

Meldunek 9/A/00

o zachorowaniach na choroby zakaźne i zatruciach związkami chemicznymi zgłoszonych w okresie od 1.09 do 15.09.2000 r.

Jednostka chorobowa (symbole wg "Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych" ICD-10)	Meldunek 9/A		Dane skumulowane	
	1.09.00. do 15.09.00.	1.09.99. do 15.09.99.	1.01.00. do 15.09.00.	1.01.99. do 15.09.99.
Choroba wywołana przez ludzki wirus upośl.odp.: ogółem (B20-B24)	7	8	61	80
Dur brzuszny (A01.0)	-	-	8	5
Dury rzekome A.B.C. (A01.1-A01.3)	-	-	1	1
Salmonelozy: ogółem (A02)	1598	1488	16426	16826
Czerwonka bakteryjna /szigelozą/ (A03)	4	19	82	160
Inne bakteryjne zakażenia jelitowe: ogółem (A04)	163	191	3760	2805
Wiusowe i inne określone zakażenia jelitowe: ogółem (A08)	60	41	3321	1117
Biegunki u dzieci do lat 2: ogółem (A04; A08; A09)	454	479	14302	9972
w tym: BNO, prawdopodobnie pochodzenia zakaźnego (A09)	309	349	9912	7292
Teżec: ogółem (A33-A35)	1	1	8	18
Błonica (A36)	-	-	1	-
Krztusiec (A37)	147	28	1436	412
Szkarlatyna /płonica/ (A38)	71	150	6779	7396
Zapalenie opon mózgowych: razem	101	117	1219	1507
w tym: meningokokowe (A39.0)	3	8	70	92
wywołane przez <i>Haemophilus influenzae</i> (G00.0)	2	3	56	46
inne bakteryjne, określone i nie określone (G00.1-G00.9)	24	36	481	560
wirusowe, określone i nie określone (A87; B00.3; B02.1)	55	59	484	675
inne i nie określone (G03)	17	11	128	134
Zapalenie mózgu: razem	39	20	355	328
w tym: meningokokowe i inne bakteryjne: ogółem (A39.8; G04.2)	6	4	80	74
wirusowe, przenoszone przez kleszcze (A84)	23	11	80	63
inne wirusowe, określone (A83; A85; B00.4; B02.0; B25.8)	1	3	23	22
wirusowe, nie określone (A86)	4	2	115	122
poszczepienne (G04.0)	-	-	1	1
inne i nie określone (G04.8-G04.9)	5	-	56	46
Riketsjozy: ogółem (A75-A79)	-	-	2	-
Ostre nagminne porażenie dziecięce, łącznie z poszczepiennym (A80)	-	-	-	-
Ospa wietrzna (B01)	775	901	100768	75586
Odra (B05)	1	1	63	77
Różyczka: ogółem (B06; P35.0)	292	323	41910	28021
Wirusowe zap. wątroby: typu A (B15)	7	30	150	697
typu B (B16; B18.0-B18.1)	115	116	1959	2316
typu C (B17.1; B18.2)	47	46	1368	1212
typu B+C (B16; B18.0-B18.1 + B17.1; B18.2)	6	6	98	93
inne i nieokreśl.(B17.0;B17.2-.8;B18.8-.9;B19)	11	11	226	248
Świnka /nagminne zapalenie przyusznic/ (B26)	195	713	14844	82175
Włośnica (B75)	-	-	31	53
Świerzb (B86)	581	856	10196	9938
Grypa: ogółem (J10; J11)	160	9	1529367	2341933
Bakteryjne zatrucia pokarmowe: razem	1751	1737	19117	19452
w tym: salmonelozy (A02.0)	1593	1482	16381	16789
gronkowcowe (A05.0)	19	85	359	324
jadem kiełbasianym /botulizm/ (A05.1)	4	2	45	67
wywołane przez <i>Clostridium perfringens</i> (A05.2)	-	-	1	-
inne określone (A05.3-A05.8)	-	2	97	58
nie określone (A05.9)	135	166	2234	2214
Zatrucia naturalnie toksycznym pokarmem: ogółem (T62)	30	31	216	72
w tym: grzybami (T62.0)	26	31	210	69
Inne zatrucia: ogółem (T36-T60; T63-T65)	382	279	6072	4959
w tym: pestycydami (T60)	2	6	83	104
lekami, prep.farmakologicznymi i subst.biolog. (T36-T50)	224	177	3415	2904
alkoholem (T51)	104	53	1374	963
Ostre porażenia wiotkie u dzieci (0-14 lat)	1	2	34	43

Zachorowania zgłoszone w okresie 1-15.09.2000 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	7	-	-	1598	4	454	1	147	71	101	3	39	23
Dolnośląskie	3	-	-	64	-	36	-	2	4	7	-	4	2
Kujawsko-Pomorskie	-	-	-	151	1	43	-	6	7	4	-	2	-
Lubelskie	-	-	-	168	-	30	-	-	3	5	1	-	-
Lubuskie	-	-	-	39	-	13	-	1	1	1	-	-	-
Łódzkie	-	-	-	236	-	33	-	68	3	6	-	-	-
Małopolskie	-	-	-	90	-	36	-	3	6	14	-	-	-
Mazowieckie	-	-	-	140	-	31	-	29	9	7	-	3	1
Opolskie	3	-	-	41	-	5	1	2	4	6	-	3	1
Podkarpackie	-	-	-	120	-	33	-	2	2	7	-	2	-
Podlaskie	1	-	-	64	1	17	-	9	2	14	2	9	8
Pomorskie	-	-	-	51	-	44	-	-	5	4	-	-	-
Śląskie	-	-	-	91	1	39	-	9	7	1	-	4	-
Świętokrzyskie	-	-	-	115	-	11	-	3	1	5	-	2	2
Warmińsko-Mazurskie	-	-	-	116	1	10	-	11	6	10	-	10	9
Wielkopolskie	-	-	-	91	-	59	-	2	10	5	-	-	-
Zachodniopomorskie	-	-	-	21	-	14	-	-	1	5	-	-	-

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	775	1	292	7	121	53	195	-	581	160	1751	26	382
Dolnośląskie	32	-	32	-	14	9	12	-	29	-	70	1	15
Kujawsko-Pomorskie	68	-	28	-	12	6	17	-	56	-	164	4	21
Lubelskie	31	-	3	1	5	2	9	-	47	-	168	-	36
Lubuskie	31	-	4	-	7	1	4	-	25	-	45	4	20
Łódzkie	60	-	8	-	11	10	8	-	41	-	240	3	158
Małopolskie	46	-	21	4	16	2	21	-	20	-	97	-	2
Mazowieckie	73	-	22	1	14	11	10	-	47	50	139	1	7
Opolskie	20	-	8	-	3	1	10	-	4	41	42	2	1
Podkarpackie	26	-	3	1	4	1	2	-	35	1	123	2	19
Podlaskie	26	-	13	-	3	2	6	-	12	-	64	1	14
Pomorskie	36	-	11	-	3	1	22	-	36	53	75	2	22
Śląskie	97	-	88	-	17	1	21	-	77	-	130	-	8
Świętokrzyskie	46	-	12	-	5	1	8	-	45	5	127	1	40
Warmińsko-Mazurskie	36	-	5	-	-	-	3	-	32	-	118	1	5
Wielkopolskie	111	1	29	-	5	2	37	-	38	1	112	-	14
Zachodniopomorskie	36	-	5	-	2	3	5	-	37	9	37	4	-

Apel Komitetu Certyfikacji Eradykacji Poliomyelitis

Komitet Certyfikacji Eradykacji Poliomyelitis zwraca się z apelem do wszystkich lekarzy, zwłaszcza neurologów dziecięcych, pediatrów i lekarzy chorób zakaźnych, o aktywne włączenie się do prac mających na celu uzyskanie przez Polskę Certyfikatu o przerwaniu transmisji dzikiego wirusa *polio*. **Warunkiem uzyskania certyfikatu jest:**

1. nie stwierdzenie zachorowań spowodowanych dzikim wirusem *polio* co najmniej przez 3 lata.

Warunek ten spełniamy, gdyż ostatni przypadek *poliomyelitis* zanotowano w Polsce w 1982 i 1984 roku.

2. utrzymanie w kraju wysokiego odsetka dzieci szczepionych przeciw *poliomyelitis* na poziomie co najmniej 95%.

W 1999 roku wykonanie szczepień pierwotnych przeciw *poliomyelitis* w skali kraju wynosiło 97,6% i jedynie w województwie małopolskim uzyskano 93,7%.

3. poprawa monitoringu ostrych porażenia wiotkich (OPW).

Wykonanie tego zalecenia kształtuje się na zbyt niskim poziomie (wymagane przez WHO co najmniej 1/100.000 dzieci w wieku poniżej 15 lat) i stąd nasz apel do lekarzy.

Przypominamy, że monitoring OPW zalecany przez WHO uwzględnia:

- zapalenie wielonerwowe w tym zespół G-B,
- poprzeczne zapalenie rdzenia,
- porażenia nerwów obwodowych pourazowe,
- oraz inne OPW u dzieci do 15 roku życia z wyłączeniem izolowanego porażenia nerwu twarzonego.

W każdym przypadku OPW u dziecka < 15 r.ż. obowiązuje następujące postępowanie:

- badanie przez specjalistę do 48 godz. od wystąpienia porażenia,
- badanie wirusologiczne 2 prób kału w I/II tygodniu od wystąpienia porażenia (odstęp 24-48 godzin) ¹,
- badanie kliniczne w 60 dni po wystąpieniu porażenia,
- wypełnienie raportu badań kliniczno-wirusologicznych (wg wzoru WHO),
- zgłoszenie przypadku do stacji sanitarno-epidemiologicznej w ciągu 48 godz.,
- badanie wirusologiczne 1 próby kału od co najmniej 5 osób z otoczenia chorego ².

Obecnie monitorowanie OPW stanowi kluczowy element programu eradykacji *poliomyelitis* potwierdzający, że rozpoznawane w kraju przypadki OPW nie są spowodowane dzikimi wirusami *polio*. Zwracamy się do lekarzy z apelem o ich zgłaszanie do stacji sanitarno-epidemiologicznych i przeprowadzanie odpowiednich badań wirusologicznych. Stan monitoringu OPW w poszczególnych województwach w 1999 roku przedstawiał się następująco:

Województwo	Zapadalność na 100.000 dzieci do 15 r.ż.
Polska	0,95
1. Dolnośląskie	1,8
2. Mazowieckie	1,6
3. Podkarpackie	1,4
4. Świętokrzyskie	1,1
5. Łódzkie	1,0
6. Warmińsko-Mazurskie	0,9
7. Zachodniopomorskie	0,9
8. Podlaskie	0,8
9. Wielkopolskie	0,8
10. Kujawsko-Pomorskie	0,7
11. Małopolskie	0,7
12. Pomorskie	0,6
13. Śląskie	0,6
14. Lubuskie	0,5
15. Opolskie	0,5
16. Lubelskie	0,4

1. Badania są wykonywane nieodpłatnie przez WSSE i PZH.
2. Organizuje odpowiednia stacja sanitarno-epidemiologiczna.

Konsultant Krajowy w Dziedzinie Pediatrii (-) prof.dr hab. Paweł Januszewicz, Krajowy Specjalista w Zakresie Neurologii (-) prof.dr hab. Hubert Kwieciński, Przewodniczący Komitetu Certyfikacji Eradykacji Poliomyelitis (-) prof.dr hab. Wiesław Magdzik, Sekretarz Komitetu (-) dr n.med. Jadwiga Żabicka

Stanowisko Światowej Organizacji Zdrowia w sprawie stosowania szczepionek z wielodawkowych otwartych fiolek w kolejnych sesjach szczepiennych

Dotychczasowe stanowisko Światowej Organizacji Zdrowia w sprawie stosowania szczepionek z wielodawkowych otwartych fiolek było następujące: "Szczepionka z otwartej fiołki powinna być stosowana tylko podczas sesji szczepiennej, podczas której została otwarta. Pod koniec sesji szczepionka z otwartej fiołki powinna być zniszczona, niezależnie od tego ile dawek szczepionki nie zostało wykorzystane" (WHO/EPI/LHIS/95.01 z 1995 r.).

Obecnie zrewidowane stanowisko w tej sprawie jest następujące:

A. Szczepionki płynne, nieliofilizowane OPV, DTP, TT, DT, przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby B, płynne szczepionki przeciw zakażeniu Hib z otwartych fiolek, z których pobrano jedną lub więcej dawek szczepionki mogą być stosowane w kolejnych sesjach szczepiennych maksymalnie przez 4 tygodnie, jeżeli ponadto spełnione są następujące warunki:

- data ważności szczepionki nie została przekroczona;

- szczepionka była i jest przetrzymywana w warunkach łańcucha chłodniczego;
- fiołka nie była zatopiona w wodzie lub obmywana wodą (metoda stosowana dla rozpuszczenia lodu na powierzchni fiołki);
- szczepionka była pobierana z fiołki z zastosowaniem techniki zabezpieczającej przed zakażeniem;
- monitor fiołki szczepionki, jeżeli jest załączony do fiołki, nie wskazał na utratę mocy preparatu.

Szczepionki nieliofilizowane zawierają konserwanty, które chronią je przed namnożeniem drobnoustrojów po zakażeniu preparatu, a nawet redukują liczbę drobnoustrojów. Okres 4 tygodni ma wyłącznie znaczenie "menedżerskie", tak by szczepionki z fiolek otwartych przy szczepieniu pierwszą dawką mogły być użyte po czterech tygodniach podczas podawania drugiej dawki.

B. Zasady stosowania pozostałych szczepionek, tj. szczepionek liofilizowanych z otwartych fiolek wielodawkowych, nie ulegają zmianie, tzn. szczepionka niewykorzystana podczas sesji, kiedy fiołka została otwarta powinna zostać zniszczona pod koniec sesji lub po 6 godzinach od jej otwarcia, zależnie od tego co szybciej nadej-

dzie. Dotyczy to liofilizowanych szczepionek rekonstruowanych (rozpuszczanych) ze stanu wysuszenia. Wymienić należy w szczególności szczepionki BCG, przeciw odrze, przeciw żółtej gorączce i liofilizowane postaci szczepionek przeciw zakażeniom Hib.

Szczepionki liofilizowane nie zawierają stabilizatorów (konserwantów). Po rekonstruowaniu (rozpuszczeniu) szczepionki nie mogą być przetrzymywane dłużej od zaleceń producenta, a nigdy dłużej od 6 godzin. Przechowywanie takiej szczepionki zawierającej żywy wirus od rozpuszczenia przez okres dłuższy od zalecanego może być przyczyną zgonu w wyniku toksycznego wstrząsu.

Rewizja postępowania w tym zakresie i powyższa zmiana nastąpiła przy uwzględnieniu skuteczności i bezpieczeństwa szczepionek.

Stosowanie szczepionek z fiolek wielodawkowych według powyższej zasady musi być poprzedzone odpowiednim szkoleniem i informacją dla pracowników służby zdrowia, którzy muszą umieć rozróżniać otwarte fiołki, które można przechowywać, od fiolek, które po 6 godzinach, lub po zakończeniu sesji szczepiennej muszą być zniszczone.

na podst.: World Health Organization, Department of Vaccines and Biologicals WHO Policy Statement "The use of opened multi-dose vials of vaccine in subsequent immunization sessions", Geneva 2000 (WHO/V&B/00.09)

opracował prof. Wiesław Magdzik

Eradykacja drakunkulozy

W dniach od 15 do 17 lutego 2000 r. w głównym biurze Światowej Organizacji Zdrowia (ŚOZ) międzynarodowa komisja poświadczająca eradykację drakunkulozy (ICCDE) odbyła czwarte spotkanie. Komisja dokonała przeglądu krajów i terytoriów z sześciu regionów ŚOZ. Materiał poddawany przeglądowi składał się z deklaracji kraju, z informacji dotyczących historii drakunkulozy, czynników determinujących jej przekazywanie oraz czynników ryzyka branych pod uwagę w ustalaniu lokalnych ognisk. Komisja dokonała przeglądu wszystkich zgłoszeń i zarekomendowała Dyrektorowi Generalnemu ŚOZ uznanie 42 krajów i terytoriów za wolne od przekazywania drakunkulozy.

Region afrykański. Wszystkie kraje endemiczne są zlokalizowane na kontynencie afrykańskim. W Ghanie i w Nigerii przekazywanie drakunkulozy utrzymuje się na znaczącym poziomie. Ostatnie miejscowe przypadki zgłoszono z Czadu (1998 r.), z Kamerunu (1997 r.), Kenii (1994 r.) i Senegal (1997 r.). Cztery kraje, które nie rejestrowały nigdy drakunkulozy, zostały uznane za wolne od tej choroby (Burundi, Lesoto, Malawi i Namibia). W pozostałych krajach eradykacja jest wdrażana.

Region Ameryk. W ostatnim stuleciu drakunkuloza nie stanowi problemu w tym regionie. W 1997 r. ICCDE uznała 17 krajów za wolne od tej choroby. Na czwartym spotkaniu komisji uznano za wolne od drakunkulozy dalszych 19 spośród 20 krajów/terytoriów.

Wschodni region Morza Śródziemnego. Sudan jest jedynym krajem, który pozostaje endemiczny w tym regionie. Dostępne dane z nadzoru dotyczącego 1999 roku wskazują, że kraj ten może skupiać 68% przypadków na świecie. W Jemenie od października 1997 r. nie rejestrowano przypadków choroby i kraj ten przystąpił do 3-letniego okresu poprzedzającego certyfikację. Trzy kraje komisja zarekomendowała do uznania za wolne od drakunkulozy: Libijsko-Arabską Jamahirię, Maroko i Arabię Saudyjską.

Region europejski. Kraje regionu europejskiego zostały

uznane za wolne od drakunkulozy. W Uzbekistanie w 1922 r. zgłoszono ogniska drakunkulozy. Kampania rozpoczęta w 1923 r. doprowadziła do eradykacji choroby. Ostatni przypadek drakunkulozy zgłoszono w Uzbekistanie w 1931 r.

Region południowo-wschodniej Azji. Do lipca 1996 r., kiedy to nie zgłoszono przypadków, Indie były ostatnim endemicznym krajem w Azji.

Region zachodniego Pacyfiku. Kraje z tego regionu przedłożyły dokumenty wymagane do uznania ich za wolne od drakunkulozy.

*na podstawie "Wkly Epid.Rec." (2000,10,77-79)
opracowała Anna Przybylska*

Mycobacterium ulcerans - drobnoustrój o narastającym znaczeniu

Światowa Organizacja Zdrowia sygnalizuje o narastaniu zachorowań na wrzodziejące zapalenie skóry wywołane przez *Mycobacterium ulcerans*. Jest to drobnoustrój bliski prątkom gruźlicy i trądu, a zachorowania określone jako *Buruli ulcer* prawdopodobnie stanowią trzecią mykobakteriozę pod względem częstości występowania po gruźlicy i trądzie u ludzi bez stanów immunosupresyjnych.

Największe narastanie zachorowań obserwuje się na terenie zachodniej Afryki (Benin, Burkina Faso, Wybrzeże Kości Słoniowej, Ghana, Gwinea, Liberia i Togo), Australii, Gujany Francuskiej oraz Papui i Nowej Gwinei. Istnieją przesłanki, że w części niektórych krajów (Benin, Wybrzeże Kości Słoniowej) liczby zachorowań mogą być wyższe niż trądu i gruźlicy. Między innymi na Wybrzeżu Kości Słoniowej od 1995 roku zgłoszono 5.000 zachorowań. W niektórych rejonach tego kraju choroba może dotyczyć do 16% ludności. W Ghanie w jednej z miejscowości stwierdzono *Buruli ulcer* u 22% ludzi, a w innym dystrykcie zamieszkałym przez ponad 100 tys. ludności wykazano częstość zakażeń 3,19/1.000.

Zachorowania najczęściej występują u biednej ludności z odległych terenów wiejskich o ograniczonym dostępie do świadczeń medycznych i w pobliżu zbiorników stojących wód powierzchniowych i o zwolnionym przepływie. Choroba występuje we wszystkich grupach wieku, ale szczególnie często u dzieci w wieku do 15 lat.

Początkową fazę *Buruli ulcer* stanowią bezbolesne grudki i guzki, które przekształcają się w masywne owrzodzenia skórne. Zmiany najczęściej występują na kończynach. Drogi szerzenia zachorowań nie są w pełni znane. Przypuszcza się, że mikrourazy skórne stanowią wrota wejścia drobnoustroju do organizmu z zanieczyszczonej wody, gleby i roślinności. Z ostatnich doniesień wynika, że w niektórych przypadkach mogą uczestniczyć insekty. Są również dowody wskazujące na możliwość przeniesienia zakażeń z człowieka na człowieka. Istniejące u chorych zakażenie HIV nie jest czynnikiem ryzyka.

Dotychczas leczenie chorych antybiotykami nie przynosi efektów i postępowanie chirurgiczne stanowi metodę z wyboru.

Na początku 1998 roku centrala Światowej Organizacji Zdrowia podjęła działania mobilizujące do rozpracowania problemu w ramach programu Global Buruli Ulcer Initiative (GBUI). Utworzono 40-osobową grupę roboczą tzw. International Mycobacterium Ulcerans Study Team, a na wiodący ośrodek wyznaczono australijski Box Hill Hospital. Pilotażowe programy mają być realizowane na terenie Wybrzeża Kości Słoniowej, Ghany i Beninu.

*na podstawie "Wkly Epid.Rec." (2000,13,106-108)
opracował Wojciech Żabicki*