

Meldunek 9/A/97

o zachorowaniach na choroby zakaźne, zatruciach i zakażeniach szpitalnych zgłoszonych w okresie od 1.09 do 15.09.1997 r.

Jednostka chorobowa (symbole wg "Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych" ICD-10)	Meldunek 9/A		Dane skumulowane	
	1.09.97. do 15.09.97.	1.09.96. do 15.09.96.	1.01.97. do 15.09.97.	1.01.96. do 15.09.96.
Choroba wywołana przez ludzki wirus upośl.odp.: ogółem (B20-B24)	3	9	77	82
Dur brzuszny (A01.0)	-	-	3	4
Dury rzekome A.B.C. (A01.1-A01.3)	-	-	6	2
Salmonelozy: ogółem (A02)	1557	1590	17293	19707
Czerwonki: ogółem (A03; A06.0)	22	15	224	353
Biegunki u dzieci do lat 2 (A04; A08; A09)	695	541	14018	11447
Tężec: ogółem (A33-A35)	1	2	26	28
Błonica (A36)	-	-	-	9
Krzusiec (A37)	132	21	792	164
Szkarlatyna /płonica/ (A38)	204	260	14266	15869
Zapalenie opon mózgowych: razem	277	1289	2249	6623
w tym: meningokokowe (A39.0)	2	4	101	110
inne bakteryjne: ogółem (G00) ^a	45	92	803	1103
wirusowe, określone i nie określone (A87; B00.3; B02.1)	217	1142	1169	5143
inne i nie określone (G03)	13	51	176	267
Zapalenie mózgu: razem	40	39	359	343
w tym: meningokokowe i inne bakteryjne (A39.8; G04.2)	2	.	51	.
wirusowe, przenoszone przez kleszcze (A84) ^b	25	28	96	108
inne wirusowe: ogółem (A83;A85;A86;B00.4;B02.0;B25.8) ^c	8	-	126	92
poszczepienne (G04.0)	-	-	-	-
inne i nie określone (G04.8-G04.9) ^d	5	11	86	143
Riketsjozy: ogółem (A75-A79)	-	-	-	1
Ostre nagminne porażenie dziecięce (A80)	-	-	-	-
Ospa wietrzna (B01)	1054	1134	123918	87373
Odra (B05)	3	11	261	496
Różyczka: ogółem (B06; P35.0)	622	578	133596	68991
Wirusowe zap. wątroby: typu B (B16; B18.0-B18.1)	183	245	3528	4709
"nie B": ogółem (B15;B17;B18.2-B18.9;B19)	157	374	4311	8326
Świnka /nagminne zapalenie przyusznic/ (B26)	1238	485	48604	28032
Włośnica (B75)	-	2	17	29
Świerzb (B86)	570	620	11048	11552
Grypa: ogółem (J10; J11)	11	58	1574606	2702347
Bakteryjne zatrucia pokarmowe: razem	1934	1753	21119	21598
w tym: salmonelozy (A02.0)	1553	1589	17262	19672
gronkowcowe (A05.0)	54	-	230	60
jadem kiełbasianym /botulizm/ (A05.1)	2	14	62	72
wywołane przez Cl.perfringens (A05.2)	-	-	-	-
inne określone i nie określone: ogółem (A05.3-A05.9)	325	150	3565	1794
Zatrucia naturalnie toksycznym pokarmem: ogółem (T62)	21	.	106	.
w tym: grzybami (T62.0)	20	15	101	71
Inne zatrucia: ogółem (T36-T60; T63-T65)	384	.	6109	.
w tym: pestycydami (T60)	7	5	127	126
lekami i preparatami farmakologicznymi (T36-T50)	225	.	3231	.
Zakażenia szpitalne - objawowe i bezobjawowe: ogółem	46	47	1656	1601
w tym: na oddziałach noworodkowych i dziecięcych	9	4	571	438
następstwa zabiegów medycznych	27	31	470	551
wywołane pałeczkami Salmonella	2	4	165	219

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.

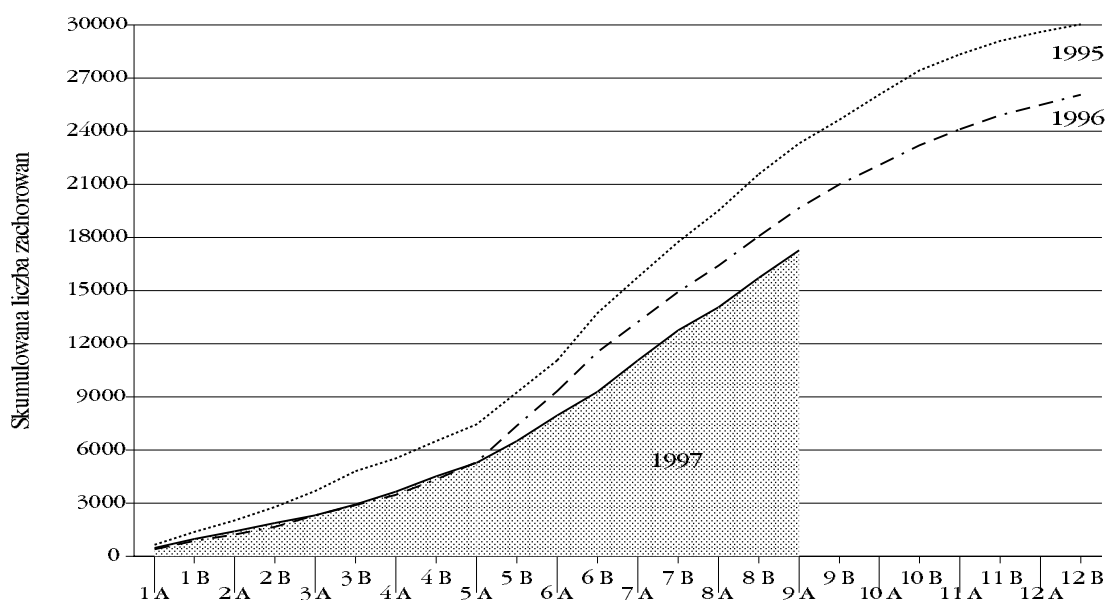
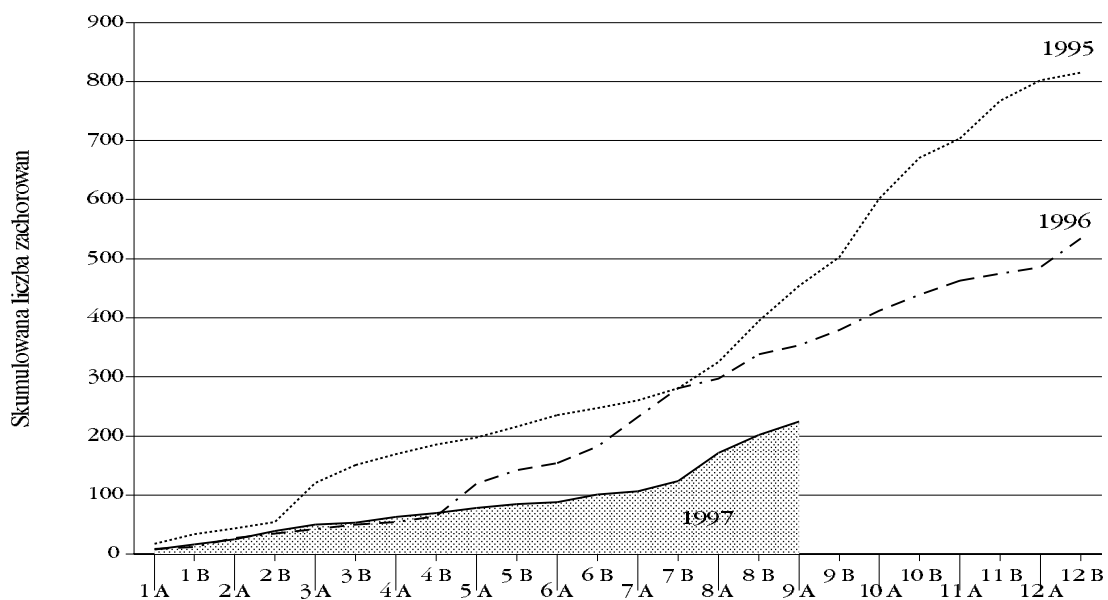
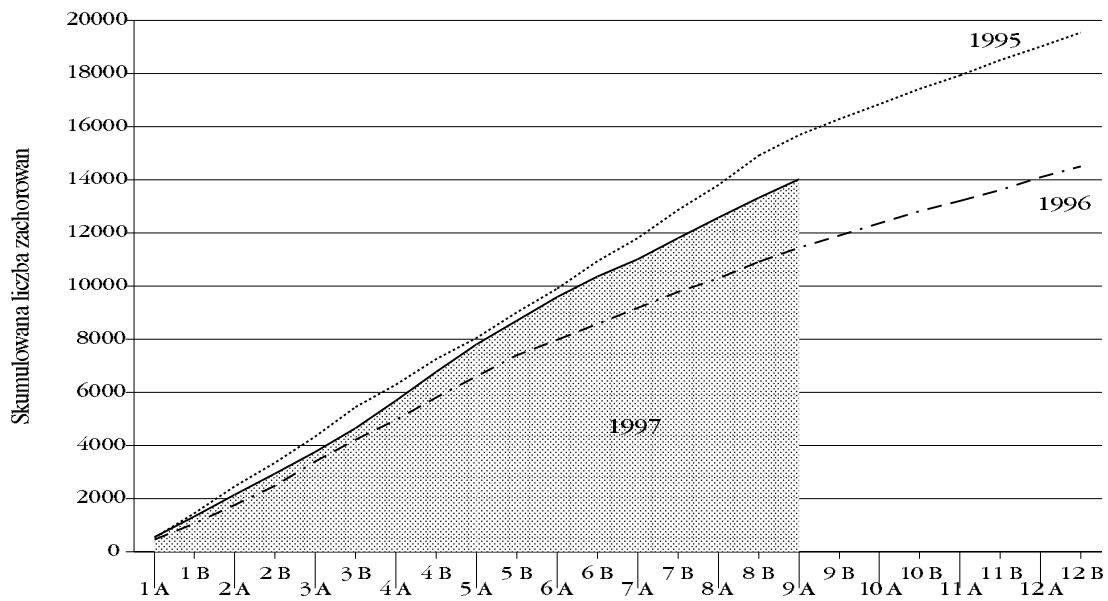
Zachorowania zgłoszone w okresie 1-15.09.1997 r. wg województw

Województwo (St.- stołeczne M.- miejskie)	Choroba wyw.przez ludzki wirus upośl. odp.: ogółem (B20-B24)	Dur brzuszny (A01.0)	Dury rzekome A.B.C. (A01.1-3)	Salmonelozы: ogółem (A02)	Czerwonki: ogółem (A03;A06.0)	Biegunki u dzieci do lat 2 (A04; A08; A09)	Tężec: ogółem (A33-A35)	Krzusiec (A37)	Szkarlatyna (A38)	Zapalenie opon mózgowych		Zapalenie mózgu	
										Ogółem (A39.0; A87; B00.3; B02.1; G00; G03)	w tym: meningokoko- we (A39.0)	Ogółem (A39.8;A83-86; B00.4; B02.0; B25.8; G04.0; G04.2; G04.8-9)	w tym: wirusowe, prz. przez kleszcze (A84)
POLSKA	3	-	-	1557	22	695	1	132	204	277	2	40	25
1. St.warszawskie	-	-	-	68	1	64	-	31	29	4	-	-	-
2. Białkopodlaskie	-	-	-	6	-	7	-	-	-	-	-	-	-
3. Białostockie	-	-	-	23	-	13	-	20	3	4	-	11	11
4. Bielskie	-	-	-	35	-	18	-	-	5	5	-	-	-
5. Bydgoskie	-	-	-	127	-	23	-	1	4	6	-	-	-
6. Chełmskie	-	-	-	13	6	3	-	-	4	-	-	-	-
7. Ciechanowskie	-	-	-	12	-	7	-	-	2	1	-	1	-
8. Częstochowskie	-	-	-	24	-	10	-	4	2	5	-	-	-
9. Elbląskie	-	-	-	14	-	9	-	-	2	1	-	-	-
10. Gdańskie	-	-	-	68	-	28	-	2	5	18	-	2	-
11. Gorzowskie	-	-	-	23	3	2	-	-	4	1	-	1	-
12. Jeleniogórskie	-	-	-	13	-	8	-	-	3	-	-	-	-
13. Kaliskie	-	-	-	77	-	17	-	-	2	3	-	-	-
14. Katowickie	-	-	-	72	1	50	-	3	36	22	-	2	-
15. Kieleckie	-	-	-	26	2	28	-	5	2	16	1	-	-
16. Konińskie	-	-	-	30	-	8	-	1	-	1	-	-	-
17. Koszalińskie	-	-	-	45	-	8	-	-	6	2	-	-	-
18. M.krakowskie	-	-	-	20	-	10	-	7	5	5	-	1	1
19. Krośnieńskie	-	-	-	15	-	9	-	-	-	2	-	1	-
20. Legnickie	1	-	-	28	-	6	-	1	3	1	-	-	-
21. Leszczyńskie	-	-	-	5	-	8	-	-	1	-	-	-	-
22. Lubelskie	-	-	-	88	1	11	-	-	3	10	-	1	1
23. Łomżyńskie	-	-	-	13	-	4	-	-	1	1	-	-	-
24. M.łódzkie	-	-	-	45	-	3	-	11	3	1	-	-	-
25. Nowosądeckie	-	-	-	13	1	13	-	-	4	2	1	-	-
26. Olsztyńskie	-	-	-	31	-	39	-	4	4	-	-	-	-
27. Opolskie	-	-	-	35	-	4	-	1	10	-	-	2	-
28. Ostrołęckie	-	-	-	7	-	4	-	1	-	1	-	-	-
29. Piłskie	-	-	-	39	-	4	-	-	3	1	-	1	-
30. Piotrkowskie	1	-	-	33	-	1	-	-	-	-	-	-	-
31. Płockie	-	-	-	13	-	5	-	-	1	-	-	1	-
32. Poznańskie	-	-	-	51	-	36	-	3	13	4	-	-	-
33. Przemyskie	-	-	-	21	2	11	-	-	-	4	-	1	-
34. Radomskie	-	-	-	13	-	9	-	-	7	3	-	-	-
35. Rzeszowskie	-	-	-	24	-	10	-	-	6	30	-	1	-
36. Siedleckie	-	-	-	27	-	10	-	10	-	2	-	-	-
37. Sieradzkie	-	-	-	33	-	3	-	-	1	1	-	-	-
38. Skierniewickie	1	-	-	10	1	3	-	8	1	3	-	1	-
39. Słupskie	-	-	-	30	-	10	-	1	3	1	-	-	-
40. Suwalskie	-	-	-	26	-	6	-	1	3	11	-	11	11
41. Szczecińskie	-	-	-	19	-	16	-	-	3	6	-	-	-
42. Tarnobrzeskie	-	-	-	44	-	49	-	1	-	4	-	1	1
43. Tarnowskie	-	-	-	26	2	20	1	1	1	76	-	1	-
44. Toruńskie	-	-	-	24	-	13	-	-	3	7	-	-	-
45. Wałbrzyskie	-	-	-	17	-	9	-	3	6	4	-	-	-
46. Włocławskie	-	-	-	24	-	17	-	1	3	4	-	-	-
47. Wrocławskie	-	-	-	45	-	30	-	9	6	2	-	-	-
48. Zamojskie	-	-	-	49	1	9	-	2	-	2	-	-	-
49. Zielonogórskie	-	-	-	13	1	10	-	-	1	-	-	-	-

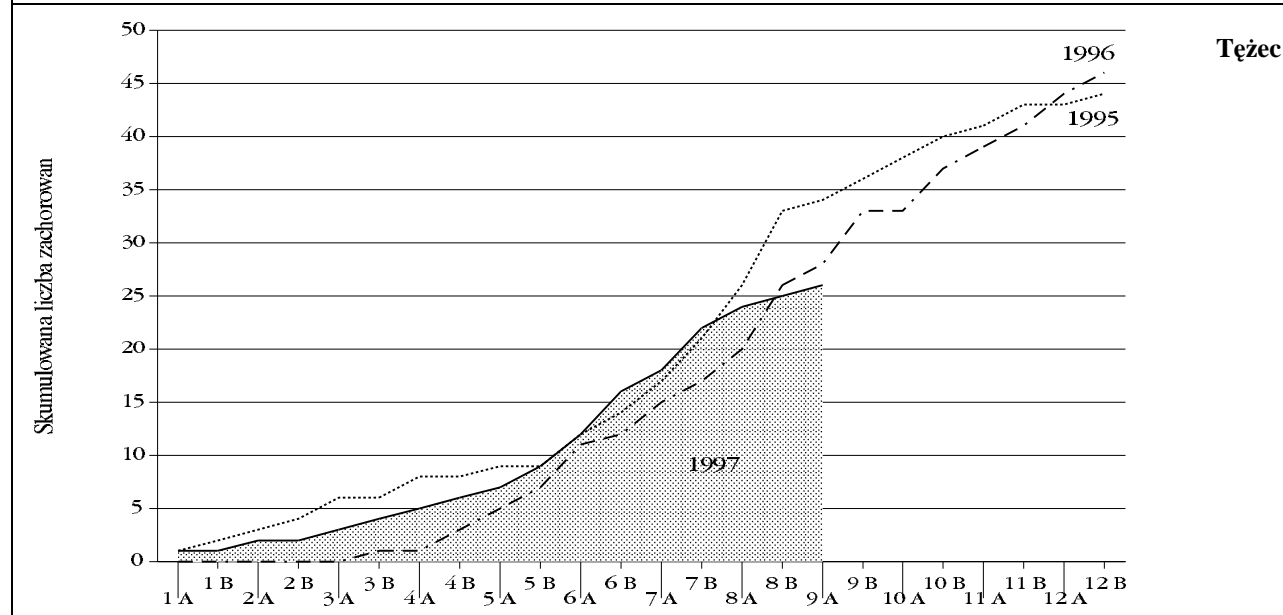
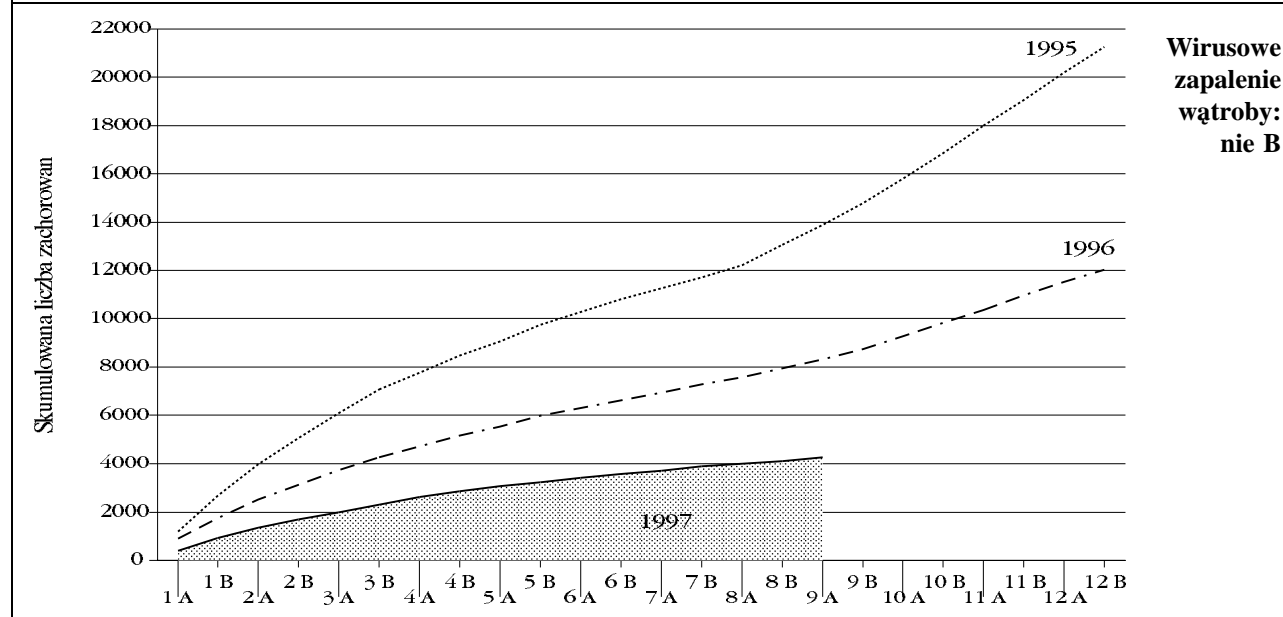
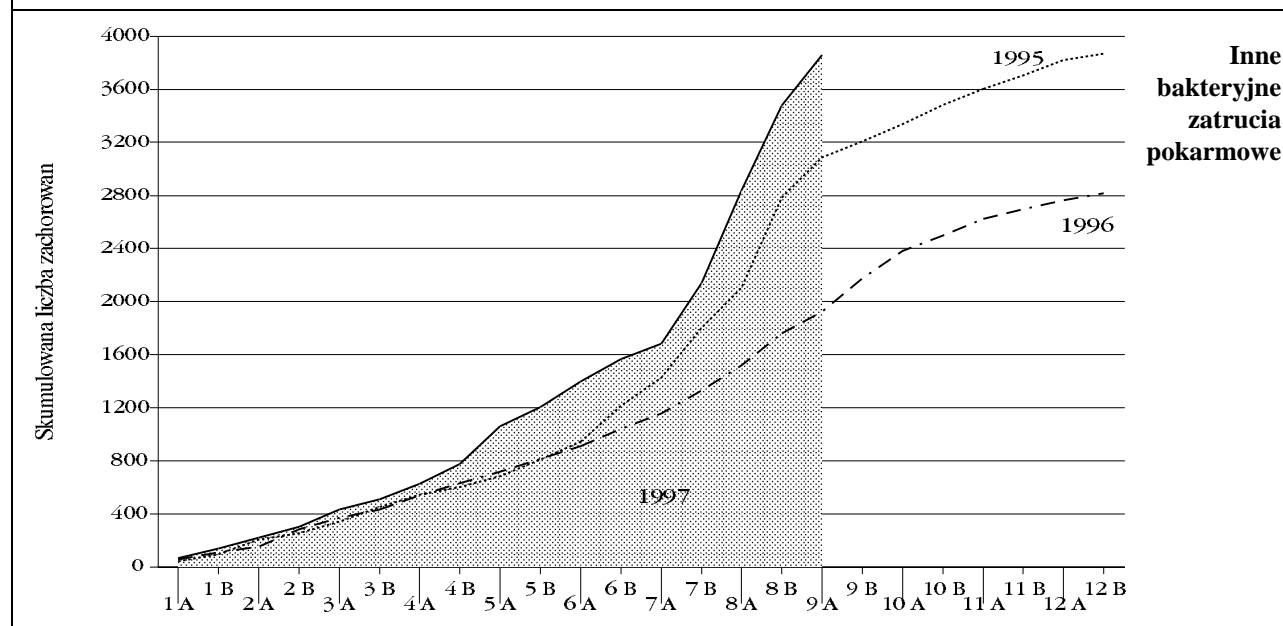
Zachorowania zgłoszone w okresie 1-15.09.1997 r. wg województw (cd.)

Województwo (St.- stołeczne M.- miejskie)	Ospa wietrzna (B01)	Odra (B05)	Różyczka: ogółem (B06; P35.0)	Wirusowe zapalenie wątroby		Świnka (B26)	Włośnica (B75)	Świerzb (B86)	Grypa: ogółem (J10; J11)	Bakteryjne zatrucia pokarmowe: ogółem (A02.0; A05)	Zatrucia grzybami (T62.0)	Inne zatrucia: ogółem (T36-T60; T63-T65)	Zakażenia szpitalne - objawowe i bezobjawowe: ogółem
				typu B (B16;B18.0-.1)	"nie B": ogółem (B15; B17;B18.2-B18.9;B19)								
POLSKA	1054	3	622	183	157	1238	-	570	11	1934	20	384	46
1. St.warszawskie	119	-	141	18	9	135	-	-	-	68	-	8	1
2. Białkopodlaskie	4	-	-	-	6	4	-	19	-	6	-	3	-
3. Białostockie	23	-	16	5	3	26	-	61	-	23	-	8	1
4. Bielskie	15	-	7	11	2	38	-	1	-	34	-	5	1
5. Bydgoskie	21	-	16	3	5	78	-	14	3	135	1	14	2
6. Chełmskie	5	-	7	-	1	4	-	5	-	13	-	1	-
7. Ciechanowskie	8	1	6	4	-	3	-	6	-	16	-	-	-
8. Częstochowskie	16	-	9	5	1	27	-	8	-	24	-	5	-
9. Elbląskie	27	-	9	3	2	30	-	29	-	21	-	3	1
10. Gdańskie	32	-	24	7	14	40	-	27	-	83	-	4	-
11. Gorzowskie	21	-	8	1	1	4	-	6	-	23	-	13	-
12. Jeleniogórskie	22	-	2	1	2	16	-	-	-	13	-	-	-
13. Kaliskie	12	-	9	-	4	12	-	11	-	88	-	5	2
14. Katowickie	92	1	43	27	9	203	-	59	-	163	-	1	1
15. Kieleckie	38	-	40	4	9	31	-	10	2	46	2	32	7
16. Konińskie	11	-	1	1	1	19	-	2	-	42	-	2	-
17. Koszalińskie	18	-	15	1	2	19	-	18	-	46	-	1	4
18. M.krakowskie	17	-	14	8	1	43	-	11	-	43	-	-	-
19. Krośnińskie	4	-	5	5	-	7	-	1	-	15	2	8	-
20. Legnickie	18	-	5	-	5	13	-	7	-	28	-	-	-
21. Leszczyńskie	6	-	7	2	4	10	-	6	-	5	-	1	-
22. Lubelskie	8	-	6	3	4	17	-	18	-	88	2	5	-
23. Łomżyńskie	2	-	-	2	6	1	-	13	-	13	-	1	-
24. M.łódzkie	57	-	29	10	4	17	-	31	3	45	-	186	3
25. Nowosądeckie	42	-	2	2	5	15	-	4	-	13	-	-	-
26. Olsztyńskie	20	-	7	2	-	7	-	15	-	32	-	-	-
27. Opolskie	70	-	32	3	-	34	-	-	-	44	-	-	3
28. Ostrołęckie	15	-	6	-	2	8	-	12	-	7	-	-	-
29. Piłskie	10	-	2	1	1	1	-	2	2	38	-	-	-
30. Piotrkowskie	16	-	5	1	3	7	-	6	-	33	-	5	-
31. Płockie	1	-	1	4	2	13	-	17	-	13	-	-	-
32. Poznańskie	56	-	26	3	3	100	-	10	-	56	-	1	2
33. Przemyskie	8	-	2	-	2	15	-	4	-	21	-	4	-
34. Radomskie	25	-	5	7	2	16	-	1	-	13	-	8	-
35. Rzeszowskie	14	-	4	1	-	7	-	4	-	27	-	2	-
36. Siedleckie	4	-	1	3	3	3	-	11	-	40	-	2	-
37. Sieradzkie	1	-	1	1	1	3	-	-	-	36	-	-	-
38. Skierniewickie	2	-	-	1	2	3	-	2	-	10	-	-	-
39. Słupskie	21	-	6	1	8	15	-	5	-	31	-	7	-
40. Suwalskie	16	-	7	1	4	6	-	20	-	25	3	5	8
41. Szczecińskie	46	1	10	5	7	10	-	12	-	79	-	4	-
42. Tarnobrzесьkie	18	-	7	3	2	19	-	12	-	44	-	2	3
43. Tarnowskie	7	-	3	4	1	33	-	5	-	26	-	-	-
44. Toruńskie	20	-	15	2	8	55	-	14	-	31	-	-	-
45. Wałbrzyskie	9	-	17	2	3	27	-	2	-	17	-	14	-
46. Włocławskie	9	-	-	1	1	11	-	15	-	32	-	10	-
47. Wrocławskie	13	-	36	8	-	18	-	8	-	79	-	8	1
48. Zamojskie	7	-	6	3	1	4	-	21	-	93	10	4	2
49. Zielonogórskie	8	-	2	3	1	11	-	5	1	13	-	2	4

**Zachorowania na wybrane choroby zakaźne w Polsce w 1997 roku
w porównaniu z latami 1995-1996**
skumulowana liczba zarejestrowanych zachorowań wg dwutygodniowych meldunków



**Zachorowania na wybrane choroby zakaźne w Polsce w 1997 roku
w porównaniu z latami 1995-1996**
skumulowana liczba zarejestrowanych zachorowań wg dwutygodniowych meldunków



Choroby drobiu i ich wpływ na ocenę mikrobiologiczną i poubojową surowców pochodzenia zwierzęcego w Polsce

Na podstawie materiału zawartego w opracowaniach ognisk zatruc i zakażeń pokarmowych nadsyłanych do Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej z terenu kraju można stwierdzić, że w dochodzeniach prowadzonych w epidemiach zbyt mały nacisk kładzie się na rolę surowców pochodzenia zwierzęcego. W dobie dominacji odzwierzęcych pałeczek *Salmonella* w powodowaniu zachorowań u ludzi, jakość tych surowców, a szczególnie drobiu, stanowi podstawowy, inicjujący element w dochodzeniu.

W 1996 i 1997 roku opublikowano w "Medycynie Weterynaryjnej" szereg prac dotyczących oceny jakości produkcji zwierzęcej w Polsce. Wśród tych publikacji znaczący udział mają opracowania dotyczące jakości produkcji drobiarskiej.

Zakres uwzględnianych w publikacjach czynników chorobotwórczych obejmuje zarówno etiologię bakteryjną, jak i wirusową i pasożytniczą. W wyniku badań poubojowych i mikrobiologicznych dokonywanych na terenie kraju w laboratoriach Zakładów Higieny Weterynaryjnej, Wojewódzkich Laboratoriach Diagnostycznych oraz laboratoriach Weterynaryjnej Inspekcji Sanitarnej w 1994 roku zakwestionowano 7,05% badanych prób jaj i drobiu, a w 1995 roku - 4,49% (3, 5). Wędliny drobiowe uległy zakwestionowaniu w 3,29% w 1994 roku i w 1,02% prób w 1995 roku. Konserwy drobiowe sterylizowane zakwestionowano odpowiednio w 2,02% i 0,48% badanych prób.

Podczas poubojowego badania mikrobiologicznego drobiu rzeźnego pałeczki *Salmonella spp.* wykryto w 5,43% prób tuszek drobiowych badanych w 1994 roku i w 4,40% w 1995 roku. W próbach mielonego mięsa drobiowego stwierdzono pałeczki *Salmonella* w 5,43% w 1994 roku, a w 1995 roku nie kwestionowano prób. Mięso drobiowe poddane obróbce mechanicznej zakwestionowano ze względu na obecność pałeczek *Salmonella* w 12% w 1994 roku, a w 7,58% w 1995 roku. Wędliny drobiowe były zanieczyszczone w 0,20% prób badanych w 1994 roku i w 0,04% w 1995 roku. Jaja zanieczyszczone pałeczkami *Salmonella* wykryto odpowiednio w 0,90% i 0,25% prób, a przetwory jajowe w 3,29% i 0,66% prób.

Gronkowce koagulazododatnie stwierdzono w 1,46% prób tuszek drobiowych w 1994 roku i w 3,13% prób w 1995 roku. Mięso drobiowe oddzielane mechanicznie zawierało gronkowce w 35,8% prób w 1994 roku i w 8,34% prób w 1995 roku, natomiast przetwory jajowe w 4,28% i w 0,22% prób.

Rutynowe badania mikrobiologiczne na zgodność z normami nie obejmują dotychczas wykrywania szeregu innych drobnoustrojów, groźnych dla zdrowia konsumentów, takich jak *Listeria monocytogenes*, czy *Campylobacter jejuni* (5).

Na rolę pałeczek *Salmonella* w powodowaniu zachorowań i padnięć drobiu zwrócili uwagę B. Błaszczak i wsp. (1). W wyniku badań narządów wewnętrznych (serce, wątroba, śledziona, dwunastnica i jelito ślepe) kurcząt w różnym wieku z terenu województw: warszawskiego, ciechanowskiego, siedleckiego i radomskiego *Salmonella enteritidis* wykryto łącznie (wraz z badaniem piskląt do 3 dnia życia) w 8,2% prób z 1991 r., w 3,5% prób z 1992 r., w 5,9% prób z 1993 r., w 33% prób badanych w 1994 roku i w 22,4% prób z 1995 roku. Dużo rzadziej izolowano inne serotypy (*S. gallinarum*, *S. typhimurium*, *S. choleraesuis*, i

nietypujące się surowicami od B do E), z najwyższym odsetkiem *S. gallinarum* w 1994 roku (6,9%) (1).

Zdrowotność drobiu w Polsce oceniano ponadto na podstawie konfiskat rzeźnych. W latach 1986-1991 podczas oceny sanitarno-weterynaryjnej wybrakowano 1,66% ptaków. Największy odsetek brakowań stwierdzono u niosek (2,4%), a najmniejszy u kurcząt (1,27%). U kurcząt przyczyną dyskwalifikacji były: choroba Mareka (0,095%), salmonelozy (0,056%), kokcydioza (0,04%) i przewlekłe zmiany zapalne w układzie oddechowym (0,0016%). U kur przyczyną brakowań były salmonelozy (0,94%), gruźlica (0,018%), białaczka (0,007%) i aspergiloza (0,007%). Najczęstszą przyczyną dyskwalifikacji indyków były przewlekłe stany zapalne układu oddechowego (0,196%), aspergilozy (0,11%), salmonelozy (0,0032%) i białaczka (0,00024%) (4).

Na zakażenia ludzi i zwierząt spowodowane przez pałeczki *Yersinia* zwracają uwagę A.J. Furowicz i inni. U drobiu (indyki, kury) kliniczne formy jersiniozy (*Y. pseudotuberculosis*) występują stosunkowo często, powodując stan zapalny przewodu pokarmowego, zapalenie śledziony i wątroby (na sekcji - ogniska martwicze) (2).

Specjaliści z zakresu nauk weterynaryjnych podkreślają wagę prowadzenia badań serologicznych i mikrobiologicznych, a także właściwego postępowania terapeutycznego w odniesieniu do zwierząt hodowlanych. Duże znaczenie ma ponadto prowadzenie kontroli mikrobiologicznej pasz oraz rygorystycznie przestrzegany reżim sanitarny w hodowli. Dotyczy to również ferm drobiu i zakładów wylęgowych.

(1) Błaszczak B., Rzewuska M., Binek M.: *Częstość zakażeń drobiu i lekooporność pałeczek Salmonella*. "Medycyna Wet.", 1996,6,392-394. (2) Furowicz A.J., Emirsajłow-Zalewska W., Czernomysy-Furowicz D.: *Mechanizmy zakażenia Yersinia pseudotuberculosis ze specjalnym uwzględnieniem procesu inwazji*. "Medycyna Wet.", 1997,2,81-85. (3) Radkowski M., Uradziński J.: *Wyniki badania sanitarno-weterynaryjnego rzeźnego drobiu grzebiącego na terenie woj. olsztyńskiego*. "Medycyna Wet.", 1996,9,581-583. (4) Szeleszczuk P.: *Choroby drobiu rzeźnego w Polsce*. "Medycyna Wet.", 1997,4,179-186. (5) Wojtoń B., Różańska H., Różycki M.: *Mikrobiologiczne zanieczyszczenia żywności pochodzenia zwierzęcego w Polsce*. "Medycyna Wet.", 1997,6,332-336.

A. Przybylska

Rekomendacje dotyczące składu antygenowego szczepionek przeciw grypie w sezonie epidemicznym 1997/1998

W sezonie epidemicznym grypy 1996/1997 większość izolowanych szczepów należących do podtypu A(H3N2) była zbliżona antygenowo do szczepu szczepionkowego A/Wuhan/359/95(H3N2). Nowe izolaty, jak np. A/South Africa/1147/96 wytwarzały poziomy przeciwciął w odczynie zahamowania hemaglutynacji w mianach uzyskiwanych w odpowiedzi serologicznej na antygen szczepionkowy.

Szczepy podtypu A(H3N2) występowały powszechnie w ogniskach i pojedynczych zachorowaniach na terenie wielu krajów. Natomiast szczepy należące do podtypu A(H1N1) izolowano sporadycznie w niektórych krajach. Wiele izolatów określono jako szczepy A/Bayern/7/95(H1N1), które wykazują antygenowe różnice w porównaniu z dotychczasowym szczepem szczepionkowym A/Singapore/6/86(H1N1). Dotychczasowe antygeny szczepionkowe A/Texas/36/91 oraz A/Singapore/6/86 powodowały w odczynie zahamowa-

nia hemaglutynacji miana przeciwciał niższe około 50% w porównaniu z nowym szczepem A/Bayern/7/95(H1N1).

Nowe izolaty typu B były zazwyczaj bliskie antygenowo do szczepu szczepionkowego B/Beijing/184/93. Wyjątek stanowiły izolacje z Chin, gdzie nadal krążyły szczepy podobne do B/Guangdong/5/94 oraz B/Victoria/2/87. Dotychczasowe antygeny szczepionkowe B/Beijing/184/93 oraz B/Harbin/7/94 powodowały w odczynie zahamowania hemaglutynacji miana przeciwciał na poziomie wytwarzanym przez nowe izolaty, jak B/Nanchang/24/96 oraz B/Lisbon/3/96, które są antygenowo bardzo zbliżone do szczepów szczepionkowych.

W związku z powyższym na sezon epidemiczny 1997/1998 rekomenduje się skład antygenowy szczepionek przeciw grypie oparty o następujące szczepy:

- A/Wuhan/359/95(H3N2)
- A/Bayern/7/95(H1N1)
- B/Beijing/184/93.

na podstawie "Wkly Epid.Rec." (1997,9,57-61)
opracował Wojciech Żabicki

Cholera w 1996 roku

W 1996 roku cholera wywołana przez *Vibrio cholerae* 01 biotyp El Tor występowała na całym świecie. Utrzymała się tendencja do spadku liczby zachorowań, która wystąpiła w 1994 r. W 1996 r. zgłoszono do WHO ogółem 143.349 zachorowań i 6.689 zgonów.

W porównaniu do 1995 r. wzrosła śmiertelność z 2,4% do 4,7% w 1996 r. Zmalała liczba państw, z których zgłoszono zachorowania na cholere do WHO, z 78 w 1995 r. do 71 w 1996 r.

Cholera w Afryce

Afryka jest obecnie kontynentem zgłaszającym największą liczbę zachorowań na cholere. Liczba zachorowań wzrosła w stosunku do 1995 r. o 53% z 71.081 przypadków do 108.535 przypadków, śmiertelność osiągnęła najwyższy poziom na świecie 5,7%.

W 1996 r. epidemie wystąpiły w 27 krajach, spośród których w Nigerii, Senegal i Somali epidemie obejmowały ponad 10.000 przypadków. Szerzeniu się cholery sprzyja gwałtowne przemieszczanie się ludności np. uciekinierów, przesiedleńców. Wyjątkowo w Zairze, mimo masowego przepływu ludności z i do tego państwa, nie stwierdzono znacznego wzrostu zachorowań i zgonów na cholere.

W ciągu ostatnich 5 lat zaobserwowano zmiany w szerzeniu się cholery na terenie Afryki z południowej części kontynentu do centralnej, od 1995 r. do części zachodniej. I tak od 1994 r. nie są rejestrowane zachorowania w Zimbabwie, od 1995 r. w Malawi i Mozambiku, nigdy nie rejestrowano zachorowań w Botswanie. W 1996 r. w zachodniej Afryce wystąpiło dwie trzecie ogółu zachorowań i ponad 70% ogółu zgonów rejestrowanych na tym kontynencie. Z 16 krajów zachodniej Afryki, 13 zgłaszało cholere w 1996 r., podczas gdy w 1995 r. tylko 6; liczba zachorowań na tym terenie w porównaniu do 1993 r. wzrosła 6-krotnie.

Cholera w Amerykach

Od 1992 r. liczba zachorowań znacznie zmalała. W 1996 r. zarejestrowano 24.643 zachorowania i 351 zgonów - oznacza to spadek o 71 % w porównaniu do 1995 r.,

kiedy wystąpiło 85.809 zachorowań i 845 zgonów. Oficjalnie zgłaszało cholere 18 państw, w tym 3 państwa tylko przypadki importowane. Największy spadek zachorowań wystąpił w Peru - 80% i Brazylii - 70%. Wzrost zachorowań wystąpił w Kolumbii o 130% w porównaniu do 1995 r. (z 1.992 przypadków do 4.428 przypadków w 1996 r.).

Śmiertelność wzrosła ogółem w Amerykach z 1% w 1995 r. do 1,4% w 1996 r.

Epidemie wystąpiły w Argentynie (2 epidemie objęły ogółem 474 chorych), w Boliwii, w Wenezueli, w której przez dwa lata cholera już nie występowała - we wrześniu 1996 r. epidemia objęła 254 chorych. Najwięcej zachorowań zgłoszono z Brazylii, Peru i Kolumbii, a najwyższa śmiertelność wystąpiła w Nikaragui (3,8%) i Hondurasie (1,98%).

Cholera w Azji

W 1996 roku oficjalnie do WHO zgłosiło zachorowania na cholere 13 państw (w 1995 r. 18 państw). Ogólna liczba przypadków 10.142 w tym 122 zgony, była niższa o 30% w porównaniu do poprzedniego roku - śmiertelność uległa obniżeniu z 1,6% do 1,2%. Dane za 1996 rok nie są jednak kompletne - brak jest informacji z kilku krajów. Najwięcej zachorowań wystąpiło w Indii (4.396 przypadków), Malazji (1.486) i na Filipinach (1.402).

W Demokratycznej Republice Laosu, gdzie w 1994 r. wybuchła duża epidemia - liczba zachorowań (720 przyp.) była niższa o 50%. Nadal jest tu wysoka śmiertelność - 4,6% (w 1995 r. 13%). Wysoka śmiertelność występuje również w Mongolii - 6,8% i Kambodży - 2,7%. W Japonii, Rep. Korei i Singapurze występuje dość znaczna liczba zachorowań importowanych i sporadycznych.

Cholera w Europie

W 1996 r. zgłoszono z Europy 25 zachorowań, co stanowi zaledwie 3% przypadków zarejestrowanych w 1995 r. Liczba krajów, w których zarejestrowano przypadki cholery, zmniejszyła się z 17 w 1995 r. do zaledwie 6 w 1996 r. Tylko 1 przypadek rodzimy wystąpił w Rosji, pozostałe 24 przypadki to zachorowania importowane do Francji, Holandii, Hiszpanii, Szwecji i Anglii.

Cholera w Oceanii

W 1996 roku zarejestrowano 4 importowane zachorowania (w 1995 roku 7 przypadków).

Przecinkowiec cholery 0139

W 1992 roku przecinkowiec ten spowodował dużą epidemie w Bay w Bengal. Gwałtowne szerzenie się nowego szczepu na sąsiednie kraje i zarejestrowanie przypadków importowanych w Anglii i USA spowodowały przypuszczenie, że może to być początek nowej pandemii.

W 1993 roku 7 krajów oficjalnie zgłosiło do WHO zachorowania wywołane 0139, w 1994 r. 5, a w 1996 r. tylko 1 kraj. W 1996 r. w Indiach (Kalkuta i Madras) występowały zachorowania wywołane zarówno przez *V.cholerae* 01 jak i 0139. Zachorowania importowane w 1993 r. wystąpiły w Estonii, Niemczech, Rep. Korei i USA, w 1994 r. w Japonii i Singapurze. Żadnych przypadków importowanych, wywołanych 0139 nie zarejestrowano w 1995 i 1996 roku.

Informacja o szczepieniach przeciw cholere

Dwie nowe szczepionki przeciw cholere uznano za bezpieczne, skuteczne i immunogenne.

- WC/rBS zawierająca całe zabite komórki *V.cholerae* 01 z lub bez oczyszczonego rekombinantu podjednostki B toksoidu cholery. Badania w Bangladeszu, Kolumbii, Peru i Szwecji wykazały, że 2 dawki szczepionki chronią przed zakażeniem *V.cholerae* El Tor 85% szczepionych przez 4 do 6 miesięcy.
- CVD 103-HgR - atenuowana żywa doustna szczepionka zbadana w Azji, Ameryce Łacińskiej, Ameryce Płn. i Europie jest bezpieczna i immunogenna. Jedną dawkę chroni zarówno przed *V.cholerae* klasyczną jak i El Tor zarówno serotypu Inaba jak i Ogawa.

Obie szczepionki są stosowane głównie u podróżnych. Brak jest dotychczas doświadczenia czy szczepionka doustna może być stosowana na terenach endemicznych czy objętych epidemią.

na podstawie "Wkly Epid.Rec." (1997,31,229-235)
opracowała D.Naruszewicz-Lesiuk

Ospa małpia człowieka

Ospa małpia jest chorobą wirusową, której przebieg kliniczny u człowieka jest bardzo podobny do obserwowanego w przeszłości u ludzi chorych na ospę prawdziwą. Od czasu wykorzenienia ospy prawdziwej w roku 1980 choroba ta nie pojawiła się nigdy więcej, podczas gdy ospa małpia jest chorobą ciągle jeszcze sporadycznie występującą w części Afryki.

Wirus wywołujący ospę małpią jest spokrewniony z wirusem ospy prawdziwej. Szczepienie przeciwko ospie prawdziwej (już nie przeprowadzane) chroniło również przed zachorowaniem na ospę małpią. Przed wykorzenieniem ospy prawdziwej szczepienie było szeroko stosowane. Ponieważ dzieci urodzone po roku 1980 nie są szczepione przeciwko ospie prawdziwej, prawdopodobnie są bardziej podatne na zachorowanie na ospę małpią niż starsza część populacji. Śmiertelność w przypadku zachorowania na ospę małpią jest najwyższa wśród młodszych dzieci, sięgając 10%.

Większość zachorowań pojawia się w oddalonych od siebie wioskach Centralnej i Zachodniej Afryki, położonych blisko lasów tropikalnych gdzie dochodzi do częstych kontaktów z zakażonymi zwierzętami. Ospa małpia zazwyczaj jest przenoszona na ludzi przez wiewiórki i naczelnice w drodze kontaktu z krwią zwierzęcia lub poprzez pokąsanie.

W związku ze zgłaszaniem przypadków zachorowań na ospę małpią człowieka w Demokratycznej Republice Kongo (Zair), świadczących o nowych cechach epidemicznych tej choroby, w lutym 1997 roku Ministerstwo Zdrowia Zairu i Światowa Organizacja Zdrowia zorganizowali specjalne badania.

Dawniej epidemie ospy małpiej w Demokratycznej Republice Kongo nie trwały zbyt długo i nie obejmowały dużej części wioski ponieważ choroba nie rozprzestrzeniała się szeroko wśród ludzi. Obecne badania wykazują jednak, że uległy zmianie charakterystyczne cechy epidemiczne tej choroby w przypadku zakażeń ludzi. W czasie epidemii dużo częściej dochodziło do przenoszenia infekcji w kontaktach człowiek-człowiek niż to obserwowano uprzednio. Ponadto występowało kilka generacji zakażeń. Takie rozprzestrzenianie się choroby sprawiło, że epidemia utrzymywała się ponad rok.

Wcześniejsze, ponad dwudziestoletnie badania, wykazywały, że częstość przenoszenia ospy małpiej wśród domow-

ników jest bardzo niska. Sugerowało to, że choroba ma małe możliwości przenoszenia się z człowieka na człowieka. Epidemie wygasały same po przypadkach zachorowań I lub II generacji. Ostatnie badania wykazują jednak, że:

- epidemia w Republice Demokratycznej Kongo (Zair) ospy małpiej człowieka objęła największą liczbę osób jaką dotychczas zarejestrowano;
- odsetek osób w wieku 15 lat i starszych (27%) był znacznie wyższy niż to uprzednio zgłaszano (8%). We wcześniejszych epidemiach najczęściej chorowały małe dzieci;
- częstość przenoszenia choroby z człowieka na człowieka była wyższa (73%) niż notowano to uprzednio (30%). Było to związane ze skupieniem się przypadków zachorowań wśród domowników i przedłużaniem się łańcucha transmisji człowiek-człowiek;
- śmiertelność (3%) była mniejsza niż odnotowano to poprzednio (10%); wszystkie przypadki śmierci dotyczyły dzieci poniżej trzeciego roku życia, zgon następował w przeciągu trzech tygodni od wystąpienia pierwszych objawów.

Najprawdopodobniej zakończenie programu szczepień przeciwko ospie prawdziwej w końcu lat 70 doprowadziło do zwiększenia podatności na ospę małpią. Może to wyjaśniać większy rozmiar ostatnio pojawiających się epidemii ospy małpiej człowieka, zwiększenie liczby osób chorych w wieku lat 15 i starszych oraz rozprzestrzenianie się zakażenia przez wiele generacji.

Światowa Organizacja Zdrowia wyraziła zaniepokojenie, że ospa małpia człowieka mogłaby stanowić problem zdrowia publicznego w tym rejonie Zairu. Dlatego też musi zostać utrzymany intensywny nadzór poprzez system wykrywania przypadków ospy małpiej człowieka i epidemiologiczne opracowywanie ognisk przyszłych epidemii.

W maju 1996 roku 49 Zgromadzenie Zdrowia zadecydowało, że pozostające ostatnie szczepy wirusa ospy prawdziwej, trzymane w dwóch centralnych laboratoriach w Rosji i w Stanach Zjednoczonych Ameryki, powinny być zniszczone. Będzie to ostatni krok w eradykacji ospy prawdziwej na świecie. Zadecydowano również, że WHO zatrzyma 500.000 dawek szczepionki przeciw ospie prawdziwej (która chroni również przeciwko ospie małpiej człowieka). Źródło wirusa szczepionkowego przeciwko ospie prawdziwej (szczep wirusowy krowianki Lister Elstrea) zostanie zachowane w Ośrodku Referencyjnym WHO do spraw szczepień przeciw ospie prawdziwej w Państwowym Instytucie Zdrowia Publicznego i Ochrony Środowiska w Bilthoven, Holandia na wypadek potrzeby wznowienia produkcji szczepionki.

na podstawie WHO Fact Sheet (1997,161)
opracowała Małgorzata Sadkowska-Todys

Errata do "Meldunku półrocznego 1997"

W tabeli 1 str. 3 poz. "Zakażenia szpitalne - objawowe i bezobjawowe: ogółem" w kolumnach "zapadalność" błędnie wydrukowano współczynniki. W obu przypadkach powinno być "." (brak danych).

"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.