

Meldunek 4/A/97

o zachorowaniach na choroby zakaźne, zatruciach i zakażeniach szpitalnych zgłoszonych w okresie od 1.04 do 15.04.1997 r.

Jednostka chorobowa (symbole wg "Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych" ICD-10)	Meldunek 4/A		Dane skumulowane	
	1.04.97. do 15.04.97.	1.04.96. do 15.04.96.	1.01.97. do 15.04.97.	1.01.96. do 15.04.96.
Choroba wywołana przez ludzki wirus upośl.odp.: ogółem (B20-B24)	3	5	34	38
Dur brzuszny (A01.0)	-	-	-	1
Dury rzekome A.B.C. (A01.1-A01.3)	-	-	1	-
Salmonelozy: ogółem (A02)	708	583	3650	3495
Czerwonki: ogółem (A03; A06.0)	10	4	63	54
Biegunki u dzieci do lat 2 (A04; A08; A09)	1052	735	5747	4962
Tężec: ogółem (A33-A35)	1	-	5	1
Błonica (A36)	-	-	-	9
Krzusiec (A37)	32	16	189	68
Szkarlatyna /płonica/ (A38)	1249	1091	6869	7632
Zapalenie opon mózgowych: razem	108	98	739	779
w tym: meningokokowe (A39.0)	10	5	44	43
inne bakteryjne: ogółem (G00) ^a	43	54	349	384
wirusowe, określone i nie określone (A87; B00.3; B02.1)	47	33	278	298
inne i nie określone (G03)	8	6	68	54
Zapalenie mózgu: razem	17	13	114	105
w tym: meningokokowe i inne bakteryjne (A39.8; G04.2)	1	.	14	.
wirusowe, przenoszone przez kleszcze (A84) ^b	-	-	4	6
inne wirusowe: ogółem (A83;A85;A86;B00.4;B02.0;B25.8) ^c	11	4	46	39
poszczepienne (G04.0)	-	-	-	-
inne i nie określone (G04.8-G04.9) ^d	5	9	50	60
Riketsjozy: ogółem (A75-A79)	-	-	-	-
Ostre nagminne porażenie dziecięce (A80)	-	-	-	-
Ospa wietrzna (B01)	10198	4804	66657	45472
Odra (B05)	25	30	152	188
Różyczka: ogółem (B06; P35.0)	12122	4295	49559	20024
Wirusowe zap. wątroby: typu B (B16; B18.0-B18.1)	234	276	1441	1936
"nie B": ogółem (B15;B17;B18.2-B18.9;B19)	310	449	2628	4714
Świnka /nagminne zapalenie przyusznic/ (B26)	3071	1388	16884	12847
Włośnica (B75)	1	-	10	8
Świerzb (B86)	782	628	6102	6455
Grypa: ogółem (J10; J11)	5777	33087	1566248	2689963
Bakteryjne zatrucia pokarmowe: razem	823	686	4266	4027
w tym: salmonelozy (A02.0)	708	579	3640	3485
gronkowcowe (A05.0)	1	-	4	1
jadem kiełbasianym /botulizm/ (A05.1)	1	1	17	11
wywołane przez Cl.perfringens (A05.2)	-	-	-	-
inne określone i nie określone: ogółem (A05.3-A05.9)	113	106	605	530
Zatrucia naturalnie toksycznym pokarmem: ogółem (T62)	-	.	4	.
w tym: grzybami (T62.0)	-	2	2	14
Inne zatrucia: ogółem (T36-T60; T63-T65)	532	.	2690	.
w tym: pestycydami (T60)	1	3	18	15
lekami i preparatami farmakologicznymi (T36-T50)	307	.	1403	.
Zakażenia szpitalne - objawowe i bezobjawowe: ogółem	98	76	1011	845
w tym: na oddziałach noworodkowych i dziecięcych	43	39	369	166
następstwa zabiegów medycznych	32	26	194	260
wywołane pałeczkami Salmonella	4	3	110	138

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 1-15.04.1997 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)	Salmonelozy: 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	-	-	708	10	1052	1	32	1249	108	10	17	-
1. St.warszawskie	-	-	-	51	1	68	-	3	89	12	1	1	-
2. Białkopodlaskie	-	-	-	6	-	2	-	-	21	-	-	-	-
3. Białostockie	-	-	-	10	-	46	-	1	15	3	-	2	-
4. Bielskie	1	-	-	7	-	24	-	-	18	3	1	2	-
5. Bydgoskie	-	-	-	24	-	13	-	-	54	6	1	-	-
6. Chełmskie	-	-	-	4	-	26	-	1	10	1	-	-	-
7. Ciechanowskie	-	-	-	4	-	10	-	-	8	3	1	-	-
8. Częstochowskie	-	-	-	7	-	23	-	2	17	4	1	1	-
9. Elbląskie	-	-	-	14	1	22	-	-	18	3	1	-	-
10. Gdańskie	-	-	-	16	-	22	-	-	59	4	1	-	-
11. Gorzowskie	-	-	-	9	-	10	-	2	12	3	-	1	-
12. Jeleniogórskie	-	-	-	7	-	19	-	-	38	3	-	-	-
13. Kaliskie	-	-	-	12	-	18	-	1	31	1	-	-	-
14. Katowickie	-	-	-	26	1	77	-	2	123	1	-	-	-
15. Kieleckie	-	-	-	21	-	66	-	1	9	4	1	-	-
16. Konińskie	-	-	-	18	1	14	-	-	4	-	-	-	-
17. Koszalińskie	-	-	-	13	-	25	-	-	29	-	-	-	-
18. M.krakowskie	-	-	-	17	-	9	-	2	58	5	1	2	-
19. Krośnieńskie	-	-	-	17	-	14	-	-	19	-	-	-	-
20. Legnickie	1	-	-	13	-	17	-	1	21	-	-	-	-
21. Leszczyńskie	-	-	-	5	-	9	-	-	17	-	-	1	-
22. Lubelskie	-	-	-	6	-	27	-	-	36	2	-	-	-
23. Łomżyńskie	-	-	-	8	-	18	-	1	5	1	-	-	-
24. M.łódzkie	-	-	-	15	-	34	-	-	16	-	-	-	-
25. Nowosądeckie	-	-	-	4	-	17	-	1	7	5	-	-	-
26. Olsztyńskie	-	-	-	31	1	63	-	-	23	2	-	-	-
27. Opolskie	-	-	-	6	-	13	-	-	33	2	-	-	-
28. Ostrołęckie	-	-	-	7	1	14	-	-	17	-	-	-	-
29. Piłskie	-	-	-	18	-	9	-	-	11	-	-	1	-
30. Piotrkowskie	-	-	-	21	-	6	-	-	25	-	-	-	-
31. Płockie	-	-	-	6	-	9	-	2	7	1	-	1	-
32. Poznańskie	-	-	-	36	-	48	-	4	73	6	-	1	-
33. Przemyskie	-	-	-	13	1	19	-	1	7	2	-	-	-
34. Radomskie	-	-	-	3	-	28	-	-	10	-	-	1	-
35. Rzeszowskie	-	-	-	4	-	8	-	-	32	4	1	1	-
36. Siedleckie	-	-	-	13	2	34	-	1	2	1	-	-	-
37. Sieradzkie	-	-	-	7	-	9	-	-	6	1	-	-	-
38. Skierniewickie	-	-	-	15	-	4	-	-	10	1	-	-	-
39. Słupskie	-	-	-	4	-	26	-	-	20	-	-	-	-
40. Suwalskie	-	-	-	12	-	18	-	-	14	1	-	1	-
41. Szczecińskie	1	-	-	15	-	11	-	1	27	5	-	-	-
42. Tarnobrzeskie	-	-	-	20	-	20	-	-	39	2	-	-	-
43. Tarnowskie	-	-	-	9	-	11	-	-	20	1	-	1	-
44. Toruńskie	-	-	-	32	-	15	-	-	8	2	-	-	-
45. Wałbrzyskie	-	-	-	7	-	11	1	-	13	4	-	-	-
46. Włocławskie	-	-	-	12	-	11	-	2	17	2	-	-	-
47. Wrocławskie	-	-	-	38	-	15	-	3	67	4	-	-	-
48. Zamojskie	-	-	-	7	1	8	-	-	13	1	-	-	-
49. Zielonogórskie	-	-	-	38	-	12	-	-	21	2	-	-	-

Zachorowania zgłoszone w okresie 1-15.04.1997 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	10198	25	12122	234	310	3071	1	782	5777	823	-	532	98
1. St.warszawskie	660	-	205	12	8	216	-	1	120	51	-	15	3
2. Białkopodlaskie	97	-	60	1	12	3	-	39	-	6	-	2	-
3. Białostockie	144	-	764	2	6	76	-	28	353	10	-	4	2
4. Bielskie	167	5	398	5	3	72	-	8	1	9	-	10	6
5. Bydgoskie	296	-	422	4	-	60	-	19	118	33	-	4	-
6. Chełmskie	30	-	16	6	1	2	-	9	-	4	-	-	-
7. Ciechanowskie	84	-	64	2	4	-	-	-	-	5	-	-	-
8. Częstochowskie	279	1	205	2	1	120	-	29	12	7	-	10	2
9. Elbląskie	149	-	49	5	5	43	-	45	2	16	-	4	-
10. Gdańskie	418	1	1128	5	21	175	-	16	158	20	-	15	2
11. Gorzowskie	193	-	507	-	1	8	-	8	44	9	-	14	4
12. Jeleniogórskie	86	1	104	3	1	90	-	1	124	7	-	2	1
13. Kaliskie	231	1	639	5	-	69	-	12	53	12	-	8	3
14. Katowickie	1495	3	1152	27	18	532	-	76	65	30	-	5	-
15. Kieleckie	266	-	443	7	9	188	-	15	9	34	-	34	25
16. Konińskie	109	-	165	2	-	40	-	3	14	18	-	7	-
17. Koszalińskie	294	-	366	2	13	16	-	13	-	18	-	4	2
18. M.krakowskie	276	-	324	18	7	114	-	9	334	28	-	4	-
19. Krośnieńskie	68	-	96	2	-	7	-	1	4	19	-	16	-
20. Legnickie	100	-	178	3	1	31	-	19	-	14	-	-	-
21. Leszczyńskie	140	-	111	3	7	1	-	3	-	5	-	2	-
22. Lubelskie	234	-	67	6	6	23	-	15	-	6	-	7	-
23. Łomżyńskie	25	-	163	2	-	18	-	13	6	8	-	-	-
24. M.łódzkie	317	-	71	10	2	9	-	27	414	17	-	231	3
25. Nowosądeckie	168	1	247	6	10	151	-	7	30	4	-	-	-
26. Olsztyńskie	171	-	110	1	3	3	-	39	365	32	-	2	-
27. Opolskie	419	-	1212	9	4	39	-	10	61	8	-	6	-
28. Ostrołęckie	42	-	93	2	1	7	-	8	-	7	-	2	-
29. Piłskie	122	1	65	2	5	21	-	1	15	18	-	1	6
30. Piotrkowskie	171	-	47	1	3	22	-	16	-	21	-	15	13
31. Płockie	157	-	37	7	2	39	-	17	138	6	-	2	-
32. Poznańskie	455	-	190	6	8	253	-	17	289	36	-	1	2
33. Przemyskie	84	1	73	-	1	4	-	18	-	13	-	6	-
34. Radomskie	104	-	70	7	-	39	-	14	-	3	-	6	-
35. Rzeszowskie	130	2	245	-	1	20	-	5	-	5	-	7	-
36. Siedleckie	86	-	93	3	5	48	-	8	-	15	-	8	-
37. Sieradzkie	57	-	7	2	1	47	-	1	2	7	-	2	-
38. Skierniewickie	171	-	31	4	4	8	-	15	-	15	-	2	-
39. Słupskie	282	2	213	5	65	13	-	15	41	4	-	7	-
40. Suwalskie	99	2	144	2	25	24	1	22	118	17	-	3	13
41. Szczecińskie	207	2	144	7	10	70	-	11	1039	48	-	8	-
42. Tarnobrzesckie	159	-	48	8	1	25	-	9	-	20	-	5	6
43. Tarnowskie	55	-	282	2	3	69	-	4	67	9	-	11	-
44. Toruńskie	78	-	65	1	13	25	-	37	-	35	-	-	-
45. Wałbrzyskie	192	-	169	13	1	18	-	15	-	7	-	16	2
46. Włocławskie	109	-	18	2	1	90	-	52	-	18	-	12	3
47. Wrocławskie	305	-	342	5	13	100	-	11	417	40	-	1	-
48. Zamojskie	29	2	29	-	3	2	-	13	-	11	-	6	-
49. Zielonogórskie	188	-	451	5	1	21	-	8	1364	38	-	5	-

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

W marcu 1997 r. do Zakładu Epidemiologii PZH zgłoszono nowo wykryte zakażenie HIV 63 obywateli polskich, w tym 38 zakażonych w związku z używaniem narkotyków.

Obecność przeciwciał anti-HIV potwierdzono w Zakładzie Laboratoryjno-Doświadczalnym Instytutu Wenerologii w Warszawie, w Wojewódzkiej Przychodni Dermatologicznej w Katowicach, w Pracowni Bakteriologicznej Katedry i Kliniki Chorób Zakaźnych Collegium Medicum UJ w Krakowie, w Specjalistycznym Dermatologicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Łodzi, w Laboratorium Kliniki Chorób Zakaźnych AM we Wrocławiu i w Zakładzie Transfuzjologii i Transplantologii CSK WAM w Warszawie.

Odnotowano zachorowania na AIDS trzech kobiet (dwóch narkomanek i jednej bez informacji o drodze zakażenia) oraz dwóch mężczyzn (narkomana i homoseksualisty).

Chorzy byli w wieku od 30 do 57 lat. Mieli stałe miejsce zamieszkania w następujących województwach: po dwóch w woj. st. warszawskim i bydgoskim, jeden w woj. kieleckim.

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 trzech przypadkach podano liczbę komórek CD4 (od 160 do 276/μL).

Od wdrożenia badań w 1985 r. do 31 marca 1997 r. stwierdzono zakażenie HIV 4.548 obywateli polskich, wśród których było co najmniej 3.037 zakażonych w związku z używaniem narkotyków.

Ogółem odnotowano 502 zachorowania na AIDS; 308 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 kolejnych tygodniach marca utrzymywała się tendencja spadkowa zachorowań na grype. W okresie 10-16.03. zachorowało niecałe 19.000 osób, a zapadalność była rzędu 49/100 tys. ludności.

W następnym tygodniu 17-23.03. chorowało niewiele ponad 13.000 osób, a zapadalność spadła do 35/100 tys.

W kilkunastu województwach nie rejestrowano ani jednego zachorowania. Trudno przypuszczać, żeby zachorowania wzrosły wcześniej niż na jesieni - czyli w nowym sezonie grypowym. W tej sytuacji zrezygnowano ze zbierania tygodniowych meldunków o zachorowaniach.

lek.med. Joanna Galimska
Naczelnik Wydziału Przeciwepidemicznego w MZiOŚ

Cholera w Afryce w latach 1970-1996

Cholera wtargnęła do Afryki w 1970 r. - epidemia wywołana *V.cholerae* O1, biotyp El Tor, serotyp Ogawa wystąpiła w Gwinei i stąd stopniowo rozszerzyła się na prawie cały kontynent. Szerzyła się głównie wzdłuż terenów nadbrzeżnych, a w interiorze wzdłuż rzek i dróg. Liczba krajów zgłaszających zachorowania na cholere wahała się od 11 do 21 rocznie, śmiertelność utrzymywała się w granicach od 4 do 12%. Wraz ze wzrostem liczby krajów w których występowała cholera było oczywiste, że Afryka stała się terenem endemicznym cholery. Od 1982 r. największa liczba zachorowań na cholere przypadała na Afrykę.

W 1991r. zaznaczył się gwałtowny wzrost zachorowań na cholere w Afryce. Wystąpiła duża epidemia w Czadzie i w Zambii - zarejestrowano ponad 13.000 przypadków i wysoką śmiertelność. Najwięcej cholera dotknęła Nigerię, gdzie epidemie wystąpiły w 14 z 21 stanów i zachorowało 59.748 osób, a zmarło 7.654. Ogółem w tym roku w 20 krajach Afryki zarejestrowano 153.367 przypadków i 13.998 zgonów. Kraje wolne kilka lat od cholery, w 1991 r. zostały ponownie objęte epidemią. Do tej sytuacji przyczyniły się: susza, masowe przenoszenie się ludności i przeludnienie niektórych terenów objętych niepokojami społecznymi, brak wody i urządzeń sanitarnych. Śmiertelność w Afryce (13%) była znacznie wyższa niż w tym samym roku w Amerykach (poniżej 1%), gdzie w 1991 r. zachorowało 391.220 osób.

W 1992 r. zarejestrowano w Afryce 91.081 zachorowań i 5.291 zgonów z powodu cholery. Najwięcej, bo ok. 10 tys. przypadków, w Mozambiku, Zjednoczonej Republice Tanzanii i Zambii. W 1993 r. zarejestrowano 76.713 przypadków i 2.532 zgony. Najwięcej w Dżibuti, Malawi i Mozambiku, co oznaczało spadek zachorowań w stosunku do 1992 r. o 16% i o 52% liczby zgonów.

W 1994 r. cholera objęła największy obszar Afryki w czasie tej pandemii - z 28 krajów zgłoszono 161.983 zachorowania, co oznaczało wzrost o 111% powyżej poziomu zarejestrowanego w 1993 r. Miało to związek z przemieszczeniem się ok. 700.000 uchodźców z Rwandy do obozów w Goma. Ogółem zgłoszono tam 58.057 przypadków zachorowań i 4.181 zgonów. Dzięki medycznej pomocy międzynarodowej obniżono tam śmiertelność z 22% do 3-5%. Poza tym terenem duże epidemie wystąpiły w Gwinei - 34.415 zachorowań, Gwinei Bissau - 15.296, Somalii - 27.904 i Sierra Leone - 9.709.

W 1995 r. liczba zarejestrowanych w Afryce przypadków zmniejszyła się w porównaniu do 1994 r. o około 44%, chociaż na terenie Burundi, Cape Verde i Liberii zaobserwowano wzrost zachorowań.

W 1996 r. (do grudnia) zarejestrowano 84.976 zachorowań na cholere w 26 państwach, w tym po 10 tys. i więcej przypadków w Somalii, Senegalu i Nigerii. W Mauretanii, wolnej od cholery od wielu lat, w 1996 r. zanotowano 804 zachorowania i 49 zgonów.

Interesujące jest spostrzeżenie, że w ciągu ostatnich 5 lat cholera szerzyła się z południa kontynentu do centralnej części i wreszcie od 1995 r. do Zachodniej Afryki. W ostatnich 2 latach liczba zachorowań w Zachodniej Afryce znacznie wzrosła - stanowiła dwie trzecie wszystkich zachorowań i ponad 70% wszystkich zgonów.

W 1996 r. cholera występowała w 13 z 16 krajów Afryki Zachodniej - w 1993 r. tylko w 6 krajach. W porównaniu do 1993 r. liczba zachorowań wzrosła 6-krotnie.

Spadek liczby zachorowań w południowej części Afryki z ok. 57.000 do poniżej 1.500 przypadków należy wiązać z działaniem przeciwepidemicznym, wspomaganym przez ŚOZ i inne agencje współpracujące.

Na zakończenie należy zaznaczyć, że dotychczas do Afryki nie dotarł nowy czynnik etiologiczny cholery - przeciwcinkowiec cholery grupy serologicznej 0139, ale ryzyko wystąpienia w Afryce epidemii wywołanych przez ten przeciwcinkowiec istnieje.

*na podstawie "Wkly Epid.Rec."(1997,13,89-92)
opracowała D.Naruszewicz-Lesiuk*

Odra w Brazylii - rodzima czy importowana?

W dniu 24 września 1996 r. stanowe władze zdrowia Santa Caterina zostały powiadomione o podejrzeniu odry u 32-letniej kobiety, która 22 września była badana przez lekarza z powodu gorączki, wysypki i kaszlu. Lekarz początkowo rozpoznał odczyn alergiczny. W dwa dni później pacjentka zgłosiła się ponownie tym razem z 6-miesięcznym wnukiem mającym podobne jak u niej objawy i u którego lekarz pediatra rozpoznał odrę.

Ponieważ u chorej objawy nasiliły się, hospitalizowano ją z rozpoznaniem - odra i zapalenie płuc. W obu tych przypadkach wykryto w surowicy krwi przeciwciała odrowe w klasie IgM. Wynik badania potwierdzono w teście chwywania przeciwciał w klasie IgM, w laboratorium odrowym w Rio de Janeiro.

Wywiad epidemiologiczny w miejscu zamieszkania chorej doprowadził do wykrycia źródła zakażenia - był to 19-letni chrześniak chorej, pracownik stacji benzynowej, który przebył chorobę gorączkową z wysypką, jaka pojawiła się 6 września. W pobranej próbce krwi stwierdzono przeciwciała odrowe w klasie IgM. Nie ustalono źródła zakażenia chłopca.

Szerokie dochodzenie przeprowadzone w 18 obwodach (Counties) Santa Caterina w okresie od września do grudnia 1996 r. wykryło 58 przypadków podejrzenia odry, z których 24 (41,4%) potwierdzono - 23 laboratoryjnie i 1 epidemiologicznie (powiązane z przypadkiem potwierdzonym laboratoryjnie). Ostatni potwierdzony przypadek wystąpił 18 grudnia 1996 r. (data pojawienia się wysypki).

Pobrano od kilku podejrzanych chorych próbki moczu do badań wirusologicznych - z dwóch próbek izolowano wirus odry. Dalsze badania wirusologiczne przeprowadzono w laboratorium CDC w Atlancie. Okazało się, że sekwencje nukleotydów wirusów izolowanych od chorych w Santa Caterina są podobne do wirusów krążących w ostatnich latach w Europie i to przemawia za importowanym źródłem zakażenia.

Wśród potwierdzonych laboratoryjnie przypadków, 4 chorych (17,4%) miało w wywiadzie przebyte szczepienia pw. odrze - przy czym 2 chorych było szczepionych na miesiąc przed wystąpieniem wysypki. Pozostali chorzy nie byli szczepieni. W związku z tym przeprowadzono akcje sprawdzania stanu zaszczepienia dzieci i młodzieży i uzupełnienia szczepień m.in. uczniów, studentów, jak również dzieci z ubogich dzielnic.

Ponadto zorganizowano informacyjne posiedzenie personelu medycznego i wykłady dla pediatrów w celu przedstawienia planu eradykacji odry w Brazylii.

Z komentarza redakcyjnego wynika, że epidemia w

Santa Caterina była największą epidemią w Brazylii w ciągu ostatnich ponad 2 lat. W 1995 r. wykryto zaledwie 13 przypadków odry potwierdzonych laboratoryjnie, natomiast przed akcją masowych szczepień w 1991 r. zarejestrowano w Brazylii 30 tys. zachorowań na odrę.

Jak długo wirus odry krąży gdziekolwiek na świecie, Brazylia i inne kraje Ameryki są narażone na importowanie tego wirusa. Jediną drogą do zapobieżenia zawlekaniu zakażeń do krajów wolnych od odry jest eradykacja odry na świecie i jest to cel możliwy do osiągnięcia.

*na podstawie "EPI Newsletter" (1997,1,1-3)
opracowała D.Naruszewicz-Lesiuk*

Pośmiertnie rozpoznany zgon amerykańskiego turysty na żółtą gorączkę

Jak donosi "Weekly Epidemiological Record" (1996,45, 342-343) w dniu 22 sierpnia 1996 r. w Knoxville w stanie Tennessee (USA) zmarł na żółtą gorączkę amerykański turysta po powrocie z indywidualnego wyjazdu do Brazylii.

Przypadek dotyczy 42-letniego mężczyzny, który przed zachorowaniem przebywał 10 dni w głębi Brazylii w dorzeczu Negro w rejonie Manaus. Następnego dnia po powrocie do USA, to jest 9 sierpnia 1996 r., człowiek ten zachorował z objawami podwyższonej temperatury, ciężkiej myalgii i bólów głowy. Podejrzewając gorączkę denga zgłosił się następnego dnia do lekarza rejonowego, który odesłał pacjenta do domu. Około 14 sierpnia pacjenta hospitalizowano w Uniwersyteckim Ośrodku Klinicznym stanu Tennessee w Knoxville. Badania przeprowadzone w kierunku wirusowego zapalenia wątroby wypadły ujemnie. Równocześnie podjęto badania w kierunku leptospirozy w innym laboratorium usługowym, skąd nie uzyskano wyników badań. W międzyczasie ustalono, że chory nie był szczepiony przeciw żółtej gorączce.

Pacjent zmarł 22 sierpnia 1996 r. i w związku z tym surowicę chorego oraz próbki tkanek przekazano do badań wirusologicznych w Centres for Disease Control and Prevention w Fort Collins (Colorado). Materiał inokulowano na hodowlę tkankową z komórkami AP/61, które mogły zapewnić uzyskanie izolatu dającego się określić jako szczep wirusa żółtej gorączki badaniem immunofluorescencyjnym oraz przeciwciałami monoklonalnymi. W kolejnym etapie badania wirusologicznego ustalono, że izolowany szczep stanowił dziki typ południowo amerykańskiego wirusa żółtej gorączki. U zmarłego stwierdzono również przeciwciała dla wirusa żółtej gorączki w klasie IgM i IgG w odczynie ELISA oraz w odczynie neutralizacji.

W komentarzu do opublikowanej informacji podkreśla się, że wcześniej, to jest w kwietniu 1996 r., w Szwajcarii zmarła również na żółtą gorączkę nie szczepiona osoba, która wyjeżdżała do Brazylii w dorzecze Amazonki.

Wojciech Żabicki

Szpitalne ognisko listeriozy w Australii

W "Communicable Diseases Intelligence" (1996,21,465) opisano ognisko listeriozy, które wystąpiło w sierpniu ub.r. w jednym ze szpitali w Adelaidzie w południowej Australii. Pierwszy przypadek zgłoszono 20 sierpnia 1996 r. u pacjen-

ta hospitalizowanego ze schorzeniem hematologicznym i w ciągu następnych 48 godzin stwierdzono cztery następne zachorowania u pacjentów z immunosupresją w przebiegu przewlekłych stanów chorobowych. We wszystkich przypadkach stwierdzono w posiewach krwi bakterię *Listeria monocytogenes*. Jeden chory zmarł.

Ustalono, że w okresie poprzedzającym zachorowania chorym podano na posiłek sandwichy z drobiem. W mięsie drobiowym stwierdzono obecność *L.monocytogenes* 01 w niskich mianach. Drobnoustrój stwierdzono również w pomieszczeniu kuchennym do obróbki drobiu. Typowanie szczepów wykonane metodą elektroforezy w żelu potwierdziło jednorodność czynnika przyczynowego. Podjęto odpowiednie działania w zakładzie drobiarskim.

Wojciech Żabicki

Transmisja metycyloopornych szczepów *S.aureus* w oddziałach szpitalnych i ocena możliwości zwalczania zakażeń

Zdolność metycyloopornych szczepów *S.aureus* (MRSA) do szerzenia w oddziałach szpitalnych jest trudna do oceny. Niektóre szczepy, jak np. angielski szczep epidemiczny EMRSA-1 szerzył się z łatwością, a inne szczepy nie mają tej cechy. Podobnie jak z wirulencją nie są dostępne testy laboratoryjne, które wykazywałyby różnice w zdolności szczepów do rozsiewu. W związku z tym wszystkie szczepy MRSA muszą być traktowane jako potencjalnie przenoszące się, a model transmisji zakażeń z człowieka na człowieka pozostaje najważniejszym.

Badania nad szerzeniem szczepów *S.aureus* w żłobkach jasno wykazały, że zakażenia głównie szerzą się przez ręce, choć może również występować przenoszenie drobnoustrojów przez powietrze. Są podstawy do przypuszczeń, że dotychczasowe wyniki badań u niemowląt mogą mieć również zastosowanie u dorosłych.

Gronkowce zazwyczaj szerzą się przez złuszczenia powierzchni skóry, a nie bezpośrednio z dróg oddechowych. W związku z tym większymi siewcami tych drobnoustrojów są głównie osoby ze złuszczeniami zmian chorobowymi skóry. Szczepy *S.aureus* normalnie występują w dwóch głównych miejscach, to jest w nosie (20-30%) oraz w mniejszym stopniu w okolicy odbytu (3%). Ręce są zazwyczaj wtórnie zanieczyszczone gronkowcami z tych dwóch podstawowych miejsc i rzadko ulegają kolonizacji. Może również występować powietrzna droga szerzenia zakażeń od siewców przy silnym zanieczyszczeniu bakteryjnym środowiska od pościeli chorych oraz brudnych opatrunków. Większość doniesień sugeruje jednak, że ręce personelu są główną drogą transmisji MRSA, co najczęściej potwierdza brak izolacji tych drobnoustrojów z nieożywionych przedmiotów w środowisku szpitalnym. Szczepy *S.aureus* z rąk pracowników najczęściej izoluje się w oddziałach dermatologicznych i oparzeniowych, gdzie występuje duże rozprzestrzenienie drobnoustrojów. Do występowania zakażeń krzyżowych między pacjentami może również doprowadzić brak zmiany jednorazowych rękawiczek przy obsłudze chorych.

Metycylooporne szczepy *S.aureus* są najczęściej zalewane do szpitali przy przenoszeniu chorych między szpitalami z oddziałów gdzie występują epidemie lub endemie MRSA. Zazwyczaj źródłem zakażeń jest pacjent zakażony

lub posiadający skolonizowane zmiany chorobowe w postaci odleżyn, oparzeń i zapaleń skóry. Zawleczenie zakażeń przez skolonizowanego pacjenta lub pracownika jest mniej prawdopodobne i równocześnie trudniej uchwytne. W tych przypadkach pierwszym alarmującym sygnałem mogą być dane pochodzące z mikrobiologicznego serwisu.

Minimalny zakres interwencji przeciwepidemicznej w przypadku zawleczenia zakażeń ogranicza się do trzech przedsięwzięć:

- a) przestrzegania podstawowych wymagań higieny, a zwłaszcza mycia rąk,
- b) używania jednorazowych rękawiczek przy dotykaniu sączących zmian oraz brudnych opatrunków, sprzętu i wyposażenia,
- c) maksymalnego ograniczenia przenosin pacjentów i personelu.

Równocześnie uważa się, że zakres takich działań może zmniejszyć szerzenie zakażeń, ale nie jest możliwe całkowite zahamowanie transmisji szczepów epidemicznych. Z dotychczasowych licznych doświadczeń w 46 opisanych ogniskach zakażeń szpitalnych wynika, że eradykacja MRSA była osiągalna w przypadkach kiedy nie przekroczono w szpitalu 20 przypadków zakażeń MRSA. Natomiast w sytuacji gdy liczba stwierdzonych zakażeń jest dwukrotnie wyższa, powodzenie udało się uzyskać tylko w 10% szpitali. Stąd dla eradykacji zakażeń zasadnicze znaczenie ma wczesne ujawnienie zjawiska, zanim zakażenia ogarną większą liczbę oddziałów.

Materiał poddawany streszczeniu zawiera również zasady bezpośredniej i maksymalnej interwencji w przypadkach epidemii i endemii szpitalnych zakażeń MRSA. Zakres takich przedsięwzięć obejmuje segregację i izolację chorych z klinicznie wyrażonymi zakażeniami, badanie screeningowe wszystkich pacjentów ze zmian chorobowych oraz z typowych miejsc dla nosicielstwa, codzienne mycie i kąpiele antyseptycznym detergentem zakażonych ludzi, leczenie miejscowe nosicielstwa nosowego mupircyną, leczenie rifampicyną lub ciprofloxacyną nosicielstwa w gardle, pochwicie i odbycie oraz wiele innych działań, których omówienie nie mieści się w ramach przygotowanego streszczenia.

Według danych brytyjskich koszty epidemii MRSA w szpitalu bardzo dotkniętym zakażeniami szacuje się na 250.000 funtów. W jednym ze szczegółowo opracowanych ognisk oszacowano, że przy 30 przypadkach zakażeń odnotowanych w ciągu 5 tygodni koszty z tym związane wyniosły 13.000 funtów, bez uwzględnienia skutków w postaci izolacji chorych i przedłużonego okresu leczenia.

W niektórych krajach opublikowano wytyczne krajowe dotyczące zwalczania ognisk MRSA i ich wdrożenie miało doprowadzić do eradykacji szczepów, ale uzyskane wyniki nie mają dostatecznego potwierdzenia. Według szeregu autorów analizę opłacalności przedsięwzięć eradykacyjnych można rozpatrywać, jeżeli szczepy MRSA stanowią ponad 5-10% wszystkich izolacji gronkowców. Równocześnie są zdania, że eradykacja endemicznego szczepu jest tak kosztowna, że staje się nieopłacalna jeżeli drobnoustrój jest bardzo rozpowszechniony w szpitalu, nie występuje w pododdziałach o dużym ryzyku dla chorych i nie stwarza poważnych problemów klinicznych.

Streszczony materiał uzupełnia wykaz 148 pozycji piśmiennictwa.

na podstawie WHO/EMC/LTS/96/1
opracował Wojciech Żabicki