## Meldunek 12/B/01

## o zachorowaniach na choroby zakaźne i zatruciach związkami chemicznymi zgłoszonych w okresie od 16.12 do 31.12.2001 r.

Jednostka chorobowa	Meldun	ek 12/B	Dane sku	mulowane
(symbole wg "Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych" ICD-10)	16.12.01. do 31.12.01.	16.12.00. do 31.12.00.	1.01.01. do 31.12.01.	1.01.00. do 31.12.00.
Choroba wywołana przez ludzki wirus upośl.odp.: ogółem (B20-B24) Dur brzuszny (A01.0) Dury rzekome A.B.C. (A01.1-A01.3) Salmonelozy: ogółem (A02) Czerwonka bakteryjna /szigeloza/ (A03)	1 1 236 -	22 - 458 4 99	107 6 1 19878 127 4428	123 13 1 22799 121 4891
Inne bakteryjne zakażenia jelitowe: ogółem (A04) Wiusowe i inne określone zakażenia jelitowe: ogółem (A08)  Biegunki u dzieci do lat 2: ogółem (A04; A08; A09)	196	101	4539 14837	3882 17538
w tym: BNO, prawdopodobnie pochodzenia zakaźnego (A09)	342	292	9467	12085
Tężec: ogółem (A33-A35) Błonica (A36) Krztusiec (A37) Szkarlatyna /płonica/ (A38)	1 - 105 159	110 209	19 - 2410 5884	14 1 2269 8345
Zapalenie opon mózgowych: razem w tym: meningokokowe (A39.0) wywołane przez <i>Haemophilus influenzae</i> (G00.0) inne bakteryjne, określone i nie określone (G00.1-G00.9) wirusowe, określone i nie określone (A87; B00.3; B02.1) inne i nie określone (G03)	91 6 4 28 44 9	84 4 3 23 46 8	2365 100 68 671 1322 204	2110 101 82 682 1051 194
Zapalenie mózgu: razem w tym: meningokokowe i inne bakteryjne: ogółem (A39.8; G04.2) wirusowe, przenoszone przez kleszcze (A84) inne wirusowe, określone (A83; A85; B00.4; B02.0; B25.8) wirusowe, nie określone (A86) poszczepienne (G04.0) inne i nie określone (G04.8-G04.9)	24 6 11 3 3	28 10 6 - 9 - 3	565 116 206 25 146 1 71	570 117 170 24 169 1 89
Riketsjozy: ogółem (A75-A79) Ostre nagminne porażenie dziecięce, łącznie z poszczepiennym (A80) Ospa wietrzna (B01) Odra (B05) Różyczka: ogółem (B06; P35.0)	4443 2 704	4944 2 1112	1 106241 132 84399	1 128016 77 46181
Wirusowe zap. watroby: typu A (B15) typu B (B16; B18.0-B18.1) typu C (B17.1; B18.2) typu B+C (B16; B18.0-B18.1 + B17.1; B18.2) inne i nieokreśl.(B17.0;B17.28;B18.89;B19)	40 99 81 4 12	8 96 82 5 19	729 2271 1835 112 213	262 2695 1956 130 317
Świnka /nagminne zapalenie przyusznicy/ (B26) Włośnica (B75) Świerzb (B86) Grypa: ogółem (J10; J11)	1007 2 607 9298	373 1 532 13520	16699 64 16385 576449	17548 36 16914 1596920
Bakteryjne zatrucia pokarmowe: razem w tym: salmonelozy (A02.0) gronkowcowe (A05.0) jadem kiełbasianym /botulizm/ (A05.1) wywołane przez Clostridium perfringens (A05.2) inne określone (A05.3-A05.8) nie określone (A05.9)	367 230 35 4 -	578 452 19 4 -	24386 19787 647 66 1 305 3580	26701 22712 382 72 1 109 3425
Zatrucia naturalnie toksycznym pokarmem: ogółem (T62) w tym: grzybami (T62.0)	10 10	7 6	262 239	311 300
Inne zatrucia: ogółem (T36-T60; T63-T65) w tym: pestycydami (T60) lekami, prep.farmakologicznymi i subst.biolog. (T36-T50) alkoholem (T51)	344 - 196 24	312 3 146 59	9120 224 5052 1621	8303 107 4721 1753
Ostre porażenia wiotkie u dzieci (0-14 lat)	2	1	75	42

Meldunek 12/B/01

## Zachorowania zgłoszone w okresie 16-31.12.2001 r. wg województw

	l (B20-B24)		A01.13)	(02)		5;	5)			Zapalenie opon mózgowych		Zapalenie mózgu	
Województwo	Choroba wyw.przez ludz upośl. odp.: ogółem (B2	Dur brzuszny (A01.0)	Dury rzekome A.B.C. (A01.13)	Salmonelozy: ogółem (A02)	Czerwonka bakteryjna /szigeloza/ (A03)	Biegunki u dzieci do lat 2 ogółem (A04; A08; A09)	Tężec: ogółem (A33-A35)	Krztusiec (A37)	Szkarlatyna (A38)	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; G04.89)	w tym: wirusowe, prz. przez kleszcze (A84)
POLSKA	1	1	-	236	-	523	1	105	159	91	6	24	11
Dolnośląskie	-	_	-	15	-	29	-	1	9	2	-	-	-
Kujawsko-Pomorskie	-	-	-	8	-	45	-	3	4	2	-	1	-
Lubelskie	-	-	-	10	-	28	-	-	3	1	1	-	-
Lubuskie	-	-	-	9	-	6	-	2	3	4	-	2	-
Łódzkie	-	-	-	21	-	9	-	31	5	3	-	-	-
Małopolskie	-	-	-	21	-	40	-	4	12	7	-	1	1
Mazowieckie	-	1	-	22	-	52	-	12	23	9	1	4	-
Opolskie	-	-	-	8	-	-	-	2	18	4	-	1	-
Podkarpackie	-	-	-	11	-	37	-	-	1	4	-	2	-
Podlaskie	-	-	-	14	-	16	-	16	2	10	-	10	10
Pomorskie	-	-	-	18	-	55	-	1	12	6	1	-	-
Śląskie	-	-	-	17	-	60	-	3	21	19	1	-	-
Świętokrzyskie	-	-	-	11	-	26	-	21	3	5	-	-	
Warmińsko-Mazurskie	-	-	-	11	-	47	-	6	5	5	1	1	-
Wielkopolskie	1	-	-	26	-	60	1	3	31	9	1	-	-
Zachodniopomorskie	-	-	-	14	-	13	-	-	7	1	-	2	-

			935.0)	Wirusowe zapalenie wątroby							nowe:		6-T60;
Województwo	Ospa wietrzna (B01)	Odra (B05)	Różyczka: ogółem (B06; P35.0)	typu A (B15)	typu B: ogółem (B16; B18.01)	typu C: ogółem (B17.1; B18.2)	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)
POLSKA	4443	2	704	40	103	85	1007	2	607	9298	367	10	344
Dolnośląskie	310	1	52	-	6	8	92	-	39	462	20	-	19
Kujawsko-Pomorskie	228	-	58	1	7	5	19	-	31	761	51	-	35
Lubelskie	290	-	8	1	1	3	24	-	32	23	11	-	38
Lubuskie	96	-	18	4	6	8	3	-	24	4	14	-	34
Łódzkie	242	-	55	2	9	8	7	-	105	230	21	1	2
Małopolskie	292	-	62	-	7	4	75	-	55	12	30	-	11
Mazowieckie	545	-	81	2	13	12	51	-	18	6156	33	-	12
Opolskie	232	-	12	3	1	1	67	-	25	445	22	-	2
Podkarpackie	131	-	38	3	2	-	33	-	30	47	10	1	27
Podlaskie	348	-	5	-	2	2	9	-	24	88	14	8	27
Pomorskie	267	-	63	-	3	3	7	-	19	191	22	-	22
Śląskie	479	-	95	-	11	8	442	-	110	146	41	-	42
Świętokrzyskie	186	-	31	-	8	7	63	-	18	31	19	-	40
Warmińsko-Mazurskie	108	-	1	-	4	2	36	-	19	283	12	-	16
Wielkopolskie	415	1	80	24	19	11	43	2	41	417	30	-	4
Zachodniopomorskie	274	-	45	-	4	3	36	ı	17	2	17	-	13

Meldunek 12/B/01 3

## Nadzór epidemiologiczny nad zakażeniem HIV i AIDS w Europie

W dniach od 15 do 16 listopada 2001 r. w Charenton pod Paryżem odbyło się międzynarodowe spotkanie nt. nadzoru epidemiologicznego nad zakażeniem HIV i AIDS w Europie (HIV/AIDS Surveillance in Europe).

Konferencję zorganizowało European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS (WHO/UNAIDS Collaboration Centre) w Saint-Maurice pod Paryżem.

W konferencji wzięli udział przedstawiciele większości krajów z regionów WHO: Europa Zachodnia oraz Europa Wschodnia i centralna Azja. Uczestnikami spotkania były głównie osoby zaangażowane w gromadzenie informacji o zakażeniach HIV i AIDS w swoich krajach i przekazywanie danych do European Centre. Ponadto obecni byli m. in.: przedstawiciel ministra zdrowia Francji, dyrektor instytutu (Institut de Veille Sanitaire), w ramach którego funkcjonuje European Centre, pracownicy European Centre z Françoise Hamers - odpowiedzialną za program nadzoru nad zakażeniami HIV i AIDS w Europie, przedstawiciele WHO Regional Office for Europe, United Nations Drug Control Programme, oraz European Monitoring Centre for Drugs & Drug Addiction.

Spotkanie miało trzy zasadnicze części:

- I. Wystąpienia ilustrujące różne aspekty obecnej sytuacji epidemiologicznej i nadzoru nad zakażeniami HIV i AIDS w Europie;
- II. Robocze spotkania dyskusyjne;
- III. Propozycja włączenia dodatkowych zmiennych do zgłoszeń HIV i zachorowań na AIDS w Europie.

\* \* \*

Ad. I. Sytuacja epidemiologiczna zakażeń HIV w Europie jest bardzo niejednorodna. W Europie Zachodniej populacjami najwyższego ryzyka pozostają mężczyźni homo-/biseksualni i stosujący środki odurzające we wstrzyknięciach, poważnie dotknięci przez HIV już w latach osiemdziesiątych. Rośnie odsetek zakażeń drogą ryzykownych kontaktów heteroseksualnych wśród nowo wykrywanych serologicznie dodatnich osób. Spadek liczby nowych zachorowań na AIDS w ciągu roku, zaobserwowany wraz z wprowadzeniem wysoce skutecznego leczenia antyretrowirusowego, jest obecnie wolniejszy. Natomiast nie zmniejsza się liczba nowych rozpoznań zakażeń HIV w ciągu roku.

W krajach byłego Związku Radzieckiego epidemia HIV rozwijała się w latach dziewięćdziesiątych, zgodnie z drogami przerzutu heroiny z Afganistanu do Europy - przez republiki centralnej Azji. Pierwsze ogniska wystąpiły w 1996 r. wśród stosujących środki odurzające we wstrzyknięciach na Ukrainie, w Kaliningradzie i Północnym Kaukazie. Od tego czasu epidemia rozszerzyła się na inne kraje. W Rosyjskiej Federacji w 2000 r. zgłoszono 59.380 nowych zakażeń HIV (40 na 100.000 mieszkańców), podczas gdy jeszcze w 1999 r. było ich 20.150. Wzrosły także liczby zakażeń w krajach bałtyckich, szczególnie w Estonii (28 na 100.000 w 2000 r., 33 razy więcej niż w 1999 r.) i na Łotwie (20 na 100.000, dwukrotnie więcej niż w 1999 r.). Dane za pierwszy kwartał 2001 r. wskazują, że częstość nowych zakażeń HIV nadal gwałtownie wzrasta. Nowe rozpoznania dotyczą głównie stosujących środki odurzające we wstrzyknięciach (75%), mężczyzn (77%) oraz nastolatków i młodych dorosłych (poniżej 30 lat; 84%).

Sytuacja jest bardzo odmienna w Europie Środkowej, gdzie nasilenie epidemii jest niewielkie, a w 2000 r. częstość nowych zakażeń HIV wynosiła 0,8 na 100.000 mieszkańców.

Dane uzyskane z nadzoru epidemiologicznego odzwierciedlają zróżnicowanie sytuacji zakażeń HIV w Europie i

stanowią podstawę formułowania zaleceń profilaktycznych. Na Zachodzie podstawowe wyzwanie stanowi zapobieganie powrotom do ryzykownych zachowań, w poczuciu bezpieczeństwa związanego z możliwością leczenia antyretrowirusowego oraz zapewnienie dostępu do testowania w kierunku HIV i opieki zakażonym. Centralna Europa może uniknąć dużej epidemii lecz potrzeba starań, aby utrzymać korzystną sytuację. Kraje byłego Związku Radzieckiego stoją wobec epidemii stosowania narkotyków i związanego z nią eksplozyjnego szerzenia się HIV wśród stosujących środki odurzające we wstrzyknięciach. Wyzwanie stanowi kontrolowanie zarówno epidemii narkomanii jak i zakażeń HIV oraz zapobieganie przenoszeniu HIV na dużą skalę, drogą kontaktów seksualnych.

**Ad. II.** Robocze spotkania dyskusyjne odbywały się w trzech równoległych grupach, do których uczestników przydzielono arbitralnie.

Wobec współistnienia epidemii zakażenia HIV i stosowania narkotyków, pierwsza grupa dyskutowała problemy mierzenia rozmiarów epidemii i monitorowania interwencji. Poruszano głównie zagadnienia: wyboru wskaźników do monitorowania interwencji, kontrowersyjności rozwiązań w postępowaniu ze stosującymi narkotyki i wobec stosowania narkotyków, wpływu danych z nadzoru epidemiologicznego na politykę postępowania oraz oceny polityki postępowania przy pomocy danych z nadzoru epidemiologicznego.

Druga grupa dyskutowała problemy związane z gromadzeniem danych do celu nadzoru epidemiologicznego nad zakażeniem HIV w kontekście z kwestiami prawnymi. Mówiono m. in.: o właściwym i niewłaściwym wykorzystaniu informacji uważanych za drażliwe (ang.: sensitive data), potrzebie wprowadzania osobistych identyfikatorów oraz o równowadze między prawami poszczególnych osób i dobrem publicznym.

Trzecia grupa omawiała ewentualne wprowadzenie w Europie zaleceń do nadzoru drugiej generacji. Rozważano: jakie dane są potrzebne; informacje o jakim stopniu złożoności mogą jeszcze wpływać na kształtowanie polityki; czy potrzebne są dane z poziomu populacyjnego, czy wystarczy korzystanie z prób, z sieci do badań typu ostrzegawczo-nadzorującego; gdzie zgłaszać zakażenia HIV oraz jakie są problemy monitorowania zachowań.

- **Ad. III.** European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS zaproponował wprowadzenie od 2002 r. następujących nowych zmiennych w zgłoszenia zakażeń HIV i AIDS:
- 1. Pochodzenie.
- 2. Leczenie antyretrowirusowe.
- Ad. 1. Nadzór epidemiologiczny nad zakażeniem HIV i AIDS w populacjach emigrantów uznano za priorytet w nadzorze europejskim. Wobec dużej złożoności problemu zdecydowano się na włączenie w zgłoszenia zakażeń HIV i AIDS jednej zmiennej określającej region geograficzny, z którego pochodzi zakażony lub chory. Równocześnie podano umowny podział krajów świata na regiony. Podkreślono, iż najlepiej byłoby, aby przynależność do danego kraju była rozumiana jako narodowość lub obywatelstwo.
- Ad. 2. Stosowanie leków antyretrowirusowych znacząco wpłynęło na przebieg epidemii AIDS. Dlatego monitorowanie leczenia zakażeń HIV i AIDS jest ważne, bez względu na wciąż rosnącą złożoność i zmienność schematów leczenia oraz stosowania się do nich.

Zaproponowano wprowadzenie do zgłoszeń zachorowań na AIDS jednej zmiennej, wskazującej na to czy przed rozpoznaniem AIDS chory kiedykolwiek otrzymywał jakiekolwiek leczenie antyretrowirusowe.

Głównym celem gromadzenia danych o leczeniu antyret-

Meldunek 12/B/01 4

rowirusowym jest zidentyfikowanie - w powiązaniu z datą pierwszego dodatkowego testu w kierunku HIV - osób:

- u których AIDS rozwinął się krótko po stwierdzeniu zakażenia HIV (późne rozpoznanie AIDS);
- z rozpoznaniem zakażenia HIV poprzedzającym rozpoznanie AIDS lecz nigdy nie leczonych antyretrowirusowo;
- które przed rozpoznaniem AIDS otrzymały leczenie antyretrowirusowe w jakiejkolwiek postaci.

Wtórnym celem jest scharakteryzowanie i porównanie tych trzech grup w zakresie wieku, płci, kategorii narażenia, krajów z których zostały zgłoszone, roku rozpoznania zakażenia HIV i AIDS oraz chorób wskazujących na AIDS.

\* \* \*

Liczne problemy omawiane na konferencji "HIV/AIDS Surveillance in Europe" są ważne dla Polski, która z kilkunastoletnim doświadczeniem w nadzorze epidemiologicznym nad zakażeniem HIV oraz AIDS wchodzi w etap formułowania nowego prawa dotyczącego zakażeń, zarażeń i chorób zakaźnych. Na czasie wydają się przytoczone poniżej zasadnicze tezy wystąpienia Else Smith z Danii nt. "Problemy prawne w nadzorze epidemiologicznym nad zakażeniem HIV i AIDS".

- Zakażenie HIV nie jest jedynie stanem medycznym prowadzącym do AIDS, lecz HIV może być przeniesiony na inną osobę. Dlatego zakażenie HIV musi być objęte wykazem chorób zakaźnych, które trzeba monitorować.
- Prawo normujące nadzór epidemiologiczny nad zakażeniem HIV i AIDS jest różne w różnych krajach. Jednak wszędzie główne problemy są podobne i dotyczą: praw człowieka, ewentualnego wykorzystania kodów z rejestru skazanych, ochrony danych i poufności, ochrony osoby i społeczeństwa jako całości, a także szkolenia i kształcenia personelu.
- Dobrą strategię zapobiegania zakażeniom HIV i nadzoru epidemiologicznego nad nimi tworzą m. in.:
- a. Prawo dostępu do testowania w kierunku HIV i do poradnictwa

Poradnictwo jest jednym z najważniejszych przedsięwzięć w zapobieganiu zakażeniom HIV, pod warunkiem, że jest prawidłowo prowadzone. Poradnictwo może skłaniać zarówno do testowania jak i do zmiany zachowań. Testowanie w kierunku HIV jest podstawą nadzoru epidemiologicznego nad zakażeniem HIV. Brak testowania w populacji oznacza

brak danych o rozpowszechnieniu HIV w tej populacji.

Gdy nadzór epidemiologiczny opiera się o zgłaszanie przypadków, podstawowe znaczenie ma możliwość gromadzenia danych np. o ryzykownym zachowaniu i orientacji seksualnej. Aby właściwie ocenić dane o osobach serologicznie dodatnich trzeba dysponować danymi o testowanej populacji, w tym - o ryzykownych zachowaniach. Jednak utworzenie rejestru osób zakażonych HIV może by w niektórych krajach uważane za zbliżone do utworzenia rejestru mężczyzn utrzymujących kontakty seksualne z mężczyznami, wstrzykujących dożylnie narkotyki lub pewnych mniejszości etnicznych.

Dla celów epidemiologicznych preferuje się gromadzenie danych z wykorzystaniem osobistego identyfikatora. Tymczasem wiele krajów europejskich wyraża oficjalne stanowisko, że należy umożliwić badania anonimowe w kierunku HIV. Jednak nawet proponując anonimowe testowanie możemy wymagać zgłaszania imiennego lub z wykorzystaniem identyfikatora, jeżeli wynik testu okazuje się dodatni. Przeciwnicy tego stanowiska są zdania, że wówczas niektóre mniejszościowe grupy wysokiego ryzyka mogą unikać testowania i dlatego nawet tracić szansę na leczenie. Jednak o ile testowanie może być anonimowe, o tyle nikt nie może być leczony anonimowo przy pomocy istniejących leków antyretrowirusowych.

Zagwarantowanie testowanym prawa do anonimowości może stwarzać potrzebę uzyskiwania szczegółowych danych z nowoczesnych badań, prowadzonych w ramach nadzoru drugiej generacji nad zakażeniem HIV.

**b.** Prawo dostępu do przedsięwzięć zapobiegawczych.

Brak środków zapobiegawczych - włącznie z leczeniem - może prowadzić do nietestowania się.

- c. Prawo do życia bez dyskryminacji.
- d. Prawna ochrona danych.

Zainteresowanie anonimowością i nadzorem epidemiologicznym może nie zawsze iść ręka w rękę. Dlatego potrzebne są dobre podstawy prawne, które równocześnie będą chroniły osobę przed niewłaściwym wykorzystaniem rejestrów i gwarantowały gromadzenie odpowiednich danych dla nadzoru i - tym samym - dla profilaktyki.

Wanda Szata Zakład Epidemiologii PZH

