

## Meldunek 5/B/96

o zgłoszonych zachorowaniach za okres od 16.05 do 31.05.1996 r.

(do użytku służbowego)

Jednostka chorobowa (symbol wg IX rewizji "Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób")	Meldunek 5/B		Dane skumulowane	
	16.05.96. do 31.05.96.	16.05.95. do 31.05.95.	1.01.96. do 31.05.96.	1.01.95. do 31.05.95.
AIDS - Zespół nabytego upośledzenia odporności (079)	8	3	52	54
Dur brzuszny (002.0)	-	1	1	9
Dury rzekome A.B.C. (002.1-002.3)	-	-	-	3
Inne salmonelozы: ogółem (003)	2052	1809	7393	9289
Czerwonka (004; 006.0)	23	19	141	216
Biegunki u dzieci do lat 2 (008; 009)	796	984	7396	9019
Błonica (032)	-	-	9	-
Krztusiec (033)	6	16	93	304
Płonica (034.1)	1421	1652	11286	15027
Teżec (037; 670; 771.3)	2	-	13	9
Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych: razem	109	119	1081	1109
w tym: meningokokowe (036.0)	9	14	65	80
inne bakteryjne (320.0-320.3; 320.8; 320.9)	44	62	542	575
wirusowe, surow. nieokreś. (047; 049.0; 049.1; 053.0; 054.7)	45	32	396	359
nieokreślone etiologicznie (322)	11	11	78	95
Ospa wietrzna (052)	6157	10316	62438	113429
Odra (055)	73	47	346	435
Różyczka (056; 771.0)	8155	5581	41258	36261
Zapalenie mózgu: razem	22	14	149	131
w tym: arbowirusowe (062-064)	2	1	10	15
wirusowe nieokreślone (049.9)	7	4	52	32
poszczepienne (323.5)	-	-	-	-
inne i nieokreślone (054.3; 323.1; 323.8; 323.9)	13	9	87	84
Wirusowe zap. wątroby: typu B (070.2; 070.3)	344	462	2810	3945
inne i nieokreś. (070.0; 070.1; 070.4-070.9)	450	694	5990	9759
Nagminne zapalenie przyusznic (072)	1938	4760	18047	49181
Świerzb (133.0)	533	770	8173	8978
Grypa (487)	1022	2138	2700982	690933
Zatrucia i zakażenia pokarmowe: ogółem	2169	1947	8280	10166
w tym: bakteryjne: razem	2151	1934	8175	10072
w tym: salmonelozы (003.0)	2050	1808	7360	9263
enterotoksyna gronkowcowa (005.0)	-	1	9	78
botulizm (005.1)	3	4	18	36
Cl.perfringens (005.2)	2	-	4	-
inne i nieokreślone (005.3; 005.4; 005.8; 005.9)	96	121	784	695
grzybami (988.1)	3	6	17	20
chemiczne: ogółem (988.2; 988.8; 988.9; 989)	15	7	88	74
w tym: chemicznymi środkami ochr. roślin (989.2-989.4)	2	-	6	1
Zatrucia zw. chemicznymi /z wyj.pokarm./: ogółem (960-987; 989)	586	461	4817	3618
w tym: chemicznymi środkami ochrony roślin (989.2-989.4)	15	16	40	52
Zakażenia szpitalne: ogółem	92	65	1105	888
w tym: na oddz. noworodkowych i dzieci. (003; 041; 079; 136.9)	29	16	267	300
następstwa zabiegów medycznych (003; 041; 079; 136.9)	32	31	339	366
wywołane pałeczkami Salmonella (003)	12	6	155	39
Porażenie dziecięce nagminne (045)	-	-	-	-
Dur plamisty i inne riketsjozy (080-083)	-	-	-	1
Włośnica (124)	6	2	16	48

## Zachorowania zgłoszone w okresie 16-31.05.1996 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: meningokokoko- we (036.0)		
POLSKA	8	-	-	2052	23	796	6	1421	2	109	9	73	8155
1. St.warszawskie	4	-	-	230	1	52	1	103	-	6	1	1	103
2. Białkopodlaskie	-	-	-	28	-	7	-	7	-	1	-	-	2
3. Białostockie	-	-	-	27	1	27	-	13	-	5	1	-	14
4. Bielskie	-	-	-	19	-	22	-	68	-	2	-	1	276
5. Bydgoskie	-	-	-	94	-	23	-	20	-	3	-	-	244
6. Chełmskie	-	-	-	30	-	-	-	-	-	1	-	-	4
7. Ciechanowskie	-	-	-	31	2	6	-	11	-	3	-	-	123
8. Częstochowskie	-	-	-	19	-	17	-	22	-	-	-	-	99
9. Elbląskie	-	-	-	17	4	15	-	23	-	1	-	2	189
10. Gdańskie	-	-	-	48	-	31	-	38	-	7	1	-	89
11. Gorzowskie	-	-	-	33	-	3	-	15	-	-	-	-	76
12. Jeleniogórskie	-	-	-	14	-	17	-	21	-	-	-	-	62
13. Kaliskie	-	-	-	70	-	20	-	17	-	1	-	-	32
14. Katowickie	1	-	-	96	-	51	-	172	-	3	-	35	1106
15. Kieleckie	1	-	-	20	-	18	-	18	-	4	2	-	203
16. Konińskie	-	-	-	39	1	18	1	11	-	4	-	-	166
17. Koszalińskie	-	-	-	13	-	16	-	60	-	2	1	3	302
18. M.krakowskie	-	-	-	46	-	6	-	53	1	4	-	-	244
19. Krośnieńskie	-	-	-	86	-	13	-	11	-	-	-	-	66
20. Legnickie	-	-	-	23	-	4	-	28	-	2	-	-	19
21. Leszczyńskie	-	-	-	16	-	14	-	2	-	1	-	-	122
22. Lubelskie	-	-	-	51	-	14	-	48	-	6	-	-	50
23. Łomżyńskie	-	-	-	37	-	5	-	1	-	3	-	-	86
24. M.łódzkie	-	-	-	25	-	30	-	43	-	-	-	1	50
25. Nowosądeckie	-	-	-	25	8	1	-	23	-	6	-	2	125
26. Olsztyńskie	-	-	-	50	-	31	-	11	-	2	-	3	186
27. Opolskie	-	-	-	31	-	20	-	47	-	6	-	4	337
28. Ostrołęckie	2	-	-	11	-	9	-	10	-	2	1	-	14
29. Piłskie	-	-	-	32	-	9	1	32	-	3	-	-	231
30. Piotrkowskie	-	-	-	25	-	3	-	26	-	2	-	-	475
31. Płockie	-	-	-	28	-	24	-	13	-	1	-	-	3
32. Poznańskie	-	-	-	120	-	88	1	75	-	5	1	6	1223
33. Przemyskie	-	-	-	31	1	8	-	26	1	1	-	-	108
34. Radomskie	-	-	-	10	-	3	-	63	-	2	-	2	105
35. Rzeszowskie	-	-	-	46	-	13	-	6	-	2	-	-	21
36. Siedleckie	-	-	-	81	-	10	-	8	-	1	-	-	13
37. Sieradzkie	-	-	-	10	-	3	-	9	-	2	-	1	81
38. Skiermiewickie	-	-	-	15	-	1	-	12	-	2	-	-	33
39. Słupskie	-	-	-	10	1	7	-	10	-	1	1	-	53
40. Suwalskie	-	-	-	49	-	13	-	8	-	-	-	-	35
41. Szczecińskie	-	-	-	38	1	9	-	53	-	4	-	9	487
42. Tarnobrzeskie	-	-	-	102	1	20	1	21	-	-	-	-	223
43. Tarnowskie	-	-	-	25	-	2	-	36	-	2	-	-	76
44. Toruńskie	-	-	-	44	-	9	-	8	-	3	-	-	39
45. Wałbrzyskie	-	-	-	15	-	29	1	21	-	-	-	-	68
46. Włocławskie	-	-	-	26	-	11	-	5	-	-	-	-	4
47. Wrocławskie	-	-	-	69	1	19	-	59	-	3	-	-	408
48. Zamojskie	-	-	-	27	1	8	-	19	-	-	-	-	9
49. Zielonogórskie	-	-	-	20	-	17	-	15	-	-	-	3	71

## Zachorowania zgłoszone w okresie 16-31.05.1996 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)	Grzyzbami (988.1)	Chemiczne (988.2; 988.8-9; 989)		
POLSKA	22	2	344	450	1938	533	1022	2169	2151	3	15	92	6
1. St.warszawskie	-	-	21	11	52	-	149	229	228	1	-	1	-
2. Białkopodlaskie	1	-	1	11	4	14	-	28	28	-	-	-	-
3. Białostockie	2	-	8	2	52	11	-	28	28	-	-	1	6
4. Bielskie	1	-	4	1	67	2	-	22	22	-	-	18	-
5. Bydgoskie	1	-	6	5	19	5	36	103	103	-	-	4	-
6. Chełmskie	-	-	3	3	9	8	-	30	30	-	-	-	-
7. Ciechanowskie	-	-	-	2	1	3	-	40	34	-	6	-	-
8. Częstochowskie	-	-	7	1	146	5	-	19	19	-	-	3	-
9. Elbląskie	-	-	12	19	52	19	-	18	18	-	-	-	-
10. Gdańskie	-	-	10	23	20	17	-	64	64	-	-	-	-
11. Gorzowskie	-	-	5	1	45	6	-	34	34	-	-	-	-
12. Jeleniogórskie	-	-	4	2	70	-	-	14	14	-	-	3	-
13. Kaliskie	-	-	7	6	31	8	13	70	70	-	-	2	-
14. Katowickie	-	-	50	38	316	62	-	104	104	-	-	1	-
15. Kieleckie	1	-	7	3	42	6	-	32	30	2	-	8	-
16. Konińskie	-	-	1	4	12	4	-	40	40	-	-	-	-
17. Koszalińskie	-	-	3	19	10	4	-	14	14	-	-	8	-
18. M.krakowskie	2	-	21	8	72	13	-	60	60	-	-	10	-
19. Krośnieńskie	-	-	5	-	3	5	2	88	88	-	-	-	-
20. Legnickie	-	-	7	5	27	2	-	23	23	-	-	-	-
21. Leszczyńskie	-	-	2	5	9	7	767	16	16	-	-	-	-
22. Lubelskie	-	-	4	18	28	15	-	51	51	-	-	-	-
23. Łomżyńskie	-	-	4	5	8	2	-	37	37	-	-	-	-
24. M.łódzkie	-	-	8	2	9	56	29	26	26	-	-	4	-
25. Nowosądeckie	2	1	10	8	91	2	-	25	25	-	-	-	-
26. Olsztyńskie	-	-	6	4	13	39	-	52	52	-	-	1	-
27. Opolskie	-	-	8	5	131	-	-	33	33	-	-	1	-
28. Ostrołęckie	-	-	4	9	5	11	-	11	11	-	-	-	-
29. Piłskie	-	-	3	1	7	16	-	32	32	-	-	-	-
30. Piotrkowskie	-	-	5	28	22	5	-	25	25	-	-	1	-
31. Płockie	-	-	3	2	16	7	6	28	28	-	-	-	-
32. Poznańskie	1	-	7	11	120	23	20	121	121	-	-	1	-
33. Przemyskie	1	-	-	1	4	7	-	40	31	-	9	-	-
34. Radomskie	-	-	12	7	32	2	-	10	10	-	-	-	-
35. Rzeszowskie	4	-	4	2	31	7	-	46	46	-	-	-	-
36. Siedleckie	-	-	5	28	4	8	-	84	84	-	-	-	-
37. Sieradzkie	-	-	2	3	24	1	-	10	10	-	-	-	-
38. Skierniewickie	-	-	1	9	3	1	-	15	15	-	-	-	-
39. Słupskie	-	-	3	97	36	6	-	10	10	-	-	-	-
40. Suwalskie	-	-	8	-	38	15	-	49	49	-	-	11	-
41. Szczecińskie	-	-	15	4	33	15	-	55	55	-	-	2	-
42. Tarnobrzesckie	1	-	9	1	2	16	-	102	102	-	-	2	-
43. Tarnowskie	2	-	6	3	27	-	-	25	25	-	-	-	-
44. Toruńskie	1	-	11	5	18	44	-	46	46	-	-	1	-
45. Wałbrzyskie	-	-	6	4	38	8	-	15	15	-	-	-	-
46. Włocławskie	-	-	4	4	50	12	-	26	26	-	-	-	-
47. Wrocławskie	1	-	5	11	45	2	-	72	72	-	-	1	-
48. Zamojskie	1	1	2	7	13	9	-	27	27	-	-	-	-
49. Zielonogórskie	-	-	5	2	31	3	-	20	20	-	-	8	-

## Zakażenia HIV i zachorowania na AIDS w Polsce Informacja z 31 maja 1996 r.

W maju 1996 r. do Zakładu Epidemiologii PZH zgłoszono nowo wykryte zakażenie HIV 88 obywateli polskich, w tym 47 zakażonych w związku z używaniem narkotyków.

Obecność przeciwciał anti-HIV potwierdzono w Zakładzie Laboratoryjno-Doświadczalnym Instytutu Wenerologii AM w Warszawie, w Zakładzie Transfuzjologii i Transplantologii Centralnego Szpitala Klinicznego WAM w Warszawie, w Wojewódzkim Zespole Chorób Zakaźnych w Gdańsku, w Wojewódzkiej Przychodni Dermatologicznej w Katowicach, w Specjalistycznym Dermatologicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Łodzi, w Laboratorium Kliniki Chorób Zakaźnych AM we Wrocławiu oraz w Zakładzie Serologii Instytutu Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie.

Odnotowano zachorowania na AIDS kobiety - narkomanki i dziesięciu mężczyzn (pięciu narkomanów, po dwu homo-/biseksualistów i bez informacji o drodze zakażenia oraz jednego zakażonego drogą kontaktów heteroseksualnych).

Chorzy z podaną datą rozpoznania AIDS byli w wieku od 25 do 58 lat. Mieli adresy stałego miejsca zamieszkania w następujących województwach: czterej w woj. warszawskim, trzej w woj. szczecińskim, dwaj w katowickim oraz po jednym w bydgoskim i koszalińskim.

We wszystkich przypadkach określono przynajmniej jedną chorobę wskazującą na AIDS w brzmieniu jak w definicji AIDS do celów nadzoru epidemiologicznego, skorygowanej w 1993 r. W dziesięciu przypadkach podano liczbę komórek CD4 (od 10 do 385/ $\mu$ L).

Od wdrożenia badań w 1985 r. do 31 maja 1996 r. stwierdzono zakażenie HIV 4.061 obywateli polskich, wśród których było co najmniej 2.732 zakażonych w związku z używaniem narkotyków.

Ogółem odnotowano 432 zachorowania na AIDS; 248 osób zmarło.

Wanda Szata  
Zakład Epidemiologii PZH

\* \* \*

UWAGA: Liczby zachorowań na AIDS 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 na AIDS zawarte w powyższej informacji pochodzą ze skorygowanych w Zakładzie Epidemiologii PZH zgłoszeń poszczególnych zachorowań.

## Podejrzenie gorączki Lassa w Sierra Leone

Dnia 9 maja 1996 r. została wysłana grupa złożona z przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia oraz z WHO do ognisk zachorowań w Kenema i innych miastach, skąd otrzymano informację o zgonach 14 osób podejrzanych o zakażenie gorączką Lassa. Stwierdzono, że w okresie od 1 stycznia do 10 maja zachorowało 76 osób, z których 46 zmarło.

Zachorowania wystąpiły we wschodnim regionie, głównie w dystrykcie Kenema, w Tongo, Panquma i Segbwema. Większość chorych stanowiły dorosłe kobiety; wszystkie ciężarne poroniły i większość z nich zmarła.

Zachorowania wystąpiły na terenach endemicznych dla gorączki Lassa, w okresie gwałtownego wzrostu populacji

szczurów. Chorzy byli hospitalizowani w państwowym szpitalu ze względu na warunki w szpitalu w Kenema nie zabezpieczające przed zakażeniem personelu medycznego. Próbkę krwi przesłano do badania do CDC w Atlancie (USA), do ośrodka referencyjnego WHO w zakresie badań nad specjalnie groźnymi patogenami.

*na podstawie "Wkly Epid.Rec." (1996,21,163-164)  
opracowała Danuta Seroka*

## Cholera w 1995 roku

W 1995 roku zgłaszano zakażenia *Vibrio cholerae* 01 biotyp *El Tor* z wszystkich regionów świata. Oficjalnie do WHO zgłoszono ogółem 208.755 przypadków cholery, co oznacza spadek liczby zachorowań w porównaniu do 1994 roku o ponad 50%. Zarejestrowano 5.034 zgony, a śmiertelność uległa zmniejszeniu do 2,4% (w 1994 r. wyniosła 2,8%). Uległa również zredukowaniu liczba krajów zgłaszających cholere z 94 w 1994 r. do 78.

W Ameryce utrzymała się tendencja spadkowa zachorowań, lecz mimo wszystko liczba zarejestrowanych tam przypadków była najwyższa w świecie: 85.809 chorych przy względnie niskiej liczbie zgonów - 845. Nadal spośród 15 krajów rejestrujących cholere najwięcej zachorowań wystąpiło w Peru (22.397) i znaczne liczby zachorowań zanotowano w Meksyku (16.430) oraz w Brazylii (15.915). W pięciu krajach (Kolumbia, Ekwador, Gwatemala, Meksyk i Nikaragua) w 1995 r. zaobserwowano wzrost zachorowań w porównaniu do 1994 r.

W Afryce, mimo ogólnej tendencji spadkowej, wystąpił wzrost zachorowań na cholere w krajach zachodnich tego kontynentu. Ogółem zarejestrowano 71.081 chorych i 3.024 zgony, co oznacza zmniejszenie liczby zachorowań o 44% w porównaniu do 1994 r. Największy spadek zaobserwowano w Zairze - z 58.057 przypadków w 1994 r. do zaledwie 553 przypadków w 1995 r., co niewątpliwie związane jest ze stabilizacją przepływu uchodźców.

W Azji spadek zachorowań na cholere wyniósł 52% w porównaniu do 1994 r. Zarejestrowano ogółem 50.921 zachorowań i 1.145 zgonów. Zmniejszyła się liczba krajów w których występowała cholera z 26 w 1994 r. do 18 w 1995 r. Najwyższe liczby zachorowań zgłoszono z Afganistanu (19.903) i Chin (10.344). Najwięcej przypadków importowanych (295) zanotowano w Japonii. Śmiertelność w Azji wzrosła z 1,3% do 2,2%.

Zachorowania na cholere wywołane przez przecinkowiec 0139 (Bengal) zgłoszono tylko z Mjanmar (Birma) - żaden kraj nie zarejestrował przypadków importowanych cholery 0139.

W Regionie Europejskim zarejestrowano ogółem 937 zachorowań, co stanowi tylko 36% liczby przypadków jakie zanotowano w 1994 r. W czterech krajach występowały zachorowania rodzime (Ukraina, Mołdawia, Rumunia, Rosja). Liczba importowanych przypadków była zbliżona do poziomu w 1994 r. Zarejestrowano 20 zgonów, a śmiertelność wyniosła 2,1% (w 1994 r. 2,4%).

*na podstawie "Wkly Epid.Rec."(1996,21,157-163)  
opracowała D.Naruszewicz-Lesiuk*

## Naukowa konsultacja na temat gąbczastej encefalopatii

Osiemnastu neurologów, neuropatologów i naukowców

z zakresu medycyny i weterynarii - specjalistów z zakresu szerzenia się encefalopatii gąbczastych z czternastu krajów - spotkało się w centrali WHO w Genewie w dniach 14-16 maja br. Poddano szczegółowej analizie dotychczasowe dane kliniczne, neurologiczne i neuropatologiczne o wariantach choroby Creutzfeldta-Jakoba (V-CJD) i porównano je z danymi o innych encefalopatiach gąbczastych występujących u ludzi. Przedyskutowano również pokrewieństwo V-CJD ze zwierzęcymi gąbczastymi encefalopatiami, łącznie z bydłą encefalopatią gąbczastą (BSE). Wyrażono potrzebę rozpoczęcia surveillance'u CJD w skali świata, podjęcia badań nad testami diagnostycznymi, jak również określenia terenów, gdzie niezbędne są bardziej dokładne badania. Szczególną uwagę zwrócono na V-CJD jako pochodną od CJD oraz na różnice kliniczne i patologiczne między tymi dwoma wariantami.

BSE szerzyło się drogą pokarmową w sposób naturalny i eksperymentalny na inne zwierzęta. Istnieje podejrzenie powiązania V-CJD z ekspozycją ludzi na czynnik wywołujący BSE. Należy jednak podkreślić, że takie powiązanie nie zostało epidemiologicznie udowodnione. Po dokładnej analizie charakteru szerzących się naturalnie i eksperymentalnie encefalopatii gąbczastych eksperci doszli do wniosku, że typ zaburzeń występujących w V-CJD nie potwierdza takiego pochodzenia tej choroby. Pilnie potrzebne są dalsze naukowe badania nad przypadkami V-CJD, łącznie z zakażeniami zwierząt i badaniami szczepu.

Na podstawie zaleceń ekspertów biorących udział w konsultacji, WHO będzie nasilać i koordynować światowy system surveillance'u CJD oraz badania nad kliniczną i neuropatologiczną diagnostyką CJD i innych encefalopatii gąbczastych występujących u ludzi. We współpracy z Międzynarodowym Biurem d/s Epizoozji, WHO będzie także nasilać surveillance zwierzęcych encefalopatii gąbczastych.

na podstawie "Wkly Epid.Rec." (1996,21,163)  
opracował Wiesław Magdzik

## **IX Międzynarodowe Sympozjum na temat Wirusowych Zapaleń i Innych Chorób Wątroby (Rzym, 21-25 kwiecień 1996 r.)**

### **Wirusowe zapalenie wątroby GBV (ABBOTT)**

Ponad 30 lat temu w laboratorium prof. F. Deinhardta stwierdzono, że surowica krwi chirurga (GB) po dożylnym podaniu tamarinom (małe południowo-amerykańskie małpy) wywołała u nich ostre zapalenie wątroby. W latach siedemdziesiątych udowodniono, że ani chirurg, ani tamariny nie były zakażone HAV, ani HBV. W latach osiemdziesiątych wykluczono etiologiczną rolę HCV i HEV.

Badania epidemiologiczne i laboratoryjne wskazywały, że czynnik ten może szerzyć się drogą naruszenia ciągłości tkanek, drogą seksualną jak również drogą kontaktów domowych. Został on nazwany czynnikiem wywołującym "nie A-E" zapalenie wątroby. W Hiszpanii czynnik ten wywoływał 19% zachorowań z objawami ostrego zapalenia wątroby. W Stanach Zjednoczonych i innych rozwiniętych krajach 20-25% przewlekłych zapaleń wątroby było wynikiem działania tego nieznanego czynnika. Prócz wirusów hepatotropowych A-E wykluczono EBV, CMV, leki, zaburzenia metaboliczne i autoimmunologiczne jako przyczynę tych zachorowań.

Obecnie sądzi się, że wirusy nazwane GBV mają szansę

być uznane za przyczynę zapaleń wątroby określonych jako nie A-E.

Ostatnio, w latach dziewięćdziesiątych, zostały zidentyfikowane trzy nowe podobne do wirusów *flavi* hepatotropowe wirusy: GBV-A, GBV-B, GBV-C (wirusy posiadające jednoniciową RNA).

Dwa z tych wirusów (GBV-A i GBV-B) izolowane zostały z tamarinów, które zachorowały - jak podano wyżej - z objawami zapalenia wątroby po podaniu w iniekcji surowicy chirurga (GB), u którego rozpoznano zapalenie wątroby. Wstępne informacje wskazywały, że GBV-A jest prawdopodobnie wirusem małpim, a GBV-B prawdopodobnie wirusem pochodzenia ludzkiego.

Podczas badań nad wirusami GBV-A i GBV-B wykryty został trzeci wirus: GBV-C. Ten jest z pewnością wirusem ludzkim, powodującym długotrwałe zakażenie u człowieka. GBV-C może szerzyć się przez produkty krwiopochodne i powodować u niektórych ludzi zapalenie wątroby.

Na podstawie filogenetycznej analizy wirusowych poliprotein stwierdzono ewolucyjne pokrewieństwo między wirusami GB, a wirusem HCV. Można je zakwalifikować do rozszerzonej rodziny *Flaviviridae*.

GBV-C RNA został wykryty w USA u około 1% honorowych dawców krwi z normalnym poziomem enzymów wątrobowych (ALT), u około 4% dawców krwi z podwyższonym poziomem ALT, u 13% płatnych dawców plazmy, u 15% narkomanów pobierających dożylnie środki uzależniające, u 20% osób z objawami ostrego lub przewlekłego zapalenia wątroby typu C, u około 7% osób z zapaleniem wątroby nie A-E, łącznie z przypadkami o poważnym rokowaniu (pierwotny rak wątroby, galopujące zapalenie wątroby).

Ponadto GBV-C powoduje u ludzi przetrwałą wiremę utrzymującą się wiele lat. GBV-C może być więc czynnikiem zakaźnym obecnym w surowicy dawców krwi i powodować zachorowania z/lub bez współzakażenia z HBV i/lub HCV. Stwierdzono również bezobjawowy okres zakażenia GBV-C.

### **Aktualny stan wiedzy o HGV**

(Jungsuk P.Kim)

Nowy wirus został ostatnio wyizolowany z plazmy chorego na przewlekłe zapalenie wątroby. Został nazwany wirusem zapalenia wątroby typu G (HGV). Wirus jest spokrewniony z Flavivirusami, które stwierdza się w przebiegu zapaleń wątroby u ludzi, tj. z GBV-C i HCV, a u zwierząt z GBV-A i GBV-B. Uważa się, że HGV i GBV-C są różnymi izolacjami tego samego wirusa.

### **HGV u osób zakwalifikowanych do przeszczepu wątroby (Teresa Wright)**

Zakażenie HGV u osób zakwalifikowanych do przeszczepu wątroby stwierdza się u 24% chorych w końcowej fazie przewlekłego zapalenia wątroby spowodowanego HCV, u około 22% chorych z marskością wątroby w wyniku przewlekłego zakażenia HBV, oraz u 22% chorych z marskością wątroby niewiadomego pochodzenia.

HGV stwierdza się też stosunkowo często u chorych po przeszczepie wątroby. Zakażenie HGV wydaje się jednak nie przepowiadać poprzyszczepiennego zapalenia wątroby.

Cechy epidemiologiczne zakażenia HCV i HGV są zbliżone, HGV może być przyczyną przewlekłego zakażenia, ale jego kliniczne znaczenie nie jest jeszcze określone.

## Zapobieganie i zwalczanie wirusowego zapalenia wątroby typu B

(Europejskie Biuro Regionalne WHO, Viral Hepatitis Prevention Board)

Zachorowania na wirusowe zapalenie wątroby typu B jak również stan nosicielstwa HBV nie występują w ciągu 10 lat od szczepienia u osób skutecznie zaszczepionych (u których poziom anty HBs osiągnął 10 jednostek międzynarodowych na litr lub wyższy) nawet mimo spadku poziomu przeciwciał. Immunologiczna pamięć przyczynia się do szybkiego wzrostu odporności w przypadku ekspozycji.

Dlatego nie zaleca się uwzględniania dawek przypominających szczepionki w programach szczepień.

*wybór i opracowanie materiałów: Wiesław Magdzik*

## Europejskie Forum Szczepionkowe (Monachium, 9 maj 1996 r.)

### Szczepienia przypominające przeciw wzv typu B (Materiał z dyskusji)

Dawki przypominające szczepionki przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B osobom narażonym na silną ekspozycję na zakażenie HBV - np. pracownikom służby zdrowia - powinny być stosowane co 5 lat.

*W. Magdzik*

### Czy jest uzasadnione zmniejszanie dawek szczepionki przeciw wzv B

W "Bulletin of the WHO" (1995,4,529-530) w części dyskusyjnej zamieszczono wypowiedź M.Kanea z centrali WHO w Genewie pt. "Reduced dose of hepatitis B vaccines: is it a good idea?". Autor wypowiedzi nawiązuje do zamieszczonego w tym samym Biuletynie artykułu o utrzymywaniu się odporności oraz efektywności zmniejszonej dawki szczepionki plazmatycznej HBV u młodzieży (T.Goh i wsp.).

Dyskutant stwierdza jednoznacznie, że szczepionki HBV nie są jednorodne i każdy producent indywidualnie ustala dla swojego wyrobu optymalną dawkę oraz schemat stosowania. Szereg producentów stara się uwzględnić przy tym margines bezpieczeństwa mając na uwadze wiek, masę ciała i immunokompetencję szczepionych oraz warunki dystrybucji. W związku z tym w wielu krajach stosowane są różne dawki szczepionki pediatrycznej jak np. 1,5 µg, 2,5 µg, 3 µg, 5 µg oraz 10 µg.

Większość stosowanych szczepionek HBV jest wysoce immunogenna i zapewnia w szczepieniach kontrolowanych ponad 90% serokonwersji u osób w wieku do 40 lat. U starszych ludzi serokonwersja może być ograniczona w związku z wiekiem, otyłością i paleniem. Skuteczność szczepień ogranicza stosowanie sterydów, występowanie chorób immunosupresyjnych, choroby nerek itp. Wiadomo również, że zespół Downa zmniejsza reakcję na szczepionkę. Ponadto, jak wynika z doświadczeń, rutynowe stosowanie szczepionek jest znacznie mniej staranne niż w planowanych szczepieniach kontrolowanych, gdzie szczepionka jest prawidłowo przechowywana i dostarczana, dobór szczepionych eliminuje czynniki limitujące immunogenność preparatu. W związku z tym w masowej produkcji jest uzasadnione użycie większej ilości antygeny niż minimum ustalono

ne w starannie prowadzonych badaniach klinicznych.

Dawkowanie i schemat stosowania szczepionek jest zazwyczaj akceptowany przez każde władze krajowe, a producent przy licencjonowaniu preparatu musi przedstawić dowody, że jest on bezpieczny i skuteczny w określonych warunkach stosowania. Oszczędności wynikające ze zmniejszenia kosztów produkcji szczepionek w zredukowanej dawce nie mogą przesądzać sprawy dawkowania.

Na zakończenie autor cytuje anegdotyczną odpowiedź Abrahama Lincolna na pytanie jaka powinna być długość ludzkiej nogi. Odpowiedź prezydenta brzmiała "Wystarczająca żeby można było dotknąć ziemi". Na pytanie ile antygeny musi być w jednej dawce szczepionki HBV dyskutant odpowiada: "Wystarczająco dużo by była ona skuteczna". Są różne szczepionki HBV, "tak jak rozmiary ludzkich nóg, i nie można zgodzić się żeby stosować te szczepionki w zmniejszonych dawkach dla ograniczenia kosztów". Jak wynika z treści wypowiedzi, plazmatyczna szczepionka pediatryczna HBV o dawce 10 µg antygeny nie jest obecnie produkowana przez firmę Merck-Sharp-Dohme.

*Wojciech Żabicki*

### Charakterystyka antygenowa szczepów wirusa grypy izolowanych od października 1995 roku do lutego 1996 roku i rekomendowany skład antygenowy szczepionek produkowanych na sezon 1996-1997

W minionym okresie epidemicznym grypy w krajach europejskich oraz w Chinach dominowały zachorowania wywołane głównie przez szczepy należące do podtypu A (H3N2), natomiast podtyp A(H1N1) był przyczyną epidemii w Kanadzie, Japonii oraz na większości obszarów USA.

Początkowo większość izolowanych szczepów A(H3N2) była podobna do szczepu A/Johannesburg/33/94, rekomendowanego do szczepionek produkowanych na miniony sezon epidemiczny. Takie właściwości reprezentowały między innymi szczepy A/England/409/95 oraz A/Netherlands/223/95. Późniejsze szczepy charakteryzowane odczynem zahamowania hemaglutynacji z surowicami zakażonych fretek wykazywały większe różnice antygenowe, a zwłaszcza izolaty reprezentowane przez A/Wuhan/359/95. Wymienione szczepy izolowano w dużych ilościach na terenie Chin, Guam, Hong Kongu, Singapuru oraz w USA.

Większość szczepów podtypu A(H1N1) izolowanych na kontynencie amerykańskim, w Azji, Europie i Oceanii była bardzo bliska szczepom A/Singapore/6/86 i A/Texas/36/91. Natomiast szczepy należące do podtypu B izolowane w Azji, Europie i Płn. Ameryce były podobne pod względem antygenowym do szczepów B/Beijing/184/93 oraz B/Harbin/7/94.

W związku z powyższym WHO rekomenduje do produkcji szczepionek na następny okres epidemiczny następujące szczepy:

- A/Wuhan/359/95(H3N2),
- A/Singapore/16/86(H1N1),
- B/Beijing/184/93.

Ewentualnie w użyciu mogą być szczepionki ze szczepami A/Texas/36/91(H1N1) oraz B/Harbin/7/94.

*na podstawie "Wkly Epid.Rec." (1996,8,57-61)  
opracował Wojciech Żabicki*