

Meldunek 11/A/00

o zachorowaniach na choroby zakaźne i zatruciach związkami chemicznymi zgłoszonych w okresie od 1.11 do 15.11.2000 r.

Jednostka chorobowa (symbole wg "Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych" ICD-10)	Meldunek 11/A		Dane skumulowane	
	1.11.00. do 15.11.00.	1.11.99. do 15.11.99.	1.01.00. do 15.11.00.	1.01.99. do 15.11.99.
Choroba wywołana przez ludzki wirus upośl.odp.: ogółem (B20-B24)	-	2	79	88
Dur brzuszny (A01.0)	1	-	11	6
Dury rzekome A.B.C. (A01.1-A01.3)	-	-	1	1
Salmonelozy: ogółem (A02)	998	791	20934	21739
Czerwonka bakteryjna /szigelozja/ (A03)	11	7	110	272
Inne bakteryjne zakażenia jelitowe: ogółem (A04)	178	116	4436	3374
Wiusowe i inne określone zakażenia jelitowe: ogółem (A08)	70	26	3581	1259
Biegunki u dzieci do lat 2: ogółem (A04; A08; A09)	496	347	16084	11626
w tym: BNO, prawdopodobnie pochodzenia zakaźnego (A09)	329	236	11122	8481
Tężec: ogółem (A33-A35)	2	-	14	19
Błonica (A36)	-	-	1	-
Krztusiec (A37)	92	54	1909	588
Szkarlatyna /płonica/ (A38)	222	320	7531	8418
Zapalenie opon mózgowych: razem	162	81	1792	1924
w tym: meningokokowe (A39.0)	5	5	88	103
wywołane przez <i>Haemophilus influenzae</i> (G00.0)	4	2	75	57
inne bakteryjne, określone i nie określone (G00.1-G00.9)	27	22	609	692
wirusowe, określone i nie określone (A87; B00.3; B02.1)	120	46	852	908
inne i nie określone (G03)	6	6	168	164
Zapalenie mózgu: razem	26	23	493	402
w tym: meningokokowe i inne bakteryjne: ogółem (A39.8; G04.2)	5	3	100	83
wirusowe, przenoszone przez kleszcze (A84)	9	5	151	88
inne wirusowe, określone (A83; A85; B00.4; B02.0; B25.8)	1	-	24	23
wirusowe, nie określone (A86)	6	7	142	142
poszczepienne (G04.0)	-	-	1	1
inne i nie określone (G04.8-G04.9)	5	8	75	65
Riketsjozy: ogółem (A75-A79)	-	-	1	-
Ostre nagminne porażenie dziecięce, łącznie z poszczepiennym (A80)	-	-	-	-
Ospa wietrzna (B01)	4284	4103	111028	85158
Odra (B05)	2	2	67	87
Różyczka: ogółem (B06; P35.0)	577	322	43382	29143
Wirusowe zap. wątroby: typu A (B15)	20	43	228	909
typu B (B16; B18.0-B18.1)	114	106	2393	2814
typu C (B17.1; B18.2)	80	67	1707	1494
typu B+C (B16; B18.0-B18.1 + B17.1; B18.2)	3	11	109	122
inne i nieokreśl.(B17.0;B17.2-.8;B18.8-.9;B19)	14	8	275	313
Świnka /nagminne zapalenie przyusznic/ (B26)	452	1292	16085	85927
Włośnica (B75)	-	16	32	70
Świerzb (B86)	1124	1260	14286	14400
Grypa: ogółem (J10; J11)	10797	479	1555262	2342856
Bakteryjne zatrucia pokarmowe: razem	1165	889	24248	25053
w tym: salmonelozy (A02.0)	994	790	20872	21695
gronkowcowe (A05.0)	-	1	346	342
jadem kiełbasianym /botulizm/ (A05.1)	3	7	55	83
wywołane przez <i>Clostridium perfringens</i> (A05.2)	-	-	1	-
inne określone (A05.3-A05.8)	3	1	107	61
nie określone (A05.9)	165	90	2867	2872
Zatrucia naturalnie toksycznym pokarmem: ogółem (T62)	15	2	283	130
w tym: grzybami (T62.0)	15	2	273	114
Inne zatrucia: ogółem (T36-T60; T63-T65)	290	232	7402	6178
w tym: pestycydami (T60)	8	3	96	115
lekami, prep.farmakologicznymi i subst.biolog. (T36-T50)	184	128	4202	3668
alkoholem (T51)	33	38	1595	1180
Ostre porażenia wiotkie u dzieci (0-14 lat)	-	2	40	59

Zachorowania zgłoszone w okresie 1-15.11.2000 r. wg województw

Województwo	Choroba wyw.przez ludzki wirus upośl. odp.: ogółem (B20-B24)	Dyr 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	-	1	-	998	11	496	2	92	222	162	5	26	9
Dolnośląskie	-	-	-	88	1	35	-	-	32	15	-	1	1
Kujawsko-Pomorskie	-	-	-	46	-	36	-	1	21	10	-	2	-
Lubelskie	-	1	-	54	-	22	-	-	6	5	-	-	-
Lubuskie	-	-	-	28	-	5	-	1	2	1	-	-	-
Łódzkie	-	-	-	65	-	32	-	41	9	3	-	-	-
Małopolskie	-	-	-	36	-	40	1	6	17	33	-	1	-
Mazowieckie	-	-	-	176	-	40	-	8	18	6	2	1	-
Opolskie	-	-	-	42	-	2	-	-	4	4	-	1	-
Podkarpackie	-	-	-	45	1	34	-	1	2	11	-	4	-
Podlaskie	-	-	-	63	6	10	-	4	5	8	-	3	3
Pomorskie	-	-	-	66	-	56	-	-	4	12	1	2	-
Śląskie	-	-	-	91	3	62	-	12	53	10	-	3	-
Świętokrzyskie	-	-	-	39	-	16	-	6	9	10	-	-	-
Warmińsko-Mazurskie	-	-	-	78	-	20	-	4	3	11	-	6	5
Wielkopolskie	-	-	-	61	-	78	1	8	29	12	2	-	-
Zachodniopomorskie	-	-	-	20	-	8	-	-	8	11	-	2	-

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	4284	2	577	20	117	83	452	-	1124	10797	1165	15	290
Dolnośląskie	243	1	78	1	15	23	39	-	55	869	95	-	52
Kujawsko-Pomorskie	260	-	69	-	6	11	59	-	68	773	54	1	18
Lubelskie	172	-	13	2	2	-	32	-	81	1	54	-	37
Lubuskie	98	-	17	-	3	1	3	-	28	59	43	-	41
Łódzkie	349	-	30	1	17	9	12	-	116	3205	70	1	5
Małopolskie	364	-	61	1	3	3	24	-	63	36	44	1	8
Mazowieckie	352	-	29	13	15	4	19	-	59	3855	176	3	11
Opolskie	160	-	10	-	4	2	27	-	13	4	43	-	1
Podkarpackie	380	-	12	1	4	1	7	-	93	3	77	2	29
Podlaskie	92	-	4	-	3	-	12	-	64	265	63	-	11
Pomorskie	174	-	9	-	3	6	50	-	59	433	79	-	21
Śląskie	601	1	180	1	19	4	49	-	140	515	135	3	5
Świętokrzyskie	340	-	19	-	10	12	27	-	46	5	46	3	27
Warmińsko-Mazurskie	175	-	5	-	4	2	9	-	36	147	78	-	5
Wielkopolskie	315	-	33	-	5	2	70	-	115	574	72	-	11
Zachodniopomorskie	209	-	8	-	4	3	13	-	88	53	36	1	8

Zakażenia HIV i zachorowania na AIDS w Polsce w latach 1985-2000

Tabela 1. Liczba zakażeń HIV w Polsce zgłoszonych w okresie od 1 stycznia do 31 października 2000 r. - wg województw i grup ryzykownych zachowań.

Województwo	Grupa ryzykownych zachowań				
	H-/Bi	N	Het	Bd	Ogółem
POLSKA	19	265(1)	25	190(24)	499(25)
1. Dolnośląskie	1	50	1	17(7)	69(7)
2. Kujawsko-Pomorskie	-	6(1)	2	6	14(1)
3. Lubelskie	1	9	-	4	14
4. Lubuskie	-	2	1	5(3)	8(3)
5. Łódzkie	1	18	5	24(1)	48(1)
6. Małopolskie	1	12	-	2	15
7. Mazowieckie	1	11	3	12	27
8. Opolskie	-	5	1	3(1)	9(1)
9. Podkarpackie	1	2	-	1	4
10. Podlaskie	-	10	-	7(1)	17(1)
11. Pomorskie	2	15	4	8	29
12. Śląskie	2	34	4	21(8)	61(8)
13. Świętokrzyskie	-	-	-	-	-
14. Warmińsko-Mazurskie	-	21	-	10(1)	31(1)
15. Wielkopolskie	-	4	-	7(2)	11(2)
16. Zachodniopomorskie	2	11	2	10	25
Brak danych	7	55	2	53	117

H-/Bi - homo - i biseksualiści; N - zakażeni w związku ze stosowaniem środków odurzających we wstrzyknięciach; Het - zakażeni drogą ryzykownych kontaktów heteroseksualnych; Bd - brak danych; () - w tym liczba osób zbadanych jako kandydatów na krwiodawców.

Tabela 2. Liczba zakażeń HIV, zachorowań na AIDS i zgonów chorych na AIDS w Polsce w latach 1985-1999 wg województw.

Województwo	Zakażenia HIV	Zachorowania na AIDS	Zgony chorych na AIDS
POLSKA	6117	877	484
1. Dolnośląskie	858	121	72
2. Kujawsko-Pomorskie	289	72	35
3. Lubelskie	215	18	11
4. Lubuskie	258	36	16
5. Łódzkie	272	41	22
6. Małopolskie	111	5	2
7. Mazowieckie	988	237	143
8. Opolskie	118	19	7
9. Podkarpackie	95	6	4
10. Podlaskie	213	7	4
11. Pomorskie	342	95	52
12. Śląskie	892	121	59
13. Świętokrzyskie	33	9	7
14. Warmińsko-Mazurskie	101	15	7
15. Wielkopolskie	170	30	22
16. Zachodniopomorskie	211	45	21
Brak danych	951	x	x

Za lata 1985-1998 jako liczbę zakażeń, zachorowań i zgonów przyjęto liczby z byłych województw, które w 1999 r. weszły w skład województw nowego podziału administracyjnego kraju.

W Polsce pierwsze zakażenie HIV odnotowano w 1985 r., a pierwsze zachorowanie na AIDS - w 1986 r.

Zakażenia HIV są rejestrowane zgodnie z rokiem ich

zgłoszenia, zachorowania na AIDS - zgodnie z rokiem rozpoznania, a zgony - zgodnie z datą zgonu.

Do 15 listopada 2000 r. zgłoszono ogółem 58 zachorowań na AIDS, rozpoznanych w roku 2000 (ok. 50% liczby zachorowań rozpoznawanych w ostatnich latach) i 23 zgony chorych na AIDS (odpowiednio: 38% i 45% liczby zgonów z lat 1997 i 1998).

Wanda Szata
Zakład Epidemiologii PZH

Postęp w przerwaniu transmisji rodzimych zachorowań na odrę na zachodniej półkuli (styczeń 1999 - wrzesień 2000 r.)

W Regionie Ameryk prawie osiągnięto cel - przerwanie transmisji odrę do końca 2000 r. Był to cel jednomyślnie zaaprobowany przez wszystkich ministrów zdrowia w tym regionie w 1994 r., na XXIV spotkaniu Pan American Sanitary Conference (PAHO).

W 1990 r. występowały w regionie duże epidemie odrę - zgłoszono ok. 250.000 zachorowań. W 1996 r. zgłoszono w regionie 2.109 potwierdzonych przypadków odrę - najniższą liczbę dotychczas zanotowaną. Jednak w 1997 r. wystąpiło pogorszenie sytuacji - w Brazylii zarejestrowano 52.332 potwierdzone przypadki. Epidemia przetrwała do 1998 r. obejmując 17 z 48 krajów regionu. Zarejestrowano 14.332 potwierdzone przypadki - większość (71%) z Argentyny. W artykule omówiono strategię zwalczania odrę wdrożoną w regionie w latach 1999 i 2000.

Szczepienia przeciw odrze. PAHO zalecało trójfazową strategię przerwania transmisji zakażeń odrę: (1) jednoczesną ogólnokrajową akcję "wyłapywania" - "catch-up", obejmującą osoby w wieku od 1 do 14 lat;¹ (2) rutynowe podtrzymywanie "keep-up" szczepień dzieci 1-roczych;² (3) ogólnokrajowe akcje uzupełniające "follow-up", prowadzone co 4 lata, począwszy od 1994 r., w których szczepiono wszystkie dzieci w wieku od 1 do 4 lat bez względu na to czy były uprzednio szczepione.

Nadzór nad odrą (measles surveillance) wg PAHO obejmował 5 elementów: (1) tygodniowe zgłaszanie podejrzanych przypadków odrę; (2) badanie tych przypadków w ciągu 48 godzin; (3) potwierdzenie rozpoznania wynikiem badania serologicznego próbek pobranych przy pierwszym kontakcie z podejrzanym przypadkiem; (4) czynne wyszukiwanie innych przypadków, które nie trafiły do tygodniowych raportów; (5) izolacja i genetyczne sekwencjonowanie wirusów odrę. Do 16 września 2000 r. zgłaszane jest w tygodniowych raportach średnio 92% przypadków (49% do 100%).

Zachorowania na odrę. Od stycznia 1999 r. do 16 września 2000 r. większość krajów regionu, łącznie z Kubą, wszystkie kraje Centralnej Ameryki, anglo-języczne kraje Karaibów i większość państw Płd. Ameryki nie zarejestrowały zachorowań na odrę - zgłosiły "0" zachorowań. W 1999 r. transmisja odrę wystąpiła tylko w Boliwii, Brazylii, Argentynie i Rep. Dominikana, a przypadki importowane zarejestrowały: Kanada, Chile, Costa Rica, Meksyk, Peru, Urugwaj i Stany Zjednoczone.

W 2000 r. endemiczne zachorowania wystąpiły w Argentynie, Brazylii, Boliwii, Rep. Dominikana i Haiti.

Wirusy wyizolowane z próbek moczu z Brazylii, Boliwii, Dominikany i Haiti w latach 1997-2000 miały genotyp D₆, który stwierdzano w szczepach izolowanych w regionie od wielu lat. Świadczy to o utrzymywaniu się krążeń wi-

rusa.

Z notatki redakcyjnej wynika, że skuteczność zwalczania odry zależy od osiągnięcia i utrzymania wysokiego poziomu odporności poszczepiennej; chroni to również przed szerzeniem się odry od przypadków zawlekanych.

PAHO zaleca 4 strategie osiągnięcia, utrzymania i monitorowania przerwania szerzenia się endemicznego odry.

1. Osiągnięcie poziomu $\geq 95\%$ zaszczepienia populacji szczepionkami zawierającymi komponentę odrową. Wymaga to m.in. oceny stanu zaszczepienia przez monitorowanie "od domu do domu" i/lub porównanie liczby dawek zastosowanej szczepionki odrowej do liczby pierwszych dawek DTP lub BCG - zużycie szczepionki odrowej powinno wynosić $\geq 95\%$ dawek DTP1 lub BCG. Akcje uzupełniające, poza zaszczepieniem dzieci od 1 do 4 lat powinny również dostarczyć informacji weryfikujących stan zaszczepienia (coverage) na podstawie monitoringu domowego. Konieczne jest szczepienie i monitorowanie stanu zaszczepienia grup wysokiego ryzyka zakażenia lub szerzenia choroby.

2. Rutynowy nadzór powinien być czynnie oceniony przez czynne wyszukiwanie chorych w czasie akcji szczepień prowadzonych metodą od domu do domu; rutynowe kontrole ośrodków zdrowia i wizyty epidemiologów w głównych instytucjach medycznych i na terenach podwyższonego ryzyka oraz regularne wizyty w szkołach. Terenami wysokiego ryzyka są tereny o niskim odsetku zaszczepionych, które nie nadsyłają meldunków tygodniowych, o dużym ruchu turystycznym i imigracyjnym i wreszcie te, gdzie ostatnio wystąpiły epidemie.

3. Dokładne opracowanie ognisk m.in. przez:

- zwizytowanie otoczenia środowiska domowego chorego podejrzanego o odrę w ciągu 48 godzin od zgłoszenia oraz wykrycie wszystkich osób ze styczności (kontaktów); nadzór nad środowiskiem (domami), w którym przebywali chorzy w okresie narażenia na zakażenie, tj. od 7 do 18 dni poprzedzających wystąpienie wysypki oraz w okresie ich wrażliwości, tzn. od czasu wystąpienia pierwszych objawów do 4 dni po wystąpieniu wysypki;
- pobranie próbek krwi i moczu (lub z nosogardła) od osoby podejrzanego o odrę i uzyskanie wyników badania w ciągu 4 dni od momentu kiedy laboratorium otrzymało próbki;
- zidentyfikowanie dróg szerzenia się i epidemiologicznych powiązań przypadków potwierdzonych;
- ocena czynników ryzyka istniejących w każdym ognisku;
- określenie genotypu wirusa w celu identyfikacji szczepów endemicznych lub zawleczonych.

4. Zweryfikowanie braku zachorowań zawlekanych (importowanych) między krajami regionu.

Znakomity postęp w zwalczaniu odry wskazuje na to, że przerwanie transmisji rodzimej odry w Regionie Ameryk do końca 2000 roku jest osiągalnym celem.

1. akcję prowadzono w latach 1989-1995; 2. odsetek dzieci szczepionych w tym wieku wzrósł z 80% w 1994 r. do 91% w 1996 r.

*na podstawie "Wkły Epid.Rec." (2000,44,354-359)
opracowała D. Naruszewicz-Lesiuk*

Ekonomiczne znaczenie malarii

Malaria wpływa niekorzystnie na zdrowie i dobrobyt ludzi z tropików: subsaharyjskiej Afryki, południowej i po-

łudniowo-wschodniej Azji, Oceanii i częściowo Ameryk. W ostatnich latach wpływ malarii wzrósł w wielu z tych regionów.

Koszta malarii są także wysokie w znaczeniu ekonomicznym. Kraje o wysokiej endemiczności malarii są wśród najbardziej ubogich krajów świata, mających bardzo niskie stopy wzrostu ekonomicznego; w ostatnich trzydziestu latach liczne z nich doświadczają obniżenia standardów życiowych. Malaria odgrywa znaczącą rolę w pogorszeniu sytuacji ekonomicznej tych krajów.

Dowody przekonywająco sugerują, że malaria hamuje rozwój ekonomiczny. Analiza statystyczna wykazuje, że w latach 1965-1990 kraje o wysokiej endemiczności malarii - w porównaniu z krajami bez malarii - doznały spadku wzrostu przekraczającego 1 punkt procentowy rocznie, nawet jeśli wziąć pod uwagę skutki polityki ekonomicznej i inne czynniki wpływające na wzrost ekonomiczny. Roczny spadek wzrostu związany z malarią jest szacowany na 1,3 punktu procentowego. Łącznie w ciągu 15 lat poziom krajowego produktu brutto zmniejsza się o około 1/5 i straty nadal rosną.

Koszt malarii jest znacząco większy niż uprzednio szacowany. Tradycyjne oszacowania uwzględniały niektóre krótkoterminowe koszty malarii, a pomijały jej długoterminowy wpływ na wzrost ekonomiczny i rozwój. Koszta krótkoterminowe - stracony czas pracy, straty ekonomiczne związane z zachorowaniami i zgonami dzieci, koszty leczenia i zapobiegania - są zwykle szacowane na ponad 1% krajowego produktu brutto.

Te oszacowania nie uwzględniają jednak licznych innych krótkoterminowych kosztów np. niewiele badań łączy ekonomiczne koszty bólu i cierpienia związanego z chorobą. Stwierdzono, że - aby uniknąć malarii - gospodarstwa domowe byłyby skłonne ponosić koszty kilkakrotnie większe niż bezpośredni spadek dochodu powodowany przez malarię co sugeruje, że ból, cierpienie i niepewność związana z chorobą są bardzo duże i powinny być włączone w koszty krótkoterminowe.

Ponadto jest prawdopodobne, że w ostatnich latach koszty krótkoterminowe wzrosły w związku z większą liczbą i złożonością zachorowań w wielu krajach. Poza tym szerzenie się malarii odpornej na leki znacząco podnosi koszty leczenia wielu zachorowań, podobnie jak obciążenia spowodowane zachorowaniami i zgonami. Dzieci i dorośli, którzy w wyniku malarii potrzebują przetoczeń krwi, mogą być także nieumyślnie zakażeni HIV, HCV i innymi czynnikami zakaźnymi.

Poza powodowaniem wysokich i rosnących kosztów krótkoterminowych malaria wielorako hamuje wzrost ekonomiczny i długoterminowy rozwój. Może ona utrudniać handel, kontakty i inwestycje zagraniczne oddziałując na całą ludność kraju. Firmy międzynarodowe wybierając lokalizację zagranicznych inwestycji unikają regionów malarycznych i podobnie mogą postępować potencjalni turyści. Również ekonomiczne znaczenie malarii dla zarażonych osób może bardzo przekraczać koszty epizodu choroby. Powtarzające się napady malarii przyczyniają się do zahamowania fizycznego i umysłowego rozwoju dziecka oraz mogą pogarszać jego uczęszczanie do szkoły i ograniczać osiągnięcia szkolne. Ponadto powtarzające się napady malarii mogą narażać człowieka na przewlekłe niedożywienie i anemię oraz zwiększać podatność na inne choroby.

Malaria może mieć także niepożądane konsekwencje demograficzne. Znacząco podnosi ona ryzyko zgonu dziecka. Rodziny reagują na to rosnące ryzyko posiadaniem większej

liczby dzieci, zwiększając w ten sposób ogólny wskaźnik wzrostu populacji. Rodzice wielu dzieci mają ograniczone możliwości łozenia na każde dziecko, więc średni poziom opieki zdrowotnej i edukacji dziecka może być obniżony. Matki wielu dzieci rzadziej pracują zawodowo, co także ogranicza dochód rodziny.

Poszczególne gospodarstwa domowe w regionach malarycznych nie unikają ryzyka zarażenia malarią po prostu na skutek dobrobytu. W badaniach gospodarstw domowych z 22 krajów Afryki nie stwierdzono korelacji między liczbą incydentów gorączki u dzieci i względnym dobrobytem rodziny. Malaria nie jest prostą konsekwencją biedy. Jednak dobrobyt rodziny ma istotne znaczenie dla tego czy gorączkujące dziecko jest leczone i wpływa na rodzaj leczenia. Biedne rodziny bardzo często cierpią na brak środków na właściwe leczenie - nawet w przypadkach skomplikowanych i zagrażających życiu. Dlatego strategie łagodzące biedę powinny uznać znaczenie skutecznych interwencji przeciwmalarycznych, ponieważ biedni nie mogą sami unieść ciężaru choroby.

Obciążenie malarią jest bardzo duże i rosnące. Tylko krótkoterminowe koszty powodują corocznie straty ekonomiczne wysokości kilku procent produktu krajowego brutto. Ponadto malaria hamuje długoterminowy wzrost ekonomiczny. Z czasem obciążenie chorobą powiększa się ponieważ kraje są pozbawione wzrostu standardów życia, którego doświadczyłyby gdyby nie malaria.

na podstawie: "Malaria - Economic implications"
(*Wkly Epid.Rec.*, 2000,39,318-319)
opracowała Wanda Szata

Salmoneloza związana z gadami w latach 1996-1998 w wybranych stanach USA

W latach 1996-1998 w przybliżeniu 16 stanowych departamentów zdrowia USA zgłosiło raporty na temat zakażeń pałeczkami *Salmonella* u osób, które miały bezpośredni lub pośredni kontakt z gadami (np. jaszczurkami, węzami lub żółwiami). Zakażenie pałeczkami *Salmonella* może występować w ciężkiej postaci (szczególnie u dzieci), włączając posocznicy i zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych.

Raporty dotyczące przypadków

Arizona. W październiku 1996 r. do szpitalnego oddziału nagłej pomocy przyjęto trzytygodniowego chłopczyka z gorączką 40°C, wymiotami i krwawą biegunką trwającą 15 dni. Hodowla z kału i z krwi wykazała obecność niezmiernie rzadkiego serotypu pałeczek *Salmonella* IV44:z₄, z₂₃-. Dziecko hospitalizowano przez 10 dni. Z próbki kału od domowej iguany uzyskano również *Salmonella* IV44:z₄, z₂₃-. Po rozmowie z przedstawicielami służby zdrowia na temat ryzyka związanego z kontaktem dziecka z gadem, iguana została przeniesiona do innego domu. Miesiąc później dziecko spędziło dwa dni w domu, w którym przebywała iguana; po upływie 48 godzin po tej wizycie dziecko znowu przyjęto do oddziału nagłej pomocy z powodu gorączki i biegunki. Z hodowli z kału niemowlęcia ponownie wyodrębniono *Salmonella* IV44:z₄, z₂₃-.

Kansas. W kwietniu 1997 r. u sześciolatniego chłopca wystąpiła krwawa biegunka trwająca 10 dni, bóle brzucha, wymioty i gorączka (41°C). Z hodowli z kału uzyskano pałeczki *Salmonella* serotyp Typhimurium. Dziewięć dni po

rozpoczęciu leczenia u chłopca, u jego trzyletniego brata także wystąpiła biegunka, a z próbki kału wyhodowano również *S. Typhimurium*. Dwóch chłopców dzieliło pokój z dwoma węzami, z którymi często dochodziło do bezpośredniego kontaktu. Próbki kału od węży wykazały obecność *S. Typhimurium*. Rodzice poinformowali personel departamentu zdrowia, że nie uświadamiali sobie, iż węże są źródłem salmonelozy.

Massachusetts. W maju 1997 r. ośmioletni chłopiec z wrodzonym niedoborem odporności nabawił się ciężkich wymiotów, bólów brzucha, krwawej biegunki i bólów głowy. Z próbki kału wyhodowano pałeczki *Salmonella* serotypu St. Paul. Chłopiec był chory przez 14 dni i otrzymał ekstensywną, podtrzymującą opiekę w domu. Na trzy dni przed wystąpieniem choroby u chłopca, rodzina nabyła dwie iguany w miejscowym sklepie zoologicznym. Chłopiec dotykał gadów, włączywszy kładzenie ich na głowie i na twarzy. Zanim wykonano badanie diagnostyczne, gady zwrócono do sklepu zoologicznego. Rodzice powiadomili właściciela sklepu o chorobie dziecka. Właściciel poinformował ich, że nie wiedział o tym, iż gady są nosicielami *Salmonella* spp.

Wisconsin. W grudniu 1998 r. uprzednio zdrowy, pięcioletni chłopiec zmarł nagle w domu. W czasie sekcji nie ujawniono znaczących zmian makroskopowych lub histologicznych; jednak hodowla z próbki krwi sercowej wykazała obecność pałeczek *Salmonella* serotypu Marina. Przyczynę śmierci przypisano posocznicy spowodowanej przez ten serotyp. Rodzina miała w domu iguanę, która nie pozostawała w bezpośrednim kontakcie z dzieckiem. Hodowla z próbek kału pobranych od iguany wykazała obecność *S. Marina*. Z wywiadu wynikało, że rodzice nie wiedzieli, że dziecko jest narażone na ryzyko nabycia salmonelozy przez pośredni lub bezpośredni kontakt z iguaną.

Przepisy stanowe służące zapobieganiu salmonelozie związanej z gadami

W marcu 1999 r. CDC skontaktował się ze wszystkimi 50 stanowymi departamentami zdrowia w celu ustalenia, czy istnieją stanowe przepisy dotyczące sprzedaży gadów i rozpowszechniania informacji na temat salmonelozy. Tylko osiem stanów dysponowało przepisami dotyczącymi salmonelozy, której można się nabawić od gadów.

Nota wydawnicza MMWR

W 1975 r. w Stanach Zjednoczonych wprowadzono zakaz handlowego rozprowadzania żółwi liczących mniej niż 4 cale długości. Zakaz ten doprowadził do obniżenia o 77% częstości występowania serotypów pałeczek *Salmonella* związanych z żółwiami, izolowanych od ludzi w latach 1970-1976. Ze względu na wzrost popularności hodowli innych gadów w domach, zagrożenie, jakim jest salmoneloza związana z gadami, wzrasta. Około 7% przypadków zakażeń *Salmonella* spp. rocznie przypisuje się kontaktom z gadami lub innymi zwierzętami ziemnowodnymi. Obliczono, że 3% rodzin w Stanach Zjednoczonych posiada gady. Zaniedbania dotyczące higieny, takie jak niedostateczne mycie rąk, powodują, że dochodzi do zakażenia. Rzadkie serotypy pałeczek *Salmonella*, które izoluje się w rosnącej liczbie od ludzi, pochodzą od gadów lub z ich środowiska. Na przykład izolaty *S. Poona* wzrosły od 199 w 1989 r. do 341 w 1998 r., a *S. Marina* - od dwóch w 1989 r. do 47 w 1998 r.

Większość osób, które nabawiły się salmonelozą związaną z gadami stanowią niemowlęta i małe dzieci. W 1994 r. w 413 (81%) spośród 513 przypadków, zakażenia *S. Marina*

na wystąpiły u dzieci poniżej 1 roku życia. W latach 1989-1998 spośród 2.150 izolatów pałeczek *Salmonella* należących do serotypów związanych z gadami, 516 (24%) pochodziło od dzieci w wieku poniżej 4 lat. Spośród 267.131 innych serotypów 50.755 (19%) pochodziło od tej grupy wieku.

Dzieci w wieku poniżej 5 lat i osoby o obniżonej odporności, powinny unikać bezpośredniego i pośredniego kontaktu z gadami. Gadów nie powinno się trzymać w domach osób posiadających dzieci w wieku poniżej 1 r.ż. i w miejscach opieki nad dziećmi.

Personel wszystkich sklepów zoologicznych powinien być poinformowany, że gady mogą być nosicielami i mogą przekazywać zakażenia *Salmonella* spp. Właściciele gadów powinni uzyskiwać większość informacji o swoim zwierzęciu od personelu sklepu.

Zalecenia służące zapobieganiu przenoszeniu się pałeczek *Salmonella* z gadów na ludzi

- Właściciele sklepów zoologicznych, lekarze weterynarii i pediatrzy powinni dostarczać informację właścicielom i potencjalnym nabywcom gadów o ryzyku nabawienia się od nich salmonelozy.
- Po kontakcie z gadami lub ich klatkami należy zawsze dokładnie myć ręce mydłem i wodą.
- Osoby z grupy podwyższonego ryzyka zakażenia lub nabawienia się poważnych komplikacji salmonelozy (np. dzieci w wieku poniżej 5 lat i osoby z obniżoną odpornością) powinny unikać kontaktu z gadami.
- Gady nie powinny być trzymane przez rodziny, w których żyją dzieci poniżej 1 roku lub osoby z obniżoną odpornością. Rodziny oczekujące nowego dziecka powinny usunąć gada z domu jeszcze przed przybyciem niemowlęcia.
- Gady nie powinny być trzymane w ośrodkach opieki nad dziećmi.
- Nie powinno się pozwalać, aby gady wędrowały swobodnie po domu lub powierzchni mieszkalnej.
- Gady nie powinny być trzymane w kuchni lub na innych

powierzchniach, gdzie przygotowuje się żywność. Zlewy kuchenne nie powinny być używane do kąpieli gadów lub do mycia ich naczyń, klatek lub akwariów. Jeśli do tych celów używa się wanny, musi być ona dokładnie umyta i zdezynfekowana.

na podst.: Levy C. i inni "Reptile Associated Salmonellosis - Selected States, 1996-1998" (MMWR, 1999,44,1009-1013)
opracowała Anna Przybylska

Gorączka krwotoczna Ebola w Ugandzie

Ministerstwo Zdrowia Ugandy poinformowało w dniu 8 listopada 2000 r., że łącznie na gorączkę krwotoczną Ebola w okręgu Gulu zachorowało 286 osób, w tym 94 osoby zmarły. Stwierdzono 1 przypadek zawleczenia choroby na południowo-zachodni teren kraju (okręg Mbarara). Według opinii Instytutu Wirusologii w Południowej Afryce, szczep wirusa, który wywołał obecną epidemię w Ugandzie, jest podobny (jakkolwiek nieidentyczny) do szczepu Ebola - Sudan (50-70% śmiertelności) lecz mniej wirulentny niż szczep zairski, powodujący 70-90% zgonów. Oba szczepy wirusa Ebola i ściśle spokrewniony z nimi wirus Marburg występują w Centralnej Afryce. Można przypuszczać, że zanim wybuchła epidemia, wirus Ebola był obecny również na terenie Ugandy.

na podst.: "Wkly Epid.Rec." (2000,44-45,353,361)
opracowała Danuta Seroka

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

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

