

Meldunek 7/A/96

o zachorowaniach na choroby zakaźne, zatruciach i zakażeniach szpitalnych zgłoszonych w okresie od 1.07 do 15.07.1996 r.

(do użytku służbowego)

Jednostka chorobowa (symbol wg IX rewizji "Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób")	Meldunek 7/A		Dane skumulowane	
	1.07.96. do 15.07.96.	1.07.95. do 15.07.95.	1.01.96. do 15.07.96.	1.01.95. do 15.07.95.
AIDS - Zespół nabytego upośledzenia odporności (079)	4	1	59	58
Dur brzuszny (002.0)	2	-	4	9
Dury rzekome A.B.C. (002.1-002.3)	-	1	-	5
Inne salmonelozy: ogółem (003)	1685	2013	13265	15784
Czerwonka (004; 006.0)	61	13	242	260
Biegunki u dzieci do lat 2 (008; 009)	602	872	9163	11813
Błonica (032)	-	-	9	-
Krztusiec (033)	11	15	121	358
Płonica (034.1)	884	843	14489	18929
Tężec (037; 670; 771.3)	3	3	15	17
Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych: razem	723	110	2291	1435
w tym: meningokokowe (036.0)	6	5	86	98
inne bakteryjne (320.0-320.3; 320.8; 320.9)	67	61	749	744
wirusowe, surow. nieokreś. (047; 049.0; 049.1; 053.0; 054.7)	628	39	1345	469
nieokreślone etiologicznie (322)	22	5	111	124
Ospa wietrzna (052)	5520	6240	79158	137126
Odra (055)	35	36	463	594
Różyczka (056; 771.0)	5694	2913	62339	49637
Zapalenie mózgu: razem	31	16	217	188
w tym: arbowirusowe (062-064)	17	5	31	44
wirusowe nieokreślone (049.9)	4	3	74	42
poszczepienne (323.5)	-	-	-	-
inne i nieokreślone (054.3; 323.1; 323.8; 323.9)	10	8	112	102
Wirusowe zap. wątroby: typu B (070.2; 070.3)	273	360	3629	5022
inne i nieokreś. (070.0; 070.1; 070.4-070.9)	304	449	6939	11261
Nagminne zapalenie przyusznic (072)	2312	3828	24410	62215
Świerzb (133.0)	516	396	9396	10404
Grypa (487)	90	9	2701921	691395
Zatrucia i zakażenia pokarmowe: ogółem	1811	2230	14504	17296
w tym: bakteryjne: razem	1803	2224	14377	17178
w tym: salmonelozy (003.0)	1683	2008	13225	15749
enterotoksyna gronkowcowa (005.0)	-	47	15	227
botulizm (005.1)	3	5	36	51
Cl.perfringens (005.2)	-	-	2	-
inne i nieokreślone (005.3; 005.4; 005.8; 005.9)	117	164	1099	1151
grzybami (988.1)	4	2	22	25
chemiczne: ogółem (988.2; 988.8; 988.9; 989)	4	4	105	93
w tym: chemicznymi środkami ochr. roślin (989.2-989.4)	-	-	9	3
Zatrucia zw. chemicznymi /z wyj.pokarm./: ogółem (960-987; 989)	395	561	5966	5029
w tym: chemicznymi środkami ochrony roślin (989.2-989.4)	10	18	84	96
Zakażenia szpitalne: ogółem	83	76	1363	1293
w tym: na oddz. noworodkowych i dziec. (003; 041; 079; 136.9)	47	19	361	368
następstwa zabiegów medycznych (003; 041; 079; 136.9)	34	52	434	513
wywołane pałeczkami Salmonella (003)	3	4	208	222
Porażenie dziecięce nagminne (045)	-	-	-	-
Dur plamisty i inne riketsjozy (080-083)	-	-	-	1
Włośnica (124)	4	-	27	71

Zachorowania zgłoszone w okresie 1-15.07.1996 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: meningokokowe (036.0)		
POLSKA	4	2	-	1685	61	602	11	884	3	723	6	35	5694
1. St.warszawskie	2	-	-	101	1	36	2	89	1	153	2	-	112
2. Białkopodlaskie	-	-	-	13	-	-	1	3	-	5	-	-	6
3. Białostockie	-	-	-	51	-	9	-	13	-	5	-	-	21
4. Bielskie	-	-	-	23	38	10	-	32	-	2	-	4	239
5. Bydgoskie	-	-	-	45	-	18	-	10	-	10	1	-	246
6. Chełmskie	-	-	-	11	-	2	-	3	-	2	-	-	3
7. Ciechanowskie	-	-	-	17	-	4	-	6	-	11	-	1	94
8. Częstochowskie	-	-	-	46	-	9	-	29	-	2	-	-	60
9. Elbląskie	-	-	-	19	-	16	-	8	-	4	-	1	98
10. Gdańskie	-	-	-	45	-	25	1	25	-	244	-	-	137
11. Gorzowskie	-	-	-	69	-	5	-	12	-	1	1	-	76
12. Jeleniogórskie	-	-	-	6	-	9	-	12	-	1	-	-	32
13. Kaliskie	-	-	-	60	-	14	-	19	-	-	-	1	68
14. Katowickie	-	-	-	66	-	29	-	102	-	11	1	9	682
15. Kieleckie	-	-	-	21	-	26	-	5	-	6	-	-	207
16. Konińskie	-	-	-	29	-	3	-	5	-	-	-	-	131
17. Koszalińskie	-	-	-	6	-	22	-	12	-	5	-	-	127
18. M.krakowskie	-	-	-	31	-	-	-	37	1	2	-	-	186
19. Krośnieńskie	-	-	-	21	-	10	-	6	-	18	-	-	37
20. Legnickie	1	-	-	45	2	1	-	3	-	2	-	-	18
21. Leszczyńskie	-	-	-	14	-	11	-	-	-	1	-	-	58
22. Lubelskie	-	-	-	53	-	17	-	24	-	21	-	-	29
23. Łomżyńskie	-	-	-	21	-	5	-	6	-	-	-	-	8
24. M.łódzkie	-	-	-	32	-	12	1	29	-	1	-	-	39
25. Nowosądeckie	-	-	-	23	1	7	-	12	-	3	1	1	86
26. Olsztyńskie	-	-	-	53	5	17	-	9	-	8	-	-	94
27. Opolskie	-	2	-	57	-	9	-	25	-	7	-	-	268
28. Ostrołęckie	-	-	-	14	-	9	-	2	-	1	-	-	11
29. Piłskie	-	-	-	24	-	2	-	13	-	1	-	-	132
30. Piotrkowskie	-	-	-	21	-	-	-	12	-	4	-	-	181
31. Płockie	-	-	-	53	-	11	-	7	-	13	-	-	4
32. Poznańskie	1	-	-	42	-	45	4	62	-	1	-	8	848
33. Przemyskie	-	-	-	31	-	10	-	15	-	5	-	-	34
34. Radomskie	-	-	-	29	-	7	-	13	-	2	-	-	36
35. Rzeszowskie	-	-	-	32	-	5	-	4	-	9	-	-	17
36. Siedleckie	-	-	-	72	-	6	-	5	-	10	-	2	9
37. Sieradzkie	-	-	-	40	-	4	-	2	-	1	-	-	61
38. Skiermiewickie	-	-	-	17	-	2	-	4	-	3	-	1	13
39. Słupskie	-	-	-	15	1	10	-	7	-	-	-	-	61
40. Suwalskie	-	-	-	32	-	16	1	2	-	13	-	1	22
41. Szczecińskie	-	-	-	33	-	15	-	68	-	94	-	-	491
42. Tarnobrzeskie	-	-	-	32	1	44	1	4	-	3	-	-	57
43. Tarnowskie	-	-	-	19	-	15	-	27	-	11	-	-	70
44. Toruńskie	-	-	-	29	1	2	-	14	-	12	-	-	13
45. Wałbrzyskie	-	-	-	15	7	25	-	17	1	5	-	-	130
46. Włocławskie	-	-	-	41	-	9	-	8	-	1	-	-	11
47. Wrocławskie	-	-	-	45	4	20	-	41	-	6	-	6	257
48. Zamojskie	-	-	-	43	-	6	-	14	-	2	-	-	7
49. Zielonogórskie	-	-	-	28	-	13	-	7	-	1	-	-	67

Zachorowania zgłoszone w okresie 1-15.07.1996 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	31	17	273	304	2312	516	90	1811	1803	4	4	83	4
1. St.warszawskie	-	-	25	7	80	5	44	100	100	-	-	1	-
2. Białkopodlaskie	-	-	-	14	2	18	-	13	13	-	-	-	-
3. Białostockie	4	4	3	1	59	27	-	51	51	-	-	6	-
4. Bielskie	-	-	6	1	104	4	-	24	24	-	-	8	-
5. Bydgoskie	-	-	11	1	24	11	6	62	62	-	-	4	-
6. Chełmskie	-	-	-	1	1	11	-	11	11	-	-	-	-
7. Ciechanowskie	-	-	5	1	5	-	-	19	19	-	-	2	-
8. Częstochowskie	-	-	5	-	139	6	-	46	46	-	-	2	-
9. Elbląskie	-	-	2	5	42	35	-	26	26	-	-	-	-
10. Gdańskie	2	-	4	13	29	6	-	56	56	-	-	-	-
11. Gorzowskie	1	-	2	-	40	7	-	69	69	-	-	-	-
12. Jeleniogórskie	-	-	1	3	61	2	-	6	6	-	-	1	-
13. Kaliskie	1	-	7	3	46	11	-	60	60	-	-	4	-
14. Katowickie	1	-	46	21	440	56	-	76	76	-	-	-	-
15. Kieleckie	-	-	15	6	99	5	-	29	26	3	-	12	-
16. Konińskie	-	-	2	-	6	12	-	29	29	-	-	-	-
17. Koszalińskie	-	-	-	27	22	2	-	7	7	-	-	2	4
18. M.krakowskie	1	1	18	10	66	5	-	35	35	-	-	24	-
19. Krośnińskie	-	-	-	2	4	-	-	25	24	1	-	-	-
20. Legnickie	-	-	5	2	30	4	-	47	47	-	-	-	-
21. Leszczyńskie	-	-	2	4	26	1	-	14	14	-	-	-	-
22. Lubelskie	-	-	6	7	14	17	-	53	53	-	-	-	-
23. Łomżyńskie	-	-	6	11	3	6	-	21	21	-	-	-	-
24. M.łódzkie	-	-	5	2	21	58	36	32	32	-	-	3	-
25. Nowosądeckie	-	-	3	10	74	7	-	24	23	-	1	-	-
26. Olsztyńskie	2	2	7	5	13	18	-	54	54	-	-	-	-
27. Opolskie	-	-	7	10	70	7	2	57	57	-	-	1	-
28. Ostrołęckie	-	-	2	2	11	4	-	14	14	-	-	-	-
29. Piłskie	-	-	3	2	3	-	-	24	24	-	-	-	-
30. Piotrkowskie	1	-	1	3	26	3	-	21	21	-	-	-	-
31. Płockie	-	-	5	-	24	3	-	53	53	-	-	-	-
32. Poznańskie	2	-	7	2	104	20	1	45	45	-	-	1	-
33. Przemyskie	-	-	2	1	5	-	-	35	32	-	3	-	-
34. Radomskie	-	-	5	5	58	14	-	29	29	-	-	-	-
35. Rzeszowskie	6	-	-	1	26	5	-	32	32	-	-	-	-
36. Siedleckie	-	-	2	14	12	7	-	79	79	-	-	-	-
37. Sieradzkie	-	-	4	6	24	2	-	41	41	-	-	1	-
38. Skierniewickie	-	-	2	1	5	5	-	17	17	-	-	-	-
39. Słupskie	-	-	-	68	38	7	-	15	15	-	-	-	-
40. Suwalskie	2	2	3	1	30	4	-	34	34	-	-	1	-
41. Szczecińskie	-	-	10	5	22	11	-	68	68	-	-	4	-
42. Tarnobrzesckie	-	-	4	2	3	9	-	32	32	-	-	2	-
43. Tarnowskie	-	-	3	2	71	2	-	19	19	-	-	-	-
44. Toruńskie	-	-	4	7	15	46	1	29	29	-	-	-	-
45. Wałbrzyskie	-	-	8	2	80	3	-	15	15	-	-	-	-
46. Włocławskie	-	-	2	3	112	11	-	42	42	-	-	-	-
47. Wrocławskie	8	8	11	8	86	4	-	49	49	-	-	3	-
48. Zamojskie	-	-	1	1	6	14	-	44	44	-	-	-	-
49. Zielonogórskie	-	-	1	1	31	1	-	28	28	-	-	1	-

Gorączka denga i gorączka krwotoczna denga

Martynika. Na skutek doniesień o wybuchu dengi i gorączki krwotocznej denga w Centralnej Ameryce w końcu 1994 r., laboratorium odpowiedzialne za diagnostykę dengi wzmogło nadzór nad tą chorobą. W ciągu 1995 r. przy przesyłaniu próbek do badań serologicznych w kierunku dengi, lekarze byli proszeni o dodatkowe informacje kliniczne, biologiczne i epidemiologiczne.

Dane otrzymane w 1995 r. były analizowane retrospektywnie. Wśród 1.049 przebadanych surowic, 368 (35%) wykazało obecność swoistych IgM. Pierwsze oznaki epidemii wystąpiły w sierpniu 1995 r., a jej szczyt w listopadzie, kiedy to na 319 badanych próbek, 123 były dodatnie w kierunku dengi.

Zachorowało 185 kobiet i 183 mężczyzn, lecz w grupach młodszych wiekiem obserwowano przewagę mężczyzn. Większość przypadków przebiegała grypopodobnie, lecz u 13% chorych wystąpiły objawy krwotoczne. Badanie krwi wykonano u 78 chorych. Stwierdzono trombocytopenię u 32 pacjentów (u trzech osób poniżej 10.000 płytek/mm³). Jedna z tych osób zmarła wśród objawów szoku. Dwa inne przypadki gorączki krwotocznej (1 zgon) zgłoszono na podstawie objawów klinicznych.

Rozpoznawanie gorączki denga na podstawie objawów klinicznych z pewnością zawyża statystykę zachorowań, jako że objawy są zbliżone do innych zakażeń wirusowych. Z drugiej jednak strony gorączka krwotoczna denga jest niedorejestrowana, jako że mało lekarzy stosuje test uciskowy do diagnozy jednego z objawów klinicznych, charakterystycznych dla dengi (wg kryteriów WHO).

Diagnostyka oparta na obecności IgM może przeoczyć dodatnie przypadki we wczesnym okresie choroby. Przeciwciała klasy IgM pojawiają się 6. dnia od początku choroby i mogą być nieobecne lub w niskim mianie we wtórnych przypadkach dengi, nawet z objawami gorączki krwotocznej. Wcześniej zastosowana metoda PCR do badania 24 surowic wykazała 6 przypadków dodatnich oraz wykazała krążenie wirusów dengi typ 1, 2 i 4.

Na Martynice wirus dengi przenoszony jest przez komary *Aedes aegypti*. Wazy z kwiatami, rezerwuary wodne, stare opony i inne odpadki są siedliskiem komarów. Zwalczanie miejsc wylęgu wektora, stosowanie insektycydów w wodnych rezerwuarach, ewentualnie ich rozpylanie, sprzyja zwalczaniu choroby, jakkolwiek rozpylanie nie jest już polecane jako kosztowne i mało efektywne. Powyższe badania wykazały potrzebę lepszego epidemiologicznego nadzoru nad arbowirusami poprzez lepszą koordynację działania kli-

nicystów, epidemiologów, entomologów i diagnostycznych laboratoriów. Lekarze są również zainteresowani epidemia-
mi w sąsiednich krajach.

Indonezja. W ciągu ostatnich 5 miesięcy stwierdzono 12.093 zachorowania i 260 zgonów na gorączkę krwotoczną denga w 23 prowincjach Indonezji. Najwyższa liczba przypadków wystąpiła we wschodniej Jawie (3.346 zachorowań i 62 zgony).

Denga występuje zwykle na terenach o gęstym zaludnieniu. Rozpoczęto kampanię edukacyjną w zakresie utrzymywania środowiska w czystości, wolnego od miejsc wylęgu komarów.

na podstawie "Wkly Epid.Rec." (1996,25,195-196)
opracowała Danuta Seroka

Dżuma na świecie w 1994 roku

Roczne raporty o występowaniu przypadków zachorowań ludzi na dżumę przesyłane do WHO pozwalają na przedstawienie szerzenia się tej choroby w ciągu ostatnich 15 lat.

W 1994 roku z 13 krajów zgłoszono łącznie 2.935 przypadków dżumy, z czego 212 było śmiertelnych. Wskazuje to na wzrost liczby zachorowań w porównaniu z rokiem 1993 (2.194 przypadki, w tym 190 zgonów) jak również w porównaniu ze średnią roczną z okresu poprzednich 10 lat (1.327 przypadków, 141 zgonów). Ogólna liczba przypadków śmiertelnych w 1994 roku stanowiła więc 7,2% (1993 - 8,7%; średnia z 10 wcześniejszych lat 10,3%).

Od 1980 do 1994 roku z 24 krajów zgłoszono łącznie 18.739 przypadków zachorowania na dżumę, w tym 1.852 zgony. Największą liczbę przypadków odnotowano w latach 1984, 1988 i 1991-1994; najmniej (200) zarejestrowano w 1981 roku.

Łączną liczbę przypadków zachorowań na dżumę na świecie w latach 1980-1994 przedstawia tabela 1.

Zapadalność na dżumę wyraźnie wzrosła w latach dziewięćdziesiątych. Liczba przypadków zgłoszonych w ciągu 5 lat, od 1990 do 1994 r. wynosi około 54% wszystkich przypadków, które wystąpiły w okresie 15 lat pomiędzy rokiem 1980 a 1994. Prawie każdego roku przypadki wystąpienia dżumy wśród ludzi zgłaszają: Madagaskar i Tanzania w Afryce, Brazylia, Peru i USA w Amerykach oraz Chiny, Mongolia (od 1989r.), Myanmar i Wietnam w Azji.

Obserwuje się nawroty enzootycznej dżumy w ogniskach, które były nieaktywne przez wiele lat. W ciągu ostat-

Tabela 1. Liczba przypadków zachorowań (i zgonów) na dżumę w latach 1980-1994.

Kontynent	L a t a														
	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994
Afryka	86 (22)	59 (19)	290 (43)	594 (59)	650 (59)	215 (41)	729 (90)	854 (198)	1109 (138)	305 (54)	704 (98)	1719 (118)	604 (168)	968 (130)	1269 (106)
Ameryka Płd. i Płn.	142 (7)	128 (12)	182 (4)	225 (12)	500 (42)	128 (9)	162 (19)	88 (9)	52 (5)	30 (-)	48 (6)	21 (-)	158 (6)	421 (32)	438 (21)
Azja	285 (29)	13 (-)	281 (1)	248 (21)	206 (6)	179 (8)	118 (6)	119 (8)	210 (10)	425 (49)	505 (29)	227 (15)	1012 (30)	605 (28)	1228 (85)
Świat Razem	513 (58)	200 (31)	753 (48)	1067 (92)	1356 (107)	522 (58)	1009 (115)	1061 (215)	1371 (153)	760 (103)	1257 (133)	1967 (133)	1774 (204)	2194 (190)	2935 (212)

niej dekady prawie zawsze były one powiązane z enzoocją choroby wśród gryzoni. Długie okresy nieaktywności i nagły wybuch dżumy wśród gryzoni lub ludzi jest charakterystyczny dla naturalnych ognisk choroby. W 1994 roku dżuma pojawiła się w Malawi, Mozambiku i Indiach, po "ciszy" trwającej 15-30 lat.

Na kontynencie afrykańskim zgłoszono w 1994 roku wystąpienie zachorowań ludzi na dżumę z 6 krajów: Madagaskaru, Malawi, Mozambiku, Tanzanii, Zairu i Zimbabwe. Ogólna liczba przypadków wyniosła 1.269, w tym 106 osób zmarło; stanowi to 43,2% przypadków zachorowań na dżumę i 50% zgonów z powodu tej choroby na świecie. Blisko 60% wszystkich przypadków dżumy i około 75% zgonów zarejestrowanych w ciągu ostatniej dekady pochodzi z Afryki.

Na Madagaskarze najwięcej zachorowań (75,4%) wystąpiło podczas gorącej, wilgotnej pory roku, która trwa tam od października do marca.

W Mozambiku zachorowania na dżumę zanotowano pierwszy raz od ponad 15 lat. Dżuma pojawiła się w prowincji Tate, która jest regionem enzootycznym tej choroby. Epidemia trwała od końca sierpnia do końca września z łączną liczbą 216 zachorowań (z czego 3 osoby zmarły).

W Malawii zgłoszono 9 podejrzeń zachorowań na dżumę, z czego potwierdzono 4. Wszystkie zachorowania wystąpiły u mazambijskich uchodźców, żyjących w obozie dla uchodźców w Mankhokwe i otaczających wioskach.

W Zairze zachorowania na dżumę pojawiały się od stycznia do marca (najwięcej w styczniu). W podregionie Ituri obserwuje się wzrost aktywności dżumy od roku 1991.

W Zimbabwe najwięcej przypadków zachorowania na dżumę pojawiło się w październiku i listopadzie, z czego 80% pacjentów było poniżej 15 roku życia.

W Ameryce Płn. i Płd. w 1994 roku Brazylia, Peru i USA zgłosiły łącznie 438 przypadki wystąpienia dżumy u ludzi, z czego 21 zakończyło się zgonem. Stanowi to 14,9% ogólnej liczby zachorowań w świecie i 9,9% światowych przypadków śmiertelnych.

W Azji w 1994 roku zachorowania na dżumę zarejestrowano w 4 krajach: Chinach, Indiach, Myanmarze i Wietnamie. Ogólna liczba zgłoszonych zachorowań wyniosła 1.228, w tym 85 zgonów (41,8% zachorowań i 40,1% zgonów w skali świata).

W Indiach, podczas epidemii dżumy pomiędzy sierpniem a październikiem, 876 przypadki zachorowań, w tym 54 zgony, określono jako podejrzenie dżumy.

na podstawie "Wkly Epid.Rec." (1996,22,165-168)
opracowała Małgorzata Sadkowska

Epidemia czerwonki we Francji związana z kąpielą w jeziorze

W lipcu 1994 r. zawiadomiono służbę sanitarno-epidemiologiczną w Ain (Francja) o wzmożonej liczbie zachorowań z objawami biegunki i podwyższonej ciepłoty ciała. Zachorowało 9 dzieci (4 hospitalizowano) i 4 dorosłych. W dochodzeniu wstępnym ustalono, że zachorowania rozproszone były w terenie dept. Ain i że wiązano je z kąpielą w jeziorze Cormoranche w dniach 3-5 lipca. Rutynowa kontrola wody kąpieliska 6 lipca wykazała dobrą jakość bakteriologiczną.

Jezioro o obszarze 24 ha posiada 200 m plaży nad wąs-

ką zatoką. W słoneczną niedzielę 3 lipca ok. 3.500 osób korzystało z kąpeli.

Zachorowania związane z kąpielą wystąpiły głównie 5-7 lipca. Następne nieliczne zachorowania, które wystąpiły w okresie 3 tygodni, wiązały się z kontaktem z chorym, a nie kąpielą w jeziorze.

Telefoniczna ankieta epidemiologiczna dotyczyła 12 chorych i 24 osób zdrowych (grupa kontrolna) dobranych pod względem wieku, płci i miejsca zamieszkania. Wykazano, że wszystkie chore osoby kąpały się w jeziorze, natomiast z grupy kontrolnej tylko 8 osób ($p = 0,01$).

Bakteriologiczne badanie próbek wody z jeziora i zasilających go cieków nie wykazało obecności *Shigella* lub *Salmonella*, a ilość bakterii fekalnych wskazywała na liczbę dopuszczalną w kąpieliskach na wodach otwartych.

Ogółem zachorowało 59 osób, u 24 na 25 zbadanych wykazano obecność *Shigella sonnei* w próbkach kału. Przypuszcza się, że woda zakażona była w dniach 3-6 lipca. Innego źródła zakażenia (np. w żywności) nie znaleziono.

Czynności zapobiegawcze: w dniach 8-9 lipca przedyskutowano możliwość zamknięcia kąpieliska. Oceniono jednak, że liczba rejestrowanych zachorowań wśród dzieci jest niższa od oczekiwanych (1 zachorowanie związane z kąpielą zamiast 19, które wystąpiłyby, gdyby woda pozostawała tak silnie zakażona jak 3 lipca). Trzy nowe zachorowania spowodowały zamknięcie kąpieliska 14 lipca. Brak następnych zachorowań związanych z kąpielą spowodował jego ponowne otwarcie 21 lipca. Epidemia czerwonki szerzyła się jeszcze przez 3 tygodnie w postaci wtórnych zachorowań kontaktowych.

Omówienie: dzieci zakaziły się pierwotnie prawdopodobnie "łykając" wodę w czasie kąpeli. Dawka zakaźna *Shigella* jest niska: 10-100 komórek bakteryjnych, stąd brak wystarczającej czułości metod bakteriologicznych do ujawnienia *Shigella* w wodzie. W przypadkach epidemii shigellozy z reguły nie wykrywa się *Shigella* w wodzie, ani w żywności co nie wyklucza istnienia w niej czynnika zakaźnego.

Należy zastanowić się nad kryteriami uznawania wody kąpielisk za zdatną do korzystania z niej. Czy pozytywny wynik bakteriologicznego badania nie stwarza fałszywego poczucia bezpieczeństwa, czy nie należałoby ograniczać liczby osób korzystających jednocześnie z kąpieliska.

W okresie korzystania z kąpielisk należy rozważać możliwość wystąpienia w nich źródła zakażenia, uczulić na to lekarzy pierwszego kontaktu i pracowników laboratoryjnych tak by stanowili oni sieć surveillance'u. Lekarze ci świadomi zagrożenia zakażeniem informowaliby dostatecznie wcześniej władze sanitarne, aby jak najszybciej wdrożyć postępowanie zapobiegawcze i ostrzegające.

na podstawie "Bull.Epid.Hebdomadaire" (1996,19,85-86)
opracowała H. Stypułkowska-Misiurewicz
Krajowy Ośrodek *Shigella* PZH

Strategia postępowania z gorączką reumatyczną (RF) i reumatyczną chorobą serca (RHD) z podkreśleniem pierwotnego zapobiegania

W "Bulletin of the WHO" (1995,5,583-587) został opublikowany raport z posiedzenia grupy ekspertów pt. "Strategy for controlling rheumatic fever/rheumatic heart disease,

with emphasis on primary prevention" (Geneva 7-9.08.1994).

We wprowadzeniu autorzy przedstawiają zarys historyczny RF/RHD i stwierdzają, że obecnie w krajach rozwiniętych problem prawie nie występuje. Zapadalność szacuje się na poniżej 5/100 tys. rocznie, a chorobowość na poniżej 0,5/1 tys. dzieci. Natomiast od połowy stulecia RF/RHD stanowi poważny problem krajów strefy tropikalnej i subtropikalnej, podobnie jak to miało miejsce w Europie w minionym stuleciu. Tam gdzie są dostępne dane statystyczne umieralność na RHD waha się od 0,9 do 8,0/100 tys. ludności, chorobowość u dzieci szkolnych od 1,0 do 10/1 tys. dzieci szkolnych, a zapadalność od 10 do 100/100 tys. ludności. RHD stwierdza się u 12-65% chorych z chorobami serca i u 1,5-4% wszystkich hospitalizowanych chorych. Za podjęciem tematu przemawiał również nawrót RF i innych chorób paciorkowcowych w szeregu krajów rozwiniętych, co wskazuje na potrzebę opracowywania programów zdrowotnych.

Mechanizm patogenetyczny powstawania RF jest wciąż nieznanym, ale wiadomo, że muszą współdziałać dwa czynniki dla zainicjowania procesu, to jest zakażenie wywołane przez beta-hemolizujące streptokoki z grupy A w górnych drogach oddechowych oraz specyficzna indywidualna wrażliwość organizmu gospodarza. Stąd wszelkie postępowanie prewencyjne musi być ukierunkowane na te dwa czynniki.

Pharyngitis i ból gardła jako stany chorobowe są częstym zjawiskiem, zwłaszcza w wieku dziecięcym. Uważa się, że każde dziecko przynajmniej raz w roku ma jeden epizod chorobowy. W warunkach endemicznych paciorkowce beta-hemolizujące grupy A (GABHS) zwykle izoluje się w 20-35% przypadkach ostrego bólu gardła (acute sore throat). U 0,3-3% pacjentów po ostrym paciorkowcowym zapaleniu gardła dochodzi do wystąpienia gorączki reumatycznej.

Szybkie i właściwe leczenie paciorkowcowych zapaleń gardła zapobiega późniejszemu rozwojowi RF/RHD oraz innym ropnym i nieropnym powikłaniom. Natomiast RF/RHD nie poddaje się leczeniu i postępowanie terapeutyczne zazwyczaj trwa nieskończenie długo, a interwencje chirurgiczne są kosztowne i mało dostępne.

Prawidłowe leczenie objawowych paciorkowcowych zapaleń gardła (streptococcal sore throat) ma również na celu:

- ograniczenie transmisji zakażeń wywołanych przez GABHS i zmniejszenie możliwości wzrostu wirulencji krążących szczepów,
- redukcję potencjalnych źródeł zakażeń i tzw. "infection contagion rate",
- obniżenie średniego poziomu przeciwciał streptokokowych w populacji,
- zapewnienie właściwego stosowania antybiotyków w przypadkach zapaleń górnych dróg oddechowych.

Preferowanym lekiem w leczeniu paciorkowcowych zapaleń dróg oddechowych nadal pozostają penicyliny, to jest:

- penicylina G (benzathine) w jednorazowej dawce lub
- penicylina V doustnie w pełnym 10-dniowym cyklu leczenia.

U osób uczulonych na penicylinę alternatywnie rekomenduje się 10-dniową doustną kurację erytromycyną. Nie należy stosować tetracyklin i sulfamidów do leczenia paciorkowcowych zapaleń gardła.

Podstawową grupę ryzyka dla zakażeń wywołanych przez GABHS i ich następstw stanowią dzieci szkolne, w mniejszym stopniu nauczyciele, personel zakładów dziecięcych,

pracownicy służby zdrowia.

Do bardziej charakterystycznych objawów chorobowych zakażeń dróg oddechowych wywołanych przez GABHS należą *pharyngitis exsudativa*, *tonsillitis* oraz tkliwość szyjnych węzłów chłonnych. Równocześnie autorzy raportu są świadomi, że klasyczne objawy nie zawsze występują i rozpoznanie często nie jest pewne. W związku z tym w optymalnych warunkach paciorkowcowe zapalenia gardła wymagają laboratoryjnego potwierdzenia dla pewności, że leczeniu poddaje się przypadki *bona fide* oraz unika stosowania antybiotyku u pacjenta, który nie ma paciorkowców grupy A. Takie możliwości w indywidualnym leczeniu nie istnieją, natomiast zdaniem ekspertów musi być stosowana diagnostyka laboratoryjna do oceny epidemiologicznej zjawiska. Nowe szanse stwarzają testy do szybkiego wykrywania antygeny paciorkowcowego bez posiewów, ale ich dostępność jest ograniczona ze względu na wysokie koszty, a względnie mała czułość ogranicza podejmowanie wdrożeń nowych decyzji.

Nowe kierunki prac obejmują immunologię proteiny M oraz rozpracowanie genetycznych markerów osób o wysokim ryzyku wystąpienia RF/RHD. Natomiast nie ma nadziei, że wkrótce będzie dostępna bezpieczna i skuteczna szczepionka przeznaczona do masowych szczepień.

Jak wynika z opublikowanego materiału pierwsze posiedzenie ekspertów w sprawie zakażeń paciorkowcowych oraz RF/RHD miało miejsce w 1954 roku. Od tej chwili odbyło się szereg analogicznych posiedzeń i uczestnicy ostatniego posiedzenia dokonali przeglądu dotychczasowych programów.

Obecny program koncentruje się na pierwotnym i wtórnym zapobieganiu RF/RHD z udziałem personelu medycznego w lecznictwie podstawowym oraz wychowania zdrowotnego i informacji w społeczeństwie.

Wojciech Żabicki

Nieodpłatna broszura dla rodziców na temat odry, świnki i różyczki (Propozycja firmy Merck Sharp & Dohme)

Szczepionka MMRTMII jest jedyną dostępną na polskim rynku szczepionką potrójną zawierającą szczep Jeryl Lynn wirusa świnki polecaną w kalendarzu szczepień w rozdziale szczepienia zalecane.

Firma MSD w związku z umieszczeniem przez MZiOŚ szczepionki MMRTMII w kalendarzu szczepień pragnie poszerzyć świadomość rodziców w zakresie odry, świnki i różyczki oraz możliwości im zapobiegania.

W tym celu przygotowana została broszura dla rodziców, która zostanie przesłana do WSSE.

Firma MSD jest gotowa przekazać takie broszurki nieodpłatnie dla wszystkich punktów szczepień.

Po uprzednim uzgodnieniu z firmą MSD, zestawy dla punktów szczepień mogą zostać dostarczone do Stacji Sanitarno-Epidemiologicznych.

Jeżeli jesteście Państwo zainteresowani propozycją uprzejmie proszę o kontakt z kierownikiem działu szczepionek firmy MSD dr Tomirem Domańskim pod telefonem (22) 639 7000 w. 336 celem uzgodnienia szczegółów.

Tomir Domański, Merck Sharp & Dohme