

## Meldunek 6/A/98

### o zachorowaniach na choroby zakaźne, zatruciach i zakażeniach szpitalnych zgłoszonych w okresie od 1.06 do 15.06.1998 r.

Jednostka chorobowa (symbole wg "Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych" ICD-10)	Meldunek 6/A		Dane skumulowane	
	1.06.98. do 15.06.98.	1.06.97. do 15.06.97.	1.01.98. do 15.06.98.	1.01.97. do 15.06.97.
Choroba wywołana przez ludzki wirus upośl.odp.: ogółem (B20-B24)	9	6	42	59
Dur brzuszny (A01.0)	-	-	1	2
Dury rzekome A.B.C. (A01.1-A01.3)	1	-	2	2
Salmonelozy: ogółem (A02)	1667	1426	9107	7959
Czerwonka bakteryjna /szigelozą/ (A03)	12	3	278	86
Biegunki u dzieci do lat 2: ogółem (A04; A08; A09)	614	903	6223	9592
Tężec: ogółem (A33-A35)	-	3	9	12
Błonica (A36)	-	-	-	-
Krztusiec (A37)	89	41	1898	317
Szkarlatyna /płonica/ (A38)	808	1171	10891	11702
Zapalenie opon mózgowych: razem	105	93	1090	1082
w tym: meningokokowe (A39.0)	3	6	66	75
wywołane przez <i>Haemophilus influenzae</i> (G00.0)	2	8	43	41
inne bakteryjne, określone i nie określone (G00.1-G00.9)	35	38	429	483
wirusowe, określone i nie określone (A87; B00.3; B02.1)	58	33	473	402
inne i nie określone (G03)	7	8	79	81
Zapalenie mózgu: razem	13	21	176	183
w tym: meningokokowe i inne bakteryjne (A39.8; G04.2)	1	6	34	34
wirusowe, przenoszone przez kleszcze (A84)	3	4	12	9
inne wirusowe, określone (A83; A85; B00.4; B02.0; B25.8)	1	3	19	17
wirusowe, nie określone (A86)	7	4	70	57
poszczepienne (G04.0)	-	-	-	-
inne i nie określone (G04.8-G04.9)	1	4	41	66
Riketsjozy: ogółem (A75-A79)	-	-	-	-
Ostre nagminne porażenie dziecięce (A80)	-	-	-	-
Ospa wietrzna (B01)	7798	8907	99802	101168
Odra (B05)	142	15	1880	208
Różyczka: ogółem (B06; P35.0)	3191	13413	30740	106644
Wirusowe zap. wątroby: typu A (B15)	73	145	1023	2638
typu B (B16; B18.0-B18.1)	153	211	1850	2328
typu C (B17.1; B18.2)	57	29	695	339
typu B+C (B16; B18.0-B18.1 + B17.1; B18.2)	6	5	56	25
inne i nieokreśl.(B17.0;B17.2-.8;B18.8-.9;B19)	16	25	272	447
Świnka /nagminne zapalenie przyusznicy/ (B26)	13344	4488	118075	31251
Włośnica (B75)	-	-	22	11
Świerzb (B86)	354	503	7915	8471
Grypa: ogółem (J10; J11)	293	116	768360	1574495
Bakteryjne zatrucia pokarmowe: razem	1756	1613	10304	9341
w tym: salmonelozy (A02.0)	1666	1424	9080	7944
gronkowcowe (A05.0)	2	2	69	9
jadem kiełbasianym /botulizm/ (A05.1)	2	11	27	35
wywołane przez <i>Clostridium perfringens</i> (A05.2)	-	-	-	-
inne określone (A05.3-A05.8)	4	8	63	55
nie określone (A05.9)	82	168	1065	1298
Zatrucia naturalnie toksycznym pokarmem: ogółem (T62)	-	2	12	9
w tym: grzybami (T62.0)	-	2	10	6
Inne zatrucia: ogółem (T36-T60; T63-T65)	200	512	3940	4087
w tym: pestycydami (T60)	10	10	45	50
lekami, prep.farmakologicznymi i subst.biolog. (T36-T50)	110	258	2219	2158
Zakażenia szpitalne - objawowe i bezobjawowe: ogółem	35	85	677	1329
w tym: na oddziałach noworodkowych i dziecięcych	17	18	218	468
następstwa zabiegów medycznych	16	24	207	331
wywołane pałeczkami <i>Salmonella</i>	1	2	46	118
Ostre porażenia wiotkie u dzieci (0-14 lat)	2	.	15	.

## Zachorowania zgłoszone w okresie 1-15.06.1998 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)	Czerwonka bakteryjna /szigeloz/ (A03)	Biegunki u dzieci do lat 2: ogółem (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	-	1	1667	12	614	-	89	808	105	3	13	3
1. St.warszawskie	4	-	-	87	3	48	-	19	50	6	-	4	-
2. Białkopodlaskie	-	-	-	11	-	3	-	-	1	-	-	-	-
3. Białostockie	-	-	-	26	-	19	-	9	6	2	-	-	-
4. Bielskie	-	-	-	10	-	13	-	-	50	1	-	2	-
5. Bydgoskie	-	-	-	96	-	21	-	-	32	3	-	-	-
6. Chełmskie	-	-	-	14	-	7	-	-	1	2	-	-	-
7. Ciechanowskie	-	-	-	17	-	-	-	-	2	6	-	-	-
8. Częstochowskie	-	-	-	13	-	18	-	4	11	1	-	1	1
9. Elbląskie	2	-	-	16	-	7	-	-	27	3	1	-	-
10. Gdańskie	-	-	-	48	-	32	-	-	14	4	-	-	-
11. Gorzowskie	-	-	-	36	1	8	-	-	3	3	-	-	-
12. Jeleniogórskie	-	-	-	19	-	8	-	-	7	-	-	-	-
13. Kaliskie	-	-	-	119	-	7	-	-	5	-	-	-	-
14. Katowickie	-	-	-	54	-	19	-	4	136	8	-	1	-
15. Kieleckie	-	-	-	34	-	24	-	-	9	1	-	-	-
16. Konińskie	-	-	-	69	-	10	-	-	11	-	-	-	-
17. Koszalińskie	-	-	-	6	-	5	-	-	21	1	-	-	-
18. M.krakowskie	-	-	-	22	-	13	-	-	36	2	-	-	-
19. Krośnieńskie	-	-	-	21	-	16	-	-	5	1	-	-	-
20. Legnickie	-	-	-	26	-	5	-	-	9	-	-	-	-
21. Leszczyńskie	-	-	-	8	-	15	-	-	7	1	-	-	-
22. Lubelskie	1	-	-	108	2	24	-	-	10	3	-	-	-
23. Łomżyńskie	-	-	-	12	-	7	-	-	1	3	-	-	-
24. M.łódzkie	-	-	-	34	-	14	-	28	11	1	-	-	-
25. Nowosądeckie	-	-	-	15	-	11	-	-	14	3	-	-	-
26. Olsztyńskie	-	-	-	69	-	28	-	3	5	1	-	1	1
27. Opolskie	-	-	-	47	-	10	-	-	31	3	-	-	-
28. Ostrołęckie	-	-	-	11	-	6	-	-	1	1	-	-	-
29. Piłskie	-	-	-	29	-	10	-	2	10	1	-	-	-
30. Piotrkowskie	-	-	-	25	-	4	-	-	15	1	-	-	-
31. Płockie	-	-	-	23	-	9	-	-	5	3	-	-	-
32. Poznańskie	-	-	-	59	-	35	-	4	51	3	-	2	-
33. Przemyskie	-	-	-	18	-	20	-	-	4	4	-	-	-
34. Radomskie	-	-	1	20	-	11	-	-	20	-	-	-	-
35. Rzeszowskie	-	-	-	32	-	4	-	-	3	3	-	1	-
36. Siedleckie	-	-	-	12	1	1	-	-	6	1	-	-	-
37. Sieradzkie	-	-	-	28	-	6	-	4	2	1	-	-	-
38. Skierniewickie	-	-	-	31	-	1	-	1	17	1	-	-	-
39. Słupskie	1	-	-	7	-	7	-	-	5	4	1	-	-
40. Suwalskie	-	-	-	90	4	13	-	2	4	4	-	1	1
41. Szczecińskie	-	-	-	19	-	6	-	-	35	7	1	-	-
42. Tarnobrzeskie	-	-	-	36	-	33	-	-	5	1	-	-	-
43. Tarnowskie	-	-	-	26	-	6	-	-	8	1	-	-	-
44. Toruńskie	-	-	-	41	1	1	-	-	14	3	-	-	-
45. Wałbrzyskie	-	-	-	17	-	10	-	2	14	2	-	-	-
46. Włocławskie	-	-	-	19	-	9	-	-	9	-	-	-	-
47. Wrocławskie	-	-	-	45	-	13	-	6	45	3	-	-	-
48. Zamojskie	-	-	-	21	-	10	-	-	7	-	-	-	-
49. Zielonogórskie	1	-	-	21	-	7	-	1	13	2	-	-	-

## Zachorowania zgłoszone w okresie 1-15.06.1998 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	7798	142	3191	153	152	13344	-	354	293	1756	-	200	35
1. St.warszawskie	345	-	671	5	9	648	-	1	-	87	-	3	-
2. Białkopodlaskie	29	-	14	1	-	22	-	8	-	11	-	1	-
3. Białostockie	232	-	38	5	6	122	-	18	-	26	-	16	-
4. Bielskie	200	4	71	5	1	357	-	3	-	11	-	4	1
5. Bydgoskie	84	-	21	3	2	247	-	5	49	105	-	16	-
6. Chełmskie	14	-	106	-	-	118	-	7	-	14	-	1	-
7. Ciechanowskie	58	-	23	3	3	201	-	1	-	18	-	1	-
8. Częstochowskie	188	4	36	4	2	259	-	2	-	14	-	6	2
9. Elbląskie	195	-	18	3	1	289	-	14	-	19	-	-	-
10. Gdańskie	175	5	17	8	7	423	-	7	-	54	-	14	-
11. Gorzowskie	117	1	16	2	-	469	-	6	-	41	-	4	-
12. Jeleniogórskie	149	-	9	3	1	180	-	-	-	19	-	1	5
13. Kaliskie	150	-	19	2	4	189	-	7	11	119	-	4	1
14. Katowickie	973	54	238	16	32	1126	-	50	-	69	-	-	-
15. Kieleckie	198	-	130	6	2	291	-	9	7	35	-	10	6
16. Konińskie	143	-	5	1	-	269	-	1	-	69	-	9	-
17. Koszalińskie	159	5	13	1	2	54	-	4	-	10	-	1	6
18. M.krakowskie	410	18	109	14	5	445	-	12	-	24	-	1	-
19. Krośnieńskie	85	2	9	1	-	323	-	1	-	21	-	8	-
20. Legnickie	177	-	10	2	3	324	-	10	-	26	-	-	-
21. Leszczyńskie	68	-	33	-	-	243	-	2	-	8	-	-	-
22. Lubelskie	183	4	197	4	7	389	-	4	-	109	-	10	-
23. Łomżyńskie	62	-	19	-	2	41	-	6	-	13	-	-	-
24. M.łódzkie	157	-	27	10	15	697	-	23	-	39	-	12	2
25. Nowosądeckie	96	-	30	3	-	111	-	-	214	15	-	1	-
26. Olsztyńskie	85	-	20	1	-	287	-	4	-	69	-	5	-
27. Opolskie	368	1	30	2	-	356	-	2	1	51	-	3	2
28. Ostrołęckie	92	-	38	3	4	74	-	14	-	11	-	-	-
29. Piłskie	99	1	13	8	4	391	-	11	-	29	-	-	1
30. Piotrkowskie	136	11	40	1	7	251	-	9	-	25	-	4	-
31. Płockie	43	1	22	2	2	112	-	1	-	23	-	2	-
32. Poznańskie	409	1	45	-	-	443	-	7	3	59	-	3	-
33. Przemyskie	49	-	2	-	-	117	-	9	-	18	-	3	-
34. Radomskie	159	-	380	1	2	338	-	7	-	20	-	2	-
35. Rzeszowskie	129	-	18	3	1	369	-	2	2	32	-	1	-
36. Siedleckie	68	1	117	-	1	115	-	6	-	15	-	2	-
37. Sieradzkie	32	-	73	4	1	150	-	5	1	29	-	-	-
38. Skierniewickie	39	-	62	1	1	275	-	1	-	31	-	-	-
39. Słupskie	91	1	6	2	1	168	-	6	-	7	-	3	1
40. Suwalskie	62	13	4	3	1	129	-	5	-	93	-	1	1
41. Szczecińskie	215	-	32	3	7	404	-	11	-	40	-	8	-
42. Tarnobrzeskie	83	-	49	2	1	293	-	4	-	36	-	3	4
43. Tarnowskie	149	-	10	1	1	180	-	-	-	26	-	-	-
44. Toruńskie	54	4	28	1	3	115	-	24	-	41	-	1	-
45. Wałbrzyskie	170	2	23	-	1	118	-	3	-	16	-	14	-
46. Włocławskie	95	-	29	2	-	68	-	11	-	20	-	8	-
47. Wrocławskie	279	1	96	6	9	486	-	4	-	47	-	4	1
48. Zamojskie	44	-	153	2	-	129	-	5	5	21	-	8	-
49. Zielonogórskie	201	8	22	3	1	139	-	2	-	21	-	2	2

## Zakażenia HIV i zachorowania na AIDS

### Informacja z 31 maja 1998 r.

W maju 1998 r. do Zakładu Epidemiologii PZH zgłoszono nowo wykryte zakażenie HIV 59 obywateli polskich, wśród których było 33 zakażonych w związku z używaniem narkotyków.

Obecność przeciwciał anti-HIV potwierdzono w Zakładzie Laboratoryjno-Doświadczalnym Instytutu Wenerologii AM w Warszawie, w Wojewódzkim Zespole Chorób Zakaźnych w Gdańsku, w Wojewódzkiej Przychodni Dermatologicznej w Katowicach, w Laboratorium Kliniki Chorób Zakaźnych AM we Wrocławiu oraz w Zakładzie Serologii Instytutu Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie.

Odnotowano zachorowanie na AIDS kobiety zakażonej drogą ryzykownych kontaktów heteroseksualnych oraz czterem mężczyźni (siedmiu zakażonych drogą ryzykownych kontaktów heteroseksualnych, pięciu narkomanów i dwóch bez informacji o drodze zakażenia).

Chorzy byli w wieku od 22 do 54 lat. Mieli miejsce zamieszkania w następujących województwach: pięciu w woj. gdańskim, trzech w woj. toruńskim, po dwóch w woj. elbląskim i zielonogórskim oraz po jednym w woj. sieradzkim i śląskim, jeden chory był cudzoziemcem.

We wszystkich przypadkach określono przynajmniej jedną chorobę wskazującą na AIDS w brzmieniu jak w definicji do celów nadzoru epidemiologicznego, skorygowanej w 1993 r. oraz podano liczbę komórek CD4 (od 10 do 385 / $\mu$ L).

Od wdrożenia badań w 1985 r. do 31 maja 1998 r. stwierdzono zakażenie HIV 5266 obywateli polskich, wśród których było co najmniej 3425 zakażonych w związku z używaniem narkotyków.

Ogółem odnotowano 650 zachorowań na AIDS; 372 chorych 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.

### Informacja w sprawie szczepień p-w wścieklicznie

Zakład Epidemiologii proponuje przekazanie przychodniom profilaktyki wściekliczyny następujących informacji i uwag, uzgodnionych z Krajowym Konsultantem ds. chorób zakaźnych na posiedzeniu Komisji Epidemiologicznej w dniu 04.06.1998 r.

- Szczepionka przeciw wścieklicznie przygotowana na hodowli komórkowej, zageszczona i oczyszczona zawierająca najmniej 2,5 j.m./dawkę w objętości 1 ml lub 0,5 ml powinna być podawana domięśniowo - miesień naramienny u osób dorosłych i przednio-boczna okolica uda u małych dzieci w dniach 0, 3, 7, 14, 28 zgodnie z zaleceniami producenta (f-ma Pasteur-Merieux).
- Szczepienie zapobiegawcze osób narażonych zawodowo

wymaga podania domięśniowego trzech dawek szczepionki w ciągu miesiąca, w dniach 0, 7, 21 (lub 28). Dawka przypominająca szczepionki powinna być podana, gdy poziom przeciwciał neutralizujących u szczepionego spada do poziomu 0,5 j.m.

- Ponowne narażenie osób szczepionych uprzednio immunogenną szczepionką zgodnie z zalecanym schematem jej podawania - wymaga domięśniowego podania dwóch dawek szczepionki w dniach 0 i 3 po narażeniu. Osoby ponownie szczepione nie powinny otrzymywać surowicy odpornościowej.

- W przypadkach cięższych pokąsań należy stosować uodpornienie bierno-czynne, podając w dniu rozpoczęcia szczepień surowicę odpornościową p-w wścieklicznie w dawce 20 j.m./1 kg wagi ciała (ludzka globulina odpornościowa) lub 40 j.m./1 kg wagi ciała (końska surowica odpornościowa). Surowicę wstrzykuje się w mięsień pośladka. W razie potrzeby część dawki surowicy powinna być zastosowana miejscowo do nasączenia lub nastryknięcia okolice rany. Jeżeli rana jest rozległa, surowica do nasączenia może być rozcieńczona 2-3 $\times$  jałowym roztworem soli fizjologicznej. Niezależnie od wyników próby śródskórnej, surowica powinna być podawana w warunkach zabezpieczających przeciwdziałanie w przypadku wystąpienia wstrząsu.

- Opracowane i wydane przez PZWL w 1986 r. "Tymczasowe zasady ustalania wskazań do szczepienia ludzi przeciw wścieklicznie" w pełni odpowiadają potrzebom aktualnej sytuacji epizootologicznej wściekliczyny i wynikających z niej zagrożeń dla człowieka. W ramach opracowywania zarządzeń wykonawczych do nowej Ustawy o chorobach zakaźnych zasady te mogą ulec rewizji zależnie od aktualnej sytuacji epizootologicznej.

- Jeżeli jakiś gatunek zwierzęcia może być zakażony w naturalnych warunkach, to pokąsanie przez to zwierzę stanowi wskazanie do podjęcia szczepień przeciw wścieklicznie człowieka, skoro nie można u tego zwierzęcia wykluczyć laboratoryjnie lub przeżyciowo wściekliczyny. W woj. poznańskim wyizolowano wirus wściekliczyny od jeża. Pokąsanie przez nietoperza i szczura jest obecnie wskazaniem do podjęcia szczepienia, ponieważ stwierdzono metodą izolacji szczepu przypadek wściekliczyny u nietoperza w Krakowie w 1972 r., w Gdańsku w 1985 r., w Kętrzynie w 1990 r. i w Puszczy Kampinoskiej w 1994 r. oraz wścieklicznię u szczura w Kościerzynie w 1985 r. i piżmaków w Radomiu w 1993 r. W latach 1980-1995 Wojewódzkie Zakłady Weterynarii zgłosiły w kraju 39 przypadków wściekliczyny gryzoni takich jak szczur, piżmak, chomik, mysz oraz 37 przypadków wściekliczyny wiewiórek. Szczepienia ludzi z powodu narażenia przez gryzonia utrzymuje się od 15 lat na tym samym poziomie niezależnie od epizootii wśród zwierząt dzikich i nic nie wskazuje na możliwość niespodziewanych wahań w tym zakresie. Analiza szczepień jest corocznie publikowana w 1-2 numerze Przeglądu Epidemiologicznego.

- Brak zgonów na wścieklicznię z powodu narażenia przez jakikolwiek gatunek zwierzęcia - jako argument przeciw szczepieniu po pokąsaniu przez to zwierzę jest merytorycznie niesłuszny i mylący. Rozumując w ten sposób nie powinniśmy w kraju szczepić ludzi po narażeniu przez borsuki, jenoty, dziki, domowe i dzikie przeżuwacze, ponieważ nie notowano zgonów z ich powodu. Idąc dalej, nie powinniśmy szczepić ludzi oślinionych, bo w historii polskiej rabologii umierali tylko ludzie pokąsani.

- Rzeczywisty licznik "nabijający" liczbę osób szczepionych w kraju przeciw wścieklicznie tworzą obecnie dwa

czynniki: a) nieuchwytność do wykluczenia wścieklizny psy i koty (kategoria C), b) niepotrzebne naznaczanie szczepienia przeciw wściekliznie ludzi w ogniskach.

Psy i koty, nie przekraczające 15% ogółu zakażonych zwierząt, są przyczyną większości szczepień w kraju (w ostatnim pięcioleciu aż 70%!). Główne źródło zakażenia - lis - przyczynia się tylko do narażenia 10% ogółu szczepionych. Przyczyną tego stanu rzeczy należy dopatrywać się w zaniedbaniu nadzoru nad psami i kotami przez właścicieli zwierząt.

Wśród osób szczepionych w ogniskach wścieklizny jedna czwarta nie ma wskazań do szczepień. Na przykład: szczepi się osoby zbierające grzyby na terenach zakażonych, szczepi się osoby posiadające zwierzęta (zdrowe) na terenie zakażonym, szczepi się osoby przebywające w zakażonej zagrodzie (chodzenie boso, dotykanie płotu i ścian). Powyższe sprawy może rozwiązać tylko szkolenie z zakresu patogenety wścieklizny osób, naznaczających szczepienia.

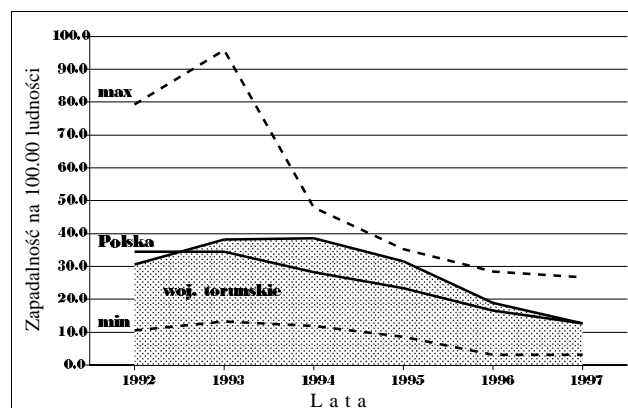
*doc.dr hab. Danuta Seroka*

### Sytuacja epidemiologiczna wzw typu B w woj. toruńskim\*

Województwo toruńskie w latach 1993-1996 należało do województw o zapadalności na wzw typu B wyższej niż krajowa, przy czym w 1996 r. w grupie wiekowej 0-2 lata miało najwyższy w Polsce wskaźnik zapadalności: 39,4/100 tys., przy wskaźniku krajowym 16,7. Najwięcej zachorowań notowano na terenie działalności TSSE w Toruniu i Grudziądzu.

Pomiędzy 1992 a 1997 r. z powodu wzw zmarły w województwie 33 osoby (2 do 9 zgonów rocznie, średnio 5,5).

Od 1989 r. wprowadzono szczepienia ochronne, a od 1993 r. nasilono zapobieganie i zwalczanie tej choroby obejmując szczepieniami grupy ryzyka. W 1995 r. objęto szczepieniami wszystkie noworodki urodzone w województwie. Po roku uzyskano wysoki odsetek wykonanych szczepień - 99,1%. Efekty tych działań były zauważalne dopiero w roku 1997: w grupie wieku 0-2 lata nie zanotowano zachorowań.



**Ryc. 1.** Zapadalność na wzw B w woj. toruńskim w latach 1992-1997 w porównaniu z najniższą i najwyższą zapadalnością w innych województwach (min-max) oraz zapadalnością w całej Polsce.

W wyniku wielokierunkowych działań sytuacja epidemiologiczna wzw B w woj. toruńskim uległa znacznej poprawie: w 1996 r. - wskaźnik zapadalności wyniósł 18,9 (w całym kraju 16,7), a w 1997 r. - 12,6 (w kraju 12,7). W

1997 r. najwięcej zachorowań zarejestrowano w grupie wiekowej 15-24 lata - 20 przypadków, powyżej 60 roku życia - 11 przypadków.

Pod koniec 1995 roku na 1 autoklaw przeznaczony w zakładach służby zdrowia do sterylizacji sprzętu medycznego przypadało 12 sterylizatorów na suche gorące powietrze, pod koniec 1996 r. - 11,7, a pod koniec 1997 r. - 8,9. Odsetek sterylizacji nieskutecznej wg ocen wynosił w 1994 r. 9,3%, w 1995 - 10,2%, w 1996 - 9,4%, w 1997 - 10,1%. Najczęstsze błędy podczas sterylizacji w autoklawach to: niedociśnienie pary; niewłaściwa eksploatacja autoklawów; brak centralnych sterylizatorów na terenie działalności niektórych TSSE; stosowanie kontrolnych testów chemicznych w zależności od zasobów finansowych ZOZ (np. Golub-Dobrzyń).

W ostatnich latach zainstalowano w województwie 48 nowych autoklawów: w 1994 r. - 6, w 1995 - 6, w 1996 - 17, w 1997 - 19. Obecnie stosunek autoklawów nowych (5-letnich) do starszych, wyeksploatowanych (10-letnich i starszych) wynosi jak 1:2, czyli 33% wszystkich funkcjonujących autoklawów stanowią autoklawy nowe. Stosunek wyjąławiaczy na suche gorące powietrze do autoklawów w prywatnych gabinetach lekarskich w województwie wynosi jak 10:1 i przypomina sytuację jaka panuje w społecznych zakładach służby zdrowia. Kujawsko-Pomorska Izba Lekarska czyni starania, aby nowo otwierane prywatne gabinety lekarskie typu zabiegowego, były obowiązkowo wyposażane w autoklawy.

Z ogólnej liczby 1.142 przypadków ostrych i przewlekłych zachorowań na wzw typu B w latach 1992-1997 dla 409 zakażeń, tj. 35,8%, przyczyny należy wiązać z pobytem pacjentów w zakładach służby zdrowia. Z wywiadów epidemiologicznych wynika, że chorzy byli zakażeni najczęściej w szpitalach woj. toruńskiego oraz w zakładach lecznictwa otwartego i gabinetach prywatnych. Terenowe stacje województwa toruńskiego ustaliły pobyt pacjentów w zakładach opieki zdrowotnej w okresie wylegania wzw typu B i wystosowały pisma do Dyrekcji tychże zakładów celem przeprowadzenia przez Zespoły d/s Zakażeń Szpitalnych dochodzeń epidemiologicznych i zgłoszenia tych przypadków jako zakażeń szpitalnych. Jak dotychczas nie zgłoszono ani jednego potwierdzenia zakażenia wzw typu B w warunkach szpitalnych. Jedynym ustalonym przez TSSE w Brodnicy ogniskiem zakażeń szpitalnych na wzw typu B były zachorowania 17 pacjentów z oddz. chirurgicznego w Nowym Mieście Lubawskim, gdzie m.in. nieprawidłowo przepłukiwano wenflony heparyną (z jednej ampułki tą samą strzykawką dla kolejnych pacjentów) oraz wielokrotnie wykorzystywano koreczki do wenflonów (po myciu, gotowaniu i umieszczeniu w 70% *Spir.Vini*). Szczegółowe informacje na ten temat zamieszczono w "Meldunku 7/B/96".

Z dochodzeń epidemiologicznych wynika, że mają miejsce inne przypadki (TSSE Chełmno) nieprawidłowego postępowania z wenflonami: pozostawianie ich dłużej niż 2 doby u dzieci oraz wypuszczanie dzieci z założonymi wenflonami na przepustki. Praktyki te zostały zakazane. Koreczki jednorazowe do wenflonów - pomimo zaleceń WSSE i TSSE - nadal w niektórych zakładach służby zdrowia są używane ponownie - po sterylizacji w autoklawach. W oddziałach dziecięcych używa się także smoczków wielokrotnie poddawanych sterylizacji w autoklawie, często źle wysuszonych i wymienianych na nowe po tygodniu ich używania, a w niektórych zakładach służby zdrowia stosuje się smoczek gryzaki. Do 1995 r. stosowano wielokrotnie - po

procesie dezynfekcji i sterylizacji (autoklawowanie) - kanki doodbytnicze i strzykawki "zanety" deklarowane przez producenta jako sprzęt jednorazowego użytku.

W celu poprawy sytuacji epidemiologicznej w woj. toruńskim poza dotychczasowymi działaniami należy: • dążyć do poprawy procesu sterylizacji poprzez wprowadzenie centralizacji procesów mycia, dezynfekcji i sterylizacji sprzętu medycznego (często brak myjni, dezynfektorów - z powodu braku funduszy oraz pomieszczeń na ten sprzęt); • sukcesywnie wymieniać wyeksploatowane autoklawy na urządzenia nowej generacji z zapisem procesu; • doprowadzić do systematycznego sprawdzania kontrolnym testem chemicznym każdego procesu sterylizacji we wszystkich zakładach służby zdrowia i gabinetach prywatnych; • zapewnić prawidłowe postępowanie z ssakiem na oddziałach zabiegowych - elementy gumowe ssaka należałoby każdorazowo poddać procesowi mycia, dezynfekcji i sterylizacji; • dążyć do nawyku mycia rąk przez "biały" personel służby zdrowia po każdym badaniu pacjenta, a u lekarzy stomatologów do wymiany gumowych rękawiczek po każdym pacjencie.

Endoskopia w gabinetach prywatnych przeprowadzana jest w zdecydowanie gorszych warunkach niż w uspołecznionej służbie zdrowia, jednak w obu nie przestrzega się wszystkich procedur, które warunkują uzyskanie bezpiecznej sterylności endoskopów. Można postawić wniosek, że sterylizacja endoskopów w woj. toruńskim budzi poważny niepokój ze względu na małą liczbę poszczególnych rodzajów endoskopów, małą liczbę endoskopów przy dużej ilości badanych pacjentów w krótkim czasie, oraz ze względu na brak zaplecza i sprzętu myjąco-dezynfekującego i sterylizującego. Gdyby skomasować wszystkie prywatne endoskopy (różnego typu) w jednym właściwie zorganizowanym centrum, to można by uniknąć zagrożeń jakie te badania wnoszą w sytuację epidemiologiczną województwa toruńskiego.

Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna z Terenowymi Stacjami intensywnie prowadzi szkolenia personelu medycznego w zakresie profilaktyki zakażeń wzv typu B, a także zobowiązały ordynatorów oddziałów do stałego nadzoru nad podległym personelem, podnoszenia jego wiedzy oraz analizowania czynności pod kątem profilaktyki zakażeń krwiopochodnych.

\* Skróc opracowania przygotowanego na kurs "Aktualne zagadnienia epidemiologiczne kraju" (PZH, Warszawa 20-24.04.1998 r.). Rycina red.

lek. med. Wojciech Dejewski, WSSE w Toruniu

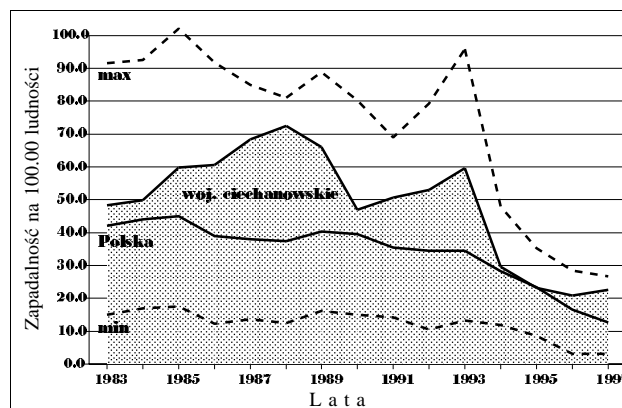
## Sytuacja epidemiologiczna wzv typu B w woj. ciechanowskim\*

Sytuacja epidemiologiczna wzv typu B w woj. ciechanowskim na tle kraju od wielu lat przedstawia się niekorzystnie.

Na przestrzeni ostatnich 15 lat współczynnik zapadalności na 100 tys. był w tym województwie corocznie wyższy - średnio o 11,8 - od współczynnika krajowego. Szczególnie zła sytuacja epidemiologiczna była do roku 1993. W latach 1983-93 zapadalność w Polsce wahała się od 34,5 do 45,1, a w woj. ciechanowskim od 46,8 do 72,4.

Rozszerzenie szczepień w 1993 roku o szczepienia osób przygotowywanych do planowych zabiegów operacyjnych, przewlekle chorych i osób ze ścisłej styczności z zakażonymi HBV, a następnie wszystkich noworodków i niemowląt,

wpłynęło na spadek liczby zachorowań zarówno w Polsce jak i w woj. ciechanowskim. Między rokiem 1993 a 1997 liczba zachorowań obniżyła się z 295 do 99, tj. o 61,8% (w Polsce o 62,7%), a zapadalność z 59,6 do 22,7.



Ryc. 1. Zapadalność na wzv B w woj. ciechanowskim w latach 1983-1997 w porównaniu z najniższą i najwyższą zapadalnością w innych województwach (min-max) oraz zapadalnością w całej Polsce.

Pomimo podobnej dynamiki spadku zachorowań w ostatnich latach, w woj. ciechanowskim zapadalność na wzv typu B w 1997 roku pozostała na poziomie 22,7, podczas gdy w Polsce osiągnęła wskaźnik 12,7 na 100 tys.

Analiza zapadalności na wzv typu B według płci wykazuje nieco wyższą zapadalność wśród mężczyzn (w ostatnich latach średnio o około 6/100 tys.). Zarówno wśród kobiet jak i wśród mężczyzn najwyższą zapadalność rejestruje się u osób powyżej 55 roku życia.

Zapadalność na wzv typu B wśród dzieci w wieku 0-2 lata w woj. ciechanowskim jest niższa niż zapadalność w kraju. Jest to szczególnie widoczne po wprowadzeniu szczepień noworodków w województwie w 1995 roku. Już w tym samym roku wystąpiły tylko 3 zachorowania, a współczynnik zapadalności osiągnął poziom 15,8 na 100 tys., podczas gdy w kraju 23,8. W następnych latach 1996 i 1997 zachorowania w tej grupie wiekowej nie wystąpiły.

Prowadzone w WSSE i TSSE analizy wywiadów epidemiologicznych wykazują, że od 52,2% (w 1992 r.) do około 75% (w latach 1996/97) przypadków zakażeń wzv typu B ma miejsce w zakładach służby zdrowia. Należy dodać, że od 6,9% (w 1995 r.) do 14,1% (w 1997 r.) wszystkich zakażeń miało miejsce w zakładach służby zdrowia spoza terenu województwa.

Na niekorzystną sytuację epidemiologiczną wzv typu B w woj. ciechanowskim miał wpływ zły stan aparatury do sterylizacji. Jeszcze w latach 1994-1996 biologiczna kontrola skuteczności sterylizacji wykazała, że ok. 12-13% aparatów było niesprawnych, a 4,6-5,8% procesów sterylizacji było nieskutecznych.

Sytuacja uległa znacznej poprawie w roku 1997, w którym zakwestionowano 2,2% procesów sterylizacji i stwierdzono, że 3,4% aparatów było niesprawnych. Nastąpiło to głównie w wyniku dość intensywnego wycofywania z użytku aparatów sterylizujących suchym gorącym powietrzem. Na początku 1997 roku na jeden autoklaw przypadało pięć sterylizatorów na suche gorące powietrze.

## Wnioski

1. Niekorzystna sytuacja epidemiologiczna wzv typu B w woj. ciechanowskim była przede wszystkim wynikiem zakażeń w zakładach służby zdrowia.

2. Dla poprawy tej sytuacji konieczna jest: • dalsza wymiana aparatów sterylizujących suchym gorącym powietrzem na autoklawy, • kontynuacja szczepień wśród noworodków oraz osób przygotowanych do planowych zabiegów operacyjnych i otoczenia nosicieli i chorych.

\* Skróć nadesłanego opracowania. Rycina red.

*mgr inż. Teresa Bielska, WSSE w Ciechanowie*

### **Zaprzeczenie istnienia związków między szczepieniami przeciw HBV a wzrostem zachorowań na sclerosis multiplex (SM) i inne demielinizujące stany chorobowe**

Jak donosi "Weekly Epidemiological Record" (1997,21, 149-152) w 1996 roku we Francji środki masowego przekazu nagłośniły informację, że szczepienia przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B można wiązać z nowymi zachorowaniami na *sclerosis multiplex* (SM) oraz podobnymi stanami chorobowymi.

We Francji w 1991 roku wprowadzone zostały obowiązkowe szczepienia przeciw wzv B u personelu medycznego i w następstwie tego zaszczepiono setki tysięcy dorosłych osób, głównie kobiet. Ostatnio jeden z francuskich neurologów opublikował doniesienie, że miał do czynienia z kilkoma przypadkami SM i podobnych chorób, które wystąpiły u kobiet szczepionych przeciw HBV. Ten fakt został podchwycyony przez środowisko przeciwnie szczepieniom ochronnym oraz pacjentów zgłaszających roszczenia, że szczepienie HBV było czynnikiem przyczynowym zachorowania na SM lub zaostrzenia procesu chorobowego. W następstwie nastąpił znaczny spadek wykonywania szczepień przeciw HBV we Francji, a ponadto powyższe informacje przeniosły się do innych krajów.

*Sclerosis multiplex* (SM) jest chorobą centralnego układu nerwowego, która przebiega z destrukcją osłony mielinowej neuronów. Klinicznie SM rozpoznaje się na podstawie dwóch oddzielnych epizodów chorobowych i postawienie rozpoznania u pacjenta może wymagać szeregu lat. Epizody chorobowe mogą przebiegać pod postacią zapalenia nerwu wzrokowego, poprzecznego zapalenia rdzenia oraz osłabienia i zaburzeń czucia. SM jest postępującą chorobą z zaostrzeniami i remisjami w ciągu wielu lat i często prowadzi do trwałej niewydolności, a czasem i zgonu. Procesy anatomiczne stanowiące podłoże choroby mogą trwać nawet dziesiątki lat zanim pojawiają się objawy chorobowe.

Przyczyna SM nie jest znana. Najbardziej przyjmowana hipoteza zakłada, że choroba dotyczy ludzi z genetyczną wrażliwością, a czynniki środowiskowe uwalniają proces chorobowy. Predyspozycję genetyczną sugeruje wiele badań wykazujących zwiększone ryzyko SM w rodzinach, u bliźniaków i w niektórych grupach etnicznych, jak w płu. Europie. Podnosi się również związek między SM a niektórymi podtypami HLA.

Wielu neurologów i immunologów uważa, że SM jest wynikiem autoimmunoagresji, którą uruchamia obcy antygen przypominający immunologicznie ludzką mielinę. Ostatnio odkryto w molekuale polimerazy DNA HBV sekwencję kwasu aminowego podobną do sekwencji mieliny króliczej. Tym niemniej, nie może to mieć znaczenia w spornej sprawie, ponieważ mielina ludzka i królicza są różne, a szczepionki przeciw HBV nie zawierają żadnej polimerazy

DNA.

Czynniki środowiskowe wyzwalające proces chorobowy SM nie są ustalone. Podejrzewa się wiele elementów, jak choroby zakaźne (w tym przynajmniej siedemnaście czynników wirusowych), szczepionki, warunki klimatyczne, stres, urazy, cięższe, narażenia zawodowe, zanieczyszczoną żywność, metale itp. Związek między zaostrzeniami SM, a chorobami zakaźnymi jest sugerowany, choć jest mało dowodów na potwierdzenie tego. Nie ma również dowodów wskazujących na związek przyczynowy między zaostrzeniami SM i jakimkolwiek szczepieniem; są to dotychczas wyłącznie hipotezy oparte o kazuistyczne doniesienia.

W szczególności nie ma żadnych dowodów wskazujących na jakikolwiek związek między zakażeniami HBV a SM i innymi chorobami demielinizującymi. W świecie żyje 350 mln przewlekle zakażonych nosicieli HBV i 2 mld ludzi z markerami przebytego zakażenia, a występowanie HBV i SM ma przeciwne rozmieszczenie geograficzne. Najwyższe wskaźniki chorobowości SM i najmniejszą częstość występowania HBV ma Skandynawia i płu. Europa, natomiast odwrotna sytuacja ma miejsce w Azji i na obszarach subsaharyjskich. Jeżeli wirus HBV nie jest uznanym czynnikiem przyczynowym SM to jest nieprawdopodobne by mogła to powodować szczepionka usyskana z powierzchniowego płaszcza cząsteczki wirusa. Dotychczas (od 1982 r.) szczepionkę przeciw HBV podano ponad 550 mln osób. Analiza odczynów poszczepiennych przeprowadzona w USA w latach 1987-1996 oraz w Kanadzie od 1992 roku nie dała żadnych dowodów wskazujących na związek przyczynowy między szczepieniami a SM i innymi chorobami demielinizującymi. Od licencjonowania szczepionki nie stwierdzono wzrostu występowania SM i innych chorób neurologicznych, zwłaszcza na Alasce, gdzie badaniami objętych było ponad 43.000 szczepionych ludzi. Ponieważ rejestracja nadmiernych odczynów poszczepiennych jest działaniem pasywnym o względnie małej czułości, zostały podjęte lub zaplanowane szczegółowe badania na konkretnych grupach ludności. Brak zwiększonego występowania SM i innych chorób demielinizujących u szczepionych wykazują również materiały zebrane przez producentów szczepionek, to jest Merck and Company, Pasteur-Merieux-Connaught oraz SmithKline Biologicals we Francji i w innych krajach.

We Francji materiały dotyczące neurologicznej tolerancji szczepionek przeciw HBV (Engerix B, Gen Hevac i HBV-VAX DNA) zostały dwukrotnie przedstawione na posiedzeniach the National Commission of Pharmacovigilance w grudniu 1994 i 1996 roku. W materiałach wykazano, że we Francji od stycznia 1989 do grudnia 1996 roku podano ponad 60 mln dawek szczepionek HBV dostępnych na rynku francuskim. W tym okresie zgłoszono wystąpienie u szczepionych 106 przypadków demielinizujących chorób centralnego układu nerwowego, to jest 1,8 na 1 mln dawek i około 0,6 na 100 tys. szczepionych. Te współczynniki dotyczące zachorowań mających związek czasowy ze szczepieniem były znacznie niższe od prognozowanej zapadalności na choroby demielinizujące wśród tej samej ludności; dla samej tylko SM prognozowany wskaźnik wahał się od 1 do 3 na 100 tys. ludności. Cechy epidemiologiczne zgłoszonych zachorowań po szczepieniu przeciwko wzv B były analogiczne jak u nieszczepionych pod względem grup wieku, płci oraz charakteru i ciężkości objawów neurologicznych. Czas między wystąpieniem objawów neurologicznych a szczepieniem był przypadkowy.

Obserwacje dokonane w szeregu innych krajów, jak

Australia, Belgia, Kanada, Niemcy, Indie, Wielka Brytania i USA, wykazały podobną częstość występowania chorób demielinizujących u szczepionych przeciw HBV - w granicach 0,1-0,8/100 tys.

Po przeanalizowaniu przedstawionych dowodów władze francuskie i autorytety naukowe uznały, że brak jest naukowych dowodów wskazujących na związek przyczynowy między szczepieniem HBV i SM. Zdecydowano kontynuować wdrażanie programu szczepień HBV, gdyż ryzyko zakażenia na wzw B i choroby u nieszczepionych jest realne, a związki między szczepieniami a SM tylko hipotetyczne.

WHO podkreśla, że HBV powoduje około 4 mln ostrych zachorowań rocznie, a z 350 mln obecnie żyjących nośców HBV około 25% umrze z powodu marskości i pierwotnego raka wątroby. Są to stany chorobowe, na które umiera około 1 mln ludzi rocznie, a ich związek z zakażeniem HBV jest często bezsporny. Szczepionki przeciw HBV należy nadal uważać za bezpieczne i w 90% skuteczne w zapobieganiu chorobie. Jest wysoce niekorzystne, że nieuzasadnione incydentalne pretensje ograniczają zastosowanie ważnych i ekonomicznie uzasadnionych szczepionek.

Wojciech Żabicki

### Problem choroby Creutzfeldta-Jakoba w krwiodawstwie

W Genewie 16 grudnia 1997 r. odbyło się kolejne posiedzenie regionalnych konsultantów krwiodawstwa z udziałem przedstawicieli kilku struktur organizacyjnych centrali WHO, w tym Division of Emerging and other Communicable Diseases Surveillance and Control (EUC).

Uczestnicy posiedzenia podkreślili, że dotychczas nie ma żadnych dowodów wskazujących na przenoszenie CJD z człowieka na człowieka poprzez transfuzje i preparaty krwiopochodne. Za bardzo uspokajający fakt uważa się brak zachorowań na CJD u chorych na hemofilię. Tym niemniej występowanie nowej postaci choroby Creutzfeldta-Jakoba (nvCJD) zmusza do zwiększenia czujności.

Zgodnie z dotychczas przyjętymi zasadami, eliminacji podlegają dawcy krwi i tkanek z chorobą Creutzfeldta-Jakoba, chorobą Gerstmana-Strausslera-Scheinkera (GSS) oraz rodzinną insomnią (FFI) lub demencją. Obecnie ze względu na zwiększone zagrożenie gąbczastą encefalopatią powinni podlegać eliminacji jako dawcy krwi:

- osoby, które były poddane leczeniu wyciągami przysadki,
- osoby z rodzinnym wywiadem CJD, GSS lub FFI,
- osoby, które otrzymały przeszczepy ludzkiej twardówki.

Rekomendacje grupy ekspertów obejmują również identyfikację chorych na CJD, którzy przed zachorowaniem byli dawcami krwi.

na podstawie "Wkly Epid.Rec." (1998,1/2,6-7)  
opracował Wojciech Żabicki

### Przewodnik dla podróżnych dotyczący bezpieczeństwa żywności

#### (Dokument przygotowany przez Programy Bezpiecznej Żywności i Kontroli Chorób Biegunkowych WHO)

Dokument ten (ulotka) dostępny jest w Internecie lub można go otrzymać bezpośrednio ze Światowej Organizacji

Zdrowia. Zawarte są w nim rady, jak uniknąć chorób pochodzenia pokarmowego lub wodnego za granicą. Najważniejsze rady umieszczono poniżej.

#### Przed wyjazdem należy:

- Skonsultować się z lekarzem na temat celowości szczepienia i zastosowania innych zapobiegawczych środków zaradczych.
- Zabrać ze sobą na pewno doustne płyny (sole) nawadniające i środki do odkażania wody.

#### Zasady bezpiecznego jedzenia:

- Zagwarantować, aby wszystkie produkty żywnościowe (od drogich posiłków hotelowych do przekąsek pochodzących od ulicznych sprzedawców) były dokładnie ugotowane i w dalszym ciągu gorące w chwili podania.
- Unikać niegotowanej żywności, z wyjątkiem owoców, które mogą być obrane lub wyluskane; unikać owoców z uszkodzoną skórką. Światowa Organizacja Zdrowia zaleca: "Gotuj, obieraj lub zaniechaj".
- Unikać żywności zawierającej niedogotowane lub surowe jaja (w tym sosy, majonez, czy musy).
- Unikać lodów "z nieznanego źródła".
- Na miejscu zasięgnąć porady, czy ryby, mięczaki lub skorupiaki nie zawierają (nawet po gotowaniu) biotoksyn.
- Gotować niepasteryzowane mleko przed spożyciem.
- Gotować wodę do picia, jeśli pochodzenie jej jest niepewne lub dezynfekować, jeśli ze względu na obecność czynnika patogenego jest to niezbędne.
- Nie używać lodu, dokąd nie ustalili się źródła wody, z której był sporządzony.

Herbatę, kawę, itp. oraz wino, piwo, napoje gazowane i soki owocowe, jeśli są butelkowane lub pakowane w inny sposób, uważa się za względnie bezpieczne.

#### Jeśli wystąpi biegunka:

- Unikać odwodnienia.
- Zapewnić obfitość płynów do picia (według listy wymienionej powyżej) włączając w to butelkowaną, gotowaną lub odkażoną wodę, słabą herbatę, soki owocowe rozcieńczone gwarantowaną wodą, zupy (załączono wskazania dotyczące objętości).
- Jeśli biegunka trwa dłużej niż 1 dzień, należy włączyć do diety doustne płyny nawadniające (sole) i próbować jeść normalnie.

Ulotka doradza ponadto aby starać się o poradę lekarską, jeśli biegunka utrzymuje się dłużej niż przez 3 dni oraz jeśli u chorego wystąpiły: gorączka, przewlekające się wymioty, krwawa lub bardzo częsta, wodnista biegunka, lub jeśli wystąpiły inne objawy. W razie zaistnienia nagłej potrzeby zaleca się wydanie recepty na środek zastępczy doustne płyny nawadniające oraz pouczenie na temat dawkowania cotrimoxazolu.

wg FAO/WHO "Newsletter" (1998,55,5)  
tłumaczenie: Anna Przybylska

"Meldunki" opracowuje zespół: Ewa Cielebak, 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.