

Meldunek 3/B/06

o zachorowaniach na choroby zakaźne i zatruciach

zgłoszonych w okresie od 16.03 do 31.03.2006 r.

1. Liczba zachorowań na wybrane choroby zarejestrowanych w okresie 16-31.03.2006 r. oraz skumulowana liczba zachorowań zarejestrowanych od 1.01.2006 r. w porównaniu do analogicznych okresów 2005 r.

Jednostka chorobowa (symbole wg "Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych" ICD-10)	Meldunek 3/B		Dane skumulowane ^{1/}	
	16.03.06. do 31.03.06.	16.03.05. do 31.03.05.	1.01.06. do 31.03.06.	1.01.05. do 31.03.05.
Cholera (A00)	-	-	-	-
Dur brzuszny (A01.0)	-	-	1	-
Dury rzekome A,B,C (A01.1-3)	-	-	-	-
Salmonelozy: ogółem (A02)	281	232	1522	1538
w tym: zatrucia pokarmowe (A02.0)	279	226	1490	1514
Czerwonka bakteryjna /szigelozą/ (A03)	-	6	2	13
Inne bakteryjne zakażenia jelitowe: ogółem (A04)	283	180	1301	1059
w tym: zakażenie <i>Escherichia coli</i> - enterokrwotoczną (A04.3)	-	-	-	3
wywołane przez <i>Campylobacter</i> (A04.5)	2	-	19	5
Inne bakteryjne zatrucia pokarmowe: ogółem (A05)	106	95	717	880
w tym: zatrucie gronkowcowe (A05.0)	7	2	27	231
zatrucie jadem kiełbasianym /botulizm/ (A05.1)	-	-	3	6
wywołane przez <i>Clostridium perfringens</i> (A05.2)	1	-	1	1
inne określone (A05.3-8)	2	3	14	32
nie określone (A05.9)	96	90	672	610
Lamblioza /giardioza/ (A07.1)	146	112	890	790
Kryptosporidioza (A07.2)	-	-	-	-
Wirusowe i inne określone zakażenia jelitowe: ogółem (A08)	1799	810	7297	4423
w tym: nieżyt jelitowy wywołany przez rotawirusy (A08.0)	1481	677	6082	3792
Biegunki u dzieci do lat 2: ogółem (A04; A08; A09)	1468	945	6983	5511
w tym: BNO, prawdopodobnie pochodzenia zakaźnego (A09)	530	371	2484	2327
Dżuma (A20)	-	-	-	-
Tularemia (A21)	-	-	-	-
Wąglik (A22)	-	-	-	-
Bruceloza: nowe zachorowania (A23)	-	-	-	-
Leptospiroza (A27)	-	-	-	-
Jersinioza: ogółem (A04.6; A28.2)	7	5	50	19
Listerioza: ogółem (A32; P37.2)	-	-	4	4
Tężec: ogółem (A33-A35)	-	-	1	1
Błonica (A36)	-	-	-	-
Krzztusiec (A37)	73	106	303	860
Płonica /szkarlatyna/ (A38)	887	510	3853	2844
Choroba meningokokowa, inwazyjna: ogółem (A39) ^{2/}	17	6	75	46
w tym: zapalenie opon mózgowych (A39.0)	8	3	41	29
zapalenie mózgu (A39.8/G05.0)	-	1	6	3
posocznica (A39.1-4)	10	5	48	30
Legionelloza (A48.1-2)	12	-	18	-
Borelioza z Lyme (A69.2)	172	102	958	578
Gorączka Q (A78)	-	-	-	-

1. Liczba zachorowań na wybrane choroby zarejestrowanych w okresie 16-31.03.2006 r. oraz skumulowana liczba zachorowań zarejestrowanych od 1.01.2006 r. w porównaniu do analogicznych okresów 2005 r. (cd)

Jednostka chorobowa (symbole wg "Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych" ICD-10)	Meldunek 3/B		Dane skumulowane ¹⁾	
	16.03.06. do 31.03.06.	16.03.05. do 31.03.05.	1.01.06. do 31.03.06.	1.01.05. do 31.03.05.
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)	3 - -	2 - -	23 - -	9 - -
Encefalopatie gąbczaste: ogółem (A81.0,2-9) w tym: wariant choroby Creutzfeldta-Jakoba /vCJD/ (A81.0)	1 -	- -	1 -	3 -
Styczność i narażenie na wściekliznę / potrzeba szczepień (Z20.3/Z24.2) Wścieklizna (A82)	182 -	282 -	1194 -	1295 -
Wirusowe zapalenie mózgu: przenoszone przez kleszcze (A84) inne, określone (A83;A85;B00.4;B02.0) ³⁾ nie określone (A86)	- 1 9	- - 5	4 12 42	2 8 43
Wirusowe zap. opon mózgowych, określ. i nie określ. (A87; B00.3; B02.1)	17	18	129	143
Bakteryjne zap. opon i/lub mózgu: określone, NGI (G00.2-8; G04.2) ⁴⁾ nie określone (G00.9; G04.2)	6 23	9 19	25 104	41 108
Zapalenie mózgu inne i nie określone (G04.0,8-9) Zapalenie opon mózgowych inne i nie określone (G03)	6 10	2 13	24 51	15 44
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)	7922 - 14 1531	6207 - 2 525	54803 - 31 5494	54443 - 6 2549
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)	8 73 133 3 1	2 87 123 7 1	23 409 692 12 20	13 443 714 33 13
Bezobjawowy stan zakażenia wirusem HIV (Z21) Choroba wywołana przez HIV /AIDS/: ogółem (B20-B24)	4 11	9 4	136 32	46 26
Świnka /nagminne zapalenie przyusznicy/ (B26) Zimnica /malaria/ (B50-B54) Bąblowica /echinokokoza/ (B67) Włośnica (B75) Świerzb (B86)	1097 1 - 1 574	3882 2 6 - 487	7321 3 5 13 3503	32381 6 13 23 3526
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)	17 5	8 7	49 25	45 33
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)	2 2	2 2	13 11	29 21
Grypa i podejrzenia zachorowań na grype: ogółem (J10; J11) w tym: przypadki potwierdzone laboratoryjnie (J10; J11)	55854 -	142714 12	152427 8	602128 39
Zatrucia naturalnie toksycznym pokarmem: ogółem (T61-T62) ⁷⁾ w tym: grzybami (T62.0) ⁷⁾	2 2	1 1	6 5	7 7
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⁾	419 - 233 76	432 2 253 84	3150 6 1370 762	3289 9 1818 683

2. Liczba zachorowań na wybrane choroby zarejestrowanych w okresie 16-31.03.2006 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	-	279	-	283	-	106	-	1799	1481	1468	-	7	-
Dolnośląskie	-	13	-	11	-	7	-	115	105	96	-	-	-
Kujawsko-Pomorskie	-	9	-	11	-	13	-	114	113	106	-	-	-
Lubelskie	-	14	-	12	-	-	-	56	53	82	-	-	-
Lubuskie	-	7	-	-	-	-	-	29	21	17	-	-	-
Łódzkie	-	24	-	18	-	2	-	57	41	46	-	-	-
Małopolskie	-	16	-	16	-	2	-	123	107	105	-	-	-
Mazowieckie	-	40	-	26	-	5	-	358	277	159	-	2	-
Opolskie	-	1	-	1	-	-	-	5	5	19	-	1	-
Podkarpackie	-	12	-	19	-	-	-	71	71	84	-	-	-
Podlaskie	-	9	-	10	-	9	-	121	64	65	-	-	-
Pomorskie	-	35	-	13	-	8	-	144	141	134	-	-	-
Śląskie	-	43	-	46	-	52	-	163	156	179	-	1	-
Świętokrzyskie	-	8	-	17	-	-	-	146	53	50	-	3	-
Warmińsko-Mazurskie	-	10	-	16	-	1	-	86	82	110	-	-	-
Wielkopolskie	-	16	-	37	-	2	-	150	133	148	-	-	-
Zachodniopomorskie	-	22	-	30	-	5	-	61	59	68	-	-	-

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	-	73	17	8	10	-	-	17	6	23	7922	14	1531
Dolnośląskie	-	-	2	1	1	-	-	1	-	2	698	-	77
Kujawsko-Pomorskie	-	5	-	-	-	-	-	2	2	2	429	-	86
Lubelskie	-	1	2	2	-	-	-	-	-	1	288	4	73
Lubuskie	-	-	4	1	3	-	-	-	-	-	225	-	7
Łódzkie	-	27	-	-	-	-	-	1	-	3	453	1	11
Małopolskie	-	-	1	-	1	-	-	2	-	-	496	1	58
Mazowieckie	-	3	1	1	-	-	-	1	1	1	1013	1	353
Opolskie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	476	-	17
Podkarpackie	-	-	-	-	-	-	-	4	2	1	256	4	65
Podlaskie	-	22	-	-	-	-	-	-	-	3	232	-	20
Pomorskie	-	1	3	1	3	-	-	-	-	1	554	-	167
Śląskie	-	7	4	2	2	-	-	4	-	4	1056	-	106
Świętokrzyskie	-	7	-	-	-	-	-	1	1	1	295	-	79
Warmińsko-Mazurskie	-	-	-	-	-	-	-	1	-	2	325	-	36
Wielkopolskie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	781	3	130
Zachodniopomorskie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	345	-	246

2. Liczba zachorowań na wybrane choroby zarejestrowanych w okresie 16-31.03.2006 r. wg województw (cd)

Województwo	Wirusowe zapalenie wątroby			Choroba wywołana przez HIV/AIDS/; ogółem (B20-B24)	Świnka /nagminne zapalenie przyusznicy/ (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	8	73	133	11	1097	1	1	17	5	2	2	55854	-
Dolnośląskie	-	5	12	1	81	-	-	-	-	-	-	3022	-
Kujawsko-Pomorskie	-	5	12	4	84	-	-	3	1	-	-	1514	-
Lubelskie	-	8	11	1	55	-	-	-	-	-	-	3442	-
Lubuskie	-	-	2	-	7	-	-	1	-	-	-	475	-
Łódzkie	2	10	4	-	39	-	-	1	-	-	-	6862	-
Małopolskie	-	-	4	-	56	-	-	-	-	1	1	2102	-
Mazowieckie	3	10	15	-	158	-	-	2	1	-	-	13932	-
Opolskie	1	4	4	-	64	-	-	-	-	-	-	2761	-
Podkarpackie	-	2	-	-	14	-	-	1	-	-	-	1920	-
Podlaskie	1	2	2	2	30	-	-	-	-	-	-	2971	-
Pomorskie	-	1	9	-	19	-	-	1	1	-	-	1185	-
Śląskie	-	13	19	-	89	-	-	2	1	-	-	6973	-
Świętokrzyskie	-	6	15	-	145	1	-	3	-	-	-	182	-
Warmińsko-Mazurskie	-	1	3	1	42	-	1	-	-	-	-	3542	-
Wielkopolskie	1	6	17	2	197	-	-	2	1	1	1	3945	-
Zachodniopomorskie	-	-	4	-	17	-	-	1	-	-	-	1026	-

3. Liczba zachorowań na wybrane choroby zarejestrowanych w okresie 16-31.03.2006 r. oraz skumulowana liczba zachorowań zarejestrowanych od 1.01.2006 r. wg definicji przypadku

Jednostka chorobowa (symbole wg "Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych" ICD-10)	Meldunek 3/B				Dane skumulowane ¹			
	Definicja przypadku ⁸			Razem	Definicja przypadku ⁸			Razem
	możliwe	prawdopodobne	potwierdzone		możliwe	prawdopodobne	potwierdzone	
Salmonelozы: ogółem (A02) ^{UE}	x	15	266	281	x	25	1497	1522
Czerwonka bakteryjna /szigelozą/ (A03) ^{UE}	x	-	-	-	x	-	2	2
Jersinioza: ogółem (A04.6; A28.2) ^{UE}	x	-	7	7	x	-	50	50
Zatrucie jadem kiełb. /botulizm/ (A05.1) ^{UE/PL}	-	-	-	-	1	1	1	3
Leptospiroza (A27) ^{UE/PL}	-	-	-	-	-	-	-	-
Odra (B05) ^{UE}	3	10	1	14	6	16	9	31
Wirusowe zapalenie wątroby typu A (B15) ^{UE}	x	-	8	8	x	1	22	23
Zimnica /malaria/ (B50-B54) ^{UE}	x	x	1	1	x	x	3	3
Włośnica (B75) ^{UE}	x	-	1	1	x	10	3	13

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.

Program eradykacji poliomyelitis. Aktualne problemy i zalecenia ŚÓZ

Wprowadzenie

Od momentu podjęcia inicjatywy eradykacji *poliomyelitis* w 1988 r. określano kolejne daty przerwania transmisji dzikich szczepów wirusa na świecie. Początkowo zakładano, że będzie to możliwe już w 2000 r., natomiast w Planie Strategicznym ŚÓZ na lata 2004-2008 realizację tego zadania przewidziano na lata 2005 (kraje azjatyckie) i 2006 (kraje afrykańskie). Obecna sytuacja epidemiologiczna budzi jednak wątpliwości, co do możliwości osiągnięcia nakreślonych celów. Koordynatorzy i realizatorzy programu eradykacji *polio* podkreślają trzy główne problemy, których pomysłowe rozwiązanie w ciągu najbliższego roku będzie miało decydujący wpływ na dalszą realizację założonych celów i harmonogram ogłoszony na lata 2004-2008.

1. W 2005 r. zaobserwowano opóźnienie w przerwaniu transmisji dzikich szczepów w Azji, szczególnie w Indiach.
2. Nie udało się przerwać transmisji dzikich szczepów i zmniejszyć liczby zachorowań w Północnej Nigerii, która jest największym obecnie rezerwuarem dzikich szczepów na świecie.
3. W Afryce (Somalia, Sudan) i w Azji (Indonezja, Jemen) wystąpiły rozległe epidemie wywołane szczepami importowanymi z Nigerii.

Przedmiotem niniejszego doniesienia jest przedstawienie bieżącej sytuacji w wyżej wymienionych regionach świata, proponowanych rozwiązań, a także oceny realizacji programu w Polsce, biorąc pod uwagę niedostateczną (około 50% oczekiwanej liczby) zgłaszalność ostrych porażenia wiotkich (opw) u dzieci do 15 roku życia.

Sytuacja epidemiologiczna w Afryce i w Azji

Zachorowania w krajach endemicznych

Obecnie do krajów endemicznych dla *polio* zalicza się 6 państw: Nigerię, Indie, Pakistan, Niger, Afganistan i Egipt. Według danych ŚÓZ od 1 stycznia 2005 r. do 7 marca 2006 r. zachorowania wystąpiły w 5 z tych krajów: Nigerii (803), Indiach (73), Pakistanie (28), Afganistanie (10) i Nigerze (13). W Afganistanie, Indiach i Pakistanie liczba zachorowań w tym okresie spadła o około 50% w stosunku do 2004 r.. W Nigerze zachorowania były wywołane szczepami importowanymi, a w Egipcie ostatnie zachorowanie wystąpiło w maju 2004 r.

Najpoważniejsza sytuacja występuje w Nigerii, gdzie w ciągu 2005 r. zanotowano 791 zachorowań (w 2004 r. - 782). Pomimo kilkakrotnie powtarzanych akcji szczepień uzupełniających sytuacja nie uległa poprawie. W dalszym ciągu odsetek zaszczepienia 3 dawkami szczepionki OPV dzieci w 2 roku życia nie przekracza 50%, a w niektórych rejonach wynosi jedynie 20%. W tej sytuacji Północna Nigeria stała się głównym rezerwuarem dzikich szczepów endemicznych 1 i 3 typu na świecie, a szczepy importowane z Nigerii były czynnikiem etiologicznym zachorowań zawleczonych do licznych krajów, gdzie w 2005 r. przybrały również postać rozległych epidemii.

Zachorowania zawlezione i epidemie w krajach, gdzie uprzednio doszło do przerwania transmisji dzikich szczepów wirusa polio

Zawleczenia zachorowań wystąpiły ze szczególnym nasileniem w 2005 r. (łącznie 1.046 zachorowań związanych z

zawlezeniem i następującą transmisją wirusa, w 2004 r. - 282). Ogółem od połowy 2002 r. dzięki szczepy typu 1 importowane z Nigerii wywołały zachorowania w 21 krajach poprzednio wolnych od *poliomyelitis*. W 2005 r. w 4 krajach na skutek zawleczenia wirusa wystąpiły epidemie *poliomyelitis*: w Somalii (185), Indonezji (303), Jemenie (478) i Sudanie (146).

Obserwacje epidemiologiczne oraz badania sekwencji nukleotydów izolowanych szczepów z zawleczonych zachorowań w 21 krajach Afryki i Azji jednoznacznie wskazują na ich pokrewieństwo ze szczepami endemicznymi występującymi w Nigerii. W 8 krajach, w których nie doszło do zasiedlenia dzikiego wirusa i wystąpiły jedynie zachorowania pojedyncze, odsetek dzieci w 2 roku życia, które otrzymały 3 dawki OPV wynosił 83%, a w krajach gdzie doszło do zasiedlenia i licznych zachorowań wynosił 40-50%, a w niektórych rejonach nie przekraczał 20%.

Podjęte działania

W tej sytuacji ŚÓZ w 2005 r. i obecnie jako priorytetowe uznała działania mające na celu przerwanie transmisji dzikich szczepów w krajach endemicznych, a także w krajach, do których zostały one zawlezione. Były to akcje uzupełniających szczepień ochronnych prowadzonych w ramach NIDs (*national immunisation days* - narodowe dni szczepień) w całym kraju lub jego części (SIAs, *supplementary immunisation activities* - uzupełniające akcje szczepień) żywą potrójną szczepionką (POPV) lub także szczepionką monowalentną zawierającą tylko typ 1 wirusa (MOPV). 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 w rejonach szczególnie zagrożonych i trudno dostępnych przez ekipy sanitarne i szczepieniu wszystkich dzieci bez określania wieku.

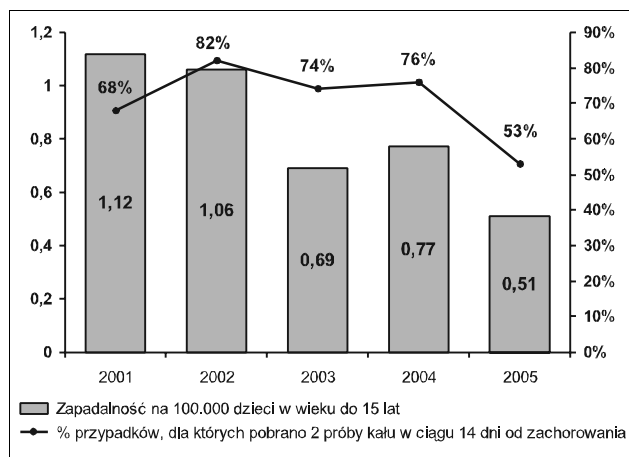
Jednocześnie w tych krajach podniesiono wymagania dotyczące nadzoru nad ostrymi porażeniami wiotkimi (opw) do poziomu wykrywania 2 przypadków na 100.000 dzieci w wieku do 15 roku życia. ŚÓZ uważa, że utrzymująca się w Nigerii transmisja dzikich szczepów typu 1, które wywołują w tym kraju blisko połowę ogółu zachorowań występujących na świecie, jest obecnie największym zagrożeniem dla realizacji założeń programu eradykacji *poliomyelitis* na świecie. Ponadto w tym kraju występują endemiczne dzikie szczepy typu 3.

W ramach strategii zapobiegania ogniskom spowodowanym zawlezeniami dzikich szczepów wirusa *polio* ŚÓZ podjęła również działania organizacyjne w celu szybkiego reagowania na pojawienie się zachorowań importowanych poprzez ściślejszą współpracę z miejscowymi władzami sanitarnymi oraz monitorowanie i ocenę efektywności szczepień uzupełniających. Pozytywnie ocenia się zastosowanie szczepionek monowalentnych zawierających poliowirusy typu 1 i 3 w ogniskach zachorowań oraz planuje się szersze ich użycie, głównie w Nigerii i Afryce Środkowej. Przeprowadzenie pojedynczych akcji szczepień uzupełniających szczepionkami MOPV lub POPV zalecono w krajach wolnych od *poliomyelitis*, graniczących z krajami endemicznymi w zależności od sytuacji epidemiologicznej oraz we wszystkich rejonach zagrożonych, gdzie nie prowadzono szczepień uzupełniających w ciągu ostatnich 6-12 miesięcy. Ponadto, w celu szybkiego wykrycia, ograniczenia i niedo-

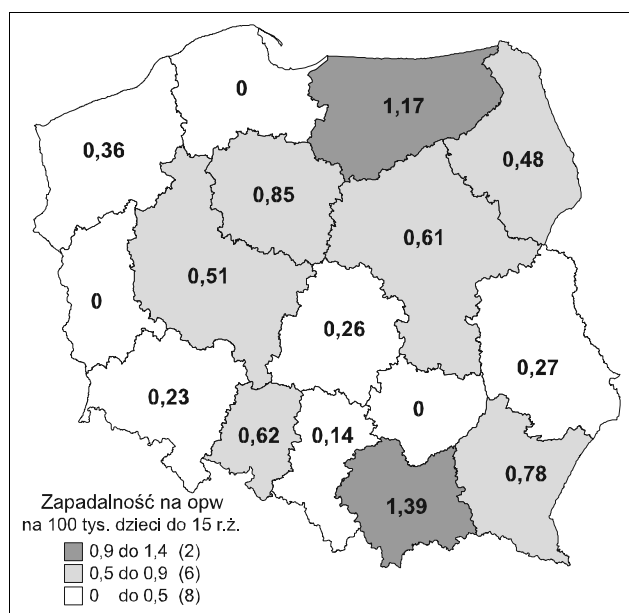
puszczenia do rozprzestrzeniania się zachorowań importowanych Biura Regionalne ŚÓZ przygotowały programy działania oferujące pomoc dla laboratoriów diagnostycznych, wsparcie w wykonywaniu badań, konsultacje, szkolenia oraz zapewniły niezbędne środki finansowe na zakup szczepionek.

Realizacja programu eradykacji poliomyelitis w Polsce

W Polsce będącej krajem oficjalnie uznanym za wolny od *poliomyelitis* w 2002 r. za podstawowe zadania w ramach



Ryc.1. Podstawowe wskaźniki ŚÓZ wiarygodnego nadzoru nad ostrymi porażeniami wiotkimi: zapadalność na opw na 100 tys. dzieci w wieku do 15 lat (pożądany poziom 1/100 tys.) i odsetek przypadków opw, dla których pobrano 2 próby kału w ciągu 14 dni od wystąpienia porażenia (pożądany poziom 80%). Polska 2001-2005.



Ryc.2. Zapadalność na opw na 100 tys. dzieci w wieku do 15 lat w Polsce w 2005 r., wg województw.

programu uznaje się utrzymanie wysokiego poziomu zaszczepienia dzieci przeciwko *poliomyelitis* i coroczną dokumentację braku występowania zachorowań przy prawidłowo prowadzonym nadzorze epidemiologicznym i wirusologicznym nad ostrymi porażeniami wiotkimi (opw). Podczas, gdy w ostatnich latach odsetek dzieci w 2 r.ż. zaszczepionych pełnym cyklem szczepień podstawowych wynosił zarówno na poziomie kraju, jak i w poszczególnych województwach, powyżej wymaganego progu 95%, zachwianiu uległ system zgłaszania i nadzoru nad ostrymi porażeniami wiotkimi występującymi wśród dzieci w wieku do 15 lat. W 2005 r.

wykrywalność opw niezwiązanych z *polio* wyniosła zaledwie 0,51 na 100 tys. dzieci w wieku do 15 lat przy pożądanym poziomie powyżej 1 na 100 tys. Był to najniższy wskaźnik w ciągu ostatnich 5 lat. Systematycznie również pogarszał się wskaźnik terminowego pobierania prób kału od dzieci z opw (odsetek przypadków, dla których pobrano 2 próby kału w ciągu 14 dni od zachorowania, w odstępie co najmniej 1 dnia - ryc. 1). Należy zaznaczyć, że ze względu na okres wydalania wirusa *polio*, terminowe pobranie prób kału jest kluczowe dla wykrycia wirusa.

Analiza stopnia wykrywalności opw według województw wskazuje, że niedostateczna zgłaszalność dotyczy zwłaszcza kilku województw, podczas gdy w innych pozostaje na satysfakcjonującym poziomie. W 2005 r. odnotowano szczególnie niską wykrywalność opw na terenie województw dolnośląskiego, lubelskiego, lubuskiego, łódzkiego, pomorskiego, śląskiego, świętokrzyskiego i zachodniopomorskiego (ryc. 2).

Podsumowanie

Z uwagi na sytuację epidemiologiczną w Afryce Środkowej i w kilku krajach azjatyckich, odnośnie dalszych działań mających na celu eradykację dzikich szczepów ŚÓZ podkreśla, że strategia programu nie ulega zmianie. Zasadniczymi elementami tej strategii pozostają: osiągnięcie wysokiego odsetka (co najmniej 90%) zaszczepienia dzieci w 2 roku życia 3 dawkami POPV, akcje szczepień uzupełniających prowadzone w zagrożonych rejonach z dotarciem do trudno dostępnych osad i koczujących plemion oraz nadzór nad opw spełniający kryteria ŚÓZ.

Wstrzymanie szczepień uzupełniających w Północnej Nigerii w 2003-2004 r. i niższy niż 90% odsetek szczepionych dzieci w wielu krajach Afryki i Azji były przyczyną regionalnego rozprzestrzeniania się dzikich szczepów z Nigerii do 21 krajów poprzednio wolnych od *poliomyelitis*, a następnie do zawleczenia tych szczepów i wystąpienia zachorowań epidemicznych na kontynencie azjatyckim. Zagrożenie wystąpieniem zachorowań szczepami importowanymi w krajach wolnych od *poliomyelitis* będzie występowało dopóki będą istnieć tereny endemiczne. Zagrożenie to jest wyższe w krajach sąsiadujących z krajami endemicznymi, ale jak to miało miejsce w 2005 r., istnieje również dla odległych krajów położonych na innych kontynentach. W tej sytuacji w krajach wolnych od *poliomyelitis* należy utrzymać na wysokim poziomie nadzór epidemiologiczny, kliniczny i wirusologiczny nad opw w celu szybkiego wykrycia importowanych zachorowań, a także wysoki odsetek szczepionych dzieci według indywidualnego kalendarza szczepień. W razie potrzeby należy prowadzić również uzupełniające akcje szczepień. Kraje wolne od *poliomyelitis* są również zobowiązane do przygotowania planów działania w przypadku wystąpienia zachorowań importowanych.

Biorąc pod uwagę stosunkowo częste obecnie występowanie zawleczeń wirusa *polio* do krajów, w których udało się uprzednio przerwać transmisję dzikich szczepów, należy liczyć się z możliwością zawleczenia *polio* także do Polski. Pomimo, że wysoki poziom zaszczepienia populacji powinien zapobiec wybuchowi epidemii, w takiej sytuacji niezwykle istotne będzie szybkie podjęcie działań przeciwepidemicznych. Stąd też należy wzmocnić współpracę pomiędzy ośrodkami hospitalizującymi dzieci z ostrymi porażeniami wiotkimi i Państwową Inspekcją Sanitarną, zwłaszcza w województwach o niskiej wykrywalności opw.