

## Meldunek 10/B/00

### o zachorowaniach na choroby zakaźne i zatruciach związkami chemicznymi zgłoszonych w okresie od 16.10 do 31.10.2000 r.

Jednostka chorobowa (symbole wg "Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych" ICD-10)	Meldunek 10/B		Dane skumulowane	
	16.10.00. do 31.10.00.	16.10.99. do 31.10.99.	1.01.00. do 31.10.00.	1.01.99. do 31.10.99.
Choroba wywołana przez ludzki wirus upośl.odp.: ogółem (B20-B24)	1	2	78	86
Dur brzuszny (A01.0)	1	-	10	6
Dury rzekome A.B.C. (A01.1-A01.3)	-	-	1	1
Salmonelozy: ogółem (A02)	1239	1168	19940	20948
Czerwonka bakteryjna /szigelozja/ (A03)	5	19	99	265
Inne bakteryjne zakażenia jelitowe: ogółem (A04)	182	138	4236	3258
Wiusowe i inne określone zakażenia jelitowe: ogółem (A08)	61	15	3511	1233
Biegunki u dzieci do lat 2: ogółem (A04; A08; A09)	480	355	15588	11279
w tym: BNO, prawdopodobnie pochodzenia zakaźnego (A09)	332	250	10793	8245
Tężec: ogółem (A33-A35)	1	-	12	19
Błonica (A36)	-	-	1	-
Krztusiec (A37)	138	42	1817	534
Szkarlatyna /płonica/ (A38)	252	265	7310	8098
Zapalenie opon mózgowych: razem	185	101	1630	1843
w tym: meningokokowe (A39.0)	8	2	83	98
wywołane przez <i>Haemophilus influenzae</i> (G00.0)	10	1	71	55
inne bakteryjne, określone i nie określone (G00.1-G00.9)	38	34	583	670
wirusowe, określone i nie określone (A87; B00.3; B02.1)	115	58	732	862
inne i nie określone (G03)	14	6	161	158
Zapalenie mózgu: razem	40	22	467	379
w tym: meningokokowe i inne bakteryjne: ogółem (A39.8; G04.2)	8	2	95	80
wirusowe, przenoszone przez kleszcze (A84)	16	8	142	83
inne wirusowe, określone (A83; A85; B00.4; B02.0; B25.8)	1	1	24	23
wirusowe, nie określone (A86)	9	5	135	135
poszczepienne (G04.0)	-	-	1	1
inne i nie określone (G04.8-G04.9)	6	6	70	57
Riketsjozy: ogółem (A75-A79)	-	-	1	-
Ostre nagminne porażenie dziecięce, łącznie z poszczepiennym (A80)	-	-	-	-
Ospa wietrzna (B01)	3439	2716	106744	81055
Odra (B05)	3	1	65	85
Różyczka: ogółem (B06; P35.0)	372	282	42805	28821
Wirusowe zap. wątroby: typu A (B15)	23	41	208	866
typu B (B16; B18.0-B18.1)	108	126	2279	2708
typu C (B17.1; B18.2)	96	72	1627	1427
typu B+C (B16; B18.0-B18.1 + B17.1; B18.2)	5	5	106	111
inne i nieokreśl.(B17.0;B17.2-.8;B18.8-.9;B19)	8	19	261	305
Świnka /nagminne zapalenie przyusznic/ (B26)	342	1132	15633	84635
Włośnica (B75)	1	-	32	54
Świerzb (B86)	1201	1156	13162	13140
Grypa: ogółem (J10; J11)	8309	343	1544465	2342377
Bakteryjne zatrucia pokarmowe: razem	1424	1335	23107	24164
w tym: salmonelozy (A02.0)	1235	1166	19880	20905
gronkowcowe (A05.0)	2	1	346	341
jadem kiełbasianym /botulizm/ (A05.1)	5	2	52	76
wywołane przez <i>Clostridium perfringens</i> (A05.2)	-	-	1	-
inne określone (A05.3-A05.8)	2	-	104	60
nie określone (A05.9)	180	166	2724	2782
Zatrucia naturalnie toksycznym pokarmem: ogółem (T62)	24	17	268	128
w tym: grzybami (T62.0)	21	15	258	112
Inne zatrucia: ogółem (T36-T60; T63-T65)	324	385	7112	5946
w tym: pestycydami (T60)	2	4	88	112
lekami, prep.farmakologicznymi i subst.biolog. (T36-T50)	212	244	4018	3540
alkoholem (T51)	41	62	1562	1142
Ostre porażenia wiotkie u dzieci (0-14 lat)	4	7	40	57

## Zachorowania zgłoszone w okresie 16-31.10.2000 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	1	1	-	1239	5	480	1	138	252	185	8	40	16
Dolnośląskie	-	-	-	71	-	30	-	5	17	8	1	1	-
Kujawsko-Pomorskie	-	-	-	82	-	28	-	-	24	4	-	-	-
Lubelskie	-	-	-	92	3	32	-	-	4	7	1	2	-
Lubuskie	1	-	-	20	-	14	-	2	5	7	-	-	-
Łódzkie	-	-	-	100	-	30	1	54	9	11	-	-	-
Małopolskie	-	-	-	56	-	39	-	8	23	26	-	1	-
Mazowieckie	-	1	-	165	1	56	-	21	24	16	3	6	-
Opolskie	-	-	-	34	-	2	-	1	12	5	-	1	1
Podkarpackie	-	-	-	57	-	33	-	2	5	2	-	9	2
Podlaskie	-	-	-	37	-	19	-	14	4	8	-	5	3
Pomorskie	-	-	-	95	1	35	-	-	11	13	-	3	-
Śląskie	-	-	-	124	-	51	-	11	46	25	1	1	-
Świętokrzyskie	-	-	-	34	-	16	-	7	15	13	1	2	1
Warmińsko-Mazurskie	-	-	-	70	-	27	-	7	7	14	1	9	9
Wielkopolskie	-	-	-	175	-	59	-	6	38	11	-	-	-
Zachodniopomorskie	-	-	-	27	-	9	-	-	8	15	-	-	-

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	3439	3	372	23	113	101	342	1	1201	8309	1424	21	324
Dolnośląskie	220	-	52	3	8	9	36	-	90	1018	100	-	13
Kujawsko-Pomorskie	171	-	49	-	12	10	52	-	108	1124	90	-	39
Lubelskie	133	-	9	5	2	4	17	-	102	1	111	1	39
Lubuskie	98	-	5	-	6	9	4	1	42	64	42	-	38
Łódzkie	252	-	16	1	12	8	16	-	154	291	106	1	10
Małopolskie	275	-	30	-	16	9	15	-	68	157	60	-	15
Mazowieckie	324	-	27	10	19	14	26	-	65	3715	166	-	9
Opolskie	133	-	8	-	1	1	34	-	23	17	34	-	1
Podkarpackie	232	-	4	2	-	2	2	-	46	5	57	7	29
Podlaskie	68	-	4	-	1	-	4	-	35	287	38	1	11
Pomorskie	131	-	13	1	5	6	29	-	31	680	114	-	36
Śląskie	514	3	103	1	12	6	36	-	214	201	165	-	8
Świętokrzyskie	228	-	10	-	7	6	16	-	63	5	54	3	56
Warmińsko-Mazurskie	152	-	7	-	3	7	5	-	50	156	72	-	10
Wielkopolskie	326	-	33	-	3	5	35	-	78	551	181	6	6
Zachodniopomorskie	182	-	2	-	6	5	15	-	32	37	34	2	4

**Zachorowania i podejrzenia zachorowań na odrę zgłoszone w III kwartale 2000 roku (wstępna informacja)**

Województwo	Zgłoszone zachorowania i podejrzenia				Przypadki wykazane w "Meldunkach"			
	ogółem	badane serologicznie (IgM)		nie badane serologicznie	razem	potwierdzone		nie potwierdzone <sup>2</sup>
		ogółem	potwierdzone			serologicznie (IgM)	epidemiologicznie <sup>1</sup>	
Polska	12	6	2	6	8	2	1	5
Dolnośląskie	1	-	-	1	1	-	-	1
Kujawsko-Pomorskie	-	-	-	-	-	-	-	-
Lubelskie	2	2	-	-	-	-	-	-
Lubuskie	-	-	-	-	-	-	-	-
Łódzkie	-	-	-	-	-	-	-	-
Małopolskie	-	-	-	-	-	-	-	-
Mazowieckie	-	-	-	-	-	-	-	-
Opolskie	-	-	-	-	-	-	-	-
Podkarpackie	-	-	-	-	-	-	-	-
Podlaskie	2	-	-	2	2	-	-	2
Pomorskie	-	-	-	-	-	-	-	-
Śląskie	3	1	1	2	3	1	-	2
Świętokrzyskie	2	2	-	-	-	-	-	-
Warmińsko-Mazurskie	-	-	-	-	-	-	-	-
Wielkopolskie	2	1	1	1	2	1	1	-
Zachodniopomorskie	-	-	-	-	-	-	-	-

<sup>1</sup> Powiązane z przypadkami potwierdzonymi serologicznie (IgM). <sup>2</sup> Rozpoznane wyłącznie na podstawie objawów klinicznych.

### Zakażenia HIV i zachorowania na AIDS Informacja z 31 października 2000 r.

W październiku 2000 r. do Zakładu Epidemiologii PZH zgłoszono nowo wykryte zakażenie HIV 58 obywateli polskich, wśród których było m.in. 29 zakażonych w związku z używaniem narkotyków i 27 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 Specjalistycznym Dermatologicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Łodzi, 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-narkomanki oraz dwunastu mężczyzn (sześciu narkomanów oraz po dwóch: homoseksualistów, zakażonych drogą ryzykownych kontaktów heteroseksualnych i bez informacji o drodze zakażenia).

Chorzy byli w wieku od 24 do 56 lat. Mieli miejsce zamieszkania w następujących województwach: dziesięcioro w kujawsko-pomorskim, dwóch w dolnośląskim i jeden w podlaskim.

We wszystkich przypadkach określono przynajmniej jedną chorobę wskazującą na AIDS w brzmieniu jak w definicji do celów nadzoru epidemiologicznego, skorygowanej w 1993 r. oraz podano liczbę komórek CD4 (od 0 do 411/μL).

Od wdrożenia badań w 1985 r. do 31 października 2000 r. stwierdzono zakażenie HIV 6.616 obywateli polskich, wśród których było co najmniej 4.220 zakażonych w związku z używaniem narkotyków.

Ogółem odnotowano 934 zachorowania na AIDS; 506 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.*

### Komunikat Głównego Inspektoratu Sanitarnego dotyczący szczepionki przeciwko poliomyelitis

W Polsce nie jest zarejestrowana szczepionka przeciwko nagminnemu porażeniu dziecięcemu (poliomyelitis; chorobie Heine-Medina) firmy MEDEVA, która została wycofana z rynku przez brytyjskie ministerstwo zdrowia. Nie jest ona stosowana do szczepień w naszym kraju i nie była używana w przeszłości.

Do lat 90-tych w Polsce była stosowana szczepionka ra-dziecka. Od 1992 roku podawana jest doustna szczepionka POLIO SABIN-ORAL firmy SmithKline Beecham, w której procesie produkcji wykorzystywane są komórki szym-pansa, a nie bydłce.

Obecnie tą szczepionką szczepione są dzieci w 5 miesiącu życia, na przełomie 6 i 7 miesiąca życia oraz w 2, 6 i 11 roku życia.

Pierwszą dawkę szczepienia przeciwko poliomyelitis od lipca bieżącego roku podajemy dzieciom 3-miesięcznym szczepionką IMOVAX POLIO firmy Pasteur Merieux. W produkcji tego preparatu wykorzystywane są komórki Vero z nerki małpy.

Z danych opublikowanych w internecie wynika, że powodem wycofania szczepionki firmy MEDEVA w Wielkiej Brytanii był brak certyfikatu na jeden ze składników podło-

za stosowanego do hodowli wirusów szczepionkowych, a nie udokumentowanie związku szczepienia z chorobą Creutzfeldta-Jakoba.

Główny Inspektorat Sanitarny uzyskał informacje, że w Wielkiej Brytanii w miejsce wycofanej szczepionki zastosowana będzie szczepionka POLIO SABIN-ORAL - ta sama, którą szczepione są polskie dzieci.

Zachorowań wywołanych żywym wirusem nagminnego porażenia dziecięcego nie było w Polsce od 16 lat. Nie możemy jeszcze przerwać szczepień, ponieważ nie można wykluczyć zawleczenia wirusów z krajów o gorszej sytuacji epidemiologicznej.

Poliomyelitis jest bardzo ciężką chorobą grożącą śmiercią lub kalectwem, a szczepienie jest najskuteczniejszą formą jej profilaktyki. W naszym kraju podawanych jest co roku około 3 milionów dawek szczepionek przeciwko poliomyelitis.

Polska uczestniczy w programie Światowej Organizacji Zdrowia prowadzącym do wykorzenia tej choroby. Utrzymanie wysokiego odsetka dzieci uodpornionych jest jednym z wymagań uzyskania certyfikatu kraju wolnego od poliomyelitis.

*p.o. Dyrektor Departamentu  
Przeciwepidemicznego i Oświaty Zdrowotnej  
(-) Joanna Galimska*

---

## Grypa i szczepionki przeciw grypie\*

Celem publikowanych materiałów jest umożliwienie aktualizacji krajowych programów zapobiegania grypie. Obecnie około 50 krajów ma krajowe programy szczepień przeciw grypie płatnych z budżetu państwa, a w wielu innych krajach te szczepionki są dostępne. Wytyczne mają umożliwić optymalny dobór grup ryzyka i ustalenie grup ludzi przewidzianych do corocznych szczepień.

Na większości terenów tropikalnych i subtropikalnych zachorowania na grypę mogą występować w ciągu całego roku, a szczyty zwiększonej aktywności grypy obserwuje się dwukrotnie. W związku z tym występowanie epidemii może być niezauważalne ze względu na brak zwiększonego obciążenia ochrony zdrowia. Ponadto grypa jest często uważana za mało znaczącą chorobę ("a minor disease"), a epizody ciężkich bakteryjnych pneumonii oraz obostrzenia innych stanów chorobowych związane z grypą nie zawsze są uznawane za następstwa tej choroby.

W klimacie umiarkowanym grypa występuje epidemicznie od późnej jesieni do wiosny. Epidemie trwają zazwyczaj od 4 do 6 tygodni i szerzą się lokalnie w ciągu 2-3 miesięcy. W czasie większych epidemii zachorowania mogą obejmować 5-30% ludności. Zwiększona liczba zachorowań może powodować zakłócenia w funkcjonowaniu społeczeństwa i przeciążenie ochrony zdrowia w następstwie absencji chorobowej personelu medycznego. Równocześnie obserwuje się wzrost hospitalizacji przypadków ciężkich zapaleń płuc pierwotnych wirusowych lub wtórnych bakteryjnych oraz obostrzeń przewlekłych stanów chorobowych płuc i serca.

Zapadalność na niepowikłaną grypę jest zazwyczaj najwyższa u dzieci w wieku przedszkolnym oraz u młodzieży szkolnej. U ludzi dorosłych zapadalność maleje z wiekiem, ale u starszych osób zachorowania mają zazwyczaj cięższy przebieg w następstwie osłabienia odporności oraz częstsze-

go występowania przewlekłych chorób płuc, serca, nerek i chorób metabolicznych. W wielu krajach za grupy o zwiększonym ryzyku uważa się ludzi w wieku powyżej 65 lat, kiedy występuje największe prawdopodobieństwo ciężkich zachorowań. W czasie epidemii najwyższe wskaźniki hospitalizacji (powyżej 1:1.000) dotyczą ludzi w wieku powyżej 65 lat z obciążającymi stanami chorobowymi, które predysponują do ciężkich zachorowań na grypę. Jednak utrzymywanie sztywnego kryterium wieku jako wskazania do szczepień nie jest słuszne. Ciężkie zachorowania na grypę występują również w młodszych grupach wiekowych, a współczynniki hospitalizacji w grupie wieku 45-64 lata u ludzi z obciążającymi stanami chorobowymi mogą być znacznie wyższe niż w grupie wieku powyżej 65 lat bez chorób obciążających.

Badania przeprowadzone u kobiet ciężarnych sugerują zwiększoną ciężkość zachorowań po pierwszym trymestrze ciąży.

Monitorowanie krążenia szczepów wirusa grypy w świecie zapewnia 110 krajowych laboratoriów w 82 krajach świata oraz 4 światowe ośrodki referencyjne w Londynie, Atlancie, Melbourne i Tokio. Światowe ośrodki referencyjne zapewniają antygenową i genetyczną analizę szczepów przekazywanych przez ośrodki krajowe oraz oceniają epidemiologiczne znaczenie nowych wariantów. Rekomendacje dotyczące antygenowego składu szczepionek na następny sezon epidemiczny są ustalane w lutym każdego roku dla półkuli i we wrześniu dla półkuli południowej.

Stosowane są dwa zasadnicze rodzaje szczepionek inaktywowanych: szczepionki z częściowo porożrywanych części wirusa ("split" vaccines) i szczepionki zawierające oczyszczone antygeny z kapsuły wirusa ("subunit" vaccines). Żywe szczepionki nie są dotychczas szeroko dostępne i nie są zalecane do stosowania w zapobieganiu grypie. Uzyskały licencję tylko w kilku krajach, a na większą skalę były testowane tylko w Federacji Rosyjskiej.

Na półkuli północnej najwłaściwszym terminem na stosowanie inaktywowanych szczepionek przeciw grypie jest październik i listopad, a na półkuli południowej marzec, kwiecień i maj. Odporność uzyskuje się w ciągu 2 tygodni od szczepienia.

Skuteczność szczepień wykonanych szczepionkami właściwie dobranymi do krążących szczepów wynosi 70-80%, przez co rozumie się redukcję potwierdzonych laboratoryjnie zachorowań u zdrowych dorosłych ludzi. Celem szczepień jest jednak zabezpieczenie przed ciężkimi konsekwencjami zachorowań na grypę, a nie zachorowaniami o niepowikłanym przebiegu. Retrospektywne badania u ludzi z obciążającymi stanami chorobowymi wykazują zmniejszenie o około 50% zapadalności na ciężkie zapalenia dróg oddechowych i liczby zgonów.

Wykazywana w szeregu badań niższa efektywność szczepień przeciw grypie może wynikać z braku korelacji między krążącymi szczepami wirusa grypy a szczepami szczepionkowymi oraz gorszej odpowiedzi serologicznej u części szczepionych.

Dzieci w wieku powyżej 6 miesięcy można bezpiecznie szczepić każdym rodzajem inaktywowanej szczepionki przeciw grypie. Ze względu na łagodniejszy przebieg grypy u zdrowych dzieci ocena kliniczna korzyści zapewnionych przez szczepienia ochronne jest trudniejsza.

Po wielu latach stosowania, szczepionki przeciw grypie odpowiadające międzynarodowym standardom uznaje się za bezpieczne. W zasadzie nie dają odczynów systemowych,

ale mogą powodować przejściową bolesność w miejscu iniekcji przez 1-2 dni. Obecność niewielkich ilości thiomersalu nie stwarza istotnego zagrożenia, a jedyne przeciwwskazanie może dotyczyć ludzi z alergią na białko kurze. Z ostrożnością należy też podchodzić do szczepienia kobiet w pierwszym trymestrze ciąży.

Jak wynika z ogłoszonych rekomendacji, do szczepień przeciw grypie powinno się typować następujące grupy ludności:

- osoby przebywające w domach starców i dla ludzi niepełnosprawnych;
- ludzi starszych, ludzi dorosłych oraz dzieci w wieku powyżej 6 miesięcy z obciążającymi schorzeniami krążenia i oddychania, chorobami płuc i nerek, chorobami metabolicznymi i zaburzeniami odporności;
- ludzi powyżej określonego limitu wiekowego (w większości krajów powyżej 65 lat) bez obciążających stanów chorobowych;
- ludzi pracujących zawodowo z osobami o zwiększonym ryzyku zachorowań na grypę;
- osoby w środowisku domowym ludzi z obciążającymi stanami chorobowymi.

Celem krajowych programów szczepień przeciw grypie ma być obniżenie liczby zgonów i zmniejszenie liczby ciężkich zachorowań na grypę u ludzi szczególnie zagrożonych ciężkimi postaciami choroby. W następstwie należy oczekiwać zmniejszonego zapotrzebowania na specjalistyczną opiekę zdrowotną oraz ograniczenia wydatków na leki, a zwłaszcza antybiotyki. Ponieważ większość zachorowań na grypę występuje u młodych ludzi nie należy oczekiwać aby podejmowane działania zapobiegały epidemiom i ograniczały w istotny sposób obciążenie podstawowej opieki zdrowotnej. Są doniesienia o korzyściach wynikających ze szczepienia pracujących grup ludności mierzone zmniejszeniem absencji chorobowej.

Inhibitory MZ oraz amantadyna i remantadyna stosowane do leczenia chorych na grypę wywołaną przez typ A okazały się skuteczne również w profilaktyce. Te środki wykazują uboczne działania, a ciężkie objawy neurologiczne są obserwowane zwłaszcza po amantadynie. Inhibitory neuraminidazy, jak zanamivir i oseltamivir, są licencjonowane w szeregu krajów do leczenia chorych zakażonych przez typ wirusa A i B. Okazały się one również skuteczne w profilaktyce zachorowań, jednak wykazano pojawienie się opornych mutantów wirusa na obie grupy środków.

\* Kolejny (z zapowiedzianych w "Meldunku 9/B/00") wyciąg z informacji o szczepionkach i szczepieniach opracowywanych przez międzynarodową grupę ekspertów i publikowanych w "Weekly Epidemiological Record" (*przyp. red.*).

na podstawie: WHO "Influenza Vaccines" (*Wkly Epid.Rec., 2000,35,282-288*)

opracował Wojciech Żabicki

### **Aktualne zalecenia Komitetu Doradczego Szczepień w USA w związku ze spodziewanym opóźnieniem dostawy szczepionki przeciw grypie do USA w sezonie 2000-2001**

Październik i pierwsza połowa listopada stanowią optymalny okres szczepienia przeciw grypie. W tym czasie przeprowadzone szczepienie zapewni uodpornienie ludzi przed zachorowaniem na grypę podczas epidemii. W późniejszym

okresie szczepionka powinna być dostępna dla objęcia szczepieniami osób zwłaszcza z grup ryzyka występowania powikłań grypowych, którzy nie zostali zaszczepieni wcześniej w dogodnym terminie. Jest to szczególnie ważne w roku bieżącym, ze względu na przewidywane opóźnienie dostarczenia szczepionki przez producentów. Okres skuteczności przeprowadzonych szczepień zależy jest od terminu wystąpienia epidemii grypy i wyprzedzającej możliwości zastosowania szczepień. W ostatnich 18 latach szczyt epidemii grypy wystąpił: 4 razy w grudniu (22%), 4 razy w styczniu (22%), 7 razy w lutym (39%) i 3 razy w marcu (17%).

Zaszczepienie osób powyżej 65 lat życia przyczynia się do zmniejszenia zapadalności i umieralności z powodu grypy. W Stanach Zjednoczonych szacuje się, że w wyniku zaszczepienia każdego miliona starszych osób, uniknie się przeciętnie 900 zgonów i 1.300 hospitalizacji (CDC - dane nieopublikowane).

W roku bieżącym, ze względu na spodziewane w USA opóźnienie dostawy szczepionki (oczekiwane dostawy większych partii szczepionki w listopadzie i grudniu), dołożyć się powinno starań dla wczesnego zaszczepienia osób z grup wysokiego ryzyka powikłań, pracowników służby zdrowia, a także dzieci od 6 miesięcy do 9 lat szczepionych przeciw grypie po raz pierwszy dwukrotnie w odstępie miesiąca.

Wyjątkowość sytuacji w obecnym sezonie stworzy konieczność szczepienia przeciw grypie później niż w listopadzie, tj. w grudniu, jeżeli nie wystąpią wcześniej zachorowania na grypę i szczepionka będzie dostępna.

na podstawie *MMWR (2000,39,888-892)*  
przygotował *W. Magdzik*

### **Światowy program nadzoru nad zakażeniami pałeczkami *Salmonella* (Salm-Surv) w Internecie**

Światowy program nadzoru nad zakażeniami pałeczkami *Salmonella* oraz ich potwierdzeniami laboratoryjnymi (Global Salm-Surv - GSS) jest obecnie dostępny w Internecie pod adresem: <http://www.who.int/salmsurv>.

GSS został zapoczątkowany w styczniu 2000 r. jako wynik współpracy WHO Collaborating Centre for Foodborne Disease Surveillance (Atlanta, USA) i duńskiego laboratorium weterynaryjnego (Kopenhaga). GSS jest światową siecią ponad 150 jednostek ze 108 laboratoriów i 66 krajów biorących udział w nadzorze nad pałeczkami *Salmonella* pochodzącymi od ludzi, zwierząt i z żywności. Naczelnym celem tej sieci jest poprawa nadzoru krajowych i regionalnych laboratoriów nad zakażeniami pałeczkami *Salmonella*. Światowy program Salm-Surv składa się z:

1. Międzynarodowej bazy danych, dostępnej "online", która zawiera:

- kontaktowe informacje na temat regionalnych lub krajowych laboratoriów zajmujących się salmonelozą;
- informacje na temat odpowiedzialności laboratorium, metod laboratoryjnych i rodzajów otrzymanych próbek;
- wyniki rocznych podsumowań dotyczących nadzoru nad najczęściej izolowanymi serotypami pałeczek *Salmonella*.

2. Dostępnych danych i komunikacji między laboratoriami i osobami przez e-mail, web, elektroniczne grupy dyskusyjne i/lub faks.

3. Uczestnictwa w wewnętrznych i zewnętrznych systemach zapewnienia jakości, co ma służyć otrzymywaniu niezawodnych wyników badań laboratoryjnych. Ostatni nadzór

WHO ustalił, że < 50% laboratoriów wykonuje testy oporności na antybiotyki izolatów pałeczek *Salmonella* i uczestniczy w jednym z systemów zapewnienia jakości.

4. Kursów szkolących w kierunku nadzoru nad salmonelozą i oporności pałeczek *Salmonella* na antybiotyki. Celem jest prowadzenie szkoleń z zakresu:

- standardowych metod laboratoryjnych w kierunku izolacji, identyfikacji i badania wrażliwości na antybiotyki pałeczek *Salmonella* pochodzenia pokarmowego;
- interpretacji wyników;
- wykorzystania nadzoru nad chorobami pochodzenia pokarmowego i opornością na antybiotyki.

5. Wybranych służb badania referencyjnego dla ograniczonej liczby izolatów pałeczek *Salmonella*. Wybrane służby badawcze będące do dyspozycji uczestników GSS włączają serotypowanie i typowanie fagowe pałeczek *Salmonella* oraz badanie wrażliwości tych pałeczek na antybiotyki (i okazjonalnie innych bakterii pochodzenia pokarmowego).

Światowy program Salm-Surv jest częścią starań WHO mających na celu poprawę nadzoru i kontroli nad ważniejszymi chorobami pochodzenia pokarmowego. Zamierzone jest rozszerzenie sieci na inne główne patogeny szerzące się drogą pokarmową, z uwzględnieniem badania ich oporności na antybiotyki. Osoby i laboratoria, które nie są jeszcze członkami, ale są zainteresowane uczestnictwem w WHO Global Salm-Surv mogą wypełnić formularz dostępny na stronie web.

na podstawie: "Wkly Epid.Rec." (2000,29,236-237)  
opracowała Anna Przybylska

## Gorączka krwotoczna Ebola w Ugandzie

Na terenie północnej Ugandy, w okręgu i w mieście Gulu, wystąpiła epidemia gorączki krwotocznej Ebola. Pierwsze lokalne ognisko w mieście Gulu rozszerzyło się na okoliczną ludność. Są to pierwsze zachorowania na gorączkę

Ebola w Ugandzie.

Zachorowania mają swoje źródło w pojedynczym ognisku; łatwość zakażenia przy bezpośrednim kontakcie, a następnie długi okres wylegania choroby (od 2 do 21 dni) sprawiają, że nowe zachorowania pojawiają się falami.

Do 25 października 2000 zarejestrowano 176 przypadków zachorowań, w tym 64 zgony.

Diagnostyczne badania laboratoryjne wykonywane są w Instytucie Wirusologii w Południowej Afryce.

Ugandyjscy specjaliści współpracują z ekipą epidemiologów WHO z biura regionalnego w Kampali i z Genewy (dr dr Mike Ryan i Simon Mardel) w zakresie koordynacji międzynarodowej współpracy w ognisku, ustalania zasad pielęgnacji chorych i bezpiecznych zachowań przy chorych, wykrywania przypadków zachorowań i nadzoru nad osobami z kontaktu z chorymi oraz zaopatrywania w sprzęt ochronny osobistej.

na podstawie "Wkly Epid.Rec." (2000,42-43,337-338,345)  
opracowała Danuta Seroka

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.

## Zachorowania na grype w Polsce w sezonie 2000/1 w porównaniu z sezonami 1997/8-1999/2000 zapałalność na 100 tys. ludności wg dwutygodniowych meldunków

