

Meldunek 8/A/01

o zachorowaniach na choroby zakaźne i zatruciach związkami chemicznymi zgłoszonych w okresie od 1.08 do 15.08.2001 r.

Jednostka chorobowa (symbole wg "Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych" ICD-10)	Meldunek 8/A		Dane skumulowane	
	1.08.01. do 15.08.01.	1.08.00. do 15.08.00.	1.01.01. do 15.08.01.	1.01.00. do 15.08.00.
Choroba wywołana przez ludzki wirus upośl.odp.: ogółem (B20-B24)	8	4	61	57
Dur brzuszny (A01.0)	-	-	2	7
Dury rzekome A.B.C. (A01.1-A01.3)	-	1	1	1
Salmonelozy: ogółem (A02)	1599	1210	12111	13227
Czerwonka bakteryjna /szigelozą/ (A03)	-	3	47	54
Inne bakteryjne zakażenia jelitowe: ogółem (A04)	245	178	3010	3411
Wiusowe i inne określone zakażenia jelitowe: ogółem (A08)	106	114	3532	3179
Biegunki u dzieci do lat 2: ogółem (A04; A08; A09)	526	512	10571	13262
w tym: BNO, prawdopodobnie pochodzenia zakaźnego (A09)	375	336	6576	9178
Tężec: ogółem (A33-A35)	-	-	11	6
Błonica (A36)	-	-	-	1
Krztusiec (A37)	64	100	1542	1152
Szkarlatyna /płonica/ (A38)	85	135	4751	6584
Zapalenie opon mózgowych: razem	69	58	955	997
w tym: meningokokowe (A39.0)	-	2	67	67
wywołane przez <i>Haemophilus influenzae</i> (G00.0)	2	2	40	52
inne bakteryjne, określone i nie określone (G00.1-G00.9)	12	16	380	423
wirusowe, określone i nie określone (A87; B00.3; B02.1)	49	32	374	357
inne i nie określone (G03)	6	6	94	98
Zapalenie mózgu: razem	23	31	254	282
w tym: meningokokowe i inne bakteryjne: ogółem (A39.8; G04.2)	3	5	74	69
wirusowe, przenoszone przez kleszcze (A84)	12	12	37	42
inne wirusowe, określone (A83; A85; B00.4; B02.0; B25.8)	3	-	13	16
wirusowe, nie określone (A86)	4	10	78	104
poszczepienne (G04.0)	-	-	-	1
inne i nie określone (G04.8-G04.9)	1	4	52	50
Riketsjozy: ogółem (A75-A79)	-	-	-	1
Ostre nagminne porażenie dziecięce, łącznie z poszczepiennym (A80)	-	-	-	-
Ospa wietrzna (B01)	1170	1873	82458	98689
Odra (B05)	13	2	113	60
Różyczka: ogółem (B06; P35.0)	1489	932	79991	40948
Wirusowe zap. wątroby: typu A (B15)	22	1	298	132
typu B (B16; B18.0-B18.1)	78	81	1420	1719
typu C (B17.1; B18.2)	68	65	1197	1259
typu B+C (B16; B18.0-B18.1 + B17.1; B18.2)	3	8	78	85
inne i nieokreśl.(B17.0;B17.2-.8;B18.8-.9;B19)	11	7	142	207
Świnka /nagminne zapalenie przyusznic/ (B26)	404	437	9470	14339
Włośnica (B75)	-	20	20	27
Świerzb (B86)	382	488	8450	9105
Grypa: ogółem (J10; J11)	24	134	519447	1529111
Bakteryjne zatrucia pokarmowe: razem	2012	1507	14795	15514
w tym: salmonelozy (A02.0)	1596	1207	12062	13188
gronkowcowe (A05.0)	177	162	452	294
jadem kiełbasianym /botulizm/ (A05.1)	2	-	43	35
wywołane przez <i>Clostridium perfringens</i> (A05.2)	-	-	1	1
inne określone (A05.3-A05.8)	2	4	123	92
nie określone (A05.9)	235	134	2114	1904
Zatrucia naturalnie toksycznym pokarmem: ogółem (T62)	14	76	57	128
w tym: grzybami (T62.0)	13	76	49	127
Inne zatrucia: ogółem (T36-T60; T63-T65)	392	372	5685	5161
w tym: pestycydami (T60)	7	5	188	77
lekami, prep.farmakologicznymi i subst.biolog. (T36-T50)	179	216	3054	2934
alkoholem (T51)	49	97	1060	1148
Ostre porażenia wiotkie u dzieci (0-14 lat)	4	3	51	30

Zachorowania zgłoszone w okresie 1-15.08.2001 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	8	-	-	1599	-	526	-	64	85	69	-	23	12
Dolnośląskie	-	-	-	132	-	38	-	5	4	-	-	2	-
Kujawsko-Pomorskie	-	-	-	159	-	39	-	7	10	2	-	2	-
Lubelskie	-	-	-	107	-	26	-	-	7	4	-	-	-
Lubuskie	-	-	-	34	-	5	-	-	2	1	-	-	-
Łódzkie	-	-	-	76	-	14	-	12	4	2	-	1	-
Małopolskie	-	-	-	79	-	48	-	1	8	9	-	1	-
Mazowieckie	3	-	-	139	-	50	-	12	12	7	-	1	1
Opolskie	-	-	-	32	-	-	-	3	5	3	-	-	-
Podkarpackie	-	-	-	177	-	67	-	-	2	-	-	3	-
Podlaskie	3	-	-	76	-	27	-	4	1	-	-	5	5
Pomorskie	-	-	-	121	-	32	-	-	3	25	-	1	-
Śląskie	-	-	-	77	-	43	-	-	15	3	-	-	-
Świętokrzyskie	-	-	-	67	-	31	-	4	-	1	-	-	-
Warmińsko-Mazurskie	-	-	-	92	-	39	-	9	1	6	-	6	6
Wielkopolskie	2	-	-	202	-	51	-	7	9	4	-	1	-
Zachodniopomorskie	-	-	-	29	-	16	-	-	2	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	1170	13	1489	22	81	71	404	-	382	24	2012	13	392
Dolnośląskie	59	-	135	1	8	7	22	-	21	-	150	-	7
Kujawsko-Pomorskie	70	-	138	1	17	11	48	-	32	-	191	-	7
Lubelskie	35	-	75	1	2	3	25	-	27	-	108	3	44
Lubuskie	42	-	74	-	2	5	3	-	11	-	40	-	25
Łódzkie	139	-	111	2	8	7	6	-	9	-	83	2	63
Małopolskie	68	-	103	-	3	5	45	-	30	-	160	2	12
Mazowieckie	97	-	40	6	8	9	20	-	15	-	141	-	8
Opolskie	49	-	50	4	4	1	16	-	7	-	53	-	1
Podkarpackie	38	-	44	1	2	3	8	-	38	-	186	1	31
Podlaskie	56	-	13	-	3	-	10	-	14	-	77	-	14
Pomorskie	80	-	97	1	3	6	17	-	9	24	161	-	18
Śląskie	132	-	218	3	13	1	91	-	97	-	106	1	19
Świętokrzyskie	57	13	38	-	7	8	12	-	35	-	100	-	23
Warmińsko-Mazurskie	29	-	24	2	-	1	2	-	8	-	134	4	112
Wielkopolskie	187	-	275	-	1	3	66	-	14	-	211	-	6
Zachodniopomorskie	32	-	54	-	-	1	13	-	15	-	111	-	2

Sytuacja zimnicy (malarii) w Polsce

Dnia 2 czerwca br. w Poznaniu odbyła się ogólnopolska konferencja naukowo-szkoleniowa pt. "Zasady zapobiegania i leczenia malarii u osób podróżujących do rejonów endemicznych".

Konferencję zorganizowała Klinika Chorób Pasożytniczych i Tropikalnych AM w Poznaniu przy współpracy z oddziałem Poznańskim Polskiego Towarzystwa Parazytologicznego, Wojewódzką Stacją Sanitarno-Epidemiologiczną w Poznaniu oraz Medicus Mundi Poland.

Informacje o konferencji i jej program ukazały się m.in. w "Meldunku" 5/A/01. Niżej zamieszczono streszczenie jednego z wygłoszonych na konferencji referatów - "Malaria w Polsce".

Po konferencji odbyło się spotkanie - zamiejscowe posiedzenie Rady Sanitarno-Epidemiologicznej - na którym omówiono aktualną sytuację w zakresie malarii w kraju.¹ Wnioski z tego spotkania w formie sugestii pokonferencyjnych zebrał i opracował prof. Zbigniew Pawłowski, który prowadził spotkanie z upoważnienia Przewodniczącego Rady - prof. Wiesława Magdzika. Sugestie zostały uzgodnione z Instytutem Medycyny Morskiej i Tropikalnej w Gdyni, Kliniką Chorób Pasożytniczych i Tropikalnych AM w Poznaniu oraz Wojewódzką Stacją Sanitarno-Epidemiologiczną w Poznaniu i przekazane Przewodniczącemu Rady.² Zamieszczono je niżej wraz z uwagami w tej sprawie Zakładu Epidemiologii PZH.

W. Szata: Malaria w Polsce

(streszczenie referatu)

Pierwsze wzmianki o zachorowaniach na malarię w Polsce pochodzą z około połowy dziewiętnastego wieku. Zachorowania - głównie na trzecią część - od końca dziewiętnastego wieku diagnozowano na podstawie poszukiwania zarodków malarii w preparacie grubej kropli i w cienkim rozmazie krwi.

Polska była wówczas krajem, w którym malaria występowała endemicznie. Epidemie odnotowano m. in. w latach: 1846, 1847, 1854-1856, 1873, 1898, 1920-1923 oraz 1946-1949. Najwcześniejsze doniesienia oceniane są jako bardzo fragmentaryczne. Zawierają zazwyczaj opisy poszczególnych przypadków, bądź ogólne stwierdzenia o powszechnym występowaniu malarii na różnych obszarach Polski, w tym m. in.: w Warszawie i okolicach, w Brześciu Kujawskim i Częstochowie, w Kowieńskim, w okolicach Krakowa i Lwowie, w Pińskim, Siedleckim, Wileńskim i na Wołyniu. Nieliczni autorzy podają wyrwykowe dane liczbowe.

Od 1919 r. oficjalne dane o malarii zbierano w Dziale Statystyki Szkoły Higieny, a następnie w Państwowym Zakładzie Higieny. Jak wynika z tych danych, w latach 1919-1962 notowano od 3 przypadków malarii w 1961 r. do 52.965 w 1921 r. Liczba zachorowań w 1921 r., odpowiadająca jej zapadalność (197,1 na 100.000 mieszkańców) oraz liczba zgonów (41) była najwyższa z udokumentowanych.

W latach 1921-1926 podjęto pierwszą w Polsce akcję intensywnego zwalczania malarii. W jej efekcie liczba zachorowań zmniejszyła się tak, że w 1938 r. w Polsce zarejestrowano 316 przypadków zimnicy wywołanej głównie przez *P. vivax* i sporadycznie - u repatriantów - *P. falciparum*.

W czasie drugiej wojny światowej zachorowania ponownie się nasiliły. Początkowo miały charakter sporadyczny i pojawiały się wzdłuż Wisły (w Sandomierzu, Krakowie

i Warszawie) oraz w rozwidleniach Bugu i Narwi, Wisły i Pilicy. Z tego okresu zachowały się jedynie dane liczbowe z Warszawy i okolic. W Warszawie między rokiem 1940 i 1943 liczba zachorowań mieściła się w granicach od 27 do 589, a w Polsce między rokiem 1938 a 1948 zapadalność wzrosła z 0,9 do 41,8 na 100.000 mieszkańców.

Wyraźny spadek zapadalności odnotowano w 1950 r.: dla całego kraju wynosiła ona 5,5, a najwyższa wówczas w Polsce była w Warszawie (49,9 na 100.000 mieszkańców).

W latach 1951-1955 zapadalność dla Polski pozostawała w granicach od 1,4 (w 1951 r.) do 0,3 (w 1955 r.), pomimo utrzymywania się niewielkich ognisk w Warszawie, w woj. warszawskim, w Łodzi, w woj. gdańskim, szczecińskim i opolskim.

Od 1956 r. notowano tylko sporadyczne zachorowania zawleczone z innych krajów. W latach 1956-1961 było ich ogółem 125. W tym czasie Polska przestała być terenem endemicznym.

Poprawę sytuacji epidemiologicznej zimnicy zaobserwowaną w latach pięćdziesiątych, uzyskano w następstwie drugiej intensywniej akcji przeciwmalarycznej, podjętej w 1945 r. przez Naczelnego Nadzwyczajnego Komisarza do Walki z Epidemiami.

Formalnym wyrazem likwidacji zimnicy w Polsce było uznanie naszego kraju przez Światową Organizację Zdrowia za kraj wolny od zimnicy endemicznej, ogłoszone w 1968 r.

W latach 1970-1993 liczba zachorowań zgłaszanych wyłącznie u powracających z zagranicy wahała się od kilku do ponad trzydziestu rocznie i sporadycznie występowały zgony. Z zachorowań o znanej etiologii większość była wywołana przez *P. vivax*.

W ostatnich latach, a mianowicie od roku 1994 - w którym Zakład Epidemiologii PZH wznowił gromadzenie wiadomości epidemiologiczno-klinicznych o zachorowaniach na malarię - do roku 2000 liczba zgłoszonych zachorowań wynosiła się od 18 (w 1994 r.) do 38 (w 1998 r.), a zapadalność - od 0,04 do 0,1 na 100.000 mieszkańców Polski. Zmarło 7 chorych. Czynnikiem etiologicznym większości zachorowań i zgonów był zarodek *P. falciparum*. Wśród ogółu chorych osoby w wieku od 20 do 49 lat stanowiły 79%, a mężczyźni - 84%. Malarie zawlekali do Polski mieszkańcy wszystkich województw według nowego podziału administracyjnego kraju. Z tego co wiadomo, tylko 30% chorych stosowało chemioprophylaktykę malarii. Blisko 75% osób, które zachorowały, przebywało w Afryce, najczęściej w związku z pracą.

Kraje, w których niegdyś malaria występowała endemicznie są zagrożone wznowieniem lokalnego przenoszenia. Przykłady takiego wznowienia pochodzą chociażby ze Stanów Zjednoczonych, Niemiec czy krajów powstałych z byłych republik azjatyckich Związku Radzieckiego. Zdaniem Zuckera dwa warunki są niezbędne dla lokalnego szerzenia się malarii: obecność komarych wektorów, zdolnych do przenoszenia malarii i obecność gametocytemicznych osób. W Polsce - potencjalnie rzecz biorąc - mogą być spełnione oba te warunki. Występują komary zdolne do przenoszenia malarii. Są to przede wszystkim: *Anopheles maculipennis s. s.*, *An. atroparvus*, *An. messae* oraz *An. claviger* i *An. plumbeus*. Ponieważ do ukończenia cyklu sporogonicznego zarodków malarii potrzebna jest dostatecznie wysoka temperatura otoczenia przez odpowiednio długi czas, w polskich warunkach klimatycznych bierze się pod uwagę przede wszystkim przenoszenie *P. vivax*, który jest ciągle do Polski zawlekany i ma niższe wymagania temperaturowe. Do ukończenia jego

cyklu sporogonicznego potrzebne jest co prawda 27°C przez około 8 do 13 dni (podobnie jak dla *P. falciparum*), ale wystarcza 20°C przez około 20 dni i 18°C przez 30 dni. Ponadto w opisach nowych ognisk lokalnego przenoszenia malarii zwraca uwagę występowanie wyższych niż zwykle temperatur i wilgotności. Może to być przejaw zmian klimatu na świecie. W konsekwencji przedłuża się życie komarów, skraca czas trwania cyklu sporogonicznego i szybciej powstają zakaźne sporozycy.

Wznowienie lokalnego przenoszenia jest szczególnie możliwe w przypadku zwiększenia się liczby osób gametocytemicznych w populacji żyjącej w środowisku o nieprawidłowej gospodarce wodnej i w złych warunkach mieszkaniowych.

Wnioski

1. Niezbędne jest propagowanie i stosowanie odpowiedniej profilaktyki wśród osób wyjeżdżających do krajów endemicznego występowania malarii chociaż wiadomo, że żadna ze stosowanych metod nie zabezpiecza całkowicie przed zarażeniem.
2. Ze względu na zawlekanie do Polski zarażeń zarodźcami malarii - w tym *P. vivax* - i potencjalnych możliwości lokalnego szerzenia się tego zarodźca, sytuacja epidemiologiczna malarii powinna być stale monitorowana. Oznacza to m. in. dobre zgłaszanie (szybkie i pełne) zachorowań właściwie zdiagnozowanych, tzn. rozpoznanych na podstawie badania parazytologicznego rozmazów krwi.

Sugestie pokonferencyjne

(opracował prof. dr hab. Zbigniew Pawłowski)

Z referatów przedstawionych na konferencji i dyskusji prowadzonej na posiedzeniu wynikają podane niżej sugestie adresowane do Przewodniczącego Rady Sanitarno-Epidemiologicznej. (...)

1. Stwierdzono, że liczba rejestrowanych przypadków malarii w Polsce i liczba podawanych zgonów wywołanych malarią jest znacznie zaniżona. Proponuje się aby przypomnieć lekarzom i laboratoriom diagnostycznym o obowiązku zgłaszania przypadków malarii oraz poprawić nadzór SSE nad zgłaszalnością.

2. Stwierdzono, że liczba zgonów spowodowanych malarią w Polsce jest wysoka w porównaniu do liczby przypadków zachorowań (7/2.000 w UK), a to z uwagi na opóźnione rozpoznawanie inwazji i/lub niewłaściwe leczenie ciężkiej malarii, np. poza mającymi doświadczenie praktyczne ośrodkami medycyny tropikalnej i intensywnej terapii internistycznej. Proponuje się przeprowadzanie dochodzenia z urzędu we wszystkich przypadkach zgonów z powodu malarii na zlecenie krajowego konsultanta ds. medycyny transportu.

3. Zaleca się, aby uczulić wszystkie Kliniki i Oddziały Chorób Zakaźnych w kraju na możliwość występowania malarii u osób powracających z tropiku i gorączkujących. Ustala się, że przypadki ciężkiej klinicznie malarii powinny być leczone w dwóch wyspecjalizowanych ośrodkach klinicznych w kraju, tj. w Klinice IMMT w Gdyni i w Klinice ChPT w Poznaniu. Ośrodki te zadbają o to aby był pod ręką odpowiedni zapas leków przeciwmalarycznych do natychmiastowego stosowania parenteralnego w przypadkach nagłych.

4. Zaleca się dołożenie starań, aby poza zajęciami dydaktycznymi, które mają miejsce w Klinice ChPT w Poznaniu i IMMT w Gdyni, tematyka malarii była włączona w program innych kursów szkoleniowych podyplomowych dla lekarzy i personelu laboratoriów diagnostycznych oraz ujęta szerzej w nauczaniu przeddyplomowym. Malaria powinna

być również tematem pytań egzaminacyjnych przeddyplomowych i specjalizacyjnych. W standardowych historiach choroby powinna znaleźć się rubryka: "pobyt w tropiku: tak, nie; jeżeli tak, to kiedy i gdzie?".

5. Proponuje się, aby laboratorium referencyjnym dla inwazji *Plasmodium* był Zakład Parazytologii Tropikalnej IMMT w Gdyni (Doc. P. Myjak). Zaleca się aby był tam potwierdzany każdy przypadek podejrzany o malarię lub malarii rozpoznanej. Doc. P. Myjak jest gotowy opracować zasady przysyłania materiału do badania. Zakład Parazytologii Tropikalnej IMMT w Gdyni powinno również zorganizować kontrolę jakości rozpoznawania *Plasmodium* w wybranych laboratoriach w kraju.

6. Zaleca się, aby w dwutygodniówce Głównego Inspektoratu Sanitarnego i PZH ukazywało się więcej opracowań na temat malarii (omówienie zgonów, zestawu leków profilaktycznych, stopnia ryzyka i metod unikania zarażenia). Uważa się również, że roczne opracowania nt. malarii drukowane w Przeglądzie Epidemiologicznym należałoby rozszerzyć, gdyż do tej pory ograniczają się one do rejestracji przypadków i nie podają szerszych wniosków dotyczących trudności diagnostycznych, złożoności obrazu klinicznego i wskazanych działań profilaktycznych wynikających z analizy dostępnych danych. Zaleca się, aby dział ten był prowadzony przez klinicystę, mającego na co dzień kontakt z osobami wyjeżdżającymi do tropiku lub z niego powracającymi, przy współpracy epidemiologa. Sugeruje się, aby to zadanie powierzyć Klinice ChPT w Poznaniu (dr med. Elżbieta Kacprzak ma duże doświadczenie w zakresie malarii i dobry kontakt z ŚOZ w Genewie) przy współpracy z Kliniką IMMiT w Gdyni (Dr med. Wacław Nahorski ma duże doświadczenie w tym zakresie i stały kontakt z ośrodkiem w Angoli). TAKI DZIAŁ POWINNA PROWADZIĆ JEDNA OSOBA PRZY WSPÓŁPRACY Z SZERSZYM GRONEM OSÓB DOŚWIADCZONYCH.³

7. Proponuje się, aby SSE okresowo sprawdzały w Biurach Podróży realizację Ustawy o usługach turystycznych z dnia 29 sierpnia 1997 Dz.U. 133, poz. 884 dotyczącej potrzeby informowania pacjentów wyjeżdżających w rejonu malarzycznego o konieczności stosowania środków profilaktycznych. Przy okazji byłoby wskazane, aby sprawdzić dostępność dla zainteresowanej publiczności materiałów informacyjnych na ten temat i miejscowych możliwości badania ambulatoryjnego podróżujących oraz szczepień.

8. Uznaje się za wysoce wskazane okresowe organizowanie konferencji krajowych nt. malarii i doroczne organizowanie spotkania roboczego analizującego aktualną sytuację w zakresie malarii w kraju. Klinika ChPT podejmuje się organizowania dorocznych spotkań na zlecenie Rady Sanitarno-Epidemiologicznej. ROBOCZE SPOTKANIA POWINNY MIEĆ MIEJSCE RAZ W ROKU DLA PRZYGOTOWANIA PRZEZ SZERSZE GRONO OSÓB ZAINTERESOWANYCH I DOŚWIADCZONYCH OPACOWANIA NT. MALARII DRUKOWANEGO W PRZEGLĄDZIE EPIDEMIOLOGICZNYM.

Uwagi Zakładu Epidemiologii PZH

1. Obowiązek zgłaszania zachorowań na malarię do Stacji Sanitarno-Epidemiologicznych wynika z polskiego prawa.

2. Coroczne opracowania o zimnicy, publikowane w tzw. kronice epidemiologicznej 1-2 numeru "Przeglądu Epidemiologicznego" są przygotowywane przede wszystkim na podstawie wywiadów epidemiologiczno-klinicznych nadsyłanych do Zakładu przez Stacje Sanitarno-Epidemiologiczne. Czasem wywiadam towarzyszy pewna dokumentacja kliniczna.

3. Zakład prosi zarówno o szybkie zgłaszanie zachorowań na zimnicę i zgonów - zgodnie z obowiązującym prawem - jak i o udzielanie pomocy pracownikom Stacji wypełniającym formularze wywiadów tak, aby były one możliwie najbardziej kompletne.

4. Zakład jest także zainteresowany dobrym diagnozowaniem malarii m.in. ze względu na wznowione - na prośbę ŚOZ - przekazywanie danych o tych zachorowaniach do europejskiego biura Organizacji.

5. Popieramy zarówno propozycję zwracania uwagi na malarię podczas szkoleń pracowników ochrony zdrowia jak i nadzorowania działań oświatowo-zdrowotnych oraz chemioprophylaktyki malarii u wyjeżdżających do rejonów endemicznych - przez powołane do tego instytucje i struktury.

6. Zakład zaprasza osoby zajmujące się różnymi aspektami malarii do współpracy oraz do nadsyłania opracowań o malarii - zarówno z przeznaczeniem do zamieszczenia w "Meldunkach" jak i do publikacji w "Przeglądzie Epidemiologicznym" (redaktor: dr hab. med. Andrzej Zieliński, sekretarz redakcji: dr n.med. Wanda Szata - Zakład Epidemiologii PZH).

1. W spotkaniu wzięli udział: prof. David Bradley - London School of Hygiene and Tropical Medicine, dr hab. Lidia Chomicz - Zakład Biologii Ogólnej i Parazytologii AM w Warszawie, dr med. Elżbieta Kacprzak - Klinika Chorób Pasożytniczych i Tropikalnych AM w Poznaniu, prof. dr hab. Andrzej Malczewski - Instytut Parazytologii PAN w Warszawie, doc. dr hab. med. Przemysław Myjak - Instytut Medycyny Morskiej i Tropikalnej w Gdyni, dr med. Waław Nahorski - Instytut Medycyny Morskiej i Tropikalnej w Gdyni, prof. dr hab. med. Zbigniew Pawłowski - AM w Poznaniu, dr med. Hubert Rokossowski - WSSE w Poznaniu, dr hab. med. Jerzy Stefaniak - Klinika Chorób Pasożytniczych i Tropikalnych AM w Poznaniu, prof. dr hab. Halina Wędrychowicz - prezes Polskiego Towarzystwa Parazytologicznego.

2. Kopię opracowania otrzymali: Instytut Medycyny Morskiej i Tropikalnej, prof. dr hab. Tadeusz Dzbeński - kierownik Zakładu Parazytologii Lekarskiej PZH, prof. dr hab. Andrzej Gładysz - Krajowy Konsultant w dziedzinie chorób zakaźnych, prof. dr hab. Mirosław Wysocki - kierownik Studium Zdrowia Publicznego w PZH, doc. dr hab. Andrzej Zieliński - redaktor "Przeglądu Epidemiologicznego".

3. Zgodnie z oryginałem, kapitalikami wyróżniono miejsca, w których zdanie IMMT było nieco inne. (przyp. red.)

Wiesław Magdzik, Wanda Szata,
Mirosław P. Czarkowski

Legioneloza 2001

Legioneloza wśród polskich uczestników wycieczek objazdowych po Turcji

Główny Inspektorat Sanitarny powiadomiony został przez Ambasadę Polską w Ankarze o hospitalizacji z podejrzeniem legionelozy dwóch Polaków, uczestników dwóch grup wycieczkowych. Wyjazd zorganizowało polskie biuro podróży w dwóch grupach, które przebywały w Turcji równocześnie w dniach 19.05-03.06.2001 r. (samolot + autokar).

Mężczyzna 63-letni, hospitalizowany w Ankarze, zmarł 16.06.01 r. Badania laboratoryjne potwierdziły legionelozę. Mężczyzna 68-letni, hospitalizowany w Alanii, leczony był antybiotykami przed pobraniem prób do badań laboratoryjnych. Wynik badań negatywny - w opinii lekarzy leczących go - nie wyklucza legionelozy. Według informacji biura podróży mężczyzna 68-letni miał powrócić do kraju 21.06.01 r. pod opieką lekarza.

Z danych otrzymanych z biura podróży wynika, że wśród 88 uczestników wyjazdu przeważały kobiety (59) nad mężczyznami (29). Uczestnicy byli w różnym wieku - od 31 do 80 lat, w tym 12 mężczyzn było w grupie wieku 60 lat i powyżej. Każdy z uczestników wyjazdu nocował w hotelach tureckich w 5 różnych miejscowościach (nadmorskich i w głębi kraju).

Komentarz: Z raportu Europejskiej Grupy do Badań nad Legionelozą wynika, że do 1 lipca 2001 r. zgłoszono ogółem 140 zachorowań na legionelozę (132 w tym samym okresie roku 2000), w tym w czerwcu 75 zachorowań: najwięcej z Holandii (20), Anglii (18), Francji (12); najwięcej w związku z wyjazdem do Turcji (18), Hiszpanii (13), Francji (10).

W czerwcu zachorowania grupowe co najmniej dwóch osób nocujących w tym samym hotelu obserwowano w Turcji (6 ognisk), Hiszpanii (3), Francji (2), Grecji (1). Z analizy wybranych zachorowań, które wystąpiły w ogniskach zgłoszonych w roku 2001, na uwagę zasługują:

- 3 osoby (dwóch Brytyjczyków i Szwed) w centrum Londynu w okolicy zakażonej wieży chłodniczej;
- 2 kierowców autokaru z dziećmi z Liverpoolu (Anglia), którzy przebywali w Hiszpanii (Costa Brava). Jeden zmarł, jeden po miesiącu przebywa nadal w szpitalu.

Zachorowania najczęściej występują w związku z zakażeniem instalacji ciepłej wody, instalacji klimatyzacyjnych, lub kąpielowych w hotelach.

Zachorowania na legionelozowe zapalenie płuc, oprócz radiologicznego potwierdzenia obecności zmian zapalnych w płucach, rozpoznaje się na podstawie stwierdzenia w próbce moczu wydalania przez chorego antygenów bakterii *Legionella pneumophila* i/lub występowania w surowicy chorego przeciwciał swoistych dla antygenów tych bakterii. Zmiany rentgenologicznie widoczne mogą w płucach utrzymywać się do kilku tygodni po ustąpieniu objawów klinicznych. Antygenuria może - ale nie zawsze - utrzymywać się nawet dłużej, podobnie jak podwyższony poziom przeciwciał anty-*Legionella*. Dlatego przy podejrzeniu przebiecia legionelozy warto jest wykonać badania laboratoryjne, które rozpoznanie mogą potwierdzić nawet już w okresie rekonwalescencji. Badania w kierunku legionelozy, również u rekonwalescentów, osób podejrzanych o przebycie zachorowania wykonywane są w Zakładzie Bakteriologii Państwowego Zakładu Higieny w Warszawie, telefon do pracowni +(22) 54-21-267 lub +(22) 54-21-376.

Raport grupy ekspertów dla Europejskiego Komitetu Olimpijskiego dotyczący zaleceń w związku z zagrożeniem legionelozą VI Europejskich Olimpijskich Dni Młodzieży w Murcii (Hiszpania)

Do władz lokalnej służby zdrowia miasta Murcia do 18 lipca 2001 r. miejscowy szpital zgłosił ogółem 751 przypadki zachorowania na zapalenie płuc potwierdzone badaniem radiologicznym. Z nich u 310 chorych legionelozę potwierdzono laboratoryjnie wykryciem wydalanego z moczem antygeny *Legionella*. Dwóch chorych zmarło w wyniku infekcji.

Wśród chorych mężczyźni przeważali nad kobietami (3:1). W wieku 50 lat lub starszych było około dwóch trzecich ogólnej liczby chorych, z nich 15% miało 70 lat lub więcej. Tylko jedna osoba w wieku poniżej 20 lat była wśród chorych z potwierdzonym laboratoryjnie rozpoznaniem legionelozy. Względnie niski procent osób hospitalizowanych i niezwykle niska śmiertelność świadczą, że epidemia była mniej groźna niż zazwyczaj bywa przy epidemiach lokalnych.

Przyczyniły się do tego wczesne wykrycie epidemii i odpowiednio dobrane leczenie chorych oraz wczesne wdrożenie działań zapobiegających szerzeniu się zachorowań.

Dochodzenie epidemiologiczne wykazało, że epidemia została wykryta i zgłoszona 7 lipca. Powołano komitet, który natychmiast przystąpił do analizy sytuacji i zwalczania zagrożenia. Unieruchomiono wszystkie instalacje wodne jako potencjalne źródła zakażenia w mieście, włączając w to fontanny i systemy irygacyjne oraz zwiększając zawartość chloru w wodzie komunalnej. Wykryto i zlokalizowano obecność wież chłodniczych analizując widok miasta z lotu ptaka, przeprowadzono kontrolę ich stanu technicznego i wszystkie czasowo zamknięto do momentu oceny stopnia zagrożenia jaki powodowały.

Nie stwierdzono obecności bakterii *Legionella* w komunalnej wodzie pitnej i pomimo poziomu chloru mieszczącego się w dopuszczalnej normie, dla celów zapobiegania podniesiono poziom chlorowania, pomimo że występowanie zachorowań tylko w jednej części miasta - północnej, świadczyło, że woda komunalna jest mało prawdopodobnym źródłem zakażenia.

Analiza warunków meteorologicznych oraz miejsca zamieszkania lub okresowego przebywania osób chorujących wykazała, że wszyscy w krótkim okresie czasu od 29-30 czerwca 2001 r. narażeni byli na zakażenie przebywając w pobliżu jednej określonej wieży chłodniczej, źle utrzymanej. Inne wieże także były niewłaściwie konserwowane, ale w zasięgu ich działania nie było zachorowań i mniej było prawdopodobnym by mogły być źródłem zakażenia.

Pierwsze zachorowanie zgłoszono 26 czerwca, w okresie 27-30 czerwca wystąpiło 7 następnych, sporadycznych zachorowań, a od 1-8 lipca w sumie 180 zachorowań, 5-45 dziennie, najwięcej 5 lipca (45) i 6 lipca (41), 9 lipca zgłoszono już tylko 2 zachorowania. Należało oceniać, że epidemia wygasa, zakładając, że zakażenie szerzyło się 29-30 czerwca, przy okresie wylęgania najczęściej 5-9 dni, dzienna liczba zachorowań powinna się gwałtownie zmniejszać. Od 14 lipca nie zgłoszono nowych zachorowań.

Zalecenia: Zaproszona Międzynarodowa Grupa Ekspertów EWGLI zaleciła aby w okresie trwania VI Europejskich Młodzieżowych Dni Olimpijskich od 17 do 27 lipca 2001 r. kontynuowano badania źródeł zakażenia i stosowano środki zapobiegania. Wszystkie instalacje chłodzenia wodą powinny być oczyszczone i zdezynfekowane, a części pokryte grubym osadem wymieniowe zanim zostaną ponownie włączone do działania.

Wszystkie urządzenia chłodzenia wodnego (wieże chłodnicze) powinny być codziennie monitorowane pod względem zawartości w wodzie środka dezynfekującego i mikrobiologicznej analizy wody. Wszystkie te urządzenia powinny nadal stale być dezynfekowane bio-cydem utleniającym, np. odpowiednimi związkami chloru. Każda instalacja chłodnicza, która nie będzie poddawana zalecanemu postępowaniu powinna być natychmiast zamknięta. Fontanny i systemy irygacyjne powinny nadal być pozostawione jako nieczynne.

Badania mikrobiologiczne każdej z próbek pobranych ze środowiska powinny być wykonywane równolegle w lokalnym i Krajowym Referencyjnym Laboratorium.

Metody molekularne (PCR) stosowane przez laboratorium w Alicante (Hiszpania) powinny być stosowane równolegle do badań hodowlanych.

Badania epidemiologiczne i planowane badanie porównawcze grupy chorych i kontrolnej grupy zdrowych powinny być przeprowadzone.

Należy zapewnić uczestnikom i kierownictwu Młodzieżowych Dni Olimpijskich EYOD natychmiastowy dostęp do opieki zdrowotnej. Grupa Ekspertów orzekła, że jeżeli przestrzegane będą wszystkie wymienione warunki i zalecenia, uważa, że zagrożenie legionellozą w Murcii jest nie większe niż w jakiegokolwiek innej miejscowości. Szóste Europejskie Dni Młodzieży Olimpijskiej mogą odbyć się w Murcii w terminie planowanym 17-22 lipca 2001 r. bez obawy zagrożenia zachorowaniami na legionellozę.

Komentarz: Zachorowania na legionellozę występują najczęściej w lecie jako tzw. "letnie zapalenie płuc" występujące sporadycznie lub epidemicznie w zasięgu oddziaływania aerosoli wodnych zakażonych bakterią *Legionella*, rozsielanych z urządzeń klimatyzacji wilgotnej zakładów przemysłowych, handlowych, banków, hoteli i instytucji użyteczności publicznej. Rozpoznanie legionellozy ma znaczenie dla ukierunkowania skutecznego leczenia przeciwbakteryjnego i powinno być potwierdzone laboratoryjnie.

*Prof. Hanna Stypułkowska-Misiurewicz, członek EWGLI,
Zakład Bakteriologii PZH*

Niepożądane odczyny po szczepieniu przeciw żółtej gorączce

W tygodniku medycznym "Lancet" z 14 lipca 2001 r., opublikowano artykuł, w którym omówiono 7 przypadków, w tym 6 zakończonych zgonem, poważnych odczynów po szczepieniu przeciw żółtej gorączce. Przypadki te zanotowano w okresie od 1996 r. do 2001 r., w Australii - 1 przypadek, w Brazylii - 2 przypadki, w Stanach Zjednoczonych - 4 przypadki. Spowodowało to wzrost zainteresowania bezpieczeństwem szczepionek przeciw żółtej gorączce. ŚÓZ monitoruje dochodzenie prowadzone w tych krajach przez miejscowe władze.

ŚÓZ popiera wnioski o wznowienie dyskusji dotyczącej bezpieczeństwa i wskazań do stosowania szczepionki przeciw żółtej gorączce. Zaleca też, aby uzależnić podanie tej szczepionki podróżującym zależnie od indywidualnego poziomu ryzyka.

Chociaż rzeczywista częstość występowania ciężkich odczynów poszczepiennych po tej szczepionce nie została dotychczas określona, jednak posiadane informacje wskazują, że występują wyjątkowo rzadko. Jak oszacowano, w ciągu ponad 4 lat zastosowano na świecie ok. 150 mln dawek szczepionki - z tego 54 mln dawek zastosowano w Brazylii, gdzie zgłoszono tylko 2 przypadki poważnych niepożądanych odczynów poszczepiennych.

Żółta gorączka pozostaje nadal poważnym problemem zdrowia publicznego w Afryce i Ameryce Płd. jako nawracająca choroba, która zabija około 30.000 osób każdego roku. Ryzyko zachorowania na żółtą gorączkę zarówno dla osób mieszkających jak i podróżujących na terenach, gdzie szerzy się ta choroba, jest o wiele większe niż ryzyko wystąpienia niepożądanego odczynu poszczepiennego. Dlatego stanowisko ŚÓZ w sprawie szczepień przeciw żółtej gorączce pozostaje niezmiennione.

*na podstawie "Wkly Epid.Rec." (2001,29,217-218)
opracowała D.Naruszewicz-Lesiuk*