

Meldunek 3/B/07

o zachorowaniach na choroby zakaźne i zatruciach

zgłoszonych w okresie od 16.03 do 31.03.2007 r.

1. Liczba zachorowań na wybrane choroby zarejestrowanych w okresie 16-31.03.2007 r. oraz skumulowana liczba zachorowań zarejestrowanych od 1.01.2007 r. w porównaniu do analogicznych okresów 2006 r.

Jednostka chorobowa (symbole wg "Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych" ICD-10)	Meldunek 3/B		Dane skumulowane ^{1/}	
	16.03.07. do 31.03.07.	16.03.06. do 31.03.06.	1.01.07. do 31.03.07.	1.01.06. do 31.03.06.
Cholera (A00)	-	-	-	-
Dur brzuszny (A01.0)	-	-	-	1
Dury rzekome A,B,C (A01.1-3)	-	-	-	-
Salmonelozy: ogółem (A02)	219	282	1500	1519
w tym: zatrucia pokarmowe (A02.0)	214	280	1471	1490
Czerwonka bakteryjna /szigelozą/ (A03)	-	-	1	2
Inne bakteryjne zakażenia jelitowe: ogółem (A04)	357	285	1869	1312
w tym: zakażenie <i>Escherichia coli</i> - enterokrwotoczną (A04.3)	-	-	-	-
wywołane przez <i>Campylobacter</i> (A04.5)	4	2	20	20
Inne bakteryjne zatrucia pokarmowe: ogółem (A05)	126	108	700	724
w tym: zatrucie gronkowcowe (A05.0)	5	7	28	27
zatrucie jadem kiełbasianym /botulizm/ (A05.1)	1	2	10	7
wywołane przez <i>Clostridium perfringens</i> (A05.2)	1	1	1	1
inne określone (A05.3-8)	3	2	17	14
nie określone (A05.9)	116	96	644	675
Lamblioza /giardioza/ (A07.1)	116	146	792	890
Kryptosporidioza (A07.2)	-	-	-	-
Wirusowe i inne określone zakażenia jelitowe: ogółem (A08)	1246	1761	6636	7263
w tym: nieżyt jelitowy wywołany przez rotawirusy (A08.0)	958	1489	4445	6101
Biegunki u dzieci do lat 2: ogółem (A04; A08; A09)	1313	1524	6536	7055
w tym: BNO, prawdopodobnie pochodzenia zakaźnego (A09)	522	534	2715	2501
Dżuma (A20)	-	-	-	-
Tularemia (A21)	-	-	-	-
Wąglik (A22)	-	-	-	-
Bruceloza: nowe zachorowania (A23)	-	-	-	-
Leptospiroza (A27)	-	-	-	-
Jersinioza: ogółem (A04.6; A28.2)	10	7	85	50
Listerioza: ogółem (A32; P37.2)	3	-	10	5
Tężec: ogółem (A33-A35)	2	-	4	1
Błonica (A36)	-	-	-	-
Krztusiec (A37)	122	73	731	302
Płonica /szkarlatyna/ (A38)	683	893	3717	3852
Choroba meningokokowa, inwazyjna: ogółem (A39) ^{2/}	24	17	134	75
w tym: zapalenie opon mózgowych (A39.0)	15	8	67	40
zapalenie mózgu (A39.8/G05.0)	-	1	4	7
posocznica (A39.1-4)	15	10	85	50
Legionelloza (A48.1-2)	2	12	18	18
Borelioza z Lyme (A69.2)	247	169	1622	953
Gorączka Q (A78)	-	-	-	-

1. Liczba zachorowań na wybrane choroby zarejestrowanych w okresie 16-31.03.2007 r. oraz skumulowana liczba zachorowań zarejestrowanych od 1.01.2007 r. w porównaniu do analogicznych okresów 2006 r. (cd)

Jednostka chorobowa (symbole wg "Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych" ICD-10)	Meldunek 3/B		Dane skumulowane ^{1/}	
	16.03.07. do 31.03.07.	16.03.06. do 31.03.06.	1.01.07. do 31.03.07.	1.01.06. do 31.03.06.
Ostre porażenia wiotkie u dzieci w wieku 0-14 lat	1	4	17	24
Ostre nagminne porażenie dziecięce /polio/: ogółem (A80)	-	-	-	-
tym: wywołane dzikim wirusem (A80.1-2,4)	-	-	-	-
Encefalopatie gąbczaste: ogółem (A81.0,2-9)	-	1	3	1
w tym: wariant choroby Creutzfeldta-Jakoba /vCJD/ (A81.0)	-	-	-	-
Styczność i narażenie na wściekliznę / potrzeba szczepień (Z20.3/Z24.2)	249	182	1287	1155
Wścieklizna (A82)	-	-	-	-
Wirusowe zapalenie mózgu: przenoszone przez kleszcze (A84)	-	-	4	4
inne, określone (A83;A85;B00.4;B02.0) ^{3/}	3	2	22	12
nie określone (A86)	8	9	52	44
Wirusowe zap. opon mózgowych, określ. i nie określ. (A87; B00.3; B02.1)	32	17	194	129
Bakteryjne zap. opon i/lub mózgu: określone, NGI (G00.2-8; G04.2) ^{4/}	9	6	47	24
nie określone (G00.9; G04.2)	23	23	118	105
Zapalenie mózgu inne i nie określone (G04.0,8-9)	10	5	33	22
Zapalenie opon mózgowych inne i nie określone (G03)	11	12	74	52
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/}	-	-	-	-
Ospa wietrzna (B01)	10272	7950	65691	54846
Ospa prawdziwa (B03)	-	-	-	-
Odra (B05)	1	9	7	23
Różyczka: ogółem (B06; P35.0)	1752	1533	6820	5494
Wirusowe zap. wątroby: typu A (B15)	2	8	9	23
typu B - ogółem (B16; B18.0-1) ^{6/}	74	71	401	406
typu C - ogółem (B17.1; B18.2) ^{6/}	132	135	762	687
typu B+C (B16; B18.0-1 + B17.1; B18.2)	2	4	11	13
inne i nie określ.(B17.0;B17.2-8;B18.8-9;B19)	4	1	20	20
Bezobjawowy stan zakażenia wirusem HIV (Z21)	23	17	127	152
Choroba wywołana przez HIV /AIDS/: ogółem (B20-B24)	4	15	27	37
Świnka /nagminne zapalenie przyusznicy/ (B26)	252	1100	1533	7325
Zimnica /malaria/ (B50-B54)	-	-	2	1
Bąblowica /echinokokoza/ (B67)	2	-	8	5
Włośnica (B75)	22	10	36	20
Świerzb (B86)	503	579	3490	3508
Choroba wyw. przez <i>Streptococcus pneumoniae</i> , inwazyjna: ogółem (B95.3) ^{7/}	5	17	63	53
w tym: zapalenie opon i/lub mózgu (B95.3/G04.2; G00.1)	4	5	37	29
Choroba wyw. przez <i>Haemophilus influenzae</i> typu b, inwazyjna: ogółem (B96.3)	2	1	13	12
w tym: zapalenie opon i/lub mózgu (B96.3/G04.2; G00.0)	1	1	9	10
Grypa i podejrzenia zachorowań na grypę: ogółem (J10; J11)	44673	56134	278286	152707
w tym: przypadki potwierdzone laboratoryjnie (J10; J11)	3	4	14	13
Zatrucia naturalnie toksycznym pokarmem: ogółem (T61-T62) ^{7/}	-	2	2	6
w tym: grzybami (T62.0) ^{7/}	-	2	2	5
Inne zatrucia: ogółem (T36-T60; T63-T65) ^{7/}	401	417	2133	3151
w tym: pestycydami (T60) ^{7/}	3	-	11	6
lekami, prep.farmakologicznymi i subst.biolog. (T36-T50) ^{7/}	230	230	1162	1370
alkoholem (T51) ^{7/}	104	76	510	760

2. Liczba zachorowań na wybrane choroby zarejestrowanych w okresie 16-31.03.2007 r. wg województw

Województwo	Dur brzuszny i dury rzekome (A01)	Salmonellozy: 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> - enterokrowotoczną (A04.3)	Ogółem (A05)	zatrucie jadem kiełbasianym /botulizm/ (A05.1)	Ogółem (A08)	w tym: nieżyt jelit. wyw. przez rotawirusy (A08.0)				
POLSKA	-	214	-	357	-	126	1	1246	958	1313	-	10	2
Dolnośląskie	-	9	-	6	-	9	-	61	55	73	-	-	-
Kujawsko-Pomorskie	-	17	-	6	-	3	-	60	51	64	-	-	-
Lubelskie	-	32	-	15	-	5	-	44	37	54	-	-	-
Lubuskie	-	7	-	8	-	-	-	25	12	24	-	-	-
Łódzkie	-	17	-	62	-	12	-	112	72	104	-	2	-
Małopolskie	-	18	-	13	-	21	-	104	88	112	-	2	-
Mazowieckie	-	35	-	110	-	-	-	185	148	158	-	3	1
Opolskie	-	4	-	2	-	1	-	24	18	29	-	-	-
Podkarpackie	-	10	-	19	-	19	-	81	64	79	-	1	-
Podlaskie	-	6	-	18	-	3	-	68	33	53	-	-	-
Pomorskie	-	11	-	16	-	9	-	101	95	100	-	1	-
Śląskie	-	11	-	35	-	35	-	128	93	127	-	-	-
Świętokrzyskie	-	4	-	6	-	4	-	49	42	61	-	1	-
Warmińsko-Mazurskie	-	7	-	2	-	1	-	31	30	64	-	-	-
Wielkopolskie	-	20	-	22	-	2	1	112	78	170	-	-	1
Zachodniopomorskie	-	6	-	17	-	2	-	61	42	41	-	-	-

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) ²	w tym: zapalenie opon mózgowych (A39.0)	w tym: posocznica (A39.1-4)				określone, NGL (G00.2-8; G04.2) ⁴	nie określone (G00.9; G04.2)			
POLSKA	-	122	24	15	15	-	-	32	9	23	10272	1	1752
Dolnośląskie	-	1	1	1	-	-	-	1	-	1	732	-	18
Kujawsko-Pomorskie	-	1	2	2	1	-	-	1	-	2	778	-	21
Lubelskie	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	326	-	159
Lubuskie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	287	-	8
Łódzkie	-	19	-	-	-	-	-	2	-	1	468	-	41
Małopolskie	-	4	6	3	5	-	-	2	2	5	866	-	173
Mazowieckie	-	18	-	-	-	-	-	5	3	5	1493	-	113
Opolskie	-	1	2	-	2	-	-	-	-	1	255	-	6
Podkarpackie	-	3	-	-	-	-	-	3	1	1	290	1	171
Podlaskie	-	59	1	-	1	-	-	4	-	-	391	-	27
Pomorskie	-	2	1	-	-	-	-	3	-	2	403	-	63
Śląskie	-	10	5	4	3	-	-	6	-	-	1571	-	477
Świętokrzyskie	-	1	-	-	-	-	-	-	1	1	507	-	247
Warmińsko-Mazurskie	-	1	4	4	2	-	-	2	-	2	361	-	127
Wielkopolskie	-	2	2	1	1	-	-	1	2	1	1327	-	84
Zachodniopomorskie	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	217	-	17

2. Liczba zachorowań na wybrane choroby zarejestrowanych w okresie 16-31.03.2007 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 podejrzenia 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	2	74	132	4	252	-	22	5	4	2	1	44673	3
Dolnośląskie	-	10	16	-	19	-	-	-	-	-	-	3415	-
Kujawsko-Pomorskie	-	5	5	-	12	-	22	1	1	-	-	1757	-
Lubelskie	-	6	13	1	41	-	-	-	-	-	-	263	-
Lubuskie	-	-	1	-	4	-	-	1	-	-	-	1903	-
Łódzkie	1	10	19	-	5	-	-	-	-	-	-	5133	-
Małopolskie	-	2	5	-	8	-	-	-	-	-	-	5117	-
Mazowieckie	-	5	19	-	15	-	-	-	-	1	1	10127	-
Opolskie	-	5	3	-	11	-	-	1	1	-	-	2483	-
Podkarpackie	-	-	-	1	5	-	-	-	-	1	-	1936	-
Podlaskie	-	2	1	-	4	-	-	-	-	-	-	974	-
Pomorskie	-	1	1	-	7	-	-	1	1	-	-	1143	-
Śląskie	1	10	19	-	28	-	-	-	-	-	-	3983	3
Świętokrzyskie	-	7	10	-	62	-	-	-	-	-	-	681	-
Warmińsko-Mazurskie	-	2	2	-	5	-	-	1	1	-	-	2585	-
Wielkopolskie	-	9	13	2	23	-	-	-	-	-	-	1300	-
Zachodniopomorskie	-	-	5	-	3	-	-	-	-	-	-	1873	-

3. Liczba zachorowań na wybrane choroby zarejestrowanych w okresie 16-31.03.2007 r. oraz skumulowana liczba zachorowań zarejestrowanych od 1.01.2007 r. wg definicji przypadku

Jednostka chorobowa (symbole wg "Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych" ICD-10)	Meldunek 3/B				Dane skumulowane ¹			
	Definicja przypadku ⁸			Razem	Definicja przypadku ⁸			Razem
	możliwe	prawdopodobne	potwierdzone		możliwe	prawdopodobne	potwierdzone	
Salmonelozy: ogółem (A02) ^{UE}	x	10	209	219	x	57	1443	1500
Czerwonka bakteryjna /szigeloza/ (A03) ^{UE}	x	-	-	-	x	-	1	1
Jersinioza: ogółem (A04.6; A28.2) ^{UE}	x	-	10	10	x	3	82	85
Zatrucie jadem kiełb. /botulizm/ (A05.1) ^{UE/PL}	1	-	-	1	6	1	3	10
Leptospiroza (A27) ^{UE/PL}	-	-	-	-	-	-	-	-
Odra (B05) ^{UE}	1	-	-	1	2	2	3	7
Wirusowe zapalenie wątroby typu A (B15) ^{UE}	x	-	2	2	x	-	9	9
Zimnica /malaria/ (B50-B54) ^{UE}	x	x	-	-	x	x	2	2
Włośnica (B75) ^{UE}	x	14	8	22	x	15	21	36

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.

Rekomendacje amerykańskiego Komitetu Doradczego ds. Szczepień (ACIP CDC) dotyczące postępowania w ogniskach choroby meningokokowej

Inwazyjna choroba meningokokowa (IChM) cechuje się ciężkim przebiegiem, jednak jest chorobą rzadką, występuje najczęściej sporadycznie wśród osób podatnych, kontaktujących się z osobami zakażonymi lub nosicielami bakterii. W ostatnim czasie zaobserwowano w Polsce zwiększenie się liczby ognisk spowodowanych meningokokami grupy C oraz przesuwanie się wieku zachorowań z grupy małych dzieci, poniżej 2 r.ż., do grupy nastolatków. Taką sytuację obserwowano poprzednio w innych krajach, takich jak Stany Zjednoczone, Anglia i Czechy. W związku z pogorszeniem się sytuacji epidemiologicznej, zwiększonym zainteresowaniem mediów oraz niepokojem społecznym spowodowanym wzrastającą liczbą wykrywanych zachorowań, wydaje się potrzebne przypomnienie zaleceń międzynarodowych dotyczących postępowania w ogniskach choroby meningokokowej. Komitet Doradczy ds. Szczepień CDC opublikował w 2005 r. uaktualnione zalecenia dotyczące postępowania w ogniskach choroby meningokokowej (MMWR, Nr 54, RR-7; 1-21 z 27 maja 2005), oparte na doświadczeniu z pogarszającą się sytuacją epidemiologiczną IChM w Stanach Zjednoczonych w ciągu ostatniego dziesięciolecia.

Definicje zachorowań

- **Przypadek potwierdzony** - zachorowanie spełniające kryteria kliniczne IChM oraz wyizolowanie *N. meningitidis* z miejsca, które w prawidłowych warunkach jest jałowe.
- **Przypadek prawdopodobny** - zachorowanie spełniające kryteria kliniczne IChM potwierdzone oznaczeniem antygenu polisacharydowego w płynie mózgowo-rdzeniowym (np. testem lateksowym, badaniem PCR lub immunohistochemicznym) lub stwierdzeniem *purpura fulminans* przy braku izolacji patogenu.

*Komentarz Zakładu Epidemiologii PZH: W Polsce należy stosować definicję przyjętą w krajach Unii Europejskiej (przypadek potwierdzony - obraz kliniczny IChM oraz potwierdzenie laboratoryjne, tj. wyizolowanie *N. meningitidis*, lub wykrycie kwasu nukleinowego *N. meningitidis*, lub wykazanie dwoinek gram-ujemnych w badaniu mikroskopowym, w materiale z miejsc, które w warunkach prawidłowych są jałowe; przypadek prawdopodobny - obraz kliniczny IChM bez potwierdzenia laboratoryjnego lub z identyfikacją *N. meningitidis* z miejsc, które w warunkach prawidłowych nie są jałowe, lub z wysokim mianem przeciwciał w surowicy ozdrowieńca).*

- **Zachorowanie pierwotne** - zachorowanie, dla którego nie ustalono bliskiego kontaktu z inną osobą chorą.
- **Zachorowanie wtórne** - zachorowanie, które występuje wśród osób blisko kontaktujących się z przypadkiem pierwotnym, po 24 godzinach od daty zachorowania przypadku pierwotnego.
- **Zachorowania współwystępujące** - 2 lub więcej zachorowań, które występują wśród osób blisko się ze sobą kontaktujących, gdy odstęp między zachorowaniami nie przekracza 24 godzin.

Ogniska w instytucjach oraz ogniska środowiskowe

Inne jest postępowanie w ogniskach, które są ograniczone do jednej instytucji (szkoły, uniwersytetu, jednostki wojskowej, więzienia, itp.), a inne, jeżeli ogniska występują w populacji ogólnej (ogniska środowiskowe). Według CDC ognisko IChM możemy rozpoznać w sytuacji, gdy w instytucji lub określonym regionie administracyjnym wystąpiło 3 lub więcej zachorowań prawdopodobnych lub potwierdzonych

spowodowanych przez tą samą serogrupę, gdy współczynnik zapadalności dla pierwotnych zachorowań przekroczy 10 przypadków na 100 000 osób.

Określenie populacji narażonej

W ogniskach instytucjonalnych populację narażoną definiuje się jako wszystkie osoby przypisane do danej instytucji. W ogniskach środowiskowych populację narażoną stanowią wszyscy mieszkańcy określonej jednostki administracyjnej (województwa, powiatu, gminy, miasta, dzielnicy). Określenie populacji narażonej jest ważne, ponieważ służy ona do określenia mianownika dla współczynników zapadalności.

Wyliczanie współczynnika zapadalności w ognisku

Współczynnik zapadalności na IChM należy wyliczyć zawsze, gdy w okresie krótszym niż trzy miesiące w danej społeczności lub instytucji wystąpiło 3 lub więcej zachorowań. W celu wyliczenia współczynnika zapadalności w ognisku należy zsumować wszystkie przypadki potwierdzone i prawdopodobne, dla których określono tę samą grupę serologiczną. Konieczne jest wyłączenie z obliczenia zachorowań wtórnych, ponieważ współczynnik zapadalności ma służyć do określenia ryzyka zachorowania w populacji ogólnej, natomiast zachorowania wtórne prowadzą do zawyżenia i zniekształcenia współczynnika. Ponieważ zachorowania na IChM występują sezonowo, nie powinno się przemnażać miesięcznych współczynników na okres 12 miesięcy. Do wyliczania współczynnika zapadalności stosuje się następujący wzór:

$$\text{Współczynnik zapadalności na 100 000} = \frac{\text{liczba pierwotnych zachorowań prawdopodobnych oraz potwierdzonych w okresie 3 miesięcy}}{\text{liczebność populacji narażonej}} \times 100\,000$$

Podjęcie decyzji o szczepieniach akcyjnych

Według zaleceń CDC należy rozważyć zaszczepienie populacji narażonej, jeżeli współczynnik zapadalności w tej populacji przekracza 10 / 100 000 osób. W decyzji o podjęciu szczepień należy również uwzględnić:

1. kompletność zgłoszeń w danej instytucji lub populacji oraz możliwą liczbę podejrzanych przypadków, dla których nie wykonano badań bakteriologicznych;
2. występowanie kolejnych zachorowań na IChM po rozpoznaniu ogniska (jeżeli w ciągu kilku tygodni od wystąpienia ogniska nie wystąpiły nowe zachorowania zaszczepienie populacji nie zapobiegnie szerzeniu się ogniska);
3. trudności logistyczne i finansowanie interwencji.

Komentarz Zakładu Epidemiologii PZH: W szczególnych przypadkach uzasadnione jest podjęcie decyzji o wdrożeniu szczepień akcyjnych na podstawie opinii ekspertów uwzględniającej inne czynniki epidemiologiczne, demograficzne i społeczne.

Populacja poddana szczepieniu

Należy rozważyć zaszczepienie całej populacji narażonej lub jej części. Ponieważ ogniska IChM występują najczęściej wśród osób poniżej 30 r.ż., należy rozważać zaszczepienie populacji w tym wieku. W przypadku ognisk instytucjonalnych, należy rozważyć zaszczepienie całej populacji narażonej. W szkołach lub uczelniach należy rozważyć również zaszczepienie personelu. W przypadku ognisk środowiskowych można rozważyć zaszczepienie części populacji. W przypadku dużej populacji narażonej, dopuszczalne jest wyliczenie współczynników zapadalności dla poszczególnych grup wieku i przeprowadzenie szczepień w najbardziej dotkniętych chorobą grupach.

Badania genetyczne wyizolowanych szczepów *N. meningitidis*

Ustalenie genotypu szczepów meningokoków wyizolowanych od pacjentów jest bardzo pomocne w ustaleniu powiązań pomiędzy zachorowaniami. Wynika to z faktu, że ogniska IChM są zazwyczaj wywołane blisko ze sobą spokrewnionymi szczepami meningokoków.

Inne działania przeciwepidemiczne

Masowa chemioprophylaktyka nie jest zalecana w dużych ogniskach z powodu kosztów, trudności w podaniu leków znacznej liczbie ludzi w krótkim czasie, działań ubocznych leków oraz sprzyjania rozwojowi antybiotykoooporności patogenów. Można rozważyć chemioprophylaktykę w ogniskach w niewielkich instytucjach (szkołach, jednostkach wojskowych) oraz w ogniskach spowodowanych grupą serologiczną B. Nie zaleca się takich działań jak ograniczenie podróży na terenach objętych ogniskiem, zamykanie szkół, dyskotek, lub odwoływanie wydarzeń sportowych lub kulturalnych.

CDC podkreśla rolę edukacji społeczeństwa i personelu medycznego na temat IChM, mającej na celu wczesne wykrywanie objawów choroby i zgłaszanie się do lekarza w celu natychmiastowego rozpoczęcia właściwego leczenia.

Postępowanie w podejrzeniu ogniska inwazyjnej choroby meningokokowej

1. Potwierdź rozpoznanie inwazyjnej choroby meningokokowej.
2. Podaj chemioprophylaktykę osobom z bliskiego kontaktu.
3. Wzmocnij nadzór - aktywnie wyszukuj przypadki, przejrzyj rejestry szpitalne, staraj się uzyskiwać szczepki od jak największej liczby chorych, jak również potwierdzenie grupy serologicznej.
4. Opisz grupę zachorowań w kategoriach: osoby (rozkład według wieku, płci, zespołu objawów, itp.), miejsca (mapa zachorowań), czas (krzywa epidemii).
5. Ustal powiązania pomiędzy zachorowaniami.
6. Ustal podtyp lub typ sekwencyjny szczepów wyizolowanych od chorych.
7. Wyklucz zachorowania wtórne i współwystępujące.
8. Ustal czy podejrzanego ognisko wystąpiło w instytucji, czy w populacji ogólnej.
9. Zdefiniuj populację narażoną.
10. Oblicz współczynnik zapadalności w ognisku. Jeżeli współczynnik zapadalności zachorowań pierwotnych przekracza 10 zachorowań na 100 000 osób, wybierz grupę docelową szczepień i rozpocznij szczepienia.

wybór i opracowanie: Paweł Stefanoff

Wytyczne dotyczące stosowania szczepionki przeciwko zakażeniom HPV

Amerykańskie Towarzystwo Onkologiczne (*American Cancer Society*) w styczniu 2007 roku opublikowało wytyczne dotyczące stosowania szczepionki przeciwko zakażeniom wywołanym przez wirus ludzkiego brodawczaka (*human papilloma virus - HPV*) w profilaktyce raka szyjki macicy i zmianom określanym jako CIN (*cervical intraepithelial neoplasia*).* Przeanalizowano dotychczas opublikowane dane dotyczące skuteczności, bezpieczeństwa szczepionki oraz zasad jej stosowania.

Wskazania do podania szczepionki przeciwko zakażeniom HPV obejmują:

- rutynowe szczepienie dziewczynek w wieku 11-12 lat;
- możliwe szczepienie dziewczynek od 9 roku życia,
- rekomendowane szczepienie dziewczynek w wieku 13-18 lat (na zasadzie "catch up") - dotychczas nie szczepionych lub z niepełnym schematem szczepień;
- brak jednoznacznych i wystarczających dowodów pozwalających na powszechne stosowanie szczepionki u kobiet w wieku 19-26 lat - w takich przypadkach decyzja o szczepieniu powinna być podjęta indywidualnie: decydujące znaczenie ma rozmowa pomiędzy lekarzem i pacjentką, wyjaśniająca ryzyko wcześniejszego zakażenia HPV; szczepienie powinno być wykonane przed rozpoczęciem życia seksualnego;
- obecnie szczepienie przeciwko zakażeniom HPV nie jest zalecane kobietom w wieku powyżej 26 roku życia;
- zarówno u szczepionych, jak i nie szczepionych, należy prowadzić badania skriningowe wykrywające wczesne stadia raka szyjki macicy - zgodnie z dotychczas obowiązującymi zaleceniami.

W fazie II i III badań klinicznych nad szczepionką obserwowano jej dużą skuteczność, co sugeruje, że w przyszłości w populacji osób szczepionych znacząco zmniejszy się zachorowalność i śmiertelność związana z zakażeniami wywołanymi wirusem HPV, co ma duże znaczenie w aspekcie zdrowia publicznego.

Wykonanie szczepienia nie zwalnia z konieczności wykonywania testów przesiewowych pozwalających wykryć wczesne stadia raka szyjki macicy (cytologia). Każda wizyta u lekarza powinna stanowić okazję do zaproponowania wykonania badań przesiewowych w kierunku raka szyjki macicy. Szczepionka powinna być dostępna niezależnie od rasy, warunków socjalno-ekonomicznych i uwarunkowań etnicznych. Przed wykonaniem szczepienia nie jest konieczne wykonywanie testów stwierdzających lub wykluczających zakażenie wirusem HPV.

Dalsze kierunki obserwacji dotyczących szczepionki przeciwko zakażeniom HPV powinny obejmować: nadzór na szczepioną populacją w celu m.in. ustalenia czasu utrzymywania się przeciwciał ochronnych, badania populacyjne dotyczące częstości występowania karcinogennych i niekarcinogennych typów wirusa HPV, badania dotyczące zmian w wynikach wykonywanego testu Papanicolaou, badania wykrywające zmiany w zachowaniach osób szczepionych i wykonywaniu badań skriningowych, badania opisujące stopień zaakceptowania i rozpowszechnienia szczepionki w populacji, badania opisujące jej wpływ na zachowania seksualne. Inne kierunki badań nad szczepionką przeciwko zakażeniom HPV powinny obejmować ustalenie skuteczności i bezpieczeństwa szczepionki w prewencji raka okolicy odbytu i szyi - u kobiet i mężczyzn; rozpropagowanie szczepień w krajach rozwijających się.

* American Cancer Society Guideline for Human Papillomavirus (HPV) Vaccine Use to Prevent Cervical Cancer and Its Precursors (CA Cancer J Clin 2007; 57:7-28). (Informacje na ten temat znaleźć też można m.in. na stronach serwisu internetowego: www.hpv.pl - przyp.red.)

Aneta Nitsch-Osuch

Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej AM w Warszawie

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