

Meldunek 5/A/97

o zachorowaniach na choroby zakaźne, zatruciach i zakażeniach szpitalnych zgłoszonych w okresie od 1.05 do 15.05.1997 r.

Jednostka chorobowa (symbole wg "Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych" ICD-10)	Meldunek 5/A		Dane skumulowane	
	1.05.97. do 15.05.97.	1.05.96. do 15.05.96.	1.01.97. do 15.05.97.	1.01.96. do 15.05.96.
Choroba wywołana przez ludzki wirus upośl.odp.: ogółem (B20-B24)	6	4	42	47
Dur brzuszny (A01.0)	-	-	-	1
Dury rzekome A.B.C. (A01.1-A01.3)	-	-	2	-
Salmonelozy: ogółem (A02)	765	990	5291	5328
Czerwonki: ogółem (A03; A06.0)	8	55	78	119
Biegunki u dzieci do lat 2 (A04; A08; A09)	1036	793	7802	6601
Tężec: ogółem (A33-A35)	1	2	9	5
Błonica (A36)	-	-	-	9
Krzusiec (A37)	28	9	245	87
Szkarlatyna /płonica/ (A38)	1333	1017	9499	9873
Zapalenie opon mózgowych: razem	118	79	931	964
w tym: meningokokowe (A39.0)	11	1	58	58
inne bakteryjne: ogółem (G00) ^a	58	55	452	496
wirusowe, określone i nie określone (A87; B00.3; B02.1)	39	17	338	344
inne i nie określone (G03)	10	6	83	66
Zapalenie mózgu: razem	25	5	144	127
w tym: meningokokowe i inne bakteryjne (A39.8; G04.2)	5	.	20	.
wirusowe, przenieszone przez kleszcze (A84) ^b	1	-	5	6
inne wirusowe: ogółem (A83;A85;A86;B00.4;B02.0;B25.8) ^c	8	3	59	49
poszczepienne (G04.0)	-	-	-	-
inne i nie określone (G04.8-G04.9) ^d	11	2	60	72
Riketsjozy: ogółem (A75-A79)	-	-	-	-
Ostre nagminne porażenie dziecięce (A80)	-	-	-	-
Ospa wietrzna (B01)	9311	5333	84705	56308
Odra (B05)	23	27	187	245
Różyczka: ogółem (B06; P35.0)	16630	6572	78897	33097
Wirusowe zap. wątroby: typu B (B16; B18.0-B18.1)	204	257	1871	2470
"nie B": ogółem (B15;B17;B18.2-B18.9;B19)	215	360	3087	5533
Świnka /nagminne zapalenie przyusznic/ (B26)	3762	1543	23577	16113
Włośnica (B75)	1	-	11	10
Świerzb (B86)	679	507	7554	7640
Grypa: ogółem (J10; J11)	1775	1258	1574143	2699980
Bakteryjne zatrucia pokarmowe: razem	1048	1069	6337	6026
w tym: salmonelozy (A02.0)	764	985	5279	5309
gronkowcowe (A05.0)	1	-	7	1
jadem kiełbasianym /botulizm/ (A05.1)	4	4	23	15
wywołane przez Cl.perfringens (A05.2)	-	-	-	-
inne określone i nie określone: ogółem (A05.3-A05.9)	279	80	1028	701
Zatrucia naturalnie toksycznym pokarmem: ogółem (T62)	-	.	5	.
w tym: grzybami (T62.0)	-	-	2	14
Inne zatrucia: ogółem (T36-T60; T63-T65)	271	.	3284	.
w tym: pestycydami (T60)	7	8	29	28
lekami i preparatami farmakologicznymi (T36-T50)	151	.	1747	.
Zakażenia szpitalne - objawowe i bezobjawowe: ogółem	72	104	1165	1020
w tym: na oddziałach noworodkowych i dziecięcych	10	41	419	238
następstwa zabiegów medycznych	39	17	265	307
wywołane pałeczkami Salmonella	-	5	113	143

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

Zachorowania zgłoszone w okresie 1-15.05.1997 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	6	-	-	765	8	1036	1	28	1333	118	11	25	1
1. St.warszawskie	1	-	-	44	-	66	-	9	81	5	-	5	-
2. Białkopodlaskie	-	-	-	10	-	8	-	-	11	-	-	-	-
3. Białostockie	-	-	-	15	-	28	1	4	14	2	1	-	-
4. Bielskie	-	-	-	6	-	16	-	-	32	2	1	1	-
5. Bydgoskie	1	-	-	34	-	33	-	-	74	5	-	-	-
6. Chełmskie	-	-	-	7	-	17	-	-	5	-	-	-	-
7. Ciechanowskie	-	-	-	4	-	8	-	-	11	1	-	-	-
8. Częstochowskie	-	-	-	4	-	11	-	1	9	2	-	1	-
9. Elbląskie	-	-	-	12	5	23	-	-	6	5	-	-	-
10. Gdańskie	-	-	-	39	1	55	-	1	76	9	-	-	-
11. Gorzowskie	-	-	-	10	-	6	-	-	17	1	-	-	-
12. Jeleniogórskie	-	-	-	12	-	26	-	-	55	3	2	-	-
13. Kaliskie	-	-	-	17	-	9	-	-	52	2	-	1	-
14. Katowickie	-	-	-	44	-	66	-	3	121	11	-	2	-
15. Kieleckie	-	-	-	27	-	37	-	1	16	8	-	-	-
16. Konińskie	-	-	-	12	-	13	-	-	10	1	-	-	-
17. Koszalińskie	-	-	-	9	-	12	-	-	28	1	-	1	-
18. M.krakowskie	-	-	-	15	-	13	-	1	102	3	-	-	-
19. Krośnieńskie	-	-	-	23	-	5	-	-	23	1	-	-	-
20. Legnickie	1	-	-	11	-	18	-	-	11	1	-	1	-
21. Leszczyńskie	-	-	-	3	-	25	-	-	10	1	-	-	-
22. Lubelskie	2	-	-	16	-	23	-	1	26	6	-	-	-
23. Łomżyńskie	-	-	-	17	-	29	-	-	4	2	-	1	-
24. M.łódzkie	-	-	-	14	-	8	-	-	23	-	-	-	-
25. Nowosądeckie	-	-	-	7	-	13	-	-	17	6	-	1	-
26. Olsztyńskie	-	-	-	24	-	50	-	-	13	4	-	-	-
27. Opolskie	-	-	-	14	-	20	-	-	59	-	-	-	-
28. Ostrołęckie	-	-	-	6	-	8	-	-	13	1	-	-	-
29. Piłskie	-	-	-	1	-	6	-	-	2	1	-	-	-
30. Piotrkowskie	1	-	-	19	-	4	-	-	18	2	-	-	-
31. Płockie	-	-	-	10	-	12	-	-	6	-	-	2	-
32. Poznańskie	-	-	-	20	-	53	-	3	91	2	-	-	-
33. Przemyskie	-	-	-	10	-	10	-	-	8	3	1	2	-
34. Radomskie	-	-	-	3	-	18	-	-	13	1	-	-	-
35. Rzeszowskie	-	-	-	25	-	20	-	1	19	1	-	2	-
36. Siedleckie	-	-	-	16	-	23	-	-	11	2	1	-	-
37. Sieradzkie	-	-	-	12	-	7	-	-	7	-	-	-	-
38. Skierniewickie	-	-	-	13	-	6	-	-	6	1	-	-	-
39. Słupskie	-	-	-	18	-	21	-	-	12	1	1	-	-
40. Suwalskie	-	-	-	45	1	8	-	-	11	2	1	1	1
41. Szczecińskie	-	-	-	24	-	24	-	-	57	4	-	1	-
42. Tarnobrzeskie	-	-	-	24	1	24	-	-	28	-	-	-	-
43. Tarnowskie	-	-	-	7	-	27	-	-	16	2	-	-	-
44. Toruńskie	-	-	-	9	-	22	-	1	7	3	1	1	-
45. Wałbrzyskie	-	-	-	2	-	18	-	-	12	4	1	-	-
46. Włocławskie	-	-	-	15	-	24	-	-	11	1	-	-	-
47. Wrocławskie	-	-	-	15	-	19	-	2	51	3	1	-	-
48. Zamojskie	-	-	-	4	-	14	-	-	4	1	-	1	-
49. Zielonogórskie	-	-	-	17	-	30	-	-	24	1	-	1	-

Zachorowania zgłoszone w okresie 1-15.05.1997 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	9311	23	16630	204	215	3762	1	679	1775	1048	-	271	72
1. St.warszawskie	349	1	416	9	5	302	-	4	-	44	-	-	5
2. Białkopodlaskie	65	-	30	-	15	4	-	28	-	10	-	1	-
3. Białostockie	180	1	820	7	3	128	-	24	-	15	-	10	3
4. Bielskie	166	3	458	2	2	81	-	7	1	11	-	7	2
5. Bydgoskie	307	-	375	2	3	76	-	8	113	43	-	31	-
6. Chełmskie	18	-	54	-	-	5	-	3	-	7	-	-	-
7. Ciechanowskie	59	1	121	6	2	-	-	2	-	4	-	-	-
8. Częstochowskie	146	-	243	5	1	150	-	14	4	4	-	6	4
9. Elbląskie	201	-	80	1	-	105	-	42	-	13	-	1	-
10. Gdańskie	298	-	1328	5	3	125	-	22	-	43	-	7	1
11. Gorzowskie	176	3	394	6	1	11	-	14	169	10	-	15	1
12. Jeleniogórskie	92	1	181	2	3	81	-	10	-	13	-	-	-
13. Kaliskie	200	-	823	5	7	49	-	10	51	17	-	2	4
14. Katowickie	1652	2	1948	30	17	810	-	62	-	61	-	3	9
15. Kieleckie	267	-	922	4	7	178	-	17	1	72	-	35	8
16. Konińskie	59	-	164	3	-	49	-	7	291	14	-	1	-
17. Koszalińskie	172	-	379	3	21	11	-	18	-	17	-	-	2
18. M.krakowskie	304	2	656	9	6	160	-	3	-	28	-	4	-
19. Krośnieńskie	81	1	219	-	1	8	-	-	4	23	-	8	-
20. Legnickie	102	-	291	7	1	32	-	20	14	11	-	-	-
21. Leszczyńskie	49	-	221	1	4	11	-	1	50	3	-	1	-
22. Lubelskie	210	-	103	2	2	12	-	16	-	16	-	25	-
23. Łomżyńskie	43	-	209	1	-	17	-	6	-	20	-	-	-
24. M.łódzkie	339	-	84	4	1	19	-	44	147	130	-	17	-
25. Nowosądeckie	111	-	433	1	3	168	-	2	-	7	-	1	2
26. Olsztyńskie	253	-	-	2	2	5	-	26	-	24	-	6	-
27. Opolskie	419	2	1582	6	3	81	-	11	-	15	-	1	-
28. Ostrołęckie	56	1	65	3	2	4	-	11	-	6	-	1	-
29. Piłskie	83	-	86	-	1	26	-	3	248	1	-	2	-
30. Piotrkowskie	201	-	56	4	2	12	-	13	-	19	-	6	-
31. Płockie	124	-	75	8	-	36	-	3	-	10	-	2	-
32. Poznańskie	522	-	257	11	5	299	1	23	575	21	-	1	2
33. Przemyskie	54	-	66	3	1	23	-	16	-	10	-	7	-
34. Radomskie	190	-	48	5	1	86	-	-	-	3	-	3	-
35. Rzeszowskie	99	-	302	1	1	14	-	7	-	30	-	2	-
36. Siedleckie	119	-	106	5	4	58	-	6	-	22	-	5	-
37. Sieradzkie	36	-	13	-	1	27	-	10	-	15	-	-	-
38. Skierniewickie	109	-	51	6	3	8	-	2	-	13	-	-	-
39. Słupskie	183	1	294	-	46	1	-	2	2	18	-	5	5
40. Suwalskie	85	2	214	3	4	7	-	14	1	51	-	3	2
41. Szczecińskie	141	-	157	5	12	39	-	7	19	45	-	12	2
42. Tarnobrzesckie	144	-	108	2	1	58	-	14	-	24	-	2	3
43. Tarnowskie	112	-	527	1	5	81	-	5	-	7	-	7	-
44. Toruńskie	106	-	160	1	4	50	-	53	-	15	-	-	-
45. Wałbrzyskie	101	-	199	2	1	24	-	8	-	2	-	17	-
46. Włocławskie	40	-	28	2	1	123	-	29	-	17	-	3	-
47. Wrocławskie	320	2	699	17	4	97	-	7	-	20	-	1	7
48. Zamojskie	28	-	123	1	1	4	-	18	-	4	-	7	10
49. Zielonogórskie	140	-	462	1	2	7	-	7	85	20	-	3	-

Chorzy nowozarejestrowani w poradniach gruźlicy i chorób płuc podległych Ministerstwu Zdrowia i Opieki Społecznej¹ w I kwartale 1997 roku

(dane Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc)

Województwo (St.- stołeczne M.- miejskie)	Wszystkie postacie gruźlicy	
	ogółem	w tym BK+
POLSKA	3351	1772
1. St. Warszawskie	258	122
2. Białkopodlaskie	37	17
3. Białostockie	57	26
4. Bielskie	84	40
5. Bydgoskie	60	38
6. Chełmskie	21	18
7. Ciechanowskie	35	18
8. Częstochowskie	75	49
9. Elbląskie	40	12
10. Gdańskie	94	52
11. Gorzowskie	40	12
12. Jeleniogórskie	54	28
13. Kaliskie	59	23
14. Katowickie	390	172
15. Kieleckie	96	41
16. Konińskie	37	23
17. Koszalińskie	41	18
18. M.krakowskie	66	51
19. Krośnieńskie	35	21
20. Legnickie	58	48
21. Leszczyńskie	23	18
22. Lubelskie	91	47
23. Łomżyńskie	28	14
24. M.łódzkie	143	80
25. Nowosądeckie	76	35
26. Olsztyńskie	61	26
27. Opolskie	109	61
28. Ostrołęckie	29	9
29. Piłskie	27	15
30. Piotrkowskie	69	42
31. Płockie	50	27
32. Poznańskie	76	54
33. Przemyskie	44	34
34. Radomskie	80	51
35. Rzeszowskie	83	38
36. Siedleckie	83	43
37. Sieradzkie	65	42
38. Skierniewickie	40	27
39. Słupskie	22	6
40. Suwalskie	41	27
41. Szczecińskie	50	31
42. Tarnobrzeskie	58	28
43. Tarnowskie	48	26
44. Toruńskie	51	28
45. Wałbrzyskie	87	32
46. Włocławskie	32	18
47. Wrocławskie	54	29
48. Zamojskie	49	34
49. Zielonogórskie	45	21

¹ Bez PKP, MON i MSW.

Nasilenie choroby meningokokowej w Hiszpanii

Jak donosi "Weekly Epidemiological Record" (1997,10, 70) władze hiszpańskie sygnalizują wzrost występowania choroby meningokokowej, obserwowany od 1994 roku. W 1995 roku zgłoszono 963 zachorowania przy zapadalności 2,45/100 tys. ludności, a w 1996 roku 1.383 zachorowania przy zapadalności 3,52/100 tys. ludności. Stwierdzono, że ostatnio zamiast grupy B dominują zachorowania wywołane przez *N.meningitidis* grupy C. W związku z tym podjęto akcje szczepień w prowincjach Galicia, La Rioja i Cantabria. Władze służby zdrowia zarządziły intensyfikację surveillance'u laboratoryjnego oraz ustaliły zasady postępowania chemoprophylaktycznego i szczepień w otoczeniu zachorowań wywołanych przez *N.meningitidis* C.

Wojciech Żabicki

Epidemia duru brzuszego w Tadżykistanie

Jak donosi "Weekly Epidemiological Record" (1997,10, 70) 13 lutego 1997 r. zgłoszono do WHO nowe ognisko duru brzuszego w Tadżykistanie. Ocenia się, że w stolicy kraju - Duszanbe wystąpiło co najmniej 3.000 zachorowań, choć mogą to być liczby zaniżone. Są również informacje, że epidemia rozszerza się poza stolicę. Śmiertelność wynosi około 1% przypadków. Pałeczki *Salmonella typhi* izolowano zarówno w krajowych jak i międzynarodowych laboratoriach, ale informacje dotyczące wrażliwości na antybiotyki są sprzeczne. Do czasu wyjaśnienia tych wyników WHO rekomenduje stosowanie chloramphenicolu i co-trimoxazolu. Alternatywnie w grupach wysokiego ryzyka, to jest u niemowląt i osób starszych oraz w przypadku niepowodzenia terapeutycznego ma być stosowana cyprofloksacyna. Ustalono, że co tydzień należy oznaczać wrażliwość izolowanych szczepów na antybiotyki.

Epidemia wywołała zaniepokojenie w cywilizowanym świecie. Między innymi Szwecja wyasygnowała na zwalczanie epidemii 500.000 koron, a inne kraje także zadeklarowały pomoc w dostawie testów laboratoryjnych oraz antybiotyków drugiego rzutu jako uzupełnienie chloramphenicolu dostarczanego przez inne agencje. Na miejscu pracują ekipy z organizacji Czerwonego Krzyża i Czerwonego Półksiężycy, "Lekarze bez granic" i inne.

Wojciech Żabicki

Duże ognisko zatrucia pokarmowego wywołanego przez enterohemolityczny szczep *Escherichia coli* 0157 w Szkocji

Jak donosi "Weekly Epidemiological Record" (1997,3, 14-15) w dniu 22 listopada 1996 r. w Wishaw na terenie środkowej Szkocji zgłoszono pierwsze przypadki zbiorowego zatrucia pokarmowego wśród uczestników lunchu na uroczystości kościelnej w dniu 17 listopada 1996 r. Do 24 grudnia 1996 r. zgłoszono 406 zachorowań, z których 256 potwierdzono; hospitalizowano 15 osób, w tym dwoje dzieci. Do 14 stycznia 1997 r. zmarło 16 osób.

Nośnikiem zakażenia był stek w galarecie wyprodukowany w miejscowym zakładzie i spożywany na zimno oddzielnie lub na kanapkach. Badanie mikrobiologiczne z ty-

powaniem fagowym wykazało w galarecie obecność szczepu epidemicznego. Ten sam szczep epidemiczny *E.coli* 0157 stwierdzono w zamkniętym próżniowo trzykilogramowym opakowaniu gotowanej wołowiny pochodzącej od tego samego producenta i znajdującej się w sprzedaży w jednym ze sklepów w Glasgow. Poza Wisham zgłoszono 87 podejrzanych lub potwierdzonych zachorowań w innych rejonach Szkocji. Wszystkie te przypadki miały związek z tym samym producentem, którego poproszono o wstrzymanie sprzedaży gotowanej wołowiny.

W komentarzu podkreśla się, że opisane ognisko jest największym ogniskiem *E.coli* 0157 w Wielkiej Brytanii oraz największym opisanym ogniskiem epidemicznym związanym z żywnością (foodborne disease) w Szkocji od 1964 roku, kiedy to zarejestrowano 512 zachorowań na dur brzuszny po spożyciu konserwy wołowej.

Wojciech Żabicki

Zespół wstrząsu toksycznego w Australii i Nowej Zelandii w latach 1990-1994

W "Communicable Diseases Intelligence" (1996,15,336-339) opublikowano wyniki dwóch prac nad występowaniem zespołu wstrząsu toksycznego (toxic shock syndrome - TSS) w Australii i Nowej Zelandii.

Zespół wstrząsu toksycznego jest rzadką, ciężką chorobą układową z nagłym początkiem, powodowaną przez bakteryjne egzotoksyny gronkowca złocistego (*S.aureus*). Zachorowania są w większości związane z miesiączkowaniem i używaniem tamponów przez kobiety, choć występują również przypadki niemenstruacyjnych TSS. Prawie wszystkie przypadki menstruacyjnego TSS wywołują szczepy *S.aureus* wytwarzające toksynę (TSST-1), natomiast przypadki niemenstruacyjne wytwarzają szczepy produkujące toksynę TSST-1 albo enterotoksynę B lub C. Ocenia się, że zaledwie około 20% szczepów *S.aureus* ma zdolność wytwarzania toksyny TSST-1. Ochronne poziomy przeciwciał dla egzotoksyn TSST-1 stwierdza się w większości dorosłych ludzi. Wiadomo, że niemenstruacyjne przypadki TSS występują we wszystkich grupach wieku zarówno u kobiet jak i mężczyzn, zazwyczaj w związku ze zlokalizowanymi zakażeniami ran pooperacyjnych lub ropni.

Według Centres for Disease Control and Prevention (CDC) rozpoznanie TSS opiera się na pięciu przesłankach klinicznych:

- temperatura $\geq 38,9^{\circ}\text{C}$,
- hypotonia z uwzględnieniem ortostatycznych zawrotów głowy,
- wysypka,
- złuszczenia wysypki po upływie jednego do dwóch tygodni (z wyjątkiem zgonów),
- zaburzenia ze strony trzech lub więcej układów jak żołądkowo-jelitowego, mięśniowego, wątroby, nerek, centralnego układu nerwowego i krwi.

Pełne rozpoznanie wymaga obecności wszystkich pięciu kryteriów, a przypadki prawdopodobne rozpoznaje się przy wystąpieniu czterech z nich. Podkreśla się, że w przebiegu zachorowań zazwyczaj nie występuje bakteriemia, a jej obecność nie wyklucza rozpoznania TSS.

W W. Brytanii monitoring TSS jest prowadzony lokalnie przez Public Health Laboratory Service z zastosowaniem kryteriów diagnostycznych ustalonych przez CDC.

Przypadki spełniające wszystkie kryteria traktuje się jako potwierdzone, bez jednego kryterium jako prawdopodobne, bez dwóch kryteriów jako możliwe, a pozostałe jako niepotwierdzone. Wiadomo, że większość przypadków potwierdzonych i prawdopodobnych jest menstruacyjna, a wśród przypadków możliwych i niepotwierdzonych przeważają przypadki niemenstruacyjne.

Zespół wstrząsu toksycznego mogą również powodować streptokoki grupy A (*Streptococcus pyogenes*). Zachorowania rozpoznaje się jako zespół toksyczny wstrząsopodobny (toxic shock-like syndrome) lub paciorkowcowy zespół wstrząsu toksycznego (STSS). Tak jak menstruacyjny TSS zespoły streptokokowego pochodzenia dotyczą kobiet i mężczyzn we wszystkich grupach wieku i są związane ze zlokalizowanymi lub układowymi zakażeniami. Po raz pierwszy STSS wywołany przez *S.pyogenes* opisano w 1987 roku.

Kryteria diagnostyczne STSS uwzględniają izolację streptokoków z grupy A z hypotonią oraz obecność dwóch lub więcej z następujących objawów: niewydolności nerkowej, koagulopatii, uszkodzenia wątroby, syndromu niewydolności oddechowej, wysypki podlegającej złuszczeniu, martwicy miękkich tkanek pod postacią nekrotyzującego *fasciitis*, *myositis* i zgorzeli. Izolacja streptokoków z grupy A z normalnie sterylnej lokalizacji potwierdza rozpoznanie STSS. Natomiast izolacja z miejsc niesterylnych pozwala na zakwalifikowanie przypadku jako prawdopodobny zakładając, że nie ustalono innej etiologii przypadku.

Badania epidemiologiczne przeprowadzone w USA na początku 1980 roku nad występowaniem menstruacyjnego TSS wykazały, że 98% przypadków dotyczyło młodych kobiet, a używanie tamponów w czasie menstruacji było istotnym czynnikiem ryzyka. Wycofanie z rynku amerykańskiego jednego rodzaju wysoce absorbcyjnych tamponów z pianki poliestrowej i karboksymetylowej celulozy spowodowało znaczny spadek występowania TSS u kobiet. W następstwie na rynku pozostały tampony o znacznie mniejszej absorbcyjności.

W Australii i Nowej Zelandii badanie występowania TSS i STSS przeprowadzone zostało dwoma metodami, to jest:

- a) retrospektywne telefoniczne wyszukiwanie przypadków TSS i STSS w 1994 roku w szpitalach prowadzących oddziały intensywnej terapii,
- b) ankietyzację 220 lekarzy zatrudnionych w oddziałach intensywnej terapii, dotyczącą zachorowań hospitalizowanych w latach 1990-1994.

W pierwszym badaniu zebrano informacje o 12 przypadkach TSS hospitalizowanych w Victorii w 1994 roku, w tym u 8 kobiet i 4 mężczyzn. Natomiast w drugim badaniu zebrano informacje o 11 przypadkach TSS (3) i STSS (6) oraz dwóch przypadkach nieokreślonych, które miały miejsce w Australii i Nowej Zelandii w latach 1990-1994. Ustalono, że wszystkie miesiączkujące kobiety (5) używały tamponów.

Wiadomo, że wśród zdrowej ludności 90% ma przeciwciała dla TSST-1 i prawie wszyscy chorzy z TSS nie mają tych przeciwciał wykrywalnych na początku choroby. Zazwyczaj nie dochodzi też do wytwarzania przeciwciał w okresie rekonwalescencji. W związku z tym autorzy artykułu informują o możliwościach diagnostycznych toksyn i antytoksyn gronkowcowych oraz ośrodku diagnostycznym inwazyjnych paciorkowców grupy A z typowaniem M,T i OF.

Ponadto wiadomo o uruchomieniu krajowej informacji telefonicznej dotyczącej TSS i STSS w Australii.

Wojciech Żabicki

Postępy wykorzenia poliomielitis w Afryce - 1996 rok

W 1988 roku Światowe Zgromadzenie Zdrowia postawiło jako cel eradykację *poliomielitis* w świecie do 2000 r. Dla osiągnięcia tego celu WHO rekomenduje cztery strategie:

1. Osiągnięcie i utrzymanie wysokiego, rutynowego uodpornienia małych dzieci co najmniej trzema dawkami doustnej szczepionki przeciw *poliomielitis*.
2. Stworzenie czułego systemu epidemicznego i laboratoryjnego nadzoru nad zachorowaniami z uwzględnieniem ostrych porażek wiotkich.
3. Podanie dodatkowych dawek wszystkim małym dzieciom (zwykle w wieku do 5 lat) w ramach krajowych dni szczepień w celu szybkiego przerwania transmisji dzikiego wirusa *polio*.
4. Wymiatające akcje ("mopping up") szczepień organizowane na terenach wysokiego ryzyka, gdzie utrzymuje się transmisja dzikiego wirusa *polio* na niskim poziomie.

Eradykacja *poliomielitis* z kontynentu afrykańskiego jest jednym z podstawowych zadań umożliwiających osiągnięcie tego celu w świecie. W 1995 r. w 46 krajach tego regionu zgłoszono 2.192 zachorowania na *poliomielitis*. W 16 krajach, w tym w czterech największych (Angola, Etiopia, Nigeria, Zair), poniżej 50% dzieci było rutynowo zaszczepionych trzema dawkami szczepionki przeciw *polio*.

Raport podsumowuje postępy programu eradykacji *polio* osiągnięte w 1996 r. przy wdrażaniu dodatkowych szczepień w Afryce. Pierwszą turę krajowych dni szczepień przeprowadzono w Afryce od stycznia 1996 r. do marca 1997 r. i w okresie szczytowym akcji ponad połowa afrykańskich dzieci w wieku do 5 lat, tj. ponad 74 miliony, otrzymało dodatkowe dawki doustnej szczepionki przeciw *polio*. Do marca 1997 r. 31 krajów Regionu Afrykańskiego zakończyło lub kończyło tę akcję. W większości krajów zaszczepiono ponad 80% dzieci do 5 lat. Poniżej 80% dzieci zaszczepiły: Angola, Kamerun, Erytrea, Lesoto, Malawi, Nigeria, Rwanda, Południowa Afryka. W 1997 r. następne kraje przeprowadzą dodatkowe akcje szczepień, w tym pierwszą turę planuje 8 następujących krajów: Gambia, Gwinea, Gwinea-Bisau, Liberia, Mali, Niger, Senegal, Sierra Leone oraz Burundi i Madagaskar. Krajowe dni szczepień planują: Etiopia, Gabon i Mozambik. Zair rozszerzy akcje regionalne szczepień na połowę kraju ale nie planuje krajowych dni szczepień.

Surveillance ostrych porażek wiotkich i dzikiego wirusa zaczęto realizować w połowie krajów od 1992 r.

Badania genetyczne dzikiego wirusa *polio* wykonano przynajmniej dla jednego szczepu w 14 krajach, w tym w 4 krajach wysokiego ryzyka zachorowań (Angola, Etiopia, Nigeria, Zair).

Koszty szczepień oszacowano na 0,5 dolara na jedno dziecko. Wsparcie akcji szczepiennych w Afryce zapewniły: Rotary, rząd USA, UNICEF i WHO.

W komentarzu wydawcy podkreślono, że po raz pierwszy w 1996 r. wprowadzono krajowe dni szczepień nie tylko we wszystkich krajach endemicznych w Regionie Europejskim i Azjatyckim ale także po raz pierwszy w dużej części Regionu Afrykańskiego. Doświadczenia wskazują, że koszty krajowych dni szczepień są umiarkowane. Postęp w realizacji programu szczepień w Afryce jest zachęcający i stwarza podstawy wykorzenia *polio* z Regionu do 2000 roku.

na podstawie "Wkly Epid.Rec." (1997,16,109-113)
opracowała J. Żabicka

Podsumowanie wyników masowych szczepień przeciw poliomielitis "Operation MECACAR" w 1995 roku i I półroczu 1996 roku

W "Weekly Epidemiological Record" (1996,44,329-332) zostały opublikowane wyniki masowych szczepień przeciw *poliomielitis*, które podjęto w 1995 roku w ramach skoordynowanych krajowych dni szczepień przeciw *poliomielitis* na terenie osiemnastu przylegających krajów w tzw. "Operation MECACAR", to jest MEDiterranean oraz CAucasus i państw środkowo-azjatyckich. W 1996 roku do "Operation MECACAR" przyłączyła się Rosyjska Federacja.

Zgodnie z organizacyjnymi ustaleniami w krajach uczestniczących w "Operation MECACAR" krajowe dni szczepień OPV zaplanowano wykonać w okresie najmniej-

Tabela 1. Wykonawstwo szczepień przeciw *poliomielitis* w ramach "Operation MECACAR" oraz liczby zgłoszonych zachorowań na *poliomielitis* w latach 1994, 1995 i I półroczu 1996 roku.

Region	Kraj	Wykonawstwo szczepień		Liczba zgłoszonych zachorowań		
		I runda	II runda	1994	1995	I półr. 1996
Europejski	Armenia	92%	98%	5	3	0
	Azerbejdżan	97%	98%	16	5	0
	Gruzja	92%	95%	0	0	0
	Kazachstan	97%	99%	4	1	0
	Rosyjska Federacja	99%	99%	5	154	3
	Tadżykistan	95%	99%	26	0	0
	Turcja	93%	96%	27	32	10
	Turkmenistan	99%	99%	6	8	0
	Uzbekistan	98%	98%	117	1	0
	Ogółem bez Rosyjskiej Federacji			201	50	13
	Wschodnio-środkowomorski	Afganistan	87%	84%	NR	NR
Iran		99%	100%	93	101	15
Irak		98%	98%	63	34	3
Jordania*		>100%	>100%	4	0	0
Liban		99%	95%	2	0	0
Pakistan*		>100%	>100%	527	508	42
Syria*		>100%	>100%	2	4	0
Palestyna*		>100%	>100%	NR	0	0
Ogółem				691	647	60

* akcja objęto również dzieci z innych roczników

sze go występowania zachorowań, to jest między marcem a majem i w tym terminie wykonywano pierwszą lub drugą rundę krajowych dni szczepień. Wyjątkowo w Pakistanie krajowe dni szczepień wykonano w grudniu 1995 roku i w styczniu 1996 roku ze względu na konieczność synchronizacji z działaniami na terenie Indii i Chin.

Celem akcji było objęcie dwukrotnym szczepieniem OPV 62 milionów dzieci, w tym 16 milionów dzieci w wieku do 4 lat w Regionie Europejskim oraz 46 milionów dzieci w wieku do 5 lat w Regionie Wschodnio-Śródziemnomorskim. Wykonawstwo szczepień było wysokie i wahało się w każdej rundzie od 92% do 99% w Regionie Europejskim i od 84% do 100% w Regionie Wschodnio-Śródziemnomorskim.

Wojciech Żabicki

Wirusowe zapalenie wątroby typu C

Wirusowe zapalenie wątroby stanowi poważny problem światowy w zakresie zdrowia publicznego. Odkrycie wirusa zapalenia wątroby typu C (HCV) w 1989 r. zakończyło okres międzynarodowych badań nieuchwytnego wirusa "nie-A, nie-B", który był znany jako przyczyna potransfuzyjnego zapalenia wątroby. Chociaż HCV nie jest tak zakaźny jak wirus zapalenia wątroby typu B lub HIV, u 80% zakażonych ludzi zakażenie może przechodzić w postać przewlekłą z dużym ryzykiem odległych następstw włącznie z marskością i rakiem wątrobowokomórkowym. Fakt ten umieszcza HCV wśród patogenów o pierwszoplanowym znaczeniu dla zdrowia człowieka i wśród znanych zakaźnych przyczyn raka.

Podobnie jak w przypadku innych nowoodkrytych chorób, w środowisku naukowym nie ma pewności co do rozpowszechnienia, liczby przypadków, naturalnego przebiegu, patofizjologii, znaczenia społeczno-ekonomicznego oraz medycznego prowadzenia ostrych i przewlekłych zachorowań. Dobrze udokumentowano przenoszenie przez przetoczenia krwi nie poddanej skriningowi, przez stosowanie niesterylizowanych lub nieodpowiednio sterylizowanych narzędzi oraz na skutek wspólnego użytkowania igieł przez stosujących środki odurzające. Może także występować przenoszenie okołoporodowe i drogą kontaktów seksualnych, chociaż mniej często; ważne wydaje się także przenoszenie związane ze zwyczajami kulturowymi i behawioralnymi, w ramach których dochodzi do naruszenia ciągłości skóry (nakłuwanie uszu i ciała, obrzezanie, tatuaż).

W skali światowej liczba zakażeń HCV nie jest dobrze znana, ponieważ w większości przypadków ostre zakażenie przebiega bezobjawowo. Na obszarach wysokiej endemiczności wzv typu C zakażenie HCV jest przyczyną znaczącego odsetka choroby o ostrym przebiegu. Chociaż tylko częściowo zbadano społeczno-ekonomiczne znaczenie przewlekłego wzv typu C sądzi się, że jego koszty są wysokie - jak to stwierdzono w badaniach nad przewlekłym wzv typu B. Leczenie i (gdy będzie dostępna) immunizacja powinny być oceniane w relacji koszt - efekt. Leczenie interferonem jest sku-

teczne u około 20% pacjentów. Ze względu na pozostałe 80% wysiłki międzynarodowe powinny być zogniskowane na badaniach kombinowanego leczenia przeciwwirusowego. Należy także odnotować, że 90% pacjentów, którzy obecnie potrzebują leczenia, nie może sobie na nie pozwolić.

W celu oszacowania rozpowszechnienia wzv typu C w świecie dokonano przeglądu opublikowanych na ten temat danych. W oszacowaniach starano się wykorzystać badania najbardziej reprezentatywne dla populacji generalnej każdego kraju.

Materiał i metody

Z obszernego piśmiennictwa wybrano 266 artykułów, które informowały o częstości rozpowszechnienia HCV w różnych podgrupach populacji, z różnych krajów świata. Z 266 badań wykluczono: 13 z powodu stosowania testów pierwszej generacji o niskiej specyficzności i czułości, 43 z powodu nieodpowiedniego zaplanowania badań, 8 - ponieważ dotyczyły płatnych dawców krwi - grupy niereprezentatywnej dla całej populacji. Pozostałe 202 badania dotyczyły 116 krajów lub obszarów: sytuację w 58 krajach omówiono tylko w jednym badaniu, 58 - w więcej niż jednym badaniu (w sumie: 144 badania). Spośród tych ostatnich wyselekcjonowano 58 badań (po jednym dla kraju) stosując kryterium reprezentatywności takie jak: wielkość próby, podział w odniesieniu do wieku, płci, podział geograficzny i etniczny.

Chociaż preferowano badania z odpowiednim rozkładem wieku, nie zawsze było możliwe dotrzymanie tego kryterium i wiek osób z poszczególnych badań różnił się znacząco. Podobna była sytuacja z rozkładem płci lub z badaniami przeprowadzonymi na bardzo małych, miejskich obszarach. W doborze postępowało w ten sposób, aby zapewnić najlepszą reprezentację kraju. Nie czyniono żadnych korekt (ang. adjustments) dotyczących tych czynników.

Należy podkreślić, że wybrane badania rzadko miały jako pierwszoplanowy cel określenie rozpowszechnienia HCV w całym kraju, a często były ukierunkowane na specyficzne podgrupy ludności takie jak: żyjące na szczególnych obszarach geograficznych, należące do grup etnicznych, poborowi, dawcy krwi, studenci medycyny, kobiety w ciąży i dzieci. Chociaż czyniono starania, aby zapewnić reprezentatywność tak dalece jak to było możliwe, rezultaty będą wymagały korygowania.

Wyniki i dyskusje

Poziomy rozpowszechnienia HCV pogrupowano następująco: <1%, 1%-2,4%, 2,5%-4,9%, 5%-10% i >10%. Liczbę krajów i rozmiary zakażonej populacji w poszczególnych Regionach WHO podano w tabeli.

Tabela 1. Liczba krajów wg Regionu WHO i rozpowszechnienia HCV (w nawiasach: wielkość zakażonej populacji w milionach osób).

Region WHO	<1%	1-2,4%	2,5-4,9%	5-10%	>10%	Ogółem	Brak danych
AFR	7 (0,3)	8 (3,5)	4 (1,2)	2 (3,0)	5 (20,0)	26 (28,0)	21 (130)
AMR	14 (1,6)	6 (5,5)	2 (4,3)	1 (0,02)	1 (1,2)	24 (12,6)	14 (32)
EMR	6 (0,3)	3 (0,5)	3 (5,2)	2 (0,5)	1 (11,4)	15 (17,9)	8 (256)
EUR	19 (1,6)	9 (6,1)	2 (1,2)	0 0	0 0	30 (8,9)	20 (109)
SEAR	1 (0,07)	4 (29,7)	1 (2,4)	0 0	0 0	6 (32,2)	4 (118)
WPR	3 (0,8)	5 (3,2)	4 (50,7)	2 (4,8)	1 (0,3)	15 (59,8)	13 (74)
Ogółem	50 (4,7)	35 (48,5)	16 (65,0)	7 (8,3)	8 (32,9)	116 (159,4)	80 (719)

Jakość wykorzystanych materiałów i zastosowanych metod wskazuje, że uzyskane dane niekoniecznie odzwierciedlają prawdziwe rozpowszechnienie HCV. Jednak umożliwiają one uzyskanie pewnych pożytecznych informacji.

Po pierwsze, populacja z wszystkich krajów lub obszarów, z których opublikowano badania, odpowiadająca kryteriom włączenia do opisu, stanowi około 87% ludności świata. W nawiązaniu do znacznego rozpowszechnienia stwierdzonego na niektórych obszarach, kraje o skąpych informacjach lub bez informacji o rozpowszechnieniu, powinny popierać gromadzenie takich danych o populacji generalnej, kiedy tylko jest to możliwe.

Po drugie, zakażenie HCV dotyczy dużych obszarów świata. Wśród krajów, z których dane są dostępne, nie informują o żadnym przypadku tylko Botswana, Peru i Zambia.

Po trzecie, w wielu krajach rozpowszechnienie HCV jest bardzo wysokie w szczególnych podgrupach ludności np. wśród honorowych dawców krwi. Osiem krajów (Boliwia, Burundi, Kamerun, Egipt, Gwinea, Mongolia, Rwanda i Tanzania) ma częstość rozpowszechnienia HCV powyżej 10% dla przynajmniej jednej podgrupy populacji, a 7 krajów lub obszarów (Gabon, Libia, Papua Nowa Gwinea, Surinam, Organizacja Pomocy Humanitarnej Narodów Zjednoczonych i Agencja Pracy dla Uchodźców Palestyńskich na Bliskim Wschodzie, Wietnam i Zair) informuje o częstościach rozpowszechnienia między 5% i 10% dla przynajmniej jednej podgrupy populacji.

Jeśli wziąć pod uwagę rozmiary populacji o różnym rozpowszechnieniu zakażenia HCV w poszczególnych Regionach WHO, to w Regionie Wschodnim Morza Śródziemnego (EMR) i Zachodniego Pacyfiku (WPR) 50 centyl przecina zakres 2,5%-4,9%. We wszystkich innych Regionach (Amerykańskim - AMR, Europejskim - EUR i Płd.-wsch. Azji - SEAR) 50 centyl przecina zakres 1%-2,4%.

Wnioski

Opublikowano dane o częstościach rozpowszechnienia wzv typu C od 0% do 70%. Chociaż wartość opublikowanych danych jest czasem niepewna ze względu na obciążenia techniczne i dotyczące pobierania próby, niemniej jednak na ich podstawie, w ramach eksperckiej oceny epidemiologicznej, WHO szacuje obecnie, że 3% populacji świata jest zakażone HCV i że ponad 170 mln przewlekłych nosicieli jest narażonych na marskość wątroby i/lub raka wątroby. Ze względu na liczną grupę przewlekłych nosicieli potrzebne są dalsze prace, aby ocenić znaczenie zakażenia HCV dla zdrowia publicznego.

Leczenie wzv typu C jest drogie i obecnie nieskuteczne. Szczepionka nie jest dostępna. Dlatego najważniejsze jest zapobieganie. Sposoby zapobiegania zakażeniom HCV obejmują:

- Skryning krwi i preparatów krwiopochodnych w całym świecie
- Skuteczne stosowanie uniwersalnych środków ostrożności i barier technicznych
- Niszczenie jednorazowych igieł i właściwa sterylizacja przyborów wielokrotnego użytku
- Promowanie edukacji społeczeństwa nt. ryzyka stosowania niesterylnych przyborów.

na podstawie "Wkly Epid.Rec." (1997,10,65-69)
opracowała Wanda Szata

Porównania wirulencji szpitalnych szczepów *S.aureus* metycylinoopornych i metycylinowrażliwych

Jak wiadomo nowe metycylinooporne szczepy *S.aureus* (MRSA), które pojawiły się w Europie w końcu lat sześćdziesiątych należały głównie do III grupy fagowej i były najczęściej reprezentowane przez typ fagowy 83A. Nowe szczepy kolonizowały rany pooperacyjne, czasami wywoływały zakażenia ran pooperacyjnych i niekiedy u wrażliwych pacjentów były powodem zakażeń septycznych, ale rzadko były wirulentne dla personelu medycznego. Tym samym pod względem wirulencji różniły się od poprzednio występujących metycylinowrażliwych szczepów typu fagowego 80, które były częstą przyczyną pierwotnych zakażeń septycznych u personelu medycznego i pacjentów. Równocześnie badania laboratoryjne czynników wirulencji oraz testy na zwierzętach laboratoryjnych nie wykazały istotnych różnic wirulencji między metycylinowrażliwymi i metycylinoopornymi szczepami *S.aureus*.

Podobne problemy dotyczące wirulencji *S.aureus* wystąpiły w późnych latach siedemdziesiątych z pojawieniem się nowych szczepów MRSA. Nadal były to szczepy z dominującą przynależnością do III grupy fagowej, chociaż wiele z nich nie poddawało się typowaniu z zastosowaniem konwencjonalnych zestawów fagowych. Równocześnie pod względem lekooporności okazały się bardziej odporne od pierwotnych szczepów MRSA i powodowały ciężkie zakażenia ran pooperacyjnych i oparzeń.

Równocześnie w południowo-wschodniej Azji zaobserwowano, że inwazyjne zakażenia wywołane przez MRSA występują względnie rzadko pomimo powszechnego występowania metycylinoopornych szczepów *S.aureus*. Na 154 bakteriami opisane w Hong Kongu, 74 przypadki były związane ze szczepami metycylinoopornymi (MRSA), a 80 przypadków wiązano ze szczepami wrażliwymi (MSSA). Obecnie uważa się, że metycylinooporność nie jest wskaźnikiem wirulencji. Istnieją poglądy, że wirulencja MRSA jest zazwyczaj niewielka, ponieważ takie szczepy nie powodują pierwotnych zakażeń i prawie zawsze są związane z wcześniejszymi zmianami chorobowymi. Szczepy *S.aureus* z III grupy fagowej mają generalną tendencję do dobrej kolonizacji ran i są charakterystyczne dla mikroflory szpitalnej. Wśród osiemdziesięciu znanych typów fagowych występują mniejsze lub większe różnice wirulencji, ale postać kliniczna zakażenia i jej przebieg zależą głównie od stanu organizmu gospodarza oraz rodzaju zmian chorobowych.

Jak dotychczas nie ma żadnych testów laboratoryjnych, które pozwalałyby różnicować wirulencję szczepów MRSA pod względem klinicznym. Przyпуска się, że wirulentne cechy obecnych MRSA zostały przez nie nabyte od bardziej wirulentnych szczepów MSSA, ale mechanizm tego transferu nie jest znany.

na podstawie "WHO/EMC/LTS/96/1"
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.