

Meldunek 6/A/06

o zachorowaniach na choroby zakaźne i zatruciach

zgłoszonych w okresie od 1.06 do 15.06.2006 r.

1. Liczba zachorowań na wybrane choroby zarejestrowanych w okresie 1-15.06.2006 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 6/A		Dane skumulowane ^{1/}	
	1.06.06. do 15.06.06.	1.06.05. do 15.06.05.	1.01.06. do 15.06.06.	1.01.05. do 15.06.05.
Cholera (A00)	-	-	-	-
Dur brzuszny (A01.0)	-	-	1	-
Dury rzekome A,B,C (A01.1-3)	-	-	-	-
Salmonelozy: ogółem (A02)	712	1015	3657	4630
w tym: zatrucia pokarmowe (A02.0)	706	1011	3604	4580
Czerwonka bakteryjna /szigelozą/ (A03)	2	-	15	40
Inne bakteryjne zakażenia jelitowe: ogółem (A04)	264	230	2482	2028
w tym: zakażenie <i>Escherichia coli</i> - enterokrwotoczną (A04.3)	-	-	2	3
wywołane przez <i>Campylobacter</i> (A04.5)	5	-	37	7
Inne bakteryjne zatrucia pokarmowe: ogółem (A05)	126	367	1437	1737
w tym: zatrucie gronkowcowe (A05.0)	6	61	46	344
zatrucie jadem kiełbasianym /botulizm/ (A05.1)	1	4	10	12
wywołane przez <i>Clostridium perfringens</i> (A05.2)	-	-	1	3
inne określone (A05.3-8)	17	39	151	78
nie określone (A05.9)	102	263	1229	1300
Lamblioza /giardioza/ (A07.1)	98	102	1434	1383
Kryptosporidioza (A07.2)	-	-	-	-
Wirusowe i inne określone zakażenia jelitowe: ogółem (A08)	1006	642	12946	8023
w tym: nieżyt jelitowy wywołany przez rotawirusy (A08.0)	896	509	11217	6841
Biegunki u dzieci do lat 2: ogółem (A04; A08; A09)	981	788	12513	9674
w tym: BNO, prawdopodobnie pochodzenia zakaźnego (A09)	342	343	4412	4087
Dżuma (A20)	-	-	-	-
Tularemia (A21)	-	-	-	-
Wąglik (A22)	-	-	-	-
Bruceleza: nowe zachorowania (A23)	-	-	-	-
Leptospiroza (A27)	-	-	-	-
Jersinioza: ogółem (A04.6; A28.2)	8	9	82	40
Listerioza: ogółem (A32; P37.2)	-	1	8	6
Tężec: ogółem (A33-A35)	1	-	4	5
Błonica (A36)	-	-	-	-
Krzztusiec (A37)	56	86	585	1203
Płonica /szkarlatyna/ (A38)	534	612	6757	5292
Choroba meningokokowa, inwazyjna: ogółem (A39) ^{2/}	7	13	114	111
w tym: zapalenie opon mózgowych (A39.0)	5	7	63	68
zapalenie mózgu (A39.8/G05.0)	1	1	8	6
posocznica (A39.1-4)	4	8	73	65
Legionelloza (A48.1-2)	1	2	35	5
Borelioza z Lyme (A69.2)	177	113	1666	1069
Gorączka Q (A78)	-	57	-	57

1. Liczba zachorowań na wybrane choroby zarejestrowanych w okresie 1-15.06.2006 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 6/A		Dane skumulowane ^{1/}	
	1.06.06. do 15.06.06.	1.06.05. do 15.06.05.	1.01.06. do 15.06.06.	1.01.05. do 15.06.05.
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)	2 - -	- - -	37 - -	15 - -
Encefalopatie gąbczaste: ogółem (A81.0,2-9) w tym: wariant choroby Creutzfeldta-Jakoba /vCJD/ (A81.0)	- -	2 -	3 -	5 -
Styczność i narażenie na wściekliznę / potrzeba szczepień (Z20.3/Z24.2) Wścieklizna (A82)	329 1	459 -	2629 1	3178 -
Wirusowe zapalenie mózgu: przenoszone przez kleszcze (A84) inne, określone (A83;A85;B00.4;B02.0) ^{3/} nie określone (A86)	3 7 8	4 3 7	10 34 81	11 16 83
Wirusowe zap. opon mózgowych, określ. i nie określ. (A87; B00.3; B02.1)	30	23	248	245
Bakteryjne zap. opon i/lub mózgu: określone, NGI (G00.2-8; G04.2) ^{4/} nie określone (G00.9; G04.2)	5 18	6 28	40 209	69 224
Zapalenie mózgu inne i nie określone (G04.0,8-9) Zapalenie opon mózgowych inne i nie określone (G03)	5 8	4 9	44 90	34 88
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)	6742 - 6 1815	8173 - - 445	88519 - 66 14182	88423 - 6 4702
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)	2 77 131 4 2	3 70 148 4 3	28 728 1287 24 29	27 811 1375 51 31
Bezobjawowy stan zakażenia wirusem HIV (Z21) Choroba wywołana przez HIV /AIDS/: ogółem (B20-B24)	20 10	31 8	255 72	121 59
Świnka /nagminne zapalenie przyusznicy/ (B26) Zimnica /malaria/ (B50-B54) Bąblowica /echinokokoza/ (B67) Włośnica (B75) Świerzb (B86)	649 1 1 - 360	4918 - - - 242	11330 3 8 73 5454	51409 8 20 23 5462
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)	10 3	12 8	99 53	89 63
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	17 14	38 30
Grypa i podejrzenia zachorowań na grype: ogółem (J10; J11) w tym: przypadki potwierdzone laboratoryjnie (J10; J11)	2172 -	555 -	198961 30	649689 42
Zatrucia naturalnie toksycznym pokarmem: ogółem (T61-T62) ^{7/} w tym: grzybami (T62.0) ^{7/}	- -	2 2	12 11	11 11
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/}	324 11 197 75	293 6 182 67	5004 41 2398 1180	5340 33 3008 1164

2. Liczba zachorowań na wybrane choroby zarejestrowanych w okresie 1-15.06.2006 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	-	706	2	264	-	126	1	1006	896	981	-	8	1
Dolnośląskie	-	28	-	9	-	12	-	47	42	60	-	-	-
Kujawsko-Pomorskie	-	57	-	13	-	12	-	59	48	71	-	-	-
Lubelskie	-	48	1	20	-	1	1	16	14	46	-	-	-
Lubuskie	-	11	-	5	-	2	-	16	13	10	-	-	-
Łódzkie	-	28	-	37	-	4	-	39	27	53	-	-	-
Małopolskie	-	47	-	24	-	5	-	76	72	65	-	-	1
Mazowieckie	-	101	1	22	-	2	-	264	244	184	-	1	-
Opolskie	-	10	-	2	-	-	-	10	10	15	-	-	-
Podkarpackie	-	64	-	15	-	-	-	28	23	42	-	-	-
Podlaskie	-	47	-	15	-	13	-	58	30	38	-	-	-
Pomorskie	-	89	-	6	-	27	-	75	73	76	-	-	-
Śląskie	-	27	-	40	-	28	-	64	61	92	-	-	-
Świętokrzyskie	-	57	-	9	-	4	-	46	37	35	-	2	-
Warmińsko-Mazurskie	-	32	-	10	-	-	-	60	59	51	-	-	-
Wielkopolskie	-	39	-	18	-	-	-	97	93	106	-	4	-
Zachodniopomorskie	-	21	-	19	-	16	-	51	50	37	-	1	-

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) ^{1/2}	w tym: zapalenie opon mózgowych (A39.0)	w tym: posocznica (A39.1-4)				określone, NGI (G00.2-8; G04.2) ^{4/4}	nie określone (G00.9; G04.2)			
POLSKA	-	56	7	5	4	-	3	30	5	18	6742	6	1815
Dolnośląskie	-	3	-	-	-	-	-	-	-	1	469	-	100
Kujawsko-Pomorskie	-	5	-	-	-	-	-	-	-	2	344	-	79
Lubelskie	-	-	-	-	-	-	-	2	-	2	215	-	152
Lubuskie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	337	-	47
Łódzkie	-	27	-	-	-	-	-	2	1	1	325	-	21
Małopolskie	-	-	2	2	1	-	-	7	-	3	476	-	59
Mazowieckie	-	2	1	-	1	-	-	5	1	2	814	5	434
Opolskie	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	417	-	24
Podkarpackie	-	-	1	-	1	-	-	4	-	1	330	1	160
Podlaskie	-	13	-	-	-	-	2	4	-	-	158	-	21
Pomorskie	-	-	-	-	-	-	-	2	-	3	353	-	161
Śląskie	-	4	1	1	-	-	-	-	1	-	1134	-	174
Świętokrzyskie	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	240	-	56
Warmińsko-Mazurskie	-	-	1	1	-	-	1	1	-	1	232	-	77
Wielkopolskie	-	1	1	1	1	-	-	2	2	1	680	-	119
Zachodniopomorskie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	218	-	131

2. Liczba zachorowań na wybrane choroby zarejestrowanych w okresie 1-15.06.2006 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	2	77	131	10	649	1	-	10	3	-	-	2172	-
Dolnośląskie	-	15	18	4	35	-	-	1	1	-	-	37	-
Kujawsko-Pomorskie	-	7	23	3	15	-	-	1	-	-	-	19	-
Lubelskie	-	4	7	-	28	-	-	-	-	-	-	-	-
Lubuskie	-	1	-	-	12	-	-	-	-	-	-	-	-
Łódzkie	-	4	3	-	13	1	-	-	-	-	-	318	-
Małopolskie	1	5	3	-	32	-	-	-	-	-	-	11	-
Mazowieckie	1	11	31	-	50	-	-	4	2	-	-	1339	-
Opolskie	-	-	3	-	38	-	-	-	-	-	-	87	-
Podkarpackie	-	3	8	2	8	-	-	1	-	-	-	-	-
Podlaskie	-	3	-	-	18	-	-	-	-	-	-	82	-
Pomorskie	-	3	5	-	8	-	-	-	-	-	-	-	-
Śląskie	-	13	8	-	79	-	-	1	-	-	-	181	-
Świętokrzyskie	-	2	6	-	116	-	-	-	-	-	-	1	-
Warmińsko-Mazurskie	-	-	1	1	10	-	-	-	-	-	-	77	-
Wielkopolskie	-	6	11	-	178	-	-	2	-	-	-	20	-
Zachodniopomorskie	-	-	4	-	9	-	-	-	-	-	-	-	-

3. Liczba zachorowań na wybrane choroby zarejestrowanych w okresie 1-15.06.2006 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 6/A				Dane skumulowane ¹			
	Definicja przypadku ⁸			Razem	Definicja przypadku ⁸			Razem
	możliwe	prawdopodobne	potwierdzone		możliwe	prawdopodobne	potwierdzone	
Salmonelozы: ogółem (A02) ^{UE}	x	14	698	712	x	114	3543	3657
Czerwonka bakteryjna /szigelozы/ (A03) ^{UE}	x	-	2	2	x	5	10	15
Jersinioza: ogółem (A04.6; A28.2) ^{UE}	x	2	6	8	x	3	79	82
Zatrucie jadem kiełb. /botulizm/ (A05.1) ^{UE/PL}	-	-	1	1	5	-	5	10
Leptospiroza (A27) ^{UE/PL}	-	-	-	-	-	-	-	-
Odra (B05) ^{UE}	1	-	5	6	8	10	48	66
Wirusowe zapalenie wątroby typu A (B15) ^{UE}	x	-	2	2	x	1	27	28
Zimnica /malaria/ (B50-B54) ^{UE}	x	x	1	1	x	x	3	3
Włośnica (B75) ^{UE}	x	-	-	-	x	18	55	73

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.

Zakażenia HIV i zachorowania na AIDS

Informacja z 31 maja 2006 r.

Tabela 1. Liczba przypadków zgłoszonych w okresie 1-31.05.2006 r. wg województw

Województwo	HIV	AIDS	Zgony chorych na AIDS
POLSKA	60	3	-
1. Dolnośląskie	1	1	-
2. Kujawsko-Pomorskie	2	-	-
3. Lubelskie	1	1	-
4. Lubuskie	1	-	-
5. Łódzkie	4	1	-
6. Małopolskie	-	-	-
7. Mazowieckie	12	-	-
8. Opolskie	-	-	-
9. Podkarpackie	-	-	-
10. Podlaskie	-	-	-
11. Pomorskie	7	-	-
12. Śląskie	2	-	-
13. Świętokrzyskie	-	-	-
14. Warmińsko-Mazurskie	-	-	-
15. Wielkopolskie	5	-	-
16. Zachodniopomorskie	3	-	-
Brak danych	22	-	-

Tabela 2. Liczba przypadków zgłoszonych w okresie 1-31.05.2006 r. wg płci i wieku

Wiek (w latach)	HIV			AIDS			Zgony		
	M	K	b.d.	M	K	b.d.	M	K	b.d.
niemowlęta	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1 - 12	-	1	-	-	-	-	-	-	-
13 - 19	-	-	-	-	-	-	-	-	-
20 - 29	21	5	-	1	-	-	-	-	-
30 - 39	12	4	-	1	-	-	-	-	-
40 - 49	7	-	1	-	-	-	-	-	-
50 - 59	5	-	-	1	-	-	-	-	-
60 +	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Brak danych	4	-	-	-	-	-	-	-	-
Razem	49	10	1	3	-	-	-	-	-

Tabela 3. Liczba przypadków zgłoszonych w okresie 1-31.05.2006 r. wg prawdopodobnej drogi transmisji

Grupa ryzyka	HIV	AIDS	Zgony
Mężczyźni homo- i biseksualni	12	-	-
Stosujący narkotyki w iniekcjach	4	1	-
Chorzy na hemofilie	-	-	-
Biorcy krwi	-	-	-
Utrzymujący ryzykowne kontakty heteroseksualne	10	2	-
Dzieci matek zakażonych HIV	-	-	-
Zakażenia jatrogenne	-	-	-
Inni / brak danych	34	-	-
Razem	60	3	-

W maju 2006 roku zgłoszono 60 nowo wykrytych zakażeń HIV (56 dotyczyło obywateli polskich, 1 obywatela Nigerii, 1 obywatela Wietnamu, o 2 brak informacji). Zgłoszone przypadki zostały potwierdzone w Pomorskim Centrum Chorób Zakaźnych i Gruźlicy w Gdańsku, w Pracowni Diagnostycznej Nabytych Niedoborów Odporności w Łodzi, w Instytucie Wenerologii AM w Warszawie, w laboratorium Katedry i Kliniki Chorób Zakaźnych AM we Wrocławiu, w Instytucie Hematologii w Warszawie i w Wojewódzkim Szpitalu Obserwacyjno-Zakaźnym w Bydgoszczy. W maju 2006 r. w ponad połowie (57%) zgłoszeń nowo wykrytych zakażeń HIV nie podano prawdopodobnej drogi zakażenia. Z uwagi na fakt, że znajomość głównych dróg transmisji wirusa HIV jest niezbędna dla właściwej oceny sytuacji epidemiologicznej w naszym kraju, zwracamy się z apelem o uwzględnianie tej informacji w skierowaniach na badania w kierunku HIV i w zgłoszeniach nowo wykrytych zakażeń HIV.

Zgłoszono 3 przypadki AIDS: jeden był zdiagnozowany w 2001 r.; pozostałe dwa w 2006 r. U wszystkich chorych określono co najmniej jedną chorobę wskaźnikową w brzmieniu, jak w definicji ŚOZ, wg kryteriów definitywnych. U dwóch chorych podano liczbę komórek CD4, która wynosiła odpowiednio: 54 i 413 na mikrolitr (średnio 233,5/μl), o jednym brak informacji. Żaden chory nie był leczony antyretrowirusowo przed rozpoznaniem AIDS.

Od wdrożenia badań w 1985 r. do 31 maja 2006 r. stwierdzono zakażenie HIV u 10.150 obywateli polskich, wśród których było co najmniej 5.333 zakażonych w związku z używaniem narkotyków. Ogółem odnotowano 1.778 zachorowań na AIDS; 816 chorych zmarło.

Magdalena Rosińska, Anna Nitka
Zakład Epidemiologii PZH

* * *

UWAGA: Liczby zachorowań na choroby wywołane przez ludzki wirus upośledzenia odporności [HIV] podawane na str. 2. i 4. "Meldunków" pochodzą ze sprawozdań Mz-56 nadsyłanych przez Wojewódzkie Stacje San.-Epid. w ramach systemu zbiorczego zgłaszania zachorowań na choroby zakaźne. Natomiast dane o zachorowaniach zawarte w powyższej informacji pochodzą ze skorygowanych w Zakładzie Epidemiologii PZH zgłoszeń poszczególnych zachorowań.

Ogniska odry na Ukrainie i w Niemczech w 2006 r.

Według danych publikowanych przez Światową Organizację Zdrowia (WHO), na Ukrainie w 2006 r. wystąpił znaczny wzrost zachorowań na odrę. Od stycznia do kwietnia 2006 r. zarejestrowano prawie 33.000 zachorowań na tę chorobę. Na podstawie niepełnych danych, we wszystkich regionach Ukrainy stwierdzono wzrost zachorowań, ale ok. 38% zgłoszonych przypadków wystąpiło w okręgu kijowskim. W związku z tym, że ok. 50% zarejestrowanych zachorowań wymagało hospitalizacji, liczby te są prawdopodobnie znacznie zaniżone. Tylko 2-3% zachorowań potwierdzono badaniem laboratoryjnym. Na podstawie badania kilku wyizolowanych szczepów stwierdzono, że zachorowania są wywołane genotypem D6 wirusa odry. Spośród 13.700 zachorowań, dla których przesłano pełniejsze dane, ponad 75% wystąpiło wśród osób powyżej 15 roku życia, natomiast około 12% wśród osób powyżej 30 r.ż. Ok 45% chorych było nie zaszczepionych lub nie знаło swojego stanu

zaszczepienia, natomiast ponad 30% otrzymało 2 dawki szczepionki przeciw odrze. W swoim komentarzu omawiającym możliwe przyczyny tak wysokiego wzrostu zachorowań na odrę na Ukrainie, dr John Spika z WHO ocenił, że mógł on być spowodowany nie wykonywaniem szczepień przeciw odrze z powodu licznych przeciwwskazań, powszechnie uznawanych w krajach byłego Związku Radzieckiego, oraz brakiem skuteczności miejscowych szczepionek z powodu słabej kontroli jakości podczas produkcji lub niezachowania łańcucha chłodniczego podczas transportu. Poprzednie ogniska odrzy na Ukrainie w latach 2001-2002 objęły ponad 25.000 zachorowań, w tym 14 zgonów. Według stanu z kwietnia br. udało się ustalić powiązanie z ogniskiem odrzy na Ukrainie dla zawleczonych zachorowań na Białorusi (2 przypadki), Rosji (9), Hiszpanii (1) oraz Stanów Zjednoczonych (2). Przypuszcza się, że wzrost zachorowań na odrę w pierwszych miesiącach bieżącego roku ponad oczekiwany poziom w kilku innych krajach europejskich, w tym w Polsce, ma związek z ogniskiem ukraińskim.

* * *

Na początku 2006 r. odnotowano wzrost zachorowań na odrę w dwóch regionach Niemiec. W prowincji Nadrenia Północna-Westfalia (zachodnie regiony Niemiec, graniczące z Holandią) od stycznia do maja 2006 r. zarejestrowano 1.406 zachorowań, w tym 7% wśród niemowląt, 33% wśród nie zaszczepionych dzieci w wieku 1-9 lat, 42% wśród młodzieży w wieku 10-19 lat i 18% wśród osób powyżej 19 lat. 15% zachorowań wymagało hospitalizacji. Dominującym genotypem wyizolowanym od zachorowań na zachodzie Niemiec był genotyp D6, stąd wiąże się ognisko w Nadrenii Północnej-Westfalii z ogniskiem ukraińskim. W regionie Stuttgartu (południowe Niemcy) od stycznia do marca br. zarejestrowano 46 zachorowań na odrę, z czego 44% wśród nie zaszczepionych dzieci w wieku 0-4 lat. Badania laboratoryjne próbek od 7 chorych wykazały typ B3 wirusa, a więc brak powiązania z ogniskami na Ukrainie. Na początku czerwca Ogólnoamerykańska Organizacja Zdrowia (PAHO) oraz władze sanitarne Francji, Danii i Szwecji ogłosiły środki ostrożności dla wszystkich osób podróżujących na Mistrzostwa Świata do Niemiec w związku z możliwym ryzykiem zakażenia wirusem odrzy na terenie Niemiec. Zalecono rozważenie zaszczepienia się przez osoby, które nie były wcześniej szczepione oraz nie chorowały na odrę.

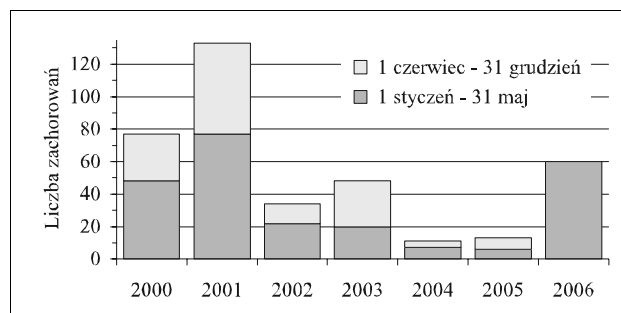
na podstawie informacji publikowanych przez sieć EUVAC-NET (<http://www.ssi.dk/euvac/>)

opracował Paweł Stefanoff

Wzrost liczby zachorowań na odrę w Polsce w 2006 r.

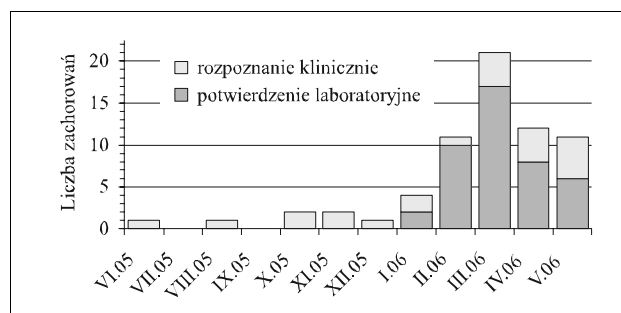
Od stycznia br. notowano w Polsce wyraźny wzrost liczby zgłaszanych zachorowań i podejrzeń zachorowań na odrę. Ogólna liczba wszystkich takich zgłoszeń, które wpłynęły do Stacji Sanitarnej-Epidemiologicznych w okresie od 1 stycznia do 31 maja br., wyniosła 118, przy 67 odnotowanych w ciągu całego roku 2005.* Po weryfikacji zgłoszeń, 60 przypadków zarejestrowano jako zachorowania na odrę spełniające kryteria definicji tej choroby, przyjętej na potrzeby nadzoru epidemiologicznego w krajach Unii Europejskiej. Jest to liczba znacznie przekraczająca liczbę zachoro-

owań na odrę odnotowywanych rocznie w Polsce w latach 2002-2005 (ryc. 1).



Ryc.1. Liczba zachorowań na odrę w Polsce w okresach styczeń-maj i czerwiec-grudzień w latach 2000-2006.

Wzrost liczby zachorowań wystąpił w okresie zgodnym z typowym sezonowym rozkładem zachorowań na odrę w Polsce, tj. pomiędzy IV kwartałem poprzedniego roku a II kwartałem bieżącego (ryc. 2). Najwięcej zachorowań wystąpiło w marcu (21) i - sądząc z aktualnego przebiegu krzywej epidemicznej - był to szczyt fali zachorowań.



Ryc.2. Liczba zachorowań na odrę w Polsce od czerwca 2005 r. do maja 2006 r. wg miesiący.

Zwiększenie się liczby zgłaszanych zachorowań i podejrzeń zachorowań na odrę w Polsce można wiązać z ogniskami tej choroby na Ukrainie, gdzie od stycznia do kwietnia 2006 r. zarejestrowano ponad 30 tys. zachorowań. O ewentualnym bezpośrednim wpływie sytuacji epidemiologicznej na Ukrainie na sytuację w Polsce będzie można powiedzieć coś więcej po rozpoznaniu charakteru szczepów wirusa krążących w Polsce. W dochodzeniach epidemiologicznych nie stwierdzono powiązań zachorowań w Polsce z zachorowaniami na Ukrainie, poza wykryciem jednego przypadku zawleczonego do Polski.

Sytuacja na Ukrainie mogła jednak pośrednio wpłynąć na liczbę zgłaszanych w Polsce podejrzeń i zachorowań poprzez zwrócenie uwagi lekarzy na możliwość częstszego występowania zachorowań na odrę. Mogło to wpłynąć na zwiększenie czułości nadzoru, tym bardziej, że w tym samym okresie notowano w Polsce wyraźny - trzykrotny w stosunku do poprzedniego roku - wzrost zachorowań na inną chorobę o zbliżonym obrazie klinicznym - różyczkę.

Spośród 60 zarejestrowanych przypadków zachorowań 43 (71,7%) zostało potwierdzonych serologicznie (obecność przeciwciał w klasie IgM), 1 (1,7%) potwierdzono epidemiologicznie (powiązanie z przypadkiem potwierdzonym serologicznie), a 16 (26,7%) zarejestrowano na podstawie obrazu klinicznego (tab. 1). Spośród pozostałych 58 zgłoszeń podejrzeń i zachorowań, zweryfikowanych negatywnie, w 56 przypadkach (96,6%) odrę wykluczono na podstawie badań serologicznych, a w 2 (3,4%) przypadkach zgłaszają-

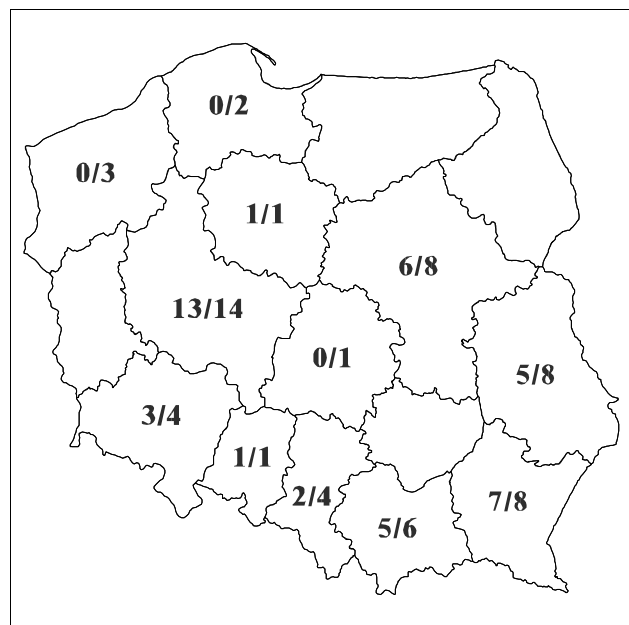
cy lekarze zmienili rozpoznanie. Liczba zgłoszeń zweryfikowanych laboratoryjnie mogłaby być nieco większa, gdyby nie fakt, że w kilku przypadkach ujemny wynik badania serologicznego nie mógł zostać uznany za wiarygodny, ponieważ zbyt wcześnie pobrano materiał do badań. W skrajnych przypadkach, materiał pobierano nawet w dniu wystąpienia wysypki.

Tabela 1. Zachorowania na odrę zarejestrowane w Polsce od 1 stycznia do 31 maja 2006 r. Potwierdzenie rozpoznania a stan zaszczepienia chorych.

Potwierdzenie rozpoznania	Nie szczepieni	Zaszczepieni		Brak danych o szczepieniu	Razem
		1 dawka	2 dawki		
Laboratoryjne	23	11	0	9	43
Epidemiolog.	0	1	0	0	1
Kliniczne	5	3	8	0	16
Razem	28	15	8	9	60

Prawie połowę osób (28 przypadków, tj. 46,7%), których zachorowania zarejestrowano w 2006 r., a ponad połowę osób (54,9%), których stan zaszczepienia ustalono, stanowiły osoby nie szczepione przeciw odrze (tab. 1). Zaszczepieni jedną dawką (15 przypadków) stanowili odpowiednio 25,0% i 29,4%, a zaszczepieni dwiema dawkami (8) - 13,3% i 15,7% chorych. Należy jednak zauważyć, że we wszystkich 8 przypadkach zachorowań osób zaszczepionych dwiema dawkami, odrę rozpoznano wyłącznie klinicznie.

Dominowały zachorowania osób dorosłych (43 osoby - 71,7% - w wieku powyżej 18 lat). Najwięcej zachorowań wystąpiło w dwóch grupach wiekowych: 25-29 lat (21, 35,0%), oraz 20-24 lata (14, 23,3%). Wśród dzieci odnotowano 1 zachorowanie w 1 roku życia, 5 zachorowań w 2 r.ż., 1 zachorowanie w 4 r.ż., 2 zachorowania w 8 r.ż., oraz 1 zachorowanie w 9 r.ż.



Ryc.3. Liczba zachorowań potwierdzonych laboratoryjnie w stosunku do liczby wszystkich zachorowań na odrę zarejestrowanych w Polsce w okresie od stycznia do maja 2006 r. wg województw.

Zachorowania odnotowano na obszarze 12 województw,

najwięcej w woj. wielkopolskim (14 zachorowań, w tym 13 przypadków potwierdzonych serologicznie). W czterech województwach: lubuskim, podlaskim, świętokrzyskim i warmińsko-mazurskim nie zarejestrowano żadnego zachorowania (ryc. 3), przy czym w woj. lubuskim, świętokrzyskim i warmińsko-mazurskim nie odnotowano też żadnych zgłoszeń podejrzeń zachorowań. Zważywszy, że od Polski, jako kraju uczestniczącego w realizacji programu eliminacji odrę, Światowa Organizacja Zdrowia oczekuje wykonywania w skali roku przynajmniej 381 badań serologicznych (IgM) podejrzeń zachorowań na odrę, można stwierdzić, że mimo wzrostu liczby zachorowań na odrę 2006 r. może być kolejnym, w którym wymóg ten nie zostanie przez Polskę spełniony.

* Wszystkie dane wg stanu w dniu 10 czerwca br.

M.P. Czarkowski, B. Kondej

Rozszerzenie badania podejrzeń odrę w Polsce o próbę izolacji wirusa

W aktualnej sytuacji epidemiologicznej odrę w Polsce (wzrost liczby potwierdzonych serologicznie zachorowań na odrę przy dużej epidemii na Ukrainie, gdzie w okresie od stycznia do kwietnia 2006 r. zarejestrowano około 33.000 zachorowań) badanie wirusologiczne nabiera szczególnej wagi. Stąd wystąpienie Głównego Inspektora Sanitarnego do Wojewódzkich Inspektorów Sanitarnych z 17 maja br. o podjęcie działań mających na celu pobieranie od osób podejrzanych o zachorowania na odrę próbek materiału biologicznego do badań wirusologicznych i przesyłania ich do Zakładu Wirusologii PZH w celu podjęcia prób izolacji i genotypowania wirusa. Należy jednak wyraźnie zaznaczyć, że badanie to nie może zastąpić obowiązkowego serologicznego potwierdzenia odrę. Niezależnie od pobrania materiału do izolacji wirusa (jak najwcześniej - w pierwszym tygodniu choroby) należy we właściwym terminie wysłać do Zakładu Wirusologii PZH surowice w celu potwierdzenia zachorowania oznaczeniem swoistych IgM.

Zgodnie z obowiązującym programem eliminacji odrę WHO wszystkie podejrzania zachorowania na odrę powinny być potwierdzone serologicznym badaniem odpowiedzi dla tego wirusa w klasie IgM. Ponieważ w pierwszym tygodniu od wystąpienia objawów poziom swoistych IgM może być zbyt niski, aby jednoznacznie zinterpretować wynik oznaczenia, badanie to należy wykonywać z próbkami surowicy pobranymi nie wcześniej niż w 7 dniu od wystąpienia wysypki.

Przyczyną wzrostu zachorowań na odrę w Polsce w 2006 r. mogą być zarówno lokalnie krążące szczepy wirusa odrę jak i szczepy importowane z innych regionów geograficznych. Występowanie importowanych zakażeń nie przeszkadza w uznaniu, że dany kraj dokonał eliminacji odrę na swoim terytorium, dlatego tak ważne jest rozpoznanie charakteru krążących szczepów wirusa, a to wymaga jego izolacji. Jest ona możliwa tylko we wczesnej fazie choroby, przed wytworzeniem przeciwciał. Oznacza to, że materiał do izolacji wirusa musi być pobrany natychmiast po podjęciu podejrzenia odrę. Szczegóły dotyczące materiałów i sposobów pobrania i transportu zawarte są w instrukcjach przesłanych do stacji sanitarno-epidemiologicznych. Pobra-

nie niezgodne z instrukcją (np. wymaz na żel) czy po wytworzeniu przeciwciał uniemożliwia izolację.

* Oba badania wykonywane są przez Zakład Wirusologii PZH bezpłatnie. (*przyp. red.*)

Włodzimierz Gut, Zakład Wirusologii PZH

Ocena wykonawstwa szczepień ochronnych w Polsce w kontekście programów eliminacji odry i różyczki wrodzonej oraz eradykacji poliomyelitis

Wizyta konsultanta Światowej Organizacji Zdrowia

W dniach od 4 do 7 kwietnia 2005 r. odbyła się wizyta konsultanta Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), dr Jacka Stronga, mająca na celu ocenę wykonawstwa szczepień w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem uczestnictwa Polski w światowych programach eliminacji odry i różyczki wrodzonej oraz eradykacji poliomyelitis. Zorganizowanie tej wizyty Biuro Regionalne WHO zleciło oficerowi łącznikowemu WHO w Polsce oraz Państwowemu Zakładowi Higieny.

W trakcie swojej wizyty dr Strong przeprowadził rozmowy z przedstawicielami Głównego Inspektoratu Sanitarnego i Departamentu Polityki Zdrowotnej Ministerstwa Zdrowia na temat długoterminowego planowania oraz finansowania Programu Szczepień Ochronnych, zarządzania zakupem i dystrybucją szczepionek jak również monitorowania wykonawstwa i bezpieczeństwa szczepień. Dr Strong rozmawiał z przedstawicielami Zakładów Epidemiologii oraz Wirusologii PZH na temat nadzoru nad odrą i różyczką oraz ostrymi porażeniami wiotkimi, nadzoru nad niepożądanymi odczynami poszczepiennymi, oraz rolą krajowych laboratoriów referencyjnych w diagnostyce odry, różyczki i poliomyelitis. W czasie wizyt w Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Poznaniu oraz w Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Siedlcach dr Strong omawiał perspektywę regionalną programów eradykacyjnych, dokumentowanie stanu zaszczepienia oraz monitorowanie niepożądanych odczynów poszczepiennych. Dr Strong odbył też krótką rozmowę z przedstawicielem Polskiego Towarzystwa Wakcynologicznego na temat roli Towarzystwa w propagowaniu szczepień ochronnych oraz monitorowaniu niepożądanych odczynów poszczepiennych.

Raport z tej wizyty został przesłany do Ministerstwa Zdrowia, Głównego Inspektora Sanitarnego oraz Krajowego Konsultanta w dziedzinie Epidemiologii. W swoim raporcie dr Strong opisał i ocenił system nadzoru epidemiologicznego nad chorobami zakaźnymi w Polsce oraz system zarządzania Programem Szczepień Ochronnych, począwszy od planowania, poprzez organizowanie przetargów, transport, łańcuch chłodniczy i rozliczanie się z dostarczonych szczepionek przez punkty szczepień. Najbardziej wnikliwie zanalizowany został system rejestracji stanu zaszczepienia wraz z jego mocnymi i słabymi stronami.

W podsumowaniu raportu konsultant WHO sformułował następujące zalecenia:

1. Zachęca się Ministerstwo Zdrowia do oceny adekwatności finansowania Krajowego Ośrodka Referencyjnego Diagnostyki Odry i Różyczki w związku z koniecznością utrzymywania i rozszerzania badań potwierdzających, jak

również poprawy sprawności raportowania wyników.

2. Zachęca się Ministerstwo Zdrowia do oceny adekwatności finansowania i stanu zatrudnienia w Krajowym Ośrodku Referencyjnym Diagnostyki Poliomyelitis w związku z koniecznością utrzymywania wysokiej jakości badań potwierdzających.

3. Zachęca się Ministerstwo Zdrowia do rozważenia wprowadzenia standardowej, centralnej listy przeciwwskazań do szczepień w celu ograniczenia powodów nie szczepienia dzieci, oraz poprawy bezpieczeństwa pacjentów.

4. Zachęca się Państwowy Zakład Higieny do opracowania do celów nadzoru formularza gromadzącego w sposób ujednoczony informacje epidemiologiczne wraz z danymi laboratoryjnymi i umożliwiającego miesięczne raportowanie danych indywidualnych oraz ich sprawną analizę na poziomie regionalnym i krajowym.

5. Zachęca się Ministerstwo Zdrowia i Państwowy Zakład Higieny do wdrożenia ogólnokrajowego systemu elektronicznego nadzoru nad chorobami zakaźnymi, umożliwiającego pomiar wskaźników sprawności nadzoru oraz pozwalającego na szybszą ocenę wyników nadzoru.

6. WHO wraz z Ministerstwem Zdrowia powinny rozważyć usprawnienie oceny nadzoru nad chorobami, którym można zapobiegać przez szczepienia, np. poprzez rutynowe stosowanie wskaźników jakości nadzoru.

7. Państwowy Zakład Higieny powinien rozważyć wdrożenie indywidualnego raportowania zachorowań na różyczkę do Biura Regionalnego WHO, gdy zapadalność na tę chorobę zbliży się do 1 na 100 000 ludności lub wcześniej, po wprowadzeniu systemu elektronicznego nadzoru nad chorobami podlegającymi obowiązkowi zgłaszania.

8. Zachęca się Ministerstwo Zdrowia, aby jasno określiło odpowiedzialność wszystkich podmiotów uczestniczących w planowaniu i wdrażaniu Programu Szczepień Ochronnych (czyli Państwowego Zakładu Higieny, wojewódzkich i powiatowych stacji sanitarno-epidemiologicznych, Rady Sanitarno-Epidemiologicznej oraz Polskiego Towarzystwa Wakcynologicznego), jak również promowało dobrą współpracę we wdrażaniu programu szczepień.

9. Ministerstwo Zdrowia powinno rozważyć opracowanie strategii zwiększenia liczby zgłaszanych przez lekarzy podejrzeń odry, różyczki oraz ostrych porażen wiotkich. Strategia ta powinna zawierać poprawę wiedzy lekarzy na temat światowych programów eradykacji chorób zakaźnych oraz wdrożenie aktywnego nadzoru nad tymi jednostkami chorobowymi.

na podstawie "Assessment of Immunization Programme in Republic of Poland, April 4-7, 2005"

opracował Paweł Stefanoff

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

Opracowuje zespół: Mirosław P. Czarkowski (kier. zesp.),
Ewa Cielebak, Piotr Dacka, Barbara Kondej
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. Andrzej Zieliński
Konsultacja naukowa: prof. dr hab. Wiesław Magdzik