

Meldunek 1/A/96

o zgłoszonych zachorowaniach za okres od 1.01 do 15.01.1996 r.

(do użytku służbowego)

Jednostka chorobowa (symbol wg IX rewizji "Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób")	Meldunek 1/A		Dane skumulowane	
	1.01.96. do 15.01.96.	1.01.95. do 15.01.95.	1.01.96. do 15.01.96.	1.01.95. do 15.01.95.
AIDS - Zespół nabytego upośledzenia odporności (079)	11	2	11	2
Dur brzuszny (002.0)	1	1	1	1
Dury rzekome A.B.C. (002.1-002.3)	-	1	-	1
Inne salmonelozы: ogółem (003)	403	668	403	668
Czerwonka (004; 006.0)	9	17	9	17
Biegunki u dzieci do lat 2 (008; 009)	460	533	460	533
Błonica (032)	-	-	-	-
Krzusiec (033)	7	29	7	29
Płonica (034.1)	1108	1316	1108	1316
Teżec (037; 670; 771.3)	1	1	1	1
Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych: razem	135	96	135	96
w tym: meningokokowe (036.0)	4	7	4	7
inne bakteryjne (320.0-320.3; 320.8; 320.9)	41	44	41	44
wirusowe, surow. nieokreś. (047; 049.0; 049.1; 053.0; 054.7)	80	33	80	33
nieokreślone etiologicznie (322)	10	12	10	12
Ospa wietrzna (052)	10268	13370	10268	13370
Odra (055)	20	27	20	27
Różyczka (056; 771.0)	2000	1759	2000	1759
Zapalenie mózgu: razem	9	8	9	8
w tym: arbowirusowe (062-064)	4	2	4	2
wirusowe nieokreślone (049.9)	2	2	2	2
poszczepienne (323.5)	-	-	-	-
inne i nieokreślone (054.3; 323.1; 323.8; 323.9)	3	4	3	4
Wirusowe zap. wątroby: typu B (070.2; 070.3)	249	351	249	351
inne i nieokreś. (070.0; 070.1; 070.4-070.9)	898	1191	898	1191
Nagminne zapalenie przyusznic (072)	2777	6644	2777	6644
Świerzb (133.0)	1056	967	1056	967
Grypa (487)	986584	27826	986584	27826
Zatrucia i zakażenia pokarmowe: ogółem	463	715	463	715
w tym: bakteryjne: razem	459	708	459	708
w tym: salmonelozы (003.0)	402	663	402	663
enterotoksyna gronkowcowa (005.0)	-	-	-	-
botulizm (005.1)	-	1	-	1
Cl.perfringens (005.2)	-	-	-	-
inne i nieokreślone (005.3; 005.4; 005.8; 005.9)	57	44	57	44
grzybami (988.1)	1	2	1	2
chemiczne: ogółem (988.2; 988.8; 988.9; 989)	3	5	3	5
w tym: chemicznymi środkami ochr. roślin (989.2-989.4)	-	-	-	-
Zatrucia zw. chemicznymi /z wyj.pokarm./: ogółem (960-987; 989)	357	214	357	214
w tym: chemicznymi środkami ochrony roślin (989.2-989.4)	2	2	2	2
Zakażenia szpitalne: ogółem	69	39	69	39
w tym: na oddz. noworodkowych i dzieci. (003; 041; 079; 136.9)	22	14	22	14
następstwa zabiegów medycznych (003; 041; 079; 136.9)	19	17	19	17
wywołane pałeczkami Salmonella (003)	1	-	1	-
Porażenie dziecięce nagminne (045)	-	-	-	-
Dur plamisty i inne riketsjozy (080-083)	-	-	-	-
Włośnica (124)	-	5	-	5

Zachorowania zgłoszone w okresie 1-15.01.1996 r. wg województw

Województwo (St.- stołeczne M.- miejskie)	AIDS - Zespół nabytego upośledzenia odporności (079)	Dur brzuszny (002.0)	Dury rzekome A.B.C. (002.1-3)	Inne salmonelozy: ogółem (003)	Czerwonka (004; 006.0)	Biegunki u dzieci do lat 2 (008; 009)	Krzusiec (033)	Płonica (034.1)	Teżec (037; 670; 771.3)	Zapalenie opon mózgowo- rdzeniowych		Odra (055)	Różyczka (056; 771.0)
										Ogółem (036.0; 047; 049.0-1; 053.0; 054.7; 320.0-3; 320.8-9; 322)	w tym: meningokoko- we (036.0)		
POLSKA	11	1	-	403	9	460	7	1108	1	135	4	20	2000
1. St.warszawskie	9	-	-	28	-	29	4	121	-	10	1	1	6
2. Białkopodlaskie	-	-	-	10	-	9	-	-	-	-	-	-	-
3. Białostockie	-	-	-	4	-	16	-	31	-	3	-	-	5
4. Bielskie	-	-	-	10	-	13	-	45	-	2	-	1	40
5. Bydgoskie	-	-	-	6	-	9	-	32	-	2	-	1	47
6. Chełmskie	-	-	-	1	-	4	-	3	-	1	-	-	-
7. Ciechanowskie	-	1	-	17	-	3	-	8	-	4	-	1	4
8. Częstochowskie	-	-	-	2	-	4	-	44	-	-	-	-	53
9. Elbląskie	-	-	-	16	-	1	-	6	-	-	-	2	435
10. Gdańskie	-	-	-	20	-	42	-	15	-	11	2	1	6
11. Gorzowskie	-	-	-	3	-	2	-	7	-	1	-	-	1
12. Jeleniogórskie	1	-	-	8	-	6	-	13	1	-	-	-	37
13. Kaliskie	-	-	-	2	-	11	-	15	-	4	-	-	9
14. Katowickie	-	-	-	19	7	21	1	209	-	12	1	2	293
15. Kieleckie	-	-	-	18	-	13	-	3	-	1	-	-	58
16. Konińskie	-	-	-	2	-	6	-	7	-	-	-	1	31
17. Koszalińskie	-	-	-	4	-	10	-	11	-	1	-	-	8
18. M.krakowskie	-	-	-	9	-	3	-	29	-	4	-	-	4
19. Krośnieńskie	-	-	-	1	-	3	-	1	-	1	-	-	10
20. Legnickie	-	-	-	17	-	12	-	18	-	2	-	-	4
21. Leszczyńskie	-	-	-	4	-	12	-	5	-	-	-	1	18
22. Lubelskie	-	-	-	19	-	9	-	27	-	3	-	-	13
23. Łomżyńskie	-	-	-	2	1	1	-	2	-	2	-	-	-
24. M.łódzkie	-	-	-	15	-	10	-	70	-	2	-	-	20
25. Nowosądeckie	-	-	-	5	-	1	-	8	-	3	-	-	86
26. Olsztyńskie	-	-	-	13	-	16	-	10	-	3	-	-	57
27. Opolskie	-	-	-	7	-	6	-	46	-	3	-	1	17
28. Ostrołęckie	-	-	-	3	-	11	-	11	-	-	-	-	4
29. Piłskie	-	-	-	1	-	7	-	14	-	1	-	-	43
30. Piotrkowskie	-	-	-	7	-	2	-	16	-	5	-	-	54
31. Płockie	-	-	-	4	-	7	-	15	-	5	-	-	6
32. Poznańskie	-	-	-	9	-	33	-	42	-	-	-	2	242
33. Przemyskie	-	-	-	11	-	7	-	11	-	1	-	-	2
34. Radomskie	-	-	-	3	-	9	-	15	-	3	-	-	26
35. Rzeszowskie	-	-	-	8	-	3	-	11	-	-	-	1	6
36. Siedleckie	1	-	-	6	-	22	-	5	-	-	-	-	-
37. Sieradzkie	-	-	-	4	-	5	1	5	-	-	-	-	1
38. Skierniewickie	-	-	-	6	-	-	-	4	-	-	-	-	4
39. Słupskie	-	-	-	1	-	2	-	13	-	1	-	-	30
40. Suwalskie	-	-	-	18	-	7	-	6	-	22	-	1	3
41. Szczecińskie	-	-	-	7	-	2	-	14	-	6	-	-	49
42. Tarnobrzeskie	-	-	-	8	-	15	-	13	-	1	-	1	179
43. Tarnowskie	-	-	-	5	1	13	-	25	-	1	-	-	11
44. Toruńskie	-	-	-	6	-	1	-	7	-	3	-	3	4
45. Wałbrzyskie	-	-	-	2	-	10	1	5	-	1	-	-	6
46. Włocławskie	-	-	-	4	-	12	-	14	-	2	-	-	3
47. Wrocławskie	-	-	-	20	-	13	-	64	-	5	-	-	40
48. Zamojskie	-	-	-	2	-	5	-	6	-	1	-	-	7
49. Zielonogórskie	-	-	-	6	-	2	-	6	-	2	-	-	18

Zachorowania zgłoszone w okresie 1-15.01.1996 r. wg województw (cd.)

Województwo (St.- stołeczne M.- miejskie)	Zapalenie mózgu		Wirusowe zapalenie wątroby		Nagminne zapalenie przyusz- nicy (072)	Świerzb (133.0)	Grypa (487)	Zatrucia i zakażenia pokarmowe				Zakażenia szpitalne (003; 041; 079; 136.9)	Włośnica (124)
	Ogółem (049.9; 054.3; 062-064; 323.1; 323.5; 323.8-9)	w tym: arbowirusowe (062-064)	Typu B (070.2; 070.3)	Inne i nieokreślone (070.0.-1; 070.4.-9)				Razem	Bakteryjne (003; 005)	Grzybami (988.1)	Chemiczne (988.2; 988.8-9; 989)		
POLSKA	9	4	249	898	2777	1056	986584	463	459	1	3	69	-
1. St.warszawskie	1	-	16	23	90	7	89860	40	40	-	-	5	-
2. Białkopodlaskie	-	-	2	20	34	24	5358	10	10	-	-	-	-
3. Białostockie	3	3	6	13	111	14	31330	4	4	-	-	4	-
4. Bielskie	-	-	6	2	75	18	21185	10	10	-	-	2	-
5. Bydgoskie	-	-	2	1	21	10	38136	11	11	-	-	-	-
6. Chełmskie	-	-	3	25	15	25	3065	1	1	-	-	-	-
7. Ciechanowskie	-	-	2	17	10	3	9262	20	20	-	-	2	-
8. Częstochowskie	-	-	2	1	106	9	14776	2	2	-	-	1	-
9. Elbląskie	-	-	-	20	58	60	10436	17	17	-	-	-	-
10. Gdańskie	-	-	12	45	55	22	71847	24	24	-	-	1	-
11. Gorzowskie	-	-	-	3	21	20	8725	3	3	-	-	-	-
12. Jeleniogórskie	-	-	3	3	78	12	7050	8	8	-	-	-	-
13. Kaliskie	-	-	4	3	106	14	23130	2	2	-	-	-	-
14. Katowickie	-	-	28	34	481	87	79095	21	21	-	-	7	-
15. Kieleckie	-	-	9	7	46	3	9639	21	21	-	-	-	-
16. Konińskie	-	-	4	-	31	4	51	2	2	-	-	-	-
17. Koszalińskie	-	-	6	45	17	20	11104	6	6	-	-	3	-
18. M.krakowskie	1	-	10	13	64	7	45755	12	12	-	-	-	-
19. Krośnieńskie	-	-	3	1	5	6	9402	2	2	-	-	-	-
20. Legnickie	-	-	2	2	31	12	14026	19	19	-	-	-	-
21. Leszczyńskie	-	-	2	3	46	1	18472	4	4	-	-	-	-
22. Lubelskie	-	-	2	34	62	29	21599	19	19	-	-	-	-
23. Łomżyńskie	-	-	4	7	33	4	10715	2	2	-	-	-	-
24. M.łódzkie	-	-	11	13	20	131	65033	15	15	-	-	7	-
25. Nowosądeckie	-	-	5	25	12	2	20781	5	5	-	-	-	-
26. Olsztyńskie	-	-	5	17	21	26	29616	14	14	-	-	-	-
27. Opolskie	2	-	6	14	148	20	36963	7	7	-	-	2	-
28. Ostrołęckie	1	1	1	18	21	36	9787	3	3	-	-	-	-
29. Piłskie	-	-	5	4	9	6	8675	1	1	-	-	-	-
30. Piotrkowskie	-	-	6	39	56	12	14899	7	7	-	-	-	-
31. Płockie	-	-	7	13	8	31	13008	4	4	-	-	-	-
32. Poznańskie	-	-	6	3	146	41	14850	10	9	1	-	-	-
33. Przemyskie	1	-	1	2	11	9	4377	12	11	-	1	-	-
34. Radomskie	-	-	9	25	55	8	9588	3	3	-	-	-	-
35. Rzeszowskie	-	-	-	4	40	12	2989	9	9	-	-	1	-
36. Siedleckie	-	-	2	103	4	29	6272	7	7	-	-	-	-
37. Sieradzkie	-	-	1	10	40	-	11415	4	4	-	-	-	-
38. Skierniewickie	-	-	2	6	1	15	15370	6	6	-	-	-	-
39. Słupskie	-	-	1	201	39	28	7889	1	1	-	-	1	-
40. Suwalskie	-	-	4	1	89	24	11947	18	18	-	-	8	-
41. Szczecińskie	-	-	7	-	82	8	16506	23	22	-	1	1	-
42. Tarnobrzeskie	-	-	4	2	15	23	2939	8	8	-	-	6	-
43. Tarnowskie	-	-	6	4	59	2	12154	5	5	-	-	-	-
44. Toruńskie	-	-	11	7	19	74	26556	6	6	-	-	-	-
45. Wałbrzyskie	-	-	8	3	75	18	18054	2	2	-	-	-	-
46. Włocławskie	-	-	1	19	41	36	14677	6	5	-	1	18	-
47. Wrocławskie	-	-	7	31	51	26	39529	19	19	-	-	-	-
48. Zamojskie	-	-	4	5	7	25	2759	2	2	-	-	-	-
49. Zielonogórskie	-	-	1	7	112	3	15933	6	6	-	-	-	-

Zachorowanie na błonicę w województwie krakowskim

Dnia 28 grudnia 1995 r. roku Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Krakowie zgłosiła przypadek zachorowania na błonicę 25-letniej mieszkanki tego województwa, która nie wyjeżdżała poza teren swego zamieszkania na wsi w gminie Szyce.

W dniu 16 grudnia 1995 r., przy okazji wizyty w Ośrodku Zdrowia z chorym dzieckiem, skierowano ją z powodu duszności do Krakowskiego Szpitala Specjalistycznego z rozpoznaniem bronchopneumonii. Z wywiadu wynika, że początek choroby miał miejsce około tygodnia przed skierowaniem do szpitala. Chora gorączkowała do 38° C, miała kaszel i duszność.

Po przyjęciu do szpitala chorą konsultowano laryngologicznie i skierowano na Oddział Torakochirurgii z podejrzeniem guza tchawicy. Lekarz dyżurny tego oddziału wykonał bronchoskopię i stwierdził obecność w krtani tkanki martwiczej oraz nalotów o zabarwieniu szarozielonym, schodzących poniżej strun głosowych. Światło krtani było zwężone do połowy. W trakcie badania pobrano materiał do badań laboratoryjnych, które nie wykazały obecności maczugowców ani w preparacie bezpośrednim, ani w wykonanym posiewie. Dnia 20 grudnia 1995 r. ponownie wykonano bronchoskopię i pobrano materiał do badań laboratoryjnych. Po wypisaniu chorej do domu w dniu 22 grudnia 1995 r. laboratorium szpitalne powiadomiło o stwierdzeniu w hodowli z pobranego materiału pojedynczych kolonii maczugowców. Po uzyskaniu potwierdzenia hodowli maczugowców w laboratorium bakteriologicznym WSSE w Krakowie chorą skierowano dnia 29 grudnia 1995 r. do Kliniki Chorób Zakaźnych C.M. UJ w Krakowie i rozpoczęto leczenie surowicą przeciwbłoniczą. Chora była w bardzo ciężkim stanie, z powodu znacznego zwężenia światła krtani wymagała intubacji przez trzy doby. W wyniku leczenia antybiotykami uzyskano poprawę stanu pacjentki, obecnie jest ona w stadium rekonwalescencji.

Brak jest dokumentacji szczepień tej pacjentki, jednakże z wywiadu wynika, że w dzieciństwie szczepiona była zgodnie z obowiązującym wówczas kalendarzem szczepień.

Nie ustalono ewidentnego kontaktu epidemiologicznego chorej z osobami zakażonymi. Jednakże ustalono, że dokonywała ona zakupów na targach, gdzie handlowali przybysze z WNP, a także miała krótki kontakt z rzemieślnikiem z Ukrainy.

Chora przebywa na urlopie wychowawczym i nigdzie nie wyjeżdżała.

Od dnia zachorowania na błonicę, prawdopodobnie w pierwszej dekadzie grudnia, do 29 grudnia chora miała kontakt z licznymi osobami zarówno w środowisku domowym, jak i w Krakowskim Szpitalu Specjalistycznym im. Jana Pawła II. W ramach opracowywania ogniska epidemicznego pobrano wymazy od 46 osób z kontaktu. U 3 osób z najbliższego otoczenia wyhodowano maczugowce, dwie spośród tych osób leczono antybiotykami. Wszystkim osobom, które miały kontakt z chorą, podano dawkę przypominającą anatoksyny błoniczej.

Szczep maczugowców uzyskany w hodowli przesłano do Zakładu Bakteriologii PZH do dr Kuklińskiej celem jego identyfikacji. We wszystkich dotychczasowych hodowlach, zarówno od chorej jak i od osób które miały z nią kontakt, uzyskano dotychczas wzrost bakterii należących do rodzaju *Corynebacterium species*, natomiast nie wyhodowano szcze-

pów dających się zakwalifikować jako *Corynebacterium diphtheriae*.

lek. med. Stanisław Kalita
Dyrektor WSSE w Krakowie

* * *

Na podstawie danych klinicznych wyżej opisany przypadek należy zakwalifikować jako przypadek błonicy, pomimo braku potwierdzenia bakteriologicznego.

Przypadek tej chorej uzmysławia kilka faktów. Jest dowodem, że część dorosłej populacji w Polsce nie jest dostatecznie uodporniona przeciwko błonicy, co potwierdzają przeprowadzone przeglądy serologiczne. Dowodzi, że tak długo jak u naszych wschodnich granic utrzymuje się epidemia błonicy, choroba ta jest realnym zagrożeniem epidemicznym dla naszego kraju. Powyżej opisany przypadek niestety pokazuje, w jak znacznym stopniu lekarze pierwszego kontaktu z chorym, a nawet lekarze akademicy w naszym kraju nie są oswojeni z możliwością wystąpienia błonicy i nie są przygotowani do jej rozpoznawania.

Najbardziej efektywną metodą zapobiegania błonicy są szczepienia ochronne. Przypomina się, że zgodnie z obecnie obowiązującymi zaleceniami młodzież w wieku 19 lat otrzymuje dawkę anatoksyny błoniczej pod postacią obowiązkowego szczepienia "Td" w tym wieku. Osoby dorosłe winny otrzymywać dawki przypominające anatoksyny błoniczej w odstępach co 10 lat, pod postacią szczepionki "Td" lub monowalentnej anatoksyny błoniczej, jeżeli dana osoba otrzymywała w międzyczasie anatoksynę tężcową. Osobom powyżej 30 lat zaleca się dwukrotne szczepienie w odstępie 1 miesiąca - pierwsza dawka szczepionką "Td", druga szczepionką "d". Osoby z grup ryzyka, w tym osoby zamieszkujące wschodnie województwa Polski, osoby mające kontakty z obywatelami WNP z racji czynności zawodowych lub podróży, pracujący w styczności z osobami z zagranicy itp. winny w szczególności być poddawane szczepieniom przypominającym.

Joanna Tomaszunas-Błaszczuk
Zakład Epidemiologii PZH

Grypa w Polsce

Wzrost liczby zachorowań na grypę i choroby grypopodobne zaznaczył się w Polsce w pierwszej połowie października. Ogółem w październiku zarejestrowano 45.419 przypadków, a w listopadzie 47.402. Zarówno w październiku jak i listopadzie zachorowania te wystąpiły głównie w Warszawie (98,9% oraz 92,8% ogółu zachorowań w Polsce).

W grudniu nastąpił dalszy wzrost liczby zachorowań, szczególnie w drugiej połowie (266.015 przypadków). Najwyższe liczby przypadków zarejestrowano w województwie warszawskim (41.236) oraz leszczyńskim (30.881). W województwach: kaliskim, gorzowskim, szczecińskim, wąbrzyskim, wrocławskim, zielonogórskim, gdańskim, łódzkim i poznańskim notowano od 12 do 19 tysięcy zachorowań. Nie zgłoszono ani jednego przypadku w województwach: chełmskim, krakowskim, piotrkowskim, radomskim, rzeszowskim, skierniewickim, tarnobrzeskim i wrocławskim.

W drugiej połowie listopada w Zakładzie Wirusologii Państwowego Zakładu Higieny wyizolowano 3 szczepy wirusa grypy A H1N1, pochodzące od mieszkańców Warszawy: 5-tygodniowego dziecka, 21-letniej i 51-letniej osoby.

Pomimo licznych monitów w żadnej z Wojewódzkich Stacji posiadających Pracownie Wirusologiczne nie wyizolowano wirusa grypy.

H. Rudnicka, L. Brydak
Państwowy Zakład Higieny

Zachorowania na grypę w Europie

Jak donosi "Weekly Epidemiological Record" (1995,48, 344) w Norwegii w drugiej połowie listopada 1995 r. w Oslo izolowano szczep wirusa grypy typu A podtypu H3N2. W kilku jednostkach administracyjnych zapadalność na grypę przekroczyła 100 na 100 tys. ludności ale w skali całego kraju ten wskaźnik był niższy.

W Hiszpanii, w środkowo północnych rejonach kraju (Soria i Valladolid) stwierdzono grypę wywołaną przez typ A u dwóch chorych z objawami grypopodobnymi.

W W Brytanii w listopadzie aktywność grypy znacznie nasiliła się i kontynuowano zgłaszanie ognisk występujących na terenie szkół i w domach dla starców. Ponad 140 przypadków potwierdzono izolację wirusów grypy na szczeblu centralnym. Prawie wszystkie izolowane szczepy należały do podtypu A(H3N2) i były podobne do szczepu A/Johannesburg/33/94(H3N2) rekomendowanego jako składnik antygenowy szczepionek na bieżący sezon. Jeden szczep należał do podtypu A(H1N1).

* * *

Jak donosi "Weekly Epidemiological Record" (1995,49, 348-350), we Francji w listopadzie ub.r. znacznie wzrosła liczba izolatów wirusa grypy. Szczepy należące do podtypu A(H1N1) izolowano na południu kraju, zwłaszcza w ognisku w Lyons. Natomiast na północy Francji występowały wirusy należące do podtypów A(H1N1) oraz A(H3N2). Zapadalność na zachorowania grypopodobne znacznie wzrosła od połowy listopada i w drugiej połowie miesiąca przekroczyła próg epidemiczny (135/100 tys. ludności). Znacznie wyższą zapadalność zaobserwowano w trzech rejonach, w tym w Rhone-Alpes (915/ 100 tys. ludności). Około połowy zachorowań zgłaszanych w systemie monitorowania grypy dotyczyło osób w wieku poniżej 18 lat.

W Holandii w drugim tygodniu listopada ub.r. izolowano od dwuletniego dziecka z Rotterdamu szczep należący do podtypu A(H3N2). Następnie uzyskano dziewiętnaście kolejnych szczepów, z których czternaście należało do tego samego podtypu. Izolacje miały miejsce we wszystkich rejonach kraju, choć liczba zachorowań zgłaszanych przez lekarzy z sieci monitorującej nie wykazywała żadnego wzrostu.

W Norwegii w listopadzie ub.r. potwierdzono laboratoryjne zachorowania na grypę wywołane wirusem typu A, głównie wśród dzieci i młodzieży. Izolaty poddane typowaniu należały do podtypu A(H3N2). Liczba zachorowań grypopodobnych znacznie wzrosła w drugiej połowie miesiąca i w połowie jednostek administracyjnych przekroczyła 100/100 tys. ludności.

W Rumunii zapadalność na ostre zapalenie dróg oddechowych wzrosła w całym kraju i w niektórych zachodnich dystryktach osiągnęła poziom epidemiczny (Timisoara, Arad). W trzech przypadkach sporadycznych zachorowań izolowano od dzieci w wieku 10-14 lat szczepy należące do typu B.

W Słowacji w ciągu trzech tygodni listopada ub. r. ostre

zapalenia dróg oddechowych wystąpiły u 3% ludności a zapadalność w tym miesiącu była około 25% wyższa niż w analogicznym okresie poprzedniego roku. Tym niemniej potwierdzono laboratoryjnie tylko jedno zachorowanie wywołane wirusem typu A u 60-letniej kobiety z Bratysławy.

W Hiszpanii w środkowych rejonach kraju w listopadzie ub.r. uzyskano od sporadycznych zachorowań izolacje wirusów grypy typu A. Jeden z tych izolatów, który uzyskano od małego dziecka w Madrycie, został później zidentyfikowany jako należący do podtypu A(H3N2).

W Szwecji od chwili pierwszego potwierdzenia zachorowań na grypę typu A w pierwszym tygodniu listopada ub.r. fala zachorowań ogarnęła całe terytorium kraju. Większość przypadków występuje u osób w wieku poniżej 50 lat. Jak dotychczas nie obserwuje się wzrostu absencji chorobowej. Uzyskane izolaty określono jako należące do podtypu A(H3N2).

W Szwajcarii liczba zachorowań grypopodobnych mel-dowanych przez sieć monitorującą powoli narasta w środkowych i południowych rejonach kraju i nieco szybciej w kantonach zachodnich. Uzyskano kilka izolatów grypy typu A, z których jeden określono jako należący do podtypu A(H3N2). Pozostałe należały do podtypu A(H1N1).

* * *

Jak donosi "Weekly Epidemiological Record" (1995,50, 359-360) w Belgii sieć lekarzy lecznictwa podstawowego monitorujących grypę zasygnalizowała w końcu listopada ub.r. wzrost zachorowań grypopodobnych. Wśród dziewięciu izolatów szczepów wirusa grypy A uzyskanych w końcu października ub.r. jeden zidentyfikowano jako należący do podtypu A(H3N2).

W Czechach w ostatnim tygodniu listopada ub.r. wzrosło znacznie występowanie ostrych zapaleń dróg oddechowych wśród dzieci, zwłaszcza na południu kraju. Współczynniki zachorowań przekroczyły próg epidemiczny na Morawach i na południu Czech. W końcu listopada ub.r. rozpoznano 17 zachorowań wywołanych przez wirusy typu A i w jednym przypadku uzyskano izolację szczepu należącego do podtypu A(H3N2).

W Włoszech w grudniu ub.r. potwierdzono pierwsze sporadyczne zachorowanie na grypę u 9-letniego dziecka z Mediolanu izolacją szczepu należącego do podtypu A(H3N2).

W Rosyjskiej Federacji aktywność grypy w końcu listopada ub.r. przekroczyła poziom epidemiczny w Kaliningradzie i Taszkencie, a następnie osiągnęła ten poziom w Moskwie, Samarze i Ufie. Zapadalność była szczególnie wysoka u dzieci, a jedenaście miast zgłosiło wskaźniki rzędu 1,8%-2,9%. Sugeruje się na podstawie badań serologicznych i immunofluorescencyjnych, że zachorowania są wywołane przez szczepy należące do podtypu A(H3N2).

Wojciech Żabicki

Duża epidemia cholery w Cape Verde

"Weekly Epidemiological Record" (1995,44,314-315) informuje o dużej epidemii cholery w Cape Verde, archipelagu obejmującym dziesięć wysp na Atlantyku w odległości około 500 km od Senegalu. Archipelag zamieszkuje około 380.000 ludności. Podstawowy problem sanitarny archipelagu stanowi zaopatrzenie w wodę, gdyż zaledwie 16%

mieszkańców korzysta z bieżącej wody w domach.

Pierwsze zachorowanie na cholere rozpoznano 15 listopada 1994 r. i potwierdzono izolację *V.cholerae* O1 biotypu El Tor serotyp Ogawa w Instytucie Pasteura w Dakarze. Do 8 października 1995 r. zgłoszono 11.465 zachorowań i 24 zgony ze śmiertelnością 2,1%. Izolowane szczepy są wrażliwe na doxycylinę i tetracyklinę, natomiast odporne na cotrimoxazole.

Epidemia rozwija się nadal, a postępowanie przeciwepidemiczne obejmuje chemoprophylaktykę w środowisku rodzinnym zachorowań, zabiegi dezynfekcyjne oraz oświatę sanitarną. W ramach przedsięwzięć sanitarnych czyni się wysiłki ku zwiększeniu zaopatrzenia w wodę.

W Cape Verde zachorowania na cholere nie występowały od 1976 roku, natomiast wiadomo, że przed wystąpieniem epidemii choroby biegunkowe stanowiły jeden z podstawowych problemów zdrowotnych.

Wojciech Żabicki

Rozwój epidemii gorączki Denga w regionie amerykańskim

Jak donosi "Weekly Epidemiological Record" (1995,44, 313) liczba zgłoszonych zachorowań na gorączkę Denga w Południowej i Środkowej Ameryce wzrosła od 24 września do 18 października 1995 r. ze 139.000 do 189.213 przypadków. Czternaście krajów zgłosiło zachorowania. W Brazylii i Wenezueli zgłoszono 137.221 zachorowań, to jest o 33.930 więcej w porównaniu ze stanem z września 95 r. W sześciu krajach Ameryki Środkowej (Kostaryka, Salwador, Gwatemala, Honduras, Nikaragua i Panama) zgłoszono 41.308 zachorowań, to jest o 8.544 więcej w porównaniu ze stanem z września 95 r. W angielsko-języcznych Karaibach oraz w Ekwadorze i Peru zgłoszono 5.011 przypadków klasycznej gorączki Denga bez objawów krwotocznych i bez zgonów.

Do chwili obecnej z dziesięciu krajów zgłoszono 4.923 zachorowania na gorączkę krwotoczną Denga (DHF) i 55 zgonów.

Izolację wirusów Denga uzyskano w jedenastu krajach, w tym w dziesięciu krajach ponad jeden serotyp, a w dwóch krajach izolowano wszystkie cztery serotypy. We wszystkich krajach z wyjątkiem Nikaragui izolowano serotyp 1, w ośmiu krajach serotyp 2, w pięciu krajach serotyp 3 i również w pięciu krajach serotyp 4.

Wojciech Żabicki

Odra w USA według danych za 1994 rok

Jak podano w "Weekly Epidemiological Record" (1995, 40,284-286) w 1994 roku zgłoszono w USA 958 zachorowań na odrę z 39 stanów oraz z terytorium Guam (228), Wysp Mariańskich (29) i Porto Rico (46). Z jedenastu stanów zgłoszeń odrę nie było. Dla porównania w 1993 roku wpłynęło do Centres for Disease Control w Atlancie 312 zgłoszeń; były to najmniejsze liczby zachorowań obserwowane w USA od wprowadzenia zgłaszalności odrę w 1912 roku.

Na 954 przypadki zachorowań ze znaną grupą wieku 247 dotyczyło dzieci w wieku do 5 lat (26%), w tym 73 w wieku do 12 miesięcy (8%) oraz 69 w wieku 12-15 miesięcy (7%). Prawie połowa zachorowań (475) dotyczyła osób w wieku 5-19 lat, a 232 przypadki dotyczyły osób doros-

łych w wieku 20 lat i więcej (24%).

Wiadomo, że na 637 zachorowań, hospitalizowano 45 przypadków (8%), a czas hospitalizacji wahał się od 1 do 22 dni i wynosił średnio 4 dni.

Na 338 zachorowań, 229 przypadków było potwierdzonych serologicznie (68%).

Wśród 762 chorych, 171 otrzymało przynajmniej jedną udokumentowaną dawkę szczepionki przeciw odrze (22%), a pozostałych 539 chorych było nieszczepionych (71%); w połowie przypadków ze względów filozoficznych i religijnych.

Na 949 zachorowań, 874 przypadki zakwalifikowane zostały jako zachorowania rodzime (92%). Natomiast 75 zachorowań uznano jako zawleczone z innych krajów, kwalifikując do tej grupy chorych wtórne przypadki z pierwszej i drugiej generacji zachorowań (8%).

W piętnastu stanach wystąpiło ponad 20 ognisk odrę, w których zarejestrowano 705 zachorowań, to jest 74% ogółu przypadków. Największe ognisko ujawniło się w jednej z zimowych miejscowości wypoczynkowych w stanie Colorado i rozszerzyło się na dziewięć innych stanów. W ognisku zgłoszono łącznie 247 zachorowań, głównie wśród studentów ze szkół w Illinois oraz Missouri, nie poddanych szczepieniu ze względów religijnych.

Sekwencje genomu wirusów izolowanych w Illinois oraz Missouri były podobne do szczepów, które izolowano wcześniej w ognisku na terenie Memphis w stanie Tennessee. Te szczepy najprawdopodobniej zawleczono w ostatnim czasie do USA z Europy, gdzie stwierdzono wcześniej krążenie szczepów o zbliżonej charakterystyce; cztery inne genotypy stwierdzono wśród 10 izolatów z czterech ognisk oraz trzech pojedynczych zachorowań. Żaden z nich nie był podobny do genotypów krążących w czasie nawrotu odrę w latach 1989-1991, co może sugerować, że wszystkie wirusy wyizolowane w 1994 roku zostały zawleczone do USA.

W komentarzu do doniesienia informuje się, że w sytuacji epidemiologicznej odrę ma miejsce przesunięcie zachorowań na starsze grupy wieku, duży udział przypadków wśród grup nieszczepionej ludności oraz wzrastające znaczenie zachorowań zawleczonych spoza USA.

Wojciech Żabicki

Brak wtórnych zachorowań na wirusową gorączkę krwotoczną Ebola na Wybrzeżu Kości Słoniowej

Jak donosi "Weekly Epidemiological Record" (1995,51-52,367) dokonano wypisu szpitalnego pacjenta, który zdrowieje po przebyciu wirusowej gorączki krwotocznej Ebola w zachodniej części Wybrzeża Kości Słoniowej. Przypadek uważa się za potwierdzony laboratoryjnie i rozpoznanie nie ulega wątpliwości. Chorzy w jego otoczeniu mieli różne stany chorobowe, a badania serologiczne wykluczyły gorączkę Ebola. Nie ma żadnych przesłanek wskazujących na rozsiew wirusa wśród personelu szpitalnego i wśród osób, które wcześniej miały bliski kontakt z chorym.

Wojciech Żabicki

"Meldunki" opracowuje zespół: Ewa Cielebąk, Mirosław P. Czarkowski (red. odp.), Ewa Stępień, Jadwiga Żabicka (koment.); tel. (022) 49-77-02 lub c. (022) 49-40-51 do 7 w. 210; tlx 816712; fax (022) 49-74-84.