

Meldunek 9/A/01

o zachorowaniach na choroby zakaźne i zatruciach związkami chemicznymi zgłoszonych w okresie od 1.09 do 15.09.2001 r.

Jednostka chorobowa (symbole wg "Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych" ICD-10)	Meldunek 9/A		Dane skumulowane	
	1.09.01. do 15.09.01.	1.09.00. do 15.09.00.	1.01.01. do 15.09.01.	1.01.00. do 15.09.00.
Choroba wywołana przez ludzki wirus upośl.odp.: ogółem (B20-B24)	-	7	65	65
Dur brzuszny (A01.0)	-	-	2	8
Dury rzekome A.B.C. (A01.1-A01.3)	-	-	1	1
Salmonelozy: ogółem (A02)	1362	1597	14955	16424
Czerwonka bakteryjna /szigelozą/ (A03)	9	4	85	80
Inne bakteryjne zakażenia jelitowe: ogółem (A04)	202	164	3438	3769
Wirusowe i inne określone zakażenia jelitowe: ogółem (A08)	72	60	3721	3332
Biegunki u dzieci do lat 2: ogółem (A04; A08; A09)	471	454	11659	14303
w tym: BNO, prawdopodobnie pochodzenia zakaźnego (A09)	330	308	7340	9892
Teżec: ogółem (A33-A35)	-	1	13	7
Błonica (A36)	-	-	-	1
Krztusiec (A37)	113	147	1740	1434
Szkarlatyna /płonica/ (A38)	49	71	4871	6773
Zapalenie opon mózgowych: razem	131	100	1214	1213
w tym: meningokokowe (A39.0)	4	3	76	71
wywołane przez <i>Haemophilus influenzae</i> (G00.0)	2	2	44	56
inne bakteryjne, określone i nie określone (G00.1-G00.9)	20	25	427	480
wirusowe, określone i nie określone (A87; B00.3; B02.1)	95	55	554	482
inne i nie określone (G03)	10	15	113	124
Zapalenie mózgu: razem	43	38	336	355
w tym: meningokokowe i inne bakteryjne: ogółem (A39.8; G04.2)	5	5	81	77
wirusowe, przenoszone przez kleszcze (A84)	21	25	83	84
inne wirusowe, określone (A83; A85; B00.4; B02.0; B25.8)	1	-	15	18
wirusowe, nie określone (A86)	9	4	93	118
poszczepienne (G04.0)	-	-	1	1
inne i nie określone (G04.8-G04.9)	7	4	63	57
Riketsjozy: ogółem (A75-A79)	-	-	-	1
Ostre nagminne porażenie dziecięce, łącznie z poszczepiennym (A80)	-	-	-	-
Ospa wietrzna (B01)	454	772	83667	100765
Odra (B05)	2	1	118	61
Różyczka: ogółem (B06; P35.0)	316	295	81055	41894
Wirusowe zap. wątroby: typu A (B15)	54	7	386	149
typu B (B16; B18.0-B18.1)	87	115	1586	1955
typu C (B17.1; B18.2)	66	45	1327	1366
typu B+C (B16; B18.0-B18.1 + B17.1; B18.2)	2	5	83	97
inne i nieokreśl.(B17.0;B17.2-.8;B18.8-.9;B19)	10	11	156	226
Świnka /nagminne zapalenie przyusznic/ (B26)	219	192	9946	14839
Włośnica (B75)	-	-	22	31
Świerzb (B86)	545	581	9315	10195
Grypa: ogółem (J10; J11)	51	160	519505	1529367
Bakteryjne zatrucia pokarmowe: razem	1672	1752	18305	19122
w tym: salmonelozy (A02.0)	1361	1592	14900	16377
gronkowcowe (A05.0)	37	1	501	308
jadem kiełbasianym /botulizm/ (A05.1)	1	4	50	45
wywołane przez <i>Clostridium perfringens</i> (A05.2)	-	-	1	1
inne określone (A05.3-A05.8)	3	-	173	93
nie określone (A05.9)	270	155	2680	2298
Zatrucia naturalnie toksycznym pokarmem: ogółem (T62)	25	24	103	202
w tym: grzybami (T62.0)	24	24	91	200
Inne zatrucia: ogółem (T36-T60; T63-T65)	398	386	6510	6084
w tym: pestycydami (T60)	7	1	206	84
lekami, prep.farmakologicznymi i subst.biolog. (T36-T50)	242	225	3558	3418
alkoholem (T51)	105	104	1248	1377
Ostre porażenia wiotkie u dzieci (0-14 lat)	6	1	61	34

Zachorowania zgłoszone w okresie 1-15.09.2001 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	-	-	-	1362	9	471	-	113	49	131	4	43	21
Dolnośląskie	-	-	-	83	-	24	-	4	7	5	-	-	-
Kujawsko-Pomorskie	-	-	-	102	-	32	-	4	3	7	1	2	-
Lubelskie	-	-	-	168	-	20	-	-	-	7	-	1	1
Lubuskie	-	-	-	17	-	10	-	1	1	3	-	1	-
Łódzkie	-	-	-	68	-	23	-	17	1	3	-	-	-
Małopolskie	-	-	-	88	3	33	-	6	3	9	-	4	-
Mazowieckie	-	-	-	153	1	47	-	9	5	10	1	6	1
Opolskie	-	-	-	31	-	8	-	3	3	2	-	-	-
Podkarpackie	-	-	-	103	2	38	-	2	4	5	-	4	-
Podlaskie	-	-	-	33	-	7	-	20	1	6	-	10	9
Pomorskie	-	-	-	89	-	43	-	1	-	42	-	2	-
Śląskie	-	-	-	91	1	54	-	6	5	5	-	2	-
Świętokrzyskie	-	-	-	41	-	27	-	10	1	6	1	4	4
Warmińsko-Mazurskie	-	-	-	75	2	28	-	23	5	6	-	6	6
Wielkopolskie	-	-	-	100	-	60	-	7	6	4	1	1	-
Zachodniopomorskie	-	-	-	120	-	17	-	-	4	11	-	-	-

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	454	2	316	54	89	68	219	-	545	51	1672	24	398
Dolnośląskie	37	-	20	1	11	10	12	-	14	-	90	-	31
Kujawsko-Pomorskie	29	-	19	-	4	5	18	-	63	-	120	7	5
Lubelskie	18	-	16	-	2	3	8	-	25	-	204	5	34
Lubuskie	10	-	4	-	4	2	2	-	18	-	22	2	12
Łódzkie	25	-	16	4	10	6	2	-	30	-	89	1	167
Małopolskie	22	-	14	2	6	3	12	-	17	-	128	-	14
Mazowieckie	42	2	9	8	12	8	22	-	24	-	154	3	11
Opolskie	19	-	10	8	2	-	9	-	27	26	31	-	6
Podkarpackie	12	-	7	1	5	2	5	-	42	-	105	3	23
Podlaskie	14	-	3	-	3	-	5	-	13	-	33	-	5
Pomorskie	57	-	24	1	3	6	21	-	32	13	114	-	27
Śląskie	71	-	66	1	9	3	59	-	108	-	135	1	28
Świętokrzyskie	16	-	7	-	2	6	10	-	40	-	68	1	10
Warmińsko-Mazurskie	11	-	4	1	3	2	7	-	31	-	78	-	8
Wielkopolskie	50	-	89	26	8	9	22	-	25	12	109	-	1
Zachodniopomorskie	21	-	8	1	5	3	5	-	36	-	192	1	16

Chorzy nowo zarejestrowani w poradniach gruźlicy i chorób płuc w II kwartale 2001 roku
(dane Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc)

Województwo	Wszystkie postacie gruźlicy			
	ogółem	w tym dzieci i młodzież		w tym BK+
		0-14	15-19	
POLSKA	2469	21	53	1419
1. Dolnośląskie	191	3	4	125
2. Kujawsko-Pomorskie	114	-	2	73
3. Lubelskie	173	2	3	109
4. Lubuskie	40	-	-	24
5. Łódzkie	184	4	4	115
6. Małopolskie	127	-	3	122
7. Mazowieckie	380	5	9	208
8. Opolskie	56	-	1	41
9. Podkarpackie	144	1	4	85
10. Podlaskie	68	1	1	37
11. Pomorskie	165	5	3	81
12. Śląskie	364	-	8	153
13. Świętokrzyskie	129	-	4	68
14. Warmińsko-Mazurskie	93	-	-	30
15. Wielkopolskie	119	-	3	82
16. Zachodniopomorskie	122	-	4	66

Sytuacja zimnicy w Polsce - Polemika

Po ukazaniu się tekstu "Sytuacja zimnicy w Polsce" zamieszczonego w Meldunku 8/A/01 prof. dr hab. Zdzisław Dziubek przesłał do przewodniczącego Komisji Epidemiologii Chorób Zakaźnych Rady Sanitarno-Epidemiologicznej - prof. dr hab. Wiesława Magdzika list, który za zgodą Autora, w całości zamieszczamy niżej.

W związku z tym listem wyjaśniamy, że (1) materiały nadsyłane przez osoby, które pełnią funkcje związane z rozpoznawaniem, zapobieganiem, zwalczaniem, leczeniem chorób zakaźnych zamieszczane są w Meldunkach w zasadzie bez zmian, wyrażają opinie autorów i nie mają "mocy sprawczej"; (2) w uwagach Zakładu Epidemiologii, o których mowa w liście, nie ustosunkowywano się do treści "Sugestii pokonferencyjnych" opracowanych przez prof. dr hab. Zbigniewa Pawłowskiego. (red.)

* * *

Akademia Medyczna, Instytut Chorób Zakaźnych i Pasożytniczych
Klinika Chorób Odzwierzęcych i Tropikalnych
Warszawa, ul. Wolska 37

Pan
Prof. dr hab. Wiesław Magdzik

Niniejsze pismo kieruję do Pana jako przewodniczącego Komisji Epidemiologicznej Rady Sanitarno-Epidemiologicznej w odpowiedzi na publikację nt. zimnicy zamieszczone w Meldunku 8/A/01.

Jest to mój ostry protest odnoszący się do podjętych w Poznaniu ustaleń i na nadanie im wagi przez opublikowanie.

Z opublikowanego materiału wynika jasno, że Ośrodek poznański nadaje, sam sobie, rangę najważniejszego ośrodka w kraju, zarówno w kwestii rozpoznawania jak i leczenia zimnicy. Nie jest to pierwszy raz i dotyczy nie tylko zimnicy.

Informuję Pana, że w Klinice Chorób Odzwierzęcych i Tropikalnych w Warszawie corocznie leczymy chorych z różnymi postaciami zimnicy w ilości przewyższającej liczbę leczonych w każdym innym ośrodku w Polsce. W ciągu ostatnich 5 lat ilość leczonych u nas chorych stanowiło 36% wszystkich przypadków zimnicy w kraju.

Warszawa jest największym w kraju "portem", tu właśnie zawsze było i będzie najwięcej hospitalizowanych przypadków zimnicy. Sugestie aby wyeliminować ośrodek warszawski i chorzy z ciężką postacią zimnicy powinni być leczeni w Poznaniu i Gdyni, uważam za zupełnie błędne, wręcz szkodliwe, chociażby dlatego, że chorzy tacy nie mogą być transportowani na dalszą odległość, lekarz który wydałby decyzję transportu w takim przypadku odpowiadałby sądownie, i słusznie.

Nie zgadzam się również z innymi sugestiami (ustaleniami?). Nie tylko w Poznaniu prowadzi się nauczanie chorób tropikalnych, w Warszawie uczymy tego przedmiotu studentów i wielu lekarzy od przynajmniej 20 lat.

Nigdy dotychczas, i słusznie, nie było zwyczaju aby którykolwiek ośrodek akademicki czuł się upoważniony do kontroli innego ośrodka akademickiego i do tego przynajmniej równego sobie.

Nie widzę również sensu w typowaniu klinicznych ośrodków referencyjnych dla malarii, idąc za tą sugestią można stworzyć ośrodki dla np. leczenia salmonelloz, neuroinfekcji, posocznicy, zapalenia płuc itd.

Dotychczas z kolegami z Poznania miałem dobre kontakty, tak przynajmniej sądziłem, nie rozumiem więc chęci eliminowania przez prof. Pawłowskiego kliniki warszawskiej.

Dziwi mnie również opublikowanie przez Pana tych zamiarów w Meldunku, zamieszczone dalej uwagi Zakładu, którym Pan kieruje, sugerują, iż Pan to akceptuje.

Na zakończenie informuję, że zaproszenie na konferencję w Poznaniu otrzymałem, niestety z przyczyn ważniejszych nie mogłem w niej uczestniczyć o czym wcześniej organizatorów poinformowałem.

Prof. dr hab. med. Zdzisław Dziubek, Kierownik Kliniki

Inwazje *Echinococcus multilocularis* w Polsce

Tasiemiec *Echinococcus multilocularis* występuje najczęściej w jelicie lisa, a niekiedy psa i kota. Żywicielem pośrednim tego pasożyta, a równocześnie źródłem zarażenia dla lisów, są gryzonie polne, u których w wątrobie rozwijają się wielokomorowe postaci larwalne pasożyta.

Człowiek zaraża się przypadkowo, głównie przez kontakt z jajami *E. multilocularis* znajdującymi się w kale zakażonego lisa (brudne ręce, zanieczyszczone jagody). U człowieka bąblowiec wielojamowy rozwija się w wątrobie bardzo wolno (5-15 lat), dając zmiany naciekające, w środku często martwicze, podobne do zmian nowotworowych. Na podobieństwo nowotworów inwazja *E. multilocularis* może dawać przerzuty do narządów odległych, najczęściej do płuc i mózgu. Bąblowicę wielojamową (*alveolar echinococcosis* - AE) cechuje podstępny początek, wolny, ale stale postępujący rozwój choroby, wielorakie powikłania związane z ogniskiem pierwotnym w wątrobie lub przerzutami. AE należy podejrzewać w każdym przypadku zmian ogniskowych wątroby o niepewnej etiologii stwierdzonych technikami obrazkowymi. Niekiedy pierwszym objawem są zmiany neurologiczne wywołane przerzutami do mózgu. Badanie biopsyjne zmian AE w wątrobie jest niewskazane. Badanie serologiczne testami z wysokiej swoistości antygenami Em2+ lub Em-18, najczęściej potwierdza podejrzenie. Ostateczne rozpoz-

nianie stawia się znajdując typowy obraz histopatologiczny w preparatach uzyskanych w czasie zabiegu operacyjnego lub w badaniu pośmiertnym. Inwazja nierozpoznana lub nieleczona doprowadza do śmierci w 70% w ciągu 5 lat. Leczenie polega na radykalnym usunięciu zmian w wątrobie i następowym podawaniu albendazolu przynajmniej przez 2 lata. W przypadkach nieoperacyjnych pozostaje leczenie parazytostatyczne albendazolem przez wiele lat.

W Europie środkowej (Szwajcaria, Francja, Niemcy, Austria) od roku 1962 zarejestrowano 579 przypadków AE u ludzi. Do roku 1994 przypadki bąblowicy wielojamowej były w Polsce opisywane sporadycznie. Zainteresowanie AE w kraju znacznie wzrosło po opisanu w latach 1990 kilku nowych przypadków przez ośrodki kliniczne w Gdyni i w Białymstoku. Równocześnie potwierdzono fakt występowania inwazji *E.multilocularis* u lisów w Polsce typując kilka rejonów (np. okolice Kętrzyna) o znacznym ryzyku zakażenia wśród osób mających kontakt z runem leśnym skażonym kałem zarażonego lisa.

Klinika Chorób Pasożytniczych i Tropikalnych Akademii Medycznej w Poznaniu podjęła się w 1994 roku koordynacji badań nad AE w kraju oraz propagowaniem właściwych metod rozpoznawania i leczenia bąblowicy. Wytypowano kilka referencyjnych ośrodków klinicznych (Białystok, Gdynia, Poznań, Warszawa). Zabezpieczono nieodpłatnie wykonywanie w przypadkach podejrzanych badań serologicznych testem z antygenem EM2+ i Em-18. Zaprowadzono rejestr przypadków AE: do roku 1999 zarejestrowano w Polsce 13 przypadków, od 0 do 3 każdego roku, głównie u osób dorosłych. Stwierdzono rodzinne występowanie inwazji. Inwazje rozpoznawano przede wszystkim w byłym województwie olsztyńskim (8), suwalskim (2), elbląskim (1) i gdańskim (2). Odnotowano 2 zgony z powodu AE w przypadkach wykrytych w latach 1990 i 1992. Prowadzenie rejestru zakażeń jest kontynuowane przez Klinikę Chorób Pasożytniczych i Tropikalnych w Poznaniu, prowadzoną obecnie przez dr Jerzego Stefaniaka (ul. Przybyszewskiego 49, 60-355 Poznań, tel. (61) 869 1609; fax (61) 869 1699), która udziela konsultacji i wykonuje badania serologiczne w przypadkach podejrzanych.

*Prof. Zbigniew Pawłowski
Akademia Medyczna w Poznaniu*

Cholera w 2000 roku

Zachorowania na cholere wywołane przez przecinkowiec cholery 01 biotypu El Tor zgłaszano z wszystkich regionów świata. Oficjalnie w 2000 r. do ŚOZ z 56 krajów zgłoszono 137.071 zachorowań i 4.908 zgonów - śmiertelność utrzymała się na poprzednim poziomie i wynosiła 3,6%.

W Afryce zanotowano 118.932 zachorowania, co stanowi 87% ogólnej liczby przypadków na świecie, a śmiertelność w porównaniu do 1999 r. z 4,2% obniżyła się tu do 3,9%.

Azja zgłosiła 11.246 przypadków, co oznacza trzykrotny spadek liczby zachorowań w porównaniu do 1999 roku.

Przypuszczalnie rzeczywista liczba przypadków zachorowań na świecie była wyższa ze względu na niedorejestrowanie zachorowań jak i na ograniczenia w systemie surveillance'u.

W 2000 r. cholera powróciła na teren wysp Pacyfiku, gdzie nie zarejestrowano epidemii przez ponad 10 lat.

Afryka. Duże epidemie występowały w Afryce na Ko-

morach, Dem. Rep. Kongo, Dzibuti, Mozambiku, Somali i Płd. Afryce (Kwazulu-Natal). Epidemia, która wybuchła na Madagaskarze w 1999 r., w 2000 r. ogarnęła całą wyspę.

Na stałym poziomie utrzymywały się zachorowania w Gwinei i Dem. Rep. Kongo.

Wzrosła liczba przypadków na Komorach oraz na Madagaskarze - gdzie w 2000 r. zarejestrowano 29.083 przypadki ze śmiertelnością ok. 6%.

W Płd. Afryce, gdzie nie było epidemii od 1987 r., wystąpiła jednak epidemia w Kwazulu-Natal w sierpniu 2000 r., w której zarejestrowano 19.667 chorych i 68 zgonów - śmiertelność kształtowała się poniżej 0,5%, co demistyfikuje tę chorobę.

Ameryka. Obserwowano tu dalszy spadek zachorowań - zgłoszono do ŚOZ ogółem 3.101 chorych i 40 zgonów. Największy spadek wystąpił w Brazylii, Ekwadorze, Gwatemali i Nikaragui - nie mniej jednak najwięcej zachorowań wystąpiło poza Peru (934 przypadki), właśnie w Brazylii (715 przyp.), Salwadorze (631 przyp.) i Gwatemali (612 przyp.). Kilka krajów zostało skreślone z listy terenów zakażonych cholera.

Azja. Zgłoszono do ŚOZ 11.246 przypadków, co oznacza trzykrotny spadek zachorowań w porównaniu do 1999 r., kiedy zarejestrowano 39.417 przypadków. Liczba zgonów zmniejszyła się z 344 do 232. Na tę sytuację miało wpływ zmniejszenie zachorowań w Afganistanie (obecnie już tylko 4.330), Iranie i Iraku. Indie zarejestrowały 3.807, a Chiny 1.834 przypadki.

Europa. Wystąpiły tu wyłącznie zachorowania importowane, w Anglii 33 i Niemczech 2 przypadki.

Oceania. Po 10 latach przerwy w występowaniu cholery, cztery kraje zgłosiły do ŚOZ 3.757 zachorowania i 26 zgonów. Były to Mikronezja, Wyspy Marshalla i przypadki importowane w Australii oraz na wyspie Guam.

Stosowanie doustnej szczepionki przeciw cholere

Ze względu na ryzyko szerzenia się cholery w Mikronezji, ŚOZ zaleciła przeprowadzenie masowych szczepień w Federacji Stanów Mikronezji oraz na wyspach Marshalla. Również Wietnam zastosował tę szczepionkę do uodpornienia ludności narażonej na zakażenie cholera w związku z powodzią w delcie Mekongu. Ponadto zaszczepiano ludność na wyspie Mayotte w obawie przed zawleczeniem cholery z pobliskiej wyspy Anjonan (wyspy w pobliżu Afryki - zalew Mozambijski).

Doustne szczepionki przeciw cholere

Zebrano najważniejsze wiadomości o trzech szczepionkach dwu zabitych i jednej genetycznie zmodyfikowanej, żywej i atenuowanej ze szczepu CVD 103-HgR. Uznaje się, że te szczepionki są bezpieczne, immunogenne i skuteczne.

Możliwość stosowania szczepionki w sytuacjach zagrożenia

W maju 1999 r. odbyło się spotkanie ekspertów ŚOZ poświęcone dyskusji dotyczącej możliwości (potencjalnego) zastosowania doustnej szczepionki przeciw cholere w sytuacjach zagrożenia. Ze względu na trudność w przestrzeganiu zasad higieny, co jest najskuteczniejszą bronią przed cholera, konieczne jest rozpatrzenie nowej strategii w zapobieganiu tej chorobie. W świetle postępu badań prowadzonych od 1995 r. grupa ekspertów zaleciła rozważenie zastosowania szczepionki doustnej WC/rB w ochronie populacji zagrożonej wystąpieniem epidemii w ciągu 6 miesięcy, ale w której to populacji aktualnie epidemii nie stwierdzono. Ta-

kimi populacjami są grupy uchodźców i mieszkańcy slamsów. Zaleca się, żeby zapas szczepionki, która ma być wykorzystana do szczepienia populacji uznanej za zagrożoną (populacja wysokiego ryzyka), był nie mniejszy niż 2 miliony dawek. Grupa doradców w obrębie sekretariatu ŚOZ będzie odpowiedzialna za rozdysponowanie tego zapasu.

W notatce od wydawcy zebrano informacje, dotychczasowe opinie o stosowaniu szczepionki jako uzupełnienia do dotychczasowych metod zwalczania i zapobiegania cholery i podano źródło informacji o cholery.

*na podstawie "Wkly Epid.Rec." (2001,31,233-240)
opracowała D. Naruszewicz-Lesiuk*

Ogniska cholery

Indie. Miejscowe władze zgłosiły zachorowanie na biegunkę 34.111 osób (w tym 33 zmarły) od 7 lipca w 24 okręgach stanu Orissa. Przypadki te zostały wykryte w ramach systemu wczesnego ostrzegania. Zachorowania były związane z powodzią, która miała miejsce w tym czasie. Ludność Orissy liczy 37 mln osób - z których 8 mln zostało objętych powodzią.

Wśród przypadków ciężkiej biegunki, u których wykryto *Vibrio cholerae*, w grupie 121 próbek pochodzących z 5 okręgów (districts), 46% było dodatnich dla grupy serologicznej 0139. Odsetek ten był znacznie wyższy w porównaniu do wykrytych przecinkowców 0139 w 2000 r. w sąsiednim Bangladeszu.

W Bangladeszu stwierdzono 24% *V.cholerae* 0139 na terenach nie leżących na wybrzeżu i 7,2% na terenach nadbrzeżnych.

Europa. W okresie od 25 lipca do 13 sierpnia Federacja Rosyjska zgłosiła do ŚOZ 53 zachorowania na cholery (z innych źródeł wiadomo, że przypadki te wystąpiły w Kazaniu). Nie zarejestrowano zgonów.

*na podstawie "Wkly Epid.Rec." (2001,33,249 i 256)
opracowała D.Naruszewicz-Lesiuk*

Zawleczenie odry do Salwadoru - Podjęte działania zapobiegające rozszerzeniu się zachorowań na odrę w kraju

W Salwadorze, od 5 lat, tj. od 1996 r. nie zanotowano rodzimych zachorowań na odrę. W dn. 9 maja 2001 r., prywatny lekarz zgłosił do Ministerstwa Zdrowia dwa zachorowania podejrzane o odrę. Byli to dwaj bracia w wieku 22 i 23 lata, którzy zachorowali w dn. 30 kwietnia, na ósmy dzień po powrocie do Salwadoru z podróży do Europy. W okresie od 9 do 14 kwietnia przebywali w Szwajcarii, od 15 do 21 kwietnia w Madrycie. Wrócili w dn. 22 kwietnia samolotem przez Paryż, z 24 godz. przerwą w Houston.

Wywiad, co do kontaktu z chorym na odrę, zebrany w miejscowościach, w których przebywali, był ujemny - z wyjątkiem podróży ze Szwajcarii do Madrytu wagonem sypialnym, w którym w sąsiednim z ich przedziałem przebywała osoba chora, silnie kaszląca, również na korytarzu wagonu.

U jednego z chorych gorączka wystąpiła już 30 kwietnia, a wysypka dwa dni później, drugi chory zagorączkował 2 maja, tzn. 3 dni później niż jego brat, a wysypka pojawiła

się w 4 dniu gorączki. Obaj chorzy zostali przyjęci do prywatnego szpitala, gdzie przebywali w okresie od 7 do 14 maja. Uzyskano informację, że obaj otrzymali po 1 dawce szczepionki przeciw odrze 1 sierpnia 1980 r. Ich młodszy brat (wiek 8 lat), który podróżował z nimi był szczepiony przeciw odrze i nie zachorował.

U obu chorych w próbkach surowicy krwi, pobranej w dn. 9 maja, wykryto przeciwciała odrowe w klasie IgM.

W okresie wylegania choroby obaj bracia uczęszczali na uniwersytet oraz zarówno oni jak i ich rodzice wrócili na swoje miejsca zatrudnienia. Uogólniając, ustalono ich styczność tam i w innych miejscach z 20 osobami dorosłymi (min. w banku, sklepie, restauracji) oraz z 43 dziećmi.

Postępowanie przeciwepidemiczne

Chorych izolowano w szpitalu na okres 5 dni od wystąpienia wysypki - tj. do czasu kiedy mogli być zaraźliwi. Już 9 maja podjęto decyzję o zaszczepieniu przeciw odrze całego personelu szpitala, w którym leczono chorych. Natychmiast po oficjalnym potwierdzeniu laboratoryjnym odry, Minister Zdrowia Publicznego i Spraw Socjalnych zwołał konferencję prasową, powiadamiając o przypadkach importowanych odry i jakie w związku z tym podjęto działania zapobiegawcze, min. (1) zapewnienie koordynacji działań między Instytutem Bezpieczeństwa Społecznego i sektorem prywatnym; (2) zorganizowanie potwierdzających podejrzenia odry badań diagnostycznych i leczenia (izolacji) chorych; (3) zorganizowanie akcji informacyjnej w mediach; (4) zorganizowanie szkolenia w zakresie realizowania celów operacyjnych; (5) mobilizację społeczeństwa; (6) koordynację działania z CDC w celu określenia genomu wirusa; (7) codzienne śledzenie sytuacji epidemicznej z odpowiednim Komitetem Technicznym; (8) regularną analizę sytuacji epidemiologicznej z Komitetem Wykonawstwa Szczepień (Committee for Immunization Practices).

Działania przeciwepidemiczne obejmowały wizyty domowe i telefoniczny kontakt co 24 godz. oraz nadzór nad wszystkimi podejrzanymi przypadkami. Zaszczepiono przeciw odrze 18.618 osób w instytucjach, w których przebywali (odwiedzali) chorzy. Czynne poszukiwanie nowych zachorowań nie wykryło wtórnych przypadków - akcję tę zakończono 3 czerwca - czyli po maksymalnym okresie wylegania u osób z kontaktu. Nadzorem objęto 91 osób z kontaktu, a więc chorych, którzy byli hospitalizowani w tym samym szpitalu i okresie co chorzy na odrę, lekarzy, personel szpitalny, rodzinę chorych braci i ich kolegów. Badanie 83 osób podejrzanych o odrę wykazało brak przeciwciał odrowych w zakresie IgM, 6 osób (7%) posiadało przeciwciała IgM dla różyczki i 3 (4%) było dodatnich dla dengi.

W zaleceniach podano konieczność utrzymania stanu zaszczepienia populacji w 262 miastach powyżej 95%; prowadzenie akcji "od drzwi do drzwi" sprawdzania i uzupełniania szczepień; intensywnego nadzoru epidemiologicznego na poziomie miast (komunalnym) przez następne 12 tyg.; utrzymanie nadzoru nad podejrzanymi przypadkami zachorowania na odrę na poziomie kraju; szczepienie grup ryzyka (nauczyciele, profesorowie uniwersytetów, pracownicy wielkich zakładów produkcyjnych i sektora turystycznego, studenci, personel medyczny i komór celnych i pracownicy lotnisk).

*na podstawie PAHO/WHO "EPI Newsletter" (2001,3,1-3)
opracowała D. Naruszewicz-Lesiuk*

Zakażenia produkującą werocytotoksynę *Escherichia coli* w Danii w latach 1997-2000

Produkująca werocytotoksynę *E.coli* (VTEC) jest rozpowszechnioną zoonozą. Zakażenia VTEC charakteryzuje szerokie spektrum objawów klinicznych - od przebiegu bezobjawowego, przez łagodną biegunkę do ciężkiej, krwawej biegunki. Często obserwuje się gorączkę i wymioty. W ok. 10% przypadków, w szczególności u dzieci poniżej 5 roku życia, zakażenie komplikuje zespół hemolityczno-mocznicowy (HUS), który charakteryzuje uszkodzenie nerek, mikroangiopatyczna anemia hemolityczna i trombocytopenia (małopłytkowość).

Przypadki potwierdzone laboratoryjnie. Po stosunkowo niewielkiej liczbie zachorowań przed 1997 rokiem (kilka rocznie), w latach 1997-2000 wzrosły roczne liczby przypadków potwierdzonych laboratoryjnie (odpowiednio z 37 do 60). Połowę chorych stanowiły dzieci w wieku do 5 roku życia. Wzrost liczby zachorowań jest odzwierciedleniem doskonalenia się metod diagnostycznych. Do 1 czerwca 2001 roku zarejestrowano 21 przypadków.

W latach 1997-2000 określono ogółem 168 izolatów, wśród których O157 był najbardziej rozpowszechnionym serotypem, stanowiącym 26% przypadków. Stąd większość (74%) izolatów należała do innych grup, obejmujących około 30 różnych serotypów O:H (O26 - 14%, eae+; O103 - 12%, eae+; O145 - 7%, eae+; O117 - 7%, eae-; O121 - 4%, eae+; O91 - 4%, eae-; inne serotypy eae+ - 12%; inne serotypy eae- - 14%)*.

Rozmieszczenie geograficzne. Największą zapadalność rejestrowano w hrabstwach: Aarhus, Funen, Ribe, Storstrøm i Roskilde oraz w mieście Kopenhadze. Różnice regionalne wynikały ze stosowania bardziej czułych metod diagnostycznych na terenach o wysokiej zapadalności (od 9 do 34 /100.000).

Źródła zakażenia. VTEC izoluje się przede wszystkim od przeżuwaczy, skąd może się przedostawać do żywności w trakcie uboju i dalszych procesów obróbki, ale także do środowiska, a szczególnie wody. Dawka zakażająca jest niska, co wyjaśnia, dlaczego zakażenie od człowieka do człowieka jest stosunkowo częste. Większość zakażeń występuje wczesnym latem i we wrześniu. Około 1/4 chorych nabawia się zakażenia podczas podróży zagranicznych. Kontakt z zakażonymi bezobjawowo zwierzętami może prowadzić do zakażenia ludzi. Dlatego należy brać pod uwagę wskazania nadzoru nad żywnością, skierowane do turystów lub właścicieli zwiedzanych ferm, którzy zwykle przyjmują dzieci poniżej 5 roku życia. Dzieci narażone na kontakt ze zwierzętami, otoczeniem, w którym przebywają, przedmiotami zanieczyszczonymi odchodami, wymagają stosowania odzieży ochronnej i stworzenia warunków do mycia rąk. Zwiedzającym nie można proponować niepasteryzowanego mleka lub produktów pochodnych takiego mleka.

Rola wywiadu epidemiologicznego. Ze wszystkimi chorymi zarejestrowanymi w latach 1997-2000 przeprowadzono wywiad epidemiologiczny, nie ustalono jednak jakie są źródła zakażenia w Danii. U 45% chorych wystąpiła krwawa biegunka, ale tylko 47% tych przypadków było związanych z zakażeniem O157. Hospitalizowano 56 chorych. Spośród nich u 16 (29%) stwierdzono HUS, a 12 z tych chorych (75%) miało mniej niż 5 lat. O157 izolowano od dziesięciu (56%) chorych z zespołem HUS, a serotypy inne niż O157 - od siedmiu (44%): dwa przypadki O145 i po jednym O26, O103, O111, O137 i O165. Badania wskazują na wiele prawdopodobnych źródeł zakażenia. W odniesieniu do 49 chorych

(40%) ustalono, że wiedzieli oni o innych przypadkach biegunki, a 26 (53%) spośród nich przebywało w tych samych środowiskach rodzinnych. Żaden z tych przypadków nie był badany w kierunku VTEC.

Rejestrowane przypadki. Zakażenia VTEC i HUS zaczęto rejestrować odrębnie od 1 maja 2000 roku. W okresie do grudnia 2000 r. zgłoszono do Departamentu Epidemiologii 46 przypadków zakażenia VTEC. Zarejestrowano czterech chorych na HUS, spośród których jeden został zdiagnozowany podczas pobytu w klinice. Do 30% zarejestrowanych osób wysłano upomnienia. W 2001 roku do 1 czerwca zarejestrowano 21 przypadków zakażenia VTEC, w tym 3 z HUS. Krajowy Wydział Zdrowia przygotował wskazówki dotyczące postępowania z tymi zakażeniami.

* * *

W Polsce opublikowano wyniki badania próbek kału od osób z biegunką (175 dzieci i 82 dorosłych)¹ oraz od osób zdrowych (1.005 osób) z terenu kraju.² Od 93 osób z biegunką (36,2%) izolowano 163 hemolizujące szczepy z rodzaju *Escherichia*. Tylko w 2 przypadkach (0,8%) stwierdzono szczepy, które powodowały efekt cytotatyczny na linii Vero. Szczepy te były enterohemolizujące. Typowanie serologiczne wykazało przynależność obu szczepów do serotypu O26.¹ Od osób zdrowych z próbek kału wyhodowano 6 szczepów *E.coli* O157. Wszystkie szczepy wyizolowano od dorosłych osób.²

* eae - gen, który jest ważnym czynnikiem zakaźności (wirulencji) dla VTEC.

1. Sobieszcańska B.M., Gryko R., Franciczek R., Gościński G., Grześ I.: Charakterystyka werotoksycznych szczepów *Escherichia coli*. *Przegl Epidemiol.* 1999,53,375-383.

2. Szych J., Paciorek J., Kałużewski S., Burger-Cesarz M., Kaczmarek E., Grudziecka M., Kaszuba E., Kłós Z., Pięda G.: Występowanie pałeczek *Escherichia coli* O157 w kale zdrowych osób z wybranych grup na terenie kraju. *Med. Dośw Mikrobiol.* 1999,51,81-90.

na podst.: Scheutz F., Samuelson S. "Verocytotoxin-producing *E.coli* 1997-2000" (*EPI-News Denmark*, 2001,25)

opracowała A. Przybylska

"Meldunki" udostępnione są w Internecie na stronach
www.pzh.gov.pl www.medstat.waw.pl

Opracowuje zespół: Mirosław P. Czarkowski (kier. zesp.),
 Ewa Cielebąk, Barbara Kondej, Ewa Stepień - tel.: (022) 84-97-702, (022) 54-21-210; fax (022) 54-21-211; e-mail:
 epimeld@pzh.gov.pl epimeld@medstat.waw.pl

Kierownictwo naukowe: prof. dr hab. Wiesław Magdzik