

Meldunek 5/B/01

o zachorowaniach na choroby zakaźne i zatruciach związkami chemicznymi zgłoszonych w okresie od 16.05 do 31.05.2001 r.

Jednostka chorobowa (symbole wg "Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych" ICD-10)	Meldunek 5/B		Dane skumulowane	
	16.05.01. do 31.05.01.	16.05.00. do 31.05.00.	1.01.01. do 31.05.01.	1.01.00. do 31.05.00.
Choroba wywołana przez ludzki wirus upośl.odp.: ogółem (B20-B24)	3	3	30	22
Dur brzuszny (A01.0)	1	-	2	3
Dury rzekome A.B.C. (A01.1-A01.3)	6	-	7	-
Salmonelozy: ogółem (A02)	1182	1722	5386	6003
Czerwonka bakteryjna /szigelozja/ (A03)	4	-	28	37
Inne bakteryjne zakażenia jelitowe: ogółem (A04)	194	283	2033	2401
Wiusowe i inne określone zakażenia jelitowe: ogółem (A08)	244	287	2869	2224
Biegunki u dzieci do lat 2: ogółem (A04; A08; A09)	775	1061	7588	9938
w tym: BNO, prawdopodobnie pochodzenia zakaźnego (A09)	518	709	4536	6926
Tężec: ogółem (A33-A35)	-	1	6	3
Błonica (A36)	-	-	-	1
Krztusiec (A37)	125	78	1158	620
Szkarlatyna /płonica/ (A38)	360	495	3666	5088
Zapalenie opon mózgowych: razem	78	61	636	625
w tym: meningokokowe (A39.0)	2	4	58	54
wywołane przez <i>Haemophilus influenzae</i> (G00.0)	4	4	26	39
inne bakteryjne, określone i nie określone (G00.1-G00.9)	36	28	265	287
wirusowe, określone i nie określone (A87; B00.3; B02.1)	26	21	220	191
inne i nie określone (G03)	10	4	67	54
Zapalenie mózgu: razem	22	27	155	168
w tym: meningokokowe i inne bakteryjne: ogółem (A39.8; G04.2)	12	5	55	44
wirusowe, przenoszone przez kleszcze (A84)	2	4	5	4
inne wirusowe, określone (A83; A85; B00.4; B02.0; B25.8)	-	-	9	13
wirusowe, nie określone (A86)	4	12	52	73
poszczepienne (G04.0)	-	-	-	-
inne i nie określone (G04.8-G04.9)	4	6	34	34
Riketsjozy: ogółem (A75-A79)	-	-	-	-
Ostre nagminne porażenie dziecięce, łącznie z poszczepiennym (A80)	-	-	-	-
Ospa wietrzna (B01)	6101	7094	64348	74037
Odra (B05)	5	8	79	48
Różyczka: ogółem (B06; P35.0)	9826	4176	53115	29431
Wirusowe zap. wątroby: typu A (B15)	31	8	178	113
typu B (B16; B18.0-B18.1)	110	131	982	1215
typu C (B17.1; B18.2)	99	81	797	849
typu B+C (B16; B18.0-B18.1 + B17.1; B18.2)	7	4	56	62
inne i nieokreśl.(B17.0;B17.2-.8;B18.8-.9;B19)	5	13	94	149
Świnka /nagminne zapalenie przyusznic/ (B26)	791	928	5791	10297
Włośnica (B75)	-	-	18	5
Świerzb (B86)	434	432	6497	7130
Grypa: ogółem (J10; J11)	109	295	519048	1528329
Bakteryjne zatrucia pokarmowe: razem	1401	1900	6772	7309
w tym: salmonelozy (A02.0)	1176	1717	5351	5979
gronkowcowe (A05.0)	29	20	104	81
jadem kiełbasianym /botulizm/ (A05.1)	11	4	33	17
wywołane przez <i>Clostridium perfringens</i> (A05.2)	-	-	1	1
inne określone (A05.3-A05.8)	6	18	59	68
nie określone (A05.9)	179	141	1224	1163
Zatrucia naturalnie toksycznym pokarmem: ogółem (T62)	2	2	16	10
w tym: grzybami (T62.0)	2	2	10	10
Inne zatrucia: ogółem (T36-T60; T63-T65)	285	506	3807	3614
w tym: pestycydami (T60)	12	9	137	24
lekami, prep.farmakologicznymi i subst.biolog. (T36-T50)	171	262	1946	2037
alkoholem (T51)	44	155	717	786
Ostre porażenia wiotkie u dzieci (0-14 lat)	1	-	33	17

Zachorowania zgłoszone w okresie 16-31.05.2001 r. wg województw

Województwo	Choroba wyw.przez ludzki wirus upośl. odp.: ogółem (B20-B24)	Dur brzuszny (A01.0)	Dury rzekome A.B.C. (A01.1-3)	Salmonelozy: ogółem (A02)	Czerwonka bakteryjna /szigelozą/ (A03)	Biegunki u dzieci do lat 2: ogółem (A04; A08; A09)	Teżec: ogółem (A33-A35)	Krzusiec (A37)	Szkarlatyna (A38)	Zapalenie opon mózgowych		Zapalenie mózgu	
										Ogółem (A39.0; A87; B00.3; B02.1; G00; G03)	w tym: meningokokowe (A39.0)	Ogółem (A39.8; A83-86; B00.4; B02.0; B25.8; G04.0; G04.2; G04.8-9)	w tym: wirusowe, prz. przez kleszcze (A84)
POLSKA	3	1	6	1182	4	775	-	125	360	78	2	22	2
Dolnośląskie	-	-	-	63	-	86	-	5	29	9	-	1	-
Kujawsko-Pomorskie	2	-	-	74	-	40	-	2	19	1	-	4	-
Lubelskie	-	-	-	71	1	44	-	-	7	1	-	1	-
Lubuskie	-	-	-	8	-	7	-	-	5	5	-	-	-
Łódzkie	-	-	-	67	-	32	-	47	14	1	-	-	-
Małopolskie	-	-	-	72	-	67	-	1	32	14	-	-	-
Mazowieckie	-	-	-	205	1	56	-	14	52	11	-	1	-
Opolskie	1	-	-	20	-	15	-	5	23	2	-	1	1
Podkarpackie	-	-	-	79	1	44	-	-	7	4	1	4	-
Podlaskie	-	1	-	127	-	33	-	11	10	2	-	1	1
Pomorskie	-	-	-	36	-	61	-	-	17	6	-	-	-
Śląskie	-	-	-	90	-	90	-	3	53	5	-	3	-
Świętokrzyskie	-	-	-	54	1	35	-	16	4	2	-	1	-
Warmińsko-Mazurskie	-	-	6	45	-	43	-	15	11	3	-	-	-
Wielkopolskie	-	-	-	150	-	94	-	6	66	8	1	3	-
Zachodniopomorskie	-	-	-	21	-	28	-	-	11	4	-	2	-

Województwo	Ospa wietrzna (B01)	Odra (B05)	Różyczka: ogółem (B06; P35.0)	Wirusowe zapalenie wątroby			Świnka (B26)	Włośnica (B75)	Świerzb (B86)	Grypa: ogółem (J10; J11)	Bakteryjne zatrucia pokarmowe: ogółem (A02.0; A05)	Zatrucia grzybami (T62.0)	Inne zatrucia: ogółem (T36-T60; T63-T65)
				typu A (B15)	typu B: ogółem (B16; B18.0-1)	typu C: ogółem (B17.1; B18.2)							
POLSKA	6101	5	9826	31	117	106	791	-	434	109	1401	2	285
Dolnośląskie	362	-	1640	6	14	16	43	-	15	14	82	-	17
Kujawsko-Pomorskie	413	-	1688	-	11	11	70	-	42	2	88	-	16
Lubelskie	162	-	288	2	1	7	40	-	26	-	75	1	32
Lubuskie	366	-	356	1	4	5	3	-	6	2	15	-	15
Łódzkie	269	-	416	3	21	12	16	-	39	-	75	-	14
Małopolskie	585	1	573	2	3	1	98	-	26	-	86	-	11
Mazowieckie	605	-	533	13	9	13	33	-	63	25	207	-	12
Opolskie	261	-	351	-	5	2	80	-	9	19	37	-	3
Podkarpackie	287	-	238	1	1	1	8	-	35	-	79	-	38
Podlaskie	286	-	52	-	3	3	62	-	11	-	125	1	11
Pomorskie	367	-	291	2	6	5	53	-	13	27	93	-	13
Śląskie	901	3	1398	-	18	5	164	-	68	4	129	-	47
Świętokrzyskie	220	-	234	-	8	10	26	-	14	-	69	-	37
Warmińsko-Mazurskie	208	-	171	-	2	3	6	-	13	-	50	-	8
Wielkopolskie	669	-	1268	1	4	9	81	-	28	16	154	-	6
Zachodniopomorskie	140	1	329	-	7	3	8	-	26	-	37	-	5

Chorzy nowo zarejestrowani w poradniach gruźlicy i chorób płuc podległych Ministerstwu Zdrowia¹ w 2000 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	11477	103	241	6518
1. Dolnośląskie	845	11	18	502
2. Kujawsko-Pomorskie	501	5	8	316
3. Lubelskie	778	3	13	463
4. Lubuskie	163	3	3	91
5. Łódzkie	1004	15	20	644
6. Małopolskie	669	2	18	543
7. Mazowieckie	1863	21	47	950
8. Opolskie	327	-	6	218
9. Podkarpackie	635	2	20	371
10. Podlaskie	271	2	8	151
11. Pomorskie	630	15	17	358
12. Śląskie	1722	10	31	818
13. Świętokrzyskie	487	2	10	221
14. Warmińsko-Mazurskie	369	3	6	128
15. Wielkopolskie	766	7	12	477
16. Zachodniopomorskie	447	2	4	267

¹ Bez PKP, MON i MSW.

Sytuacja epidemiologiczna gruźlicy w Polsce w roku 2000

Ocenę sytuacji epidemiologicznej gruźlicy w Polsce w roku 2000, podobnie jak w latach poprzednich, przeprowadzono w oparciu o rutynowo stosowane w takich ocenach mierniki epidemiologiczne: zapadalność i chorobowość. W analizie nie uwzględniono umieralności z powodu gruźlicy, ze względu na brak aktualnych danych z GUS. Współczynniki obliczono w stosunku do 100.000 ludności. W nawiasach podano wartości z roku poprzedniego, tj. 1999.

Zapadalność na gruźlicę

W roku 2000 kontynuowana była tendencja spadkowa w zapadalności na gruźlicę. Tempo spadku uległo spowolnieniu w porównaniu z rokiem poprzednim, w którym znaczący spadek rejestrowanej zapadalności był raczej wynikiem zaburzeń w zakresie wykrywania i/lub zgłaszania gruźlicy niż rzeczywistego spadku zachorowań. W ocenianym roku zarejestrowano 11.477 zachorowań na gruźlicę. Było to o 702 zachorowania mniej niż w roku poprzednim. Współczynnik zapadalności - 29,7 (31,5) - był o 5,7% niższy niż w roku Wśród nowych zachorowań było 6.518 (6.709) chorych, u których uzyskano potwierdzenie bakteriologiczne diagnozy. Zapadalność na tę postać gruźlicy zmniejszyła się nieznacznie, bo o 2,8% w porównaniu z rokiem poprzednim i wynosiła - 16,9 (17,4). Udział tej grupy chorych, będących źródłem zakażenia dla innych, wśród ogółu chorych - 56,8% (55,1%) - tylko nieznacznie zwiększył się. W porównaniu z innymi krajami jest to nadal odsetek niski.

Wśród chorych na gruźlicę płuc prątkujących, szczególnie znaczenie jako źródło zakażenia dla innych mają chorzy obficie prątkujący, to jest tacy, u których prątki stwierdza się w preparacie płwociny oglądanym pod mikroskopem - takich chorych było 3.713 (3.711) - współczynnik 9,6 (9,6). Udział tej grupy chorych, najważniejszej ze względu na ich udział w transmisji zakażenia prątkiem, utrzymuje się od wielu lat na niskim poziomie - 33,9% (31,9%). Tak niski udział tej grupy chorych w ogólnej zachorowalności w porównaniu z innymi krajami jest wynikiem niezadawalającej jakości badań bakteriologicznych. Poprawa w tym zakresie poprzez wdrożenie systemu kontroli jakości badań jest pil-

nym zadaniem.

Za taką oceną jakości wykonywanych badań bakteriologicznych przemawiają także znaczne różnice udziału chorych potwierdzonych bakteriologicznie wśród ogółu zarejestrowanych chorych, jakie występują między województwami. Udział ten w roku 2000 wahał się od 34,7% w woj. warmińsko-mazurskim do 81,2% w woj. małopolskim. Tak znaczne zróżnicowanie nie znajduje uzasadnienia w istniejącej sieci pracowni bakteriologicznych i ich dostępności.

Najczęstszą postacią gruźlicy, podobnie jak w latach poprzednich, była gruźlica układu oddechowego - 10.960 (11.641) chorych. Stanowili oni 95,5% (95,6%) ogółu nowo zarejestrowanych chorych.

Chorzy na gruźlicę o innej lokalizacji - takich było 517 (538), współczynnik zapadalności 1,3 (1,4) - stanowili 4,5% (4,4%) ogółu. Utrzymujący się niski, w porównaniu z innymi krajami, odsetek gruźlicy pozapłucnej jest prawdopodobnie wynikiem niedorejestrowania tych chorych w następstwie ich niezgłaszania do rejestru przez leczących ich lekarzy różnych specjalności.

Tak jak w latach poprzednich, również w 2000 r. najczęstszymi postaciami gruźlicy pozapłucnej były: gruźlica narządów moczowo-płciowych - 168 (171) chorych, gruźlica węzłów chłonnych obwodowych - 137 (138) oraz gruźlica kości i stawów - 103 (109) chorych. Zmniejszyła się w porównaniu z rokiem poprzednim liczba zachorowań na najgroźniejszą postać gruźlicy pozapłucnej - gruźlicze zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych i mózgu - 16 (22) chorych. W grupie tej nie było zachorowań dzieci i tylko 2 zachorowania wśród osiemnastolatków.

Podobnie jak w latach ubiegłych, również w 2000 roku mężczyźni chorowali na gruźlicę ponad dwukrotnie częściej niż kobiety. Zarejestrowano 7.673 (8.159) mężczyzn - współczynnik 40,9 (43,4). Mężczyźni stanowili 66,9% (67,0%) ogółu chorych. Spośród kobiet na gruźlicę zachorowały 3.804 (4.020) osoby - współczynnik zapadalności 19,1 (20,2). Utrzymuje się również od wielu lat wyższa zapadalność na gruźlicę mieszkańców wsi, niż mieszkańców miast. Wynosiła ona 30,5 (32,4) na wsi i 29,2 (31,0) w mieście.

Ryzyko zachorowania na gruźlicę wzrasta wraz z wiekiem. Było ono relatywnie niskie w grupie dzieci - współczynnik 1,3 (1,4), zachorowań 103 (108), wyższe w grupie młodocianych - 7,2 (8,0), zachorowań 241 (268), by osiągnąć najwyższą wartość wśród ludzi w wieku 65 lat i więcej - 62,4 (63,5). Zapadalność na gruźlicę zmniejsza się we wszystkich grupach wiekowych. Nadal utrzymuje się jednak wysoki, w porównaniu z innymi krajami, odsetek chorych w młodym wieku 20-44 lat. Udział tych chorych utrzymuje się na zbliżonym poziomie i wynosił 34,7% w porównaniu z 34,4% w roku poprzednim. Natomiast wzrasta udział chorych starszych w wieku 65 lat i więcej - stanowili oni 25,6% (24,1%), podczas gdy przed dziesięcioma laty - 18,5%.

Rejestrowane są znaczące różnice w zapadalności na gruźlicę między województwami. W przekroju wojewódzkim zapadalność na gruźlicę wahała się od 15,9 (15,2) w woj. lubuskim i 20,7 (22,3) w woj. małopolskim do 37,9 (41,2) w woj. łódzkim i 36,8 (40,7) w woj. woj. mazowieckim i świętokrzyskim. Tak niska zapadalność na gruźlicę w woj. lubuskim (o 48,1% niższa niż przed dwoma laty) jest raczej wynikiem zaburzeń w wykrywaniu i/lub rejestracji chorych, a najprawdopodobniej obu tych przyczyn łącznie, w następstwie demontażu infrastruktury organizacyjnej zwalczania gruźlicy. Poza woj. małopolskim najniższą zapadalność na gruźlicę zarejestrowano w woj. woj.: podlaskim - 22,2 (25,2) i wielkopolskim - 22,8 (21,8). Najwięcej zachorowań poza woj. łódzkim, mazowieckim i świętokrzyskim zarejestrowano w woj. woj.: śląskim - 35,4 (39,2) i lubelskim - 34,8 (37,2). W skali kraju wzrost zapadalności w porównaniu z rokiem poprzednim - wystąpił w 5 województwach: dolnośląskim - o 9,2%; lubuskim i wielkopolskim - o 4,6%; zachodniopomorskim - o 4,5% i opolskim o 2,0%. W pozostałych zarejestrowano spadek liczby rejestrowanych zachorowań. W kilku województwach spadek ten był bardzo znaczny. I tak

Tabela 1. Gruźlica w Polsce w latach 1999 i 2000. Zapadalność i chorobowość z powodu gruźlicy według województw (współczynniki na 100.000 ludności).

Województwo	Zapadalność						Chorobowość (BK+)	
	ogółem		0-14 lat		15-19 lat		1999	2000
	1999	2000	1999	2000	1999	2000		
POLSKA	31,5	29,7	1,4	1,4	8,0	7,2	20,5	21,4
1. Dolnośląskie	26,0	28,4	2,7	2,1	5,8	7,0	19,7	17,3
2. Kujawsko-Pomorskie	25,5	23,8	2,5	1,2	10,2	4,3	16,0	17,5
3. Lubelskie	37,5	34,8	0,9	0,7	8,1	6,5	22,2	25,6
4. Lubuskie	15,2	15,9	-	1,5	4,2	3,2	14,2	12,4
5. Łódzkie	41,2	37,9	2,7	3,3	8,5	9,5	27,7	29,3
6. Małopolskie	22,3	20,7	0,9	0,3	6,9	6,5	17,4	18,5
7. Mazowieckie	40,7	36,8	0,8	2,3	11,8	11,3	22,8	22,8
8. Opolskie	29,5	30,1	0,5	0,0	3,2	6,3	17,7	18,7
9. Podkarpackie	34,2	29,8	1,0	0,4	13,9	10,2	24,2	24,4
10. Podlaskie	25,2	22,2	1,5	0,8	4,7	7,4	16,6	16,4
11. Pomorskie	28,7	28,7	1,5	3,4	5,7	8,7	17,2	18,2
12. Śląskie	39,2	35,4	2,1	1,2	9,6	7,4	26,3	27,0
13. Świętokrzyskie	40,7	36,8	-	0,8	6,9	8,6	21,3	20,6
14. Warmińsko-Mazurskie	28,0	25,2	1,2	1,0	3,6	4,3	13,6	10,1
15. Wielkopolskie	21,8	22,8	1,0	1,0	6,7	4,0	14,6	20,0
16. Zachodniopomorskie	24,7	25,8	1,2	0,6	5,8	2,6	17,7	20,0
Mężczyźni	43,4	40,9	1,3	1,3	7,3	7,4	.	.
Kobiety	20,2	19,1	1,5	1,4	8,7	7,0	.	.
Miasto	31,0	29,2	1,6	1,5	6,9	6,7	.	.
Wieś	32,4	30,5	1,2	1,2	8,9	7,9	.	.

w woj. podkarpackim zapadalność zmniejszyła się aż o 12,9%; w woj. podlaskim - o 11,9%; w woj. warmińsko-mazurskim o 10,0%. Było to tempo dwukrotnie wyższe od średniego dla kraju. Wymaga to wnikliwej analizy stanu wykrywania i rejestracji chorych w tych województwach.

W Polsce w chwili obecnej nie są problemem skala zachorowań na gruźlicę osób zakażonych HIV, jak również zachorowania na gruźlicę wśród cudzoziemców.

Mimo utrzymującego się trendu spadkowego w zapadalności na gruźlicę sytuacja epidemiologiczna w Polsce jest nadal poważna w porównaniu z naszymi sąsiadami na zachodzie i południu. W 1998 roku zapadalność na gruźlicę w Niemczech wynosiła 12,7, w Czechach - 17,1; na Słowacji - 20,8. Gorszą sytuację rejestrowano u naszych sąsiadów północnych i wschodnich: w Rosji - 82,4; na Litwie - 81,7; na Białorusi - 59,6; na Ukrainie - 61,6. Najwyższą (i wzrastającą) zapadalność na gruźlicę w Europie zarejestrowano w Rumunii - 114,0. Najniższą zapadalność na gruźlicę w Europie zarejestrowano w 1998 roku w Norwegii - 5,0; w Szwecji - 5,0; w Holandii - 7,7 i w Danii - 9,3.

Utrzymuje się znaczny, bo prawie 25 letni dystans jaki nasz kraj dzieli od krajów z najlepszą sytuacją epidemiologiczną w Europie.

Chorobowość

Podobnie jak w latach poprzednich ocena obejmuje tylko grupę chorych prątkujących, gdyż tylko oni uczestniczą w transmisji zakażenia prątkiem gruźlicy. Na dzień 31.XII. 2000 w poradniach gruźlicy i chorób płuc ich liczba zwiększyła się do 8.255 (7.922) - współczynnik 21,4 (20,5).

Największą liczbę źródeł zakażenia w stosunku do mieszkańców zarejestrowano w woj.woj.: łódzkim - 29,3 (27,7), śląskim - 27,0 (26,3) i lubelskim - 25,6 (22,2).

Na relatywnie niskim poziomie utrzymywała się liczba i odsetek chorych wydalających prątki odporne na co najmniej 1 lek przeciwpłatkowy - w roku 2000 było takich chorych 321 (387) i stanowili oni 3,9% (4,9%) ogółu chorych prątkujących. W Polsce odsetek chorych z wielolekową opornością jest niski, rzędu 1-1,5% chorych. Nie stwarza to istotnego zagrożenia dla sytuacji epidemiologicznej i sku-

teczności leczenia.

Podsumowanie

W roku 2000 kontynuowana była tendencja spadkowa w zapadalności na gruźlicę. Tempo spadku było zbliżone do średniego tempa wieloletniego i było niższe niż w roku poprzednim. Przyspieszony spadek zachorowań w roku 1999 był wynikiem zakłóceń w zakresie wykrywania i rejestracji. Znalazło to potwierdzenie w "wyrównawczym" wzroście zachorowań jaki wystąpił w 2000 r. w województwach o wysokim spadku rejestrowanej zapadalności w roku poprzednim. W roku 2000 kontynuowane były tendencje stwierdzane w latach poprzednich: dominujący udział gruźlicy płuc, wzrost zapadalności wraz z wiekiem, malejący udział gruźlicy wśród dzieci, dwukrotnie wyższa zapadalność na gruźlicę mężczyzn niż kobiet, niezadowalający udział badań bakteriologicznych w diagnostyce gruźlicy.

Utrzymuje się znaczący dystans, jaki dzieli nasz kraj od naszych sąsiadów zachodnich i południowych. Zapadalność na gruźlicę w Polsce była dwukrotnie wyższa od średniej zapadalności na gruźlicę w krajach Unii Europejskiej.

Gruźlica jest i będzie jeszcze przez wiele lat ważnym problemem zdrowotnym.

*dr Ireneusz Szczuka
Zakład Epidemiologii i Organizacji Walki z Gruźlicą
Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc*

Przypadek poliomyelitis w Bułgarii

27 kwietnia br. Europejskie Biuro Regionalne WHO ogłosiło potwierdzony laboratoryjnie przypadek *poliomyelitis* spowodowany dzikim wirusem *polio* typu I, który wystąpił w Bułgarii.

24 marca w mieście Burgas nad Morzem Czarnym u 13-miesięcznego nieszczepionego chłopca wystąpiły porażenia. Chłopiec, należący do społeczności Romów w Burgas, nie był szczepiony z powodu nieistotnych przeciwwskazań. W dniu 17 kwietnia zidentyfikowano szczerp dzikiego wirusa typu I. Po wstępnej analizie wirusa *polio* metodą analizy sekwencyjnej genomu ustalono, że pochodzi on z północnych regionów Indii. Obecnie prowadzone są dalsze badania. Wyodrębniono i zaszczepiono osoby z bliskiego kontaktu chorego. W przeciagu następnego tygodnia przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia Bułgarii rozpoczęły dalsze dochodzenie epidemiologiczne, 23 kwietnia poinformowano WHO o zaistniałej sytuacji i rozpoczęto akcję szczepień wszystkich cygańskich dzieci w tej społeczności, planując rozszerzyć akcję na cały region. Obecnie, planuje się rozpoczęcie Narodowych Dni Szczepień (NIDs), po ich właściwym logistycznym przygotowaniu. Ministerstwo Zdrowia zaleciło zacieśnienie nadzoru nad ostrymi porażeniami wiotkimi.

Ten importowany przypadek wskazuje na to, że jak długo dzikie szczepy wirusa krążą w środowisku w jakimkolwiek regionie świata, podatne dzieci zawsze będą narażone na ekspozycję i zachorowanie. Należy więc we wszystkich krajach Regionu Europejskiego kontynuować szczepienia przeciw *polio* u wysokiego odsetka podlegających dzieci oraz nadzorować ostre porażenia wiotkie, jak również zgłaszać w trybie pilnym wszystkie przypadki podejrzane albo ze względu na przebieg kliniczny choroby, albo istniejące czynniki ryzyka.

opracował Paweł Stefanoff