

## Meldunek 1/B/97

o zachorowaniach na choroby zakaźne, zatruciach i zakażeniach szpitalnych  
zgłoszonych w okresie od 16.01 do 31.01.1997 r.

Jednostka chorobowa  (symbole wg "Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych" ICD-10)	Meldunek 1/B		Dane skumulowane	
	16.01.97. do 31.01.97.	16.01.96. do 31.01.96.	1.01.97. do 31.01.97.	1.01.96. do 31.01.96.
Choroba wywołana przez ludzki wirus upośl.odp.: ogółem (B20-B24)	3	2	8	13
Dur brzuszny (A01.0)	-	-	-	1
Dury rzekome A.B.C. (A01.1-A01.3)	-	-	-	-
Salmonelozy: ogółem (A02)	505	457	991	860
Czerwonki: ogółem (A03; A06.0)	9	3	17	12
Biegunki u dzieci do lat 2 (A04; A08; A09)	795	602	1374	1064
Tężec: ogółem (A33-A35)	-	-	1	-
Błonica (A36)	-	-	-	-
Krzusiec (A37)	28	16	54	23
Szkarlatyna /płonica/ (A38)	1085	1288	1944	2396
Zapalenie opon mózgowych: razem	137	148	259	284
w tym: meningokokowe (A39.0)	7	9	12	13
inne bakteryjne: ogółem (G00) <sup>a</sup>	60	75	111	117
wirusowe, określone i nie określone (A87; B00.3; B02.1)	58	57	113	137
inne i nie określone (G03)	12	7	23	17
Zapalenie mózgu: razem	21	21	28	32
w tym: meningokokowe i inne bakteryjne (A39.8; G04.2)	3	.	3	.
wirusowe, przenoszone przez kleszcze (A84) <sup>b</sup>	1	1	1	5
inne wirusowe: ogółem (A83;A85;A86;B00.4;B02.0;B25.8) <sup>c</sup>	8	7	9	10
poszczepienne (G04.0)	-	-	-	-
inne i nie określone (G04.8-G04.9) <sup>d</sup>	9	13	15	17
Riketsjozy: ogółem (A75-A79)	-	-	-	-
Ostre nagminne porażenie dziecięce (A80)	-	-	-	-
Ospa wietrzna (B01)	10920	8234	23889	18503
Odra (B05)	32	15	61	29
Różyczka: ogółem (B06; P35.0)	5142	2024	9569	4023
Wirusowe zap. wątroby: typu B (B16; B18.0-B18.1)	223	322	410	575
"nie B": ogółem (B15;B17;B18.2-B18.9;B19)	513	861	918	1753
Świnka /nagminne zapalenie przyusznic/ (B26)	2275	2108	5311	4884
Włośnica (B75)	-	2	-	2
Świerzb (B86)	1011	1235	1955	2293
Grypa: ogółem (J10; J11)	597526	789330	605016	1779640
Bakteryjne zatrucia pokarmowe: razem	577	511	1131	969
w tym: salmonelozy (A02.0)	503	456	988	858
gronkowcowe (A05.0)	1	1	1	1
jadem kiełbasianym /botulizm/ (A05.1)	3	2	5	2
wywołane przez Cl.perfringens (A05.2)	-	-	-	-
inne określone i nie określone: ogółem (A05.3-A05.9)	70	52	137	108
Zatrucia naturalnie toksycznym pokarmem: ogółem (T62)	1	.	2	.
w tym: grzybami (T62.0)	1	3	1	4
Inne zatrucia: ogółem (T36-T60; T63-T65)	410	.	784	.
w tym: pestycydami (T60)	4	3	7	5
lekami i preparatami farmakologicznymi (T36-T50)	187	.	337	.
Zakażenia szpitalne - objawowe i bezobjawowe: ogółem	244	194	390	266
w tym: na oddziałach noworodkowych i dziecięcych	53	12	77	35
następstwa zabiegów medycznych	30	45	40	64
wywołane pałeczkami Salmonella	5	-	80	1

Zmiany w rejestracji - w 1996 r. rejestrowano: a) łącznie z zapaleniem mózgu oraz opon i mózgu; b) łącznie z przenoszonym przez komary i inne stawonogi; c) bez przenoszonego przez stawonogi inne niż kleszcze oraz bez opryszczkowego, półpaścowego i cytomegalicznego; d) łącznie z opryszczkowym i podoстрыm stwardniającym zapaleniem mózgu.

## Zachorowania zgłoszone w okresie 16-31.01.1997 r. wg województw

Województwo (St.- stołeczne M.- miejskie)	Choroba wyw.przez ludzki wirus upośl. odp.: ogółem (B20-B24)	Dur brzuszny (A01.0)	Dury rzekome A.B.C. (A01.1-3)	Salmonelozы: ogółem (A02)	Czerwonki: ogółem (A03;A06.0)	Biegunki u dzieci do lat 2 (A04; A08; A09)	Tężec: ogółem (A33-A35)	Krzusiec (A37)	Szkarlatyna (A38)	Zapalenie opon mózgowych		Zapalenie mózgu	
										Ogółem (A39.0; A87; B00.3; B02.1; G00; G03)	w tym: meningokoko- we (A39.0)	Ogółem (A39.8;A83-86; B00.4; B02.0; B25.8; G04.0; G04.2; G04.8-9)	w tym: wirusowe, prz. przez kleszcze (A84)
POLSKA	3	-	-	505	9	795	-	28	1085	137	7	21	1
1. St.warszawskie	-	-	-	59	-	50	-	5	65	12	1	-	-
2. Białkopodlaskie	-	-	-	3	1	10	-	-	8	-	-	1	-
3. Białostockie	-	-	-	15	-	23	-	1	12	4	1	2	1
4. Bielskie	-	-	-	11	-	21	-	-	23	12	1	1	-
5. Bydgoskie	-	-	-	11	-	22	-	-	39	2	-	-	-
6. Chełmskie	-	-	-	1	-	-	-	-	24	-	-	-	-
7. Ciechanowskie	-	-	-	4	2	3	-	-	16	1	-	-	-
8. Częstochowskie	-	-	-	1	-	18	-	-	14	3	-	-	-
9. Elbląskie	-	-	-	4	-	8	-	-	10	1	1	-	-
10. Gdańskie	-	-	-	19	-	32	-	1	38	9	-	3	-
11. Gorzowskie	-	-	-	4	-	4	-	-	17	4	-	-	-
12. Jeleniogórskie	-	-	-	71	-	9	-	-	24	1	-	-	-
13. Kaliskie	-	-	-	12	-	11	-	-	22	5	-	-	-
14. Katowickie	-	-	-	34	-	34	-	1	167	10	-	-	-
15. Kieleckie	-	-	-	6	-	35	-	1	22	2	-	-	-
16. Konińskie	-	-	-	9	1	15	-	1	3	3	-	-	-
17. Koszalińskie	-	-	-	5	-	17	-	-	41	1	-	1	-
18. M.krakowskie	-	-	-	10	1	12	-	3	60	7	-	2	-
19. Krośnieńskie	-	-	-	8	-	24	-	-	9	1	-	-	-
20. Legnickie	-	-	-	4	-	7	-	1	20	1	-	1	-
21. Leszczyńskie	-	-	-	3	-	3	-	-	12	3	1	-	-
22. Lubelskie	-	-	-	9	-	19	-	-	34	-	-	-	-
23. Łomżyńskie	-	-	-	7	1	13	-	-	5	1	-	-	-
24. M.łódzkie	-	-	-	19	-	9	-	2	9	2	-	-	-
25. Nowosądeckie	-	-	-	5	-	11	-	-	16	6	-	1	-
26. Olsztyńskie	-	-	-	23	2	30	-	-	14	3	1	-	-
27. Opolskie	-	-	-	7	-	16	-	-	43	6	-	-	-
28. Ostrołęckie	-	-	-	2	-	12	-	-	8	-	-	-	-
29. Piłskie	-	-	-	-	-	2	-	-	17	1	-	-	-
30. Piotrkowskie	-	-	-	2	-	2	-	-	16	2	-	1	-
31. Płockie	-	-	-	21	-	26	-	-	7	1	-	1	-
32. Poznańskie	-	-	-	10	1	52	-	1	57	6	-	-	-
33. Przemyskie	-	-	-	4	-	12	-	-	10	1	-	3	-
34. Radomskie	1	-	-	1	-	23	-	-	21	2	-	1	-
35. Rzeszowskie	-	-	-	3	-	19	-	-	9	3	-	-	-
36. Siedleckie	-	-	-	16	-	33	-	-	7	1	-	-	-
37. Sieradzkie	-	-	-	5	-	4	-	-	6	1	-	-	-
38. Skierniewickie	-	-	-	10	-	1	-	-	5	2	-	-	-
39. Słupskie	-	-	-	3	-	16	-	-	11	1	-	-	-
40. Suwalskie	-	-	-	5	-	7	-	-	24	4	-	-	-
41. Szczecińskie	2	-	-	5	-	14	-	-	38	2	-	-	-
42. Tarnobrzeskie	-	-	-	6	-	28	-	-	8	-	-	1	-
43. Tarnowskie	-	-	-	7	-	10	-	-	13	-	-	-	-
44. Toruńskie	-	-	-	14	-	4	-	-	2	-	-	-	-
45. Wałbrzyskie	-	-	-	5	-	14	-	1	12	2	-	-	-
46. Włocławskie	-	-	-	3	-	7	-	9	11	2	1	-	-
47. Wrocławskie	-	-	-	10	-	21	-	1	29	5	-	-	-
48. Zamojskie	-	-	-	3	-	16	-	-	3	-	-	1	-
49. Zielonogórskie	-	-	-	6	-	16	-	-	4	1	-	1	-

## Zachorowania zgłoszone w okresie 16-31.01.1997 r. wg województw (cd.)

Województwo (St.- stołeczne M.- miejskie)	Ospa wietrzna (B01)	Odra (B05)	Różyczka: ogółem (B06; P35.0)	Wirusowe zapalenie wątroby		Świnka (B26)	Włośnica (B75)	Świerzb (B86)	Grypa: ogółem (J10; J11)	Bakteryjne zatrucia pokarmowe: ogółem (A02.0; A05)	Zatrucia grzybami (T62.0)	Inne zatrucia: ogółem (T36-T60; T63-T65)	Zakażenia szpitalne - objawowe i bezobjawowe: ogółem
				typu B (B16;B18.0-.1)	"nie B": ogółem (B15; B17;B18.2-B18.9;B19)								
POLSKA	10920	32	5142	223	513	2275	-	1011	597526	577	1	410	244
1. St.warszawskie	578	1	40	12	20	137	-	7	51163	58	1	7	2
2. Białkopodlaskie	68	1	176	1	24	1	-	16	1721	3	-	6	-
3. Białostockie	221	2	368	5	12	113	-	62	1269	15	-	22	-
4. Bielskie	251	1	168	5	2	97	-	15	23701	11	-	12	6
5. Bydgoskie	241	2	240	4	8	60	-	17	8296	17	-	18	2
6. Chełmskie	92	-	2	-	-	4	-	27	316	1	-	-	-
7. Ciechanowskie	115	-	28	5	5	2	-	3	2305	4	-	5	-
8. Częstochowskie	232	-	79	5	-	92	-	19	9100	1	-	7	2
9. Elbląskie	135	1	82	2	3	18	-	38	118	7	-	9	-
10. Gdańskie	333	1	316	7	33	28	-	30	9995	23	-	15	2
11. Gorzowskie	200	-	369	4	-	4	-	21	2296	4	-	15	-
12. Jeleniogórskie	91	-	49	2	2	49	-	8	9314	71	-	1	4
13. Kaliskie	218	-	161	3	-	48	-	12	1535	13	-	4	2
14. Katowickie	1611	3	648	33	24	488	-	107	175836	43	-	-	-
15. Kieleckie	317	-	182	3	4	113	-	10	21623	11	-	36	7
16. Konińskie	101	-	49	-	1	41	-	10	607	9	-	2	-
17. Koszalińskie	256	-	244	5	36	13	-	42	2431	7	-	4	7
18. M.krakowskie	259	2	71	28	4	132	-	1	69787	22	-	22	3
19. Krośnieńskie	59	-	6	-	1	5	-	18	6764	12	-	13	9
20. Legnickie	136	1	71	2	4	39	-	11	17648	6	-	-	-
21. Leszczyńskie	77	-	13	1	8	4	-	14	1428	3	-	3	-
22. Lubelskie	296	-	20	5	11	25	-	25	25454	10	-	31	-
23. Łomżyńskie	48	-	63	4	2	12	-	5	2909	10	-	3	-
24. M.łódzkie	207	-	31	10	1	10	-	91	45627	19	-	31	4
25. Nowosądeckie	173	-	54	10	14	89	-	3	5169	5	-	-	-
26. Olsztyńskie	231	-	35	3	3	7	-	48	1204	25	-	-	-
27. Opolskie	486	1	394	4	2	18	-	18	2459	9	-	5	-
28. Ostrołęckie	57	-	30	2	2	10	-	23	878	2	-	8	1
29. Piłskie	91	-	101	3	1	2	-	4	171	-	-	3	-
30. Piotrkowskie	200	-	26	1	6	18	-	14	4631	2	-	11	-
31. Płockie	60	-	3	3	1	41	-	8	118	21	-	5	-
32. Poznańskie	565	-	96	7	4	163	-	21	141	11	-	1	6
33. Przemyskie	62	-	28	1	2	1	-	5	4376	8	-	7	49
34. Radomskie	145	-	10	2	6	19	-	10	7535	1	-	16	-
35. Rzeszowskie	189	-	110	-	2	13	-	5	1471	3	-	1	31
36. Siedleckie	136	-	11	4	33	30	-	8	4434	16	-	1	-
37. Sieradzkie	35	-	2	-	3	8	-	8	5189	5	-	5	25
38. Skierniewickie	94	-	31	2	8	4	-	13	7016	10	-	4	-
39. Słupskie	121	-	108	1	146	16	-	10	232	4	-	5	1
40. Suwalskie	71	4	76	5	22	7	-	23	1152	5	-	-	13
41. Szczecińskie	436	4	69	5	7	11	-	22	3779	11	-	11	2
42. Tarnobrzesckie	176	-	11	2	5	13	-	42	2390	6	-	6	9
43. Tarnowskie	95	1	126	-	-	21	-	1	15198	7	-	3	39
44. Toruńskie	140	-	17	3	13	31	-	42	6922	14	-	-	-
45. Wałbrzyskie	663	-	138	4	2	18	-	20	7735	5	-	32	7
46. Włocławskie	102	-	3	-	2	99	-	13	195	4	-	9	-
47. Wrocławskie	307	7	68	2	22	82	-	9	18486	14	-	2	1
48. Zamojskie	21	-	5	7	2	-	-	24	2582	3	-	5	2
49. Zielonogórskie	122	-	114	6	-	19	-	8	2820	6	-	4	8

## Zakażenia HIV i zachorowania na AIDS w Polsce Informacja z 31 stycznia 1997 r.

W styczniu 1997 r. do Zakładu Epidemiologii PZH zgłoszono nowo wykryte zakażenie HIV 29 obywateli polskich, w tym 15 zakażonych w związku z używaniem narkotyków.

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

Odnotowano zachorowanie na AIDS kobiety bez informacji o drodze zakażenia oraz trzynastu mężczyzn (pięciu narkomanów, trzech homo-/biseksualistów, dwu zakażonych drogą kontaktów heteroseksualnych oraz po jednym: biorcy krwi, chorym na hemofilię i bez informacji o drodze zakażenia).

Chorzy byli w wieku od 19 do 53 lat. Mieli stałe miejsce zamieszkania w następujących województwach: czterej - w woj. st. warszawskim, po trzech - w bydgoskim i szczecińskim oraz po jednym w woj. gorzowskim, koszalińskim, łódzkim i wrocławskim.

We wszystkich przypadkach określono przynajmniej jedną chorobę wskazującą na AIDS w brzmieniu jak w definicji AIDS dla celów nadzoru epidemiologicznego, skorygowanej w 1993 r. W pięciu przypadkach podano liczbę komórek CD4 (od 23 do 312/ $\mu$ L).

Od wdrożenia badań w 1985 r. do 31 stycznia 1997 r. stwierdzono zakażenie HIV 4.403 obywateli polskich, wśród których było 2.948 zakażonych w związku z używaniem narkotyków.

Ogółem odnotowano 491 zachorowań na AIDS; 300 osób zmarło.

*Wanda Szata  
Zakład Epidemiologii PZH*

\* \* \*

*UWAGA: Liczby zachorowań na choroby wywołane przez ludzki wirus upośledzenia odporności [HIV] 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 zawarte w powyższej informacji pochodzą ze skorygowanych w Zakładzie Epidemiologii PZH zgłoszeń poszczególnych zachorowań.*

## Zachorowania na grype w Polsce

W końcu stycznia znacznie wzrosła liczba zachorowań na grype w całym kraju.

W ciągu jednego tygodnia (27.01.-2.02.br.) zarejestrowano ponad 407.000 nowych zachorowań (zapadalność przekroczyła 1.000/100 tys. ludności). Liczba zachorowań była niewiele niższa niż w styczniu ubiegłego roku, kiedy najwyższa zapadalność tygodniowa wyniosła ok. 1.250/100 tys. - przy 480.000 zachorowań.

Aktualnie najwyższą zapadalność odnotowano w województwach: łódzkim (3.307/100 tys.), krakowskim (2.642/100 tys.) i warszawskim (2.415/100 tys.). Powyżej zapadalności krajowej są również województwa: skierniewickie, lu-

belskie, bielskie, katowickie i tarnowskie.

Wśród zgłoszonych powikłań dominują: zapalenia oskrzeli i płuc, zatok oraz krtani.

*lek.med. Joanna Galimska  
Naczelnik Wydziału Przeciwepidemicznego w MZiOŚ*

## Grypa w świecie

Jak donosi "Weekly Epidemiological Record" (1997,5, 27-30) w pierwszej połowie stycznia wyizolowano w Austrii, w Wiedniu, wirus grypy typu A. Była to pierwsza izolacja w tym sezonie i zbiegła się z innymi oznakami aktywności grypy w kraju.

W Belgii zachorowalność na ostre zakażenia dróg oddechowych i choroby grypopodobne nadal wzrastała w ciągu stycznia ale liczba potwierdzonych laboratoryjnie przypadków grypy A obniżyła się.

Po grudniowym szczycie we Francji aktywność grypy gwałtownie obniżyła się, pozostała jednak w styczniu nadal wysoka w zachodniej części kraju. Oszacowano, że w ciągu 8 tygodni epidemii zasięgało porady lekarskiej z powodu chorób grypopodobnych 2,4 miliona osób. Zachorowania występowały częściej u młodzieży i młodych dorosłych niż u dzieci i ludzi starszych. Wśród dużej liczby wyizolowanych w tym sezonie wirusów grypy przeważała grypa A(H3N2) chociaż również izolowano wirusa grypy typu B.

W Niemczech, w ciągu stycznia, zgłoszono tylko sporadyczne izolacje wirusów grypy A(H3N2) i B. W ostatnim tygodniu grudnia i pierwszym tygodniu stycznia nastąpił wzrost zapadalności na ostre choroby dróg oddechowych. Obecnie rejestruje się spadek liczby zachorowań.

W Włoszech zachorowania na grype nadal utrzymują się na poziomie epidemicznym. U chorych obserwuje się objawy ze strony układu oddechowego i objawy żołądkowe. W Parmie i Lericu wyizolowano wirusa grypy A(H3N2), w Rzymie - sporadyczne izolacje A i B.

W Hiszpanii po pierwszych izolacjach wirusa grypy w październiku nastąpił gwałtowny wzrost aktywności grypy osiągając szczyt w drugiej połowie listopada. W Madrycie i innych częściach kraju dominuje grypa A(H3N2). Jedynie w części północnej kraju nastąpił w styczniu ponowny wzrost liczby zachorowań, izolowano wirusa grypy B.

W Irlandii w styczniu potwierdzono laboratoryjnie 1 przypadek grypy B. Inne izolacje wykazały wirusy grypy A.

W Słowacji w styczniu izolowano w Bratysławie wirusa grypy A(H3N2) podczas lokalnej epidemii w wojsku.

W Chorwacji wyizolowano wirusy grypy A od dwojga dzieci hospitalizowanych w Zagrzebiu. Przypadki te wydają się być sporadyczne, gdyż nie ma oznak wzrostu aktywności grypy w kraju. W styczniu rejestrowano wzrost liczby zakażeń wirusem paragrypy typu 3 wśród dzieci.

Na Białorusi, w całym kraju, wystąpił w połowie stycznia i trzecim tygodniu stycznia epidemiczny wzrost liczby zachorowań na choroby grypopodobne. Badaniami serologicznymi i metodą immunofluorescencji stwierdzono grype A i B.

Na Litwie pod koniec grudnia i w pierwszej połowie stycznia wystąpiły sporadyczne przypadki i małe lokalne epidemie w różnych częściach kraju. Rozpoznano grype A i B.

W Kanadzie liczba pacjentów z chorobami grypopodobnymi, zgłoszonych w systemie surveillance'u, obniżyła się z

88/1.000 pacjentów w okresie 2 tygodni (do 5 stycznia) do 40/1.000 pacjentów w ciągu następnych 2 tygodni. W tym sezonie dominowała grypa A(H3N2), chociaż izolowano również wirusy grypy B.

**W Japonii** zgłoszenia chorób grypopodobnych, absencja w pracy i zamykanie szkół wskazują, że epidemia grypy A(H3N2) nadal panowała w styczniu w całym kraju. Wiele zachorowań wystąpiło wśród dorosłych. Zgony starszych ludzi zgłoszono z domów opieki. Laboratoryjnie potwierdzono grypę w 39 z 47 prefektur. Z wyizolowanych 1.300 wirusów grypy, 1.278 były szczepami grypy A(H3N2), pozostałe - grypy B.

**W Hongkongu** w każdym miesiącu od października do stycznia potwierdzano laboratoryjnie grypę A(H3N2) i B. Liczba izolacji wirusów B wzrosła w styczniu.

Halina Rudnicka

### **Epidemia żółtej gorączki w zachodniej Afryce (Benin)**

Jak donosi "Weekly Epidemiological Record" (1996,45, 342) w Benin na terenie zachodniej Afryki nadal trwa epidemia żółtej gorączki. Zachorowania wystąpiły początkowo w Departamencie Atakora na początku lipca 1996 r. i następnie w Departamencie Borgon. W okresie od 1 lipca do 20 października 1996 r. zgłoszono 86 zachorowań, w tym 55 zgonów. Do ogniska dostarczono 175.000 dawek szczepionki ofiarowanej przez różnych sponsorów. Nadal potrzeba około 500 tys. dawek. W ognisku działa grupa lekarzy z organizacji "Medecins sans Frontieres".

Wojciech Żabicki

### **Żółta gorączka w świecie w latach 1994 i 1995**

W 1994 roku zgłoszono do WHO 1.439 zachorowań na żółtą gorączkę, w tym 491 zgonów ze śmiertelnością 34%, a w 1995 roku 974 zachorowania, w tym 247 zgonów ze śmiertelnością 25%. Oznacza to wzrost liczby zgłoszonych zachorowań w porównaniu z poprzednim dwuletnim okresem obejmującym lata 1992 i 1993, kiedy zgłoszono odpowiednio 295 i 393 zachorowania. Równocześnie jednak nie przekroczono poziomu z lat wcześniejszych, jak na przykład z 1991 roku, kiedy zarejestrowano 2.712 zachorowań. W analizowanym okresie endemiczne występowanie żółtej gorączki ograniczało się wyłącznie do Afryki i Płd. Ameryki.

W Afryce w 1994 roku zgłoszono 1.351 zachorowań na żółtą gorączkę, w tym 452 zgony ze śmiertelnością 33%, a w 1995 roku 459 zachorowań, w tym 34 zgony ze śmiertelnością 7%. W 1994 roku z Nigerii zgłoszono 1.277 zachorowań, to jest 91% przypadków pochodzących z regionu afrykańskiego oraz 83% przypadków zgłoszonych z całego świata. Dane za 1995 rok nie zostały przekazane do WHO z Nigerii i w związku z tym na pierwsze miejsce wysunęła się Liberia, skąd zgłoszono 360 zachorowań, to jest 78% przypadków pochodzących z regionu afrykańskiego oraz 37% przypadków zgłoszonych z całego świata. W 1994 roku ogniska żółtej gorączki zgłoszono z Kamerunu, Gabonu, Ghany i Nigerii. W 1995 roku w Liberii ognisko zachorowań rozprzestrzeniło się na tereny Sierra Leone. Natomiast w Kenii w następstwie dużej epidemii z lat 1992 i

1993 ustanowiono system nadzoru epidemicznego, który wykazuje utrzymywanie się transmisji wirusa żółtej gorączki tylko w niewielkim stopniu. Inicjatywy podjęte przez władze kenijskie są traktowane jako przykład wzorowy działań przeciwepidemicznych i monitorujących. Natomiast w analizowanym dwuleciu (1994 i 1995) występowanie żółtej gorączki objęło tereny Liberii i Gabonu, gdzie nie stwierdzono zachorowań od 1950 roku. Ze Sierra Leone nie zgłaszano ognisk od 1975 roku i w związku z tym istnieją dowody wskazujące, że żółta gorączka nie tylko nadal występuje w Afryce ale również wydaje się obejmować nowe tereny gdzie dotychczas nie występowała.

W Płd. Ameryce w latach 1990-1993 zgłaszano do 200 zachorowań na żółtą gorączkę rocznie. W 1994 roku zgłoszono 88 zachorowań i 39 zgonów ze śmiertelnością 44%. Natomiast w 1995 roku liczba zgłoszonych zachorowań wzrosła do 515, w tym 213 zgonów ze śmiertelnością 41%. Taka sytuacja była związana głównie z ogniskiem żółtej gorączki w Peru, które ujawniło się w styczniu 1995 roku i zakończyło w połowie lipca 1995 roku. Zarówno w 1994 jak i 1995 roku w Peru zgłoszono najwięcej zachorowań ze wszystkich krajów Ameryki Łacińskiej, to jest odpowiednio 69% i 96%. Z innych krajów tego Regionu w 1994 roku Boliwia zgłosiła 7 zachorowań, Brazylia 18 zachorowań i Kolumbia 2 zachorowania. W 1995 roku z Boliwii zgłoszono 15 zachorowań, w Brazylii 4 zachorowania, w Kolumbii 3 zachorowania, w Ekwadorze 1 zachorowanie. Natomiast w Peru zgłoszono 61 zachorowań w 1994 roku i 492 zachorowania w 1995 roku.

Jak wiadomo istnieją dwa mechanizmy przenoszenia wirusa żółtej gorączki w cyklu leśnym i miejskim. Transmisja zaczyna się kiedy wektory zakażeń, to jest komar *Aedes africanus* w Afryce i kilka gatunków rodzaju *Haemagogus* w Płd. Ameryce zaczynają żywić się krwią ssaków zakażonych wirusem żółtej gorączki. W następnym etapie zakażeniom ulegają ludzie wędrujący w głąb terenów leśnych, a największe ryzyko epidemii pojawia się kiedy ludzie powracają z lasów w stanie wiremii na tereny zurbanizowane. Wówczas jako wektory zakażeń występują domowe komary, a w szczególności *Ae. aegypti*, który występuje zarówno w Afryce jak i Płd. Ameryce i jest decydującym wektorem w przenoszeniu zakażeń w cyklu miejskim.

na podstawie "Wkly Epid.Rec." (1996,42,313-318)  
opracował Wojciech Żabicki

### **Ocena postępów w przygotowaniu nowych szczepionek przeciw meningokokowym zapaleniom opon mózgowo-rdzeniowych typu B**

Jak wiadomo w subsaharyjskim "meningitis belt" trwa cyklicznie występująca epidemia zapaleń opon mózgowo-rdzeniowych, w której do 17 maja 1996 r. zgłoszono 106.611 zachorowań i 12.291 zgonów z terenu 15 krajów, głównie Nigerii (42.948) i Burkina Faso (40.513). Uważa się, że może to być fragment dwu lub trzyletniego cyklu epidemicznego, który ujawnił się w latach 1992-1993 w Kamerunie (33.000 zachorowań) oraz w latach 1993-1995 w Nigrze (50.000 zachorowań).

W dniach 12-13 marca 1996 r. w Centrali WHO w Genewie odbyło się posiedzenie komitetu sterującego rozwojem szczepionek przeciw chorobom meningokokowej i pneumokokowej. Komitet dokonał oceny postępu w pracach

nad szczepionkami przeciw meningokokom z grupy serologicznej B, ze szczególnym uwzględnieniem preparatów opartych o wysoce immunogenne białka z zewnętrznej osłonki drobnoustroju (outer membrane proteins - OMP).

Dotychczasowe trudności z uzyskaniem bezpiecznych i skutecznych szczepionek przeciw meningokokom z grupy serologicznej B wynikają z dwóch przyczyn. Jedną przyczyną jest słaba immunogenność polisacharydów tych drobnoustrojów dla dorosłych i dzieci. Drugą przyczyną jest podobieństwo niektórych składników chemicznych (kwas sialinowy) do gangliozydów występujących w tkance mózgowej człowieka, co przypuszczalnie poprzez mechanizmy tolerancji immunologicznej może prowadzić do autoimmunologicznych stanów chorobowych.

W pracach nad tymi szczepionkami próbowano dotychczas wykorzystać dwie różne możliwości. Jedną z nich były próby zmiany składu chemicznego polisacharydów z uwzględnieniem koniugacji z innymi immunogennymi nośnikami białkowymi. Równocześnie próbowano wykorzystywać do szczepionek polisacharydy ze szczepu *E.coli* (K92), które mają możliwość wytwarzania odporności krzyżowej dla meningokoków z grupy serologicznej B. Wszystkie dotychczasowe badania uwzględniające te możliwości nie dały jednak przekonujących rezultatów.

Większość osób, które przebyły zakażenie meningokokami z grupy B, wydaje się być uodporniona na następne epizody kolejnych zakażeń i w związku z tym należy rozpracować mechanizmy powstawania tej odporności. Uważa się, że jako podstawowe składniki antygenowe potencjalnych szczepionek mogą wchodzić w grę:

- wysoce immunogenna zewnętrzna białkowa osłonka drobnoustroju (outer membrane proteine - OMP), która stanowi składnik koniugowanych szczepionek przeciw *Haemophilus influenzae* typu B i które są w stanie wywoływać silną reakcję humoralną u dwumiesięcznych dzieci,
- lipopolisacharydowa molekula (LPS) występująca w ścianie komórkowej wielu gram-ujemnych drobnoustrojów.

Nad przygotowaniem szczepionek opartych o OMP pracuje się obecnie na Kubie oraz w USA i w Norwegii.

Na Kubie opracowano szczepionkę OMP opartą o białka ze szczepu *N.meningitidis* B4:P1.15, który ostatnio spowodował epidemię w tym kraju. Szczepionka zawiera również niektóre składniki kapsuły C i niektóre składniki białkowe o wysokiej wadze molekularnej. W badaniu przeprowadzonym na grupie 160.000 kubańskich studentów ta krajowa szczepionka zapewniła odporność przeciw chorobie meningokokowej B u 80% szczepionych. Szczepionkę licencjonowano na Kubie i w Brazylii na początku dziewięćdziesiątych lat i zastosowano u 2,4 miliona brazylijskich dzieci w wieku od 3 miesięcy do 6 lat. Badania przeprowadzone na próbie obejmującej 328 szczepione i 193 nieszczepione dzieci wykazało, że skuteczność szczepionki malała z 74% u dzieci w wieku 4 lat i więcej do 47% u dzieci w wieku od 24 do 47 miesięcy życia oraz do zera u dzieci w wieku poniżej 24 miesięcy życia.

W USA pracuje się nad szczepionką meningokokową B, w której zastosowano czysty OMP oraz polisacharyd C. Badania na ludziach przeprowadzone w trzeciej fazie prac wykazały jednak, że preparat chroni zaledwie 51% szczepionych.

W Norwegii opracowano szczepionkę meningokokową B, opartą o kilka postaci OMP i śladowe ilości LPS. Pierwsze badania przeprowadzone na grupie 171.800 dzieci w wieku od 12 do 16 lat wykazały działanie chroniące w sto-

sunku do 58% szczepionych. Obecnie zespół pracujący nad tą szczepionką zamierza przygotować preparat do donosowego stosowania w postaci aerozolu. Być może taki sposób stosowania szczepionki zwiększy jej bezpieczeństwo, a także umożliwi zwalczanie nosicielstwa w przypadkach bezobjawowych zakażeń u ludzi z kolonizacją błony śluzowej nosogardzieli.

W latach 1992-1993 przeprowadzono w Islandii badania nad immunogennością kubańskiej i norweskiej szczepionki. Badaniem objęto grupę 400 młodych ludzi w wieku od 16 do 19 lat. Stwierdzono, że kubańska szczepionka w niewielkim stopniu stymulowała powstawanie bakteriobójczych przeciwciał. Natomiast norweska szczepionka zapewniała reakcję bakteriocydalną u 60% szczepionych. Wcześniejsze badanie tych dwóch szczepionek przeprowadzone w Chile w czasie epidemii wywołanej przez meningokoki typu B wykazały słabą reakcję bakteriocydalną u dzieci w odpowiedzi na oba preparaty. U dorosłych większą aktywność bakteriocydalną wykazała szczepionka norweska.

Perspektywy szczepionek przeciw meningokokom typu B opartych o LSD wydają się bardziej problematyczne. Wyniki badań na małych zwierzętach są zachęcające, ale istnieją trudności z wyizolowaniem najbardziej odpowiednich struktur antygenowych lub epitopów z lipidu A stanowiącego toksyczny składnik molekuly LPS.

na podstawie "Vaccine and Immunization News" z 1.6.1996 r.  
opracował Wojciech Żabicki

## INFOPEST - baza danych o pestycydach ("Nauka - Informacja sygnałna" 1996,18,6)

W 1991 roku uruchomiono bazę INFOPEST zawierającą podstawowe dane o aktywnych substancjach pestycydów (nazwy zwyczajowe polskie i obcojęzyczne wg norm PN, ISO i *Chemical Abstracts Index*, synonimy i oznaczenia kodowe, cechy chemiczne i fizyczne, właściwości toksyczne) oraz o produkowanych na ich podstawie preparatach (nazwy handlowe, skład, producenci krajowi i zagraniczni, dopuszczenie do obrotu handlowego w kraju, klasa toksyczności, forma użytkowa, stosowanie, źródła informacji). Systematycznie aktualizowana baza zawiera informacje o 739 związkach chemicznych, 3281 preparatach jedno- i 1926 wieloskładnikowych, które można uzyskać na podstawie jednej danej (nazwy zwyczajowej, synonimu preparatu, jego składnika lub tp.). Oparta na własnym oprogramowaniu baza, przystosowana do komputera PC/AT, może zainteresować administrację resortu rolnictwa i gospodarki żywnościowej, ochrony środowiska, leśnictwa i zasobów naturalnych, PZH, inspektoraty sanitarne, stacje kwarantanny i ochrony roślin, producentów i importerów pestycydów, ośrodki badawcze i akademickie itp.

*Instytut Przemysłu Organicznego, Warszawa*

"Meldunki" opracowuje zespół: Ewa Cielebak, 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.