

Meldunek 6/B/97

o zachorowaniach na choroby zakaźne, zatruciach i zakażeniach szpitalnych
zgłoszonych w okresie od 16.06 do 30.06.1997 r.

Jednostka chorobowa (symbole wg "Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych" ICD-10)	Meldunek 6/B		Dane skumulowane	
	16.06.97. do 30.06.97.	16.06.96. do 30.06.96.	1.01.97. do 30.06.97.	1.01.96. do 30.06.96.
Choroba wywołana przez ludzki wirus upośl.odp.: ogółem (B20-B24)	9	1	54	59
Dur brzuszny (A01.0)	-	1	2	2
Dury rzekome A.B.C. (A01.1-A01.3)	-	-	2	-
Salmonelozy: ogółem (A02)	1350	2200	9309	11561
Czerwonki: ogółem (A03; A06.0)	13	28	101	182
Biegunki u dzieci do lat 2 (A04; A08; A09)	771	588	10359	8569
Tężec: ogółem (A33-A35)	4	1	17	12
Błonica (A36)	-	-	-	9
Krzusiec (A37)	50	9	363	110
Szkarlatyna /płonica/ (A38)	932	1044	12630	13606
Zapalenie opon mózgowych: razem	118	360	1210	1563
w tym: meningokokowe (A39.0)	4	10	78	81
inne bakteryjne: ogółem (G00) ^a	59	94	589	684
wirusowe, określone i nie określone (A87; B00.3; B02.1)	43	247	433	711
inne i nie określone (G03)	12	9	110	87
Zapalenie mózgu: razem	23	21	202	177
w tym: meningokokowe i inne bakteryjne (A39.8; G04.2)	4	.	32	.
wirusowe, przenoszone przez kleszcze (A84) ^b	7	5	15	12
inne wirusowe: ogółem (A83;A85;A86;B00.4;B02.0;B25.8) ^c	10	9	85	73
poszczepienne (G04.0)	-	-	-	-
inne i nie określone (G04.8-G04.9) ^d	2	7	70	92
Riketsjozy: ogółem (A75-A79)	-	-	-	1
Ostre nagminne porażenie dziecięce (A80)	-	-	-	-
Ospa wietrzna (B01)	8256	5420	109415	73662
Odra (B05)	11	37	229	404
Różyczka: ogółem (B06; P35.0)	12232	7224	118918	56687
Wirusowe zap. wątroby: typu B (B16; B18.0-B18.1)	217	313	2548	3360
"nie B": ogółem (B15;B17;B18.2-B18.9;B19)	144	325	3593	6630
Świnka /nagminne zapalenie przyusznic/ (B26)	4761	2080	36039	22107
Włośnica (B75)	1	1	12	23
Świerzb (B86)	383	288	8854	8880
Grypa: ogółem (J10; J11)	29	639	1574524	2701851
Bakteryjne zatrucia pokarmowe: razem	1517	2324	10857	12575
w tym: salmonelozy (A02.0)	1348	2197	9291	11535
gronkowcowe (A05.0)	2	6	11	7
jadem kiełbasianym /botulizm/ (A05.1)	4	7	39	33
wywołane przez Cl.perfringens (A05.2)	-	-	-	-
inne określone i nie określone: ogółem (A05.3-A05.9)	163	114	1516	1000
Zatrucia naturalnie toksycznym pokarmem: ogółem (T62)	-	.	9	.
w tym: grzybami (T62.0)	-	1	6	18
Inne zatrucia: ogółem (T36-T60; T63-T65)	456	.	4531	.
w tym: pestycydami (T60)	17	24	68	80
lekami i preparatami farmakologicznymi (T36-T50)	213	.	2365	.
Zakażenia szpitalne - objawowe i bezobjawowe: ogółem	55	74	1380	1289
w tym: na oddziałach noworodkowych i dziecięcych	27	27	486	314
następstwa zabiegów medycznych	21	36	354	400
wywołane pałeczkami Salmonella	6	3	124	205

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 16-30.06.1997 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	9	-	-	1350	13	771	4	50	932	118	4	23	7
1. St.warszawskie	2	-	-	77	-	58	-	8	49	3	-	-	-
2. Białkopodlaskie	-	-	-	8	-	5	1	-	11	2	-	-	-
3. Białostockie	-	-	-	28	-	14	-	1	3	1	-	2	2
4. Bielskie	-	-	-	29	-	20	-	-	25	1	-	-	-
5. Bydgoskie	-	-	-	39	-	18	-	-	40	7	-	1	-
6. Chełmskie	-	-	-	8	-	9	-	-	14	-	-	-	-
7. Ciechanowskie	-	-	-	17	-	5	-	-	8	-	-	-	-
8. Częstochowskie	-	-	-	23	-	12	-	2	15	1	-	-	-
9. Elbląskie	-	-	-	13	-	7	-	-	10	-	-	-	-
10. Gdańskie	-	-	-	92	-	37	-	1	42	5	-	1	-
11. Gorzowskie	-	-	-	20	-	2	-	-	11	1	-	1	-
12. Jeleniogórskie	-	-	-	14	-	17	-	-	19	3	-	-	-
13. Kaliskie	-	-	-	16	-	9	-	-	9	1	-	-	-
14. Katowickie	4	-	-	95	-	55	-	2	132	16	1	3	-
15. Kieleckie	-	-	-	43	-	43	-	1	7	6	-	1	-
16. Konińskie	-	-	-	32	1	9	-	-	11	1	-	-	-
17. Koszalińskie	-	-	-	7	-	15	-	-	39	3	-	-	-
18. M.krakowskie	-	-	-	28	-	4	1	1	52	5	-	1	-
19. Krośnieńskie	-	-	-	14	-	9	-	-	15	3	-	-	-
20. Legnickie	-	-	-	15	-	2	-	-	12	1	-	-	-
21. Leszczyńskie	-	-	-	12	-	13	-	-	15	1	-	-	-
22. Lubelskie	-	-	-	36	-	6	-	-	20	4	-	-	-
23. Łomżyńskie	-	-	-	14	-	5	-	-	3	-	-	-	-
24. M.łódzkie	-	-	-	22	-	20	-	2	15	1	1	-	-
25. Nowosądeckie	-	-	-	15	-	6	-	-	18	6	-	-	-
26. Olsztyńskie	-	-	-	53	-	21	-	-	9	3	-	1	1
27. Opolskie	-	-	-	23	-	5	-	-	29	6	1	1	-
28. Ostrołęckie	-	-	-	5	-	11	-	-	3	2	-	-	-
29. Piłskie	-	-	-	22	-	10	-	-	2	1	-	-	-
30. Piotrkowskie	-	-	-	18	-	5	-	-	16	2	-	-	-
31. Płockie	-	-	-	21	1	7	-	-	7	-	-	1	-
32. Poznańskie	-	-	-	61	-	62	-	1	56	5	-	1	-
33. Przemyskie	-	-	-	18	-	15	-	1	5	3	-	-	-
34. Radomskie	-	-	-	12	-	25	-	3	10	-	-	-	-
35. Rzeszowskie	-	-	-	16	-	2	-	-	12	2	-	-	-
36. Siedleckie	-	-	-	35	-	19	-	20	7	3	1	-	-
37. Sieradzkie	-	-	-	15	-	6	-	-	5	3	-	-	-
38. Skierniewickie	-	-	-	22	-	3	-	1	6	-	-	1	-
39. Słupskie	-	-	-	23	-	11	-	-	10	1	-	-	-
40. Suwalskie	-	-	-	94	-	6	-	1	8	2	-	4	4
41. Szczecińskie	1	-	-	25	10	15	-	-	31	-	-	-	-
42. Tarnobrzeskie	-	-	-	39	-	39	-	-	18	3	-	-	-
43. Tarnowskie	-	-	-	12	-	7	1	-	11	1	-	-	-
44. Toruńskie	-	-	-	32	-	15	-	-	15	2	-	2	-
45. Wałbrzyskie	1	-	-	6	-	18	1	-	10	4	-	-	-
46. Włocławskie	-	-	-	19	-	11	-	-	21	-	-	1	-
47. Wrocławskie	1	-	-	25	-	23	-	5	37	1	-	-	-
48. Zamojskie	-	-	-	13	1	19	-	-	4	1	-	1	-
49. Zielonogórskie	-	-	-	24	-	16	-	-	5	1	-	-	-

Zachorowania zgłoszone w okresie 16-30.06.1997 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	8256	11	12232	217	144	4761	1	383	29	1517	-	456	55
1. St.warszawskie	422	-	496	15	2	278	-	4	-	77	-	3	1
2. Białkopodlaskie	52	-	1	3	10	3	-	9	-	8	-	7	-
3. Białostockie	163	-	465	3	1	233	1	24	-	28	-	7	-
4. Bielskie	170	-	417	8	3	143	-	6	-	31	-	10	4
5. Bydgoskie	248	-	287	5	2	78	-	8	1	47	-	21	-
6. Chełmskie	15	-	125	2	2	6	-	2	-	8	-	-	-
7. Ciechanowskie	75	-	168	3	1	2	-	-	-	17	-	4	-
8. Częstochowskie	151	1	287	2	1	113	-	1	-	23	-	11	-
9. Elbląskie	100	1	57	6	-	113	-	35	-	13	-	2	-
10. Gdańskie	270	-	743	13	8	165	-	12	-	99	-	12	2
11. Gorzowskie	170	-	192	4	2	40	-	4	-	24	-	11	2
12. Jeleniogórskie	86	-	136	-	2	93	-	2	-	14	-	1	-
13. Kaliskie	124	-	446	4	1	45	-	6	4	16	-	2	-
14. Katowickie	1289	1	1570	24	17	835	-	50	-	130	-	85	3
15. Kieleckie	340	-	949	14	2	223	-	3	1	50	-	69	5
16. Konińskie	89	-	98	-	1	112	-	3	-	32	-	-	-
17. Koszalińskie	149	-	189	3	7	20	-	8	-	7	-	3	-
18. M.krakowskie	373	3	699	14	2	262	-	-	-	41	-	4	4
19. Krośnińskie	41	-	107	1	3	17	-	1	-	30	-	13	-
20. Legnickie	78	-	276	3	3	37	-	8	-	15	-	-	-
21. Leszczyńskie	93	-	134	2	2	43	-	1	-	12	-	1	-
22. Lubelskie	234	-	141	3	2	80	-	13	-	36	-	14	-
23. Łomżyńskie	29	-	126	2	-	4	-	8	-	14	-	-	-
24. M.łódzkie	258	-	132	2	1	17	-	11	15	22	-	22	1
25. Nowosądeckie	95	-	232	4	3	216	-	1	-	15	-	2	1
26. Olsztyńskie	209	-	143	4	1	8	-	13	-	53	-	7	-
27. Opolskie	385	-	689	10	4	96	-	7	1	26	-	2	-
28. Ostrołęckie	72	-	60	-	1	21	-	16	-	5	-	4	-
29. Piłskie	61	-	75	2	-	68	-	1	-	22	-	1	-
30. Piotrkowskie	165	-	87	4	6	31	-	8	-	18	-	3	-
31. Płockie	145	-	74	3	-	96	-	2	-	21	-	1	-
32. Poznańskie	387	1	263	3	1	337	-	7	-	61	-	10	1
33. Przemyskie	37	-	31	1	1	54	-	4	-	18	-	11	-
34. Radomskie	154	-	135	3	-	142	-	1	-	12	-	-	-
35. Rzeszowskie	41	-	117	1	1	25	-	3	-	16	-	1	-
36. Siedleckie	58	-	80	3	1	44	-	8	3	40	-	13	-
37. Sieradzkie	32	-	20	3	2	11	-	1	-	17	-	1	1
38. Skierniewickie	129	-	133	1	1	51	-	-	-	21	-	4	-
39. Słupskie	111	-	211	2	16	14	-	18	3	23	-	4	2
40. Suwalskie	84	-	205	2	5	12	-	18	-	102	-	5	2
41. Szczecińskie	120	1	55	10	5	36	-	9	-	75	-	7	-
42. Tarnobrzesckie	129	-	118	2	3	45	-	11	-	39	-	4	8
43. Tarnowskie	61	-	115	5	1	79	-	2	-	12	-	14	-
44. Toruńskie	70	-	162	3	9	75	-	14	-	32	-	-	-
45. Wałbrzyskie	144	-	182	6	-	62	-	3	-	6	-	23	2
46. Włocławskie	27	-	30	2	-	127	-	-	1	23	-	11	-
47. Wrocławskie	328	1	392	4	5	134	-	3	-	29	-	-	10
48. Zamojskie	39	-	58	-	1	6	-	12	-	13	-	17	4
49. Zielonogórskie	154	2	324	3	2	9	-	2	-	24	-	9	2

Zakażenia rotawirusami w województwie warszawskim u dzieci w wieku do lat dwóch

Rotawirusy stanowią główną przyczynę zachorowań na *enterocolitis* u niemowląt na całym świecie, a częstość występowania zakażeń rotawirusami u małych dzieci szacuje się na 18-49%.

Biegunkę spowodowaną rotawirusami leczy się objawowo, uzupełniając straty płynów i elektrolitów, bez konieczności stosowania antybiotyko- i chemioterapii.

Biorąc pod uwagę częstość występowania zakażeń rotawirusami jak również możliwość odstąpienia od podawania dzieciom antybiotyków lub chemioterapeutyków, Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Warszawie rozpoczęła w listopadzie 1995 r. diagnostykę biegunek u dzieci do lat 2 w kierunku rotawirusów.

Materiał do badań stanowi kał w ilości około 0,2g. Badanie wykonywane jest przy użyciu testu lateksowego firmy Bio Merieux "Slidex Rola-kit-2" wykrywającego w kale antygen wirusa. Czas wykonania testu wynosi około 30 minut, co umożliwia szybkie wydanie wyników.

Omówienie wyników

W 1995 roku od 20 listopada do 31 grudnia zbadano 119 próbek kału, uzyskując wyniki dodatnie w 19 przypadkach (16%). W 1996 roku przebadano 2.151 próbek kału uzyskując wyniki dodatnie w 210 przypadkach (10%).

Rozkład wyników dodatnich nie był jednakowy w ciągu całego roku i w poszczególnych miesiącach przedstawiał się następująco: styczeń - 33 wyniki dodatnie (20,9%), luty - 45 (21,6%), marzec - 48 (21%), kwiecień - 19 (11,2%), maj - 12 (6,5%), czerwiec - 7 (3,8%), lipiec - 8 (4,8%), sierpień - 12 (6,3%), wrzesień - 3 (1,4%), październik - 10 (5,3%), listopad - 6 (4,1%), grudzień - 7 (6,1%).

W 1997 roku kontynuowano diagnostykę biegunek w kierunku rotawirusów. Do 30 kwietnia 1997 r. przebadano 720 kałów uzyskując wyniki dodatnie w 159 przypadkach. Rozkład wyników dodatnich w poszczególnych miesiącach był następujący: styczeń - 19 (10,9%), luty - 40 (25,5%), marzec - 43 (21,5%), kwiecień - 57 (30,3%).

Na uwagę zasługuje gwałtowny wzrost wyników dodatnich w kwietniu do 30,3%, co nie pokrywa się z danymi z piśmiennictwa, ponieważ wielu autorów podaje, że infekcje spowodowane rotawirusami nasilają się w chłodnej porze roku.

Najwięcej wyników dodatnich stwierdzono u dzieci w wieku od 6 do 18 miesiąca życia (55%).

W świetle uzyskanych danych wydaje się celowe dalsze prowadzenie monitoringu zakażeń rotawirusowych u małych dzieci.

dr Grażyna Dulny, mgr Krystyna Nowak
WSSE w Warszawie

Ognisko zachorowań spowodowanych przez *Escherichia coli* O 157 na Wyspach Kanaryjskich

Według "EPI-News Denmark", 1997, 16 (L.Graversen et al) duński Departament Epidemiologii otrzymał 26 marca informację z Finlandii o wystąpieniu krwawej biegunki, a następnie zespołu krwotoczno-mocznicowego (HUS) u dwojga dzieci, które wyjeżdżały do Fuerteventura na Wyspach Kanaryjskich. Podejrzewano zakażenie *E.coli* O 157. Duńskie placówki zajmujące się mikrobiologią zostały poin-

formowane o przyjęciu do szpitala 4-letniej dziewczynki z uporczywą biegunką krwotoczną. Badanie w kierunku *E. coli* O 157 dało wynik dodatni. Pacjentka po tygodniu od daty przyjęcia zaczęła zdradzać objawy HUS. Na miesiąc przed przyjęciem do szpitala przebywała wraz z rodzicami i młodszym bratem na wakacjach w Fuerteventura. Rodzina zatrzymała się w tym samym hotelu, w którym mieszkali fińskie dzieci. Młodszy brat dziewczynki z Danii miał krótki epizod biegunkowy wkrótce po powrocie do domu. Rodzice nie chorowali.

Okres wylęgania dla *E.coli* O 157 wynosi zwykle 1-2 dni. Zakażenie może być przekazane przez kontakt interpersonalny, a 1/3 zakażonych dzieci może wydalac drobno-ustrój przez około 3 tygodni. Próba wyjaśnienia późnego zachorowania duńskiej dziewczynki - po 4 tygodniach od momentu powrotu z Fuerteventura - prowadzi do wniosku, że zakażenie mogło być przekazane przez brata.

W Danii w 1996 roku stwierdzono trzy przypadki zachorowań spowodowanych przez *E.coli* O 157: H 7.

Po pobycie w Fuerteventura zachorowało również 6 osób w Anglii i Walii. Od chorych tych izolowano *E.coli* O 157. Okazało się, że izolacja dała te same wyniki u duńskich, co u brytyjskich pacjentów. Wszystkie omawiane izolaty miały typ fagowy 2 i te same cechy oporności. Od chorego dziecka w Szwecji otrzymano również *E.coli* O 157.

Wszystkie wymienione chore dzieci przebywały na Wyspach Kanaryjskich w tym samym kompleksie hotelowym. W opinii autorzytetów hiszpańskiej służby zdrowia, w lokalnej populacji nie stwierdzono zakażeń omawianym patogenem. W dochodzeniu na temat żywności i napojów spożywanych przez chore dzieci z Wielkiej Brytanii i Finlandii nie wykryto wspólnych elementów. Okazało się natomiast, że między innymi wanny i prysznice hoteli w kompleksie wypoczynkowym były zaopatrywane w wodę z tego samego ujęcia. W trakcie dochodzenia stwierdzono, że na terenie kompleksu wypoczynkowego przebywały kozy i inne zwierzęta. Ujęcia wody uznano za podejrzane i zamknięto je 29 marca.

opracowała Anna Przybylska

Zgon na wściekliznę w londyńskim szpitalu

Jak donosi "Weekly Epidemiological Record" (1997,22, 163) w jednym z londyńskich szpitali zmarł 19-letni mężczyzna, który został pokąsany przez bezdomnego psa podczas pobytu w Nigerii. Chorego hospitalizowano w dwóch szpitalach i wstępnie leczono z rozpoznaniem malarii mózgowej w związku z obecnością zarodźców malarii w rozmazach krwi. Ostateczne rozpoznanie kliniczne wścieklizny zostało potwierdzone laboratoryjnie przez Central Veterinary Laboratory w Weybridge immunofluorescencją bezpośrednią, PCR oraz hodowlą wirusa z tkanek po badaniu anatomopatologicznym.

U osób narażonych na zakażenie przez chorego zastosowano poekspozycyjną profilaktykę przez podanie szczepionki oraz immunoglobuliny. Równocześnie zalecono poekspozycyjną profilaktykę osobom wyjeżdżającym na tereny, gdzie istnieje duże zagrożenie wścieklizną, a dostępność opieki medycznej jest ograniczona. Według Raportu WHO Expert Committee on Rabies (WHO Technical Report Series No 824 1992) takie postępowanie obejmuje trzy dawki szczepionki przeciw wściekliznie o potencji co najmniej 2,5

IU w dawce, podawanej wg schematu 0, 7 i 28. Jeżeli jest to możliwe obecność przeciwciał winna być sprawdzona w okresie 1-3 tygodni po podaniu trzeciej dawki.

Wojciech Żabicki

Wąglik w Ghanie

We wsi w okręgu Bolgatanga 18 kwietnia 1997 roku stwierdzono ognisko wąglika. Źródłem zakażenia było mięso i narządy wewnętrzne krów. Zwierzęta padały po okresie szybko i ostro przebiegających objawów klinicznych choroby.

Łącznie zachorowało 185 osób, spośród których 26 zmarło.

Służba weterynaryjna podjęła masowe szczepienia bydła, zakazano czasowo uboju i sprzedaży bydła, podjęto szeroko zakrojoną akcję oświaty zdrowotnej w zakresie wąglika.

na podstawie "Wkly Epid.Rec." (1997,24,180)
opracowała Danuta Seroka

Ocena postępów w eradykacji poliomyelitis w Regionie Południowo-Wschodniej Azji w latach 1995-1997

Jak donosi "Weekly Epidemiological Record" w Regionie Południowo-Wschodniej Azji liczba zachorowań na *poliomyelitis* spadła z 25.711 przypadków w 1988 roku do 1.116 w 1996 roku (96%). Był to wynik wdrożenia czterech zadań strategicznych obejmujących:

- osiągnięcie i utrzymanie wysokiego odsetka szczepień (OPV 3) u dzieci w pierwszym roku życia,
- stworzenie czułego systemu epidemiologicznego i laboratoryjnego surveillance'u z uwzględnieniem ostrych porażenia wiotkich (AFP),
- podawanie dodatkowej dawki szczepionki OPV wszystkim małym dzieciom (najczęściej w wieku do pięciu lat) w czasie krajowych dni szczepień,
- realizację doraźnych akcji szczepień zwanych "mopping up" na terenach, gdzie utrzymuje się transmisja wirusa *polio*.

Rutynowe szczepienia przeciw *poliomyelitis* w ramach Rozszerzonego Programu Szczepień (EPI) wdrożono we wszystkich krajach Regionu w latach 1986-1995. Objęcie szczepieniami dzieci w pierwszym roku życia w latach 1986-1990 wzrosło z 42% do 82%, a w latach 1991-1995 wahało się od 85% do 91%.

W 1996 roku większość zgłoszonych zachorowań na *poliomyelitis* (99,4%) pochodziła z pięciu krajów: Bangladeszu (49), Indii (3.263), Indonezji (12), Nepalu (9) i Birmy (7). Ponadto zgłoszono zachorowania z Północnej Korei (7) oraz Tajlandii (2). Zachorowania na *polio* nie występują w trzech krajach: Bhutan od 1987 roku, Sri Lanka od 1994 roku oraz Malediwy od 1995 roku. Intensywny spadek liczby zachorowań na *poliomyelitis* na terenie Regionu Południowo-Wschodniej Azji był głównie wynikiem postępu uzyskanego na terenie Indii, gdzie zamieszkuje 76% ludności, a liczba zachorowań spadła z 3.263 przypadków w 1995 roku do 1.005 w 1996 roku (69%).

Uważa się, że istotny wpływ na spadek liczby zachorowań miały krajowe dni szczepień. Pierwszą taką akcją prze-

prowadzono w 1994 roku w Tajlandii, a w następnym roku realizowały dni szczepień kolejne kraje: Bangladesz, Bhutan, Indie, Indonezja i Sri Lanka. W 1996 roku działania te wprowadzono w Korei Płn., Birmie i Nepalu. Ostatnio w ramach skoordynowanych krajowych dni szczepień na terenie sześciu krajów (na 10 istniejących) dzieciom do lat 5 podano 165 mln dawek szczepionki. Dane liczbowe wskazują, że od pierwszych krajowych dni szczepień w Tajlandii (1994 rok) liczba zachorowań na *polio* spadła z 5.118 do 1.116 w 1996 roku (78%).

Do 1995 roku wszystkie kraje tego regionu wprowadziły surveillance klinicznych porażennych zachorowań na *poliomyelitis*, ale surveillance AFP podjęto tylko w dwóch krajach - w Sri Lance i w Tajlandii. Wprawdzie we wszystkich krajach wprowadzono system zgłaszalności ostrych wiotkich porażenia, ale w 1996 roku tylko na terenie Sri Lanki uzyskano wymagany przez WHO odpowiednio wysoki wskaźnik zgłaszalności (1,7/100.000). W Indiach, gdzie zgłaszanie AFP jest obowiązkowe, prawie wszystkie zgłoszenia odpowiadają klinicznie przypadkom *poliomyelitis*. W żadnym kraju nie uzyskano wymaganego poboru próbek kału do badań wirusologicznych w odstępie 24-48 godzin w ciągu 14 dni od wystąpienia porażenia od co najmniej 80% przypadków AFP. Wskaźnik ten wahał się od 16% w Bangladeszu do 61% w Sri Lance. Zamiast przewidywanych przez WHO 5.033 przypadków AFP przy wskaźniku 1/100.000 zgłoszono w 1996 roku tylko 1.381 zachorowań, z których 1.116 zakwalifikowano jako potwierdzone zachorowania na *poliomyelitis*. Badania wirusologiczne przeprowadzono w 978 przypadkach (71%), wśród nich w 106 (11%) uzyskano izolację dzikiego wirusa *polio* typu 1, w 5 (0,5%) izolowano typ 2, a w 11 (1,1%) dziki wirus *polio* typu 3. Większość tych izolacji (110) pochodziła z Indii, w tym 94 należało do typu 1, pięć do typu 2 i jedenaście do typu 3. Wirusów *polio* typu 2 poza Indiami nie izolowano, natomiast szczepy należące do typu 1 izolowane były także w Bangladeszu (10), Nepalu (1) i Tajlandii (1).

Jadwiga Żabicka

Znaczenie metycylinoopornych szczepów *S.aureus* w praktyce szpitalnej

Metycyliny wprowadzono po raz pierwszy do terapii w 1960 roku i już w następnym roku uzyskano w Londynie izolację opornego szczepu wśród 5.000 badanych izolatów. Wkrótce pojawiły się doniesienia o izolacji takich szczepów w Turcji i w Polsce, pomimo że w tych krajach nie stosowano jeszcze takich antybiotyków i innych penicylin niewrażliwych na penicylinazy bakteryjne.

W latach sześćdziesiątych sukcesywnie donoszono z Europy o narastaniu liczby szczepów i infekcji opornych na penicylinę, tetracyklinę, erytromycynę i neomycynę, niezależnie od oporności na metycylinę. Zaczęto obserwować również brak wrażliwości na inne penicylinazooporne penicyliny, jak oksacylina i kloksacylina oraz cefalosporyny. W Zurychu częstość względna występowania izolatów MRSA wzrosła z 9,7% w 1965 roku do 16,1% w 1967 roku. W W. Brytanii w Central Public Health Laboratory liczba izolowanych szczepów MRSA wzrosła z 3/5.440 (0,06%) w 1960 roku do 293/7.153 (4,1%) w 1969 roku. Badanie skrinigowe przeprowadzone w tym czasie w ośmiu londyńskich szpitalach klinicznych wykazało, że 8% izolowanych szczepów było metycylinoopornych. W 1971 roku w Danii

stwierdzono, że metycylinooporność drobnoustrojów stała się powszechnym zjawiskiem i 46% szpitalnych szczepów było MRSA. Analogiczne zjawisko dało się zauważyć także na terenie Francji.

W latach siedemdziesiątych i na początku osiemdziesiątych w Europie występowanie szczepów MRSA zaczęło maleć, prawdopodobnie w następstwie racjonalizacji stosowania antybiotyków oraz poprawy zwalczania zakażeń. W Zurychu częstość względna izolacji MRSA spadła z 20% w 1971 roku do 3% w 1975 roku, a w Danii z około 15% w latach 1967-1971 do 0,2% w 1984 roku i od tego czasu utrzymywała się na ustabilizowanym bardzo niskim poziomie. W szpitalu ogólnym w Birmingham (Anglia) występowanie MRSA zmalało z 8,5% w 1970 roku do mniej niż 0,5% w 1977 roku i w większości dotyczyło pacjentów z oddziałów chirurgicznego i ortopedycznego. Na oddziale oparzeniowym tego szpitala w 1976 roku szczepy metycylinooporne stanowiły 40% izolatów, a w 1984 roku w ogóle nie występowały. Analogiczne zjawisko zaobserwowano w Skandynawii, ale jego przyczyny nie są zrozumiałe. Prawdopodobnie zmniejszone zużycie tetracykliny i streptomycyny doprowadziło do zniknięcia określonych fagotypów, np. 83A i 29/770 o pierwotnie wysokiej infekcyjności. Przypuszcza się również, że wprowadzenie gentamycyny ograniczyło liczbę wieloopornych szczepów wrażliwych na gentamycynę, a ogniska zakażeń szpitalnych z lat osiemdziesiątych były często wywołane szczepami opornymi na ten antybiotyk.

Wiadomo również, że czynione były próby ograniczenia zakażeń MRSA postępowaniem przeciwepidemicznym z organizacją pododdziałów izolacyjnych. Między innymi w Newcastle (Anglia) uzyskano spadek tych zakażeń w ciągu 6 miesięcy, ale znaczenie izolacji pacjentów nie zostało jednoznacznie ocenione. Wprowadzenie analogicznego systemu w Birmingham (Anglia) dało podobny wynik, ale badanie zostało przeprowadzone w czasie, kiedy występowanie MRSA zaczęło spadać. Inne badania tego rodzaju nie są dostatecznie udokumentowane, a ponadto były prowadzone w początkowym okresie występowania ognisk wywołanych przez epidemiczne metycylinowrażliwe szczepy gronkocóców.

Do końca lat siedemdziesiątych w brytyjskim szpitalnictwie duże ogniska zakażeń szpitalnych występowały rzadko pomimo utrzymywania się w szpitalach metycylinoopornych szczepów MRSA. W międzyczasie jednak w połowie dziesięciolecia w Wielkiej Brytanii, Francji i innych krajach pojawiły się nowe szczepy MRSA, często odporne na gentamycynę. Epidemie szpitalne pojawiły się w Irlandii, Australii i USA, a w Wielkiej Brytanii pierwsze szczepy epidemiczne pojawiły się w londyńskich szpitalach w 1981 roku, gdzie powodowały ciężkie zakażenia przebiegające z sepsą, zapaleniami wsierdzia i zapaleniami opon mózgowo-rdzeniowych. Pierwszy z nowych, groźniejszych epidemicznych szczepów *S.aureus* pojawił się w 1991 roku i spowodował występowanie ciężkich zakażeń, w tym sepsy, *endocarditis* i zapaleń opon mózgowo-rdzeniowych. W jednym ze szpitali wystąpiło ponad 1.000 przypadków zakażeń szpitalnych; w innych występowały większe ogniska, które pojawiły się również poza Londynem, zwłaszcza na południowym wschodzie Anglii wywołane tym samym nowym szczepem epidemicznym. W następnych latach ustalił się szereg innych szczepów epidemicznych *S.aureus* z tendencją do koncentracji w określonych rejonach. Do 1991 roku zostało opisanych 14 takich szczepów i pomimo starań ze strony

poszczególnych oddziałów i szpitali szerzenie zakażeń nie ustało. Dwa nowe szczepy ujawniły się w latach dziewięćdziesiątych we wschodnim i zachodnim Midlands, natomiast na południu Anglii stopniowo zaczęło zanikać występowanie pierwotnych szczepów epidemicznych znanych jako EMRSA 1 i 2.

Natomiast w Danii, Szwecji i Holandii większych ognisk nie obserwowano pomimo zawleczenia metycylinoopornych szczepów z innych krajów. Duńscy autorzy uważają, że brak rozprzestrzenienia MRSA w duńskich szpitalach wyniknął z wczesnego ujawnienia zjawiska, dobrego nadzoru nad stosowaniem antybiotyków oraz niezwłocznego wdrażania postępowania przeciwepidemicznego po ujawnieniu importowanych szczepów MRSA. Podobne stanowisko jest wyrażane w Holandii, tym niemniej wiadomo, że wielu szpitalom z dobrymi zasadami postępowania przeciwepidemicznego nie udaje się ograniczyć szerzenia szczepów epidemicznych.

W USA na początku i w połowie lat sześćdziesiątych izolowano pojedyncze szczepy MRSA, a w tym czasie omawiane zjawisko stanowiło już poważny problem w szpitalnictwie europejskim. Pierwsze większe ognisko szpitalne opisano w 1968 roku i wkrótce po tym pojawiły się następne. Badania przeglądowe szpitali przeprowadzone w latach 1975-1980 wykazały obecność MRSA w 154 szpitalach na terenie 36 stanów. W jednym z wcześniejszych ognisk odnotowano 201 chorych, w tym 156 pacjentów oddziału oparzeniowego. Analiza ognisk szpitalnych z 1982 roku wykazała, że żadne z nich nie miało związku z blokiem operacyjnym, a większość z nich (12/18) dotyczyła oddziałów intensywnej terapii. Częstość względna izolacji MRSA według danych amerykańskiego the National Nosocomial Infections Surveillance Study wzrosła z 2,4% w 1975 roku do 29% w 1991 roku i wielkość szpitali nie miała w tym względzie istotnego znaczenia. Zauważono jednak, że ważnym rezerwuarem MRSA mogą być szpitale dla przewlekłych chorych z długim okresem hospitalizacji i przeniesienie zakażonego pacjenta z ostrym stanem chorobowym do innych szpitali powoduje powstawanie nowych ognisk szpitalnych.

W wielu krajach, w tym w Wielkiej Brytanii, USA i Australii uważa się, że zwalczenie zakażeń MRSA jest trudne, nawet przy dobrych warunkach lokalowych, a całe zjawisko MRSA stanowi ogólnoświatowy problem.

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

"Meldunki" opracowuje zespół: Ewa Cielebąk, Mirosław P. Czarkowski (red. odp.), Barbara Kondej, 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.