

Meldunek 6/A/02

o zachorowaniach na choroby zakaźne i zatruciach związkami chemicznymi zgłoszonych w okresie od 1.06 do 15.06.2002 r.

Jednostka chorobowa (symbole wg "Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych" ICD-10)	Meldunek 6/A		Dane skumulowane	
	1.06.02. do 15.06.02.	1.06.01. do 15.06.01.	1.01.02. do 15.06.02.	1.01.01. do 15.06.01.
Choroba wywołana przez ludzki wirus upośl.odp.: ogółem (B20-B24)	4	5	48	46
Dur brzuszny (A01.0)	-	-	3	2
Dury rzekome A.B.C. (A01.1-A01.3)	-	-	1	1
Salmonelozy: ogółem (A02)	1530	1226	6544	6620
Czerwonka bakteryjna /szigelozja/ (A03)	2	6	49	31
Inne bakteryjne zakażenia jelitowe: ogółem (A04)	192	171	2063	2212
Wiusowe i inne określone zakażenia jelitowe: ogółem (A08)	297	137	4802	3007
Biegunki u dzieci do lat 2: ogółem (A04; A08; A09)	786	593	10330	8176
w tym: BNO, prawdopodobnie pochodzenia zakaźnego (A09)	500	397	6015	4921
Tężec: ogółem (A33-A35)	3	2	5	8
Błonica (A36)	-	-	-	-
Krztusiec (A37)	64	74	681	1228
Szkarlatyna /płonica/ (A38)	239	247	2616	3914
Zapalenie opon mózgowych: razem	68	46	630	679
w tym: meningokokowe (A39.0)	5	1	33	58
wywołane przez <i>Haemophilus influenzae</i> (G00.0)	1	3	33	29
inne bakteryjne, określone i nie określone (G00.1-G00.9)	30	22	256	288
wirusowe, określone i nie określone (A87; B00.3; B02.1)	27	15	252	233
inne i nie określone (G03)	5	5	56	71
Zapalenie mózgu: razem	23	12	178	166
w tym: meningokokowe i inne bakteryjne: ogółem (A39.8; G04.2)	8	3	48	58
wirusowe, przenoszone przez kleszcze (A84)	6	2	8	8
inne wirusowe, określone (A83; A85; B00.4; B02.0; B25.8)	2	-	10	9
wirusowe, nie określone (A86)	4	4	81	56
poszczepienne (G04.0)	-	-	-	-
inne i nie określone (G04.8-G04.9)	3	3	31	35
Riketsjozy: ogółem (A75-A79)	1	-	1	-
Ostre nagminne porażenie dziecięce, łącznie z poszczepiennym (A80)	-	-	-	-
Ospa wietrzna (B01)	4321	4424	54555	68777
Odra (B05)	2	2	24	79
Różyczka: ogółem (B06; P35.0)	3567	6581	32488	59718
Wirusowe zap. wątroby: typu A (B15)	19	14	207	192
typu B (B16; B18.0-B18.1)	79	79	906	1057
typu C (B17.1; B18.2)	83	81	866	872
typu B+C (B16; B18.0-B18.1 + B17.1; B18.2)	3	3	32	60
inne i nieokreśl.(B17.0;B17.2-.8;B18.8-.9;B19)	12	10	117	105
Świnka /nagminne zapalenie przyusznic/ (B26)	2377	721	19125	6513
Włośnica (B75)	-	2	11	20
Świerzb (B86)	404	421	7127	6915
Grypa: ogółem (J10; J11)	226	37	155423	519085
Bakteryjne zatrucia pokarmowe: razem	1737	1367	8640	8149
w tym: salmonelozy (A02.0)	1525	1224	6515	6580
gronkowcowe (A05.0)	16	4	190	108
jadem kiełbasianym /botulizm/ (A05.1)	1	-	27	30
wywołane przez <i>Clostridium perfringens</i> (A05.2)	-	-	2	1
inne określone (A05.3-A05.8)	1	1	133	61
nie określone (A05.9)	194	138	1773	1369
Zatrucia naturalnie toksycznym pokarmem: ogółem (T62)	-	-	9	16
w tym: grzybami (T62.0)	-	-	6	10
Inne zatrucia: ogółem (T36-T60; T63-T65)	412	278	4365	4086
w tym: pestycydami (T60)	19	12	53	149
lekami, prep.farmakologicznymi i subst.biolog. (T36-T50)	225	162	2571	2113
alkoholem (T51)	97	47	826	762
Ostre porażenia wiotkie u dzieci (0-14 lat)	2	5	34	36

Zachorowania zgłoszone w okresie 1-15.06.2002 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	-	-	1530	2	786	3	64	239	68	5	23	6
Dolnośląskie	1	-	-	143	-	51	-	10	16	5	-	1	-
Kujawsko-Pomorskie	-	-	-	102	-	52	-	8	30	2	-	-	-
Lubelskie	-	-	-	89	-	44	2	-	10	3	-	-	-
Lubuskie	1	-	-	35	-	15	-	-	3	3	1	-	-
Łódzkie	1	-	-	103	-	48	-	10	10	3	-	-	-
Małopolskie	-	-	-	93	-	48	1	-	21	5	-	-	-
Mazowieckie	-	-	-	172	-	101	-	16	32	6	-	4	-
Opolskie	-	-	-	34	1	8	-	4	14	3	-	-	-
Podkarpackie	-	-	-	83	-	55	-	-	6	2	-	2	-
Podlaskie	-	-	-	81	-	32	-	8	1	4	-	8	5
Pomorskie	-	-	-	106	-	75	-	1	10	3	-	1	-
Śląskie	1	-	-	90	1	87	-	2	29	9	1	5	-
Świętokrzyskie	-	-	-	74	-	23	-	3	2	8	2	-	-
Warmińsko-Mazurskie	-	-	-	109	-	56	-	-	2	5	-	1	1
Wielkopolskie	-	-	-	187	-	71	-	2	26	2	1	1	-
Zachodniopomorskie	-	-	-	29	-	20	-	-	27	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	4321	2	3567	19	82	86	2377	-	404	226	1737	-	412
Dolnośląskie	331	-	164	-	8	5	129	-	17	-	152	-	18
Kujawsko-Pomorskie	256	-	180	-	7	7	116	-	31	27	105	-	10
Lubelskie	195	-	318	-	6	7	86	-	17	-	89	-	52
Lubuskie	102	-	250	-	1	4	76	-	16	-	41	-	18
Łódzkie	179	1	222	1	4	9	97	-	46	-	117	-	89
Małopolskie	372	-	166	1	7	3	172	-	29	2	111	-	18
Mazowieckie	392	-	91	1	9	9	86	-	18	84	171	-	9
Opolskie	181	-	101	-	4	1	54	-	16	71	34	-	2
Podkarpackie	112	1	568	1	3	1	70	-	22	-	92	-	30
Podlaskie	162	-	107	-	2	4	1	-	17	-	80	-	35
Pomorskie	199	-	151	-	-	2	19	-	24	-	135	-	17
Śląskie	663	-	248	1	16	6	1039	-	90	-	130	-	12
Świętokrzyskie	228	-	182	1	5	9	119	-	27	-	87	-	49
Warmińsko-Mazurskie	94	-	40	1	1	2	78	-	16	-	113	-	15
Wielkopolskie	680	-	555	12	6	14	168	-	13	20	232	-	28
Zachodniopomorskie	175	-	224	-	3	3	67	-	5	22	48	-	10

Chorzy nowo zarejestrowani w poradniach gruźlicy i chorób płuc w 2001 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	10672	124	199	6083
1. Dolnośląskie	759	12	9	473
2. Kujawsko-Pomorskie	449	-	9	300
3. Lubelskie	748	6	11	467
4. Lubuskie	236	-	4	139
5. Łódzkie	869	19	21	538
6. Małopolskie	594	4	10	465
7. Mazowieckie	1806	39	28	932
8. Opolskie	277	2	5	195
9. Podkarpackie	631	5	10	389
10. Podlaskie	259	3	3	154
11. Pomorskie	636	12	15	310
12. Śląskie	1456	12	28	677
13. Świętokrzyskie	475	3	17	249
14. Warmińsko-Mazurskie	413	1	5	134
15. Wielkopolskie	614	3	13	407
16. Zachodniopomorskie	450	3	11	254

Eradykacja polio - Pytania i odpowiedzi (2)

SZCZEPIENIA I STRATEGIE KOŃCOWE

22. Kiedy zostaną zakończone akcje intensywne szczepień?

Narodowe Dni Szczepień, subregionalne Dni Szczepień, szczepienia "od drzwi do drzwi" oraz akcje szczepień wyuczyszczających o wysokiej intensywności powinny być kontynuowane przez najmniej jeden rok po wyizolowaniu od człowieka ostatniego dzikiego wirusa polio - to znaczy mogą zostać zakończone najwcześniej w latach 2003-2004. Na obszarach z niskim stopniem wykonawstwa rutynowych szczepień, dodatkowe akcje szczepień muszą być kontynuowane w roku 2005. W latach 2000-2001 wybuchy epidemii na Hiszpanii oraz na Filipinach wywołane przez zakaźnego wirusa pochodzącego ze szczepionki polio (VDPV) zwiększyły znaczenie wysokiego stopnia zaszczepienia, aż do momentu całkowitego przerwania szczepień OPV.

Na poziomie ogólnonarodowym muszą być kontynuowane: surveillance opw w celu wykrywania oraz badania wszystkich nowych przypadków porażenia u dzieci, bezpieczne przechowywanie wirusa oraz certyfikacja działalności, aż do osiągnięcia przewidywanej globalnej certyfikacji w 2005 roku. Obecnie opracowywana jest wspólna strategia w sprawie przerwania szczepień.

23. Co powinno się zrobić z wirusami polio przechowywanymi w laboratorium?

Po eradykacji polio laboratoria na świecie będą jedynym pozostałym źródłem wirusa. Ponieważ w coraz większej liczbie krajów nie ma przypadków polio wirus musi być bezpiecznie i pewnie przechowywany w ograniczonej liczbie laboratoriów w celu wykluczenia nieumyślnego uwolnienia

go po eradykacji. W czasie Światowego Zgromadzenia Zdrowia w 1999 roku podjęto jednomyślną rezolucję wzywającą wszystkie laboratoria albo do przekazania wirusa do wyznaczonych magazynów WHO i wprowadzenia procedury bezpiecznego przechowywania, albo do zniszczenia zapasów wirusa, jeżeli nie są potrzebne do badań naukowych. W ramach realizacji procesu regionalnej i światowej certyfikacji, kraje dokonują rozpoznania i przeprowadzają inwentaryzację w laboratoriach posiadających potencjalnie zakaźne materiały.

24. Czy będzie możliwe wstrzymanie szczepień przeciw polio po eradykacji choroby?

Globalna Techniczna Grupa Konsultacyjna Eradykacji Poliomyelitis (TCG) dokonała przeglądu dostępnej dokumentacji i potwierdziła, że w przyszłości szczepienie przeciw polio będzie mogło być wstrzymane. W tej sytuacji kwota szacowana na 1,5 miliarda US\$ mogłaby być przekazana na inne priorytetowe cele zdrowotne.

WHO koordynuje programy badawcze w celu ustalenia porozumienia dotyczącego problemu: kiedy i w jaki sposób wstrzymać szczepienia przeciw polio. Ostatnie odkrycie zakaźnego szczepionkowego wirusa polio na wyspie Hiszpania potwierdza potrzebę wprowadzenia następującej strategii:

- utrzymywanie wysokiego odsetka zaszczepienia we wszystkich krajach przed globalnym wstrzymaniem szczepień;
- prowadzenie surveillance'u opw zgodnego ze standardami certyfikacji, z izolacją i typowaniem wszystkich wirusów polio, w tym również szczepów VDPV;
- globalna koordynacja wstrzymania szczepień przeciw polio;
- ewentualne bezpieczne przechowywanie wirusów ze szczepów Sabin.

25. Jakie działania podejmuje WHO w celu zapewnienia możliwości wstrzymania szczepień?

Rozwiązania

W ramach szerokiego programu badań, WHO i jej partnerzy techniczni zaproponowali dwa główne rozwiązania dotyczące:

- ochrony populacji po wstrzymaniu szczepień OPV;
- kontroli ponownego wprowadzenia wirusa w okresie po wstrzymaniu szczepień.

W 2001 roku Światowa Techniczna Grupa Konsultacyjna ds. Eradykacji Poliomyelitis (TCG) stwierdziła, że cel - eradykacja polio - musi zostać szybko osiągnięty, a szczepienia powinny być wstrzymane, jak tylko zostanie to uznane za bezpieczne. Przedłużające się użycie szczepionki OPV w ramach rutynowych programów szczepień, często prowadzonych na niedostatecznym poziomie, po certyfikacji stwarza ryzyko pojawienia się zakaźnych szczepów wirusa polio, pochodzących ze szczepionki.

Proces

Pomiędzy 1998 i 2000 rokiem WHO przeprowadziło trzy konsultacje z czołowymi wirusologami, specjalistami ds. szczepień oraz producentami szczepionek w celu wskazania badań niezbędnych do określenia najbardziej bezpiecznej i najskuteczniejszej strategii wstrzymania szczepień przeciw polio. WHO zatrudniło dwóch naukowców do koordynacji programów badawczych w ścisłej współpracy z CDC. W marcu 2001 odbyło się pierwsze posiedzenie Komitetu Zarządzającego w celu dokonania przeglądu wyników tych badań, których wstępne wyniki zostaną przedstawione w

czasie Światowego Zgromadzenia Zdrowia w 2003 roku.

W 2001 roku TCG dokonała oceny sytuacji oraz udzieliła poparcia dla programu działań WHO/CDC dotyczących zebrania i oceny informacji niezbędnych do wyboru odpowiedniej drogi wstrzymania szczepień przeciw polio. Sprawozdanie dotyczące postępu prac nad powyższym programem pracy powinno być przedstawione TCG na jego kolejnych spotkaniach, aby pozwolić na dalsze opracowywanie zaleceń dotyczących najbardziej korzystnej strategii oraz wyszukiwanie wszystkich luk informacyjnych.

26. Jakie opcje przyjęto w celu wstrzymania szczepień OPV?

W ramach porozumienia specjalistów, epidemiologów, producentów szczepionek oraz odpowiednich władz administracyjnych wskazano trzy strategiczne opcje zabezpieczenia populacji przed ryzykiem krążenia VDPV po wstrzymaniu szczepień OPV:

1. Stopniowe zastąpienie na całym świecie rutynowych szczepień przy użyciu szczepionki OPV przez szczepionkę IPV.
2. Globalne wstrzymanie szczepień OPV.
3. Zastosowanie kombinacji powyższych strategii zależnie od kraju.

WHO koordynuje badania niezbędne do opracowania odpowiedniej strategii dla każdego obszaru. Raport dotyczący planu strategicznego wstrzymania szczepień OPV zostanie przedstawiony na Światowym Zgromadzeniu Zdrowia w 2003 roku.

OPV I IPV - ZAOPATRZENIE I ROZWIĄZANIA

Zaopatrzenie w szczepionkę OPV

27. Czy dostawy szczepionek są wystarczające do celów eradykacji polio?

Dostawy szczepionek są ograniczone. W 1999 roku i w początkowym okresie 2000 roku występował deficyt szczepionki OPV w związku z nasileniem działalności i gwałtownym wzrostem liczby Narodowych Dni Szczepień. Zapotrzebowanie przekroczyło podaż szczepionki. Doprowadziło to do niepewności dotyczącej dostaw szczepionek i konieczności odwoływania niektórych akcji. Możliwości pokrycia deficytu poprzez zwiększone dostawy były ograniczone ze względu na 18-24 miesięczny okres produkcji OPV. Plany akcji szczepień były regularnie, na bieżąco weryfikowane celem zapewnienia zrównoważenia dostaw z zapotrzebowaniem. Jak długo akcje szczepień są starannie planowane i jakość dodatkowych szczepień jest wysoka, podaż szczepionek jest wystarczająca do celów eradykacji polio.

28. Co robią agencje współpracujące w celu zapewnienia wystarczających dostaw OPV?

UNICEF i WHO zapewniają koordynację narodowych programów szczepień i zdolności produkcyjnych wytwórców szczepionek. UNICEF, WHO i producenci szczepionek stale usprawniają przepływ informacji i wzmacniają prognozowanie, planowanie i koordynację.

OPV i IPV

29. Jaka jest różnica pomiędzy doustną szczepionką polio oraz inaktywowaną szczepionką polio?

Doustna szczepionka polio zawiera żywe wirusy polio-

myelitis i jest podawana doustnie w celu stymulacji układu immunologicznego. Wytwarza ona wysoki poziom odporności zarówno miejscowej w jelitach - miejscu namnażania się wirusa w ciele człowieka, jak i we krwi. OPV jest relatywnie tania (obecna cena wynosi około 7 centów USA za dawkę, gdy kupowana jest przez organizacje rządowe za pośrednictwem UNICEF) i może być podawana przez wolontariuszy bez wykształcenia medycznego po krótkim przeszkoleniu.

Inaktywowana szczepionka polio (IPV) zawiera zabite wirusy polio i jest podawana za pomocą wstrzyknięć. Musi być wstrzykiwana za pomocą sterylnej strzykawki przez wyszkolonego pracownika służby zdrowia. IPV nie hamuje skutecznie namnażania wirusa w jelitach. W wyniku tego dzieci szczepione IPV mogą przenosić dzikie wirusy polio na inne dzieci, co czyni IPV nieskutecznym w wykorzenieniu choroby. IPV jest również ponad cztery razy droższa od OPV.

30. Która ze szczepionek jest zalecana do eradykacji polio?

Doustna szczepionka polio (OPV) jest bezpieczna i skuteczna, jest więc szczepionką zalecaną w ramach globalnej eradykacji choroby. Ze względu na wysoki poziom uodpornienia, zwłaszcza jelitowego, jest ona jedyną szczepionką zdolną do wstrzymania transmisji wirusa w krajach rozwijających się. OPV podaje się łatwo - krople z fiołki do ust dziecka - może być więc podawana zarówno przez wolontariuszy, jak i wyszkolonych pracowników służby zdrowia. Jest ona również tania.

31. Które kraje stosują OPV, a które IPV i dlaczego?

Większość krajów używa OPV ponieważ:

1. jest ona bezpieczna i skuteczna;
2. w krajach tych występuje endemiczne szerzenie się zachorowań;
3. kraje te niedawno uzyskały status krajów wolnych od polio lub istnieje w nich ryzyko importu wirusa.

Kraje takie jak USA, Kanada, Francja, Niemcy, Szwecja, Finlandia i Holandia stosują IPV ze względu na postęp w globalnej eradykacji polio. Ponieważ w krajach tych od wielu lat nie występowały przypadki polio, natomiast poziom wykonawstwa rutynowych szczepień, a także warunki sanitarne są oceniane jako doskonałe, ryzyko transmisji dzikiego wirusa polio od dziecka do drugiego dziecka jako wybitnie niskie. W krajach tych uznano, że ryzyko zachorowania na poliomyelitis towarzyszące szczepieniu jest większe niż ryzyko zakażenia dzikim wirusem polio.

W kilku krajach (np. Danii) stosuje się schemat uodpornienia IPV/OPV.

32. Czy IPV mogłoby pomóc w zatrzymaniu transmisji w pozostałych krajach endemicznych?

Analiza danych dotyczących przypadków wykazuje, że transmisja polio jest kontynuowana ze względu na niepowodzenie szczepień dzieci za pomocą OPV, a nie niepowodzenia szczepionki OPV. Ogromna większość przypadków polio dotyczy dzieci nie szczepionych lub nieprawidłowo zaszczepionych. Stosowanie IPV w krajach endemicznych nie tylko zwiększyłoby koszty, lecz równocześnie nie spowodowałoby dotarcia do źródła trwającej transmisji. **IPV nie pomoże w identyfikacji i zaszczepieniu dzieci, do których nie dociera OPV.**

33. Czy wszystkie kraje bez przypadków polio powinny teraz przejść z OPV na IPV?

Każdy z krajów bez przypadków polio powinien indywidualnie rozważyć wady i zalety zmiany typu szczepionki z OPV na IPV. Podczas gdy w wielu krajach przemysłowych zastąpiono OPV przez IPV, niektóre kontynuują politykę szczepień wyłącznie OPV, ze względu na stale występujące ryzyko "importu" i rozprzestrzenienia się dzikiego wirusa polio, jak również lepszą odporność jelitową powodowaną przez OPV.

Przed podjęciem decyzji dotyczących długoterminowej polityki dotyczącej szczepień polio kraje powinny monitorować postęp w globalnej eradykacji polio w ciągu następnych 24 miesięcy.

VAPP

34. Czy OPV może wywołać porażenie?

W wyjątkowo rzadkich przypadkach (jeden na 2,5 miliona dawek doustnej szczepionki polio) w wyniku szczepienia OPV może powstać zachorowanie na poliomyelitis towarzyszące szczepieniu (z ang.: VAPP), ponieważ OPV zawiera żywe wirusy. Ryzyko to jest dobrze znane we wszystkich krajach stosujących OPV, jednak wyraźnie większe są korzyści wynikające z zapobiegania każdego roku tysiącom przypadków polio. Chociaż ryzyko to nie występuje w przypadku IPV, nie można osiągnąć globalnej eradykacji polio z zastosowaniem IPV.

35. Czy oznacza to, że w przypadku zaszczepienia 152 milionów dzieci jednego dnia w Indiach, u 70 dzieci wystąpi poliomyelitis?

Nie. Większość przypadków VAPP (zachorowań na poliomyelitis towarzyszących szczepieniu) występuje przy pierwszej dawce szczepionki polio. Większość dzieci uprzednio otrzymało dawkę OPV (w czasie rutynowych szczepień albo podczas Narodowych Dni Szczepień) lub posiada naturalną odporność po wcześniejszej ekspozycji na dzikiego wirusa polio. W kraju takim jak Indie, w których dziki wirus polio nadal krąży, częstość występowania przypadków VAPP jest niższa niż w krajach przemysłowych.

Szczepionkowy wirus polio

36. Jakie jest ryzyko transmisji wirusa szczepionkowego?

Od dawna wiadomo jest, że szczepionkowe szczepy wirusa polio (VDPVs) mogą krążyć w środowisku. Epidemie wywołane przez VDPV w Egipcie w latach 1980-tych, na Hiszpanii (Republika Dominikany i Haiti) w 2000-2001 oraz na Filipinach w 2001 r. potwierdzają to stwierdzenie. Wspólna dla tych epidemii była wysoka liczba nie szczepionych lub nieprawidłowo szczepionych ludzi, którzy stanowili rezerwar zarówno dla krążenia wirusa, jak i występowania przypadków choroby.

Zachorowanie na poliomyelitis towarzyszące szczepieniu (VAPP) jest niezmiernie rzadkie (1 przypadek na 2,5 miliona dawek). Transmisja wirusa szczepionkowego jest jeszcze radsza - różnica wynika ze zdolności do transmisji wirusa szczepionkowego. Obecnie bada się częstość występowania zakaźnego wirusa VDPV.

W ostatniej dekadzie podano miliardy dawek OPV na całym świecie. W sześciu Regionach WHO w ciągu pięciu lat zostały zorganizowane systemy surveillance opw, obejmujące

ponad połowę populacji ludzkiej, przy czym przypadki związane z krążącymi szczepami szczepionkowymi zostały wykryte tylko trzykrotnie (na Hiszpanii, w Egipcie oraz na Filipinach).

W badaniach przeprowadzonych na Kubie i na Węgrzech, gdzie szczepionka OPV była podawana tylko w czasie corocznych akcji szczepień, nie stwierdzono przedłużonego krążenia wirusa szczepionkowego po tych akcjach. Potwierdza to pogląd, że niskie wykonawstwo szczepień OPV, i wiążące się z tym niskie uodpornienie populacji jest podstawowe dla krążenia zakaźnych szczepionkowych szczepów wirusów polio. Takie krążenie zostaje zatrzymane przy poprawie wykonania szczepień OPV. W badaniach w północno-wschodniej Brazylii nad wirusami polio pochodnymi szczepu Sabin wyizolowanego z przypadków opw nie stwierdzono krążenia, nawet w przypadku niskiego uodpornienia populacji.

37. Jak VDPV wpływa na program eradykacji?

VDPV powoduje, że wstrzymanie szczepień musi być rygorystycznie zaplanowane, z położeniem nacisku na koordynację polityki światowej wspólnej dla wszystkich krajów.

Bezpośrednia implikacja dla inicjatywy globalnej eradykacji wiąże się z tym, że wysokie wykonawstwo szczepień jest decydujące zarówno w zakresie zapobiegania krążeniu dzikiego wirusa polio, jak i pojawieniu się VDPV. Cel - eradykacja polio musi być osiągnięty szybko i szczepienia zatrzymane tak szybko, jak tylko będzie można bezpiecznie to zrobić. Przedłużenie stosowania OPV w programach rutynowych szczepień przy niskim odsetku zaszczepienia ludności po certyfikacji stwarza ryzyko pojawienia się większej ilości zakaźnych szczepów VDPV.

WHO koordynuje programy badawcze w celu ustalenia porozumienia na temat tego kiedy i w jaki sposób przerwać szczepienia przeciw polio. Przypadki te potwierdzają potrzebę uwzględnienia w tej strategii:

- wysokiego odsetka zaszczepienia we wszystkich krajach przed globalnym wstrzymaniem szczepień;
- poziomu surveillance'u zgodnego ze standardami certyfikacji, z ustalaniem sekwencji genomu wszystkich wirusów polio, obejmujących szczepy VDPV;
- światowej koordynacji wstrzymania szczepień przeciw polio;
- ewentualnego bezpiecznego przechowywania szczepów Sabina.

Ponieważ zbliża się moment eradykacji WHO i CDC pracują z czołowymi wirusologami, pracownikami badawczymi, producentami szczepionek i epidemiologami nad określeniem najlepszej i najbardziej bezpiecznej strategii ostatecznego wstrzymania szczepień przeciw polio.

38. Jak można stwierdzić, czy przyszłe przypadki polio będą wywołane przez dzikiego czy szczepionkowego wirusa polio?

Za pośrednictwem systemu surveillance'u w kierunku opw oraz światowej sieci laboratoriów wszystkie wirusy polio izolowane z przypadków opw są badane w celu określenia, czy są dzikimi wirusami, czy pochodzą ze szczepionki. CDC prowadzi dodatkowo retrospektywną analizę każdego wirusa polio izolowanego z przypadku opw w obu Amerykach. Badania retrospektywne były również prowadzone w innych regionach.

39. Czy wirus szczepionkowy może być wydalany przez długi czas przez osoby z obniżoną odpornością?

W bardzo rzadkich przypadkach osoby z wrodzonym upośledzeniem odporności ulegają przewlekłemu zakażeniu wirusem pochodzącym z doustnej szczepionki polio. Prowadzone są dodatkowe badania w celu określenia jak często do tego dochodzi i w jaki sposób wpływa to na strategię wstrzymania szczepień.

OPV a inne choroby

40. Czy eksperymentalna szczepionka przeciw polio była źródłem HIV? Czy szczepionka przeciw polio zawiera HIV?

Nie. Teoria mówiąca, że wirus HIV rozprzestrzenił się w populacji światowej za pośrednictwem eksperymentalnej szczepionki przeciwko polio zastosowanej w Afryce Środkowej w latach 1950-tych została opisana przez Edwarda Hoopera w książce "The River" w 1999 roku.

W badaniach ostatnio prowadzonych w Instytucie Pasteura w Paryżu oraz Brytyjskim Narodowym Instytucie Kontroli i Standardów Biologicznych w Hertfordshire i opublikowanych w kwietniu 2001 roku w Anglii, poddano analizie stare próbki powyższych szczepionek i nie stwierdzono występowania HIV, SIV oraz DNA szympanów.

Wyniki badań naukowych przedstawione przez *Royal Society* w Londynie we wrześniu 2000 dostarczyły dalszych dowodów pozwalających na odrzucenie tej hipotezy:

- dane dotyczące sekwencji genetycznej wskazują na wejście wirusa do ludzkiej populacji około 1930 roku, przed próbami ze szczepionką;
- badania próbek szczepionki przechowywanych w bezpiecznych warunkach od 1950 roku wykazały brak obecności HIV, SIV oraz DNA szympanów;
- każda z operacji procesu produkcji szczepionki obejmującego procesy enzymatyczne, zamrażanie, rozmrażanie i filtrację, prowadzi do zniszczenia HIV i SIV.

Szczepy Sabina tworzące OPV nie są spokrewnione z kwestionowanymi przez E. Hoopera szczepionkami CHAT.

Nowoczesne szczepionki są zawsze testowane przed użyciem i nie zawierają HIV albo SIV.

41. Czy szczepionka polio może wywołać chorobę "szalonych krów"?

Nie ma dowodów na powiązanie polio z encefalopatią gąbczastą bydła (BSE) lub wariantem choroby Creutzfeldta-Jacoba (vCJD). Niektóre ostatnie doniesienia prasowe zwróciły jednak uwagę na to zagadnienie.

W 1999 roku szczepionka OPV wyprodukowana w Zjednoczonym Królestwie (U.K.) została zakwestionowana, kiedy stwierdzono, że została wyprodukowana niezgodnie z przepisami U.K. i Unii Europejskiej, zabraniającymi stosowania materiałów pochodzących z U.K. do produkcji szczepionek.

W pojedynczym przypadku szczepionka OPV podana w 1998 roku dzieciom w Irlandii zawierała albuminę z ludzkiej surowicy pochodzącej od dawcy, u którego następnie rozpoznano nowy wariant postaci choroby Creutzfeldta-Jacoba (vCJD). Nigdy nie potwierdzono transmisji vCJD poprzez ludzką surowicę. Ze względu na dodatkowy wpływ procedur oczyszczania i rozcieńczania, ryzyko związane z podaniem szczepionki dzieciom i dorosłym jest bliskie zera.

42. Czy szczepionka polio może wywoływać raka?

Nie. Niektóre mały są nosicielami wirusa Simian 40 (SV40). Wkrótce po jego odkryciu w 1960, SV40 został zidentyfikowany jako zanieczyszczenie pewnych partii inaktywowanej szczepionki polio (IPV) oraz OPV, gdyż szczepionki te zostały wyprodukowane z zastosowaniem hodowli SV40 zakażonych komórkami z nerek małpy. W 1961 roku stwierdzono, że SV40 wywołuje nowotwory u niektórych gryzoni. Od tego momentu wszystkie produkowane OPV i IPV nie zawierały SV40. Od 1960 roku w ramach procedury gwarantowanej jakości wymaganej przez WHO i państwowe agencje ds. kontroli zarówno IPV, jak i OPV (a także inne szczepionki) muszą być testowane na obecność SV40. Po wprowadzeniu testowania żadna ze szczepionek nie zawierała SV40.

na podstawie dokumentu Światowej Inicjatywy na rzecz Eradykacji Polio

opracował Paweł Stefanoff

Zatrucie intencjonalne solaniną wśród młodzieży w woj. lubuskim

Na terenie woj. lubuskiego 28.11.2001 r. u 19 osób (młodzież w wieku powyżej 14 lat) z ośrodka szkolno-wychowawczego wystąpiły objawy, które manifestowały się bólami brzucha, gorączką, bólami głowy i osłabieniem. W trakcie dochodzenia epidemiologicznego ustalono, że przyczyną wystąpienia zachorowań było zamierzone spożycie surowych ziemniaków.

Do takiego kroku posunęła się młodzież z obawy przed czekającą ją szkolną klasówką. Zaobserwowane objawy były typowe dla zatrucia solaniną, zawartą w surowych ziemniakach, ulegającą rozkładowi podczas gotowania.

Ognisko opracowali pracownicy PSSE w Drezdenku, pod kierunkiem mgr Z. Melki, we współpracy z dr M. Kogut - Kierownikiem Działu Epidemiologii WSSE w Gorzowie Wielkopolskim.

A. Przybylska

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

Opracowuje zespół: Mirosław P. Czarkowski (kier. zesp.), Ewa Cielebąk, 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 Magdziak