

Meldunek 12/A/01

o zachorowaniach na choroby zakaźne i zatruciach związkami chemicznymi zgłoszonych w okresie od 1.12 do 15.12.2001 r.

Jednostka chorobowa (symbole wg "Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych" ICD-10)	Meldunek 12/A		Dane skumulowane	
	1.12.01. do 15.12.01.	1.12.00. do 15.12.00.	1.01.01. do 15.12.01.	1.01.00. do 15.12.00.
Choroba wywołana przez ludzki wirus upośl.odp.: ogółem (B20-B24)	4	11	103	101
Dur brzuszny (A01.0)	-	2	5	13
Dury rzekome A.B.C. (A01.1-A01.3)	-	-	1	1
Salmonelozy: ogółem (A02)	396	588	19643	22341
Czerwonka bakteryjna /szigelozą/ (A03)	7	4	127	117
Inne bakteryjne zakażenia jelitowe: ogółem (A04)	137	168	4314	4792
Wiusowe i inne określone zakażenia jelitowe: ogółem (A08)	164	97	4343	3781
Biegunki u dzieci do lat 2: ogółem (A04; A08; A09)	506	523	14314	17112
w tym: BNO, prawdopodobnie pochodzenia zakaźnego (A09)	313	351	9125	11793
Tężec: ogółem (A33-A35)	1	1	18	14
Błonica (A36)	-	-	-	1
Krztusiec (A37)	105	134	2305	2159
Szkarlatyna /płonica/ (A38)	173	300	5725	8136
Zapalenie opon mózgowych: razem	121	118	2272	2026
w tym: meningokokowe (A39.0)	3	3	94	97
wywołane przez <i>Haemophilus influenzae</i> (G00.0)	1	3	64	79
inne bakteryjne, określone i nie określone (G00.1-G00.9)	24	26	642	659
wirusowe, określone i nie określone (A87; B00.3; B02.1)	76	79	1277	1005
inne i nie określone (G03)	17	7	195	186
Zapalenie mózgu: razem	25	24	542	542
w tym: meningokokowe i inne bakteryjne: ogółem (A39.8; G04.2)	6	4	111	107
wirusowe, przenoszone przez kleszcze (A84)	8	9	195	164
inne wirusowe, określone (A83; A85; B00.4; B02.0; B25.8)	1	2	22	24
wirusowe, nie określone (A86)	7	8	143	160
poszczepienne (G04.0)	-	-	1	1
inne i nie określone (G04.8-G04.9)	3	1	70	86
Riketsjozy: ogółem (A75-A79)	-	-	1	1
Ostre nagminne porażenie dziecięce, łącznie z poszczepiennym (A80)	-	-	-	-
Ospa wietrzna (B01)	4991	6443	101786	123072
Odra (B05)	-	5	130	75
Różyczka: ogółem (B06; P35.0)	769	978	83704	45069
Wirusowe zap. wątroby: typu A (B15)	41	18	691	254
typu B (B16; B18.0-B18.1)	94	117	2173	2599
typu C (B17.1; B18.2)	83	87	1755	1874
typu B+C (B16; B18.0-B18.1 + B17.1; B18.2)	5	7	109	125
inne i nieokreśl.(B17.0;B17.2-.8;B18.8-.9;B19)	9	13	203	298
Świnka /nagminne zapalenie przyusznic/ (B26)	1543	532	15683	17175
Włośnica (B75)	39	-	62	35
Świerzb (B86)	852	977	15778	16382
Grypa: ogółem (J10; J11)	10899	15804	567151	1583400
Bakteryjne zatrucia pokarmowe: razem	501	745	24020	26123
w tym: salmonelozy (A02.0)	396	581	19559	22260
gronkowcowe (A05.0)	21	4	612	363
jadem kiełbasianym /botulizm/ (A05.1)	3	2	62	68
wywołane przez <i>Clostridium perfringens</i> (A05.2)	-	-	1	1
inne określone (A05.3-A05.8)	6	-	302	109
nie określone (A05.9)	75	158	3484	3322
Zatrucia naturalnie toksycznym pokarmem: ogółem (T62)	2	7	254	304
w tym: grzybami (T62.0)	2	7	231	294
Inne zatrucia: ogółem (T36-T60; T63-T65)	476	315	8776	7991
w tym: pestycydami (T60)	1	4	224	104
lekami, prep.farmakologicznymi i subst.biolog. (T36-T50)	151	198	4856	4575
alkoholem (T51)	45	56	1597	1694
Ostre porażenia wiotkie u dzieci (0-14 lat)	4	-	73	41

Zachorowania zgłoszone w okresie 1-15.12.2001 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)	Tężec: 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	4	-	-	396	7	506	1	105	173	121	3	25	8
Dolnośląskie	-	-	-	24	-	26	-	5	8	8	-	-	-
Kujawsko-Pomorskie	3	-	-	15	-	33	-	3	10	6	-	2	-
Lubelskie	-	-	-	22	-	18	-	-	6	3	-	-	-
Lubuskie	-	-	-	7	-	4	-	-	4	2	-	-	-
Łódzkie	1	-	-	36	-	14	-	31	2	11	-	-	-
Małopolskie	-	-	-	29	-	52	1	9	12	8	-	1	-
Mazowieckie	-	-	-	100	1	54	-	11	21	13	1	6	2
Opolskie	-	-	-	4	-	3	-	4	14	4	-	-	-
Podkarpackie	-	-	-	13	3	29	-	-	5	10	-	1	-
Podlaskie	-	-	-	17	-	13	-	17	4	7	-	9	6
Pomorskie	-	-	-	26	-	52	-	-	6	8	-	-	-
Śląskie	-	-	-	47	-	62	-	4	35	13	-	1	-
Świętokrzyskie	-	-	-	5	-	23	-	14	2	4	-	2	-
Warmińsko-Mazurskie	-	-	-	18	-	39	-	3	7	4	1	1	-
Wielkopolskie	-	-	-	22	-	68	-	4	29	13	1	1	-
Zachodniopomorskie	-	-	-	11	3	16	-	-	8	7	-	1	-

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	4991	-	769	41	99	88	1543	39	852	10899	501	2	476
Dolnośląskie	429	-	61	-	22	12	60	-	68	577	25	-	189
Kujawsko-Pomorskie	277	-	38	-	10	1	36	-	54	1018	23	-	15
Lubelskie	293	-	8	2	2	4	70	-	41	114	23	-	50
Lubuskie	120	-	20	-	1	2	5	-	23	95	10	-	14
Łódzkie	267	-	65	3	10	10	15	-	83	277	37	-	12
Małopolskie	274	-	90	-	7	7	155	-	94	105	36	-	27
Mazowieckie	629	-	59	1	8	11	47	-	30	6485	102	-	9
Opolskie	238	-	13	3	2	-	69	-	29	471	4	-	2
Podkarpackie	99	-	54	2	1	2	58	-	63	80	13	2	30
Podlaskie	233	-	2	2	5	-	9	-	24	174	18	-	7
Pomorskie	290	-	36	1	2	7	20	-	28	420	56	-	15
Śląskie	490	-	109	1	10	4	769	-	151	341	78	-	55
Świętokrzyskie	243	-	20	-	9	10	27	-	52	83	10	-	36
Warmińsko-Mazurskie	224	-	4	-	6	-	48	-	50	169	20	-	7
Wielkopolskie	630	-	153	26	2	14	71	39	42	468	27	-	2
Zachodniopomorskie	255	-	37	-	2	4	84	-	20	22	19	-	6

Zestawienie serowarów *Salmonella* występujących w Polsce

(określonych w Krajowym Ośrodku Salmonella*)

Każdego roku, w Krajowym Ośrodku Salmonella, określa się kilka "nowych" serowarów *Salmonella*, pojawiających się w Polsce po raz pierwszy. Każde pierwsze rozpoznanie takiego serowaru, potwierdzone jest obecnie w WHO Collaborating Centre for Reference and Research on Salmonella w Paryżu (Instytut Pasteur, Francja), a w latach wcześniejszych - w międzynarodowym ośrodku Salmonella w Kopenhadze. W Krajowym Ośrodku Salmonella określono do tej pory (1946-2001 r) ogółem 192 serowary *Salmonella*, z 29 grup serologicznych. Ponad 70% (139/192) wszystkich określonych serowarów należało do grup: O:4 (32 serowary), O:7 (28 serowarów), O:8 (29 serowarów), O:3,10 (22 serowary), O:9 (16 serowarów), O:13 (12 serowarów). Pozostałe grupy serologiczne prezentowane były przez niewielką ilość (od 1 do 8) serowarów. Szczegółowy wykaz serowarów *Salmonella* występujących w Polsce, określonych w Krajowym Ośrodku Salmonella, przedstawiono w załączonej tabeli, opracowanej według zmodyfikowanego schematu Kauffmanna-White'a. Stanowi ona skrót schematu uwzględniający wszystkie serowary *Salmonella* określone do tej pory w kraju. Zgodnie z zaleceniem WHO Collaborating Centre for Reference and Research on Salmonella, skrócony schemat, opracowany przez Krajowy Ośrodek Salmonella, jest podstawą do diagnostyki serologicznej pałeczek *Salmonella* w Polsce. Wszystkie pozostałe serowary, identyfikowane przez laboratoria terenowe, których nie wykazano w wyżej wspomnianym zestawieniu, muszą być potwierdzone w Krajowym Ośrodku Salmonella.

Serowary *Salmonella* występujące w Polsce, określone w Krajowym Ośrodku Salmonella

z uwzględnieniem zmian w nomenklaturze, opisanych w zmodyfikowanym schemacie Kauffmanna-White'a z 1997 roku

Wzory antygenowe

Typ	Antygeny somatyczne (O)	Antygeny rzęskowe (H)	
		Faza 1	Faza 2

Grupa O:2 (A)

Paratyphi A	1,2,12	a	[1,5]
-------------	--------	---	-------

Grupa O:4 (B)

Kisangani	1,4,[5],12	a	1,2
Bispebjerg	1,4,[5],12	a	e,n,x
Paratyphi B	1,4,[5],12	b	1,2
Abony	1,4,[5],12,27	b	e,n,x
II	1,4,12,27	b	[e,n,x]
Stanley	1,4,[5],12,27	d	1,2
Schwarzengrund	1,4,12,27	d	1,7
Duisburg	1,4,12,27	d	e,n,z ₁₅
Saintpaul	1,4,[5],12	e,h	1,2
Reading	1,4,[5],12	e,h	1,5
Chester	1,4,[5],12	e,h	e,n,x
Sandiego	4,[5],12	e,h	e,n,z ₁₅
Derby	1,4,[5],12	f,g	[1,2]
Agona	1,4,12	f,g,s	[1,2]

Essen	4,12	g,m	-
Hato	1,4,[5],12	g,m,s	-
California	4,12	g,m,t	[z ₆₇]
Kingston	1,4,[5],12,27	g,s,t	[1,2]
Banana	14,[5],12	m,t	[1,5]
Typhimurium	1,4,[5],12	i	1,2
Agama	4,12	i	1,6
Ljubiana	4,12,27	k	e,n,x
Bredeney	1,4,12,27	l,v	1,7
Brandenburg	1,4,[5],12,27	l,v	e,n,z ₁₅
Kunduchi	1,4,[5],12,27	l,[z ₁₃],[z ₂₈]	1,2
Heidelberg	1,4,[5],12	r	1,2
Coeln	1,4,[5],12	y	1,2
Kiambu	1,4,12	z	1,5
Indiana	1,4,12	z	1,7
Haifa	1,4,[5],12	z ₄ ,z ₂₃	[1,2]
Abortusequi	4,12	z ₁₀	1,2
		-	e,n,x

serowary, które występowały w Polsce, a których nazwy obecnie usunięto ze schematu: *S. Abortusbovis*

Grupa O:7 (C₁)

Szczepy z tej grupy mogą być zlizogenizowane przez faga 14 (O:6,7 → O:6,7,14). Szczepy te dawniej sklasyfikowane w grupie C₄, obecnie należą do grupy C₁, a ich nazwy zostały wyeliminowane ze schematu.

Oslo	6,7,14	a	e,n,x
Coleypark	6,7,14	a	l,w
Brazzaville	6,7	b	1,2
Ohio	6,7,14	b	l,w
Paratyphi C	6,7,[Vi]	c	1,5
Choleraesuis	6,7	c	1,5
Isangi	6,7,14	d	1,5
Livingstone	6,7,14	d	l,w
Norwich	6,7	e,h	1,6
Braenderup	6,7,14	e,h	e,n,z ₁₅
Rissen	6,7,14	f,g	-
Montevideo	6,7,14	g,m,[p],s	[1,2,7]
Oranienburg	6,7,14	m,t	[z ₅₇]
Galiema	6,7,14	k	1,2
Thompson	6,7,14	k	1,5
Singapore	6,7	k	e,n,x
Concord	6,7	l,v	1,2
Potsdam	6,7,14	l,v	e,n,z ₁₅
Gdansk	6,7,14	l,v	z ₆
Virchow	6,7	r	1,2
Infantis	6,7,14	r	1,5
Bareilly	6,7,14	y	1,5
Hartford	6,7	y	e,n,x:[z ₆₇]
Oakland	6,7	z	1,6,[7]
Mbandaka	6,7,14	z ₁₀	e,n,z ₁₅
Jerusalem	6,7,14	z ₁₀	l,w
Tennessee	6,7,14	z ₂₉	[1,2,7]
Lille	6,7,14	z ₃₈	-

serowary, które występowały w Polsce, a których nazwy obecnie usunięto ze schematu: *S. Nienstedten*, *S. Bornum*

Grupa O:8 (C₂ - C₃)

Grupy O:6,8 (dawna C₂) i O:8 (dawna C), różniące się tylko obecnością lub brakiem fatora O:6, zostały połączone w jedną grupę O:8.

Tado	8,20	c	z ₆
Virginia	8	d	1,2
Muenchen	6,8	d	1,2:[z ₆₇]

Manhattan	6,8	d	1,5
Bardo	8	e,h	1,2
Newport	6,8,20	e,h	1,2:[z ₆₇]
Kottbus	6,8	e,h	1,5
Emek	8,20	g,m,s	-
Yokoe	8,20	m,t	-
Takoradi	6,8	i	1,5
Bonariensis	6,8	i	e,n,x
Kentucky	820	i	z ₆
Blockley	6,8	k	1,5
Haardt	8	k	1,5
Litchfield	6,8	l,v	1,2
Manchester	6,8	l,v	1,7
Breukelen	6,8	l,z ₁₃ ,[z ₂₈]	e,n,z ₁₅
Hindmarsh	8,20	r	1,5
Bovismorbificans	6,8,20	r,[i]	1,5
Goldcoast	6,8	r	1,w
Altona	8,20	r,[i]	z ₆
Inchpark	6,8	y	1,7
Chailey	6,8	z ₄ ,z ₂₃	e,n,z ₁₅
Corvallis	8,20	z ₄ ,z ₂₃	[z ₆]
Albany	8,20	z ₄ ,z ₂₄	-
Istanbul	8	z ₁₀	e,n,x
Hadar	6,8	z ₁₀	e,n,x
Glostrup	6,8	z ₁₀	e,n,z ₁₅
Molade	8,20	z ₁₀	z ₆

Grupa O:9 (D ₁)			
Miami	1,9,12	a	1,5
Saarbruecken	1,9,12	a	1,7
Durban	9,12	a	e,n,z ₁₅
II	1,9,12	b	e,n,x
Typhi	9,12[Vi]	d	-
Eastbourne	1,9,12	e,h	1,5
Berta	1,9,12	[f],g,[t]	-
Enteritidis	1,9,12	g,m	-
Blegdam	9,12	g,m,q	-
Dublin	1,9,12[Vi]	g,p	-
Rostock	1,9,12	g,p,u	-
Moscow	9,12	g,q	-
Panama	1,9,12	l,v	1,5
Kapemba	9,12	l,v	1,7
Javiana	1,9,12	l,z ₂₈	1,5
Gallinarum	1,9,12	-	-

serowary, które występowały w Polsce, a których nazwy obecnie usunięto ze schematu: *S. Pullorum*

Grupa O:9,46 (D ₂)			
Plymouth	9,46	d	z ₆
India	9,46	l,v	1,5
Ouakam	9,46	z ₂₉	-
Fresno	9,46	z ₃₈	-

Grupa O:3,10 (E ₁)			
Szczepy z tej grupy mogą być zlizogenizowane przez faga ε ₁₅ (O:3,10 → O:3,15) a następnie przez faga ε ₃₄ (O:3,15 → O:3,15,34); w takiej sytuacji faktory O:15 lub O:15,34 zastępują faktor O:10, który w tych przypadkach nie aglutynuje. Szczepy posiadające antygen somatyczny O:3,15 (dawna grupa E ₂) i szczepy z antygenem somatycznym O:3,15,34 (dawna grupa E ₃) zostały, wraz ze szczepami O:3,10 zaklasyfikowane do grupy E ₁ .			
Oxford	3,10[15][15,34]	a	1,7
Butantan	3,10[15][15,34]	b	1,5

Onireke	3,10	d	1,7
Vejle	3,10[15]	e,h	1,2
Muenster	3,10,[15][15,34]	e,h	1,5
Anatum	3,10[15][15,34]	e,h	1,6
Nyborg	3,10[15]	e,h	1,7
Newlands	3,10[15,34]	e,h	e,n,x
Meleagridis	3,10[15][15,34]	e,h	1,w
Amsterdam	3,10[15][15,34]	g,m,s	-
Westhampton	3,10[15][15,34]	g,s,t	-
Falkensee	3,10[15]	i	e,n,z ₁₅
Zanzibar	3,10[15]	k	1,5
Nchanga	3,10[15]	l,v	1,2
London	3,10[15]	l,v	1,6
Give	3,10[15][15,34]	[d],l,v	1,7
Uganda	3,10[15]	l,z ₁₃	1,5
Elizabethville	3,10[15]	r	1,7
Weltevreden	3,10[15]	r	z ₆
Orion	3,10[15][15,34]	y	1,5
Stockholm	3,10[15]	y	z ₆
Lexington	3,10[15][15,34]	z ₁₀	1,5

serowary, które występowały w Polsce, a których nazwy obecnie usunięto ze schematu: *S. Rosenthal*, *S. Newhaw*, *S. Newington*, *S. Cambridge*, *S. Drypool*, *S. Halmstad*, *S. Portsmouth*, *S. Newbrunswick*, *S. Kinshasa*, *S. Binza*, *S. Thomasville*

Grupa O:1,3,19 (E ₄)			
Liverpool	1,3,19	d	e,n,z ₁₅
Senftenberg	1,3,19	g,[s],t	-
Cannstatt	1,3,19	m,t	-
Taksony	1,3,19	i	z ₆
Westerstede	1,3,19	l,z ₁₃	1,2
Krefeld	1,3,19	y	1,w
Llandoff	1,3,19	z ₂₉	-
Dessau	1,3,15,19	g,s,t	-

Grupa O:11 (F)			
Adamstua	11	e,h	1,6
Stendal	11	l,v	1,2
Rubislaw	11	r	e,n,x
IV	11	z ₄ ,z ₂₃	-
Telhashomer	11	z ₁₀	e,n,x

Grupa O:13 (G)			
Grupy, nazywane dawniej O:13,22 (G ₁) i O:13,23 (G ₂), zostały połączone w jedną grupę O:13.			
Ibadan	13,22	b	1,5
Mississippi	1,13,23	b	1,5
Bracknell	13,23	b	1,6
Grumpensis	1,13,23	d	1,7
Telelkebir	13,23	d	e,n,z ₁₅
Agbeni	1,13,23	g,m,[s],[t]	-
Idikan	1,13,23	i	1,5
Kedougou	1,13,23	i	1,w
Havana	1,13,23	f,g,[s]	-
Poona	1,13,22	z	1,6
Worthington	1,13,23	z	1,w
Cubana	1,13,23	z ₂₉	-

Grupa O:6,14 (H)			
Heves	6,14,24	d	1,5
Fischerkietz	1,6,14,25	y	e,n,x

Grupa O:16 (I)			
Brazil	16	a	1,5
Hvittingfoss	16	b	e,n,x
Gaminara	16	d	1,7
Salford	16	l,v	e,n,x

Grupa O:17 (J)			
Berlin	17	d	1,5

Grupa O:18 (K)			
Cerro	6,14,18	z ₄ ,z ₂₃	[1,5]

Grupa O:21 (L)			
Minnesota	21	b	e,n,x

Grupa O:28 (M)			
Kibusi	28	r	e,n,x
Pomona	28	y	1,7:[z ₆₀]

Grupa O:30 (N)			
Urbana	30	b	e,n,x
Morehead	30	i	1,5

Grupa O:35 (O)			
Adelaide	35	f,g	-
Anecho	35	g,s,t	-
IIIb	35	i	z ₃₅
Alachua	35	z ₄ ,z ₂₃	-

Grupa O:38(P)			
Thiaroye	38	e,h	1,2
Alger	38	l,v	1,2
IIIb	38	r	z:[z ₅₇]

Grupa O:40 (R)			
Johannesburg	1,40	b	e,n,x

Grupa O:41 (S)			
II	41	z	1,5
Waycross	41	z ₄ ,z ₂₃	[e,n,z ₁₅]
Lodz	41	z ₂₉	-

Grupa O:42 (T)			
II	42	g,t	-

Grupa O:43 (U)			
IV	43	z ₄ ,z ₂₃	-

Grupa O:45 (W)			
II	45	f,g	-

Grupa O:47 (X)			
II	47	a	1,5
Alexanderplatz	47	z ₃₈	-

Grupa O:48 (Y)			
II	48	d	z ₆
IIIb	48	r	e,n,x,z ₁₅
IV	48	z ₄ ,z ₂₃	-

Grupa O:50 (Z)			
IIIb	50	k	z ₅₃

Grupa O: 58			
IIIb	58	z ₅₂	z ₃₅

Grupa O:60			
IIIb	60	z ₅₂	z ₅₃

* Krajowy Ośrodek Salmonella, Instytut Medycyny Morskiej i Tropikalnej, ul. Powstania Styczniowego 9 b, 81-519 Gdynia

*Bożena Dera-Tomaszewska, Renata Głońska
Krajowy Ośrodek Salmonella*

Stanowisko USA w sprawie wirusa ospy prawdziwej*

Ostatni przypadek naturalnego zakażenia wirusem ospy prawdziwej miał miejsce 26 października 1977 r. w Somalii. WHO ogłosiła eradykację choroby w dniu 9 grudnia 1979 roku i natychmiast wystąpiła do laboratoriów na całym świecie o ujawnienie istniejących szczepów wirusa ospy i o zniszczenie ich. Nie dokonano jednak dopilnowania i weryfikacji takiego zniszczenia. Zostało ustalone, że w 2 miejscach wirus będzie przechowywany: w CDC w Atlancie w USA i w Instytucie Wirusowych Preparatów w Moskwie. Sąd wirus został w 1994 roku przeniesiony do Państwowego Ośrodka Badawczego w zakresie Wirusologii i Biotechnologii (VECTOR) w Kotsowie.

Zdaniem niektórych, dla bezpieczeństwa i eradykacji ospy, magazynowany wirus ospy powinien zostać zniszczony także w USA i Rosji. Motywowano to w sposób następujący:

1. w ostatnich latach w Związku Radzieckim zaczęto przygotowywać wirus ospy prawdziwej jako broń biologiczną,
2. nie wszystkie kraje zniszczyły zapasy wirusa ospy,
3. jest możliwe, że niektórzy radzieccy wirusolodzy, którzy po upadku Związku Radzieckiego zatrudnili się w innych krajach, pozostawili próbki wirusa ospy bez należytego nadzoru,
4. w takiej sytuacji jest możliwe, że bioterrorysty mogą użyć wirusa ospy prawdziwej jako broni biologicznej,

5. istnieje możliwość genetycznej modyfikacji wirusa ospy prawdziwej, lub użycie tego wirusa w charakterze wektora dla groźnych patogenów.

Wirus ospy prawdziwej może być bardzo groźny jako broń biologiczna gdyż:

1. cechuje się wysoką zakaźnością, łatwym szerzeniem się i wysoką śmiertelnością,
2. niemal cała ludzkość jest grupą ryzyka zakażenia wirusem ospy prawdziwej, z powodu zaniedbania szczepień przed wielu laty,
3. istnieje mała ilość zmagazynowanej na świecie szczepionki, która nie wystarczy na potrzeby zwalczania epidemii; mała jest również ilość specyficznej immunoglobuliny dla leczenia niepożądanych odczynów poszczepiennych i skutecznych leków przeciwwirusowych.

W maju 1999 roku Światowe Zgromadzenie Zdrowia podjęło decyzję odłożenia zniszczenia wirusa ospy zmagazynowanego w dwu wyżej wymienionych miejscach do 2002 roku, ażeby stworzyć warunki między innymi do opracowania nowych antywirusowych preparatów, sposobu zwalczania epidemii w przyszłości i do poprawy jakości szczepionki. WHO zwracała się do Komitetu Doradczego Ospy Prawdziwej o opracowanie i dopilnowanie wykonania programu badawczego, ustalenie warunków przechowywania i o opracowanie szczegółowego raportu z uwzględnieniem daty zniszczenia magazynowanego wirusa ospy. Raport ma być przedstawiony w styczniu 2002 roku WHO i w maju 2002 r. na posiedzeniu Światowego Zgromadzenia Zdrowia. Stany Zjednoczone zaoferowały pomoc w skali międzynarodowej w zakresie ulepszonej szczepionki i leków przeciwośpowskich.

Badania nad wirusem ospy prawdziwej są wykonywane w CDC w warunkach bezpieczeństwa BSL4. Badania pozwalają przypuszczać, że jest możliwe uzyskanie nowych leków i szczepionek, które pozwolą na uodpornienie osób z zaburzeniami odporności i z uwzględnieniem szczególnie wirulentnych szczepów wirusa ospy.

Co najmniej dwa doustne przeciwwirusowe leki o różnym mechanizmie działania mają szansę być dopuszczone dla zapobiegania i leczenia zakażeń wirusem ospy. Szczególnie są one potrzebne między innymi dla osób szczepionych przeciw ospie z immunosupresją.

Niezbędne są również nowe typy szczepionek, wytestowane *in vitro* i na zwierzętach.

W trakcie badań są nowe testy diagnostyczne i testy pozwalające na wykrycie skażenia środowiska.

Uzyskanie skutecznej szczepionki, leków przeciwwirusowych, testów diagnostycznych i testów pozwalających na określenie skażenia środowiska niezmiennym i zmienionym genetycznie wirusem ospy prawdziwej, wirusem, który może stać się wektorem dla innych patogenów lub np. wirusem ospy mysiej uzasadnia przetrzymywanie tego wirusa.

Międzynarodowa społeczność musi być jednak zapewniona, że wirus ospy prawdziwej przechowywany w magazynach będzie zniszczony po zakończeniu międzynarodowych obserwacji.

Doradczy Komitet Badawczy Wirusa Ospy Prawdziwej (Advisory Committee on Variola Virus) w dniach 6-9 grudnia 1999 roku ustalił siedem zadań badawczych nad wirusem ospy prawdziwej. W raporcie podano, że dla trzech zadań jest konieczne, a dla dalszych czterech - wskazane posiadanie żywego wirusa ospy.

Są to:

1. informacje dotyczące sekwencji DNA wirusa ospy,
2. leki przeciwwirusowe,

3. modele zwierzęce dla oceny leków przeciwwirusowych i nowych szczepionek,

4. ocena testów diagnostycznych,

5. monoklonalne przeciwciała i ich otrzymywanie,

6. nowe szczepionki przeciwośpowskie,

7. kontynuacja podstawowych badań.

W ciągu 2000 roku i do września 2001 r. naukowcy z CDC i z Instytutu Badawczego Chorób Zakaźnych i Armii USA (USAMRIID) wspólnie z WHO i innymi amerykańskimi naukowcami podjęli badanie w następujących problemach:

1. ocena właściwości szczepów wirusa ospy prawdziwej,
2. właściwości serologiczne,
3. szybkie testy diagnostyczne,
4. testy diagnostyczne oparte o właściwości DNA,
5. leki przeciwwirusowe,
6. zwierzęce modele badawcze dla oceny skuteczności szczepionek, leków przeciwwirusowych i testów diagnostycznych (dotychczasowe wyniki badań wskazują, że niektóre zwierzęta naczelne mogą być zakażone wirusem ospy prawdziwej).

* Wyciąg z materiału przekazanego stronie polskiej w trakcie V Konferencji o Zakazie Broni Biologicznej (BWC) w Genewie w dniach 19.11-07.12.2001 r.

opracował W. Magdzik

Poliomyelitis w ostatnich latach w świecie

W dniach 29 i 30 listopada 2001 roku w Brukseli miało miejsce spotkanie Regionalnej Komisji Certyfikacji Eradykacji Poliomyelitis, którego celem było dokonanie przeglądu osiągnięć w zakresie zwalczania poliomyelitis w krajach Zachodniej Europy.

W spotkaniu wzięli udział przedstawiciele następujących 19 krajów europejskich: Austrii, Belgii, Bułgarii, Francji, Niemiec, Grecji, Irlandii, Izraela, Włoch, Litwy, Łotwy, Holandii, Polski, Portugalii, Rumunii, Hiszpanii, Szwecji, Szwajcarii, Wielkiej Brytanii, a także przedstawiciele Centralnego Biura WHO w Genewie, Europejskiego Biura Regionalnego WHO w Kopenhadze, Komisji Europejskiej UE i Regionalnej Komisji Certyfikacji i Eradykacji Polio.

Poniżej przedstawiono najbardziej istotne problemy związane z sytuacją epidemiologiczną i procesem eradykacji poliomyelitis w świecie w ostatnich latach.

* * *

Szczególnie dużo miejsca podczas obrad poświęcono problemom związanym z przeprowadzoną inwentaryzacją laboratoriów mogących przechowywać szczepy dzikiego wirusa *polio*, materiał nimi zakażony lub podejrzany o takie zakażenie, dla stworzenia warunków uniemożliwiających zakażenie ludzi i/lub środowiska tymi wirusami. Przegląd tych informacji przedstawionych przez przedstawicieli poszczególnych krajów był głównym tematem i celem konferencji.

Jak wynika z tej części konferencji, w 16 krajach dokonano przeglądu 16.234 laboratoriów. W 101 laboratoriach wykryto przechowywanie dzikiego wirusa *polio*. Na 19 krajów uczestniczących w konferencji, aktualnie 11 krajów posiada wirusa, w 2 krajach nie jest on magazynowany, w 6 ostateczne informacje nie są ustalone.

Dalszym celem konferencji były osiągnięcia poszczególnych krajów w zakresie szczepień przeciw poliomyelitis i

surveillance'u ostrych porażenia wiotkich.

W innych punktach konferencji podano informacje o sytuacji epidemiologicznej *polio*, podejmowanej działalności przeciwepidemicznej, planach i perspektywach na przyszłość. W niniejszym opracowaniu znajdują się natomiast przede wszystkim te ostatnie informacje jako problemowe i najbardziej interesujące.

Epidemie spowodowane wirusem *polio* pochodzenia szczepionkowego (vaccine-derived poliovirus - VDPV)

Egipt	1982-1993	typ 2	32 przypadki
Hispaniola	2000-2001	typ 1	20 przypadków
Filipiny	2001	typ 1	3 przypadki

Obserwuje się podobieństwo epidemicznego szerzenia VDPV do szerzenia dzikiego wirusa *polio*, zwłaszcza w zakresie: transmisji wirusa od człowieka do człowieka, znacznej liczby porażonych zachorowań, właściwości antygenowych wirusa odmiennych od właściwości szczepów szczepionkowych.

Trzy przypadki na Filipinach, spowodowane VDPV zostały stwierdzone między 15 marca a 26 lipca 2001 r. VDPV został izolowany z przypadków zgłoszonych jako ostre porażenie wiotkie.

Pierwszy przypadek dotyczył dziecka w wieku 8 lat, trzykrotnie szczepionego OPV, mieszkającego 500 mil na południe od Manili, drugi - dziecka w wieku 2 lat, również trzykrotnie szczepionego OPV, mieszkającego 60 mil na południe od Manili, trzeci - dziecko w wieku 14 miesięcy, dwukrotnie szczepionego OPV, mieszkającego 25 mil na północ od Manili. Dzieci te od urodzenia nie wyjeżdżały poza swoją prowincję. Izolowane szczepy wirusa pochodziły ze szczepów szczepionkowych Sabina typ 1. Wykazywały 3% różnicę sekwencji w stosunku do szczepów Sabina.

Główną przyczyną szerzenia się VDPV jest niski poziom zaszczepienia populacji. Na Filipinach ocenia się poziom zaszczepienia na około 80%, mimo przeprowadzonych w 1997 r. szczepień w ramach Narodowych Dni Szczepień, a w 1998 i w 1999 roku Subnarodowych Dni Szczepień. Ostatnie zachorowanie spowodowane dzikim szczepem wirusem *polio* zanotowano na Filipinach w 1993 roku.

Stanowisko Światowej Komisji Certyfikacji z marca 2001 roku w związku z epidemią na wyspie Hispaniola (Dominikana i Haiti)

- WHO musi rozwijać wiedzę na temat sposobów rozeznania w zakresie możliwości krążenia VDPV w okresie po certyfikacji eradykacji *polio*. Do definicji eradykacji *polio* powinna być włączona konieczność rozeznania w zakresie możliwości krążenia VDPV.
- Narodowe dokumenty certyfikacyjne muszą uwzględniać problemy dotyczące analizy przypadków AFP pod kątem VDPV jako czynnika etiologicznego i wpływu na nie wykonywanych szczepień.
- WHO jest proszone o informowanie Światowej Komisji Certyfikacji o wynikach badań w zakresie szerzenia się VDPV.
- Podejmowane działania w zakresie zwalczania VDPV muszą być podobne do działania w przypadku zawleczenia dzikiego wirusa *polio*.

Poprawa sytuacji w zakresie poliomyelitis między 1999 a 2000 rokiem

20% poprawa w zakresie surveillance'u

33% redukcja liczby zakażonych krajów

60% spadek liczby przypadków

Porównanie liczb zachorowań na poliomyelitis w świecie w 1988 roku i od początku roku do 1 listopada 2000 i 2001 roku

Rok	1988	2000	2001
Liczba potwierdzonych zachorowań	350.000	1.543	458
Izolacja dzikiego wirusa <i>polio</i>	36.000	464	261
Liczba endemicznych krajów	125	20	9

Poliomyelitis w Indiach: liczba zakażonych dystryktów

1998 rok	314 dystryktów
1999 rok	192 dystrykty
2000 rok	89 dystryktów
2001 rok	46 dystryktów

W Indiach szczególnie częste zachorowania występują w stanach Uttar Pradesh i Bihar.

Poliomyelitis w Pakistanie: liczba izolacji dzikiego wirusa *polio* i liczba zakażonych dystryktów.

Rok	Liczba izolacji	Liczba dystryktów
1999	324	76
2000	199	59
2001	69	3

Poliomyelitis w Bułgarii w 2001 r. najprawdopodobniej wynikiem zawleczenia z Indii i podjęte działanie przeciwepidemiczne

24 marzec	- zachorowanie dziecka z objawami porażenia wiotkich w Burgas
17 kwiecień	- izolacja dzikiego wirusa <i>polio</i> typ 1
19-22 kwiecień	- dochodzenie epidemiologiczne; szczepienie przeciw <i>polio</i> w Burgas
23 kwiecień	- zachorowanie drugiego dziecka w Burgas
27 kwiecień	- izolacja wirusa <i>polio</i> typ 1
20-30 kwiecień	- szczepienie osób z grup wysokiego ryzyka zakażenia w sąsiednich regionach
7 maj	- następne zachorowanie w Bułgarii w miejscowości Yambal; identyfikacja dzikiego wirusa <i>polio</i> od osoby bez objawów klinicznych
16 maj	- szczepienie osób z grup wysokiego ryzyka w całym kraju
28 maj	- rozpoczęcie pierwszej rundy Narodowych Dni Szczepień
25 czerwiec	- rozpoczęcie drugiej rundy Narodowych Dni Szczepień

Ogólna opinia WHO o działaniu przeciwepidemicznym w Bułgarii: sprawna i właściwa reakcja na zawleczenie zakażenia z Indii do Bułgarii pozwoliła na szybkie zakończenie epidemii.

Przewidywana najbardziej istotna działalność w zakresie certyfikacji eradykacji poliomyelitis w Regionie Europejskim w 2002 i 2003 roku

Podczas obrad 12 konferencji Regionalnej Komisji Certyfikacji przyjęto następujące kroki jako główne zadanie na najbliższą przyszłość poza zadaniami dotychczas wykonywanymi w zakresie szczepień, surveillance'u ostrych porażenia wiotkich i inwentaryzacji laboratoriów:

- dokonanie dokładnej analizy dokumentacji i sytuacji w Turcji, Tadżykistanie, Turkmenistanie i Uzbekistanie,
- opracowanie szczegółów dotyczących zawleczenia dzikiego wirusa *polio* do Bułgarii,

- dokonanie analizy dokumentacji ze wszystkich krajów Regionu Europejskiego.

W dalszej kolejności przewiduje się:

- zapewnienie właściwych warunków przechowywania szczepów wirusa *polio* lub materiału nimi zakażonego,
- certyfikację eradykacji *polio*,
- wstrzymanie szczepień OPV, co powinno rozpocząć się już w 2002 roku, a być zakończone w 2004 roku.

Wtedy konieczna będzie decyzja dotycząca sposobu uodparniania populacji, w szczególności dla zapobieżenia szerzeniu się VDPV. Prawdopodobnie konieczne będzie zapewnienie możliwości uodparniania przy pomocy IPV.

W dniu 26 listopada 1998 roku zarejestrowano w Regionie Europejskim Światowej Organizacji Zdrowia ostatni rodzimy przypadek poliomyelitis. Z objawami porażeniami zachorowało wówczas w południowo-wschodniej Turcji 33-miesięczne dziecko nie szczepione przeciw poliomyelitis. Od tamtej pory minęły już 3 lata - dostatecznie długi okres dla określenia eradykacji *polio*. To osiągnięcie uznane jest za kamień milowy. Obecnie przewiduje się, że świat ma szansę być uznany jako wolny od *polio* w 2005 roku.

Komentarz

Wariantowo ujęty plan dalszego działania dla osiągnięcia eradykacji *polio* utrwała pogląd niektórych sceptyków, że wobec obserwowanych niepowodzeń i nowych, pojawiających się problemów niezmiernie trudne będzie podjęcie ostatecznej decyzji stwierdzenia eradykacji *polio* w poszczególnych krajach, a tym bardziej na kontynentach i globalnie

w świecie. Coraz bardziej umacniany jest pogląd, że w okresie gdy nie będzie stwierdzać się zachorowań, a przed oficjalnym ogłoszeniem eradykacji *polio*, konieczny będzie na całym świecie kilkuletni okres uodparniania ludności przy pomocy IPV.

prof. Wiesław Magdzik

"Meldunki" udostępnione są w Internecie na stronach
www.pzh.gov.pl www.medstat.waw.pl

Opracowuje zespół: Mirosław P. Czarkowski (kier. zesp.),
 Ewa Cielebąk, Barbara Kondej, Ewa Stępień - tel.: (022) 84-97-702, (022) 54-21-210; fax (022) 54-21-211; e-mail:
 epimeld@pzh.gov.pl epimeld@medstat.waw.pl
Kierownictwo naukowe: prof. dr hab. Wiesław Magdzik

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

