

Meldunek 12/A/06

o zachorowaniach na choroby zakaźne i zatruciach

zgłoszonych w okresie od 1.12 do 15.12.2006 r.

1. Liczba zachorowań na wybrane choroby zarejestrowanych w okresie 1-15.12.2006 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 12/A		Dane skumulowane ^{1/}	
	1.12.06. do 15.12.06.	1.12.05. do 15.12.05.	1.01.06. do 15.12.06.	1.01.05. do 15.12.05.
Cholera (A00)	-	-	-	1
Dur brzuszny (A01.0)	-	1	2	3
Dury rzekome A,B,C (A01.1-3)	1	-	2	3
Salmonelozy: ogółem (A02)	439	410	13033	15665
w tym: zatrucia pokarmowe (A02.0)	431	397	12892	15495
Czerwonka bakteryjna /szigelozą/ (A03)	-	2	35	77
Inne bakteryjne zakażenia jelitowe: ogółem (A04)	245	223	6108	4868
w tym: zakażenie <i>Escherichia coli</i> - enterokrwotoczną (A04.3)	-	-	6	6
wywołane przez <i>Campylobacter</i> (A04.5)	16	4	147	45
Inne bakteryjne zatrucia pokarmowe: ogółem (A05)	168	153	3812	4132
w tym: zatrucie gronkowcowe (A05.0)	4	6	412	646
zatrucie jadem kiełbasianym /botulizm/ (A05.1)	4	2	47	28
wywołane przez <i>Clostridium perfringens</i> (A05.2)	-	-	5	4
inne określone (A05.3-8)	1	-	102	196
nie określone (A05.9)	159	145	3246	3258
Lamblioza /giardioza/ (A07.1)	145	166	2788	3183
Kryptosporidioza (A07.2)	-	-	-	-
Wirusowe i inne określone zakażenia jelitowe: ogółem (A08)	723	414	19947	11991
w tym: nieżyt jelitowy wywołany przez rotawirusy (A08.0)	383	313	15374	9621
Biegunki u dzieci do lat 2: ogółem (A04; A08; A09)	727	645	20731	16660
w tym: BNO, prawdopodobnie pochodzenia zakaźnego (A09)	340	302	8368	7801
Dżuma (A20)	-	-	-	-
Tularemia (A21)	1	1	3	6
Wąglik (A22)	-	1	-	1
Bruceloza: nowe zachorowania (A23)	1	1	1	4
Leptospiroza (A27)	1	-	5	6
Jersinioza: ogółem (A04.6; A28.2)	9	4	184	130
Listerioza: ogółem (A32; P37.2)	2	1	25	21
Tężec: ogółem (A33-A35)	1	1	21	15
Błonica (A36)	-	-	-	-
Krzztusiec (A37)	122	53	1419	1883
Płonica /szkarlatyna/ (A38)	570	692	10148	9288
Choroba meningokokowa, inwazyjna: ogółem (A39) ^{2/}	7	12	221	196
w tym: zapalenie opon mózgowych (A39.0)	5	7	130	118
zapalenie mózgu (A39.8/G05.0)	-	1	15	9
posocznica (A39.1-4)	4	7	137	120
Legionelloza (A48.1-2)	6	3	93	20
Borelioza z Lyme (A69.2)	555	330	6275	4167
Gorączka Q (A78)	-	-	-	59

1. Liczba zachorowań na wybrane choroby zarejestrowanych w okresie 1-15.12.2006 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 12/A		Dane skumulowane ¹⁾	
	1.12.06. do 15.12.06.	1.12.05. do 15.12.05.	1.01.06. do 15.12.06.	1.01.05. do 15.12.05.
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)	1 - -	- - -	70 - -	31 - -
Encefalopatie gąbczaste: ogółem (A81.0,2-9) w tym: wariant choroby Creutzfeldta-Jakoba /vCJD/ (A81.0)	1 -	- -	8 -	13 -
Styczność i narażenie na wściekliznę / potrzeba szczepień (Z20.3/Z24.2) Wścieklizna (A82)	242 -	216 -	7280 1	7466 -
Wirusowe zapalenie mózgu: przenoszone przez kleszcze (A84) inne, określone (A83;A85;B00.4;B02.0) ³⁾ nie określone (A86)	10 5 6	12 1 5	308 65 210	165 38 161
Wirusowe zap. opon mózgowych, określ. i nie określ. (A87; B00.3; B02.1)	102	41	1516	1029
Bakteryjne zap. opon i/lub mózgu: określone, NGI (G00.2-8; G04.2) ⁴⁾ nie określone (G00.9; G04.2)	6 27	10 28	140 502	175 490
Zapalenie mózgu inne i nie określone (G04.0,8-9) Zapalenie opon mózgowych inne i nie określone (G03)	18 24	1 14	118 398	71 255
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⁾	1 - - 1	- - - -	3 - - 1	- - - -
Ospa wietrzna (B01) Ospa prawdziwa (B03) Odra (B05) Różyczka: ogółem (B06; P35.0)	9053 - - 296	9012 - 3 397	132853 - 120 20275	137538 - 13 7465
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 89 144 - 3	4 84 163 4 2	98 1608 2807 56 62	53 1661 2859 87 71
Bezobjawowy stan zakażenia wirusem HIV (Z21) Choroba wywołana przez HIV /AIDS/: ogółem (B20-B24)	31 3	10 5	547 157	303 152
Świnka /nagminne zapalenie przyusznicy/ (B26) Zimnica /malaria/ (B50-B54) Bąblowica /echinokokoza/ (B67) Włośnica (B75) Świerzb (B86)	219 1 4 2 544	1563 - 2 28 573	14911 17 59 132 10662	70644 15 34 62 11115
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)	15 4	13 4	204 114	163 105
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)	4 2	4 4	52 37	69 54
Grypa i podejrzenia zachorowań na grype: ogółem (J10; J11) w tym: przypadki potwierdzone laboratoryjnie (J10; J11)	10197 -	16425 1	245055 30	719600 46
Zatrucia naturalnie toksycznym pokarmem: ogółem (T61-T62) ⁷⁾ w tym: grzybami (T62.0) ⁷⁾	15 13	5 5	167 152	144 124
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⁾	334 1 181 79	399 3 183 71	8975 79 4651 2140	10276 93 5835 2448

2. Liczba zachorowań na wybrane choroby zarejestrowanych w okresie 1-15.12.2006 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	1	431	-	245	-	168	4	723	383	727	1	9	1
Dolnośląskie	-	28	-	12	-	29	-	42	37	53	-	-	-
Kujawsko-Pomorskie	-	18	-	-	-	5	-	25	19	42	-	-	-
Lubelskie	-	25	-	10	-	34	1	11	5	28	-	-	-
Lubuskie	-	15	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-
Łódzkie	1	67	-	31	-	18	-	91	28	52	-	-	-
Małopolskie	-	28	-	20	-	-	-	46	42	73	-	1	-
Mazowieckie	-	66	-	18	-	-	-	202	71	79	-	2	-
Opolskie	-	9	-	2	-	-	-	13	10	19	-	2	-
Podkarpackie	-	25	-	10	-	34	1	11	5	28	-	-	-
Podlaskie	-	12	-	20	-	11	-	40	1	28	-	-	-
Pomorskie	-	35	-	9	-	7	-	37	29	35	-	-	-
Śląskie	-	46	-	70	-	17	1	75	55	132	-	1	1
Świętokrzyskie	-	9	-	7	-	8	-	45	37	40	-	1	-
Warmińsko-Mazurskie	-	9	-	5	-	1	1	15	13	19	-	-	-
Wielkopolskie	-	30	-	20	-	-	-	67	29	82	-	1	-
Zachodniopomorskie	-	9	-	11	-	3	-	3	2	16	1	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) 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	-	122	7	5	4	-	10	102	6	27	9053	-	296
Dolnośląskie	-	1	-	-	-	-	-	1	1	5	695	-	11
Kujawsko-Pomorskie	-	1	-	-	-	-	-	7	-	-	471	-	5
Lubelskie	-	1	-	-	-	-	-	5	-	1	358	-	27
Lubuskie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	314	-	12
Łódzkie	-	44	-	-	-	-	1	4	-	2	356	-	10
Małopolskie	-	1	1	1	-	-	-	20	-	-	913	-	43
Mazowieckie	-	9	1	-	-	-	-	32	-	4	1105	-	67
Opolskie	-	-	-	-	-	-	1	5	1	1	315	-	8
Podkarpackie	-	1	-	-	-	-	-	5	-	1	358	-	27
Podlaskie	-	35	-	-	-	-	7	2	-	1	333	-	4
Pomorskie	-	1	1	1	1	-	-	1	-	1	409	-	7
Śląskie	-	23	2	2	1	-	-	5	3	4	1464	-	35
Świętokrzyskie	-	2	-	-	-	-	-	2	-	3	482	-	2
Warmińsko-Mazurskie	-	1	2	1	2	-	1	5	1	2	370	-	15
Wielkopolskie	-	2	-	-	-	-	-	6	-	-	894	-	13
Zachodniopomorskie	-	-	-	-	-	-	-	2	-	2	216	-	10

2. Liczba zachorowań na wybrane choroby zarejestrowanych w okresie 1-15.12.2006 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	89	144	3	219	1	2	15	4	4	2	10197	-
Dolnośląskie	-	16	20	-	18	-	-	-	-	-	-	511	-
Kujawsko-Pomorskie	-	9	7	2	12	-	-	1	-	-	-	105	-
Lubelskie	-	3	2	-	7	-	1	-	-	-	-	7	-
Lubuskie	2	-	1	-	6	-	-	2	1	-	-	-	-
Łódzkie	2	25	40	-	6	-	-	-	-	-	-	1498	-
Małopolskie	1	-	4	1	16	-	-	9	-	1	-	1383	-
Mazowieckie	-	6	17	-	15	-	-	1	1	-	-	4440	-
Opolskie	-	3	1	-	22	-	-	-	-	-	-	311	-
Podkarpackie	-	3	2	-	7	-	1	-	-	-	-	99	-
Podlaskie	1	-	1	-	6	-	-	-	-	-	-	23	-
Pomorskie	1	5	7	-	8	-	-	-	-	-	-	167	-
Śląskie	-	7	8	-	19	-	-	-	-	1	1	924	-
Świętokrzyskie	-	-	7	-	39	-	-	-	-	-	-	19	-
Warmińsko-Mazurskie	-	1	-	-	7	-	-	-	-	-	-	155	-
Wielkopolskie	1	11	25	-	21	-	-	1	1	1	-	252	-
Zachodniopomorskie	-	-	2	-	10	1	-	1	1	1	1	303	-

3. Liczba zachorowań na wybrane choroby zarejestrowanych w okresie 1-15.12.2006 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 12/A				Dane skumulowane ¹			
	Definicja przypadku ⁸			Razem	Definicja przypadku ⁸			Razem
	możliwe	prawdopodobne	potwierdzone		możliwe	prawdopodobne	potwierdzone	
Salmonelozы: ogółem (A02) ^{UE}	x	14	425	439	x	859	12174	13033
Czerwonka bakteryjna /szigelozą/ (A03) ^{UE}	x	-	-	-	x	5	30	35
Jersinioza: ogółem (A04.6; A28.2) ^{UE}	x	-	9	9	x	8	176	184
Zatrucie jadem kiełb. /botulizm/ (A05.1) ^{UE/PL}	-	1	3	4	21	4	22	47
Leptospiroza (A27) ^{UE/PL}	-	-	1	1	2	1	2	5
Odra (B05) ^{UE}	-	-	-	-	17	14	89	120
Wirusowe zapalenie wątroby typu A (B15) ^{UE}	x	-	8	8	x	4	94	98
Zimnica /malaria/ (B50-B54) ^{UE}	x	x	1	1	x	x	17	17
Włośnica (B75) ^{UE}	x	-	2	2	x	59	73	132

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.

Chorzy nowo zarejestrowani w poradniach gruźlicy i chorób płuc w III kwartale 2006 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	2015	9	36	1246
1. Dolnośląskie	135	1	1	103
2. Kujawsko-Pomorskie	99	1	3	72
3. Lubelskie	168	-	1	93
4. Lubuskie	47	-	-	24
5. Łódzkie	174	1	3	100
6. Małopolskie	123	-	2	108
7. Mazowieckie	251	3	5	150
8. Opolskie	63	-	2	32
9. Podkarpackie	117	-	-	72
10. Podlaskie	63	-	1	43
11. Pomorskie	135	2	1	70
12. Śląskie	242	1	5	139
13. Świętokrzyskie	118	-	2	58
14. Warmińsko-Mazurskie	79	-	3	34
15. Wielkopolskie	113	-	7	92
16. Zachodniopomorskie	88	-	-	56

Zapobieganie zakażeniom szpitalnym przenoszonym drogą naruszenia ciągłości tkanek

Posiedzenie Komisji Epidemiologii Chorób Zakaźnych i Bioterroryzmu Rady Sanitarno-Epidemiologicznej

W posiedzeniu Komisji w dniu 7 marca 2006 r. wzięli udział przedstawiciele Państwowego Zakładu Higieny, Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego, Głównego Inspektoratu Sanitarnego MSWiA, Wojewódzkich Stacji Sanitarno-Epidemiologicznych oraz szpitali klinicznych. Tematem obrad były zagadnienia związane z zapobieganiem zakażeniom szpitalnym przenoszonym drogą naruszenia ciągłości tkanek.

* * *

Prof. W. Magdzik (emerytowany profesor PZH) przedstawił sytuację epidemiologiczną zakażeń wirusami hepatotropowymi HCV i HBV w Polsce. • W latach 1999-2004 obserwowano systematyczny spadek zapadalności na wzv typu B oraz utrzymującą się na zbliżonym poziomie zapadalność na wzv typu C (ok. 5 na 100.000), przy 6-krotnym wzroście liczby zgonów spowodowanych wirusem HCV. • W 2005 r. zaobserwowano 10% wzrost zapadalności na wzv typu B (głównie wśród mężczyzn w wieku 20-24 lat oraz kobiet 15-24 lat) oraz 50% wzrost zapadalności na wzv typu C (głównie wśród mężczyzn w wieku 20-24 lat oraz wśród kobiet po 50 r.ż.). • Prof. Magdzik przedstawił możliwe przyczyny pogorszenia sytuacji epidemiologicznej zakażeń wirusami hepatotropowymi: 1) naturalne zjawisko fluktuacji zapadalności w sytuacji znacznego ograniczenia zachorowań; 2) pogorszenie stanu sterylizacji sprzętu medycznego i nie medycznego; 3) wyższa aktywność seksualna mężczyzn w wieku 20-24 lat oraz częstsze zażywanie przez nich narkotyków drogą dożylną; • Wzrost można również tłumaczyć poprzez zmiany sposobu rejestracji wiruso-

wych zapaleń wątroby w 2005 r. lub częstsze wykrywanie przewlekłych zakażeń u poborowych do wojska obligatoryjnie oddających krew.

Dr B. Jakimiak (Zakład Zwalczenia Skażeń Biologicznych PZH) przedstawiła wymogi dotyczące sterylizacji narzędzi i sprzętu mogącego doprowadzić do naruszenia ciągłości tkanek. • Przedstawiła aktualne zasady postępowania w sterylizacyjnym łańcuchu zależności, jak również aktualnie obowiązujące normy europejskie dotyczące sterylizacji (sterylizatorów, wskaźników, opakowań) oraz dezynfekcji. • Omówiła walidowane procesy dekontaminacji wyrobów medycznych. • Przedstawiła wyniki badań przekrojowych stanu sterylizacji w placówkach służby zdrowia w Polsce, prowadzonych w latach 1993-2005 przez Zakład Zwalczenia Skażeń Biologicznych PZH. • Badania wykazały systematyczną poprawę w zakresie procedur dekontaminacyjnych w polskich szpitalach. • Badania wykazały niedociągnięcia w stanie procesów sterylizacyjnych w polskich szpitalach: (1) stosowanie przez 30% szpitali niespecjalistycznych opakowań sterylizacyjnych; (2) nie prowadzenie przez ok. 30% szpitali dokumentacji sterylizacji w powiązaniu z konkretnymi pacjentami; (3) prowadzenie w niektórych szpitalach resterylizacji lub reprocessowania sprzętu jednorazowego użycia.

Dr E. Narolska-Wierczewska (Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Bydgoszczy) przedstawiła stan sterylizacji narzędzi w instytucjach medycznych w Polsce na podstawie danych Głównego Inspektoratu Sanitarnego. • W 2004 r. autoklawy stanowiły ponad 50% urządzeń wykorzystywanych do prowadzenia sterylizacji w polskich szpitalach, od 60% w woj. lubuskim do 89% w woj. podkarpackim. • W 2004 r. zakwestionowano stan sanitarny w 4% placówkach POZ, w porównaniu z 2% w 2002 r. (nieprawidłowości: zbyt mała powierzchnia pomieszczeń do sterylizacji, krzyżowanie się dróg brudnych i czystych oraz brak centralnych sterylizatori). • Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 22.06.2005 r. określa wymagania, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładów opieki zdrowotnej i zawiera zapis o obowiązku zapewnienia stałego zaopatrzenia placówki w materiały sterylne. • Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 9.03.2000 r. określa wymagania, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia, urządzenia i sprzęt medyczny służący wykonywaniu praktyki lekarskiej i stomatologicznej. Nakłada ono obowiązek stosowania w gabinetach zabiegowych autoklawów lub sterylizatorów niskotemperaturowych, jak również zapewnienia odpowiednich warunków do prowadzenia sterylizacji narzędzi oraz uzyskania właściwego certyfikatu.

Dr P. Leszczyński przedstawił rozwiązania w zakresie zapobiegania zakażeniom szpitalnym przenoszonym drogą naruszenia ciągłości tkanek w Szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie. • Szpital ten jest dużym kompleksem szpitalnym o budowie pawilonowej i nie ma centralnej sterylizatorni. • Zespół kontroli zakażeń szpitalnych w latach 2000-2006 doprowadził do eliminacji resterylizacji sprzętu jednorazowego użytku oraz zorganizował centralne punkty sterylizacji i wyposażył oddziały w autoklawy, eliminując sterylizatory na suche, gorące powietrze, pozostawiając je jedynie w laboratoriach do sterylizacji szkła laboratoryjnego. • Doprowadzono do połączenia pracowni endoskopowych ze wspólnym pomieszczeniem do dezynfekcji endoskopów objętej odpowiednią procedurą. • Wobec braku możliwości stworzenia w omawianym szpitalu centralnej sterylizatorni stwo-

rzo stanowisko specjalisty do spraw sterylizacji, który odpowiada za procedury i kontrolę procesów sterylizacji. • Zespół zakażeń szpitalnych stworzył instrukcje postępowania z odpadami ostrymi obowiązującymi wszystkich pracowników. Procedura obejmuje rejestrację wszystkich narażeń i monitorowanie przez 6 miesięcy.

Eksperci uczestniczący w dyskusji uznali, że należy dążyć do stworzenia centralnych sterylizatori na terenie wszystkich szpitali w Polsce oraz ujednoczenia wymaganych kwalifikacji ich kierowników. • Obowiązujące prawodawstwo reguluje przede wszystkim sprawy dotyczące wymagań technicznych nadzoru w szpitalu, a nie mówi o nadzorze nad działaniami ludzi. • Brak poprawy sytuacji epidemiologicznej zakażeń przenoszonych drogą naruszenia ciągłości tkanek może być związany z niedociągnięciami w higienie szpitalnej, ale również z niedostatecznym egzekwowaniem przepisów dotyczących sterylizacji narzędzi wielokrotnego użytku w zakładach fryzjerskich lub salonach tatuażu. • Wdrożony kilka lat temu nadzór nad zakażeniami HCV (a nie tylko ostrymi postaciami choroby) ma nieokreśloną czułość i wzrost zapadalności na zwz C może w równym stopniu odzwierciedlać wzrost liczby zakażeń, jak lepsze ich wykrywanie. • Szerzenie się wirusowych zapaleń wątroby ma związek przede wszystkim z małymi zabiegami, a w znacznie mniejszym stopniu - z dużymi zabiegami operacyjnymi. W strategii zapobiegania zakażeniom przenoszonym drogą naruszenia ciągłości tkanek należy uwzględnić, oprócz prawidłowych procedur sterylizacji, również technikę zabiegów terapeutycznych i diagnostycznych, warunki sanitarno-higieniczne w salach zabiegowych, stosowane materiały i sprzęt oraz higienę osobistą personelu.

* * *

Na podstawie obrad Komisji sformułowane zostały następujące wnioski:

1. Konieczna jest poprawa czułości nadzoru epidemiologicznego nad zakażeniami przenoszonymi drogą naruszenia ciągłości tkanek oraz przeprowadzenia dedykowanych badań epidemiologicznych mających lepszą identyfikację grup narażonych oraz czynników ryzyka.
2. Istnieje potrzeba stworzenia mechanizmów umożliwiających dostosowanie zakładów opieki zdrowotnej będących w trudnej sytuacji finansowej do obowiązujących przepisów sanitarnych, jak również rozwiązania takich, niedopuszczalnych w zakładach służby zdrowia zjawisk, jak resterylizacja lub reprocesowanie sprzętu jednorazowego użytku lub używanie w salach zabiegowych sterylizatorów na suche, gorące powietrze.
3. Komisja zaapelowała o poprawę egzekwowania istniejących przepisów sanitarnych w placówkach niemedyceńskich, takich jak zakłady fryzjerskie lub salony tatuażu.
4. Powołano grupę roboczą, która opracuje szczegółowe propozycje rozwiązań legislacyjnych mających doprowadzić do ograniczenia ryzyka zakażenia drogą naruszenia ciągłości tkanek w placówkach służby zdrowia.

Paweł Stefanoff, Sekretarz Komisji

Kalendarz Szczepień Ochronnych na 2007 rok

Posiedzenie Komisji Epidemiologii Chorób Zakaźnych i Bioterroryzmu Rady Sanitarnej-Epidemiologicznej

W posiedzeniu Komisji w dniu 26 kwietnia 2006 r. wzięli udział przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia, Głównego

Inspektoratu Sanitarnego, Państwowego Zakładu Higieny, Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego, Instytutu Gruźlicy, Wojewódzkich Stacji Sanitarnej-Epidemiologicznych, konsultacyjnych poradni szczepień oraz szpitali klinicznych. Tematem obrad był projekt Kalendarza Szczepień Ochronnych na 2007 r.

* * *

Dyr. W. Dębiński (Główny Inspektorat Sanitarny) podsumował zmiany w Programie Szczepień Ochronnych (PSO) w ostatnich latach. • W latach 2003-2006 nastąpiła istotna modernizacja polskiego PSO (rezygnacja z rewakcji szczepionką BCG, zastąpienie jednoskładnikowych szczepionek przeciw odrze i różyczce trójskładnikową szczepionką przeciw odrze, śwince i różyczce podawaną w 2 i 10 r.ż.). • Projekt PSO na 2007 r. uwzględnia rezygnację z dawki przypominającej doustnej szczepionki przeciw polio-myelitis (OPV) w 6 r.ż. oraz wprowadzanie szczepionek o wysokim stopniu skojarzenia (korzyści: radykalne zmniejszenie liczby iniekcji w pierwszych 2 latach życia, dostosowanie polskiego PSO do standardów Unii Europejskiej, zmniejszenie liczby niepożądanych odczynów poszczepiennych oraz odciążenie magazynów Państwowej Inspekcji Sanitarnej i punktów szczepień; wady: konieczność określenia kompatybilności schematów szczepień ochronnych w przypadku rozpoczęcia i zakończenia szczepienia innymi preparatami, znaczący wzrost kosztów związanych z realizacją programu szczepień oraz możliwość niepełnego wykorzystania szczepionek stosowanych dotychczas w programie szczepień ochronnych). • Planowane wprowadzenie powszechnych szczepień przeciw *H. influenzae* typu b (Hib) w 1 i 2 r.ż., uzależnione jest od uzyskania na ten cel odpowiedniej kwoty w budżecie.

Prof. W. Magdzik (emerytowany profesor PZH) przedstawił swoje propozycje do PSO na 2007 r. • rozszerzenie szczepień przeciw Hib na wszystkie dzieci w wieku 1 i 2 lat; • włączenie do programu szczepionki o wysokim stopniu skojarzenia; • przesunięcie drugiej dawki szczepionki przeciw odrze, śwince i różyczce z 10 na 7 r.ż., w celu lepszej profilaktyki świnki; • włączenie nowych szczepionek przeciw rotawirusom i ospie wietrznej jako szczepionek zalecanych; • włączenie szczepionki przeciw *S. pneumoniae* jako obowiązkowej dla dzieci z patologią układu krążenia, oddechowego oraz immunologicznego. • Istnieje konieczność przyjęcia długoterminowej strategii uodpornienia populacji przeciw wzv B w związku ze zbliżającym się terminem, w którym dzieci zaszczepione przeciw HBV w latach 1994-1996 w wieku noworodkowym i niemowlęcym osiągną wiek 14 lat, w którym będą podlegały obowiązkowi podstawowego szczepienia gimnazjalistów.

Mgr M. Kadłubowski (Krajowy Ośrodek Referencyjny Zakażeń Ośrodkowego Układu Nerwowego - KOROUN) przedstawił sytuację choroby inwazyjnej wywołanej Hib w Polsce na tle Europy. • Polska jest jedynym krajem Unii Europejskiej, który nie wprowadził masowych szczepień przeciw Hib. • Wieloletnie doświadczenia innych krajów wskazują na skuteczność szczepień w eliminacji zachorowań oraz nie potwierdzają obaw, że masowe szczepienia przeciw Hib spowodują zastępowanie typu serologicznego B innymi typami lub szczepami bezotoczkowymi. • Według danych KOROUN 95% zakażeń inwazyjnych w Polsce w latach 1997-2005 było wywołanych serotypem B, natomiast pozostałe - szczepami bezotoczkowymi lub serotypem E. • Zakażenia Hib są jedną z najczęstszych przyczyn zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych u dzieci do 5 r.ż. w Polsce, mają

bardzo ciężki przebieg kliniczny i dają często trwale powikłania.

Prof. J. Wysocki (Polskie Towarzystwo Wakcynologiczne - PTW) przedstawił rolę Towarzystwa w informowaniu społeczeństwa na temat PSO oraz propagowaniu szczepień rekomendowanych w PSO. • PTW organizuje warsztaty edukacyjne dla wojewódzkich poradni szczepień, ogólnopolskie kongresy naukowe, szkolenia dla lekarzy, pielęgniarek i pracowników Państwowej Inspekcji Sanitarnej na poziomie województw, konferencje prasowe wraz ze spotkaniami szkoleniowymi dla dziennikarzy, jak również opracowuje rocznie 3-4 suplementy do "Medycyny Praktycznej" poświęcone szczepieniom. • Istotne zmiany w PSO, takie jak zniesienie rewakcynacji BCG, lub panika powstała wokół ptasiej grypy wprowadzały w ubiegłym roku niepokój społeczny i uzasadniały konieczność rzetelnego informowania o szczepieniach. • Działania PTW przyczyniły się m.in. do zaszczepienie 30% niemowląt szczepionką przeciw Hib. • Prof. J. Wysocki poparł inicjatywę rozszerzenia szczepień przeciw Hib na wszystkie dzieci w wieku 1-2 lat oraz zaapelował o włączenie szczepienia przeciw ospie wietrznej dla dzieci z grup ryzyka, przede wszystkim z chorobami nowotworowymi oraz ich otoczenia, włączenie szczepienia wcześniaków przeciw krztuścowi komponentą bezkomórkową.

W dyskusji, prof. E. Bernatowska (Szpital-Pomnik Centrum Zdrowia Dziecka) przedstawiła postulat objęcia refundacją obecnie zalecanych w PSO szczepień przeciw pneumokokom dla dzieci z grup ryzyka. • Zgromadzeni eksperci z niepokojem obserwują coraz większą aktywność ruchów antyszczepionkowych i ich coraz lepszą organizację. W takich sytuacjach opiniotwórcze środowiska naukowe powinny zająć stanowisko i wypowiadać się jak najszerzej. • Podkreślono rolę szerokiego informowania opinii publicznej posługując się przykładem wcześniejszych prób wycofania szczepień przeciw gruźlicy, którym towarzyszył niepokój, podsycany przez niechętnie zmianom środowiska za pośrednictwem mediów. • Według prof. A. Zielińskiego (Zakład Epidemiologii PZH) wycofanie się z dawki przypominającej OPV jest przedwczesne ze względu na sąsiedztwo z krajami stosującymi wyłącznie doustną szczepionkę oraz możliwość zawleczenia dzikiego wirusa z nadal istniejących terenów endemicznych. • Dyskutowano celowość przeniesienia drugiej dawki szczepionki przeciw odrze, śwince i różyczce (MMR) z 10 na 6 r.ż. • Zasugerowano, że być może będzie konieczne wdrożenie ogólnokrajowych lub regionalnych szczepień przeciw chorobie meningokokowej w związku z systematycznym wzrostem liczby inwazyjnych zakażeń meningokokowych spowodowanych grupą serologiczną C oraz wzroście częstości dwóch wysoce zjadliwych szczepów grupy serologicznej C, związanych z najwyższą śmiertelnością.

* * *

Na podstawie obrad Komisji sformułowane zostały następujące wnioski:

1. Komisja akceptuje zmiany zaproponowane przez Główny Inspektorat Sanitarny w projekcie Programu Szczepień Ochronnych na 2007 r.
2. Komisja postuluje włączenie do kalendarza szczepienia przeciw *Haemophilus influenzae* typu b w 1 i 2 r.ż. oraz kontynuację podawania dawki przypominającej doustną szczepionką przeciw poliomyelitis w 6 r.ż., dopóki istnieją endemiczne ogniska polio na świecie.

3. Komisja rekomenduje włączenie do kalendarza szczepienia przeciw ospie wietrznej dzieci z chorobami nowotworowymi oraz szczepienia przeciw pneumokokom dzieci z patologią układu krążenia, oddechowego oraz immunologicznego.
4. Komisja zaleca włączenie jako zalecanych szczepień przeciw rotawirusom oraz lepsze monitorowanie sytuacji w zakresie choroby meningokokowej w celu ewentualnego włączenia szczepień przeciw meningokokom do kalendarza.
5. Komisja zaleca rozważenie przesunięcia drugiej dawki szczepionki przeciw odrze, śwince i różyczce na 6 r.ż. w celu skutecznej profilaktyki świnki.
6. Komisja zwróciła się do prof. K. Chomiczewskiego o powołanie zespołu, który opracuje propozycje zmian w Ustawie o chorobach zakaźnych, umożliwiających częściową refundację szczepień przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
7. Komisja zaapelowała o długoterminowe planowanie Programu Szczepień Ochronnych z uwzględnieniem wdrażania szczepionek wysoce skojarzonych oraz uwzględniania konieczności podejmowania z wyprzedzeniem takich decyzji, jak np. wycofanie szczepienia przypominającego przeciw wzw B w 14 r.ż. w latach 2008-2010.

Paweł Stefanoff, Sekretarz Komisji

Systemy wczesnego ostrzegania w nadzorze nad chorobami zakaźnymi w Polsce

Posiedzenie Komisji Epidemiologii Chorób Zakaźnych i Bioterroryzmu Rady Sanitarno-Epidemiologicznej

W posiedzeniu Komisji w dniu 31 maja 2006 r. wzięli udział przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia, Głównego Inspektoratu Sanitarnego, Biura Bezpieczeństwa Narodowego, Państwowego Zakładu Higieny, Wojskowego Instytutu Higieny i Epidemiologii oraz Wojewódzkich Stacji Sanitarno-Epidemiologicznych. Tematem obrad było wdrożenie systemów wczesnego ostrzegania do nadzoru epidemiologicznego nad chorobami zakaźnymi w Polsce.

* * *

Dr Michał Ilnicki (Główny Inspektorat Sanitarny - GIS) przedstawił działania GIS zmierzające do wprowadzenia systemu wczesnego ostrzegania w ramach systemu GISK-NET. • Zgodnie z obowiązującymi w Polsce przepisami, każde podejrzenie zachorowania, zachorowanie lub zgon z powodu choroby zakaźnej powinny być zgłoszone przez lekarza do Powiatowego Inspektora Sanitarnego w ciągu 24 godzin. • Zdarzenia o charakterze alarmowym są przekazywane drogą telefoniczną do stacji powiatowych lub (poza godzinami pracy) na alarmowe telefony komórkowe w stacjach wojewódzkich. • GISK-NET jest nowo tworzonym systemem elektronicznego nadzoru nad chorobami zakaźnymi, złożonym z centralnej bazy danych w Głównym Inspektoracie (z kopią w Państwowym Zakładzie Higieny), którego użytkownicy we wszystkich stacjach powiatowych będą się łączyli z bazą poprzez przeglądarkę internetową i tą drogą uzupełniali dane o zgłoszonych podejrzeniach zachorowań i zachorowaniach. • System umożliwi automatyczne wysyłanie za pośrednictwem poczty elektronicznej oraz komunikatora internetowego komunikatów alarmowych do nadrzędnej WSSE, GIS oraz PZH w chwili zarejestrowania przez użyt-

kownika systemu choroby znajdującej się na liście chorób alarmowych. • System GISK-NET nie poprawi czułości nadzoru epidemiologicznego i nie wpłynie na szybkość przepływu informacji pomiędzy lekarzem a stacją sanitarno-epidemiologiczną, jednak usprawni przepływ informacji wewnątrz Inspekcji Sanitarnej i ułatwi analizę epidemiologiczną gromadzonych w systemie danych.

Prof. S. Majcherczyk (Biuro Bezpieczeństwa Narodowego - BBN) przedstawił znaczenie systemu wczesnego ostrzegania działającego w czasie rzeczywistym w sytuacji pojawienia się pandemii grypy H5N1 lub ataku bioterrorystycznego. • Ważne jest włączenie do programów studiów lekarskich nauczania o rzadkich lub wyeradykowanych chorobach, takich jak ospa prawdziwa lub wąglik. • W sytuacji ataku bioterrorystycznego najważniejsze jest wykrycie nietypowych sygnałów i nie opieranie się na rozpoznaniach lekarskich, ponieważ nie da się przewidzieć scenariusza ataku. • System wczesnego ostrzegania musi spełniać następujące kryteria: zdolność rejestrowania niewielkich odchyśleń od przeciętnego poziomu zdarzeń, działać w czasie rzeczywistym oraz obejmować zasięgiem duży obszar geograficzny. • System opracowany w BBN obejmuje rejestrację zespołów objawów, które wystąpiły u pacjentów ze szpitali i ambulatoriów w danym dniu, których lista, wraz z liczbą chorych, jest przesyłana codziennie przez lekarza za pomocą wiadomości tekstowej (sms). • Dane z terenu kraju są sumowane w centrum koordynacyjnym i poddane analizie statystycznej porównującej nadchodzące dane z poziomem bazowym. • Jako kolejne etapy działania planuje się monitorowanie absencji w służbach mundurowych i służbie zdrowia, szkołach i przedszkolach oraz monitorowanie sprzedaży leków w aptekach.

Mgr B. Górnicka (Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Warszawie) przedstawiła plan wprowadzenia w warszawskiej stacji systemu wczesnego ostrzegania w przypadku ataku terrorystycznego z użyciem broni biologicznej. • Planowany system wczesnego ostrzegania miałby objąć dane o frekwencji ze wszystkich 1.112 szkół podstawowych na terenie woj. mazowieckiego, dane o sprzedaży leków przeciwgorączkowych w 125 (z 1.385) aptek oraz dane o wybranych objawach u pacjentów z 796 placówek podstawowej opieki zdrowotnej. • W badaniu pilotowym 92 na 100 lekarzy pozytywnie oceniło ankietę zawierającą listę 8 zespołów objawowych, wstępnie zaprojektowaną w oparciu o zalecenia CDC w Atlancie. • Meldunki przesyłane codziennie z terenu województwa poddane analizie statystycznej i weryfikacji będą uruchamiały odpowiednią procedurę alarmową.

W dyskusji: • Podkreślono, że dobrowolny udział dyrektorów szkół i kierowników aptek w omawianych przez prelegentów systemach może być trudny do wyegzekwowania. • Systemy obejmujące wytypowanych lekarzy i laboratoria typu "sentinel" są dobrym rozwiązaniem ze względu na opieranie alarmów o zagrożeniach na zachorowaniach potwierdzonych laboratoryjnie. • Tradycyjny nadzór epidemiologiczny nad chorobami zakaźnymi znacznie wolniej reaguje na zagrożenia i powinien być uzupełniany systemami wczesnego ostrzegania opartymi na zgłaszaniu zespołów objawów, zużyciu leków, itp. • Systemy oparte na zgłaszaniu zespołów objawowych (syndromic surveillance) powinny funkcjonować i mają szansę skutecznego wykrywania zagrożeń szczególnie w sytuacji masowego wzrostu zachorowań. • Najlepszym rozwiązaniem byłaby integracja syste-

mów nadzoru w czasie rzeczywistym z rutynowym nadzorem epidemiologicznym (systemem GISK-NET), najlepiej za pośrednictwem Głównego Inspektora Sanitarnego.

* * *

Na podstawie obrad Komisji sformułowane zostały następujące wnioski:

1. Komisja z zadowoleniem przyjęła wdrażanie elektronicznego systemu nadzoru nad chorobami zakaźnymi GISK-NET zawierającego moduł wczesnego ostrzegania oraz stworzenie projektów nadzoru nad zespołami objawowymi przez Biuro Bezpieczeństwa Narodowego oraz Wojewódzką Stację Sanitarno-Epidemiologiczną w Warszawie.
2. Ważne jest jak najszybsze wdrożenie systemów nadzoru nad zespołami objawowymi obejmujących teren całego kraju.
3. Postuluje się koordynację systemów wczesnego reagowania na zagrożenia biologiczne z rutynowym nadzorem epidemiologicznym, którego struktury są niezastąpione w weryfikowaniu sygnałów alarmowych poprzez sprawne dochodzenie epidemiologiczne oraz potwierdzanie laboratoryjne czynników etiologicznych zdarzeń alarmowych.
4. Ważne jest zapewnienie skutecznej organizacji działań w przypadku katastrof spowodowanych czynnikami biologicznymi poprzez integrację działań przeciwepidemicznych, diagnostyki laboratoryjnej oraz medycyny naprawczej poprzez przywrócenie instytucji lekarza dyżurnego kraju oraz lekarzy dyżurnych województw oraz stworzenie wyodrębnionej komórki w Głównym Inspektoracie Sanitarnym zajmującej się sprawami zagrożenia bioterrorystycznego.

Paweł Stefanoff, Sekretarz Komisji

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

Opracowuje zespół: Mirosław P. Czarkowski (kier. zesp.),
Ewa Cielebąk, Barbara Kondej, Piotr Dacka
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