produktami roślinnymi. Szczególną uwagę zwrócono na jakość wody stosowanej w trakcie mycia pomidorów. Woda taka powinna być rutynowo badana według standardów odnoszących się do wody do picia, a temperatura jej powinna być kontrolowana. To ostatnie zalecenie ma na celu zmniejszenie różnicy ciśnienia, które może wciągnąć czynniki patogenne do wnętrza tkanek pomidora. Zaleca się także, aby świeże produkty roślinne, takie jak pomidory, były zaopatrzone w etykietę z kodem pozwalającym na ustalenie daty i miejsca pochodzenia.

Mimo, że pomidory nie są rozpowszechnionym nośnikiem pałeczek *Salmonella*, to badania laboratoryjne wskazują na fakt, że mogą one, podobnie jak inne świeże warzywa i owoce, podtrzymywać wzrost pałeczek *Salmonella* i innych patogenów jelitowych, takich jak *Shigella* i *Escherichia coli* O157:H7. Badania wykazały, że pomidory przetrzymywane w wodzie chłodniejszej niż miąższ pomidorów, mogą absorbować wodę wraz z pałeczkami *Salmonella* do tkanek owocni przez bliznę po szypułce. Wykazano ponadto, że pałeczki *Salmonella* mogą przeżywać na skórce i namnażać się do dużych liczb na pokrojonych pomidorach, przetrzymywanych w temperaturze pokojowej. Pałeczki *Salmonella* wszczepione do blizny po szypułce mogą być, jak wykazało badanie, przeniesione do wnętrza pomidora na ostrzu noża użytego do jego krojenia.

Chlorowanie wody używanej do mycia pomidorów w pakowni było krytycznym punktem kontrolnym w dwóch pierwszych opisywanych powyżej ogniskach. Nieodpowiednie monitorowanie tego punktu kontrolnego przyczyniło się prawdopodobnie do przeżycia pałeczek *Salmonella* pochodzących z odchodów ptasich, szczątków organicznych lub z innych zanieczyszczonych pomidorów w pojemniku. Ciągłe dodawanie materiału organicznego wymaga chlorowania w celu podtrzymywania dostatecznych poziomów wolnego chloru; jednak nawet bardzo wysokie poziomy wolnego chloru (>320 ppm) mogą nie wystarczać do wyeliminowania zanieczyszczenia pałeczkami *Salmonella*. Eliminacja ryzyka mikrobiologicznego związanego z konsumpcją świeżych produktów roślinnych może wymagać takich technologii jak pasteryzacja metodą jonizacji (np. napromieniowanie) w celu zabicia patogennych zanieczyszczeń.

(1) Hedberg C.W. i inni: Outbreaks of salmonellosis associated with eating uncooked tomatoes: implications for public health. *Epidemiol. Infect.*, 1999,122:385-393. (2) Salmonella outbreak linked to raw tomatoes in California. *Newsletter*, 2000,63:3-4.

Anna Przybylska

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

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