

Meldunek 8/B/99

o zachorowaniach na choroby zakaźne i zatruciach związkami chemicznymi zgłoszonych w okresie od 16.08 do 31.08.1999 r.

Jednostka chorobowa (symbole wg "Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych" ICD-10)	Meldunek 8/B		Dane skumulowane	
	16.08.99. do 31.08.99.	16.08.98. do 31.08.98.	1.01.99. do 31.08.99.	1.01.98. do 31.08.98.
Choroba wywołana przez ludzki wirus upośl.odp.: ogółem (B20-B24)	2	2	72	71
Dur brzuszny (A01.0)	2	-	5	1
Dury rzekome A.B.C. (A01.1-A01.3)	-	-	1	3
Salmonelozy: ogółem (A02)	1626	2004	15381	18822
Czerwonka bakteryjna /szigelozja/ (A03)	46	17	141	370
Inne bakteryjne zakażenia jelitowe: ogółem (A04)	237	209	2548	2920
Wiusowe i inne określone zakażenia jelitowe: ogółem (A08)	22	32	1074	495
Biegunki u dzieci do lat 2: ogółem (A04; A08; A09)	539	555	9545	9255
w tym: BNO, prawdopodobnie pochodzenia zakaźnego (A09)	378	400	7064	6784
Tężec: ogółem (A33-A35)	1	2	16	17
Błonica (A36)	-	-	-	-
Krztusiec (A37)	37	74	368	2264
Szkarlatyna /płonica/ (A38)	105	188	7245	12948
Zapalenie opon mózgowych: razem	148	165	1386	1859
w tym: meningokokowe (A39.0)	6	2	80	96
wywołane przez <i>Haemophilus influenzae</i> (G00.0)	3	4	45	62
inne bakteryjne, określone i nie określone (G00.1-G00.9)	50	38	522	614
wirusowe, określone i nie określone (A87; B00.3; B02.1)	75	108	613	959
inne i nie określone (G03)	14	13	126	128
Zapalenie mózgu: razem	32	45	310	305
w tym: meningokokowe i inne bakteryjne: ogółem (A39.8; G04.2)	5	2	75	54
wirusowe, przenoszone przez kleszcze (A84)	16	30	51	68
inne wirusowe, określone (A83; A85; B00.4; B02.0; B25.8)	-	2	17	22
wirusowe, nie określone (A86)	9	9	119	103
poszczepienne (G04.0)	1	-	1	-
inne i nie określone (G04.8-G04.9)	1	2	47	58
Riketsjozy: ogółem (A75-A79)	-	-	-	1
Ostre nagminne porażenie dziecięce (A80)	-	-	-	-
Ospa wietrzna (B01)	976	1082	74698	119133
Odra (B05)	4	28	80	2175
Różyczka: ogółem (B06; P35.0)	326	492	27679	39034
Wirusowe zap. wątroby: typu A (B15)	38	48	670	1359
typu B (B16; B18.0-B18.1)	133	148	2203	2605
typu C (B17.1; B18.2)	70	59	1165	1005
typu B+C (B16; B18.0-B18.1 + B17.1; B18.2)	2	3	85	82
inne i nieokreśl.(B17.0;B17.2-.8;B18.8-.9;B19)	16	15	239	343
Świnka /nagminne zapalenie przyusznic/ (B26)	1021	3039	81457	165818
Włośnica (B75)	-	-	54	22
Świerzb (B86)	534	393	9078	9912
Grypa: ogółem (J10; J11)	6	2	2341924	769608
Bakteryjne zatrucia pokarmowe: razem	2122	2392	17759	21270
w tym: salmonelozy (A02.0)	1624	2000	15351	18784
gronkowcowe (A05.0)	143	55	339	308
jadem kiełbasianym /botulizm/ (A05.1)	4	8	65	55
wywołane przez <i>Clostridium perfringens</i> (A05.2)	-	-	-	-
inne określone (A05.3-A05.8)	8	-	56	30
nie określone (A05.9)	343	329	1948	2093
Zatrucia naturalnie toksycznym pokarmem: ogółem (T62)	14	10	44	64
w tym: grzybami (T62.0)	10	10	38	61
Inne zatrucia: ogółem (T36-T60; T63-T65)	274	323	4676	5754
w tym: pestycydami (T60)	9	4	98	91
lekami, prep.farmakologicznymi i subst.biolog. (T36-T50)	166	187	2724	3225
alkoholem (T51)	58	53	910	1147
Ostre porażenia wiotkie u dzieci (0-14 lat)	4	4	43	27

Zachorowania zgłoszone w okresie 16-31.08.1999 r. wg województw

Województwo	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 /szigelozą/ (A03)	Biegunki u dzieci do lat 2: ogółem (A04; A08; A09)	Teżec: ogółem (A33-A35)	Krzusiec (A37)	Szkarlatyna (A38)	Zapalenie opon mózgowych		Zapalenie mózgu	
										Ogółem (A39.0; A87; B00.3; B02.1; G00; G03)	w tym: meningokokowe (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	2	2	-	1626	46	539	1	37	105	148	6	32	16
Dolnośląskie	1	-	-	115	-	46	-	2	5	11	1	-	-
Kujawsko-Pomorskie	-	-	-	74	-	61	-	-	6	7	-	1	-
Lubelskie	-	-	-	173	-	11	-	-	7	3	1	-	-
Lubuskie	-	-	-	49	-	-	-	-	1	6	-	-	-
Łódzkie	-	-	-	111	-	30	-	10	3	6	-	1	-
Małopolskie	-	-	-	103	-	34	-	-	9	17	-	2	-
Mazowieckie	-	1	-	189	-	48	-	15	19	16	1	3	1
Opolskie	-	-	-	34	-	16	-	-	4	7	1	1	1
Podkarpackie	1	-	-	98	2	45	-	-	5	14	-	2	-
Podlaskie	-	1	-	82	-	37	-	3	2	3	-	8	6
Pomorskie	-	-	-	198	44	34	-	-	3	18	-	1	-
Śląskie	-	-	-	121	-	55	-	-	21	14	-	1	-
Świętokrzyskie	-	-	-	57	-	34	-	5	4	6	1	-	-
Warmińsko-Mazurskie	-	-	-	87	-	20	-	-	4	9	-	8	8
Wielkopolskie	-	-	-	101	-	54	1	2	8	7	-	1	-
Zachodniopomorskie	-	-	-	34	-	14	-	-	4	4	1	3	-

Województwo	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)
				typu A (B15)	typu B: ogółem (B16; B18.0-1)	typu C: ogółem (B17.1; B18.2)							
POLSKA	976	4	326	38	135	72	1021	-	534	6	2122	10	274
Dolnośląskie	61	-	20	1	14	15	66	-	24	-	265	-	16
Kujawsko-Pomorskie	73	-	9	-	10	6	30	-	40	6	107	1	28
Lubelskie	61	-	21	1	8	4	41	-	33	-	182	-	33
Lubuskie	32	-	3	-	4	6	20	-	2	-	49	-	17
Łódzkie	61	-	10	1	13	10	57	-	46	-	119	-	49
Małopolskie	88	-	20	19	11	4	82	-	20	-	140	3	15
Mazowieckie	143	-	81	3	12	8	136	-	53	-	228	-	15
Opolskie	34	-	12	-	1	-	52	-	9	-	35	-	-
Podkarpackie	41	-	9	1	5	1	22	-	37	-	102	3	23
Podlaskie	17	-	8	-	3	-	38	-	31	-	85	-	8
Pomorskie	58	-	15	5	8	6	63	-	34	-	285	-	20
Śląskie	111	-	58	6	23	5	137	-	101	-	151	-	7
Świętokrzyskie	60	-	5	-	9	4	42	-	20	-	84	1	21
Warmińsko-Mazurskie	22	4	7	-	1	-	41	-	37	-	101	-	5
Wielkopolskie	82	-	41	-	9	2	155	-	22	-	104	-	16
Zachodniopomorskie	32	-	7	1	4	1	39	-	25	-	85	2	1

Zakażenia HIV i zachorowania na AIDS

Informacja z 31 lipca 1999 r.

W lipcu 1999 r. do Zakładu Epidemiologii PZH zgłoszono nowo wykryte zakażenie HIV 80 obywateli polskich, w tym 45 zakażonych w związku z używaniem narkotyków.

Obecność przeciwciał anti-HIV potwierdzono w Zakładzie Laboratoryjno-Doświadczalnym Instytutu Wenerologii AM w Warszawie, w Wojewódzkim Szpitalu Obserwacyjno-Zakaźnym w Bydgoszczy, w Wojewódzkim Zespole Chorób Zakaźnych w Gdańsku, w Wojewódzkiej Przychodni Dermatologicznej w Katowicach, w Specjalistycznym Dermatologicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Łodzi, w Laboratorium Kliniki Chorób Zakaźnych AM we Wrocławiu oraz w Zakładzie Transfuzjologii i Transplantologii CSK WAM w Warszawie.

Odnotowano zachorowanie na AIDS kobiety zakażonej drogą ryzykownych kontaktów heteroseksualnych oraz pięciu mężczyzn (czterech narkomanów i zakażonego drogą ryzykownych kontaktów heteroseksualnych).

Chorzy byli w wieku od 23 do 45 lat.

Chory z rozpoznaniem AIDS w 1998 r. miał miejsce zamieszkania w woj. bydgoskim. Chorzy z rozpoznaniem AIDS w 1999 r. mieli miejsce zamieszkania w województwach: dolnośląskim (dwóch), kujawsko-pomorskim, lubuskim i pomorskim (po jednym).

We wszystkich przypadkach określono przynajmniej jedną chorobę wskazującą na AIDS w brzmieniu jak w definicji do celów nadzoru epidemiologicznego, skorygowanej w 1993 r. W pięciu przypadkach podano liczbę komórek CD4 (od 11 do 180/μL).

Od wdrożenia badań w 1985 r. do 31 lipca 1999 r. stwierdzono zakażenie HIV 5.890 obywateli polskich, wśród których było co najmniej 3.824 zakażonych w związku z używaniem narkotyków.

Ogółem odnotowano 800 zachorowań na AIDS; 446 chorych zmarło.

Informacja z 31 sierpnia 1999 r.

W sierpniu 1999 r. do Zakładu Epidemiologii PZH zgłoszono nowo wykryte zakażenie HIV 34 obywateli polskich, wśród których było 17 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 Specjalistycznym Dermatologicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Łodzi oraz w Zakładzie Serologii Instytutu Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie.

Odnotowano zachorowanie na AIDS dziewczynki zakażonej od matki i zachorowania sześciu mężczyzn (po dwóch narkomanów i homoseksualistów oraz po jednym zakażonym drogą ryzykownych kontaktów heteroseksualnych i bez informacji o drodze zakażenia).

Chorzy byli w wieku od jednego miesiąca życia do 44 lat.

Chory z rozpoznaniem AIDS w 1998 r. miał miejsce zamieszkania w woj. wrocławskim. Chorzy z rozpoznaniem AIDS w 1999 r. mieli miejsce zamieszkania w województwach: dolnośląskim, kujawsko-pomorskim (po dwóch) oraz w świętokrzyskim i opolskim (po jednym).

W sześciu przypadkach określono przynajmniej jedną chorobę wskazującą na AIDS w brzmieniu jak w definicji

do celów nadzoru epidemiologicznego, skorygowanej w 1993 r.; w jednym przypadku jako chorobę wskaźnikową podano zakażenie oportunistyczne bliżej nieokreślone. W sześciu przypadkach podano liczbę komórek CD4 (od 10 do 562/μL).

Od wdrożenia badań w 1985 r. do 31 sierpnia 1999 r. stwierdzono zakażenie HIV 5.924 obywateli polskich, wśród których było co najmniej 3.841 zakażonych w związku z używaniem narkotyków.

Ogółem odnotowano 807 zachorowań na AIDS; 448 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.

Cholera w 1998 roku

W porównaniu do 1997 r., w 1998 r. liczba zachorowań na cholere, wywołanych przecinkowcem cholery 01 biotypu El Tor, wzrosła o prawie 100% na wszystkich kontynentach. Nie stwierdzono jednak istotnych czynników np. migracji ludności, kataklizmów, które mogłyby mieć wpływ na wzrost transmisji zakażenia.

Zarejestrowano ogółem 293.121 zachorowań i 10.586 zgonów (w 1997 r. zanotowano 147.425 zachorowań). Śmiertelność z powodu cholery w 1998 r. wyniosła 3,6% i była niższa niż w 1997 r. - 4,3%.

Zachorowania na cholere wystąpiły w 74 krajach - występowanie cholery zgłosiło 9 krajów więcej niż w 1997 r. Należy brać pod uwagę fakt, że rzeczywista liczba zachorowań była wyższa, ponieważ występowały przypadki bezobjawowe, a zgłaszanie było niekompletne ze względu na między innymi ograniczone działanie systemu nadzoru (surveillance).

Afryka. Uległa pogorszeniu sytuacja epidemiologiczna w Zachodniej Afryce. Cholere zgłosiło 29 krajów - najwięcej ze wszystkich kontynentów, a zarejestrowane tu zachorowania stanowiły 72% ogółu zachorowań na świecie. Największe epidemie na tym kontynencie wystąpiły w Demokratycznej Republice Kongo, Kenii, Mozambiku, Ugandzie i Zjednoczonej Republice Tanzanii - w tych krajach liczba zachorowań wahała się w granicach od 14.488 do 49.514. Śmiertelność w Afryce kształtowała się na poziomie 4,7%.

Ameryka. Uległa tu zahamowaniu tendencja do spadku zachorowań - liczba przypadków wzrosła z 17.760 w 1997 r. do 57.106 w 1998 r., czyli o około 300%, a liczba zgonów z 225 w 1997 r. do 558 w 1998 r., czyli prawie o 100%. Najwięcej zachorowań zarejestrowano w Peru - 41.717 przypadków, co stanowi 71% ogółu zachorowań w Amerykach. Znaczne liczby przypadków wystąpiły w Gwatemali (5.970), Ekwadorze (3.724), Brazylii (2.571) i Nikaragui (1.437). W 16 krajach, które zgłosiły cholere, śmiertelność wahała się w granicach od 1,0% do 1,5%.

Azja. Liczba zachorowań w Azji w porównaniu do

1997 r. wzrosła prawie dwukrotnie - w 1998 r. zarejestrowano 24.212 chorych i 172 zgony. Prawie 40% ogółu zachorowań zarejestrowano w Afganistanie, gdzie wystąpił w 1998 r. dwukrotny wzrost zachorowań w stosunku do 1997 r.. W Indiach zanotowano 7.151 przypadków, to znaczy ponad dwukrotnie więcej niż w 1997 r. - 2.768 chorych. W Kambodży i Nepalu wzrost liczby zachorowań był 7-krotny, w Malesji i Sri Lance 4-krotny.

Liczba krajów zgłaszających cholereę zmalała nieznacznie z 17 w 1997 r., do 16 w 1998 r. Bardzo zmalała śmiertelność z 1,8%, do 0,71% w 1998 r.

Nadal występowały zachorowania powodowane przez przecinkowicę cholery 0139, ale nie stwierdzono tendencji do ich szerzenia się poza południową Azję.

Europa*. Podobnie jak na innych kontynentach wzrosła liczba zarejestrowanych w Europie zachorowań - z 18 w 1997 r., do 47 w 1998 r., z których 35 było przypadkami importowanymi. Importowane zachorowania wystąpiły po 1 przypadku w Austrii i Finlandii; po 2 zachorowania we Francji, Norwegii i Szwajcarii; w Holandii 4 przypadki; w Niemczech 5; w Anglii 18. Zarejestrowano rodzime zachorowania w Rosji i Włoszech - odpowiednio 10 i 2.

Cholera a międzynarodowy handel produktami spożywczymi. Epidemia cholery, która rozpoczęła się w 1997 r. na przylądku Horn w Afryce, nadal powodowała liczne zachorowania i zgony w 1998 r. W związku z tym liczne kraje obłożyły embargiem niektóre przetwory rybne pochodzące z tego terenu. Wprawdzie istnieje teoretyczna możliwość transmisji *V.cholerae* związana z handlem żywnością, ryzyko przeniesienia zakażenia jest bardzo małe.

Jak dotychczas WHO nie posiada danych o wystąpieniu epidemii cholery na skutek handlu żywnością importowaną z terenów endemicznych cholery.

* Uwaga: 2 sierpnia br. wykryto w Rosji 2 przypadki cholery importowane z regionu Primorsky.

na podstawie "Wkly Epid.Rec." (1999,31,257-263)
opracowała Danuta Naruszewicz-Lesiuk

Legioneloza w Europie w 1998 roku

Dwadzieścia dziewięć krajów - z 31 będących członkami Europejskiej Grupy Pracującej nad Zakażeniami Legionella (EWGLI) - dostarczyło w 1998 roku danych do opracowania zbiorczego (tab. 1 i 2). W sumie ogłoszono, że 1 442 mieszkańców Europy zachorowało w 1998 r. na chorobę legionistów. Było to o 82 zachorowania więcej niż w 1997 r. i o 121 mniej niż w 1996 r., kiedy to zarejestrowano duże ognisko zachorowań w Hiszpanii. Cztery nowe kraje podjęły się zgłaszania zachorowań (Litwa, Łotwa, Słowenia i Tunezja). W pięciu krajach zanotowano więcej niż 100 zachorowań w każdym (Dania, Anglia z Walią, Francja, Włochy i Hiszpania). W 1998 roku zgłoszono 188 zgonów - śmiertelność wynosiła 13,1% (w różnych krajach od 6% do 42%), w roku 1997 - 10%.

Zapadalność na legionelozę w Europie obliczono jako 4,3 zachorowań na 1 milion mieszkańców (0,43/100.000). Zapadalność obliczano w stosunku do 333 milionów mieszkańców Europy, biorąc pod uwagę nie cały kraj a tylko ludność regionu objętego badaniami (tab. 1). W Danii zapadalność jest najwyższa w Europie - 20,4 zachorowania na milion mieszkańców; Niemcy Wsch. 20; Szwajcaria 11;

Tabela 1. Choroba legionistów. Dane z 28 krajów. Europa 1998.

Kraj	Liczba zachorowań	Ludność (w mil.)
Austria	28	8
Belgia	62	10
Chorwacja	8	1
Republika Czeska	19	10,5
Dania	106	5,2
Anglia z Walią	217	52,2
Finlandia	15	5,1
Francja	307	58,54
Niemcy (region)	20	1
Grecja (region)	10	1
Irlandia	1	3,63
Włochy	102	57
Litwa	0	3,7
Łotwa	0	2,5
Malta	2	0,37
Holandia	44	15,65
Irlandia Płn.	1	1,7
Norwegia	5	4,3
Portugalia (region)	17	1
Federacja Rosyjska (Moskwa)	24	10
Szkocja	42	5,14
Słowacja	1	5,3
Słowenia	16	1,9
Hiszpania	232	39,35
Szwecja	77	8,85
Szwajcaria	78	7,1
Tunezja	0	8,9
Turcja (region)	8	4
Ogółem	1442	333
zachorowania potwierdzone	1028	
podejrzanie zachorowania	402	x
nie wiadomo	12	

Szwecja 8,6; Szkocja 8,2. Zapadalność mężczyzn w stosunku do zapadalności kobiet jest stale taka sama od 3 lat - 2,5-3,0. W 1996 roku 70% stanowili chorzy mężczyźni, 28% kobiety, 2% nie wiadomo.

Tabela 2. Choroba legionistów. Europa 1993-1998.

Rok	Liczba zachorowań	Liczba krajów zgłaszających zachorowania
1993	1242	19
1994	1161	20
1995	1255	24
1996	1563	24
1997	1360	24
1998	1442	28

Zachorowania w zależności od źródła zakażenia

W 1998 roku dla 33% zachorowań źródło zakażenia zlokalizowane było w środowisku zamieszkania, 14% w szpitalu, 21% w związku z podróżą w danym kraju lub za granicą. Nie podano źródła zakażenia w 32% zachorowań.

Zachorowania zbiorowe wystąpiły w 32 ogniskach wykrytych przez 8 krajów współpracujących z EWGLI, obejmując 165 zachorowań (11,4%). 10 ognisk wystąpiło w szpitalach, 12 w środowiskach społecznych, 10 było związanych z podróżą, ale wg bazy danych EWGLI - 19, ponieważ wykryto związek między pojedynczymi zachorowania-

Tabela 3. Choroba legionistów. Zachorowania wg głównej metody ich rozpoznania. Europa 1998.

Główna metoda diagnostyczna	Liczba zachorowań *			Wszystkie zachorowania razem
	L.pneumophila sg 1	L.pneumophila sg. inne i nieokreślone	Legionella inne gatunki	
Izolacja bakterii	195	107	9	311
Wykrycie antygeny w moczu	414	48	13	475
Serokonwersja	130	121	14	265
Wysokie miano w 1 oznaczeniu	106	208	25	339
Wykrycie antygeny w wydz. dróg oddech.	24	6	4	34
PCR	-	6	-	6
Nieznana	1	-	11	12
Ogółem	870	496	76	1442

* Każde zachorowanie liczone tylko jeden raz.

mi występującymi w różnych krajach - prawdopodobnie nabytymi w trakcie noclegu w tym samym hotelu.

Zakażenia szpitalne wykryto w Czechach, Danii, we Włoszech, w Szkocji i Hiszpanii. Zachorowania środowiskowe w Anglii, Francji i Hiszpanii.

Jedno z ognisk we Francji miało związek z mistrzostwami świata w piłce nożnej w Paryżu. Jedno w Hiszpanii wiązało się miejscowością kuracyjną. Ogniska związane z podrózkami i zachorowania w związku z jednym źródłem w trakcie podróży zgłosiła Anglia, Francja, Szkocja, Słowenia i Szwecja - dotyczyły dwu lub kilku zachorowań związanych z tym samym miejscem noclegu za granicą.

Ogniska w zależności od źródła zakażenia

W 1998 roku 14 z 32 ognisk związanych było z zakażeniem systemów wody gorącej lub zimnej w 9 szpitalach, 2 związane były z osiedlami, 3 z podróżą. Zakażone wieże chłodzące odpowiedzialne były za 5 ognisk: w szpitalu (1), w zakładzie przemysłowym lub w osiedlu (3), w związku z podróżą (1). Ognisko związane z wannami wirowymi związane było ze szczególnym typem urządzeń, które znajdowały się na wystawie pod gołym niebem, urządzonej przez sprzedawcę oraz w prywatnych domach w Anglii. Wskazano na błąd konstrukcyjny, dopuszczający do rozmnażania się *Legionella* w przewodach wodnych wanny.

Ten rodzaj urządzeń był sprzedawany również do innych krajów, ale żaden przypadek poza Anglią nie został zarejestrowany. Źródło zakażenia 12 ognisk nie zostało wykryte.

Zakażenia nabyte w związku z podróżą

Osiemnaście krajów zgłosiło w sumie 297 zachorowań związanych z podróżą, z których 52 zachorowania wiązały się z podróżą wewnątrz kraju stałego zamieszkania, a 245 z podróżą zagraniczną.

Anglia z Walią i Szkocja zgłosiły 47% zachorowań związanych z podróżą. We Francji, Hiszpanii i w Turcji wystąpiło 51% zarejestrowanych zachorowań. Warto zwrócić uwagę, że zachorowania dotyczyły również osób podróżujących statkami wycieczkowymi i że 10 zachorowań kolejno występujących wiązało się z noclegiem w jednym z hoteli w Hiszpanii.

Najwięcej zachorowań zgłoszono po pobycie w Hiszpanii (66), a następnie Francji (51), Turcji (35), Włoszech (22), Grecji (15). Piętnaście osób przed wystąpieniem zachorowania przebywało w kilku krajach.

Zapadalność w 1998 r. obliczono na 1 milion podróży

jących turystycznie ze Zjednoczonego Królestwa do Francji, Hiszpanii i Turcji. Największą zapadalność stwierdzono w związku z wyjazdami do Turcji 23,7 (23 zachorowania), Hiszpanii 5,2 (47 zachorowań) i Francji 1,3 (15 zachorowań).

Współpraca z biurami podróży

W związku z wdrożeniem (w 1996 r.) Europejskich Dyrektyw dla organizowanych wyjazdów zbiorowych EWGLI przekazało Międzynarodowej Federacji Organizatorów Turystyki w Europie informacje o zachorowaniach ludzi, którzy korzystali z zorganizowanych usług turystycznych. Dane dotyczące szczegółów podróży są podawane anonimowo. O zachorowaniu informowany jest hotel. Jeżeli zachorowanie było jednorazowe, zawiadomienie przypomina o konieczności oczyszczenia z *Legionella* sieci wodnej i urządzeń klimatyzacyjnych.

Jeżeli wystąpiły zachorowania zbiorowe, biuro turystyczne może zagrozić hotelom przeniesieniem swoich klientów do innego hotelu, dopóki nie otrzyma dowodu, że wdrożono postępowanie oczyszczające wodę, i że wyniki jej kontroli są zadowalające. Te działania spowodowały uświadomienie dyrekcji hoteli o niebezpieczeństwie obecności *Legionella* w systemach wodnych, możliwości wczesnego wykrywania ognisk i postępowania profilaktycznego przed ich rozszerzeniem.

Zakażenia szpitalne

W 1998 roku wzrosła liczba epidemii szpitalnych w porównaniu do 1997 r. Nie ustalono, czy jest to wynikiem lepszego wykrywania, czy zwiększającą się wrażliwością chorych na zakażenie. Badania nad zabezpieczeniem szpitalnej sieci wodnej przed pałeczkami rodzaju *Legionella* są prowadzone w wielu krajach.

Metody diagnostyczne

311 zachorowań (21,6%) rozpoznano izolując *Legionella*, 475 (33%) oznaczając obecność antygeny *L.pneumophila* w moczu, a 265 (18,4%) zachorowań na podstawie serokonwersji (tab. 3). Zakażenie *L.pneumophila* sg.1 (870 zachorowań, 60% zgłoszonych) rozpoznawano głównie (w 47,6%) poprzez wykrycie antygeny w moczu (tab. 3). Inne grupy serologiczne *L.pneumophila* oznaczano głównie na podstawie obecności przeciwciał w surowicy (jedno oznaczenie obecności w surowicy przeciwciał o wysokim mianie).

Wśród zgłoszonych zachorowań 76 (5,3%) wywołanych było przez inne gatunki *Legionella*. W dwóch zachorowa-

Tabela 4. Izolacje Legionella. Europa 1998.

A. Legionella wg rodzajów		B. Legionella pneumophila izolacje wg serogrupy	
Rodzaj	Liczba osób od których wyizolowano szczep	Grupa serologiczna	Liczba szczepów
L.pneumophila	302	sg1	195
		sg2	2
		sg3	16
L.micdadei	2	sg4	1
		sg5	6
		sg6	10
L.bozemanii	2	sg8	2
		sg11	1
L. spp	5	nie wiadomo	69
Razem	311	Razem	302

niach stwierdzono obecność *L.micdadei* – oba rozpoznano w Szwecji, a w dwóch *L.bozemanii* – jedno w Danii, jedno we Włoszech. W 5 zachorowaniach nie podano określenia gatunku. (tab. 4)

na podstawie "Wkly Epid.Record" (1999,33,273-277)
opracowała H.Stypułkowska-Misiurewicz

Przypominamy:

Badania próbek wody przeprowadza Zakład Higieny Komunalnej PZH po wcześniejszym uzgodnieniu terminu wykonania badania.

Badania w kierunku legionelozy mogą być wykonane w PZH. Badamy (aktualnie bezpłatnie):

- mocz pacjenta** na obecność antygeny *Legionella pneumophila* 1, **jałowo pobrany**, przesłany natychmiast (badanie tego samego dnia) lub **przechowany do 14 dni w temp. 2-8°C, ew. 5 min gotowany w 100°C przy przesyłkach na duże odległości**; wynik tego samego dnia lub nazajutrz, w zależności od godziny dostarczenia materiału do pracowni;
- surowicę krwi**, określając poziom przeciwciał dla *Legionella pneumophila* 1, **wskazane dwukrotne badanie w odstępie 7-10 dni**; wynik w ciągu tygodnia;
- wydzielinę oskrzelową (z bronchoskopii lub płwociny) na posiew** (po wcześniejszym telefonicznym uzgodnieniu); badanie trwa min. 2 tygodnie; stosowane głównie w celu potwierdzenia zakażenia; ze względu na niski udział uzyskiwanych dodatnich wyników rzadko stosowane.

Do materiału należy dołączyć dane identyfikacyjne pacjenta, skrócone dane kliniczne, nazwisko lekarza.

Kontakt: Prof. Hanna Stypułkowska-Misiurewicz, Katarzyna Pancer; Państwowy Zakład Higieny, 00-791 Warszawa, ul. Chocimska 24; tel.+48 (22) 849 40 51 wew. 267 lub 376; fax: +48 (22) 849 74 84.

Ognisko listeriozy w Stanach Zjednoczonych w 1998 i 1999 roku

Od początków sierpnia 1998 r. do stycznia 1999 r. u ponad 50 osób stwierdzono zachorowania spowodowane przez bakterie *Listeria monocytogenes*, serotyp 4b, zgłoszo-

ne do CDC (Centers for Disease Control) przez 11 stanów. Sześć dorosłych osób zmarło, a u dwóch ciężarnych kobiet doszło do samoistnego poronienia. Współpracujące z CDC departamenty zdrowia w Connecticut, Nowym Jorku, Ohio i Tennessee przeprowadziły międzystanowe badania kliniczno-kontrolne polegające na porównaniu żywności spożytej w ciągu 4 tygodni przed zachorowaniem przez 20 chorych zakażonych szczepem wykrytym w ognisku, ze spożyciem żywności przez 20 chorych z grupy kontrolnej, zakażonych innymi szczepami *L.monocytogenes*. Szesnaście (89%) spośród 18 chorych osób, lecz tylko sześć (32%) spośród 19 osób z grupy kontrolnej spożywało w ciągu miesiąca przed wystąpieniem objawów "hot dogi" poddawane obróbce termicznej (ryzyko względne = 17,3; p<0,01). W dniu 19 grudnia w ognisku wyizolowano szczep *L.monocytogenes* z otwartego opakowania "hot dogów". Partia ta była spożywana przez chorych na 4 tygodnie przed wystąpieniem listeriozy spowodowanej przez szczep stwierdzony w ognisku. Za prawdopodobny nośnik zakażenia zostało uznane mięso sprzedawane pod wieloma nazwami przez tego samego producenta. W grudniu 1998 r. producent dobrowolnie wycofał ze sprzedaży "hot dogi" i mięso, które mogły być zakażone. W CDC wyizolowano szczep *L.monocytogenes* z otwartych i zamkniętych opakowań "hot dogów" pozyskanych w ognisku. Z zamkniętych opakowań mięsa paczkowanego w tym samym zakładzie izolowano inny szczep *L.monocytogenes*.

na podstawie FAO/WHO "Newsletter" (1999,60,5)
opracowała A.Przybylska

adres internetowy: <http://www.medstat.waw.pl>

"Meldunki" opracowuje zespół: Mirosław P. Czarkowski (red.odp.), Ewa Cielebąk, Barbara Kondej, Ewa Stepień - tel. (022) 849-77-02, tel. (022) 849-40-51/7/ w. 210, fax (022) 849-74-84, tlx 816712, e-mail epimeld@medstat.waw.pl.; Jadwiga Żabicka (koment.) - tel. (022) 849-40-51/7/ w. 206.
Kierownictwo naukowe: prof. dr hab. Wiesław Magdzik.