

Meldunek 3/A/97

o zachorowaniach na choroby zakaźne, zatruciach i zakażeniach szpitalnych
zgłoszonych w okresie od 1.03 do 15.03.1997 r.

Jednostka chorobowa (symbole wg "Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych" ICD-10)	Meldunek 3/A		Dane skumulowane	
	1.03.97. do 15.03.97.	1.03.96. do 15.03.96.	1.01.97. do 15.03.97.	1.01.96. do 15.03.96.
Choroba wywołana przez ludzki wirus upośl.odp.: ogółem (B20-B24)	8	4	25	27
Dur brzuszny (A01.0)	-	-	-	1
Dury rzekome A.B.C. (A01.1-A01.3)	-	-	1	-
Salmonelozy: ogółem (A02)	440	627	2323	2305
Czerwonki: ogółem (A03; A06.0)	11	7	50	42
Biegunki u dzieci do lat 2 (A04; A08; A09)	825	901	3818	3393
Tężec: ogółem (A33-A35)	1	-	3	-
Błonica (A36)	-	8	-	8
Krzusiec (A37)	28	4	130	43
Szkarlatyna /płonica/ (A38)	1009	1081	4572	5396
Zapalenie opon mózgowych: razem	94	116	565	590
w tym: meningokokowe (A39.0)	7	7	30	32
inne bakteryjne: ogółem (G00) ^a	48	64	263	271
wirusowe, określone i nie określone (A87; B00.3; B02.1)	29	35	218	243
inne i nie określone (G03)	10	10	54	44
Zapalenie mózgu: razem	18	15	76	74
w tym: meningokokowe i inne bakteryjne (A39.8; G04.2)	2	.	8	.
wirusowe, przenoszone przez kleszcze (A84) ^b	1	-	2	6
inne wirusowe: ogółem (A83;A85;A86;B00.4;B02.0;B25.8) ^c	6	3	30	26
poszczepienne (G04.0)	-	-	-	-
inne i nie określone (G04.8-G04.9) ^d	9	12	36	42
Riketsjozy: ogółem (A75-A79)	-	-	-	-
Ostre nagminne porażenie dziecięce (A80)	-	-	-	-
Ospa wietrzna (B01)	7802	5422	48756	35565
Odra (B05)	18	44	129	115
Różyczka: ogółem (B06; P35.0)	8829	3233	30137	11955
Wirusowe zap. wątroby: typu B (B16; B18.0-B18.1)	192	276	1012	1397
"nie B": ogółem (B15;B17;B18.2-B18.9;B19)	303	632	2012	3751
Świnka /nagminne zapalenie przyusznicy/ (B26)	2158	1579	11467	9926
Włośnica (B75)	-	2	8	7
Świerzb (B86)	930	999	4648	4996
Grypa: ogółem (J10; J11)	70245	194476	1528194	2532048
Bakteryjne zatrucia pokarmowe: razem	571	714	2750	2671
w tym: salmonelozy (A02.0)	438	626	2315	2300
gronkowcowe (A05.0)	-	-	1	1
jadem kiełbasianym /botulizm/ (A05.1)	2	2	14	8
wywołane przez Cl.perfringens (A05.2)	-	-	-	-
inne określone i nie określone: ogółem (A05.3-A05.9)	131	86	420	362
Zatrucia naturalnie toksycznym pokarmem: ogółem (T62)	1	.	3	.
w tym: grzybami (T62.0)	1	1	2	9
Inne zatrucia: ogółem (T36-T60; T63-T65)	237	.	1938	.
w tym: pestycydami (T60)	1	4	13	11
lekami i preparatami farmakologicznymi (T36-T50)	153	.	949	.
Zakażenia szpitalne - objawowe i bezobjawowe: ogółem	70	203	808	689
w tym: na oddziałach noworodkowych i dziecięcych	38	14	280	101
następstwa zabiegów medycznych	21	38	128	185
wywołane pałeczkami Salmonella	4	131	98	133

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 przeniesionego przez stawonogi inne niż kleszcze oraz bez opryszczkowego, półpaścowego i cytomegalicznego; d) łącznie z opryszczkowym i podoстрыm stwardniającym zapaleniem mózgu.

Zachorowania zgłoszone w okresie 1-15.03.1997 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	8	-	-	440	11	825	1	28	1009	94	7	18	1
1. St.warszawskie	-	-	-	31	-	85	-	2	55	-	-	-	-
2. Białkopodlaskie	-	-	-	2	-	4	-	-	9	3	-	-	-
3. Białostockie	-	-	-	12	-	30	-	5	14	1	-	2	1
4. Bielskie	-	-	-	8	-	21	-	-	12	2	1	1	-
5. Bydgoskie	-	-	-	10	-	16	-	-	28	5	-	1	-
6. Chełmskie	-	-	-	1	-	8	-	-	20	-	-	-	-
7. Ciechanowskie	-	-	-	6	-	2	-	-	6	2	-	-	-
8. Częstochowskie	-	-	-	6	-	19	-	-	14	-	-	-	-
9. Elbląskie	-	-	-	6	8	6	-	-	10	2	-	-	-
10. Gdańskie	-	-	-	12	1	24	-	-	52	3	-	-	-
11. Gorzowskie	-	-	-	11	-	6	-	-	10	-	-	-	-
12. Jeleniogórskie	-	-	-	4	-	8	-	-	19	1	1	1	-
13. Kaliskie	-	-	-	6	-	7	-	-	22	5	-	2	-
14. Katowickie	4	-	-	23	-	48	-	2	111	14	1	3	-
15. Kieleckie	-	-	-	9	-	42	-	1	8	1	-	-	-
16. Konińskie	-	-	-	11	-	6	-	-	11	3	1	-	-
17. Koszalińskie	-	-	-	17	-	25	-	-	43	-	-	1	-
18. M.krakowskie	-	-	-	8	-	15	-	-	47	2	-	-	-
19. Krośnieńskie	-	-	-	5	-	13	-	-	5	1	-	-	-
20. Legnickie	-	-	-	5	-	3	-	-	13	1	-	-	-
21. Leszczyńskie	-	-	-	2	-	15	-	-	12	-	-	-	-
22. Lubelskie	-	-	-	4	-	15	-	-	31	1	-	-	-
23. Łomżyńskie	-	-	-	7	-	14	-	-	6	-	-	-	-
24. M.łódzkie	-	-	-	13	-	20	-	-	13	2	1	-	-
25. Nowosądeckie	-	-	-	11	-	12	-	-	14	6	-	1	-
26. Olsztyńskie	-	-	-	31	-	39	-	-	44	1	-	-	-
27. Opolskie	-	-	-	11	-	10	-	-	47	1	-	-	-
28. Ostrołęckie	-	-	-	-	-	3	-	-	7	1	-	-	-
29. Piłskie	-	-	-	6	-	13	-	-	17	-	-	1	-
30. Piotrkowskie	-	-	-	16	-	3	-	-	13	2	-	-	-
31. Płockie	-	-	-	4	-	8	-	-	13	1	-	-	-
32. Poznańskie	-	-	-	5	-	46	-	3	46	5	-	-	-
33. Przemyskie	-	-	-	5	-	28	-	-	6	-	-	-	-
34. Radomskie	-	-	-	-	-	29	-	1	20	-	-	1	-
35. Rzeszowskie	-	-	-	8	-	19	-	-	10	5	1	1	-
36. Siedleckie	-	-	-	3	-	24	-	-	6	1	-	-	-
37. Sieradzkie	-	-	-	6	-	2	-	-	4	-	-	-	-
38. Skierniewickie	-	-	-	8	-	1	-	-	10	-	-	-	-
39. Słupskie	-	-	-	3	-	7	-	-	6	1	-	-	-
40. Suwalskie	-	-	-	15	-	9	-	2	16	2	-	-	-
41. Szczecińskie	-	-	-	4	1	16	-	-	34	1	-	2	-
42. Tarnobrzeskie	-	-	-	16	-	25	-	-	19	-	-	1	-
43. Tarnowskie	-	-	-	18	-	12	-	-	15	2	-	-	-
44. Toruńskie	-	-	-	15	-	5	-	-	2	1	-	-	-
45. Wałbrzyskie	-	-	-	2	-	15	-	-	9	4	-	-	-
46. Włocławskie	-	-	-	8	-	5	-	1	21	4	1	-	-
47. Wrocławskie	4	-	-	16	-	17	1	11	50	3	-	-	-
48. Zamojskie	-	-	-	1	1	13	-	-	2	1	-	-	-
49. Zielonogórskie	-	-	-	9	-	12	-	-	7	3	-	-	-

Zachorowania zgłoszone w okresie 1-15.03.1997 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)	Świerz (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	7802	18	8829	192	303	2158	-	930	70245	571	1	237	70
1. St.warszawskie	668	-	65	12	10	195	-	11	12274	31	-	4	-
2. Białkopodlaskie	104	-	78	-	11	6	-	14	198	2	-	6	-
3. Białostockie	138	1	396	5	7	62	-	57	1107	12	-	6	8
4. Bielskie	166	1	300	4	4	60	-	12	8	9	-	3	2
5. Bydgoskie	269	-	362	2	-	70	-	17	1666	15	-	22	-
6. Chełmskie	79	-	12	2	4	2	-	10	604	1	-	-	-
7. Ciechanowskie	119	-	77	8	8	1	-	3	228	6	-	2	-
8. Częstochowskie	138	-	186	4	2	87	-	8	199	6	-	7	1
9. Elbląskie	120	1	31	-	3	9	-	75	792	6	-	5	-
10. Gdańskie	270	-	677	7	17	72	-	31	2332	13	-	6	3
11. Gorzowskie	154	-	535	3	1	8	-	17	149	11	-	7	-
12. Jeleniogórskie	54	2	25	5	3	141	-	8	558	4	-	1	1
13. Kaliskie	150	-	282	4	1	37	-	26	1564	5	-	5	1
14. Katowickie	991	2	713	34	16	328	-	109	1073	34	-	-	-
15. Kieleckie	221	1	1192	3	2	112	-	20	194	20	1	34	12
16. Konińskie	125	-	79	-	-	41	-	6	758	11	-	6	-
17. Koszalińskie	198	-	250	2	15	13	-	15	371	18	-	2	9
18. M.krakowskie	161	1	165	12	1	57	-	8	4069	56	-	-	-
19. Krośnieńskie	49	2	45	1	-	1	-	11	33	22	-	4	-
20. Legnickie	79	-	85	3	1	13	-	9	391	6	-	-	-
21. Leszczyńskie	97	-	64	-	10	2	-	1	811	2	-	-	-
22. Lubelskie	182	-	28	8	3	15	-	29	575	4	-	11	-
23. Łomżyńskie	29	-	58	3	2	9	-	12	671	7	-	1	-
24. M.łódzkie	222	-	48	2	2	11	-	47	8343	13	-	11	3
25. Nowosądeckie	106	1	157	6	9	112	-	6	747	10	-	-	-
26. Olsztyńskie	131	1	108	2	3	6	-	34	3192	32	-	3	2
27. Opolskie	274	-	880	5	1	16	-	11	200	11	-	2	1
28. Ostrołęckie	40	-	16	2	-	5	-	19	1261	-	-	-	-
29. Piłskie	78	-	72	1	7	1	-	6	113	7	-	1	1
30. Piotrkowskie	132	-	71	4	5	9	-	10	839	16	-	2	-
31. Płockie	87	-	24	1	1	33	-	25	3120	4	-	-	-
32. Poznańskie	398	2	137	5	-	174	-	16	276	6	-	1	2
33. Przemyskie	38	-	81	1	2	6	-	2	127	5	-	8	9
34. Radomskie	114	-	5	3	8	32	-	19	123	-	-	9	-
35. Rzeszowskie	99	-	229	2	-	27	-	11	66	11	-	3	-
36. Siedleckie	68	-	27	2	17	16	-	10	394	5	-	4	-
37. Sieradzkie	42	-	15	-	-	31	-	1	243	6	-	-	-
38. Skierniewickie	69	-	39	5	4	2	-	5	139	8	-	1	-
39. Słupskie	140	-	100	1	87	13	-	18	1297	3	-	8	-
40. Suwalskie	62	1	54	7	5	21	-	23	1383	20	-	5	7
41. Szczecińskie	177	-	97	4	5	29	-	30	8793	17	-	2	-
42. Tarnobrzesckie	116	-	18	2	-	19	-	24	56	16	-	7	7
43. Tarnowskie	46	-	230	2	2	25	-	4	845	18	-	7	-
44. Toruńskie	97	-	47	2	3	29	-	41	135	18	-	1	-
45. Wałbrzyskie	136	-	146	2	4	13	-	15	482	2	-	19	-
46. Włocławskie	78	-	5	2	1	74	-	7	1003	11	-	3	1
47. Wrocławskie	329	1	204	5	9	90	-	15	3811	21	-	1	-
48. Zamojskie	21	-	2	-	6	4	-	14	565	1	-	2	-
49. Zielonogórskie	141	1	312	2	1	19	-	8	2067	9	-	5	-

Chorzy nowozarejestrowani w poradniach gruźlicy i chorób płuc podległych Ministerstwu Zdrowia i Opieki Społecznej¹ w 1996 roku

(dane Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc)

Województwo (St.- stołeczne M.- miejskie)	Wszystkie postacie gruźlicy	
	ogółem	w tym BK+
POLSKA	14956	7921
1. St. Warszawskie	1129	525
2. Białkopodlaskie	123	62
3. Białostockie	236	134
4. Bielskie	382	166
5. Bydgoskie	289	179
6. Chełmskie	98	77
7. Ciechanowskie	248	115
8. Częstochowskie	273	171
9. Elbląskie	240	102
10. Gdańskie	507	273
11. Gorzowskie	159	74
12. Jeleniogórskie	246	115
13. Kaliskie	257	111
14. Katowickie	1824	871
15. Kieleckie	560	259
16. Konińskie	186	112
17. Koszalińskie	166	73
18. M.krakowskie	336	240
19. Krośnieńskie	210	115
20. Legnickie	164	125
21. Leszczyńskie	84	48
22. Lubelskie	473	259
23. Łomżyńskie	139	59
24. M.łódzkie	455	237
25. Nowosądeckie	278	166
26. Olsztyńskie	223	112
27. Opolskie	369	240
28. Ostrołęckie	170	42
29. Piłskie	101	51
30. Piotrkowskie	294	164
31. Płockie	216	129
32. Poznańskie	346	239
33. Przemyskie	146	96
34. Radomskie	318	193
35. Rzeszowskie	311	160
36. Siedleckie	407	232
37. Sieradzkie	176	115
38. Skierniewickie	186	92
39. Słupskie	125	68
40. Suwalskie	149	83
41. Szczecińskie	287	177
42. Tarnobrzeskie	243	124
43. Tarnowskie	249	111
44. Toruńskie	242	125
45. Wałbrzyskie	352	138
46. Włocławskie	164	94
47. Wrocławskie	390	233
48. Zamojskie	226	148
49. Zielonogórskie	204	87

¹ Bez PKP, MON i MSW.

Zachorowania na grypę w Polsce

Na początku marca (3-9.03.br.) w całym niemal kraju nastąpił kolejny blisko 2-krotny spadek zachorowań w stosunku do tygodnia poprzedniego. Zarejestrowano niecałe 34.000 zachorowań, a zapadalność była rzędu 87/100 tys. ludności.

W woj. zamojskim nie zgłoszono ani jednego zachorowania, a w kilku województwach zapadalność była niższa niż 10/100 tys.

Najwyższą zapadalność - 431/100 tys. odnotowano w woj. szczecińskim. Natomiast w niektórych Terenowych Stacjach Sanitarno-Epidemiologicznych północno-wschodniej Polski zapadalność była blisko 10-krotnie wyższa niż średnia w kraju. I tak, w TSSE Węgorzewo (suwalskie) - 826/100 tys., a w TSSE Kętrzyn (olsztyńskie) - 785/100 tys.

O tym, że jeszcze nie można mieć pewności czy grypa nie wróci, może świadczyć sytuacja w woj. krakowskim. Zarejestrowano tam trzykrotny wzrost zachorowań w stosunku do tygodnia poprzedniego. Pamiętać należy, że w tym właśnie województwie grypa pojawiła się w obecnym sezonie najwcześniej i na początku roku rejestrowano tam najwyższą zapadalność.

lek.med. Joanna Galimska
Naczelnik Wydziału Przeciwepidemicznego w MZiOŚ

Śmiertelny przypadek malarii lotniskowej w Szwajcarii

Jak donosi "Weekly Epidemiological Record" (1996,47, 358) w dniu 16 lipca 1996 r. w szpitalu kantonalnym w Genewie zmarł 54-letni mężczyzna na malarię wywołaną przez *Pl.falciparum*. Choroba trwała zaledwie kilka dni i rozpoczęła się od objawów grypopodobnych. Przy przyjęciu do szpitala stwierdzono u chorego wysoką gorączkę i tremor, następnie pojawiły się napady drgawek, wstrząs, niedokrwiłość z trombocytopenią oraz niewydolność nerek. Pacjent zmarł w dwa dni po przyjęciu do szpitala pomimo właściwego leczenia dożylnego chininą. Dochodzenie epidemiologiczne wykluczyło możliwość zakażenia w czasie podróży zagranicznej, przy transfuzji krwi oraz stosowaniu narkotyków. Ponieważ zmarły zamieszkiwał w odległości około 2.500 metrów od genewskiego lotniska Cointrin istnieje duże prawdopodobieństwo, że zakażenie nastąpiło przy ukąszeniu przez komara zawleczony z terenów endemicznych.

Jak dotychczas w Szwajcarii zanotowano dziewięć przypadków malarii lotniskowej, w tym 4 przypadki wokół lotniska w Zurichu w latach 1970-1972 oraz 5 przypadków na terenach przylegających do lotniska w Genewie w 1989 roku.

Wojciech Żabicki

Grypa w świecie w sezonie 1995-1996 (1 październik 1995 - 30 wrzesień 1996)

W sezonie 1995-1996 występowała na świecie prawie wyłącznie grypa typu A zarówno podtypu H1N1 jak i H3N2, ale zgłaszano również sporadycznie przypadki grypy typu B. W pierwszej połowie sezonu Północna Ameryka, Japonia i część Europy zgłaszała głównie grypę A(H1N1),

ale gdzie indziej, a szczególnie w drugiej części sezonu dominował podtyp A(H3N2).

Wirusy grypy w październiku 1995 r. izolowano głównie od sporadycznych przypadków. W listopadzie zaczęto zgłaszać lokalne epidemie lub większą aktywność grypy. W grudniu i na początku stycznia, sezon grypowy zaczął się kończyć na półkuli północnej. Przypadki grypy zgłaszano jednak nadal w lutym i marcu, a wirusy grypy izolowano w niektórych krajach w ciągu miesięcy letnich. Na półkuli południowej sezon grypowy rozpoczął się pod koniec maja, osiągnął szczyt w czerwcu i lipcu, aby zakończyć się w sierpniu i wrześniu.

W pierwszej połowie sezonu grypa atakowała głównie młodsze grupy wieku. Wiele epidemii w szkołach spowodowało wysoką absencję i pociągnęło za sobą zamknięcie części szkół. Ludzie starsi chorowali relatywnie rzadziej. Jednak w drugiej połowie sezonu donoszono z Kolumbii i Nowej Zelandii o wyjątkowo dramatycznej epidemii grypy we wszystkich grupach wieku. Ogółem grypę w ciągu tego sezonu określono jako średnio ciężką.

Afryka. Sześć krajów/obszarów afrykańskich zgłaszało grypę do WHO w sezonie 1995-1996: Madagaskar, Reunion, Senegal, Południowa Afryka, Tunezja i Zambia. Najczęściej występowała grypa A(H3N2), chociaż zgłaszano również grypę A(H1N1) i B. Grypa A(H3N2) spowodowała epidemie na Madagaskarze w październiku 1995 r. oraz w czerwcu i lipcu 1996 r. W Tunezji, w połowie stycznia wystąpiła epidemia grypy A(H3N2), nie notowanej w kraju od 2 sezonów. Zachorowania występowały także w lutym i w pierwszym tygodniu marca, ale były spowodowane głównie wirusami grypy A(H1N1). Sezon w Afryce Południowej rozpoczął się w czerwcu w Natalu, lokalnymi epidemiami grypy A(H1N1). Wiele przypadków grypy A(H3N2) zgłoszono w lipcu i sierpniu. W Zambii, od czerwca do końca września stwierdzano jednoczesne krążenie wirusów grypy A(H1N1) i B. Surveillancje grypowej w Senegalu pozwolił na wykrycie sporadycznych przypadków grypy B w grudniu 1995 r. i sporadyczne przypadki grypy A(H3N2) w czerwcu 1996 r. Epidemie chorób grypopodobnych zgłaszano z Zairu od września do listopada 1995 r. i z Ghany w maju 1996 r., ale nie było potwierdzeń laboratoryjnych.

Ameryka Północna. Aktywność grypy w Kanadzie i USA wzrastała w ciągu października i grudnia 1995 r. W Kanadzie tygodniowa liczba laboratoryjnie potwierdzonych przypadków osiągnęła szczyt w połowie grudnia, ale liczne przypadki były też diagnozowane przez pierwsze 4 miesiące 1996 r., a sporadyczne przypadki były wykrywane aż do sierpnia. Grypa szerzyła się we wszystkich stanach USA, osiągając szczyt epidemiczny w grudniu i na początku stycznia. W pierwszym tygodniu stycznia 36 stanów zgłaszało epidemie grypy. Umieralność z powodu grypy i zapaleń płuc osiągnęła szczyt w trzecim tygodniu stycznia.

W Kanadzie i USA na początku sezonu występowała głównie grypa A. Po opadnięciu fali epidemicznej zaczęto rejestrować również grypę B. Wśród wirusów grypy A dominował podtyp H1N1. W Kanadzie 90% izolacji dotyczyło podtypu H1N1, a 9% - H3N2. W miarę rozwoju sezonu w USA w niektórych regionach zaczął dominować podtyp H3N2. Grypa B zaczęła występować częściej pod koniec sezonu i wraz z grypą A(H3N2) powodowała zachorowania do września 1996 r. Część epidemii wywołanych grypą A(H3N2) wystąpiła w USA w czerwcu i lipcu 1996 r. Wirus grypy A(H1N1) był także izolowany w Meksyku w listopadzie 1995 r.

Ameryka Środkowa i Południowa. Raporty o wzmożonej aktywności grypy nadeszły z Argentyny, Brazylii, Chile, Kolumbii, Kuby, Gujany Francuskiej i Jamajki. Wirusy grypy izolowano także w Peru, Urugwaju i Wenezueli. Epidemia grypy wystąpiła po raz pierwszy od 10 lat w Gujanie Francuskiej. Rozpoczęła się w połowie stycznia i trwała przez luty. Dominował podtyp A(H1N1), ale w lutym rozpoznawano także grypę A(H3N2) i B. Kolumbia zgłosiła największą epidemii grypy od czasów pandemii z lat 1968-1969.

W czasie tego sezonu na półkuli południowej epidemie wystąpiły w Argentynie, Brazylii i Chile. W kilkunastu miastach w Argentynie w lipcu i sierpniu wystąpiły epidemie grypy A(H3N2). W Brazylii w kwietniu i czerwcu wystąpiły epidemie grypy A(H3N2) oraz sporadyczne przypadki grypy A(H1N1). W Chile oba podtypy grypy A stwierdzano od maja do sierpnia. Izolowane wirusy w innych krajach Środkowej i Południowej Ameryki miały podobne cechy. Wirusy grypy A(H3N2) izolowano na Kubie, w Peru i Urugwaju, a A(H1N1) - w Wenezueli.

Azja. Grypę zgłaszały Chiny, Hong Kong, Iran, Izrael, Japonia, Maleszja, Korea, Singapur, Tajlandia i Turcja.

Wschodnia Azja. W północno-wschodniej części Chin grypa szerzyła się od końca grudnia do lutego, chociaż później też występowały epidemie w dużych miastach. W części południowej sezon grypowy, który zwykle zaczynał się w maju, rozpoczął się w połowie marca 1996 r. Najczęściej izolowano wirusy grypy A(H3N2). Większość zachorowań wystąpiła w szkołach. Niespodziewanie epidemia grypy wystąpiła w Hong Kongu w lutym i czerwcu. W Japonii z kolei cały kraj objęła epidemia grypy A(H1N1). Na koniec grudnia 33 z 46 prefektur potwierdziło laboratoryjnie grypę. Pewna liczba przypadków grypy A(H3N2) i B była także zgłoszona. W Korei w październiku i listopadzie zgłaszano grypę A(H1N1).

Południowo-wschodnia Azja. Wzrost liczby zachorowań na choroby górnych dróg oddechowych wystąpił w zachodniej części Indii w styczniu i lutym. Izolowano wirus A(H3N2). W Maleszji w październiku i maju izolowano wirusy grypy A. W Singapurze w październiku i grudniu dominowały wirusy grypy A(H3N2). W Tajlandii izolowano oba podtypy grypy A oraz wirusy grypy B.

Zachodnia Azja. Ciężka epidemia grypy w całej populacji, we wszystkich grupach wieku wystąpiła w Iranie w listopadzie 1995 r. W Izraelu grypa osiągnęła szczyt aktywności w grudniu. Najczęściej izolowano wirusy A(H3N2), ale także A(H1N1) i B. Epidemia skończyła się pod koniec stycznia. W Turcji izolowano wirusy grypy B.

Europa. Liczba krajów zgłaszających laboratoryjnie potwierdzone przypadki grypy wzrosła znacząco w listopadzie, osiągając szczyt w grudniu, głównie w krajach zachodniej i północnej Europy. Sezon w Europie wschodniej osiągnął szczyt pod koniec stycznia. Na ogół dominowała grypa A(H3N2) ale grypa A(H1N1) była główną przyczyną epidemii w południowej Francji i Szwajcarii. Wirusy obu podtypów krążyły jednocześnie w wielu krajach. Wirusy grypy B wykrywano sporadycznie, ale liczba izolacji wzrosła pod koniec sezonu.

Europa Zachodnia. Po pierwszych doniesieniach o sporadycznych przypadkach w Belgii, Francji, Islandii, Portugalii i Wielkiej Brytanii grypa szerzyła się w tych krajach, a także w Finlandii, Niemczech, Irlandii, Włoszech, Holandii, Norwegii, Hiszpanii, Szwecji i Szwajcarii w ciągu listopada. W Austrii i Szwajcarii aktywność grypy osiągnęła

szczyt w grudniu. Zachorowania były nadal zgłaszane w styczniu we Włoszech i Finlandii. W Grecji epidemia rozpoczęła się w styczniu.

Europa Wschodnia. Zachorowania na grypę zgłaszała Albania, Białoruś, Bułgaria, Chorwacja, Czechy, Kazachstan, Litwa, Polska, Rumunia, Rosja, Słowacja i dawna Jugosławia. Pierwsze potwierdzone zachorowania zgłoszono w październiku z Czech i Słowacji. Litwa, Polska i Rosja zgłosiły pierwsze izolacje w listopadzie, a pozostałe kraje w grudniu. Ogólnie większość krajów zgłaszała szczyt aktywności grypy w grudniu i styczniu. Dominowała grypa A(H3N2). Jednakże w Rumunii najwięcej było izolacji wirusa grypy B, a w Rosji A(H1N1). W Czechach i Rumunii epidemia była bardziej ciężka niż w 5 poprzednich sezonach.

Oceania. Szczególnie ciężka epidemia grypy A(H3N2) wystąpiła w Nowej Zelandii. Była to największa epidemia od 1990 roku. Ten sam podtyp wirusa dominował w Australii i Nowej Kaledonii. W Nowej Zelandii i Australii epidemia rozpoczęła się w maju i trwała do sierpnia. Zgłaszano powikłania głównie u małych dzieci.

*na podstawie "Wkly Epid.Rec." (1997,7,41-48)
opracowała Halina Rudnicka*

Ponowna koncentracja wysiłków nad szczepionką przeciw gruźlicy i podstawowe kierunki badań rozwojowych

Obecne standardowe szczepionki przeciw gruźlicy są w użyciu od ponad siedemdziesięciu lat i są uważane za jedne z najbezpieczniejszych, najtańszych, najpowszechniej stosowanych immunopreparatów gdyż w 1995 roku szczepieniem BCG w świecie objęto prawie 90% dzieci. Szczepionka BCG nadal wykazuje skuteczne działanie chroniące przed najcięższymi postaciami choroby w dzieciństwie, ale jej efektywność u dorosłych jest oceniana w granicach od 0 do 80%. Równocześnie zachorowania na gruźlicę u dorosłych stanowią większość rejestrowanych przypadków gruźlicy oraz zgonów. W związku z tym w kierownictwie WHO Global Tuberculosis Programme szacuje się, że obecne szczepionki BCG i potencjał lekowy umożliwiają opanowanie zaledwie 70% problemów gruźlicy w świecie. Ponadto ma się do czynienia z narastaniem lekooporności *Mycobacterium tuberculosis* i według danych szacunkowych około 50 mln ludzi jest zakażonych lekoopornymi szczepami. Prognozuje się, że do 2000 roku pandemia HIV spowoduje 1,4 mln dodatkowych zgonów z powodu gruźlicy.

W związku z powyższym w marcu 1995 roku w WHO w Amerykańskim Narodowym Instytucie Zdrowia oraz we Wspólnocie Europejskiej powstała koncepcja wypracowania skoordynowanej strategii prac nad szczepionką przeciw gruźlicy, ze szczególnym uwzględnieniem genetyki molekularnej. Równocześnie koncern Wellcome Trust zadeklarował kwotę 2 mln USD na prace badawcze nad sekwencjonowaniem genomu prątka gruźlicy.

W kwietniu 1996 r. w Genewie odbyło się posiedzenie Komitetu kierującego pracami badawczymi nad immunologią mykobakterii. Zgodnie z ustaleniami realizowane są cztery główne kierunki prac badawczych:

1. Selekcja genowa szczepów *M.tuberculosis* z usunięciem genów chorobotwórczych dla organizmu ludzkiego i innych, z pozostawieniem tych genów, które stanowią im-

munologicznie stymulujący potencjał i decydują o immunogenności drobnoustroju.

2. Rekonstrukcja genowa szczepów *Bacillus Calmette-Guérain*, które w trakcie laboratoryjnego pasażowania z podłoża na podłoże utraciły swoją toksycyzość i wirulencję.

3. Wykorzystanie do produkcji inaktywowanych szczepionek innych substancji białkowych wydalanych do podłoża przez hodowle szczepów *M.tuberculosis*.

4. Zastosowanie jako szczepionek genów *M.tuberculosis* kodujących antygeny wywołujące pamięć immunologiczną w organizmie gospodarza.

Komitet kierujący pracami badawczymi nad immunologią mykobakterii planuje również zajęcie się trudnym problemem dalszego postępowania ze szczepionkami po zakończeniu badań przedklinicznych i podejmowania decyzji o wdrażaniu badań na ludziach. Zakłada się, że idealna szczepionka przeciw gruźlicy podana po urodzeniu powinna zapewnić ochronę przed zachorowaniem do końca życia. Ze względów praktycznych badania nad nowymi szczepionkami będą musiały początkowo być prowadzone wśród młodzieży o dużym ryzyku zachorowania na gruźlicę. W badaniach epidemiologicznych będzie między innymi uwzględniona ocena zdolności stymulowania odporności w grupach szczepionych ludzi w porównaniu do grup nieszczepionych i narażonych na naturalne zakażenie. Takie badania prowadzone w trzeciej fazie oceny epidemiologicznej immunopreparatów są trudne organizacyjnie. Ze względu na powolny przebieg gruźlicy i małą częstość występowania choroby, która rzadko dotyczy ponad 0,1% ludności, badania epidemiologiczne trzeciej fazy muszą obejmować duże grupy ludności i być prowadzone przez szereg lat.

Komitet sterujący pracami badawczymi ustalił również potrzebę uzyskania zastępczych markerów ochronnej odporności. W grę wchodzi ustalenie wykrywalnych zmian immunologicznych, które na przykład występują w komórkach T i cytokinach i mogą wskazywać na nabycie odporności po szczepieniu. Zdaniem Komitetu do pełnych badań trzeciej fazy będą nadawały się wyłącznie te preparaty, które uzyskają najwyższe oceny przy wstępnym testowaniu markerami reakcji immunologicznej.

Niezbędne będzie również ustalenie standardów do badań na obecnie dostępnych modelach zwierzęcych z ustaleniem kryteriów oceny poziomu odporności, doboru gatunków zwierzęcych, ustalenie dawek, rodzaju szczepionek, dróg ich podawania itp.

Pomimo mnogości problemów wymagających rozwiązania członkowie Komitetu uważają, że są podstawy do przypuszczeń iż w ciągu najbliższych kilku lat będzie dostępna jedna lub kilka szczepionek, które w badaniach laboratoryjnych wykażą zdecydowaną wyższość nad szczepionką BCG.

*Na podstawie "Vaccine and Immunization News" z 1.06.1996 r.
opracował Wojciech Żabicki*

"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.