

Meldunek 5/B/05

o zachorowaniach na choroby zakaźne i zatruciach

zgłoszonych w okresie od 16.05 do 31.05.2005 r.

1. Liczba zachorowań na wybrane choroby zarejestrowanych w okresie 16-31.05.2005 r. oraz skumulowana liczba zachorowań zarejestrowanych od 1.01.2005 r. w porównaniu do analogicznych okresów 2004 r.

Jednostka chorobowa (symbole wg "Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych" ICD-10)	Meldunek 5/B		Dane skumulowane ^{1/}	
	16.05.05. do 31.05.05.	16.05.04. do 31.05.04.	1.01.05. do 31.05.05.	1.01.04. do 31.05.04.
Cholera (A00)	-	-	-	-
Dur brzuszny (A01.0)	-	-	-	1
Dury rzekome A,B,C (A01.1-3)	-	-	-	1
Salmonelozy: ogółem (A02)	727	822	3616	4040
w tym: zatrucia pokarmowe (A02.0)	723	817	3570	3997
Czerwonka bakteryjna /szigelozja/ (A03)	4	11	40	17
Inne bakteryjne zakażenia jelitowe: ogółem (A04)	208	154	1793	1421
w tym: zakażenie <i>Escherichia coli</i> - enterokrwotoczną (A04.3)	1	-	6	2
wywołane przez <i>Campylobacter</i> (A04.5)	-	-	7	5
Inne bakteryjne zatrucia pokarmowe: ogółem (A05)	200	182	1377	1335
w tym: zatrucie gronkowcowe (A05.0)	19	78	283	224
zatrucie jadem kiełbasianym /botulizm/ (A05.1)	-	10	8	22
wywołane przez <i>Clostridium perfringens</i> (A05.2)	-	-	3	-
inne określone (A05.3-8)	3	1	39	11
nie określone (A05.9)	178	93	1044	1078
Lamblioza /giardioza/ (A07.1)	118	167	1281	1260
Kryptosporidioza (A07.2)	-	-	-	-
Wirusowe i inne określone zakażenia jelitowe: ogółem (A08)	703	483	7379	5640
w tym: nieżyt jelitowy wywołany przez rotawirusy (A08.0)	569	.	6324	.
Biegunki u dzieci do lat 2: ogółem (A04; A08; A09)	768	747	8829	8146
w tym: BNO, prawdopodobnie pochodzenia zakaźnego (A09)	340	401	3745	4065
Dżuma (A20)	-	-	-	-
Tularemia (A21)	-	-	-	-
Wąglik (A22)	-	-	-	-
Bruceleza: nowe zachorowania (A23)	-	-	-	1
Leptospiroza (A27)	-	-	-	1
Jersinioza: ogółem (A04.6; A28.2)	1	4	31	31
Listerioza: ogółem (A32; P37.2)	-	-	5	4
Tężec: ogółem (A33-A35)	2	-	5	5
Błonica (A36)	-	-	-	-
Krzztusiec (A37)	56	112	1116	1011
Płonica /szkarlatyna/ (A38)	568	351	4671	2679
Choroba meningokokowa, inwazyjna: ogółem (A39) ^{2/}	12	9	94	108
w tym: zapalenie opon mózgowych (A39.0)	7	6	56	60
zapalenie mózgu (A39.8/G05.0)	1	-	5	1
posocznica (A39.1-4)	6	3	57	48
Legioneloza (A48.1-2)	1	-	3	1
Borelioza z Lyme (A69.2)	101	70	957	956
Gorączka Q (A78)	-	-	-	-

1. Liczba zachorowań na wybrane choroby zarejestrowanych w okresie 16-31.05.2005 r. oraz skumulowana liczba zachorowań zarejestrowanych od 1.01.2005 r. w porównaniu do analogicznych okresów 2004 r. (cd)

Jednostka chorobowa (symbole wg "Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych" ICD-10)	Meldunek 5/B		Dane skumulowane ¹⁾	
	16.05.05. do 31.05.05.	16.05.04. do 31.05.04.	1.01.05. do 31.05.05.	1.01.04. do 31.05.04.
Ostre porażenia wiotkie u dzieci w wieku 0-14 lat Ostre nagminne porażenie dziecięce /polio/: ogółem (A80) tym: wywołane dzikim wirusem (A80.1-2,4)	2 - -	- - -	15 - -	20 - -
Encefalopatie gąbczaste: ogółem (A81.0,2-9) w tym: wariant choroby Creutzfeldta-Jakoba /vCJD/ (A81.0)	- -	1 -	3 -	2 -
Styczność i narażenie na wściekliznę / potrzeba szczepień (Z20.3/Z24.2) Wścieklizna (A82)	411 -	368 -	2707 -	2713 -
Wirusowe zapalenie mózgu: przenoszone przez kleszcze (A84) inne, określone (A83;A85;B00.4;B02.0) ³⁾ nie określone (A86)	2 8 8	1 - 8	7 20 75	7 13 95
Wirusowe zap. opon mózgowych, określ. i nie określ. (A87; B00.3; B02.1)	21	37	222	271
Bakteryjne zap. opon i/lub mózgu: określone, NGI (G00.2-8; G04.2) ⁴⁾ nie określone (G00.9; G04.2)	10 17	. .	70 191	. .
Zapalenie mózgu inne i nie określone (G04.0,8-9) Zapalenie opon mózgowych inne i nie określone (G03)	7 10	8 12	30 81	49 73
Gorączka denga - klasyczna lub krwotoczna (A90-A91) Żółta gorączka (A95) Gorączka Lassa, krymsko-kongijska, Marburg, Ebola (A96.2; A98.0,3,4) ⁵⁾ Inne wirusowe gorączki krwotoczne (A92-A94; A96-A99) ⁵⁾	- - - -	- - - -	- - - -	- - - -
Ospa wietrzna (B01) Ospa prawdziwa (B03) Odra (B05) Różyczka: ogółem (B06; P35.0)	7244 - - 481	7672 - - 283	80228 - 6 4257	76658 - 7 2255
Wirusowe zap. wątroby: typu A (B15) typu B - ogółem (B16; B18.0-1) ⁶⁾ typu C - ogółem (B17.1; B18.2) ⁶⁾ typu B+C (B16; B18.0-1 + B17.1; B18.2) inne i nie określ.(B17.0;B17.2-8;B18.8-9;B19)	5 73 149 3 2	5 70 78 4 6	24 741 1222 48 28	45 697 867 50 57
Bezobjawowy stan zakażenia wirusem HIV (Z21) Choroba wywołana przez HIV /AIDS/: ogółem (B20-B24)	4 5	. 6	90 45	. 50
Świnka /nagminne zapalenie przyusznicy/ (B26) Zimnica /malaria/ (B50-B54) Bąblowica /echinokokoza/ (B67) Włośnica (B75) Świerzb (B86)	4015 - 1 - 368	8418 3 1 - 378	46485 8 19 23 5209	66974 14 8 101 5149
Choroba wyw. przez <i>Streptococcus pneumoniae</i> , inwazyjna: ogółem (B95.3) ⁷⁾ w tym: zapalenie opon i/lub mózgu (B95.3/G04.2; G00.1)	5 3	. .	71 50	. .
Choroba wyw. przez <i>Haemophilus influenzae</i> typu b, inwazyjna: ogółem (B96.3) w tym: zapalenie opon i/lub mózgu (B96.3/G04.2; G00.0)	3 3	8 5	35 27	54 29
Grypa i podejrzenia zachorowań na grype: ogółem (J10; J11) w tym: przypadki potwierdzone laboratoryjnie (J10; J11)	917 -	455 .	649133 40	285878 .
Zatrucia naturalnie toksycznym pokarmem: ogółem (T61-T62) ⁷⁾ w tym: grzybami (T62.0) ⁷⁾	2 2	6 6	9 9	18 14
Inne zatrucia: ogółem (T36-T60; T63-T65) ⁷⁾ w tym: pestycydami (T60) ⁷⁾ lekami, prep.farmakologicznymi i subst.biolog. (T36-T50) ⁷⁾ alkoholem (T51) ⁷⁾	482 7 274 125	461 5 293 84	5031 25 2823 1086	4556 28 2704 717

2. Liczba zachorowań na wybrane choroby zarejestrowanych w okresie 16-31.05.2005 r. wg województw

Województwo	Dur brzuszny i dury rzekome (A01)	Salmonekozy: zatrucia pokarmowe (A02.0)	Czerwonka bakteryjna /szigelozą/ (A03)	Inne bakteryjne zakażenia jelitowe		Inne bakteryjne zatrucia pokarmowe		Wirusowe i in. określ. zakażenia jelitowe		Biegunki u dzieci do lat 2: ogółem (A04; A08; A09)	Leptospiroza (A27)	Jersinioza: ogółem (A04.6; A28.2)	Tężec: ogółem (A33-A35)
				Ogółem (A04)	w tym: <i>E.coli</i> - enterokrwotoczną (A04.3)	Ogółem (A05)	zatrucie jadem kiełbasianym /botulizm/ (A05.1)	Ogółem (A08)	w tym: nieżyt jelit. wyw. przez rotawirusy (A08.0)				
POLSKA	-	723	4	208	1	200	-	703	569	768	-	1	2
Dolnośląskie	-	37	-	11	-	16	-	29	29	39	-	-	-
Kujawsko-Pomorskie	-	82	-	3	-	3	-	32	30	40	-	-	-
Lubelskie	-	82	-	17	-	9	-	17	10	47	-	-	-
Lubuskie	-	14	-	1	-	-	-	4	2	5	-	-	-
Łódzkie	-	15	-	13	-	4	-	37	27	34	-	-	-
Małopolskie	-	40	-	24	-	79	-	46	45	42	-	-	1
Mazowieckie	-	96	-	11	1	2	-	95	95	111	-	-	-
Opolskie	-	7	-	-	-	-	-	3	3	7	-	-	-
Podkarpackie	-	61	-	24	-	2	-	19	14	29	-	-	1
Podlaskie	-	16	-	21	-	4	-	67	15	36	-	1	-
Pomorskie	-	62	1	7	-	32	-	80	74	75	-	-	-
Śląskie	-	37	-	33	-	24	-	93	62	88	-	-	-
Świętokrzyskie	-	18	-	20	-	-	-	76	74	58	-	-	-
Warmińsko-Mazurskie	-	34	3	-	-	19	-	15	14	60	-	-	-
Wielkopolskie	-	88	-	5	-	3	-	59	47	66	-	-	-
Zachodniopomorskie	-	34	-	18	-	3	-	31	28	31	-	-	-

Województwo	Błonica (A36)	Krzusiec (A37)	Choroba meningokokowa			Ostre nagminne porażenie dziecięce /polio/: ogółem (A80)	Wirusowe zapalenie mózgu przenoszone przez kleszcze (A84)	Wirusowe zap. opon mózgow. i nie określ. (A87; B00.3; B02.1)	Bakteryjne zapalenie opon i/lub mózgu		Ospa wietrzna (B01)	Odra (B05)	Różyczka: ogółem (B06; P35.0)
			Ogółem (A39) ¹²	w tym: zapalenie opon mózgowych (A39.0)	w tym: posocznica (A39.1-4)				określone, NGI (G00.2-8; G04.2) ¹⁴	nie określone (G00.9; G04.2)			
POLSKA	-	56	12	7	6	-	2	21	10	17	7244	-	481
Dolnośląskie	-	1	-	-	-	-	-	2	-	2	531	-	54
Kujawsko-Pomorskie	-	4	1	1	-	-	-	1	1	-	521	-	69
Lubelskie	-	-	-	-	-	-	-	3	-	1	360	-	15
Lubuskie	-	2	-	-	-	-	-	-	1	1	281	-	15
Łódzkie	-	17	-	-	-	-	-	-	-	-	404	-	17
Małopolskie	-	1	1	-	1	-	-	2	2	2	569	-	17
Mazowieckie	-	11	4	2	2	-	-	3	2	2	855	-	122
Opolskie	-	3	-	-	-	-	1	1	-	-	191	-	6
Podkarpackie	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	236	-	15
Podlaskie	-	2	-	-	-	-	-	1	1	-	215	-	5
Pomorskie	-	-	2	2	2	-	-	-	-	2	288	-	19
Śląskie	-	6	2	1	1	-	-	3	-	5	911	-	54
Świętokrzyskie	-	5	1	1	-	-	-	-	1	-	495	-	8
Warmińsko-Mazurskie	-	-	-	-	-	-	1	-	1	1	293	-	21
Wielkopolskie	-	3	-	-	-	-	-	3	1	1	877	-	26
Zachodniopomorskie	-	-	1	-	-	-	-	2	-	2	217	-	18

2. Liczba zachorowań na wybrane choroby zarejestrowanych w okresie 16-31.05.2005 r. wg województw (cd)

Województwo	Wirusowe zapalenie wątroby			Choroba wywołana przez HIV/AIDS/; ogółem (B20-B24)	Świnka /nagminne zapalenie przyuszniczy/ (B26)	Zimnica /malaria/ (B50-B54)	Włośnica (B75)	Choroba wywołana przez <i>S. pneumoniae</i>		Choroba wywołana przez <i>H. influenzae</i>		Grypa i podejrzana zachorowań na grypę	
	Typu A (B15)	Typu B: ogółem (B16; B18.0-1) ⁶	Typu C: ogółem (B17.1; B18.2) ⁶					Ogółem (B95.3) ⁷	w tym: zapalenie opon i/lub mózgu (B95.3/G04.2; G00.1)	Ogółem (B96.3)	w tym: zapalenie opon i/lub mózgu (B96.3/G04.2; G00.0)	Ogółem (J10; J11)	w tym: przypadki potwierdzone laboratoryjnie (J10; J11)
POLSKA	5	73	149	5	4015	-	-	5	3	3	3	917	-
Dolnośląskie	1	11	24	1	45	-	-	-	-	-	-	71	-
Kujawsko-Pomorskie	-	7	6	-	378	-	-	1	1	1	1	3	-
Lubelskie	2	-	9	-	306	-	-	-	-	-	-	-	-
Lubuskie	-	1	6	-	3	-	-	-	-	-	-	1	-
Łódzkie	-	3	16	-	139	-	-	-	-	-	-	209	-
Małopolskie	-	8	3	-	210	-	-	-	-	-	-	131	-
Mazowieckie	1	6	17	-	523	-	-	3	1	-	-	304	-
Opolskie	-	2	1	-	99	-	-	-	-	-	-	31	-
Podkarpackie	-	4	4	1	69	-	-	-	-	-	-	-	-
Podlaskie	-	1	2	-	45	-	-	-	-	-	-	-	-
Pomorskie	-	9	16	-	59	-	-	-	-	-	-	20	-
Śląskie	-	10	14	2	724	-	-	1	1	1	1	6	-
Świętokrzyskie	-	4	14	-	429	-	-	-	-	-	-	-	-
Warmińsko-Mazurskie	-	2	-	1	157	-	-	-	-	-	-	35	-
Wielkopolskie	-	2	12	-	671	-	-	-	-	-	-	21	-
Zachodniopomorskie	1	3	5	-	158	-	-	-	-	1	1	85	-

3. Liczba zachorowań na wybrane choroby zarejestrowanych w okresie 16-31.05.2005 r. oraz skumulowana liczba zachorowań zarejestrowanych od 1.01.2005 r. wg definicji przypadku

Jednostka chorobowa (symbole wg "Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych" ICD-10)	Meldunek 5/B				Dane skumulowane ¹			
	Definicja przypadku ⁸			Razem	Definicja przypadku ⁸			Razem
	możliwe	prawdopodobne	potwierdzone		możliwe	prawdopodobne	potwierdzone	
Salmonelozы: ogółem (A02) ^{UE}	x	25	702	727	x	126	3490	3616
Czerwonka bakteryjna /szigelozы/ (A03) ^{UE}	x	-	4	4	x	1	39	40
Jersiniozы: ogółem (A04.6; A28.2) ^{UE}	x	-	1	1	x	-	31	31
Zatrucie jadem kiebasianym /botulizm/ (A05.1) ^{UE}	x	-	-	-	x	-	8	8
Leptospirozы (A27) ^{UE/PL}	-	-	-	-	-	-	-	-
Odra (B05) ^{UE}	-	-	-	-	1	4	1	6
Wirusowe zapalenie wątroby typu A (B15) ^{UE}	x	-	5	5	x	2	22	24
Zimnica /malaria/ (B50-B54) ^{UE}	x	x	-	-	x	x	8	8
Włośnica (B75) ^{UE}	x	-	-	-	x	4	19	23

Objaśnienia: (1) z uwzględnieniem ewentualnych korekt; (2) jedno zachorowanie może być wykazane w kilku pozycjach; (3) w 2005 r. zmiany w rejestracji, bez znaczącego wpływu na porównywalność danych z wcześniejszych lat; (4) niesklasyfikowane gdzie indziej (NGI), z wyłączeniem wywołanego przez *H. influenzae* lub *S. pneumoniae*; (5) szczegółowych informacji o zachorowaniu/zachorowaniach zarejestrowanych w okresie sprawozdawczym należy szukać na stronie 5., lub kolejnych; (6) łącznie z zachorowaniami z koinfekcją HBV/HCV; (7) rejestracja niepełna; (8) UE - standardowe definicje Unii Europejskiej, UE/PL - definicja Unii Europejskiej przystosowana do potrzeb nadzoru w Polsce; (-) nie było zachorowań; (.) brak danych; (x) nie dotyczy.

Postępy realizacji programu eradykacji poliomyelitis. Perspektywy przerwania transmisji dzikich szczepów w pozostałych krajach

Wprowadzenie

Program eradykacji poliomyelitis wywołanego dzikimi szczepami poliovirusów został podjęty na Światowym Zgromadzeniu Zdrowia w 1988 roku i jest realizowany we wszystkich krajach świata. Początkowo zakładano, że transmisja dzikich szczepów zostanie przerwana do 2000 roku. Jednakże głównie z powodu niedostatecznej efektywności szczepień ochronnych w niektórych rejonach Azji i Afryki, trudno dostępnych i dotkniętych konfliktami zbrojnymi, dzikie szczepy w dalszym ciągu wywołują zachorowania endemiczne w 6 krajach, zachorowania zawleczone w krajach sąsiadujących, a także dochodzi do ponownego zasiedlenia się szczepów zawleczonych w krajach poprzednio wolnych od poliomyelitis. W ostatnich 2 latach wystąpiły również 2 epidemie w Nigerii i Jemenie.

Pomimo tego, Światowa Organizacja Zdrowia (ŚOZ) uważa, że istnieje możliwość przerwania w 2005 roku transmisji dzikich szczepów w pozostałych kilku krajach azjatyckich, a w 2006 roku w pozostałych krajach afrykańskich. Cel ten ma być osiągnięty poprzez szeroko zakrojone szczepienia uzupełniające wykonywane w 2005 i 2006 roku w krajach, w których zachorowania obecnie występują i w krajach wysokiego ryzyka wystąpienia ponownych zachorowań. W tej sytuacji ŚOZ przygotowała harmonogram dalszych działań po eradykacji dzikich szczepów, który został ostatnio szczegółowo przedstawiony w Przeglądzie Epidemiologicznym (Z. Jarzabek, 2005, 59, 59-68).

Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie aktualnej sytuacji w rejonach występowania zachorowań i posunięć zmierzających do ich eradykacji.

Dotychczasowe osiągnięcia

Od 1988 roku radykalnej poprawie uległa sytuacja epidemiologiczna poliomyelitis, jak również wypracowano szereg rozwiązań technicznych i organizacyjnych, które znajdują zastosowanie w dalszej realizacji programu. W 1988 roku poliomyelitis występowało w około 125 krajach położonych na 5 kontynentach powodując ponad 350.000 zachorowań rocznie. Obecnie 3 regiony ŚOZ, w których zamieszkuje 3 miliardy ludzi, uzyskały certyfikację jako wolne od występowania zachorowań powodowanych dzikimi szczepami - Amerykański w 1994 roku, Zachodniego Pacyfiku w 2000 roku i Europejski w 2002 roku.

W 2004 roku zachorowania endemiczne występowały w 6 krajach i w kilkunastu dalszych wystąpiły zachorowania zawleczone - ogółem 1.267 zachorowań, a w 2005 roku do 31 maja wystąpiło 386 zachorowań.

W toku realizacji programu stworzono sieć nadzoru nad ostrymi porażeniami wiotkimi (opw), w tym akredytowane przez ŚOZ Krajowe Ośrodki ds. Zakażeń Poliovirusami, współpracujące z Regionalnymi Referencyjnymi Laboratoriami, których głównym zadaniem jest izolowanie poliovirusów z opw i określenie ich pochodzenia. Prowadzone są również systematyczne działania zmierzające do likwidacji dzikich szczepów w laboratoriach.

W ciągu kilkunastu lat realizacji programu wypracowano strategię uzupełniających szczepień ochronnych, które są i będą stosowane w najbliższym czasie w krajach zagrożonych poliomyelitis. Szczepienia te są wykonywane w ramach Narodowych Dni Szczepień (NIDs) w całym kraju lub jego części żywą potrójną szczepionką (OPV) lub - ostatnio - także szczepionką monowalentną zawierającą 1 typ wirusa. Szczepienia te są wykonywane dwukrotnie w odstępie 1 miesiąca i obejmują wszystkie dzieci do 5 roku życia bez względu na przebyte szczepienia w przeszłości. W rejonach szczególnie zagrożonych wykonywane są tzw. "szczepienia wymiatające" (mop-up), polegające na odwiedzaniu wszystkich miejsc zamieszkania przez wolontariuszy i szczepienia dzieci bez określenia wieku.

Aktualna sytuacja epidemiologiczna poliomyelitis

W okresie od 1 stycznia 2004 roku do 18 maja 2005 roku zachorowania endemiczne występowały w 6 krajach: Afganistanie - 4, Pakistanie - 59, Egipcie - 1, Indiach - 150, Nigerii - 846 i Nigrze - 26. Znaczny postęp w ograniczeniu transmisji dzikich szczepów w stosunku do lat ubiegłych osiągnięto w 4 pierwszych wymienionych krajach. W bieżącym roku wystąpiły tam tylko 22 zachorowania, w tym w Indiach 14.

Znacznemu pogorszeniu uległa jednakże sytuacja w krajach położonych w środkowym pasie Afryki subsaharyjskiej od Oceanu Atlantyckiego do Morza Czerwonego. Przyczyną była epidemia, która rozpoczęła się w Nigerii w 2003 roku - 355 zachorowań, a jej nasilenie nastąpiło w 2004 roku - 793 zachorowania. W Nigerii tylko około 40% dzieci do drugiego roku życia jest zaszczepionych 4 dawkami OPV wg indywidualnego kalendarza szczepień, dlatego zaprzestanie szczepień w ramach NIDs w stanie Kano, z powodu nieuzasadnionych obaw dotyczących bezpieczeństwa szczepionki latem 2003 roku, było bezpośrednią przyczyną gwałtownego wzrostu liczby zachorowań. Dzikie szczepy typu 1, które były przyczyną tej epidemii, zostały następnie zawleczone do 14 krajów poprzednio wolnych od występowania endemicznych dzikich szczepów. Poprzez Etiopię (6 zachorowań) i Sudan (151 zachorowań) szczepy te przedostały się na Półwysep Arabski i wywołały zachorowania tzw. importowane w Arabii Saudyjskiej (2) oraz w 2005 roku w Jemenie (66), a następnie zostały zawleczone do Indonezji (8). Kraje te były wolne od zachorowań na poliomyelitis w ciągu ostatnich kilku lat. Ponadto szczepy importowane z Nigerii zasiedliły się ponownie (krążenie w danej populacji co najmniej 6 miesięcy) w 6 krajach afrykańskich - Burkina Faso, Republice Środkowo-Afrykańskiej, Czadzie, Wybrzeżu Kości Słoniowej, Sudanie i Mali. Obserwacje te zostały potwierdzone badaniami molekularnymi izolowanych szczepów.

Wznowienie szczepień NIDs w Nigerii latem 2004 roku i akcje szczepień uzupełniających w krajach, w których wystąpiły zachorowania w 2004 roku pozwoliły na opanowanie sytuacji za wyjątkiem Jemenu i Indonezji, gdzie zachorowania wystąpiły w kwietniu i maju 2005 roku. W tych 2 ostatnich krajach podjęto ostatnio akcję szczepień uzupełniających.

W 2005 roku, w celu zwiększenia odsetka szczepionych

dzieci i przerwania łańcucha zakażeń, ŚOZ przeprowadzi akcje szczepień NIDs i mop-up ogółem w 26 krajach z reguły 2-4 razy. W tym celu przygotowano ponad 2 miliardy dawek szczepionek OPV poliwalentnych i monowalentnej zawierającej typ 1 poliovirusa. Przewiduje się zaszczepienie ponad 400 milionów dzieci. Akcjom szczepień będzie towarzyszył wzmożony nadzór nad opw.

Podsumowanie i komentarz

Eradykacja zachorowań endemicznych powodowanych przez dzikie szczepy poliovirusów jest obecnie priorytetowym celem ŚOZ. W świetle dotychczasowych doświadczeń wynikających z realizacji programu, osiągnięcie tego celu jest technicznie możliwe, chociaż wystąpienie zachorowań epidemicznych w dwóch ostatnich latach w Nigerii i Jemenie oraz rozprzestrzenienie się zachorowań wywołanych tym samym poliovirusem typu 1 w kilkunastu innych krajach wskazuje, że proces ten może wydłużyć się poza 2006 rok. W ciągu kilkunastu najbliższych miesięcy będzie można ocenić efekty wykonywanych obecnie i w najbliższej przyszłości szeroko zakrojonych akcji szczepień uzupełniających w zagrożonych krajach. Jednocześnie nadzór nad opw, w tym izolacje poliovirusów z tych zachorowań, powinien wskazać na ostatnie enklawy utrzymywania się dzikich szczepów, w których będą prowadzone "szczepienia wymiatające". Warunkiem osiągnięcia eradykacji dzikich szczepów jest zaszczepienie możliwie jak najwyższego odsetka (co najmniej 95%) dzieci zamieszkałych w określonych zagrożonych rejonach, nawet w najbardziej odległych i trudno dostępnych miejscach. Wyniki prowadzonej obecnie akcji szczepień w krajach afrykańskich szczególnie zagrożonych, a także rozwój sytuacji w Jemenie i Indonezji, gdzie dzikie szczepy zostały ostatnio zawleczone, może mieć istotny wpływ na strategię i dalszą realizację ogólnosięwiatowego programu eradykacji.

W ciągu 17 lat prowadzenia programu społeczność międzynarodowa przeznaczyła olbrzymie środki finansowe na jego realizację, zaangażowano w tym celu wiele tysięcy pracowników służb medycznych i pracowników naukowych, głównie epidemiologów, wirusologów i klinicystów, a także miliony wolontariuszy. Pomimo znaczących sukcesów w realizacji programu główny jego cel nie został dotychczas osiągnięty. Niezrealizowanie głównego celu programu mogłoby mieć negatywny wpływ w przyszłości na podejmowanie tak szeroko zakrojonych programów koordynowanych przez ŚOZ i pozyskiwanie ich sponsorów.

W krajach i regionach ŚOZ wolnych od występowania dzikich szczepów, w tym w Regionie Europejskim, w dalszym ciągu konieczne jest wykonywanie szczepień ochronnych na dotychczasowym poziomie według indywidualnego kalendarza szczepień ochronnych oraz prowadzenie nadzoru klinicznego, epidemiologicznego i wirusologicznego nad opw. Ma to zapobiec zachorowaniom importowanym oraz pozwoli na ich szybkie wykrycie, a także izolowanie szczepów VDPV (szczepów wywodzących się ze szczepów szczepionkowych o podwyższonej neurowirulencji).

W Polsce wykonawstwo szczepień przeciwko poliomyelitis jest wysokie i w całym kraju osiągnęło 98,5% dzieci do

drugiego roku życia. Natomiast wykrywalność opw u dzieci do 15 roku życia spadła z wymaganej 1/100.000 w 2002 roku do 0.7 i 0.77 w latach 2003 i 2004. W bieżącym roku do 15 maja spośród oczekiwanej liczby 24 zachorowań wykryto i zgłoszono zaledwie 12.

Podniesienie wykrywalności opw do poziomu 1/100.000 w skali kraju i w każdym województwie jest pilną koniecznością. Obowiązek ten spoczywa na szpitalach hospitalizujących chorych z opw i epidemiologach z WSSE. Przyspieszeniu powinno ulec również zgłaszanie wykrytych przypadków do Zakładu Epidemiologii PZH oraz pobieranie i przesyłanie 2 prób kału do Zakładu Wirusologii PZH w celu wykonania izolacji poliovirusów. Zakłady te koordynują badania wykonywane w Polsce, wdrażają zalecane postępowania oraz przesyłają co tydzień raporty z badań do Biura Regionalnego ŚOZ w Kopenhadze i inne wymagane opracowania.

na podst: "Wkły Epid.Rec." z lat 2004-2005 oraz tygodniowych raportów ŚOZ o zachorowaniach na poliomyelitis

opracował Zdzisław Jarząbek

Komentarz

W stosunku do pierwotnych założeń programu eradykacji polio opracowanych i przyjętych w 1988 r. dwukrotnie nie udało się osiągnąć eradykacji - w 2000 i w 2005 roku. Sytuacje, jaka wystąpiła w 2004 i 2005 roku, uznać należy za poważną, świadczącą o możliwości szerzenia się zachorowań na dalsze kraje. Konieczne jest, poza szczepieniami, zwiększenie stopnia wykrywalności przypadków podejrzanych o polio, tzn. z ostrymi porażeniami wiotkimi.

Poliomyelitis, z uwagi na jego cechy epidemiologiczne i kliniczne - jak od dawna stwierdzono - jest chorobą znacznie trudniejszą do eradykacji niż np. ospa prawdziwa, stąd postępowanie przeciwepidemiczne, jak należało przypuszczać, natrafia na liczne przewidywalne i nieprzewidywalne trudności.

W. Magdzik

"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. (0-22): 84-97-702, 54-21-210; fax (0-22) 54-21-211;
e-mail: epimeld@pzh.gov.pl, epimeld@medstat.waw.pl
Kierownictwo naukowe: prof. dr hab. Wiesław Magdzik