

Meldunek 5/B/02

o zachorowaniach na choroby zakaźne i zatruciach związkami chemicznymi zgłoszonych w okresie od 16.05 do 31.05.2002 r.

Jednostka chorobowa (symbole wg "Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych" ICD-10)	Meldunek 5/B		Dane skumulowane	
	16.05.02. do 31.05.02.	16.05.01. do 31.05.01.	1.01.02. do 31.05.02.	1.01.01. do 31.05.01.
Choroba wywołana przez ludzki wirus upośl.odp.: ogółem (B20-B24)	4	3	44	41
Dur brzuszny (A01.0)	-	1	3	2
Dury rzekome A.B.C. (A01.1-A01.3)	-	-	1	1
Salmonelozy: ogółem (A02)	1339	1190	5014	5394
Czerwonka bakteryjna /szigelozą/ (A03)	3	4	47	25
Inne bakteryjne zakażenia jelitowe: ogółem (A04)	197	198	1871	2041
Wiusowe i inne określone zakażenia jelitowe: ogółem (A08)	399	244	4505	2870
Biegunki u dzieci do lat 2: ogółem (A04; A08; A09)	871	772	9547	7583
w tym: BNO, prawdopodobnie pochodzenia zakaźnego (A09)	508	511	5518	4524
Tężec: ogółem (A33-A35)	-	-	2	6
Błonica (A36)	-	-	-	-
Krztusiec (A37)	61	122	617	1154
Szkarlatyna /płonica/ (A38)	220	360	2377	3667
Zapalenie opon mózgowych: razem	50	77	562	633
w tym: meningokokowe (A39.0)	3	3	29	57
wywołane przez <i>Haemophilus influenzae</i> (G00.0)	2	5	33	26
inne bakteryjne, określone i nie określone (G00.1-G00.9)	18	35	224	266
wirusowe, określone i nie określone (A87; B00.3; B02.1)	22	25	225	218
inne i nie określone (G03)	5	9	51	66
Zapalenie mózgu: razem	11	22	155	155
w tym: meningokokowe i inne bakteryjne: ogółem (A39.8; G04.2)	4	13	40	55
wirusowe, przenoszone przez kleszcze (A84)	1	3	2	6
inne wirusowe, określone (A83; A85; B00.4; B02.0; B25.8)	-	-	8	10
wirusowe, nie określone (A86)	5	4	77	52
poszczepienne (G04.0)	-	-	-	-
inne i nie określone (G04.8-G04.9)	1	2	28	32
Riketsjozy: ogółem (A75-A79)	-	-	-	-
Ostre nagminne porażenie dziecięce, łącznie z poszczepiennym (A80)	-	-	-	-
Ospa wietrzna (B01)	4267	6106	50234	64353
Odra (B05)	1	4	22	77
Różyczka: ogółem (B06; P35.0)	4416	9849	28921	53137
Wirusowe zap. wątroby: typu A (B15)	12	31	188	178
typu B (B16; B18.0-B18.1)	63	109	827	978
typu C (B17.1; B18.2)	69	99	783	791
typu B+C (B16; B18.0-B18.1 + B17.1; B18.2)	5	8	29	57
inne i nieokreśl.(B17.0;B17.2-.8;B18.8-.9;B19)	11	5	105	95
Świnka /nagminne zapalenie przyusznic/ (B26)	2041	791	16748	5792
Włośnica (B75)	-	-	11	18
Świerzb (B86)	380	434	6723	6494
Grypa: ogółem (J10; J11)	405	109	155197	519048
Bakteryjne zatrucia pokarmowe: razem	1508	1416	6903	6784
w tym: salmonelozy (A02.0)	1333	1184	4990	5358
gronkowcowe (A05.0)	5	29	174	104
jadem kiełbasianym /botulizm/ (A05.1)	6	11	26	30
wywołane przez <i>Clostridium perfringens</i> (A05.2)	-	-	2	1
inne określone (A05.3-A05.8)	-	6	132	60
nie określone (A05.9)	164	186	1579	1231
Zatrucia naturalnie toksycznym pokarmem: ogółem (T62)	1	2	9	16
w tym: grzybami (T62.0)	-	2	6	10
Inne zatrucia: ogółem (T36-T60; T63-T65)	467	286	3953	3808
w tym: pestycydami (T60)	7	12	35	137
lekami, prep.farmakologicznymi i subst.biolog. (T36-T50)	297	173	2346	1951
alkoholem (T51)	108	45	729	715
Ostre porażenia wiotkie u dzieci (0-14 lat)	1	1	32	31

Zachorowania zgłoszone w okresie 16-31.05.2002 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	4	-	-	1339	3	871	-	61	220	50	3	11	1
Dolnośląskie	-	-	-	165	-	79	-	-	16	4	-	-	-
Kujawsko-Pomorskie	1	-	-	53	1	51	-	7	6	2	1	1	-
Lubelskie	-	-	-	113	-	56	-	1	21	3	-	-	-
Lubuskie	-	-	-	42	1	16	-	2	2	1	-	-	-
Łódzkie	-	-	-	138	-	53	-	8	10	1	-	-	-
Małopolskie	-	-	-	68	-	64	-	-	31	2	-	-	-
Mazowieckie	1	-	-	109	1	90	-	15	26	12	1	1	-
Opolskie	1	-	-	18	-	9	-	5	4	-	-	2	-
Podkarpackie	-	-	-	82	-	64	-	-	1	2	-	1	-
Podlaskie	1	-	-	95	-	34	-	15	11	1	-	-	-
Pomorskie	-	-	-	128	-	89	-	2	9	3	-	1	-
Śląskie	-	-	-	50	-	85	-	1	32	3	1	1	-
Świętokrzyskie	-	-	-	43	-	44	-	4	5	3	-	-	-
Warmińsko-Mazurskie	-	-	-	72	-	35	-	-	4	4	-	3	1
Wielkopolskie	-	-	-	105	-	83	-	1	29	7	-	1	-
Zachodniopomorskie	-	-	-	58	-	19	-	-	13	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	4267	1	4416	12	68	74	2041	-	380	405	1508	-	467
Dolnośląskie	299	-	244	-	8	9	102	-	26	12	175	-	23
Kujawsko-Pomorskie	154	-	190	1	8	5	110	-	22	-	66	-	5
Lubelskie	225	-	413	-	1	4	63	-	33	42	119	-	56
Lubuskie	106	-	298	-	1	2	60	-	6	-	49	-	39
Łódzkie	201	-	223	-	3	6	61	-	13	-	144	-	172
Małopolskie	371	-	217	-	5	3	189	-	25	-	82	-	8
Mazowieckie	463	-	157	4	9	9	120	-	20	194	108	-	18
Opolskie	133	-	134	-	-	1	45	-	2	12	19	-	3
Podkarpackie	127	-	555	-	2	-	46	-	27	-	86	-	28
Podlaskie	177	-	155	-	1	1	5	-	53	11	97	-	4
Pomorskie	191	-	193	-	3	6	36	-	19	-	144	-	22
Śląskie	597	1	328	-	14	12	831	-	68	69	112	-	22
Świętokrzyskie	261	-	216	-	6	5	75	-	22	-	51	-	32
Warmińsko-Mazurskie	95	-	42	1	2	1	56	-	13	-	77	-	6
Wielkopolskie	703	-	836	6	4	8	205	-	15	45	108	-	14
Zachodniopomorskie	164	-	215	-	1	2	37	-	16	20	71	-	15

Zakażenia HIV i zachorowania na AIDS Informacja z 31 maja 2002 r.

W maju 2002 r. Zakład Epidemiologii PZH został poinformowany o uprzednio nie zgłoszonych zakażeniach HIV 55 obywateli polskich, wśród których było: 23 dzieci matek zakażonych HIV, 8 zakażonych w związku z używaniem narkotyków, 2 zakażonych drogą ryzykownych kontaktów heteroseksualnych, 1 homoseksualista, 1 dziecko zakażone prawdopodobnie od ojca - narkomana i 20 bez informacji o drodze zakażenia. Nowo zarejestrowane zakażenia dzieci rozpoznano w latach 1994-2002.

Wśród nowo zarejestrowanych zakażonych było 38 osób płci męskiej i 17 osób płci żeńskiej. W chwili potwierdzenia zakażenia mieli oni od niespełna miesiąca do 63 lat, w tym było: 9 poniżej roku, 14 od roku do 5 lat, 5 od 14 do 19 lat, 12 było w grupie wieku od 20 do 29 lat, 10 od 30 do 39 lat, 3 od 53 do 63 lat oraz 2 bez informacji o dacie urodzenia i wieku. Mieszkali w następujących województwach: 13 w mazowieckim, 8 w śląskim, 5 w łódzkim, po 4 w pomorskim, warmińsko-mazurskim i zachodniopomorskim, 3 w lubelskim, 2 w dolnośląskim, oraz po 1 w małopolskim, podlaskim i wielkopolskim; 9 było bez informacji o województwie zamieszkania.

Zakażenie HIV potwierdzono w Zakładzie Laboratorium-Doświadczalnym Instytutu Wenerologii AM w Warszawie, w Wojewódzkim Zespole Chorób Zakaźnych w Gdańsku, w Wojewódzkiej Przychodni Dermatologicznej w Katowicach, w pracowni wirusologicznej WSSE w Lublinie, w Wojewódzkim Specjalistycznym Szpitalu im. dr. Wł. Biegańskiego w Łodzi, Zakładzie Immunologii Hematologicznej i Transfuzjologicznej Instytutu Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie, w Zakładzie Transfuzjologii i Transplantologii CSK WAM w Warszawie oraz w Wojewódzkim Szpitalu Zakaźnym w Warszawie.

Odnotowano zachorowania na AIDS 3 osób płci żeńskiej (2 narkomanek i dziecka matki zakażonej HIV) oraz 16 płci męskiej (11 narkomanów, 3 dzieci matek zakażonych HIV, 1 zakażonego drogą ryzykownych kontaktów heteroseksualnych i 1 rumuńskiego dziecka zakażonego prawdopodobnie w placówce służby zdrowia).

Chorzy byli w wieku od 5 miesięcy do 49 lat, w tym: 1 pięcioletni niemowlę, 4 dzieci w wieku od 2 do 13 lat, 2 w grupie wieku 20-29 lat, 10 - 30-39 lat i dwóch 49-latków. Mieszkali w następujących województwach: 10 w dolnośląskim, 4 w mazowieckim, 2 w śląskim oraz po 1 w lubuskim, łódzkim i małopolskim.

Zachorowania zgłoszone w maju 2002 r. rozpoznano w roku 2000 (1), 2001 (5) i 2002 (13). We wszystkich przypadkach określono przynajmniej jedną chorobę wskazującą na AIDS w brzmieniu jak w definicji do celów nadzoru epidemiologicznego, skorygowanej w 1993 r. U 12 chorych podano liczbę komórek CD4 (od 16 do 725 na mikrolitr).

Od wdrożenia badań w 1985 r. do 31 maja 2002 r. stwierdzono zakażenie HIV 7.557 obywateli polskich, wśród których było co najmniej 4.649 zakażonych w związku z używaniem narkotyków.

Ogółem odnotowano 1.173 zachorowania na AIDS; 576 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.

Eradykacja polio - Pytania i odpowiedzi (1)

OSTATNIE POSTĘPY I NAJWAŻNIEJSZE OSIĄGNIĘCIA

1. W ilu krajach poliomyelitis występowało endemicznie pod koniec 2001 roku?

Na koniec 2001 roku zachorowania na polio występowały endemicznie w 10 krajach, w porównaniu ze 125 krajami z endemią polio w momencie podjęcia inicjatywy w 1988 roku. Ten postęp wynika z realizacji celów określonych w *Strategicznym Planie Światowej Eradykacji Polio na lata 2001-2005*. Krajami objętymi endemią w 2001 r. były: Afganistan, Angola, Egipt, Etiopia, Indie, Niger, Nigeria, Pakistan, Somalia i Sudan.

Dodatkowo w trzech krajach wystąpiły przypadki zachorowań spowodowane "importowanymi" szczepami wirusa. Były to Bułgaria, Gruzja i Zambia.

W większości z tych krajów zaobserwowano niski poziom transmisji.

W 8 krajach sytuacja była priorytetowa dla działań Programu Eradykacji:

- 3 "rezerwuary" wirusa polio: Indie, Pakistan i Nigeria.
- 5 krajów w stanie konfliktu zbrojnego: Demokratyczna Republika Kongo, Angola, Afganistan, Somalia i Sudan.

2. Jak wiele przypadków polio zgłoszono w 2001 roku?

W 2001 roku zgłoszono 537 potwierdzonych przypadków polio, w tym 473 (88%) laboratoryjnie. Stanowi to zmniejszenie o ponad 99% globalnej liczby przypadków od początku realizacji *Inicjatywy Światowej Eradykacji Polio* w 1988 roku.

3. Jaki postęp osiągnięto od 2000 do 2001 roku?

Kluczowym elementem było przyspieszenie działań zmierzających w kierunku zwiększenia zaszczepienia, do czego wezwało Światowe Zgromadzenie Zdrowia.

Liczba zgłoszonych przypadków polio uległa ponad czterokrotnemu zmniejszeniu: od 2.971 w 2000 do 537 w 2001 roku.

Liczba krajów z endemią polio zmniejszyła się z 20 do 10, przy czym wszystkie regiony osiągnęły wskaźnik surveillance'u ostrych porażek wiotkich (opw) powyżej 1.

4. Jakie są osiągnięcia w roku 2001?

- **Liczba przypadków polio była najniższa w historii:** uległa ograniczeniu o 80% w porównaniu z 2000 r., przy wzroście skuteczności surveillance'u opw. Zgłoszono mniej niż 600 przypadków w 2000 roku, w porównaniu z 350.000 w 1988 roku. Stwierdza się redukcję ilości przypadków o ponad 99% od początku programu.
- **Rekordowa liczba 575 milionów dzieci** - prawie jedna dziesiąta światowej populacji - otrzymała doustną szczepionkę polio (z ang: oral polio vaccine - OPV) w 2001 roku dzięki nasileniu akcji szczepień w 94 krajach. Wszystkie kraje endemiczne dla polio zwiększyły do 300 liczbę Narodowych Dni Szczepień (z ang. - National Immuniza-

tion Day - NID), podczas których dostarczyły 2 miliardy dawek szczepionki docierając do każdego dziecka metodą "od drzwi do drzwi". Odsetek zaszczepienia dzieci <12 m.ż. trzema dawkami OPV na poziomie światowym wyniósł 82%.

- **W październiku 2000 r. 37 krajów Regionu Zachodniego Pacyfiku uzyskało certyfikat regionu wolnego od polio.** Nie wykryto nowych rodzimych zachorowań spowodowanych wirusem polio w tych krajach w okresie 3 poprzednich lat, przy utrzymywaniu standardowego surveillance'u opw na odpowiednim poziomie. Ostatnim miejscowym przypadkiem była Mum Chanty, 15-miesięczna dziewczynka z Kambodży, u której porażenia wystąpiły w marcu 1997 roku. Region Zachodniego Pacyfiku jest drugim regionem WHO, który uzyskał certyfikat regionu wolnego od polio, po Regionie Amerykańskim w 1994 roku.
- **Region Europejski przygotowuje się do certyfikacji.** Nie wykryto rodzimych zachorowań od trzech lat, przy utrzymywaniu nadzoru nad opw na odpowiednio wysokim poziomie. Ostatni przypadek miał miejsce w Turcji 28 listopada 1998 roku.
- W 2000 r., przy okazji Narodowych Dni Szczepień w 50 krajach, podanie witaminy A **uchroniło ponad 240.000 dzieci przed śmiercią.**
- **W 2000 r. 17 krajów z zachodniej i środkowej Afryki dokonało synchronizacji NID** i zaszczepiło 76 milionów dzieci, obejmujących ponad dwa miliony dzieci nigdy poprzednio nie szczepionych. Te dwa skoordynowane Narodowe Dni Szczepień były największą inicjatywą w dziedzinie zdrowia publicznego w historii regionu.
- **Światowa sieć laboratoriów publicznej służby zdrowia** umożliwia sekwencjonowanie genetyczne dzikiego wirusa polio, ułatwiające natychmiastowe i ukierunkowane działania immunizacyjne. 147 akredytowanych laboratoriów będzie również uczestniczyło w wykrywaniu i reagowaniu na inne choroby istotne dla zdrowia publicznego.
- **Personel związany z inicjatywą wzrósł czterokrotnie w celu przyspieszenia działań.** Liczba personelu zatrudnionego w ramach szczepień polio wzrosła z 200 do ponad 2.000 osób.
- **Sekretarz Generalny Organizacji Narodów Zjednoczonych wygłosił przemówienie na Światowej Konferencji Współpracy w Dziedzinie Polio w Nowym Jorku,** bezprecedensowym zgromadzeniu 350 ludzi, którzy podjęli zobowiązanie zapewnienia istnienia bezpiecznego świata, wolnego od polio w 2005 roku. Przedstawiony został *Strategiczny Plan Światowej Eradykacji Polio na lata 2001-2005* - program zmierzający do certyfikacji eradykacji polio w 2005 roku.
- **W końcu 2000 roku Zjednoczone Królestwo i Holandia przekazały na Program dodatkowe 90 milionów US\$.** Brytyjczycy przekazali 50 milionów US\$ na koszty operacyjne, surveillance opw, szczepionkę OPV oraz personel. Holandia ofiarowała 40 milionów US\$ na surveillance opw.

5. Jakie zadania czekają nas w 2002 roku?

Na poziomie ogólnoswiatowym określono trzy zadania do rozwiązania w dziedzinie eradykacji polio. Są to:

1. Dotarcie do wszystkich dzieci, szczególnie w krajach objętych konfliktem zbrojnym.
2. Pokrycie deficytu środków finansowych wynoszącego 400 milionów US\$.
3. Utrzymanie politycznego porozumienia w sprawie dążenia do wyeliminowania choroby.

Problemy do rozwiązania na poziomie krajów

Mimo olbrzymiego postępu osiągniętego w latach 2000-2001, wystąpienie epidemii polio w dwóch krajach wyspiarskich zwiększyło potrzebę starannego przestrzegania zalecanych strategii eradykacji polio.

W 2000 r. epidemia o dużym nasileniu, z 44 zachorowaniami porażenymi i 17 zgonami, wystąpiła w Republice Zielonego Przylądka, w której od wielu lat nie stwierdzano występowania przypadków polio. Epidemia była wywołana "importowanym" wirusem polio. Ustalenie sekwencji genomu wskazywało na pochodzenie wirusa z Angoli. Występujące przypadki importu wirusa wykazały słabość certyfikacji krajów wolnych od polio i w ten sposób potwierdziły konieczność wysokiego wykonawstwa szczepień oraz istnienia szybko reagującego surveillance'u opw.

Druga epidemia wystąpiła na wyspie Hispaniola i była wywołana krążeniem wirusa polio pochodzącego ze szczepionki OPV. Była ona przyczyną 17 przypadków porażenych - wszystkie dotyczyły osób nie szczepionych lub niedostatecznie zaszczepionych. Po zakończeniu epidemii wykonano 3 akcje szczepień OPV.

Obie epidemie wskazują na potrzebę utrzymywania rutynowych, masowych szczepień na wysokim poziomie i utrzymywanie nadzoru epidemiologicznego zgodnego ze standardami certyfikacji. Dopóki na świecie występują zachorowania na polio, wszystkie dzieci są zagrożone.

6. Jakie znaczenie miał "import" dzikiego wirusa polio w 2001 roku?

W 2001 roku krążenie "importowanego" wirusa polio zostało wykryte w trzech krajach: Bułgarii, Gruzji i Zambii. Przypadki te pokazują jak ważny jest surveillance opw. Każda z tych sytuacji stanowi również przestrożę, że wszystkie kraje są zagrożone, aż do całkowitej eradykacji choroby.

CELE INICJATYWY ERADYKACJI POLIO I DEFINICJE

7. Jaka jest różnica między eradykacją polio i certyfikacją?

Eradykacja polio jest zdefiniowana jako przerwanie transmisji dzikiego wirusa polio. Certyfikacja jest procesem weryfikacji, czy w danym regionie i ewentualnie na całym świecie nie występują przypadki polio. Wyłącznie po upływie okresu co najmniej trzech lat bez rozpoznania przypadku polio w warunkach surveillance'u opw zgodnego ze standardami certyfikacji dany region, lub ewentualnie cały świat, może uzyskać certyfikat obszaru wolnego od polio. Przykładowo, ostatni przypadek na obu kontynentach amerykańskich wykryto w 1991 roku; region uzyskał certyfikat wolnego od polio w 1994 roku.

W czasie trzyletniego okresu nadzoru kraje muszą kontynuować szczepienia przeciw polio.

8. Czy świat będzie gotowy do uzyskania certyfikatu obszaru bez przypadków polio w 2005 roku?

Światowa Inicjatywa na rzecz Eradykacji Polio ma na celu uzyskanie certyfikacji w 2005 roku. Inicjatywa była realizowana zgodnie z *Planem Strategicznym na lata 2001-2005* określającym, że na początku 2001 roku nie powinno być więcej niż 20 krajów, w których zachorowania na polio występują endemicznie. Utrzymywanie intensywnych szczepień, surveillance'u opw zgodnego ze standardami certyfikacji, przy równoczesnym podejmowaniu wysiłków w celu spełnienia pozostałych zadań programu (dostęp do wszystkich dzieci, utrzymania porozumienia politycznego i zlikwidowa-

nia deficytu środków finansowych), mogą doprowadzić do certyfikacji obszaru bez przypadków polio w 2005 roku.

9. Dlaczego nie osiągnięto eradykacji choroby w 2000 roku?

Pięć głównych czynników zadecydowało o opóźnieniu w uzyskaniu przerwania transmisji dzikiego wirusa polio na całym świecie w 2000 roku:

1. niski stopień wykonania rutynowych szczepień w dużych, gęsto zaludnionych krajach (np. Pakistan, Indie);
2. brak możliwości dotarcia do wszystkich dzieci w czasie Narodowych Dni Szczepień;
3. rozpoczęcie działalności z opóźnieniem w niektórych krajach (np. Demokratycznej Republice Kongo, Sierra Leone);
4. niedostateczny surveillance opw powodujący opóźnienia w wykrywaniu obszarów zakażonych (np. Etiopia);
5. niewystarczające i zbyt późno uzyskiwane środki finansowe.

Możliwości przezwyciężenia tych problemów w ramach programu eradykacji były znacznie ograniczone przez zmniejszenie dostaw szczepionki OPV. *Strategiczny Plan Światowej Eradykacji Polio 2001-2005* dotyczy rozwiązania wszystkich tych problemów.

10. Kiedy zostanie przerwana transmisja dzikiego wirusa polio?

Oczekuje się, że kilka krajów (Afganistan, Angola, Pakistan i Nigeria) może potrzebować do 12 miesięcy na przerwanie transmisji dzikiego wirusa polio. Należy przypuszczać, iż w części z nich może ona jeszcze występować na początku 2003 roku.

11. Dlaczego niektóre kraje pozostają w tyle?

Jako przyczyny można wymienić: niewystarczającą skuteczność Narodowych Dni Szczepień; ograniczony dostęp do dzieci, szczególnie w krajach ogarniętych wojną; surveillance opw poniżej standardów certyfikacji, prowadzący do późnego wykrywania zakażeń; niewystarczające dostawy OPV (przeważnie spowodowane przyspieszeniem działań i zwiększeniem liczby ogólnokrajowych akcji szczepień - np. jeden miliard dawek szczepionki dostarczonych w ciągu sześciu miesięcy w Indiach); niedostateczne finansowanie oraz niski stopień pokrycia rutynowymi szczepieniami.

12. Czy wyznaczono już nową datę eradykacji?

Agencje koordynujące Program uważają, że rok 2005 może być docelowym dla certyfikacji - najważniejszym wyznacznikiem naszych osiągnięć. Nie określono nowej daty końcowej dla procesu eradykacji choroby.

13. Jak przypadki importu wirusa wpływają na proces certyfikacji?

Globalna Techniczna Grupa Konsultacyjna Eradykacji Poliomyelitis ustaliła, że w przypadku rozpoznania importu wirusa, najważniejsze jest natychmiastowe podjęcie akcji szczepień, a następnie zwiększenie czułości surveillance'u opw. Jeżeli zostanie to wykonane i nie zostaną rozpoznane następne przypadki, proces certyfikacji może być kontynuowany.

14. Jaką strategią będzie obowiązywać w okresie 2001-2005?

Główne elementy na lata 2001-2005 to:

1. Intensyfikacja Narodowych Dni Szczepień i akcje szcze-

pień wyczyszczających (mopping-up).

2. Surveillance opw i certyfikacja.
3. Przechowywanie materiałów zakażonych w laboratoriach w bezpiecznych warunkach.
4. Nasilenie rutynowych działań w ramach *Rozszerzonego Programu Szczepień (EPI)*.
5. Budowanie konsensusu w ramach strategii zakończenia szczepień przeciw polio.

ZADANIA

15. Jakie są główne zadania w procesie eradykacji polio?

Istnieją trzy główne zadania w procesie eradykacji polio. Są to:

1. Zaszczepienie wszystkich dzieci, zwłaszcza w rejonach konfliktów zbrojnych.
2. Pokrycie deficytu środków finansowych wynoszącego 400 milionów US\$.
3. Utrzymanie politycznej zgody w sytuacji zanikającej choroby.

Dodatkowo zadania obejmują: zapewnienie nadzwyczaj wysokiego odsetka zaszczepienia; utrzymywanie surveillance'u opw zgodnego ze standardami certyfikacji i zapewnienie odpowiedniej dostawy szczepionki OPV.

16. Jakich sprzymierzeńców znaleziono w realizacji tych zadań?

1. Zwiększenie poparcia Sekretarza Organizacji Narodów Zjednoczonych Kofi Annana i organizacji partnerskich takich jak ICRC i IFRC, mających doświadczenie w sytuacjach konfliktów zbrojnych.
2. Zwiększenie zdolności pozyskiwania funduszy w sektorze publicznym, rozpoczęcie rozmów z Komisją Europejską i Bankiem Światowym, wprowadzenie ułatwień w prowadzeniu kampanii zbierania funduszy w sektorze prywatnym prowadzonych przez Rotary International i Fundację Organizacji Narodów Zjednoczonych.
3. Nasilenie działań na rzecz politycznego poparcia przez wszystkie agencje współpracujące.

17. Jakie fundusze potrzebne są do uzyskania eradykacji polio?

Całkowite zewnętrzne poparcie finansowe potrzebne w okresie do 2005 roku - docelowej dacie certyfikacji - wynosi 1 miliard US\$. Deficyt finansowy inicjatywy do 2005 roku zgodnie z przewidywaniami WHO wynosi 400 milionów US\$. Na każdy rok opóźnienia eradykacji polio wzrost całkowitych kosztów będzie wynosił co najmniej 100 milionów US\$. Koszty będą monitorowane w następnych miesiącach, aby upewnić się, że fundusze są wystarczające dla zapewnienia tego samego poziomu działalności od chwili obecnej do 2005 roku.

18. Jak uzyskano zmniejszenie deficytu finansowego z 450 milionów US\$ do 400 milionów US\$.

Uaktualnianie dwa razy w roku deficytu finansowego jest konieczne w celu zbilansowania nowych wpływów ze zmieniającymi się zapotrzebowaniami i nieoczekiwanym wzrostem kosztów. Zapotrzebowanie na fundusze wynika z wydatków i zobowiązań związanych z realizacją programu, znaczących zmian światowych potrzeb (to znaczy, dodatkowych potrzeb związanych z pojawianiem się epidemii, kosztów szczepionki OPV, zmian kursów walut).

Szereg istotnych czynników wywarło wpływ na przewi-

dywania dotyczące deficytu finansowego w pierwszej połowie 2001 roku. Obejmują one 90 milionów US\$ nowych wpłat z sektora publicznego równoważących wzrost cen OPV (z 7,5 do 10 centów za dawkę między rokiem 2001 i 2005) oraz dodatkowe zapotrzebowanie na środki finansowe dla Demokratycznej Republiki Kongo i Nigerii w celu pokrycia zwiększenia kosztów o 40 milionów US\$. Uprzedni deficyt wynoszący 450 milionów US\$ zmniejszony o 90 milionów US\$ nowych wpłat, plus 40 milionów US\$ wzrostu kosztów = 400 milionów US\$.

19. Jakie kroki podjęto w celu zlikwidowania deficytu finansowego?

Rozwijając działalność zmierzającą do pozyskiwania funduszy, WHO, Rotary International oraz UNICEF pracowały nad zwiększeniem zasobu środków finansowych niezbędnych do eradykacji polio.

- Dodatkowo do poprzednich funduszy od organizacji współpracujących z programem, uzyskano przyrzeczenia nowych wpłat w latach 2001-2005
- Organizacje współpracujące będą kontynuowały intensywne poszukiwanie funduszy w sektorze publicznym.
- Fundacja Organizacji Narodów Zjednoczonych i Rotary International zwróciły się z apelem do indywidualnych darczyńców i sektora prywatnego. Apel obejmował organizowanie spotkań w celu zbierania funduszy w głównych miastach świata w pierwszej połowie 2001 roku.

20. Co zrobiono w celu przezwyciężenia trudności w krajach ogarniętych konfliktem zbrojnym?

Kraje, w których toczy się wojna, stanowią szczególne wyzwanie dla inicjatywy eradykacji polio. Jednakże sukces Sekretarza Organizacji Narodów Zjednoczonych i innych partnerów współpracujących w ustanowieniu "Dni pokoju" dla Narodowych Dni Szczepień w Demokratycznej Republice Kongo w 1999 roku, gdzie blisko 9 milionów dzieci zostało zaszczepionych, pokazał, że możemy na tym polu współpracować z dobrymi wynikami

- Wynegocjowane zawieszenie broni było przestrzegane w czasie Narodowych Dni Szczepień w Afganistanie.
- Na początku 2001 roku WHO i UNICEF pomogły wynegocjować dostęp do dzieci w celu wykonania specjalnych szczepień na terenach kontrolowanych przez rebeliantów w Sierra Leone.
- Zawieszenie broni było decydujące w lipcu, sierpniu i wrześniu 2001 roku, gdy Angola, Kongo oraz Demokratyczna Republika Kongo zsynchronizowały swoje Narodowe Dni Szczepień.

21. Co zrobiono w celu przezwyciężenia trudności w priorytetowych krajach będących rezerwuarami wirusa?

W krajach będących rezerwuarami wirusa i innych krajach priorytetowych podstawowe działania w ramach polityki przyspieszenia eradykacji polegały na zwiększeniu liczby akcji typu Narodowych Dni Szczepień. WHO zaleca również stosowanie strategii "od drzwi do drzwi" (w odróżnieniu od stałych punktów szczepień) w celu poprawy jakości Narodowych Dni Szczepień i dotarcia do wszystkich dzieci.

Głównym problemem decydującym o sukcesie eradykacji polio jest zapewnienie, by w latach 2002 i 2003 odbywały się wysoce skuteczne dodatkowe akcje typu Narodowych Dni Szczepień. Zwiększony nacisk zostanie położony na zróżnicowane podejście, mobilizację społeczną i poprawę planowania w skali mikro.

W 2001 roku wykonano szereg akcji Narodowych Dni Szczepień w Nigerii i Pakistanie. W Indiach były przeprowadzone dwie akcje szczepień - Narodowe Dni Szczepień oraz 8 akcji szczepień wyczyszczających.

na podstawie dokumentu Światowej Inicjatywy na rzecz Eradykacji Polio

opracował Paweł Stefanoff

Akcja odrowa i plan eliminacji odry w Republice Korei

W Korei wprowadzono szczepienia przeciw odrze w 1965 r. - w 1983 r. szczepionkę odrową zastąpiono szczepionką MMR. Po epidemii odry w latach 1994-1995 w 1997 r. wprowadzono do rutynowego stosowania drugą dawkę MMR stosowaną u dzieci w wieku od 4 do 6 lat. Pierwszą dawkę otrzymało ponad 90%, ale drugą zaledwie 40% podlegających szczepieniu.

W kwietniu 2000 roku wybuchła epidemia odry w czasie której zgłoszono 50 tys. zachorowań. Rozkład zachorowań w czasie, jak wynika z surveillance'u był następujący: w kwietniu 400 przypadków w październiku, listopadzie i grudniu odpowiednio 2.063, 11.758 i 14.797 przypadków. Przeważały zachorowania u dzieci poniżej 1 roku życia i dzieci w szkole podstawowej - najwięcej przypadków było wśród dzieci 10-letnich. Rozpoznanie odry potwierdzono badaniami serologicznym i izolacją wirusa.

W tym czasie Ministerstwo Zdrowia przyjęło plan eliminacji odry na lata 2001-2005 (zdefiniowano eliminację jako przerwanie transmisji rodzimych zakażeń). Już w grudniu 2000 r. zaszczepiono 5.631.224, tj. 96,2% dzieci w wieku od 1 do 10 lat. Plan zakłada, że drugą dawkę szczepionki zawierającej komponentę odrową otrzyma 95% podlegających szczepieniu, a przed rozpoczęciem nauki w szkole będzie wymagane udokumentowanie dwukrotnego szczepienia.

W grudniu 2000 r. 22.584 dzieci szkolnych (80%) w wieku 7-18 lat wypełniło odpowiedni kwestionariusz i oddało próbkę krwi do badania serologicznego. Okazało się, że 13 do 15% dzieci w wieku od 7 do 12 lat oraz 5,5% w wieku 15 do 18 lat było wrażliwych na zakażenie odrą. Uznano dzieci w wieku od 8 do 16 lat jako grupę większego ryzyka zachorowania i objęto je szczepieniem przeciw odrze i różyczce. Ogółem około 12 tys. zespołów szczepiło dzieci w ok. 11 tys. szkół i prowadziło intensywny surveillance odczynów poszczepiennych. Epidemia została opanowana. W okresie od stycznia do marca 2001 r. według danych ankietowych ponad 99,5% dzieci pierwszego roku studiów otrzymało dwie dawki szczepionki.

na podst.: "Measles Bulletin" (2001,8; WHO/V&B/01.41)

opracowała D. Naruszewicz-Lesiuk

"Meldunki" udostępnione są w Internecie na stronie
<http://www.pzh.gov.pl/epimeld>

Opracowuje zespół: Mirosław P. Czarkowski (kier. zesp.), Ewa Cielebak, Barbara Kondej, Ewa Stępień - tel. (0-prefix-22): 84-97-702, 54-21-210; fax (0-prefix-22) 54-21-211; e-mail: epimeld@pzh.gov.pl, epimeld@medstat.waw.pl
Kierownictwo naukowe: prof. dr hab. Wiesław Magdzik