

## Meldunek 10/A/00

### o zachorowaniach na choroby zakaźne i zatruciach związkami chemicznymi zgłoszonych w okresie od 1.10 do 15.10.2000 r.

Jednostka chorobowa (symbole wg "Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych" ICD-10)	Meldunek 10/A		Dane skumulowane	
	1.10.00. do 15.10.00.	1.10.99. do 15.10.99.	1.01.00. do 15.10.00.	1.01.99. do 15.10.99.
Choroba wywołana przez ludzki wirus upośl.odp.: ogółem (B20-B24)	5	-	77	84
Dur brzuszny (A01.0)	-	-	9	6
Dury rzekome A.B.C. (A01.1-A01.3)	-	-	1	1
Salmonelozy: ogółem (A02)	973	1454	18688	19780
Czerwonka bakteryjna /szigelozja/ (A03)	66	75	155	246
Inne bakteryjne zakażenia jelitowe: ogółem (A04)	159	167	4055	3120
Wiusowe i inne określone zakażenia jelitowe: ogółem (A08)	64	41	3450	1218
Biegunki u dzieci do lat 2: ogółem (A04; A08; A09)	437	500	15116	10924
w tym: BNO, prawdopodobnie pochodzenia zakaźnego (A09)	301	356	10469	7995
Teżec: ogółem (A33-A35)	-	-	11	19
Błonica (A36)	-	-	1	-
Krztusiec (A37)	138	37	1680	492
Szkarlatyna /płonica/ (A38)	171	224	7059	7833
Zapalenie opon mózgowych: razem	113	118	1447	1742
w tym: meningokokowe (A39.0)	5	3	75	96
wywołane przez <i>Haemophilus influenzae</i> (G00.0)	2	5	60	54
inne bakteryjne, określone i nie określone (G00.1-G00.9)	27	31	546	636
wirusowe, określone i nie określone (A87; B00.3; B02.1)	67	69	616	804
inne i nie określone (G03)	12	10	150	152
Zapalenie mózgu: razem	39	15	427	357
w tym: meningokokowe i inne bakteryjne: ogółem (A39.8; G04.2)	-	1	91	78
wirusowe, przenoszone przez kleszcze (A84)	28	8	123	75
inne wirusowe, określone (A83; A85; B00.4; B02.0; B25.8)	-	-	24	22
wirusowe, nie określone (A86)	6	3	126	130
poszczepienne (G04.0)	-	-	1	1
inne i nie określone (G04.8-G04.9)	5	3	62	51
Riketsjozy: ogółem (A75-A79)	-	-	2	-
Ostre nagminne porażenie dziecięce, łącznie z poszczepiennym (A80)	-	-	-	-
Ospa wietrzna (B01)	1752	1754	103328	78339
Odra (B05)	1	2	65	84
Różyczka: ogółem (B06; P35.0)	317	276	42446	28539
Wirusowe zap. wątroby: typu A (B15)	23	68	186	825
typu B (B16; B18.0-B18.1)	116	133	2174	2582
typu C (B17.1; B18.2)	90	72	1529	1355
typu B+C (B16; B18.0-B18.1 + B17.1; B18.2)	3	8	101	106
inne i nieokreśl.(B17.0;B17.2-.8;B18.8-.9;B19)	19	15	254	286
Świnka /nagminne zapalenie przyusznic/ (B26)	294	785	15291	83503
Włośnica (B75)	-	1	31	54
Świerzb (B86)	1016	1143	11976	11984
Grypa: ogółem (J10; J11)	6286	33	1536156	2342034
Bakteryjne zatrucia pokarmowe: razem	1141	1656	21670	22829
w tym: salmonelozy (A02.0)	970	1453	18633	19739
gronkowcowe (A05.0)	32	8	362	340
jadem kiełbasianym /botulizm/ (A05.1)	2	1	47	74
wywołane przez <i>Clostridium perfringens</i> (A05.2)	-	-	1	-
inne określone (A05.3-A05.8)	4	2	106	60
nie określone (A05.9)	133	192	2521	2616
Zatrucia naturalnie toksycznym pokarmem: ogółem (T62)	21	11	251	111
w tym: grzybami (T62.0)	18	9	244	97
Inne zatrucia: ogółem (T36-T60; T63-T65)	448	376	6790	5561
w tym: pestycydami (T60)	3	3	87	108
lekami, prep.farmakologicznymi i subst.biolog. (T36-T50)	242	246	3807	3296
alkoholem (T51)	95	75	1521	1080
Ostre porażenia wiotkie u dzieci (0-14 lat)	1	4	36	50

## Zachorowania zgłoszone w okresie 1-15.10.2000 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	5	-	-	973	66	437	-	138	171	113	5	39	28
Dolnośląskie	1	-	-	67	2	28	-	6	25	4	-	3	3
Kujawsko-Pomorskie	3	-	-	46	1	23	-	2	18	6	-	1	-
Lubelskie	-	-	-	98	1	28	-	-	12	1	1	1	1
Lubuskie	-	-	-	15	-	13	-	1	5	4	-	-	-
Łódzkie	-	-	-	53	-	16	-	26	1	4	-	-	-
Małopolskie	-	-	-	49	-	19	-	10	14	19	-	-	-
Mazowieckie	-	-	-	86	1	56	-	28	10	9	-	1	-
Opolskie	-	-	-	28	-	4	-	-	9	4	-	-	-
Podkarpackie	-	-	-	69	-	35	-	2	7	8	-	3	-
Podlaskie	1	-	-	45	-	16	-	18	1	5	1	17	17
Pomorskie	-	-	-	72	-	50	-	3	6	3	1	1	-
Śląskie	-	-	-	77	-	47	-	17	37	20	2	2	-
Świętokrzyskie	-	-	-	16	-	14	-	6	4	7	-	1	1
Warmińsko-Mazurskie	-	-	-	-	60	13	-	10	3	4	-	8	6
Wielkopolskie	-	-	-	209	1	60	-	9	15	11	-	1	-
Zachodniopomorskie	-	-	-	43	-	15	-	-	4	4	-	-	-

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	1752	1	317	23	119	93	294	-	1016	6286	1141	18	448
Dolnośląskie	97	-	62	1	9	13	20	-	68	180	68	1	20
Kujawsko-Pomorskie	105	-	28	-	17	6	33	-	86	1125	54	-	31
Lubelskie	63	-	8	2	4	3	16	-	79	2	134	2	45
Lubuskie	30	-	4	1	4	4	3	-	19	165	27	2	35
Łódzkie	131	-	9	-	13	5	3	-	115	22	70	1	140
Małopolskie	144	1	28	3	9	3	43	-	68	50	54	1	5
Mazowieckie	137	-	19	14	18	22	12	-	43	3700	85	2	11
Opolskie	99	-	5	-	4	1	22	-	2	101	29	-	2
Podkarpackie	102	-	8	1	4	-	2	-	57	-	89	-	22
Podlaskie	40	-	11	-	6	1	8	-	42	376	46	2	14
Pomorskie	99	-	9	-	-	2	17	-	51	235	86	-	58
Śląskie	249	-	80	1	16	4	21	-	196	-	107	-	8
Świętokrzyskie	84	-	10	-	3	12	23	-	31	5	17	4	32
Warmińsko-Mazurskie	114	-	5	-	-	2	4	-	62	83	2	-	7
Wielkopolskie	152	-	21	-	6	8	51	-	54	217	212	-	11
Zachodniopomorskie	106	-	10	-	6	7	16	-	43	25	61	3	7

## Przypadek wścieklizny człowieka w województwie warmińsko-mazurskim

W dniu 4 października 2000 r. w Szpitalu Zakaźnym w Ostródzie, woj. warmińsko-mazurskie, zmarła na wściekliznę 59-letnia kobieta, zamieszkała w gminie Iława, pokąsana w dniu 28 sierpnia przez własnego kota. Po pokąsaniu zwierzę zaginęło.

Pacjentka zgłosiła się do lekarza z dwutygodniowym opóźnieniem, 13 września br. i otrzymała skierowanie do poradni szczepień przeciwko wściekliznie przy Szpitalu Zakaźnym w Ostródzie, z którego to skierowania nie skorzystała.

Objawy kliniczne wścieklizny wystąpiły 30 września. Chora została przyjęta na oddział wewnętrzny szpitala w Iławie z podejrzeniem zawału, a następnie 3 października na oddział zakaźny w Ostródzie z podejrzeniem wścieklizny, gdzie zmarła następnego dnia.

Jest to pierwszy od 14 lat przypadek wścieklizny człowieka w Polsce.

*na podstawie informacji WSSE w Olsztynie opracowała Danuta Seroka*

## Zapobieganie zespołowi różyczki wrodzonej i różyczce

W dniach 12-14 stycznia 2000 roku zorganizowane zostało przez WHO w Genewie spotkanie ekspertów różnych dziedzin: epidemiologów, wirusologów, pediatrów, neonatologów, okulistów i doradców wszystkich regionów WHO w celu dokonania przeglądu danych dotyczących zespołu różyczki wrodzonej, ze szczególnym uwzględnieniem postępów metod zapobiegania i problemów z tym związanych, zwłaszcza w krajach rozwijających się, wzrostu liczby krajów, które wdrożyły programy uodporniania przeciw różyczce, oraz postępów w diagnostyce laboratoryjnej jakie nastąpiły począwszy od międzynarodowego spotkania w tej sprawie w 1984 roku.

W 1996 roku 78 krajów na świecie (36%) włączyło szczepienia przeciw różyczce do narodowych programów uodpornienia. W kwietniu 2000 roku 111 krajów spośród 214 (52%) zgłosiło do WHO włączenie szczepień przeciw różyczce do swoich kalendarzy szczepień. W poszczególnych regionach WHO odsetki te przedstawiały się następująco: Region Afrykański - 2%; Południowo-Wschodnio Azjatycki - 20%; Wschodnio-Śródziemnomorski - 50%; Zachodniego Pacyfiku - 57%; Europejski - 68%; Amerykański - 89%. Dla Polski szczególnie istotne jest, że kraje położone za wschodnią granicą, to jest Ukraina, Białoruś, Litwa, a także Łotwa i Estonia, w ostatnim okresie wprowadziły szczepienia przeciw różyczce do swoich programów szczepień. Tak więc wszyscy sąsiedzi naszego kraju, z wyjątkiem obwodu Kaliningradzkiego Rosji, wprowadziły do programów uodpornienia szczepienie przeciw różyczce. Nieznane są jeszcze wdrażane tam strategie szczepień ani odsetek obejmowanych szczepieniem dzieci. Można mieć jednak nadzieję, że potencjalne źródło zakażenia wirusem różyczki jakie dla ludności w Polsce stanowią osoby, zwłaszcza dzieci, przyjeżdżające z krajów sąsiadujących na wschód od naszych granic będzie stopniowo się zmniejszać. Obecnie potencjalnie najbardziej aktywne źródło zakażenia dla Polski stanowić mogą dzieci przyjeżdżające z Rosji, Rumunii, Mołdawii, krajów azjatyckich i krajów afrykańskich, gdzie nie wprowadzono jeszcze szczepień przeciw różyczce do programu. Zaznaczyć również

należy że w wielu krajach, które nie wprowadziły szczepienia przeciw różyczce do programów uodpornienia, szczepienia te w różnym stopniu nasilenia są wykonywane w ramach tzw. sektora prywatnego.

Głównym celem szczepień przeciw różyczce jest ochrona przed zachorowaniem kobiet w wieku rozrodczym. Jeżeli wprowadza się szczepienie przeciw różyczce małych dzieci, należy również wprowadzić w tym samym czasie lub wcześniej szczepienie dorosłych kobiet. Szczepienie małych dzieci może być wprowadzone tylko wówczas, gdy jest szansa osiągnięcia odsetka zaszczepienia wyższego od 80% przez długi okres. Zaszczepienie niskich odsetków dzieci nie powoduje przerwania transmisji wirusa i może przyczynić się nawet do wzrostu wrażliwości i możliwości zakażenia wirusem różyczki kobiet w wieku rozrodczym. Istnieje wówczas potencjalne niebezpieczeństwo wzrostu liczby przypadków z zespołem różyczki wrodzonej. Dlatego program szczepień przeciw różyczce dzieci musi zakładać uodpornienie wysokich odsetków dzieci przebywających na danym terenie.

Wyrażono pogląd, że

- każdy kraj zależnie od warunków i okoliczności powinien wprowadzić szczepienie przeciw różyczce i ustalić surveillance różyczki i zespołu różyczki wrodzonej w dogodny dla siebie sposób;
- decyzja o szczepieniu przeciw różyczce powinna być podjęta na podstawie oceny kształtowania się wrażliwości na zakażenie wirusem różyczki kobiet w wieku rozrodczym, odsetka szczepienia dzieci, możliwości jego wzrostu w wyniku np. równoczesnego uodporniania przeciw odrze, likwidacji innych źródeł zakażenia.

Krajom pragnącym stworzyć warunki dla ochrony przed wrodzonym zakażeniem wirusem różyczki, łącznie z zespołem różyczki wrodzonej, zaleca się jeden z niżej opisanych sposobów postępowania:

1. W celu zapobieżenia tylko zespołowi różyczki wrodzonej można objąć szczepieniem dziewczęta w wieku młodzieżowym i/lub kobiety w wieku rozrodczym. Wybór wieku, w którym dokonywanoby szczepień, zależy od wieku, w którym obserwuje się wrażliwość na zakażenie wirusem różyczki, akceptacji ze strony społeczeństwa i możliwości operacyjnych. Możliwy jest do szybkiego osiągnięcia skutek przez szczepienie kobiet w wieku rozrodczym. Wszelkie dane zebrane dotychczas wskazują, że szczepionkowy wirus różyczki nie posiada właściwości teratogennych i nie istnieje ryzyko uszkodzenia przez niego płodu. W konsekwencji nie ma potrzeby dokonywania kwalifikacji kobiet do szczepienia przeciw różyczce, biorąc pod uwagę kryterium zajścia w ciążę.

2. W celu eliminacji zarówno różyczki jak i zespołu różyczki wrodzonej powinno zostać wdrożone szczepienie małych dzieci oraz powinien być przeprowadzony surveillance oraz badanie stanu uodpornienia kobiet w wieku rozrodczym.

Kraje, które są w trakcie eliminacji odrzy, powinny wdrożyć równoległe działania dla eliminacji różyczki stosując szczepionki skojarzone uodporniające przeciw odrze i różyczce lub przeciw odrze, różyczce i śwince. Szczepienie przeciw różyczce powinno być wprowadzone jako nowe zadanie w krajach rozwijających się. System szczepienia powinien być zależny od lokalnych warunków istniejących w każdym kraju. Obecnie systemy szczepień ustalają szczepienia dzieci. Dodatkowe wysiłki powinny zostać podjęte w celu wprowadzenia rutynowych szczepień osób dorosłych.

W ramach programu związanego z eradykacją wirusa odrzy, w wielu krajach prowadzona jest diagnostyka labora-

toryjna zachorowań gorączkowo-wysypkowych. Oznaczenia serologiczne wykonane u pacjentów podejrzanych o zachorowanie na odrę wykazały, że często diagnoza kliniczna była mylna i osoby chorowały nie na odrę lecz na różyczkę. Przykładem mogą być badania przeprowadzone w 1999 roku w Regionie WHO obejmującym kontynent amerykański, gdzie z 33.633 osób podejrzanych o odrę u 8.657 (26%) potwierdzono zachorowanie na różyczkę. Badania wykonane w Tunezji w okresie od stycznia do czerwca 1999 r. z 251 przypadków podejrzanych o zachorowanie na odrę 212 okazało się seronegatywnych dla wirusa odrzy w klasie IgM, natomiast u 133 (63%) osób wykryto przeciwciała w klasie IgM dla wirusa różyczki. W Afryce Południowej w 1998 r. z 275 przypadków zachorowań gorączkowo-wysypkowych, u których nie potwierdzono odrzy, u 46% stwierdzono zachorowania na różyczkę. W związku z powyższym WHO sugeruje aby:

1. w krajach wprowadzających laboratoryjny nadzór zachorowań gorączkowo-wysypkowych przeprowadzono połączonej diagnostykę odrzy i różyczki;

2. laboratoria wykonujące badania działały przy współpracy i w koordynacji z WHO w celu zapewnienia należytego wyposażenia i kontroli jakości badań.

Aby kontrola jakości badań mogła być należyście prowadzona, konieczne jest przygotowanie wystandaryzowanych próbek kontrolnego materiału diagnostycznego, ustalenie jednolitego schematu i protokołów badań.

Stosowane obecnie metody wykrywania przeciwciał w klasie IgM dla wirusa różyczki oparte są głównie na teście ELISA. W ramach laboratoryjnego nadzoru nad zachorowaniami na różyczkę, celowe byłoby opracowanie nieinwazyjnych metod pobierania materiału od chorego oraz innych testów do oznaczeń IgM dla różyczki i wirusowego RNA.

Łatwo dostępne powinny być odczynniki referencyjne (np. surowice zawierające przeciwciała w klasie IgM). W krajach dążących do eliminacji różyczki, wskazane jest kolekcjonowanie szczepów wirusa różyczki izolowanych od chorych w celu określenia materiału genetycznego krążących szczepów wirusowych i porównanie go ze szczepami kontrolnymi.

Wskazane jest kolekcjonowanie na całym świecie materiału diagnostycznego pobranego od dzieci zakażonych wirusem różyczki w okresie życia płodowego, zarówno wykazujących jak i nie wykazujących objawów zespołu różyczki wrodzonej. Próbkę tę będą przydatne przy opracowywaniu metod diagnozowania zarówno zespołu różyczki wrodzonej jak i zakażeń płodowych wirusem różyczki u dzieci powyżej 6 miesiąca życia.

#### **Komentarz**

W powyższej informacji największe zdziwienie wywołało zezwolenie, a nawet zalecenie szczepienia przeciw różyczce ciężarnych kobiet. Dotychczas przestrzegana była zasada, że ze względu na teoretyczną, aczkolwiek praktycznie nieudowodnioną możliwość teratogennego działania różyczkowego wirusa szczepionkowego, szczepienie przeciw różyczce kobiet w ciąży i w okresie 3 miesięcy przed zajściem w ciążę jest niewskazane.

Z tego powodu poniżej przytacza się dodatkowo informację z Raportu ze spotkania na temat zapobiegania wrodzonemu zespołowi różyczki - potrzeby uodporniania, strategie, surveillance, które miało miejsce w Genewie w dniach 12-14 stycznia 2000 roku, opublikowanego przez Departament Szczepionek i Biologicznych Preparatów WHO.

W rozdziale pt. "Zalecenia" (Recommendations) na str. 6 zamieszczony został tekst o treści jak wyżej przytoczony z "Weekly Epidemiological Record". Natomiast na str. 43 i 44 w rozdziale 9 zatytułowanym "Inne dane dotyczące szczepionki" (Other vaccine related issues) przedstawiono następujący tekst:

Istnieje teoretyczne ryzyko wystąpienia wrodzonego zespołu różyczkowego jeżeli szczepionka przeciw różyczce zostanie zastosowana podczas ciąży, lub w krótkim okresie przed zajściem w ciążę. Jest to związane z tym, że wirus szczepionkowy może przekroczyć barierę łożyska i zakażać płód u około 2% wrażliwych na zakażenie matek. Jednak nie ma dowodów, że zakażenie płodu wirusem szczepionkowym może być groźne. Nie obserwowano żadnego przypadku zespołu różyczki wrodzonej u dziecka urodzonego przez kobietę nie posiadającą przeciwciał różyczkowych, szczepioną przeciw różyczce w okresie pierwszych 3 miesięcy ciąży. Tak więc obserwowane ryzyko wynosi "0". Oporując się o te dane przy poziomie ufności wyższym od 95%, maksymalne teoretyczne ryzyko jest niższe od 0,6% dla kobiet szczepionych podczas pierwszych 3 miesięcy ciąży szczepionką przeciw różyczce zawierającą szczepionkowy wirus różyczki Cendehill lub RA 27/3, a maksymalne teoretyczne ryzyko dla kobiet wrażliwych na zakażenie różyczką zaszczepionych w okresie 2 miesięcy ciąży szczepionką zawierającą szczepionkowy wirus różyczki RA 27/3 jest niższe od 2,5%. W populacji generalnej maksymalne teoretyczne ryzyko wrodzonych wad jest niższe od 3%. Dyskutowano, że zawsze będzie istniało pewne teoretyczne ryzyko wyższe od "0", niezależnie od tego jak duże badanie zostało przeprowadzone. Dlatego szczepienie w czasie ciąży nigdy nie będzie mogło być pozytywnie rekomendowane.

Praktyczne doświadczenia kilku krajów wskazują, że szczepienie przeciw różyczce może być prowadzone bez uwzględniania problemu ciąży. Na przykład w Wielkiej Brytanii skojarzona szczepionka przeciw odrze i różyczce była stosowana w masowych akcjach szczepień osobom do 16 lat bez uwzględniania kryterium ciąży. Podobnie postępowano w Chile i Costa Rica. W innych krajach nie zalecano niezachodzenia w ciążę po szczepieniu przeciw różyczce.

Kilku uczestników spotkania podkreśliło, że dla organizatorów szczepień w poszczególnych krajach powinno być pomocne stwierdzenie WHO, że ryzyko wystąpienia zespołu różyczki wrodzonej towarzyszącemu szczepieniu przeciw różyczce jest zbliżone do "0".

*na podst.: "Preventing congenital rubella syndrome" (Wkly Epid.Rec.,2000,36,290-295) oraz WHO Department of Vaccines and Biologicals "Report of a meeting on rubella syndrome: immunization strategies, surveillance needs" (WHO /VB/00.10) opracowali:*

*Wiesław Magdzik, Bogumiła Litwińska*

#### **Nowy wirus zapalenia wątroby**

W ostatnim czasie pojawiły się doniesienia o odkryciu nowego wirusa związanego z ostrym i przewlekłym zapaleniem wątroby o nieznanym etiologii. Wirus wykryty został przez dr Daniele Primi z DiaSorin Biomolecular Research Center, Brescia we Włoszech. DiaSorin należy do Medical Systems Division of American Standard Companies. Nazwa wirusa SEN-V pochodzi od inicjałów pacjenta, u którego go odkryto. Pacjent ten zakażony był również HIV.

Nowo odkryty wirus przenoszony jest drogą naruszenia ciągłości tkanek. Osoby otrzymujące krew i produkty krwio-pochodne, a także osoby przyjmujące dożylnie środki odurzające należą więc do grupy ryzyka zakażenia. Obecnie nie ma testu skriningowego wykrywającego wirusa, ale badanie krwi i produktów krwiopochodnych może zapobiec szerzeniu się zachorowań w przyszłości. Istnieje możliwość wystąpienia nadkażenia lub zakażenia mieszanego z innymi wirusami zapalenia wątroby co może spowodować pogorszenie przebiegu klinicznego dotychczasowej choroby lub odpowiadzi na leczenie.

Większość zachorowań na zapalenie wątroby o niezna-nej etiologii może być spowodowana wirusem SEN-V. Pięć wirusów (A,B,C,D,E) odpowiada za 80%-90% zachorowań na zapalenie wątroby na świecie. Pozostałe 10%-20% to zapalenia o niejasnej etiologii (nie-A/nie-E [NANE]). Uważa się, że około 68% wszystkich zapaleń wątroby NANE może być wywołanych wirusem SEN-V. Naukowcy z DiaSorin przeprowadzili badanie niemal 600 surowic. W 31 przypadkach zapaleń wątroby NANE wirus SEN-V znaleziono w 68% zachorowań przewlekłych i 83% potransfuzyjnych.

Primi i wsp. scharakteryzowali sekwencje genomu oraz stworzyli test wykrywający obecność wirusa. Obecnie prowadzone są dalsze badania nad dynamiką odpowiedzi immunologicznej oraz obrazem klinicznym choroby wywołanej tym wirusem. Wstępne badania ujawniły, że 30% pacjentów zakażonych HIV również zakażonych jest nowym wirusem.

*na podstawie materiałów firmy DiaSorin  
opracował J. Mazurek*

### **Gorączka krwotoczna doliny Rift w Arabii Saudyjskiej i Jemenie**

Pierwsze podejrzenie o wystąpienie gorączki krwotocznej w prowincji Jizan w Arabii Saudyjskiej oraz na północy Jemenu w wioskach Wadi Mawr, okręgu El Zuhrah, w prowincji Hodeidah podjęto w pierwszej dekadzie września 2000.

Raport z 2 października donosi o 214 zachorowaniach i 46 zgonach w Arabii Saudyjskiej i 321 zachorowaniach i 32 zgonach w Jemenie.

Wyniki badań serologicznych wykonanych w CDC w Atlancie potwierdziły rozpoznanie gorączki doliny Rift; u chorych stwierdzono obecność swoistych przeciwciał klasy IgM. Występują liczne zachorowania wśród zwierząt hodowlanych, głównie kóz i owiec.

Na zakażonych terenach obok zainteresowanych Ministerstw współpracują specjaliści WHO, FAO, USA i Południowej Afryki w zakresie diagnostyki, leczenia (ribawirina) i zwalczania oraz zapobiegania chorobie w grupach wysokiego ryzyka narażenia (służba wet. i hodowcy).

Gorączka doliny Rift jest wirusową zoonozą, szerzącą się poprzez wektor - komary; choroba powoduje spustoszenie wśród zwierząt hodowlanych - krów, owiec i kóz.

Jest to pierwszy przypadek tej choroby na terenie poza -afrykańskim; międzynarodowe badania idą w kierunku ustalenia, czy zakażenie tych terenów nastąpiło już wcześniej i pozostawało nierozpoznane oraz jakie czynniki mogły wpłynąć na wybuch epidemii.

Osobom przyjeżdżającym na te tereny zaleca się stosowanie repelentów przeciw komarom, moskitier, noszenie długich spodni i koszul z długimi rękawami oraz unikanie

kontaktu ze zwierzętami hodowlanymi.

*na podstawie "Wkły Epid.Rec." (2000,39-40,313-314,321)  
oraz WHO "Disease Outbreaks Reported" z 29.09.2000*

*opracowała Danuta Seroka*

### **Ogniska zapalenia żołądka i jelit wywołane przez wirusy Norwalk-like na Alasce i w stanie Wisconsin w 1999 roku**

Wirusy Norwalk-like (NLVs) są najbardziej rozpowszechnioną przyczyną epidemicznego zapalenia żołądka i jelit w Stanach Zjednoczonych, powodując w przybliżeniu zachorowania u 23 milionów osób każdego roku. Chorują osoby w każdym wieku, gdyż poprzednie zakażenie daje tylko krótkotrwałą odporność. Większość ognisk zapalenia żołądka i jelit spowodowanych przez NLV jest wynikiem przekazywania przez żywność lub od człowieka do człowieka. Bieżące doniesienie przedstawia ognisko spowodowane przez NLV pochodzenia pokarmowego, które wystąpiło na Alasce oraz w wyniku zakażenia przekazanego od człowieka do człowieka w stanie Wisconsin.

**Alaska.** 10 listopada 1999 r. towarzystwo w Anchorage zgłosiło w Wydziale Zdrowia Publicznego Alaski zachorowania u 20% spośród 500 pracowników. U chorych występowały objawy ostrego zapalenia żołądka i jelit - przede wszystkim nudności, biegunka i wymioty - po spożyciu 8 listopada posiłku (lunch) wyprodukowanego przez restaurację. Przypadek zdefiniowano jako nudności, wymioty lub biegunkę występujące u pracowników towarzystwa po 1-96 godzin od spożycia żywności pochodzącej z restauracji. Ponieważ te same partie żywności podawano również w samej restauracji, na podstawie kart kredytowych wykryto 56 klientów, wśród których przeprowadzono dochodzenie. Dochodzeniem objęto również warunki panujące w restauracji. Przeprowadzono wywiad z personelem kuchennym.

Zgromadzono próbki kału pochodzące od osób spożywających podejrzany posiłek, od personelu kuchni oraz od chorych klientów restauracji. Spośród 343 pracowników towarzystwa, którzy wypełnili przesłany kwestionariusz i spożywali podejrzany posiłek, zachorowało 191 osób (56%) z objawami uwzględnionymi w definicji przypadku. U osób tych występowały: nudności (u 87%), biegunka (80%), bóle brzucha (75%), dreszcze (73%), wymioty (70%) i bóle głowy (65%). Początek choroby występował średnio po 33 godzinach od spożycia podejrzanego posiłku (zakres od 6 do 96 godz.), a średni czas trwania choroby wynosił 24 godziny (zakres od 5 do 120 godz.). Na podstawie dochodzenia ustalono, że podejrzaną potrawą była sałatka ziemniaczana.

Zachorowało 78% osób spośród pracowników towarzystwa oraz 89% osób spożywających sałatkę ziemniaczaną w restauracji. Sałatka była przygotowywana na dwa dni przed posiłkiem przez dwóch pracowników kuchni, z których jeden był chory. Chory pracownik mieszał składniki sałatki w plastikowym pojemniku gołymi rękami.

Do badania pobrano próbki kału od 11 chorych pracowników towarzystwa, od trzech pracowników kuchni oraz od dwóch chorych klientów restauracji. Z próbek nie wyizolowano patogenów bakteryjnych. Trzynaście próbek badanych w CDC z zastosowaniem odwrotnej reakcji łańcuchowej transkryptazy-polimerazy (RT-PCR) było dodatnich dla NLV: 10 próbek od osób spożywających podejrzany posiłek, 1 od chorego pracownika kuchni i 2 od klientów restauracji.

Wyniki RT-PCR od 1 osoby spożywającej podejrzany posiłek, 1 klienta restauracji oraz od powiązanego z ogniskiem pracownika kuchni, wskazywały na identyczną sekwencję nukleotydów.

**Wisconsin.** W okresie od 30 listopada do 1 grudnia 1999 r. w Madison siedmiu studentów mieszkających na tym samym piętrze domu akademickiego z wydzieloną łazienką, miało objawy ostrego zapalenia żołądka i jelit, włączając nudności, wymioty i biegunkę. Chorych przyjęto w miejscowych oddziałach nagłej pomocy. W trakcie dochodzenia (rozpoczętego 1 grudnia) przyjęto definicję przypadku jako wymioty lub trzy i więcej luźne stolce w ciągu 24 godzin, występujące u mieszkańca domu akademickiego od 27 listopada do 3 grudnia.

Spośród objętych dochodzeniem 36 mieszkańców, 19 (53%) miało objawy odpowiadające definicji przypadku. U chorych występowały: zmęczenie (u 100%), wymioty (95%), dreszcze (95%), uogólnione bóle (84%), biegunka (74%), kurcze brzucha (63%), bóle mięśniowe (58%), bóle głowy (58%) i podmiotowa gorączka (44%). Przypadki występowały w czterech grupach czasowych. U pierwszego chorego wielokrotna biegunka i wymioty wystąpiły między 7<sup>00</sup> 28 listopada, a 18<sup>30</sup> 29 listopada. U dwunastu chorych początek choroby miał miejsce między południem 30 listopada, a południem 1 grudnia (zachorowania wtórne). Pięć osób zachorowało między południem 1 grudnia, a południem 2 grudnia (przypadki trzeciorzędne), a u jednego chorego objawy wystąpiły wczesnym ranem 3 grudnia.

Średni okres trwania choroby wynosił w przybliżeniu 24 godziny (zakres od 3,5 do 33 godzin). Żadne szczególne okoliczności, posiłek, żywność lub napój, nie były związane z chorobą. Tylko jedna osoba z przypadków wtórnych zgłaszała narażenie na kontakt z osobą wymiotującą przed wystąpieniem objawów. Trzy spośród pięciu osób, które były trzeciorzędnymi przypadkami, zgłaszały narażenie na kontakt z kimś, kto wymiotował w ciągu poprzedzających zachorowanie 36 godzin.

Pobrano próbki kału od ośmiu chorych. Siedem próbek badano w kierunku patogenów bakteryjnych w Wisconsin State Laboratory of Hygiene (WSLH) i wszystkie wyniki

były ujemne. Pięć spośród siedmiu próbek badanych w WSLH było dodatnich w kierunku NLV (badanie metodą RT-PCR). Sekwencja nukleotydów produktów RT-PCR od czterech chorych, określona w CDC, była identyczna.

\* \* \*

W ognisku, które wystąpiło na Alasce najprawdopodobniej chory pracownik kuchni zakaził sałatkę ziemniaczaną i spowodował wystąpienie prawie 200 zachorowań. W celu zapobiegania podobnym zachorowaniom należy prowadzić ciągle szkolenie personelu pracującego przy obróbce żywności. Chorzy pracownicy powinni być odsunięci od kontaktu z żywnością, a osoby przygotowujące potrawy powinny minimalizować bezpośredni kontakt z żywnością gotową do spożycia.

W ognisku, które wystąpiło w stanie Wisconsin, szczególnie grupowanie przypadków przemawia za tym, że NLV był przekazywany od człowieka do człowieka. W zapobieganiu takim zachorowaniom duże znaczenie ma zachowanie podstawowych warunków sanitarnych. Mieszkańcy skoszaroni w zamkniętych pomieszczeniach powinni szczególnie naciskać na mycie rąk. Łazienki powinny być utrzymywane w czystości, a po wystąpieniu zachorowania powierzchnie potencjalnie zanieczyszczone powinny być myte środkiem odkażającym tak często, jak to możliwe.

na podst.: "Outbreaks of Norwalk-like Viral Gastroenteritis - Alaska and Wisconsin, 1999" (MMWR, 2000,10,207-211)

opracowała A. Przybylska

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

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

### Zachorowania na grype w Polsce w sezonie 2000/1 w porównaniu z sezonami 1997/8-1999/2000 zapadalność na 100 tys. ludności wg dwutygodniowych meldunków

