

Meldunek 6/B/96

o zgłoszonych zachorowaniach za okres od 16.06 do 30.06.1996 r.

(do użytku służbowego)

Jednostka chorobowa (symbol wg IX rewizji "Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób")	Meldunek 6/B		Dane skumulowane	
	16.06.96. do 30.06.96.	16.06.95. do 30.06.95.	1.01.96. do 30.06.96.	1.01.95. do 30.06.95.
AIDS - Zespół nabytego upośledzenia odporności (079)	1	2	55	57
Dur brzuszny (002.0)	1	-	2	9
Dury rzekome A.B.C. (002.1-002.3)	-	1	-	4
Inne salmonelozы: ogółem (003)	2205	2684	11579	13771
Czerwonka (004; 006.0)	28	12	181	247
Biegunki u dzieci do lat 2 (008; 009)	588	1044	8561	10941
Błonica (032)	-	-	9	-
Krzusiec (033)	9	17	110	343
Płonica (034.1)	1043	1569	13597	18086
Teżec (037; 670; 771.3)	1	2	18	14
Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych: razem	362	114	1570	1325
w tym: meningokokowe (036.0)	10	10	80	93
inne bakteryjne (320.0-320.3; 320.8; 320.9)	92	59	681	683
wirusowe, surow. nieokreś. (047; 049.0; 049.1; 053.0; 054.7)	250	35	720	430
nieokreślone etiologicznie (322)	10	10	89	119
Ospa wietrzna (052)	5420	8630	73628	130886
Odra (055)	39	62	430	558
Różyczka (056; 771.0)	7224	4721	56650	46724
Zapalenie mózgu: razem	21	19	185	172
w tym: arbowirusowe (062-064)	4	8	15	39
wirusowe nieokreślone (049.9)	8	4	67	39
poszczepienne (323.5)	-	-	-	-
inne i nieokreślone (054.3; 323.1; 323.8; 323.9)	9	7	103	94
Wirusowe zap. wątroby: typu B (070.2; 070.3)	314	360	3360	4662
inne i nieokreś. (070.0; 070.1; 070.4-070.9)	325	533	6635	10812
Nagminne zapalenie przyusznic (072)	2076	4754	22099	58387
Świerzb (133.0)	287	487	8879	10008
Grypa (487)	639	117	2701831	691386
Zatrucia i zakażenia pokarmowe: ogółem	2332	2962	12700	15066
w tym: bakteryjne: razem	2326	2949	12575	14954
w tym: salmonelozы (003.0)	2202	2682	11541	13741
enterotoksyna gronkowcowa (005.0)	6	102	15	180
botulizm (005.1)	7	7	33	46
Cl.perfringens (005.2)	-	-	2	-
inne i nieokreślone (005.3; 005.4; 005.8; 005.9)	111	158	984	987
grzybami (988.1)	1	1	18	23
chemiczne: ogółem (988.2; 988.8; 988.9; 989)	5	12	107	89
w tym: chemicznymi środkami ochr. roślin (989.2-989.4)	1	2	9	3
Zatrucia zw. chemicznymi /z wyj.pokarm./: ogółem (960-987; 989)	340	399	5565	4468
w tym: chemicznymi środkami ochrony roślin (989.2-989.4)	21	12	72	78
Zakażenia szpitalne: ogółem	73	270	1279	1217
w tym: na oddz. noworodkowych i dzieci. (003; 041; 079; 136.9)	27	24	314	349
następstwa zabiegów medycznych (003; 041; 079; 136.9)	35	66	398	461
wywołane pałeczkami Salmonella (003)	3	176	205	218
Porażenie dziecięce nagminne (045)	-	-	-	-
Dur plamisty i inne riketsjozy (080-083)	-	-	-	1
Włośnica (124)	1	3	23	71

Zachorowania zgłoszone w okresie 16-30.06.1996 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	1	1	-	2205	28	588	9	1043	1	362	10	39	7224
1. St.warszawskie	-	1	-	215	-	31	2	96	-	31	2	-	73
2. Białkopodlaskie	-	-	-	13	-	4	-	1	-	5	-	-	1
3. Białostockie	-	-	-	47	-	10	2	11	-	2	1	-	13
4. Bielskie	-	-	-	26	1	14	-	26	-	4	-	1	257
5. Bydgoskie	-	-	-	91	-	17	-	9	-	10	1	-	273
6. Chełmskie	-	-	-	21	-	4	-	-	-	2	-	-	6
7. Ciechanowskie	-	-	-	42	-	3	-	9	-	-	-	-	66
8. Częstochowskie	-	-	-	22	-	14	-	28	-	-	-	-	71
9. Elbląskie	-	-	-	10	-	7	-	18	-	4	-	-	97
10. Gdańskie	-	-	-	202	1	35	-	46	-	126	1	1	102
11. Gorzowskie	-	-	-	31	-	6	-	11	-	4	-	-	117
12. Jeleniogórskie	-	-	-	22	-	6	-	16	-	1	-	-	42
13. Kaliskie	-	-	-	82	1	8	-	13	-	2	-	-	80
14. Katowickie	-	-	-	93	-	33	-	115	-	15	1	17	1113
15. Kieleckie	-	-	-	35	1	22	-	19	-	5	-	-	209
16. Konińskie	-	-	-	39	-	12	-	7	-	-	-	-	124
17. Koszalińskie	-	-	-	6	-	21	-	21	-	2	-	-	261
18. M.krakowskie	-	-	-	50	-	4	-	50	-	13	-	2	235
19. Krośnieńskie	-	-	-	15	4	9	-	7	-	4	-	-	42
20. Legnickie	-	-	-	49	-	3	-	9	-	1	-	1	18
21. Leszczyńskie	-	-	-	23	-	5	-	5	-	3	-	-	139
22. Lubelskie	-	-	-	72	-	13	-	46	-	28	-	-	47
23. Łomżyńskie	-	-	-	19	-	5	-	1	-	-	-	-	24
24. M.łódzkie	-	-	-	40	-	6	1	46	-	2	-	-	40
25. Nowosądeckie	-	-	-	34	1	4	-	18	-	8	-	1	127
26. Olsztyńskie	-	-	-	56	1	12	-	20	-	-	-	1	129
27. Opolskie	-	-	-	53	-	11	-	36	-	7	-	1	460
28. Ostrołęckie	-	-	-	17	-	6	2	2	-	1	-	-	15
29. Piłskie	-	-	-	14	-	2	-	17	-	-	-	1	141
30. Piotrkowskie	-	-	-	43	-	1	-	24	-	3	-	1	225
31. Płockie	-	-	-	42	-	12	-	8	-	1	-	2	3
32. Poznańskie	-	-	-	76	-	66	2	57	-	4	-	1	1279
33. Przemyskie	-	-	-	25	-	15	-	19	-	2	-	-	48
34. Radomskie	-	-	-	13	-	15	-	13	-	-	-	-	79
35. Rzeszowskie	-	-	-	32	-	5	-	6	-	2	-	-	6
36. Siedleckie	1	-	-	47	1	14	-	13	-	2	-	-	11
37. Sieradzkie	-	-	-	14	-	8	-	2	-	4	-	-	64
38. Skierniewickie	-	-	-	38	-	4	-	11	-	1	-	1	22
39. Słupskie	-	-	-	30	2	9	-	27	-	3	1	-	36
40. Suwalskie	-	-	-	56	-	12	-	1	-	5	1	-	30
41. Szczecińskie	-	-	-	21	2	12	-	25	-	32	-	5	316
42. Tarnobrzeskie	-	-	-	27	1	24	-	6	-	2	2	-	79
43. Tarnowskie	-	-	-	17	-	8	-	21	-	5	-	-	64
44. Toruńskie	-	-	-	68	-	5	-	11	-	7	-	1	37
45. Wałbrzyskie	-	-	-	7	-	10	-	17	1	7	-	-	113
46. Włocławskie	-	-	-	35	-	7	-	5	-	-	-	-	3
47. Wrocławskie	-	-	-	78	12	18	-	53	-	-	-	2	415
48. Zamojskie	-	-	-	41	-	8	-	9	-	2	-	-	4
49. Zielonogórskie	-	-	-	56	-	8	-	12	-	-	-	-	68

Zachorowania zgłoszone w okresie 16-30.06.1996 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	21	4	314	325	2076	287	639	2332	2326	1	5	73	1
1. St.warszawskie	1	-	11	8	55	2	513	214	214	-	-	13	-
2. Białkopodlaskie	1	-	-	10	-	14	-	13	13	-	-	-	-
3. Białostockie	-	-	2	3	43	11	-	47	47	-	-	1	-
4. Bielskie	2	-	5	1	78	1	-	25	25	-	-	5	-
5. Bydgoskie	2	-	6	-	17	3	-	103	103	-	-	2	-
6. Chełmskie	-	-	1	3	1	-	-	21	21	-	-	-	-
7. Ciechanowskie	-	-	10	5	1	-	-	43	43	-	-	-	-
8. Częstochowskie	-	-	5	1	229	3	-	22	22	-	-	4	-
9. Elbląskie	-	-	8	13	38	9	-	12	12	-	-	-	-
10. Gdańskie	2	-	6	18	32	12	-	209	209	-	-	-	-
11. Gorzowskie	-	-	3	1	28	6	-	32	32	-	-	2	-
12. Jeleniogórskie	-	-	3	1	51	3	-	23	23	-	-	-	-
13. Kaliskie	-	-	1	-	35	5	8	82	82	-	-	3	-
14. Katowickie	1	-	59	30	412	40	-	101	101	-	-	-	-
15. Kieleckie	-	-	16	1	68	4	-	46	45	1	-	3	-
16. Konińskie	-	-	9	2	4	-	-	39	39	-	-	2	-
17. Koszalińskie	-	-	2	10	10	3	-	21	21	-	-	7	-
18. M.krakowskie	-	-	15	5	82	2	-	57	57	-	-	1	-
19. Krośnieńskie	-	-	1	-	3	8	-	18	18	-	-	-	-
20. Legnickie	-	-	6	3	16	1	-	49	49	-	-	-	-
21. Leszczyńskie	-	-	6	2	40	3	-	23	23	-	-	3	-
22. Lubelskie	-	-	8	7	7	9	-	72	72	-	-	-	-
23. Łomżyńskie	1	1	5	2	4	2	-	19	19	-	-	-	-
24. M.łódzkie	-	-	13	2	21	23	115	42	42	-	-	4	-
25. Nowosądeckie	-	-	5	5	75	4	-	40	40	-	-	-	-
26. Olsztyńskie	-	-	8	2	17	6	-	59	59	-	-	1	-
27. Opolskie	1	1	8	4	70	2	-	54	54	-	-	-	-
28. Ostrołęckie	-	-	3	2	9	8	-	17	17	-	-	-	-
29. Piłskie	-	-	6	5	4	5	-	14	14	-	-	-	-
30. Piotrkowskie	1	-	3	5	19	3	-	43	43	-	-	2	-
31. Płockie	-	-	3	1	15	1	-	44	44	-	-	-	-
32. Poznańskie	-	-	6	6	101	6	3	79	79	-	-	1	-
33. Przemyskie	-	-	-	3	4	6	-	29	26	-	3	-	-
34. Radomskie	1	-	4	3	22	-	-	13	13	-	-	4	-
35. Rzeszowskie	2	-	2	-	18	2	-	32	32	-	-	1	-
36. Siedleckie	-	-	6	16	7	6	-	52	52	-	-	-	-
37. Sieradzkie	-	-	1	2	14	-	-	14	14	-	-	-	-
38. Skierniewickie	-	-	6	5	5	1	-	38	38	-	-	-	1
39. Słupskie	-	-	5	100	21	-	-	30	30	-	-	3	-
40. Suwalskie	1	1	3	-	39	10	-	56	56	-	-	10	-
41. Szczecińskie	-	-	10	2	44	9	-	45	44	-	1	-	-
42. Tarnobrzeskie	1	-	7	1	7	7	-	27	27	-	-	-	-
43. Tarnowskie	1	1	4	1	43	-	-	17	17	-	-	-	-
44. Toruńskie	2	-	1	11	36	20	-	71	71	-	-	-	-
45. Wałbrzyskie	-	-	7	1	47	9	-	7	7	-	-	-	-
46. Włocławskie	-	-	5	7	55	1	-	36	36	-	-	-	-
47. Wrocławskie	1	-	6	8	82	-	-	85	84	-	1	-	-
48. Zamojskie	-	-	2	6	5	13	-	41	41	-	-	-	-
49. Zielonogórskie	-	-	2	1	42	4	-	56	56	-	-	1	-

Z powodu urlopu pracownika informację o zakażeniach HIV i zachorowaniach na AIDS w Polsce zamieścimy w późniejszym terminie. Przepraszamy.

Gdynia - zapadalność 12,5 na 100.000
 Kartuzy - 8,1
 Gdańsk - 4,5

Na terenie działalności TSSE w Starogardzie i Pucku zachorowań nie zanotowano.

Wzrost zachorowań na wirusowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych w województwie gdańskim

Na terenie woj. gdańskiego w czerwcu br. wystąpił znaczny wzrost zachorowań na wirusowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych. W meldunkach dwutygodniowych 6/A i 6/B zgłoszono łącznie 135 zachorowań, podczas gdy w analogicznym okresie ub. roku tylko 8 zachorowań.

Tabela 1. Liczba zachorowań zgłoszonych w meldunkach 1/A do 6/B w latach 1995-1996.

Rok	Meldunek			
	1 A - 5 B	6 A	6 B	Razem
1995	30	5	3	38
1996	23	17	118	158

W okresie od 15 do 30 czerwca br. hospitalizowano 152 osoby z rozpoznaniem wirusowego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych (z tego 118 zgłoszono w meldunku 6/B), a wg danych ze szpitali, w dniu 30 czerwca br. hospitalizowanych było 18 osób z podejrzeniem zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych.

Przedstawiona niżej analiza obejmuje przypadki zgłoszone w meldunku 6/A oraz hospitalizowane (z rozpoznaniem) od 15 do 30 czerwca br.

W ub. roku najwyższa zapadalność na wirusowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych wystąpiła na terenie Kartuz (42,5/100.000), Wejherowa (21,1), Tczewa (17,9) oraz Sopotu (13,6).

Większość zachorowań to zachorowania sporadyczne. Wystąpiły jedynie ogniska rodzinne: 14 ognisk 2-osobowych oraz 1 ognisko 3-osobowe. W ogniskach tych chorują tylko dzieci.

Przebieg zachorowań jest łagodny, hospitalizacja średnio wynosi 10-14 dni.

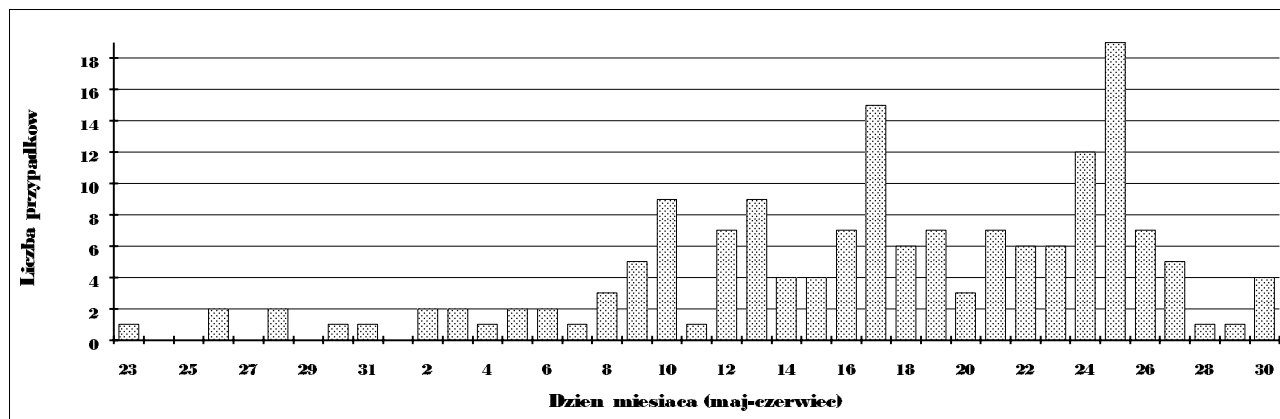
Rozpoznanie ustalono na podstawie objawów klinicznych i wyników badania płynu mózgowo-rdzeniowego. Badania wirusologiczne i serologiczne materiału od chorych w toku.

*Alicja Hołówka
 WSSE w Gdańsku*

Wirusowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych w województwie warszawskim

Od 1983 r. na terenie woj. stoł. warszawskiego notowano systematyczny spadek liczby rejestrowanych w ciągu roku zachorowań na wirusowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych.

W 1994 r. zarejestrowano 43 przypadki i była to najmniejsza liczba jaką zarejestrowano w ciągu ostatnich 13 lat.



Ryc.1. Liczba zachorowań wg daty (w 5 przypadkach brak danych).

Tabela 2. Liczba i procent zachorowań wg wieku.

Wiek							Razem
0-4	5-9	10-14	15-19	20-29	30-39	40+	
18	86	43	6	9	5	2	169
10,6%	50,9%	25,4%	3,6%	5,3%	3,0%	1,2%	100,0%

Zachorowania dotyczą głównie mieszkańców miast, w których zachorowało 120 osób (71,0% ogółu chorych), i występują na terenie działalności TSSE:

Tczew - zapadalność 32,5 na 100.000
 Wejherowo - 26,1
 Sopot - 18,2

W 1995 r. od czerwca nastąpił wyraźny wzrost zachorowań na wirusowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, najwięcej zachorowań zarejestrowano w miesiącach: wrześniu (27 przypadków), październiku (29) i listopadzie (48). Ogółem w 1995 r. zarejestrowano 150 zachorowań. Chorowały przede wszystkim dzieci w wieku 6-12 lat. W badaniach wirusologicznych dominowały izolacje enterowirusów z grupy ECHO 30.

Do maja 1996 r. notowano nadal po kilka przypadków wirusowego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych miesięcznie, rejestrując ogółem w okresie 1.01.-31.05.96 r. 25 przypadków (w analogicznym okresie ubiegłego roku zarejestrowano 6 przypadków).

Od początku czerwca 1996 r. na terenie woj. warszaw-

skiego nastąpił wyraźny wzrost liczby zachorowań na wirusowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych. W okresie od 1 do 30 czerwca zarejestrowano 22 przypadki, ale z informacji uzyskanych w szpitalach warszawskich wynika, że od 1 do 26 czerwca z powodu wirusowego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych hospitalizowanych było ogółem 88 pacjentów, w tym 73 dzieci. W szpitalach poza Warszawą (w Wołominie) hospitalizowanych było 2 dzieci.

W ogólnej liczbie zachorowań wystąpiły 2 ogniska: jedno szkolne, w którym zachorowało 3 dzieci, w tym dwoje rodzeństwa i drugie ognisko domowe, w którym zachorowania dotyczyły również rodzeństwa.

Od 2 dzieci hospitalizowanych na przełomie maja i czerwca uzyskano izolację wirusa ECHO 30. Ten sam typ wirusa izolowano od 1 dziecka hospitalizowanego w lutym bieżącego roku.

*Grażyna Dulny
WSSE w Warszawie*

Surowicze zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych na terenie województwa lubelskiego

W okresie od 16 maja do 30 czerwca 1996 roku na terenie województwa lubelskiego wystąpiły zachorowania na surowicze zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych. W okresie tym zachorowało 57 osób, w tym 47 na terenie Lublina. Natomiast w roku 1995 w I półroczu w województwie lubelskim zanotowano 13 zachorowań na surowicze zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, w tym 3 przypadki na terenie Lublina.

Zdecydowana większość zachorowań dotyczyła dzieci do lat 14 i zogniskowana była głównie w dwóch dzielnicach Lublina, tj. Czuby i Lubelskiej Spółdzielni Mieszkaniowej.

Pierwsze zachorowania zaobserwowano w przedszkolu nr 72 oraz w Szkole Podstawowej nr 22.

Ujawnione przypadki zachorowań hospitalizowane są w lubelskich szpitalach.

Struktura zachorowań w przedziałach wiekowych przedstawia się następująco:

0-4 lat	- 5 przypadków
5-9 lat	- 32 przypadki
10-14 lat	- 15 przypadków
15-19 lat	- 5 przypadków

Największa liczba zachorowań miała miejsce w placówkach nauczania i wychowania. Między innymi w 11 szkołach podstawowych zanotowano od 1 do 6 przypadków, w Technikum Ekonomicznym 1 przypadek oraz w 9 przedszkolach od 1 do 3 przypadków. Wystąpiły również zachorowania rodzinne w liczbie 4 przypadków, gdzie dzieci nie uczęszczały do placówek oświatowo-wychowawczych.

Z dotychczasowych obserwacji wynika, że przebieg choroby określany jest jako łagodny. Występujące objawy to gorączka, wymioty, ból głowy oraz zaznaczone objawy oponowe.

Największą liczbę zachorowań (6) stwierdzono w Szkole Podstawowej nr 22, która posiada profil sportowy i dysponuje basenem kąpielowym. Decyzją Państwowego Terenowego Inspektora Sanitarnego Lublin I zamknięto basen oraz wystąpiono z wnioskiem do Zarządu m. Lublina o zamknięcie szkoły.

Dążąc do ograniczenia liczby zachorowań zobowiązano placówki szkolno-oświatowe do ścisłego przestrzegania re-

żymu sanitarnego, przestrzegania higieny osobistej oraz zalecono dezynfekcję urządzeń sanitarnych.

Niezależnie od tych działań opracowano ulotkę dla dzieci szkolnych, propagując w niej zasady higieniczno-sanitarne i zapobiegawcze. Przeprowadzono kontrolę obiektów żywnościowo-żywnościowych oraz bazarów i targowisk, w obrębie których wystąpiły zachorowania.

Ponadto od 15 maja 1996 roku wprowadzono stałe chlorowanie wody we wszystkich ujęciach wody dawką 0,5 mg/l Cl₂. Na końcówkach chlor pozostały utrzymuje się w dawce 0,05-0,1 mg/l Cl₂.

Pracownia wirusologiczna Wojewódzkiej Stacji Sanitarnej-Epidemiologicznej w Lublinie otrzymała płyn mózgowo-rdzeniowy oraz próbki krwi od osób hospitalizowanych. W ramach tych badań pobrano wymieniony materiał od chorego dziecka lat 7, zamieszkałego w Lublinie z rozpoznaniem zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych.

W odstępie 14-dniowym otrzymano drugą próbkę krwi. Chora była hospitalizowana w Oddziale Obserwacyjno-Zakaźnym Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. Jana Bożego w Lublinie. Płyn mózgowo-rdzeniowy wysiano na hodowlę komórek GMK. W drugim pasażu (30.05.1996 r.) pojawił się efekt cytopatyczny. Wykonano jeszcze trzeci pasaż hodowli komórkowej. Wyizolowany szczep wirusa typowano surowicami *Polio* 1, 2, 3, *Coxsackie* A9, B1, B2, B3, B4, B5 oraz ECHO 30.

Dodatni odczyn neutralizacji wyhodowanego szczepu uzyskano z surowicą ECHO 30 w dniu 21.06.1996 r.

W dalszym etapie wykonano odczyn neutralizacji pary surowic badanego dziecka.

Uzyskano przeciwciała w mianie: surowica I - 1 : 1, surowica II - 1 : 256. Uznano, że wyizolowany szczep jest wirusem ECHO 30. Aktualnie prowadzone są dalsze badania wirusologiczne polegające na typowaniu wyizolowanych szczepów od osób hospitalizowanych.

*Janusz Słodziński
WSSE w Lublinie*

Epidemiologia enterowirusowych zapaleń opon mózgowo-rdzeniowych w Polsce w 1982 i 1995 r.

Zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych (ZOMR) są w Polsce objęte krajowym systemem zgłaszania i rejestracji chorób. Od 1970 r. meningokokowe, inne bakteryjne, wirusowe i surowicze ZOMR rejestrowane są oddzielnie, co pozwala na śledzenie zapadalności na podstawie liczby zgłoszonych zachorowań.

W latach 1970-1995 rejestrowano co roku od 163 do 400 zachorowań na meningokokowe ZOMR (mediana zapadalności 0,8/100.000), 1.000-2.800 zachorowań na inne ropne ZOMR (mediana zapadalności 5,2) i od 900 do 24.385 zachorowań na wirusowe i surowicze nieokreślone ZOMR (mediana 6,4). Największa liczba zachorowań (24.385) i najwyższa zapadalność (67,3/100.000) wystąpiła w 1982 r., a w ostatnich latach - w 1995 r. - 4.464 zachorowania i zapadalność 11,6.

Epidemia w 1982 roku

Zapadalność była 10-krotnie wyższa w porównaniu z rokiem 1981 (7,1), a wzrost liczby zachorowań wystąpił we wszystkich województwach. W 20 województwach zapadalność wzrosła 10-30-krotnie w porównaniu z 1981 r., w 15

województwach była wyższa od średniej krajowej (67,4), a w 11 województwach wynosiła od 104,0 do 236,0.

Najwyższą zapadalność wykazano w województwie tarnowskim - 236,0, toruńskim - 197,1, nowosądeckim - 187,1, krakowskim - 158,4 i częstochowskim - 130,2.

Zwiększona liczba zachorowań wystąpiła na przełomie lipca i sierpnia i jak wynika z Raportów Min.Zdr. i Op. Społ. przez 12 tygodni od 11.VIII do 4.XI.1982 w 29 województwach hospitalizowano ponad 25.000 osób z objawami ostrej choroby wirusowej u większości z zapaleniem opon mózgowo-rdzeniowych.

Analiza 6.719 przypadków zarejestrowanych w pięciu województwach o najwyższej zapadalności wykazała, że dominowały zachorowania wśród dzieci i młodzieży w wieku 5-14 lat (42,2%) oraz wśród młodych dorosłych w wieku 15-24 lata (25%). Najwyższą zapadalność wystąpiła w grupie wieku 5-9 lat (456,4) oraz w grupie 10-14 lat (406,2). Obserwowano wyższą zapadalność wśród mężczyzn (206,2) w porównaniu z kobietami (148,8) oraz niewielką przewagę zapadalności na terenach wiejskich (185,7) w porównaniu z zapadalnością w miastach (168,1).

Sezonowy wzrost zachorowań (wg daty zachorowania) miał miejsce od sierpnia do października (87% przypadków) ze szczytem we wrześniu (45%), natomiast w meldunkach 2-tygodniowych zachorowania zgłoszono ze znacznym opóźnieniem w październiku i listopadzie (50% przypadków).

Etiologia zachorowań była enterowirusowa. Wśród szczepów izolowanych od chorych przeważały serotypy z grupy ECHO (76%) z dominacją szczepu ECHO 4 (56%), wirusy z grupy *Coxsackie* A i B stanowiły 24% z dominacją *Cox A9* (13%). Ogniska jednorodne spowodowane wirusem ECHO 4 wystąpiły w województwach: krakowskim, tarnowskim, nowosądeckim i bielskim, a spowodowane serotypem ECHO 6 wystąpiły w woj. toruńskim i bydgoskim. W wielu województwach izolowano od chorych również inne enterowirusy z grupy ECHO i *Coxsackie*, wirus ECHO 30 nie był izolowany.

Przebieg choroby był u większości chorych łagodny choć charakteryzował się burzliwym początkiem z gorączką, uporczywymi bólami głowy, gałek ocznych, mięśni, którym towarzyszyły nudności, wymioty i na ogół krótkotrwałe objawy oponowe z niewielkimi zmianami w płynie m.-rdz. Zarejestrowano dziewięć zgonów, ale tylko u dwóch chorych wykonano przyżyciowe i pośmiertne badania wirusologiczne, które były ujemne.

Epidemia w 1995 roku

Po epidemii 1982 roku liczba zachorowań w 1983 i 1984 roku utrzymała się na poziomie 4.650-4.278 rocznie, a zapadalność wynosiła 12,7-11,6. W latach 1985-1992 zapadalność wykazywała tendencję spadkową. Od 1993 roku obserwowano zwiększenie liczby zachorowań i zapadalności co ilustruje zestawienie:

rok	liczba zachorowań	zapadalność na 100 tys.
1992	966	2,5
1993	1184	3,1
1994	1536	4,0
1995	4464	11,7

W 1995 roku w 10 województwach zapadalność była

wyższa od średniej krajowej i wynosiła od 13,2 do 81,6. Najwyższą zapadalność wykazało siedem województw: toruńskie - 81,6 (547 zach.), leszczyńskie - 67,3 (267), zielonogórskie - 55,3 (372), poznańskie - 45,3 (612), płockie - 42,6 (222), suwalskie - 43,3 (210), legnickie - 30,0 (156). W województwie suwalskim już w 1994 r. obserwowano wzrost liczby zachorowań do 128 i najwyższą w kraju zapadalność - 26,5, natomiast w pozostałych sześciu województwach zapadalność w 1995 r. wzrosła od 13 do 30 razy w porównaniu z rokiem poprzednim. Analiza epidemiologiczna dotyczy przypadków zarejestrowanych w w/w siedmiu województwach, w których zarejestrowano 55% ogółu zgłoszonych zachorowań.

Sezonowość zachorowań. Zwiększona liczba zachorowań wystąpiła od lipca do października. W 7 województwach o najwyższej zapadalności rozkład zachorowań w poszczególnych miesiącach przedstawia się następująco:

I półrocze 1995 r.		II półrocze 1995 r.					
69 zachorowań (2,9%)		2.302 zachorowania (97,1%)					
Według miesięcy:							
VII	VIII	IX	X	XI	XII		
81 (3,4%)	288 (12,1%)	667 (28,1%)	993 (41,9%)	212 (8,9%)	61 (2,6%)		

Zgłaszanie zachorowań w oficjalnej statystyce miało miejsce ze znacznym opóźnieniem - 70% zachorowań zarejestrowano od X do XII 1995 r.

Pierwszy meldunek o zwiększonej liczbie zachorowań na wirusowe zapalenie ZOMR podobnie jak w 1982 r. zgłoszono z woj. toruńskiego, a następnie z woj. płockiego, leszczyńskiego i innych terenów.

Zachorowania wg grup wieku, płci, środowiska. Na terenach objętych epidemią podobnie jak w 1982 r., dominowały zachorowania wśród dzieci i młodzieży w wieku 5-9 lat (40,3%) i w grupie wieku 10-14 lat (22,5%), w pozostałych grupach wieku było mniej chorych: 0-4 lata - 15,5%, 15-19 lat - 8,9%, 20-29 lat - 7,7%, 30-39 lat - 3,5%, powyżej 40 lat - 1,6%. Najwyższą zapadalność wystąpiła w grupie 5-9 lat i w poszczególnych województwach wahała się od 187,8 do 436,3 (mediana 247,7), zapadalność w grupie wieku 10-14 lat wynosiła od 80,0 do 231,0 (mediana 120,2), a w grupie wieku 0-4 lata wynosiła od 57,2 do 259,0 (mediana 122,5). Z wiekiem zapadalność ulegała obniżeniu do około 1,0 wśród osób w wieku powyżej 50 lat. Wyższa była zapadalność mężczyzn (61,7) w porównaniu z kobietami (40,2) i nieco wyższa wśród mieszkańców miast (55,9) w porównaniu z mieszkańcami wsi (42,8).

Czynnik etiologiczny. Jak wynika z informacji uzyskanych z siedmiu województw epidemicznych, spośród 2.386 chorych przebadano wirusologicznie 269 osób; od 103 chorych wyizolowano enterowirusy (38%). Dominował enterowirus ECHO 30 - izolowany od 94 chorych, od 4 chorych izolowano wirus *Cox A9* od 2 chorych - *Cox B4*, od 2 chorych - czynnik cytopatogeny, od 1 chorego - wirus ECHO 5. Na terenie pozostałych województw u chorych na wirusowe ZOMR dominował także wirus ECHO 30.

Przebieg choroby był najczęściej łagodny z objawami: gorączka do 39°C, ból głowy, wymioty, nudności, u części chorych występował ból gałek ocznych i światłowstręt, ból gardła, objawy żołądkowo-jelitowe, objawy infekcji górnych dróg oddechowych, objawy oponowe - najczęściej

sztynność karku. W płynie m.-rdz. stwierdzano mierną pleocytozę zwykle z przewagą limfocytów. W pojedynczych przypadkach wystąpiły drgawki, stan zamroczenia, zaburzenia równowagi.

Średni okres hospitalizacji w poszczególnych województwach wynosił od 8 dni (zielonogórskie) do 18 dni (pozańskie). W pięciu województwach hospitalizowano 100% chorych, ośmiu chorych w woj. zielonogórskim i poznańskim nie hospitalizowano. Większość chorych hospitalizowano w oddziałach zakaźnych, ale także w neurologicznych i dziecięcych, ponadto uruchomiano także w miarę potrzeby dodatkowe oddziały dla chorych na wirusowe ZOMR. W niektórych województwach w okresie wzmożonej liczby zachorowań na wirusowe ZOMR obserwowano w przychodniach wzrost zachorowań z objawami nieżytu żołądkowo-jelitowego oraz infekcji górnych dróg oddechowych (np. w woj. płockim leczono ambulatoryjnie około 2.000 chorych), a w woj. toruńskim w II półroczu hospitalizowano ok. 290 chorych z podejrzeniem wirusowego ZOMR, którego nie potwierdzono. Oprócz zachorowań sporadycznych na wirusowe ZOMR w siedmiu województwach wystąpiło około 170 ognisk rodzinnych najczęściej dwuosobowych, zanotowano także ogniska w przedszkolach i szkołach.

Uwagi i wnioski

1. W 1995 roku wystąpiły ogniska epidemiczne łagodnego zapalenia opon m.-rdz. w kilku województwach spowodowane głównie enterowirusem ECHO 30, który nie był izolowany podczas epidemii w 1982 r. ale należał do wirusów najczęściej izolowanych w latach następnych.

2. Zarówno w 1982 jak i w 1995 r. woj. toruńskie należało do terenów epidemicznych o najwyższej zapadalności w grupie dzieci i młodzieży w wieku 5-14 lat.

3. Wydaje się niezbędne w przyszłości usprawnienie systemu informacji na drodze: szpital, WSSE, Dep. Zdrowia Publicznego, PZH.

Na terenach objętych epidemią, WSSE podjęły działanie p/epidemiczne, które polegały głównie na:

- zapewnieniu hospitalizacji chorych,
- wzmożonym reżimie sanitarnym i p/epidemicznym w miejscach publicznych, zakładach nauczania, placówkach służby zdrowia,
- akcjach oświatowych.

W przyszłości należałoby poprawić diagnostykę wirusologiczną w niektórych województwach.

Jadwiga Żabicka
Zakład Epidemiologii PZH

Zachorowania na boreliozę w Polsce w I kwartale 1996 r.

Od 1 stycznia 1996 r. stacje sanitarno-epidemiologiczne zostały zobowiązane do prowadzenia rejestracji zachorowań na boreliozę (krętkowicę kleszczową, chorobę z Lyme).

W I kwartale br. w 12 województwach zarejestrowano łącznie 20 takich przypadków, w tym 13 przypadków hospitalizowanych. Po 3 zachorowania zarejestrowano w woj. białostockim i gdańskim; po 2 w woj. warszawskim, ciechanowskim, rzeszowskim i suwalskim; a po 1 w woj. jeleniogórskim, koszalińskim, poznańskim, sieradzkim, tarnobrzeskim i wrocławskim.

Pomijając kwestię samej diagnostyki choroby, przyto-

czone liczby i ich geografia nie oddają w pełni sytuacji epidemiologicznej boreliozy w Polsce, ponieważ wprowadzeniu obowiązku rejestracji zachorowań na tę chorobę nie towarzyszyło równoczesne wprowadzenie obowiązku zgłaszania zachorowań i podejrzeń zachorowań przez placówki służby zdrowia.

Z informacji uzyskanej z Departamentu Zdrowia Publicznego MZiOS wynika, że formalne uregulowanie tej sprawy może się przedłużyć. Do czasu wprowadzenia nowej ustawy regulującej zapobieganie, leczenie i zwalczanie chorób zakaźnych w Polsce, która przewiduje zgłaszanie boreliozy, ewentualnie do czasu nowelizacji obowiązujących obecnie przepisów, rozważa się możliwość wprowadzenia przez wojewódzkich inspektorów sanitarnych lokalnego obowiązku zgłaszania zachorowań na boreliozę.

red.

Gośćczka Lassa w Sierra Leone

Grupa specjalistów z CDC (USA) przy współpracy z Ministerstwem Zdrowia i Badawczym Projektem Gośćczki Lassa zwiedziła w dniach 26 i 27 maja 1996 r. tereny dystryktów Kailahun i Kenema celem oceny rozmiaru i przebiegu gośćczki Lassa. Od 1 stycznia do 28 maja 1996 r. zachorowało 167 osób i 60 zmarło. Światowa Organizacja Zdrowia ocenia, że na terenie Kailahun i Kenema wciąż trwa duża epidemia gośćczki Lassa o ciężkim przebiegu klinicznym i wysokiej śmiertelności.

WHO dostarcza leki i zaopatrzenie dla hospitalizowanych pacjentów oraz specjalistyczną pomoc pielęgniarską z CDC.

Ponad 40 osób z personelu medycznego z Kenema i Kailahun uczestniczyło w zajęciach szkoleniowych organizowanych przez specjalistów w zakresie epidemiologii, zwalczania, nadzoru i ochrony personelu medycznego przed zakażeniem gośćczką Lassa.

na podstawie "Wkly Epid.Rec." (1996,25,194)
opracowała Danuta Seroka

Zatrucia i zakażenia pokarmowe w Danii w 1995 roku

W Danii w ostatnich latach zanotowano wzrost liczby bakteryjnych zakażeń przenoszonych ze zwierząt na ludzi (zoonozy) - głównie przez spożycie żywności pochodzenia zwierzęcego. Od zakażonych osób izolowano najczęściej trzy rodzaje patogennych bakterii: *Salmonella*, *Campylobacter* i *Yersinia*. Rzadziej wykrywano toksyny gronkowca złościstego, *Clostridium perfringens* i *Bacillus cereus*.

Zatrucia i zakażenia pokarmowe w Danii rejestruje się w trzech uzupełniających się systemach.

Patogenne bakterie szerzące się drogą pokarmową

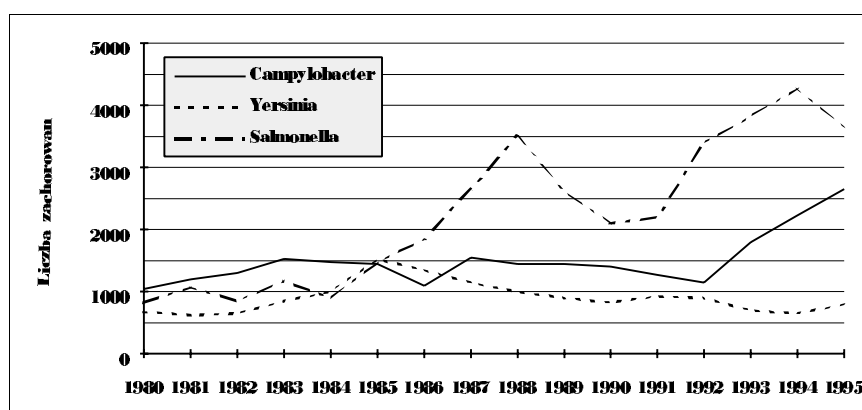
Na podstawie danych otrzymanych z laboratoriów, w 1995 roku zarejestrowano w Danii ogółem 7.028 zakażeń pałeczkami *Salmonella*, *Campylobacter* i *Yersinia*.

Pałeczki *Salmonella* stwierdzono u 3.647 zakażonych (51,9% ogółu). Najczęściej izolowano *S. enteritidis* (29,3% ogółu, 56,4% zakażeń pałeczkami *Salmonella*) i *S. typhimur-*

rium (odpowiednio: 12,1% i 23,4%). W ciągu ostatnich 15 lat stwierdzono w Danii czterokrotny wzrost liczby osób, u których wykryto zakażenie pałeczkami *Salmonella*, co wiąże się również ze wzrostem częstości wykonywanych badań.

Campylobacter w 1995 roku stwierdzono u 2.603 osób. W ciągu ostatnich trzech lat liczba zakażonych osób uległa podwojeniu. Jeżeli tendencja ta utrzyma się, *Campylobacter* może w Danii zająć miejsce pałeczek *Salmonella* - obecnie najważniejszego patogennego czynnika odzwierzęcego. Zakażenia *Campylobacter* stwarzają pewne trudności diagnostyczne (bakterie giną w trakcie transportu, a metodyka ich hodowli nie jest łatwa).

Zakażenia pałeczkami *Yersinia* utrzymują się w Danii od lat na ustalonym poziomie (od 1988 roku poniżej 1.000 zakażeń rocznie). W 1995 roku pałeczki *Yersinia* izolowano od 778 osób, przy czym większość od dzieci poniżej 5 roku życia.



Ryc.1. Bakteryjne, odzwierzęce zatrucia i zakażenia pokarmowe w Danii w latach 1980-1995.

Rejestracja zachorowań w ogniskach

Oprócz systemu rejestracji zakażeń żołądkowo-jelitowych, w Danii funkcjonuje system rejestracji ognisk zatruc i zakażeń pokarmowych. W latach 1990-1994 notowano średnio 1.100 zachorowań w ogniskach. W 1995 roku zarejestrowano w ogniskach 894 przypadki, z czego 75 osób zachorowało za granicą. W 1995 roku zanotowano 110 ognisk, w tym 54 (49,1%) w środowiskach domowych. W ok. 50% ognisk domowych nośnikami zatruc i zakażeń pokarmowych były kremy lub lody, do których dodawano surowych jaj.

Pałeczki *Salmonella*, *Campylobacter* i *Yersinia* wyizolowano od 819 chorych w ogniskach, co stanowi 12% laboratoryjnie potwierdzonych zakażeń (19% zakażeń pałeczkami *Salmonella*, 4% zakażeń spowodowanych przez *Campylobacter* i 3% zakażeń pałeczkami *Yersinia*). Inne czynniki bakteryjne stwierdzono w 7 przypadkach, a zatrucie - w 1 przypadku. U pozostałych 67 osób nie wykryto czynnika patogennego.

Większość zarejestrowanych przypadków (92%) zgłoszono na podstawie wyników badań bakteriologicznych. Pełne kryteria rejestracji w ogniskach obejmują zarówno diagnostykę chorych osób (kliniczną i laboratoryjną), jak i wskazanie żywności, której spożycie przyczyniło się do wystąpienia zachorowań. Ustalaniem miejsc związanych z wystąpieniem ogniska zajmują się lokalne placówki nadzoru (Medical Office of Health and Food Inspectorate). Po zgło-

szczeniu wystąpienia zachorowań, równoległe z badaniami materiału od chorych, podejmowane są badania prób podejrzanej żywności.

Rejestracja prowadzona przez Jednostki Służby Nadzoru nad Żywnością

Duńska Państwowa Agencja Żywności (National Food Agency) zgłosiła włączenie w 1995 roku Jednostek Służb Nadzoru nad Żywnością (Food Inspection Units) w dochodzenie w 45 ogniskach (772 zachorowania). Czynniki patogenne wykryto w żywności w 35 ogniskach. W 17 ogniskach były to pałeczki *Salmonella*, a w 6 *Bacillus* lub *Clostridium perfringens*. W pozostałych ogniskach stwierdzono obfity wzrost mieszanej flory bakteryjnej w badanych próbach oraz zakażenie *Streptococcus* A. W badanej żywności wykryto ponadto obecność histaminy i substancji chemicznych.

Duński Ośrodek Zoonoz

Zapobieganiem zoonozom oraz ich zwalczaniem zajmuje się Duński Ośrodek Zoonoz (Danish Zoonosis Centre), współpracujący z Państwowym Instytutem Surowic (Statens Serum Institut) oraz z Duńskim Laboratorium Weterynaryjnym. Ośrodek porównuje podtypy bakterii izolowanych od ludzi i zwierząt domowych, stosując technikę fagowania oraz posługując się metodą analizy DNA chromosomów bakteryjnych z wykorzystaniem enzymów restrykcyjnych ("DNA fingerprinting"). Metody te pozwalają na ustalenie, jaka żywność

była nośnikiem zakażenia. Ostatnio największe zagrożenie dla ludności Danii stwarzają zakażone pałeczkami *Salmonella* surowe jaja i drób.

W Danii wdrażany jest plan działań kontrolnych obejmujących nadzór nad przemysłową produkcją drobiarską. Ośrodek zoonoz wydaje biuletyn kwartalny w jęz. duńskim pt. "Zoonose-NYT".

na podstawie: Poulsen S., Gerner-Smidt P.: "Food-Borne Diseases, 1995" ("EPI-News Denmark", 1996, 22)
opracowała Anna Przybylska

"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.