

Meldunek 2/B/96

o zgłoszonych zachorowaniach za okres od 16.02 do 29.02.1996 r.

(do użytku służbowego)

Jednostka chorobowa (symbol wg IX rewizji "Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób")	Meldunek 2/B		Dane skumulowane	
	16.02.96. do 29.02.96.	16.02.95. do 28.02.95.	1.01.96. do 29.02.96.	1.01.95. do 28.02.95.
AIDS - Zespół nabytego upośledzenia odporności (079)	2	2	23	32
Dur brzuszny (002.0)	-	-	1	5
Dury rzekome A.B.C. (002.1-002.3)	-	-	-	1
Inne salmonelozы: ogółem (003)	432	738	1678	2783
Czerwonka (004; 006.0)	7	10	34	54
Biegunki u dzieci do lat 2 (008; 009)	740	898	2492	3350
Błonica (032)	-	-	-	-
Krzusiec (033)	7	28	39	147
Płonica (034.1)	901	1096	4323	5291
Teżec (037; 670; 771.3)	-	1	1	4
Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych: razem	94	106	478	444
w tym: meningokokowe (036.0)	4	8	24	32
inne bakteryjne (320.0-320.3; 320.8; 320.9)	41	42	202	199
wirusowe, surow. nieokreś. (047; 049.0; 049.1; 053.0; 054.7)	37	45	213	173
nieokreślone etiologicznie (322)	12	11	39	40
Ospa wietrzna (052)	5007	10819	30034	50917
Odra (055)	26	45	147	154
Różyczka (056; 771.0)	2250	2465	8717	8984
Zapalenie mózgu: razem	13	11	55	56
w tym: arbowirusowe (062-064)	1	2	6	10
wirusowe nieokreślone (049.9)	5	2	20	12
poszczepienne (323.5)	-	-	-	-
inne i nieokreślone (054.3; 323.1; 323.8; 323.9)	7	7	29	34
Wirusowe zap. wątroby: typu B (070.2; 070.3)	256	345	1110	1567
inne i nieokreś. (070.0; 070.1; 070.4-070.9)	591	1082	3125	5055
Nagminne zapalenie przyusznic (072)	1508	4728	8350	21772
Świerzb (133.0)	843	881	3990	4078
Grypa (487)	197764	44271	2337792	219294
Zatrucia i zakażenia pokarmowe: ogółem	573	794	2000	3061
w tym: bakteryjne: razem	561	783	1958	3026
w tym: salmonelozы (003.0)	431	736	1674	2771
enterotoksyna gronkowcowa (005.0)	-	3	1	34
botulizm (005.1)	2	2	6	15
Cl.perfringens (005.2)	-	-	-	-
inne i nieokreślone (005.3; 005.4; 005.8; 005.9)	128	42	277	206
grzybami (988.1)	-	2	8	8
chemiczne: ogółem (988.2; 988.8; 988.9; 989)	12	9	34	27
w tym: chemicznymi środkami ochr. roślin (989.2-989.4)	1	-	1	-
Zatrucia zw. chemicznymi /z wyj.pokarm./: ogółem (960-987; 989)	509	283	1927	1443
w tym: chemicznymi środkami ochrony roślin (989.2-989.4)	2	3	8	8
Zakażenia szpitalne: ogółem	83	87	404	317
w tym: na oddz. noworodkowych i dzieci. (003; 041; 079; 136.9)	26	32	87	109
następstwa zabiegów medycznych (003; 041; 079; 136.9)	28	47	146	125
wywołane pałeczkami Salmonella (003)	-	-	2	4
Porażenie dziecięce nagminne (045)	-	-	-	-
Dur plamisty i inne riketsjozy (080-083)	-	-	-	-
Włośnica (124)	3	-	5	18

Zachorowania zgłoszone w okresie 16-29.02.1996 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 salmonelozы: 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	2	-	-	432	7	740	7	901	-	94	4	26	2250
1. St.warszawskie	-	-	-	48	-	60	2	122	-	2	-	3	13
2. Białkopodlaskie	-	-	-	1	-	9	-	-	-	1	-	-	-
3. Białostockie	-	-	-	17	-	13	-	12	-	2	-	-	5
4. Bielskie	1	-	-	8	-	15	-	12	-	2	1	-	52
5. Bydgoskie	-	-	-	9	-	20	-	16	-	3	-	-	55
6. Chełmskie	-	-	-	1	-	5	-	2	-	1	-	-	1
7. Ciechanowskie	-	-	-	1	-	10	-	23	-	1	-	-	11
8. Częstochowskie	-	-	-	2	-	9	-	14	-	2	-	2	27
9. Elbląskie	-	-	-	7	2	8	-	17	-	-	-	-	339
10. Gdańskie	-	-	-	22	-	46	-	16	-	4	-	-	11
11. Gorzowskie	-	-	-	6	-	7	-	15	-	5	-	-	7
12. Jeleniogórskie	-	-	-	11	-	17	-	11	-	-	-	-	27
13. Kaliskie	-	-	-	10	-	20	-	18	-	-	-	-	4
14. Katowickie	-	-	-	14	-	41	-	126	-	16	-	7	390
15. Kieleckie	-	-	-	11	-	28	-	3	-	1	-	-	59
16. Konińskie	-	-	-	3	-	14	-	13	-	-	-	-	26
17. Koszalińskie	-	-	-	7	-	13	-	26	-	2	1	-	23
18. M.krakowskie	-	-	-	6	-	6	-	29	-	1	-	-	52
19. Krośnieńskie	-	-	-	1	-	21	-	6	-	1	-	1	11
20. Legnickie	-	-	-	9	-	-	-	8	-	3	-	-	8
21. Leszczyńskie	-	-	-	31	-	5	-	5	-	1	-	-	28
22. Lubelskie	-	-	-	17	-	16	-	22	-	4	1	2	13
23. Łomżyńskie	-	-	-	5	-	6	-	2	-	5	-	-	6
24. M.łódzkie	-	-	-	5	-	9	1	30	-	4	-	-	5
25. Nowosądeckie	-	-	-	6	1	3	-	12	-	1	-	-	67
26. Olsztyńskie	-	-	-	21	-	35	-	14	-	1	-	1	71
27. Opolskie	-	-	-	6	-	10	-	28	-	3	-	-	20
28. Ostrołęckie	-	-	-	6	-	4	-	5	-	1	1	-	6
29. Piłskie	-	-	-	2	-	4	-	16	-	1	-	1	79
30. Piotrkowskie	-	-	-	17	-	5	-	5	-	-	-	-	87
31. Płockie	-	-	-	7	-	11	-	12	-	2	-	-	3
32. Poznańskie	-	-	-	20	-	58	2	56	-	-	-	3	328
33. Przemyskie	-	-	-	4	-	11	1	6	-	4	-	-	5
34. Radomskie	-	-	-	3	-	22	-	14	-	-	-	-	26
35. Rzeszowskie	-	-	-	5	-	8	-	5	-	3	-	-	2
36. Siedleckie	1	-	-	2	-	30	-	2	-	2	-	-	5
37. Sieradzkie	-	-	-	5	-	6	-	3	-	1	-	-	2
38. Skierniewickie	-	-	-	4	-	2	-	9	-	-	-	-	7
39. Słupskie	-	-	-	3	1	6	-	12	-	1	-	-	12
40. Suwalskie	-	-	-	5	-	18	-	17	-	2	-	1	2
41. Szczecińskie	-	-	-	4	-	11	-	40	-	1	-	1	166
42. Tarnobrzeskie	-	-	-	10	-	21	-	16	-	1	-	-	69
43. Tarnowskie	-	-	-	5	1	15	-	5	-	1	-	-	12
44. Toruńskie	-	-	-	2	-	1	-	8	-	-	-	3	-
45. Wałbrzyskie	-	-	-	2	-	17	-	9	-	1	-	-	7
46. Włocławskie	-	-	-	11	-	10	-	7	-	-	-	-	4
47. Wrocławskie	-	-	-	19	2	12	1	35	-	3	-	1	55
48. Zamojskie	-	-	-	2	-	11	-	2	-	-	-	-	2
49. Zielonogórskie	-	-	-	9	-	11	-	15	-	4	-	-	40

Zachorowania zgłoszone w okresie 16-29.02.1996 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	13	1	256	591	1508	843	197764	573	561	-	12	83	3
1. St.warszawskie	1	-	19	19	81	7	43561	48	48	-	-	3	-
2. Białkopodlaskie	-	-	-	24	17	16	898	1	1	-	-	-	-
3. Białostockie	-	-	3	10	48	18	4168	17	17	-	-	5	3
4. Bielskie	-	-	12	2	24	16	8203	8	8	-	-	1	-
5. Bydgoskie	2	-	5	5	28	15	1811	13	13	-	-	5	-
6. Chełmskie	-	-	1	7	2	9	167	1	1	-	-	-	-
7. Ciechanowskie	-	-	7	6	-	5	568	2	2	-	-	-	-
8. Częstochowskie	-	-	2	2	56	11	4111	2	2	-	-	-	-
9. Elbląskie	-	-	3	10	44	72	3328	9	9	-	-	-	-
10. Gdańskie	-	-	10	40	23	17	7841	22	22	-	-	1	-
11. Gorzowskie	-	-	3	6	19	20	160	6	6	-	-	-	-
12. Jeleniogórskie	-	-	2	1	42	9	872	11	11	-	-	4	-
13. Kaliskie	-	-	7	6	80	10	6884	10	10	-	-	2	-
14. Katowickie	-	-	35	16	303	151	17083	18	18	-	-	-	-
15. Kieleckie	-	-	5	4	17	8	4307	14	14	-	-	5	-
16. Konińskie	-	-	4	6	4	7	2	3	3	-	-	3	-
17. Koszalińskie	-	-	7	28	11	9	361	7	7	-	-	5	-
18. M.krakowskie	-	-	14	4	32	3	3305	19	19	-	-	-	-
19. Krośnieńskie	-	-	1	3	7	-	1083	1	1	-	-	-	-
20. Legnickie	-	-	4	1	12	15	5458	11	11	-	-	-	-
21. Leszczyńskie	-	-	4	6	11	5	2619	31	31	-	-	-	-
22. Lubelskie	-	-	11	37	14	27	469	17	17	-	-	-	-
23. Łomżyńskie	1	-	2	1	8	10	747	5	5	-	-	-	-
24. M.łódzkie	-	-	5	-	7	42	20346	4	4	-	-	3	-
25. Nowosądeckie	-	-	2	11	13	5	3268	6	6	-	-	-	-
26. Olsztyńskie	-	-	1	24	9	34	4987	23	23	-	-	-	-
27. Opolskie	1	-	11	-	87	5	3955	8	8	-	-	10	-
28. Ostrołęckie	-	-	-	-	11	18	2020	6	6	-	-	-	-
29. Piłskie	-	-	-	1	4	16	815	2	2	-	-	-	-
30. Piotrkowskie	-	-	6	22	17	12	2578	17	17	-	-	-	-
31. Płockie	-	-	1	6	5	5	3763	7	7	-	-	-	-
32. Poznańskie	1	-	5	3	122	26	1146	22	22	-	-	-	-
33. Przemyskie	3	-	1	1	5	-	146	9	4	-	5	-	-
34. Radomskie	-	-	7	13	11	5	3780	3	3	-	-	-	-
35. Rzeszowskie	-	-	-	9	16	13	1346	5	5	-	-	7	-
36. Siedleckie	-	-	6	46	8	15	606	3	3	-	-	-	-
37. Sieradzkie	-	-	3	6	30	3	1269	5	5	-	-	-	-
38. Skierniewickie	-	-	-	1	5	3	2876	4	4	-	-	-	-
39. Słupskie	-	-	2	138	26	19	542	3	3	-	-	-	-
40. Suwalskie	-	-	1	1	48	10	2027	5	5	-	-	7	-
41. Szczecińskie	-	-	6	5	41	16	3773	26	19	-	7	1	-
42. Tarnobrzeskie	-	-	5	5	7	19	2203	10	10	-	-	-	-
43. Tarnowskie	1	-	4	3	18	1	2097	5	5	-	-	-	-
44. Toruńskie	-	-	5	7	4	76	287	2	2	-	-	-	-
45. Wałbrzyskie	-	-	6	-	34	17	3370	2	2	-	-	-	-
46. Włocławskie	-	-	2	12	25	2	706	13	13	-	-	-	-
47. Wrocławskie	3	1	7	16	39	7	9258	95	95	-	-	16	-
48. Zamojskie	-	-	3	6	-	11	891	3	3	-	-	1	-
49. Zielonogórskie	-	-	6	11	33	3	1703	9	9	-	-	4	-

Chorzy nowozarejestrowani w poradniach gruźlicy i chorób płuc podległych Ministerstwu Zdrowia i Opieki Społecznej¹ w IV kwartale 1995 roku

(dane Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc)

Województwo (St.- stołeczne M.- miejskie)	Wszystkie postacie gruźlicy	
	ogółem	w tym BK+
POLSKA	3784	1980
1. St. Warszawskie	295	136
2. Białkopodlaskie	31	16
3. Białostockie	57	26
4. Bielskie	98	48
5. Bydgoskie	62	43
6. Chełmskie	20	16
7. Ciechanowskie	56	26
8. Częstochowskie	85	56
9. Elbląskie	92	32
10. Gdańskie	181	85
11. Gorzowskie	40	8
12. Jeleniogórskie	61	23
13. Kaliskie	63	32
14. Katowickie	489	252
15. Kieleckie	165	81
16. Konińskie	44	27
17. Koszalińskie	36	14
18. M. krakowskie	82	56
19. Krośnieńskie	39	21
20. Legnickie	39	33
21. Leszczyńskie	12	7
22. Lubelskie	108	57
23. Łomżyńskie	40	14
24. M. łódzkie	88	46
25. Nowosądeckie	78	34
26. Olsztyńskie	47	17
27. Opolskie	83	53
28. Ostrołęckie	35	19
29. Piłskie	37	16
30. Piotrkowskie	77	44
31. Płockie	56	32
32. Poznańskie	88	67
33. Przemyskie	41	25
34. Radomskie	95	49
35. Rzeszowskie	51	23
36. Siedleckie	94	46
37. Sieradzkie	37	19
38. Skierniewickie	36	15
39. Słupskie	25	14
40. Suwalskie	32	17
41. Szczecińskie	78	53
42. Tarnobrzeskie	54	26
43. Tarnowskie	61	28
44. Toruńskie	53	34
45. Wałbrzyskie	81	37
46. Włocławskie	42	23
47. Wrocławskie	129	73
48. Zamojskie	53	42
49. Zielonogórskie	38	19

¹ Bez PKP, MON i MSW.

Zakażenia HIV i zachorowania na AIDS w Polsce

Informacja z 31 stycznia 1996 r.

(dane tymczasowe)

W styczniu 1996 r. do Zakładu Epidemiologii PZH zgłoszono nowo wykryte zakażenia HIV 55 obywateli polskich - 44 mężczyzn i 11 kobiet (32 zakażonych w związku z używaniem narkotyków).

Od wdrożenia badań w 1985 r. do 31 stycznia 1996 r. stwierdzono zakażenie HIV 3.878 obywateli polskich, wśród których było co najmniej 2.623 zakażonych w związku z używaniem narkotyków.

W styczniu 1996 r. zarejestrowano 13 zachorowań na AIDS co oznacza, że ogólna liczba zachorowań od początku rejestracji wzrosła do 394.

Informacja z 29 lutego 1996 r.

(dane tymczasowe)

W lutym 1996 r. do Zakładu Epidemiologii PZH zgłoszono nowo wykryte zakażenia HIV 54 obywateli polskich - 40 mężczyzn i 14 kobiet (29 zakażonych w związku z używaniem narkotyków).

Od wdrożenia badań w 1985 r. do 29 lutego 1996 r. stwierdzono zakażenie HIV 3.932 obywateli polskich, wśród których było co najmniej 2.652 zakażonych w związku z używaniem narkotyków.

W lutym 1996 r. zarejestrowano 10 zachorowań na AIDS co oznacza, że ogólna liczba zachorowań od początku rejestracji wzrosła do 404.

dnl

Ognisko zakażenia szpitalnego wirusem HBV w Oddziale Chirurgicznym ZOZ Hrubieszów w 1995 r.

W okresie od lipca do października 1995 r. TSSE w Hrubieszowie zarejestrowała 9 zachorowań na wirusowe zapalenie wątroby typu B u osób, które w okresie 6 miesięcy poprzedzających zachorowanie leczone były w Oddziale Chirurgicznym Szpitala w Hrubieszowie. Pierwsze zachorowanie wystąpiło w dniu 11.07.1995 r., ostatnie 10.10.1995 r. Dwie osoby zmarły - jedna z powodu wzw B (mężczyzna lat 69, zgon nastąpił w Klinice Chorób Zakaźnych w Lublinie), a druga z powodu marskości wątroby oraz krwawiących żyłaków przełyku (mężczyzna lat 80, zmarł w szpitalu w Hrubieszowie).

W związku z powyższym przeprowadzono szczegółowe dochodzenie epidemiologiczne na oddziale chirurgicznym, m.in.: przeanalizowano dokumentację medyczną chorych, sprawdzono wyniki badania sterylizatorów na suche gorące powietrze i autoklawów za 1995 r. oraz zaopatrzenie oddziału w sprzęt jednorazowego użytku i środki dezynfekcyjne. Przeprowadzono kontrole sanitarne oddziału i bloku operacyjnego. Przebadano w kierunku HBsAg otoczenie chorych w środowiskach domowych oraz personel oddziału chirurgicznego.

Stwierdzono, że zabiegowi operacyjnemu poddanych było 5 pacjentów, pozostali 4 leżeni byli na oddziale zachowawczo. Dwóch pacjentów miało przetaczaną krew - badanie dawców w punkcie krwiodawstwa wykluczyło możliwość zakażenia tą drogą. Wyniki badań sterylizatorów

na suche gorące powietrze sporalami S (1 raz na kwartał) i wyrывkowo rurkami Browna oraz autoklawów (atest 3 M) były ujemne. Wśród personelu oddziału chirurgicznego i otoczenia nie stwierdzono nosicieli HBsAg.

Szczegółowa retrospektywna analiza dokumentacji szpitalnej wykazała, że 13.05.1995 r. przeniesiony został z oddziału chirurgicznego na oddział zakaźny chory W.S., u którego wystąpiło wirusowe zapalenie wątroby typu B. Chory ten w styczniu 1995 r. miał wykonaną amputację kończyny dolnej w Państwowym Szpitalu Klinicznym Nr 4 w Lublinie. Po wypisaniu z Kliniki 3-krotnie (31.01-10.02.95 r., 13.03-21.03.95 r., 28.03-13.05.95 r.) hospitalizowany na oddziale chirurgicznym w Hrubieszowie.

W czasie dochodzenia epidemiologicznego ustalono, że w oddziale praktykowana była technika przepłukiwania wenflonów, która mogła doprowadzić do zakażenia wirusem HBV. W.S. oraz leżący w tym samym czasie na oddziale pacjenci, którzy później zachorowali na wzv B, mieli założone wenflony. Według informacji pracujących w oddziale pielęgniarek przepłukiwanie wenflonów wykonywano w następujący sposób: z fiolki z heparyną o pojemności 10 ml nabierano strzykawką jednorazową 0,2 ml leku, dobierało soli fizjologicznej i przepłukiwano wenflon pacjentowi. Zdarzało się, że nabrana ilość roztworu była niewystarczająca i wówczas do tej samej strzykawki dobierano heparynę nakłuwając ponownie fiolkę nową igłą. Fiolka z heparyną używana była dla wielu pacjentów i wystarczała średnio na tydzień.

Do chwili obecnej nie notuje się nowych przypadków wzv B u pacjentów leczonych na oddziale chirurgicznym. Mimo dużych trudności finansowych szpital stara się zaopatrzyć oddział w niezbędną ilość sprzętu jednorazowego użytku, w tym także wenflonów. Zaniechano opisanej wyżej techniki przepłukiwania wenflonów. Przeprowadzone zostały szkolenia wewnątrzoddziałowe personelu. Zobowiązano kierownictwo oddziału do stałego nadzoru nad podległym personelem oraz analizowania wszystkich stereotypowo wykonywanych czynności pod kątem profilaktyki zakażeń krwiopochodnych.

Irena Brzyska
WSSE w Zamościu

Połączony czynno-bierny surveillance ostrych zachorowań na wirusowe zapalenie wątroby typu B

W "Communicable Disease Intelligence" (1995,11,258-260) opublikowano wyniki trzyletniego monitorowania zachorowań na wzv B przy wykorzystaniu zgłoszeń dodatkowych wyników badań laboratoryjnych markera HBsAg.

Jak wiadomo system monitorowania wzv B oparty o zgłaszanie ostrych zachorowań przez lekarzy leczących nie uwzględnia najbardziej istotnego elementu jakim jest występowanie nowych zakażeń dla oceny krążenia wirusa HBV w populacji, trendów z tym związanych oraz efektywności programów przeciwepidemicznych. Ponadto istnieją powszechne wątpliwości w jakim stopniu zgłaszalność objawowych zachorowań jest kompletna, a oparcie o zapisy laboratoryjne jest utrudnione ze względu na brak zdefiniowania ostrej i przewlekłej choroby (N.Z.Med.J., 1990,130, 298-301).

W związku z powyższym w różnych krajach stosuje się różne systemy monitorowania zjawiska. Między innymi w USA w Centers for Disease Control w Atlancie realizuje się wybiórczy program typu "sentinel", w którym dokonuje się

bardzo dokładnego rozeznania epidemiologicznego na niewielkiej reprezentatywnej próbie zachorowań (JAMA, 1990, 263,1218-1222). Natomiast w Wielkiej Brytanii Communicable Diseases Centre w Londynie telefonicznie kontaktuje się z praktykującymi lekarzami i w ten sposób zbiera niezbędny zakres informacji. W ostatnim czasie dokonano również we Wspólnocie Europejskiej przeglądu porównawczego systemów zgłaszania chorób zakaźnych ze szczególnym uwzględnieniem wzv B. W przygotowanym na tej podstawie opracowaniu stwierdzono brak porównywalnych kryteriów zgłaszanych chorób i zróżnicowania ostrych i przewlekłych postaci wzv B. W związku z tym dane z poszczególnych krajów uznano za nieporównywalne, gdyż nie wiadomo jakich zachorowań dotyczą zgłoszenia (The Lancet, 1993,341,1003-1006).

W Australii połączony czynno-bierny surveillance wzv typu B realizowano w latach 1992-1994 w Eastern Sydney Area w oparciu o zgłoszenia laboratoryjnych dodatkowych wyników badań markera HBsAg. Zgłaszane wyniki weryfikowano metodą ankietową u leczących lekarzy w sposób umożliwiający zróżnicowanie ostrych i przewlekłych zachorowań na podstawie obrazu klinicznego i badania biochemicznego wątroby. W 1994 roku 77% przypadków zakwalifikowano jako przewlekłe, 5,8% jako ostre, a 17% jako nieokreślone. Równocześnie wykazano, że w analizowanym okresie częstość występowania ostrych zachorowań w Eastern Sydney była 6-10 razy wyższa niż na pozostałych terenach należących do New South Wales, gdzie nie prowadzono czynno-biernego surveillance'u.

Wojciech Żabicki

Zasady rejestracji i analizy zachorowań na gruźlicę w Australii

W "Communicable Diseases Intelligence" (1995,14,334-345) opublikowano podsumowanie dziesięcioletniego monitoringu gruźlicy w Australii poczynając od 1986 roku, ze szczególnym uwzględnieniem roku 1993. Obowiązująca w tym kraju terminologia obejmuje następujące definicje:

1. Nowe zachorowania na tbc:
 - przypadek potwierdzony identyfikacją *Mycobacterium tuberculosis* (ew. *M.africanum* lub *M.bovis*) hodowlą lub badaniem mikroskopowym albo,
 - przypadek stwierdzony jako aktywny klinicznie i potwierdzony przez kierownictwo terytorialnego programu TBC.
2. Zachorowanie nawrotowe lub reaktywacja tbc:
 - przypadek czynnej gruźlicy ponownie rozpoznany bakteriologicznie, radiologicznie lub klinicznie u osoby poprzednio poddanej pełnemu i skutecznemu leczeniu.
3. Nietypowe zakażenie mykobakteryjne:
 - zachorowanie z objawami klinicznymi, którym towarzyszy:
 - odpowiadający proces chorobowy nie związany klinicznie, radiologicznie i patogenetycznie z innymi przyczynami chorobowymi,
 - stałe izolacje nietypowych mykobakterii z tych samych, normalnie jałowych miejsc w umiarkowanych lub obfitych ilościach.

Zapadalność na gruźlicę szacowana liczbą nowych zachorowań i nawrotów na 100 tys. ludności była w analizowanym okresie ustabilizowana. Mierzona wskaźnikiem nowych zachorowań wahała się od 5,21 w 1991 r. do 5,73 na

100 tys. w 1990 r.; wskaźnik nawrotów wahał się od 0,16 na 100 tys. w 1992 r. do 0,30 w 1989 r., a ogólną zapadalność szacowano od 5,48 w 1991 r. do 5,95 na 100 tys. w 1990 r.

W 1993 roku największą zapadalność szacowaną łącznie w oparciu o sumę nowych zachorowań i nawrotów stwierdzono w grupie wieku 80-84 lata (17, 56) oraz powyżej 84 lat (13, 32); w grupie wieku 0-4 lata zapadalność wynosiła 1,63/100 tys.

Pod względem klinicznym dominowała postać płucna, która stanowiła 65,4% wszystkich zgłoszonych nowych przypadków oraz postać węzłowa (15,5%).

Czynnik przyczynowy ustalono w 73,8% zachorowań, które były wywołane w większości przez *M.tuberculosis*; *M.bovis* stwierdzono w trzech przypadkach (0,3%), a *M.afrikanum* w dwóch przypadkach (0,2%).

Potwierdzenie rozpoznania tbc opierano o wynik hodowli (80,8%), badanie mikroskopowe (62,8%), histopatologiczne (25,7%), odczyn tuberkulinowy (49,8%) oraz badanie radiologiczne (75,2%).

Badania lekooporności wykazały, że 18% izolowanych szczepów *M.tuberculosis* było opornych przynajmniej na jeden lek, a 1,3% na ponad dwa leki. Oporność na streptomycynę pojedynczo i w kombinacji stwierdzono w 20% izolatów.

Zakażenie HIV stwierdzono w 7,8% przypadków nowych zachorowań na tbc.

Ogółem zgłoszono 198 nietypowych zakażeń mykobakteryjnych przy zapadalności 2,75/100 tys. Najczęściej były to zakażenia wywołane przez *M.avium intracellulare* (141), *M.chelonae fortuitum* (19), *M.scrofulaceum* (14) i *M.kansasii* (7).

Wojciech Żabicki

Rekomendacje dla szczepionki pneumokokowej na tle znacznego wzrostu występowania inwazyjnych zachorowań wywołanych przez *Streptococcus pneumoniae* 12F w Australii

W "Communicable Diseases Intelligence" (1995,19,470-473) opublikowano artykuł, który sygnalizuje alarmujący wzrost zachorowań na chorobę pneumokokową, wywołaną przez inwazyjne pneumokoki 12F.

W latach 1990-1995 zanotowano w Centralnej Australii 257 przypadków inwazyjnej choroby pneumokokowej, w tym 20 przypadków (7,8%) wywołanych przez typ 12F oraz 237 zachorowań wywołanych przez inne typy kapsularne pneumokoków. Zachorowania wywołane przez typ 12F pojawiły się w 1992 roku i w latach 1993-1994 szczepki 12F stanowiły 16% wszystkich izolowanych kapsularnych szczepów *S.pneumoniae*.

Jak wiadomo pneumokoki 12 grupy serologicznej uważa się za wysoce inwazyjne. Inwazje często przebiegają z bakteriemią i częściej występują u dorosłych niż u dzieci. Typ 12F *S.pneumoniae* tradycyjnie uważa się za typ epidemiczny, który może utrzymywać się w zamkniętych środowiskach (np. jednostki wojskowe, oddziały szpitalne, domy opieki społecznej, zakłady dziecięce).

W Australii zachorowania wywołane przez pneumokoki należące do 12 grupy serologicznej do 1993 roku występowały rzadko, a typowanie inwazyjnych pneumokoków wdrożono przed 10 laty. Dopiero w okresie od stycznia 1993 r. do września 1994 r. w Alice Springs Hospital u 17

pacjentów rozpoznano chorobę pneumokokową wywołaną przez serotyp 12F. Zachorowania przebiegały pod postacią pneumonii (8), zakażenia septycznego (8) i meningitis (1). Dziewięć przypadków dotyczyło osób dorosłych, pięć - dzieci w wieku 5-14 lat oraz trzy - dzieci w wieku do 2 lat. Wszystkie szczepki uzyskano z posiewu krwi. Podkreślono, że różnicowanie typów serologicznych w obrębie grupy serologicznej 12 z uwzględnieniem typów 12A i 12F *S.pneumoniae* przeprowadzono przy zastosowaniu surowic, które nie są dostępne w zaopatrzeniu handlowym. Podkreślono przy tym, że antygen polisacharydowy 12F nie jest uwzględniony w koniugowanych polisacharydowych szczepionkach pneumokokowych nad którymi się obecnie pracuje.

Tym nie mniej w Australii rekomenduje się stosowanie szczepionki pneumokokowej u osób o zwiększonym ryzyku ciężkiej choroby pneumokokowej. Rekomendacje dotyczą w szczególności:

- chorych z anatomiczną lub funkcjonalną asplenią, z uwzględnieniem choroby komórek sierpowatych w wieku ponad dwóch lat,
- osób z immunosupresją, w tym osób z bezobjawowym zakażeniem HIV, przypadków chorób nowotworowych (myeloma, lymphoma) choroby Hodgkina i przy transplantacjach,
- osób z przewlekłymi chorobami serca, płuc i nerek, cukrzycą, alkoholików itp.,
- osób z przetokami płynu mózgowo-rdzeniowego.

Wojciech Żabicki

Dyskusje nad efektywnością chemoprophylaktyki choroby meningokokowej

W "Communicable Diseases Intelligence" (1995,20, 490-493) został opublikowany dyskusyjny artykuł o efektywności chemoprophylaktyki w chorobie meningokokowej.

Autorzy przywołują stanowisko władz angielskich, z którego wynika, że chemoprophylaktyka choroby meningokokowej z podawaniem rifampicyny nie zapewnia w otoczeniu chorych leczenia osób znajdujących się w okresie inkubacji, ani też nie hamuje kolonizacji. Jedynym uzasadnieniem takiego postępowania jest eliminacja meningokoków z nosogardła bezobjawowych nosicieli w otoczeniu chorych u osób, które albo były źródłem zakażeń, albo stanowią wtórne zakażenia. W efekcie chemoprophylaktyka ma na celu zmniejszenie rozsiewu drobnoustrojów.

W Australii, gdzie problem choroby meningokokowej narasta, uważa się za niezbędne gromadzenie w aptekach rejonowych szpitali zapasów rifampicyny i alternatywnie ceftriaxonu w ilościach umożliwiających natychmiastowe zastosowanie u co najmniej połowy dzieci i personelu w zakładach oświatowo-wychowawczych.

Natomiast w Wielkiej Brytanii uważa się, że nad problemem choroby meningokokowej można panować mając do dyspozycji szczepionkę przeciw szczepom z grupy serologicznej B i C, która będzie immunogenna we wczesnym dzieciństwie. Taki preparat ma priorytetowe znaczenie i w Wielkiej Brytanii prace nad potencjalnymi szczepionkami są w fazie badań klinicznych w dwóch różnych ośrodkach.

Wojciech Żabicki