

Meldunek 11/B/02

o zachorowaniach na choroby zakaźne i zatruciach związkami chemicznymi zgłoszonych w okresie od 16.11 do 30.11.2002 r.

Jednostka chorobowa (symbole wg "Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych" ICD-10)	Meldunek 11/B		Dane skumulowane	
	16.11.02. do 30.11.02.	16.11.01. do 30.11.01.	1.01.02. do 30.11.02.	1.01.01. do 30.11.01.
Choroba wywołana przez ludzki wirus upośl.odp.: ogółem (B20-B24)	6	5	98	114
Dur brzuszny (A01.0)	-	-	5	5
Dury rzekome A.B.C. (A01.1-A01.3)	-	-	1	1
Salmonelozy: ogółem (A02)	437	547	20030	19234
Czerwonka bakteryjna /szigelozą/ (A03)	1	7	217	120
Inne bakteryjne zakażenia jelitowe: ogółem (A04)	167	114	4291	4175
Wirusowe i inne określone zakażenia jelitowe: ogółem (A08)	132	114	6012	4179
Biegunki u dzieci do lat 2: ogółem (A04; A08; A09)	503	458	16640	13816
w tym: BNO, prawdopodobnie pochodzenia zakaźnego (A09)	313	318	10376	8816
Tężec: ogółem (A33-A35)	1	-	20	17
Błonica (A36)	-	-	-	-
Krztusiec (A37)	88	90	1560	2200
Szkarlatyna /płonica/ (A38)	146	176	3771	5551
Zapalenie opon mózgowych: razem	102	165	1798	2149
w tym: meningokokowe (A39.0)	2	5	69	92
wywołane przez <i>Haemophilus influenzae</i> (G00.0)	1	4	63	65
inne bakteryjne, określone i nie określone (G00.1-G00.9)	21	39	540	614
wirusowe, określone i nie określone (A87; B00.3; B02.1)	57	101	948	1200
inne i nie określone (G03)	21	16	178	178
Zapalenie mózgu: razem	16	36	459	514
w tym: meningokokowe i inne bakteryjne: ogółem (A39.8; G04.2)	-	7	92	104
wirusowe, przenoszone przez kleszcze (A84)	4	13	119	186
inne wirusowe, określone (A83; A85; B00.4; B02.0; B25.8)	2	3	24	20
wirusowe, nie określone (A86)	6	10	148	137
poszczepienne (G04.0)	-	-	1	-
inne i nie określone (G04.8-G04.9)	4	3	75	67
Riketsjozy: ogółem (A75-A79)	-	-	1	1
Ostre nagminne porażenie dziecięce, łącznie z poszczepiennym (A80)	-	-	2	-
Ospa wietrzna (B01)	4825	4309	78442	96821
Odra (B05)	1	3	29	131
Różyczka: ogółem (B06; P35.0)	221	516	40082	82923
Wirusowe zap. wątroby: typu A (B15)	9	22	318	648
typu B (B16; B18.0-B18.1)	84	122	1739	2076
typu C (B17.1; B18.2)	83	74	1707	1671
typu B+C (B16; B18.0-B18.1 + B17.1; B18.2)	4	3	69	103
inne i nieokreśl.(B17.0;B17.2-.8;B18.8-.9;B19)	4	5	189	192
Świnka /nagminne zapalenie przyusznicy/ (B26)	2421	1195	34535	14162
Włośnica (B75)	-	1	26	11
Świerzb (B86)	853	1161	14212	14923
Grypa: ogółem (J10; J11)	15671	8917	204201	556252
Bakteryjne zatrucia pokarmowe: razem	806	720	25655	23504
w tym: salmonelozy (A02.0)	427	544	19928	19147
gronkowcowe (A05.0)	142	31	1195	591
jadem kielbasianym /botulizm/ (A05.1)	5	4	80	59
wywołane przez <i>Clostridium perfringens</i> (A05.2)	-	-	5	1
inne określone (A05.3-A05.8)	34	9	281	310
nie określone (A05.9)	198	132	4166	3396
Zatrucia naturalnie toksycznym pokarmem: ogółem (T62)	8	6	76	248
w tym: grzybami (T62.0)	8	5	57	225
Inne zatrucia: ogółem (T36-T60; T63-T65)	495	346	8232	8303
w tym: pestycydami (T60)	-	3	105	219
lekami, prep.farmakologicznymi i subst.biolog. (T36-T50)	318	205	4990	4709
alkoholem (T51)	89	33	1595	1552
Ostre porażenia wiotkie u dzieci (0-14 lat)	5	2	67	69

Zachorowania zgłoszone w okresie 16-30.11.2002 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)	Krzustec (A37)	Szkarlatyna (A38)	Zapalenie opon mózgowych		Zapalenie mózgu	
										Ogółem (A39.0; A87; B00.3; B02.1; G00; G03)	w tym: meningokoko- we (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	6	-	-	437	1	503	1	88	146	102	2	16	4
Dolnośląskie	-	-	-	24	-	24	1	7	9	10	-	-	-
Kujawsko-Pomorskie	-	-	-	21	-	33	-	9	11	3	-	2	-
Lubelskie	1	-	-	22	-	32	-	1	4	2	-	3	1
Lubuskie	-	-	-	8	-	6	-	-	4	3	-	-	-
Łódzkie	-	-	-	34	-	15	-	12	4	5	-	1	-
Małopolskie	1	-	-	22	-	30	-	3	16	10	-	-	-
Mazowieckie	-	-	-	65	-	65	-	19	12	6	-	1	1
Opolskie	-	-	-	11	-	3	-	5	8	3	-	1	-
Podkarpackie	-	-	-	26	-	49	-	-	2	2	1	1	-
Podlaskie	-	-	-	9	-	17	-	9	3	4	-	1	1
Pomorskie	-	-	-	27	-	43	-	-	11	5	-	3	-
Śląskie	-	-	-	61	-	53	-	10	29	15	-	1	-
Świętokrzyskie	-	-	-	16	1	10	-	3	1	1	-	-	-
Warmińsko-Mazurskie	-	-	-	25	-	37	-	4	8	4	1	1	1
Wielkopolskie	4	-	-	53	-	70	-	6	19	20	-	-	-
Zachodniopomorskie	-	-	-	13	-	16	-	-	5	9	-	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	4825	1	221	9	88	87	2421	-	853	15671	806	8	495
Dolnośląskie	407	-	10	-	13	12	473	-	31	66	104	-	26
Kujawsko-Pomorskie	416	-	12	1	10	10	137	-	81	370	33	-	28
Lubelskie	212	1	34	-	2	1	21	-	44	-	26	-	49
Lubuskie	116	-	10	-	3	6	91	-	44	275	49	-	28
Łódzkie	126	-	8	-	7	12	89	-	78	5585	36	3	152
Małopolskie	313	-	12	2	3	-	162	-	105	21	51	-	27
Mazowieckie	488	-	10	2	15	14	76	-	74	7957	67	-	15
Opolskie	288	-	10	-	4	3	11	-	27	233	13	-	1
Podkarpackie	244	-	10	-	5	1	212	-	64	43	26	1	34
Podlaskie	234	-	9	1	-	-	46	-	38	194	10	-	16
Pomorskie	226	-	14	3	2	2	73	-	13	148	46	-	12
Śląskie	698	-	21	-	9	7	588	-	110	315	142	1	31
Świętokrzyskie	165	-	4	-	6	6	125	-	34	19	30	3	34
Warmińsko-Mazurskie	205	-	1	-	4	1	122	-	37	1	88	-	8
Wielkopolskie	566	-	26	-	2	12	140	-	32	359	56	-	10
Zachodniopomorskie	121	-	30	-	3	-	55	-	41	85	29	-	24

Zakażenia HIV i zachorowania na AIDS Informacja z 30 listopada 2002 r.

W listopadzie 2002 r. do Zakładu Epidemiologii PZH zgłoszono nowo wykryte zakażenie HIV 43 obywateli polskich, wśród których było: 8 zakażonych w związku z używaniem narkotyków, 5 homo- i biseksualistów, 1 zakażony drogą ryzykownych kontaktów heteroseksualnych i 29 bez informacji o drodze zakażenia.

Wśród nowo wykrytych zakażonych było 31 mężczyzn i 12 kobiet. Mieli oni od 18 do 57 lat, w tym było: dwoje nastolatków, 19 w grupie wieku od 20 do 29 lat, 12 - od 30 do 39 lat, 4 - od 40 do 49 lat oraz 3 - od 50 do 59 lat; u 3 osób nie podano ani daty urodzenia ani wieku. Mieszkali w następujących województwach: 7 w małopolskim, 5 w podkarpackim, po 4 w łódzkim i warmińsko-mazurskim, po 3 w pomorskim i śląskim, po 2 w lubelskim i zachodniopomorskim oraz po 1 w dolnośląskim, mazowieckim, opolskim, podlaskim i świętokrzyskim; 8 było bez informacji o województwie zamieszkania.

Obecność przeciwciał anti-HIV potwierdzono w Zakładzie Laboratoryjno-Doświadczalnym Instytutu Wenerologii Akademii Medycznej w Warszawie, w Wojewódzkim Zespole Chorób Zakaźnych w Gdańsku, w Wojewódzkiej Przychodni Dermatologicznej w Katowicach, w Pracowni Seroologii HIV Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie, w pracowni wirusologicznej Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Lublinie, w Wojewódzkim Specjalistycznym Szpitalu im. dr. Wł. Biegańskiego w Łodzi oraz w Zakładzie Immunologii Hematologicznej i Transfuzjologicznej Instytutu Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie.

Odnotowano zachorowanie na AIDS kobiety - narkomanki i 14 mężczyzn (6 narkomanów, 4 zakażonych drogą ryzykownych kontaktów heteroseksualnych, 3 homoseksualistów i 1 bez informacji o drodze zakażenia).

Chorzy byli w wieku od 20 do 54 lat, w tym 6 w grupie od 20 do 29 lat, 3 - od 30 do 39 lat, 5 - od 40 do 49 lat i 54-latek. Mieszkali w następujących województwach: 6 w pomorskim, po 3 w dolnośląskim i wielkopolskim oraz po 1 w lubelskim, łódzkim i śląskim.

Wszystkie zachorowania zgłoszone w listopadzie 2002 r. rozpoznano w roku 2002. We wszystkich przypadkach określono przynajmniej jedną chorobę wskazującą na AIDS w brzmieniu jak w definicji do celów nadzoru epidemiologicznego, skorygowanej w 1993 r. U 13 chorych podano liczbę komórek CD4 (od 8 do 302 na mikrolitr).

Od wdrożenia badań w 1985 r. do 30 listopada 2002 r. stwierdzono zakażenie HIV 7.826 obywateli polskich, wśród których było co najmniej 4.739 zakażonych w związku z używaniem narkotyków.

Ogółem odnotowano 1.237 zachorowań na AIDS; 608 chorych zmarło.

Wanda Szata
Zakład Epidemiologii PZH

* * *

UWAGA: Liczby zachorowań na choroby wywołane przez ludzki wirus upośledzenia odporności [HIV] podawane na str. 1-2 "Meldunków" pochodzą ze sprawozdań Mz-56 nadsyłanych przez Wojewódzkie Stacje San.-Epid. w ramach systemu zbiorczego zgłaszania zachorowań na choroby zakaźne. Natomiast dane o zachorowaniach zawarte w powyższej informacji pochodzą ze skorygowanych w Zakładzie Epidemiologii PZH zgłoszeń poszczególnych zachorowań.

Program EURO-HEPNET. Nadzór i zapobieganie wirusowemu zapaleniu wątroby typu A i B

Polska jako jeden z 6 krajów, obok Bułgarii, Izraela, Włoch, Litwy i Niemiec, została zaproszona do współpracy w programie EURO-HEPNET.

Ogólnym celem programu EURO-HEPNET jest opracowanie wzmocnionego i ujednoliconego systemu nadzoru i zapobiegania wirusowemu zapaleniu wątroby (wzw) A i B w 28 wybranych krajach (w 15 krajach Unii Europejskiej, w 12 krajach stowarzyszonych i w Izraelu). Grupa ekspertów w dziedzinie epidemiologii i zdrowia publicznego będzie pracowała nad utworzeniem porównywalnej metodologii, tj. ustaleniem standartowej definicji przypadku z wymogiem laboratoryjnego potwierdzenia zachorowania i ujednoliceniem metod nadzoru.

Wirusowe zapalenie wątroby B jest poważnym zagrożeniem zdrowia populacji w regionie europejskim z niską do średniej zapadalnością w krajach Unii Europejskiej i średnią do wysokiej zapadalnością w krajach stowarzyszonych (pomimo istnienia od 18 lat bezpiecznej i efektywnej szczepionki). Ponadto niektóre kraje stowarzyszone są w sytuacji epidemiologicznej przejściowej wzw A i stoją przed podjęciem decyzji o wprowadzeniu szczepień. Wraz z powiększeniem Europy i wzrostem migracji prawdopodobieństwo przenoszenia wzw A i B pomiędzy krajami będzie wzrastać. W wielu krajach Unii Europejskiej i w krajach stowarzyszonych dane na temat zachorowań na wirusowe zapalenie wątroby, przeciwko którym istnieją szczepienia, są niedostępne, niepełne lub nie są reprezentatywne dla populacji. Większość spośród 28 krajów uczestniczących w projekcie posiada system nadzoru nad wzw A i B, jednak istnieją znaczące różnice w jego funkcjonowaniu, definicji przypadku, kompletności danych, metodach zgłaszania.

Spodziewanym rezultatem projektu będzie:

- Zgromadzenie informacji na temat nadzoru i zapobiegania wirusowemu zapaleniu wątroby, przeciwko któremu istnieją szczepienia, na terenie Europy.
- Ustalenie podstawowych wymogów systemu nadzoru nad wzw A i B.
- Podjęcie decyzji o stosowanych działaniach zapobiegawczych.
- Udzielenie krajowym instytucjom konsultacji odnośnie sposobu analizy i interpretacji istniejących i przyszłych danych, w celu kontroli i zapobiegania szerzeniu się wzw.
- Sformułowanie zaleceń dla przyszłej współpracy sieci nadzoru i zapobiegania wzw.

Koordynatorem projektu jest Uniwersytet w Antwerpii reprezentowany przez prof. Pierre Van Damme. Realizatorem programu ze strony polskiej jest Zakład Epidemiologii Państwowego Zakładu Higieny w Warszawie reprezentowany przez prof. Wiesława Magdzika.

Do zadań koordynatora należeć będzie:

- Przygotowanie i rozesłanie ankiety celem zebrania danych dotyczących nadzoru epidemiologicznego i zapobiegania wzw w poszczególnych krajach.
- Stworzenie ogólnodostępnej strony internetowej opisującej projekt.
- Stworzenie forum dyskusyjnego na stronie internetowej, dostępnego tylko dla członków współpracujących w ramach projektu.
- Informowanie poprzez stronę internetową o istotnych wydarzeniach w ramach projektu lub innych związanych z tematem.

- Udostępnienie danych o osobach z 28 krajów uczestniczących w projekcie.
- Przygotowanie do wstępnej oceny rezultatów projektu po upływie 24 miesięcy od daty rozpoczęcia projektu.
- Zorganizowanie spotkania z udziałem wszystkich 28 krajów uczestniczących w projekcie (1 lub 2 osoby uczestniczące z każdego kraju) w 30 miesiącu trwania projektu, na którym będą omówione wstępne rezultaty projektu.
- Utrzymywanie stałego kontaktu z uczestnikami innych pokrewnych projektów, reprezentantem DG SANCO i WHO/EURO w celu wzmocnienia współpracy i unikania niepotrzebnego dublowania prac.

na podst. materiałów otrzymanych z Uniwersytetu w Antwerpii
opracowała Agnieszka Bielak

Ocena szczepień przeciwko ospie prawdziwej w kontekście zagrożenia bioterroryzmem

W związku z rosnącym niepokojem przed użyciem wirusa ospy prawdziwej jako środka terroru lub jako broni biologicznej Narodowe Centrum Bezpieczeństwa Polityki Zdrowotnej (National Security Health Policy Center) USA zbiera dostępną dokumentację w celu retrospektywnej oceny skuteczności szczepionek przeciwko ospie prawdziwej. Poszukuje się informacji na temat skuteczności i bezpieczeństwa szczepionek, powodów dla których wytwórcy wybierali jeden z dostępnych szczepów krowianki, programów szczepień stosowanych w trakcie Światowej Kampanii na rzecz Eradykacji (Worldwide Eradication Campaign).

Z dotychczas zebranych danych wynika, że istniały różne szczepy wirusa krowianki, niektóre z nich stosowane były, kiedy choroba występowała endemicznie, inne zaś już po jej wykorzenieniu z danego obszaru. Jest to o tyle ważne, że w przypadku celowego rozprzestrzenienia wirusa trafiłby on na całkowicie nie uodpornioną populację wywołując stan endemii.

Istniały dwa najczęściej stosowane szczepy krowianki: jeden opracowany przez Radę Zdrowia Miasta Nowy Jork

(New York City Board of Health - NYCBH) USA, a drugi przez Instytut Listera w Wielkiej Brytanii. Szczep NYCBH był szeroko rozpowszechniony w szczepionkach używanych od końca XIX wieku do lat 70-tych dwudziestego wieku. Pochodziły od niego szczepy używane w Kanadzie, Ameryce Południowej i Środkowej (akcje PASO/PAHO), Zachodniej i Centralnej Afryce (USAID, UNICEF), Francji, Danii, a nawet szczep EM-63 używany w dawnym Związku Radzieckim, skąd trafił też do Indii, Birmy, Afganistanu i Zairu. Wszędzie tam doszło do opanowania epidemii ospy prawdziwej.

Szczep z Instytutu Listera, któremu przypisywano główną rolę w procesie eradykacji ospy, został wprowadzony na szeroką skalę w Europie po wyeliminowaniu problemu endemii. Decyzja ta była podyktowana mniejszą reaktogennością i łatwiejszą hodowlą szczepu. Szczepionki pochodzące od tego szczepu wywoływały odporność grupową, wystarczającą do kontroli sporadycznych lub zawleczonych przypadków ospy. Przykład Ghany, gdzie ospa szerzyła się endemicznie pomimo stosowania szczepionki opartej na szczepie angielskim, może dowodzić, że skuteczność immunizacji tym szczepem jest ograniczona w sytuacji endemii. Warto również szczególnie przyjrzeć się przykładowi Indii, ponieważ stamtąd pochodziły dzikie szczepy o dużej zjadliwości używane przez Związek Radziecki do produkcji broni biologicznej, które mogły potencjalnie dostać się w ręce organizacji terrorystycznych. W Indiach stosowano szczepionkę opartą na szczepie NYCBH, ale w ilości niedostatecznej w stosunku do zagrożonej populacji. Dopiero pod koniec lat 60-tych duże ilości szczepionki EM-63 dostarczone ze Związku Radzieckiego spowodowały znaczący spadek zapadalności. Na początku lat 70-tych wprowadzono tam szczepionkę LIVP opartą na szczepie z Instytutu Listera, lecz z powodu utrzymywania się endemii zaczęto używać lokalnej odmiany wirusa "Patwadanger", której pochodzenie pozostaje do wyjaśnienia. W połowie lat 70-tych "Patwadanger" był dominującą szczepionką, która w końcu przyczyniła się do eradykacji ospy w regionie południowo-wschodniej Azji.

Magdalena Rosińska

