

Meldunek 10/A/01

o zachorowaniach na choroby zakaźne i zatruciach związkami chemicznymi zgłoszonych w okresie od 1.10 do 15.10.2001 r.

Jednostka chorobowa (symbole wg "Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych" ICD-10)	Meldunek 10/A		Dane skumulowane	
	1.10.01. do 15.10.01.	1.10.00. do 15.10.00.	1.01.01. do 15.10.01.	1.01.00. do 15.10.00.
Choroba wywołana przez ludzki wirus upośl.odp.: ogółem (B20-B24)	5	5	71	82
Dur brzuszny (A01.0)	-	-	2	9
Dury rzekome A.B.C. (A01.1-A01.3)	-	-	1	1
Salmonelozy: ogółem (A02)	1188	1032	17071	18696
Czerwonka bakteryjna /szigelozą/ (A03)	5	6	96	93
Inne bakteryjne zakażenia jelitowe: ogółem (A04)	163	158	3750	4065
Wiusowe i inne określone zakażenia jelitowe: ogółem (A08)	60	49	3867	3446
Biegunki u dzieci do lat 2: ogółem (A04; A08; A09)	396	437	12475	15111
w tym: BNO, prawdopodobnie pochodzenia zakaźnego (A09)	272	301	7916	10441
Teżec: ogółem (A33-A35)	-	-	14	10
Błonica (A36)	-	-	-	1
Krztusiec (A37)	86	138	1925	1678
Szkarlatyna /płonica/ (A38)	111	171	5060	7051
Zapalenie opon mózgowych: razem	191	112	1611	1441
w tym: meningokokowe (A39.0)	2	5	80	79
wywołane przez <i>Haemophilus influenzae</i> (G00.0)	4	2	50	61
inne bakteryjne, określone i nie określone (G00.1-G00.9)	42	27	498	539
wirusowe, określone i nie określone (A87; B00.3; B02.1)	134	65	850	615
inne i nie określone (G03)	9	13	133	147
Zapalenie mózgu: razem	36	40	403	427
w tym: meningokokowe i inne bakteryjne: ogółem (A39.8; G04.2)	2	-	90	86
wirusowe, przenoszone przez kleszcze (A84)	22	28	123	126
inne wirusowe, określone (A83; A85; B00.4; B02.0; B25.8)	1	-	18	19
wirusowe, nie określone (A86)	10	8	110	131
poszczepienne (G04.0)	-	-	1	1
inne i nie określone (G04.8-G04.9)	1	4	61	64
Riketsjozy: ogółem (A75-A79)	1	-	1	1
Ostre nagminne porażenie dziecięce, łącznie z poszczepiennym (A80)	-	-	-	-
Ospa wietrzna (B01)	1498	1752	85805	103305
Odra (B05)	1	1	122	62
Różyczka: ogółem (B06; P35.0)	332	317	81561	42428
Wirusowe zap. wątroby: typu A (B15)	70	23	518	185
typu B (B16; B18.0-B18.1)	105	116	1772	2171
typu C (B17.1; B18.2)	77	90	1456	1532
typu B+C (B16; B18.0-B18.1 + B17.1; B18.2)	5	4	90	102
inne i nieokreśl.(B17.0;B17.2-.8;B18.8-.9;B19)	7	18	172	252
Świnka /nagminne zapalenie przyusznic/ (B26)	488	295	10678	15295
Włośnica (B75)	-	-	22	31
Świerzb (B86)	1137	1016	11346	11961
Grypa: ogółem (J10; J11)	5873	6286	525841	1536156
Bakteryjne zatrucia pokarmowe: razem	1345	1214	20752	21702
w tym: salmonelozy (A02.0)	1179	1028	16998	18638
gronkowcowe (A05.0)	37	32	540	344
jadem kiełbasianym /botulizm/ (A05.1)	-	2	51	47
wywołane przez <i>Clostridium perfringens</i> (A05.2)	-	-	1	1
inne określone (A05.3-A05.8)	2	4	177	102
nie określone (A05.9)	127	148	2985	2570
Zatrucia naturalnie toksycznym pokarmem: ogółem (T62)	48	20	184	239
w tym: grzybami (T62.0)	43	17	167	232
Inne zatrucia: ogółem (T36-T60; T63-T65)	444	445	7282	6793
w tym: pestycydami (T60)	3	4	215	90
lekami, prep.farmakologicznymi i subst.biolog. (T36-T50)	291	239	4058	3805
alkoholem (T51)	97	95	1416	1523
Ostre porażenia wiotkie u dzieci (0-14 lat)	4	1	65	36

Zachorowania zgłoszone w okresie 1-15.10.2001 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)	Salmonellozy: 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	5	-	-	1188	5	396	-	86	111	191	2	36	22
Dolnośląskie	1	-	-	53	-	26	-	2	5	3	-	-	-
Kujawsko-Pomorskie	-	-	-	53	1	26	-	2	6	12	-	1	-
Lubelskie	-	-	-	118	2	23	-	1	-	6	1	1	-
Lubuskie	-	-	-	20	1	10	-	3	2	4	-	-	-
Łódzkie	-	-	-	69	-	23	-	9	3	9	-	-	-
Małopolskie	-	-	-	59	1	27	-	7	11	22	-	1	-
Mazowieckie	-	-	-	162	-	48	-	25	13	15	1	1	-
Opolskie	1	-	-	21	-	3	-	1	10	5	-	-	-
Podkarpackie	-	-	-	58	-	32	-	2	1	3	-	1	-
Podlaskie	-	-	-	200	-	4	-	6	5	9	-	12	11
Pomorskie	-	-	-	83	-	32	-	1	3	48	-	1	-
Śląskie	2	-	-	79	-	37	-	3	19	10	-	4	1
Świętokrzyskie	-	-	-	63	-	15	-	9	3	12	-	-	-
Warmińsko-Mazurskie	-	-	-	53	-	17	-	6	6	7	-	11	10
Wielkopolskie	-	-	-	74	-	64	-	9	17	10	-	3	-
Zachodniopomorskie	1	-	-	23	-	9	-	-	7	16	-	-	-

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	1498	1	332	70	110	82	488	-	1137	5873	1345	43	444
Dolnośląskie	102	-	37	-	12	9	39	-	68	270	60	1	38
Kujawsko-Pomorskie	106	-	23	-	12	9	37	-	97	647	62	7	19
Lubelskie	138	-	10	1	-	4	11	-	83	275	118	1	51
Lubuskie	48	-	6	2	3	3	3	-	41	30	25	1	23
Łódzkie	71	-	17	13	6	4	7	-	112	90	71	1	176
Małopolskie	75	-	16	-	8	5	40	-	46	-	76	6	16
Mazowieckie	131	-	12	10	18	12	21	-	52	3041	164	4	10
Opolskie	54	-	9	6	3	2	16	-	23	134	21	1	4
Podkarpackie	63	-	9	3	4	-	20	-	93	10	58	8	21
Podlaskie	73	-	59	1	3	2	13	-	25	394	203	-	5
Pomorskie	49	-	11	2	4	5	13	-	54	214	126	1	19
Śląskie	153	-	47	1	18	9	158	-	199	172	103	-	20
Świętokrzyskie	55	-	8	1	6	3	27	-	84	17	77	1	25
Warmińsko-Mazurskie	68	-	3	-	3	4	9	-	65	7	53	-	8
Wielkopolskie	225	1	59	29	8	7	47	-	63	545	93	6	3
Zachodniopomorskie	87	-	6	1	2	4	27	-	32	27	35	5	6

Zapobieganie przenoszeniu HIV z matki na dziecko (Tajlandia, 1998-2000)

Każdego roku w świecie zakaża się HIV około 2,2 mln kobiet i 600 tys. dzieci. W krajach posiadających wystarczające środki na opiekę zdrowotną przedłużona profilaktyka zakażenia HIV przy pomocy zydowudyny i innych leków antyretrowirusowych oraz odpowiednie postępowanie położnicze i zaniechanie karmienia piersią zdecydowanie ograniczyło przeniesienie HIV z matki na dziecko. W krajach rozwijających się, w których wpływ HIV jest bardziej zaznaczony, te interwencje mają ograniczone zastosowanie, ze względu na swą złożoność i koszty. W Tajlandii kobiety zakażone HIV rodzą corocznie około 15 tys. dzieci. Ministerstwo Zdrowia Publicznego, we współpracy z innymi strukturami, wskazało prostsze i ekonomiczniejsze postępowanie mające na celu ograniczenie przenoszenia HIV z matki na dziecko. W 1998 r. w Tajlandii w kontrolowanych badaniach klinicznych z użyciem placebo zastosowano uproszczony schemat podawania zydowudyny - od 36 tygodnia ciąży do porodu. W ten sposób zmniejszono ryzyko przeniesienia HIV z matki na dziecko o 50%. W tymże roku Ministerstwo zainicjowało pilotażowy program, mający na celu zapobieganie przenoszeniu HIV w Regionie 7 - wiejskim obszarze płn.-wsch. Tajlandii, z około jednoprocetowym rozpowszechnieniem zakażenia HIV u kobiet w okresie przedporodowym. Miał on pomóc w ocenie wykonalności, skuteczności i akceptowalności programu. Dwuletni pilotaż wykazał, że akceptacja testowania w kierunku HIV i stosowanie się do zasad przyjmowania zydowudyny były dobre, a przenoszenie HIV zostało ograniczone. Wyniki badań wskazały na możliwość zrealizowania na szeroką skalę programu zapobiegania przenoszeniu HIV z matki na dziecko w kraju rozwijającym się. Ministerstwo poprosiło o techniczną pomoc HIV/AIDS Collaboration (wspólna działalność Ministerstwa i CDC) w monitorowaniu i ocenie programu. Do lipca 1998 r. w Regionie 7 zintegrowano rutynowe poradnictwo przedporodowe i dobrowolne poufne testowanie w kierunku HIV z przedporodową opieką w publicznej służbie zdrowia. Zakażonym HIV ciężarnym kobietom zaproponowano podawanie zydowudyny od 36 tygodnia ciąży oraz podczas porodu, a ich dzieciom - przez 12 miesięcy - nieodpłatne, sproszkowane mleko lub mieszankę odpowiednią do karmienia niemowląt.

Realizację programu monitorowano wykorzystując miesięczne raporty, zbierane z oddziałów opieki przedporodowej i porodowej 90 publicznych szpitali Regionu 7, a podsumowania przekazywano regularnie uczestniczącym w programie szpitalom, osobom pracującym przy realizacji programu i decydom. W okresie od lipca 1998 r. do czerwca 2000 r. zbadano w kierunku HIV 104.393 (86%) ze 122.984 nowych pacjentek klinik przedporodowych; 964 (1%) były zakażone HIV (tabela).

Spośród 153.598 kobiet, które w tym samym okresie urodziły w 90 szpitalach Regionu 7, 151.928 (99%) było pod opieką przedporodową, a status serologiczny HIV udokumentowano w porodowej historii choroby 106.834 (70%) z nich. Przy porodzie 640 (69%) kobiet - z 922 zakażonych HIV - otrzymywało przedporodową profilaktykę zydowudyną. W czasie realizacji programu znacząco poprawiło się testowanie, udokumentowanie wyników badania w kierunku HIV w chwili porodu oraz stosowanie zydowudyny.

Aby ocenić realizację programu, jego akceptowalność i znaczenie zebrano wywiady od dwóch grup kobiet: tych, które urodziły w ciągu 2 miesięcy zbierania wywiadów, a w porodowej historii choroby nie udokumentowano ich statusu serologicznego HIV oraz kobiet zakażonych HIV, które urodziły w ciągu 12 miesięcy poprzedzających wywiad. Kobiety wyszukiwano w szpitalnych rejestrach jedenastu szpitali, w których w poprzednim roku urodziło 44% kobiet

zakażonych HIV. Wszystkie zakażone i randomizowaną próbę kobiet o nieudokumentowanym statusie serologicznym listownie zaproszono do placówki opieki zdrowotnej. W okresie od kwietnia do maja 2000 r. przeszkoleni ankieterzy zebrali wywiady przy pomocy specjalnego kwestionariusza od kobiet, które zgodziły się uczestniczyć w badaniu. Z 215 kobiet o statusie serologicznym nieudokumentowanym przy porodzie, 117 (54%) poinformowało, że w czasie ciąży miało wykonane badanie w kierunku HIV. Ponadto 83 (71%) ze 117 zbadanych kobiet znało swój status serologiczny i wszystkie podawały wynik ujemny. Ze 162 ankietowanych kobiet zakażonych HIV, 152 (94%) poinformowało o rozpoznaniu zakażenia HIV przed ciążą, 159 (98%) - o uzyskaniu porady po testowaniu, a 128 (79%) - o przyjmowaniu profilaktycznie zydowudyny. Wszystkie zakażone HIV powiadziły o sztucznym karmieniu niemowląt, a 10 (6%) kobiet - o karmieniu piersią przez krótki czas. Dla porównania, o karmieniu piersią poinformowały 204 (95%) z 215 kobiet o nieudokumentowanym statusie serologicznym. Ze 162 kobiet zakażonych HIV, 146 (90%) mówiło, że nie chce mieć jeszcze jednego dziecka, a 78 (48%) już miało podwiązane jajowody.

Aby ocenić skuteczność programu w zapobieganiu przenoszeniu HIV wykorzystano testy polimerazowej reakcji łańcuchowej (PCR) dla HIV. Testy przewidziano u dzieci urodzonych przez kobiety zakażone HIV w późniejszej części programu. Jeden lub więcej testów PCR wykonano po upływie pierwszego miesiąca życia u 293 niemowląt eksponowanych na HIV. Wśród nich HIV-dodatnich było 19 (8%) z 229 (95-procentowy przedział ufności [CI] = 5% - 13%) niemowląt, których matki otrzymały zydowudynę i 9 (14%) z 64 (95% CI = 7% - 25%) niemowląt, których matki nie otrzymały zydowudyny. Te dzieci uznano za zakażone. Ogółem, ryzyko przeniesienia HIV z matki na dziecko oszacowano na 10% (95% CI = 6% - 14%). Grupy robocze okresowo przeglądały dane uzyskiwane w programie i opracowywały strategie mające na celu poprawienie realizacji programu, jego akceptowalności i znaczenia. Na podstawie badań klinicznych i projektów pilotażowych z lat 1996-1999, w 2000 r. Ministerstwo zainicjowało w Tajlandii krajowy program zapobiegania przenoszeniu HIV z matki na dziecko.

Uzyskane dotychczas wyniki wskazują, że interwencje mające na celu ograniczenie przenoszenia HIV z matki na dziecko mogą być z powodzeniem zastosowane w Tajlandii na szeroką skalę. Te interwencje, włączone w istniejący system opieki nad matką i dzieckiem, zostały zaakceptowane przez większość kobiet i ograniczyły przenoszenie HIV z matki na dziecko szacunkowo z 30% do około 10%. Wyniki wstępnych badań szybko przełożono na krajowy program prewencyjny z zakresu zdrowia publicznego tego rozwijającego się kraju. Jednak pomimo wprowadzenia w Tajlandii przedporodowego testowania w kierunku HIV, matczynej profilaktyki zydowudyną i sztucznego karmienia niemowląt, interwencji tych nie wdrożono szeroko w krajach o wysokim rozpowszechnieniu HIV.

Podobne programy zainicjowano w kilku krajach subsaharyjskiej Afryki, lecz akceptacja testowania w kierunku HIV i profilaktyki zydowudyną pozostała niska. Ograniczony dostęp do opieki przedporodowej i związanej z zakażeniem HIV oraz skąpa infrastruktura w zakresie zdrowia publicznego stanowi podstawowe wyzwanie dla podejmowanych na szeroką skalę wysiłków wielu krajów. Zagrożenie odżywienia oraz ryzyko zdrowotne i społeczne wynikające z wczesnego stosowania sztucznego karmienia niemowląt, stanowi także potencjalną groźbę dla zdrowia matki i dziecka. W środowiskach, w których karmienie piersią jest prawie powszechne, kobiety, które nie karmią piersią mogą być stygmatyzowane jako zakażone HIV. W biednych, niehigienicznych środowiskach sztuczne karmienie niemowląt wiąże

Tabela. Liczba i odsetek kobiet zbadanych w kierunku HIV i otrzymujących profilaktycznie zydowudynę, wg charakteru placówki opieki zdrowotnej - Region 7, Tajlandia, lipiec 1998 - czerwiec 2000

Placówka	Lipiec-grudzień 1998		Styczeń-czerwiec 1999		Lipiec-grudzień 1999		Styczeń-czerwiec 2000		Ogółem	
	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%
<u>Klinika przedporodowa</u>										
Nowe pacjentki	29.510		31.299		31.811		29.474		122.984	
Testowanie w kierunku HIV ^a	22.046	75	26.387	84	28.489	90	27.471	93	104.393	86
HIV - dodatnie	235	1	260	1	233	1	236	1	964	1
<u>Sala porodowa</u>										
Porody	38.682		36.062		40.816		37.038		153.598	
Bez opieki przedporodowej	405	1	397	1	449	1	419	1	1.670	1
Podany status serologiczny HIV ^a	22.318	58	24.669	67	30.237	74	29.610	80	106.834	70
HIV - dodatnie	221	1	192	1	291	1	218	1	922	1
Podawanie zydowudyny matce ^b	132	60	134	70	213	73	161	74	640	69

^a Chi kwadrat dla trendu liniowego: $p < 0,00001$; ^b Chi kwadrat dla trendu liniowego: $p < 0,001$

się z większą chorobowością i śmiertelnością z powodu niedożywienia, biegunki i zakażeń układu oddechowego.

W nowszych badaniach klinicznych przeniesieniu HIV z matki na dziecko zapobiegają także prostsze, tańsze interwencje z zastosowaniem zydowudyny i lamiwudyny lub newirapiny. Te prostsze schematy mogą pomóc w przezwycięzeniu niektórych barier. Podawanie leków - szczególnie newirapiny - rozpoczęte w czasie porodu, jest łatwiejsze do wykonania i tańsze niż bardziej skomplikowane schematy oraz może być wdrożone u kobiet, które były pod suboptymalną opieką przedporodową.

CDC i inne organizacje współpracują z wieloma rozwijającymi się krajami, aby zastosować proste interwencje zapobiegające przenoszeniu HIV z matki na dziecko w innych obszernych programach. Takie programy będą jednym z komponentów inicjatywy Stanów Zjednoczonych, zmierzającej do poprawy zapobiegania i opieki w krajach rozwijających się. Pilotażowy program z Tajlandii podkreśla ważność monitorowania i oceny. Ułatwia to udoskonalenie programu profilaktycznego w porę - tak, aby zoptymalizować jego znaczenie i akceptowalność. Proste, odpowiednio ukierunkowane podejście do monitorowania i oceny, wykorzystane w Tajlandii, daje użyteczny model minimalizowania obciążenia pracą wówczas, gdy liczba pracowników zdrowia publicznego jest mała.

Przedstawione powyżej wyniki badań mają co najmniej

dwa ograniczenia. Po pierwsze, oszacowanie skuteczności programu uzyskano na podstawie testowania w kierunku HIV nierandomizowanej podgrupy niemowląt, którym wykonano testy w ramach opieki klinicznej. Po drugie, kobiety zakażone HIV podały w wywiadach informacje o opiece uzyskanej w dużych placówkach i odpowiedziały na ogólne listowne zaproszenie. Dlatego te wyniki mogą nie nadawać się do uogólnienia na kobiety przyjmowane w mniejszych placówkach lub na 21% kobiet zakażonych HIV, które nie odpowiedziały na listowne zaproszenie i nie zgodziły się na zebranie wywiadu. Przy szacowanych dwudziestu procentach spadku przenoszenia HIV z matki na dziecko i 15 tys. niemowląt urodzonych przez kobiety zakażone HIV, krajowy program tajlandzki może każdego roku zapobiec około 3 tys. zakażeń HIV niemowląt.

Jeśli podobne programy zostaną wprowadzone w świecie, można będzie zapobiec setkom tysięcy dziecięcych zakażeń. Poza zmniejszeniem przenoszenia HIV z matki na dziecko, takie programy mogą poprawić dobrowolne testowanie i usprawnić służby prowadzące testowanie, zmniejszyć przenoszenie HIV drogą kontaktów seksualnych, promować świadome decyzje rodzenia dzieci i wiązać zakażonych HIV ze służbą zdrowia i opieki społecznej.

na podst.: "Wkly Epid.Rec." (2001,33,253-255 i 34,263-264)
opracowała Wanda Szata

Zachorowania na grype w Polsce w sezonie 2001/2 w porównaniu z sezonami 1998/9-2000/1 zapadalność na 100 tys. ludności wg dwutygodniowych meldunków

