

Hanna Stypulkowska-Misiurewicz, Ewa Gonera

## CZERWONKA W 1996 ROKU

Czerwonka stanowi poważny problem zdrowia publicznego nie tylko w krajach Afryki, gdzie występują endemiczne zachorowania wywołane przez *Shigella flexneri* i epidemiczne przez *S. dysenteriae* 1, odporne na najnowsze nawet leki przeciwbakteryjne (Burundi – Afryka Wschodnia) i wywołujące zespół hemolityczno-uremiczny – HUS (Natal – Afryka Południowa).

Czerwonka, jako choroba endemiczna jest rejestrowana we wszystkich krajach europejskich. W Niemczech wg danych Biuletynu Epidemiologicznego zgłoszono w 1996 roku 1 515 zachorowań (zapadalność 1,9 zachorowań na 100 000 mieszkańców), spadek o 19% w stosunku do roku poprzedniego. Z analizowanych 528 zachorowań we wschodnich landach 80% wywołanych było przez *S. sonnei*, 15% przez *S. flexneri*, 2% zachorowań przez *S. dysenteriae* i 2,5% przez *S. boydii*. W wielu krajach europejskich 50–70% zachorowań nabyto w trakcie pobytu w krajach pozaeuropejskich (Turcja, Egipt, Indie, Kenia i Republika Dominikańska). Szczepionki dla czynnego uodpornienia przeciw czerwonke znajdują się w trakcie zaawansowanych prac eksperymentalnych.

W Polsce postępuje zapoczątkowany w 1990 roku spadek liczby rejestrowanych zachorowań i zapadalności na czerwonkę. W roku 1996 zgłoszono 534 zachorowania, o 1/3 mniej niż w roku 1995, w którym zgłoszono 815 chorych i ponad sześciokrotnie mniej niż wynosiła mediana liczby zachorowań rejestrowanych w latach 1990–1994. Zapadalność w Polsce w roku 1996 wynosiła 1,4 na 100 000 mieszkańców i była najniższą od czasu wprowadzenia rejestracji tych zachorowań i niższa niż w krajach sąsiadujących: w Niemczech (1,9) i Szwecji (6,3).

W roku 1995 zapadalność na czerwonkę w Polsce była wyższa i wynosiła 2,11 na 100 000 mieszkańców, natomiast mediana zapadalności w latach 1990–1994 była sześciokrotnie wyższa i wynosiła 8,3 zachorowania na 100 000 mieszkańców. Tak znaczną zmianę zapadalności na czerwonkę wywołały najprawdopodobniej działania administracyjne: m.in. wprowadzenie odpłatności za bakteriologiczne badanie w laboratoriach Stacji Sanitarно-Epidemiologicznych osób chorych z objawami biegunki, lub z podejrzeniem zachorowania na czerwonkę. Jako czerwonkę rejestruje się tylko zachorowania o rozpoznaniu potwierdzonym badaniem bakteriologicznym.

Jeden zgon z powodu czerwonki wystąpił w województwie krakowskim; zmarł mężczyzna w wieku 65–69 lat.

Coraz większa liczba województw nie rejestruje zachorowań na czerwonkę. W roku 1996 nie zarejestrowano czerwonki w 10 województwach: w dwóch tych samych co w roku ubiegłym: jeleniogórskim i wrocławskim, oraz w 8 innych: białkopodlaskim, chełmskim, leszczyńskim, opolskim, pilskim, radomskim, sieradzkim i suwalskim. Z czterech województw zgłoszono tylko 1–2 zachorowania z: kaliskiego, łomżyńskiego, ostrołęckiego i poznańskiego (ryc. 1 i tab. I).

Tabela I. Czerwonka w Polsce w latach 1990-1996

Zachorowania i zapadalność na 100 000 mieszkańców wg województw

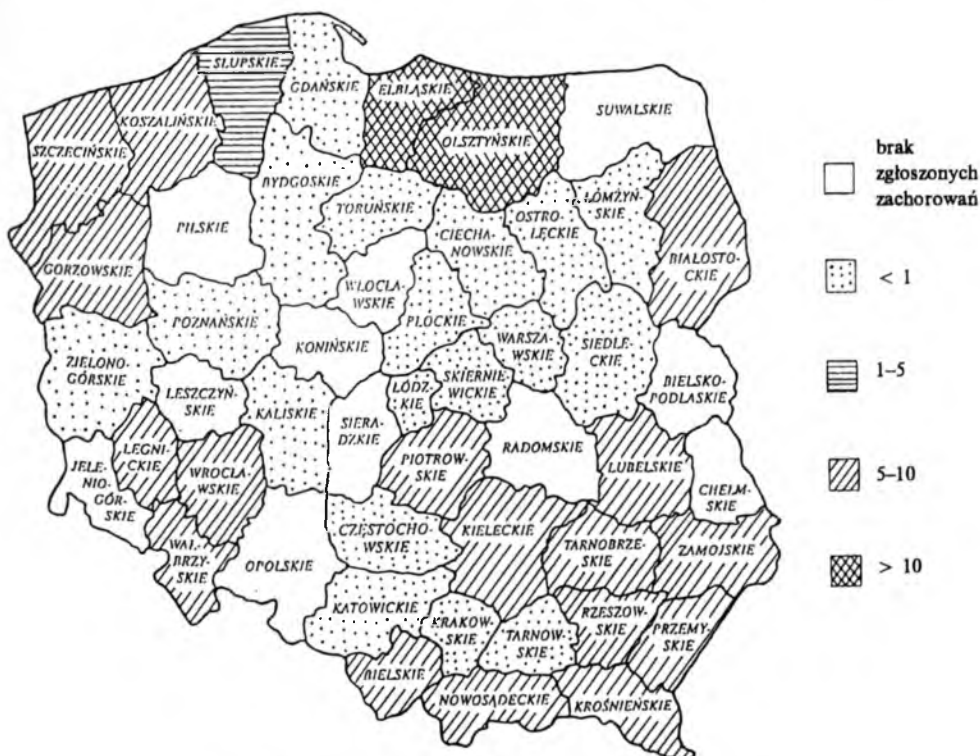
Województwo	Mediana 1990-1994		1995		1996	
	I. zach.	zapad.	I. zach.	zapad.	I. zach.	zapad.
1	2	3	4	5	6	7
<b>POLSKA</b>	3 210	8,3	815	2,1	534	1,4
1. St. warszawskie	144	6,0	105	4,3	9	0,4
2. Białkopodlaskie	5	1,6	1	0,3	-	-
3. Białostockie	9	1,3	6	0,9	28	4,0
4. Bielskie	28	3,1	4	0,4	34	3,7
5. Bydgoskie	11	1,0	8	0,7	3	0,3
6. Chełmskie	17	6,9	6	2,4	-	-
7. Ciechanowskie	8	1,9	5	1,1	3	0,7
8. Częstochowskie	8	1,0	3	0,4	3	0,4
9. Elbląskie	40	8,3	6	1,2	52	10,6
10. Gdańskie	78	5,4	23	1,6	5	0,3
11. Gorzowskie	21	4,0	6	1,2	7	1,4
12. Jeleniogórskie	15	2,9	-	-	-	-
13. Kaliskie	1	0,1	-	-	1	0,1
14. Katowickie	22	0,5	26	0,7	14	0,4
15. Kieleckie	99	8,8	24	2,1	14	1,2
16. Konińskie	18	3,8	5	1,0	7	1,5
17. Koszalińskie	45	8,7	8	1,5	9	1,7
18. M. krakowskie	38	3,1	19	1,5	5	0,4
19. Krośnieńskie	92	18,4	12	2,4	6	1,2
20. Legnickie	26	5,0	10	1,9	6	1,1
21. Leszczyńskie	8	2,1	2	0,5	-	-
22. Lubelskie	136	13,3	54	5,3	15	1,5
23. Łomżyńskie	5	1,4	6	1,7	1	0,3
24. M. łódzkie	1	0,1	1	0,1	2	0,2
25. Nowosądeckie	22	3,2	9	1,2	17	2,3
26. Olsztyńskie	89	11,8	21	2,7	81	10,5
27. Opolskie	4	0,4	1	0,1	-	-
28. Ostrołęckie	16	4,0	38	9,3	2	0,5
29. Piłskie	3	0,6	3	0,6	-	-
30. Piotrkowskie	5	0,8	3	0,5	31	4,8
31. Płockie	4	0,8	1	0,2	5	1,0
32. Poznańskie	6	0,4	2	0,1	1	0,1
33. Przemyskie	62	15,0	105	25,4	6	1,4
34. Radomskie	4	0,5	1	0,1	-	-
35. Rzeszowskie	46	6,3	16	2,1	10	1,3
36. Siedleckie	14	2,1	16	2,4	2	0,3
37. Sieradzkie	-	-	8	1,9	-	-
38. Skierniewickie	7	1,7	4	0,9	4	0,9
39. Słupskie	53	12,5	132	31,0	34	8,0
40. Suwalskie	22	4,6	1	0,2	-	-
41. Szczecińskie	25	2,6	12	1,2	31	3,1
42. Tarnobrzeskie	101	16,8	22	3,6	11	1,8

c.d. tab. I

1	2	3	4	5	6	7
43. Tarnowskie	76	11,4	5	0,7	5	0,7
44. Toruńskie	7	1,0	1	0,1	5	0,7
45. Wałbrzyskie	58	7,8	10	1,4	22	3,0
46. Włocławskie	—	—	—	—	—	—
47. Wrocławskie	30	2,7	33	2,9	27	2,4
48. Zamojskie	15	3,1	17	3,4	11	2,2
49. Zielonogórskie	13	2,0	14	2,1	5	0,7

W 9 województwach czerwonkę rozpoznano wyłącznie u chorych hospitalizowanych. Ogółem w szpitalach leczono 206 osób tj. 38,6% chorych zgłoszonych.

Najwyższą w Polsce zapadalność na czerwonkę obserwowano w województwach elbląskim (11) i olsztyńskim (10), ale dorównywała ona tylko medianie zapadalności w latach 1990–1994. Liczbę zachorowań wyższą od mediany zgłoszono w województwach: białostockim, bielskim, piotrkowskim i szczecińskim, w których wystąpiły niewielkie ogniska zachorowań w instytucjach dziecięcych i opiekuńczych.



Ryc. 1. Czerwonka w Polsce w 1996 roku wg województw.  
Zapadalność na 100 000 mieszkańców.

Tabela II. Większe epidemie i ogniska czerwonki w Polsce w 1996 roku (na podstawie rocznych sprawozdań MZ-57 i opisów nadesłanych do MZiOS)

Lp.	Czynnik etiologiczny	Liczba chorych (l. hospitaliz.)	Mie- siąc	Województwo	Miejscowość (środowisko)	Źródło zakażenia (nośnik)
1.	<i>S. flexneri</i> 2a	5 (?)	II	zielenogórskie	Miłowice (dom pomocy społecznej)	kontaktowe
2.	<i>S. flexneri</i> 3a	5 (5)	X	gorzowskie	Obrzyce k. Międzyrzecza (szpital psychiatryczny)	nosiciel (?)
3.	<i>S. sonnej</i>	15 (?)	III-IV	śląskie	?	?
4.*	<i>S. sonnei</i>	48 (5)	V	elbląskie	m. Malbork (dom dziecka)	nie ustalono
5.	<i>S. sonnei</i>	8 (?)	V	nowosądeckie	?	?
6.	<i>S. sonnei</i>	17 (?)	V-VI	wałbrzyskie	?	?
7.*	<i>S. sonnei</i>	28 (1)	VI	bielskie	w. Istebna (kolonia ZHP)	woda studzienna
8.	<i>S. sonnei</i>	22 (?)	VI	wrocławskie	?	?
9.*	<i>S. sonnei</i>	3 (?)	VI	wałbrzyskie	m. Wałbrzych (rodzina)	poza Polską
10.	<i>S. sonnei</i>	25 (4)	VIII	piotrkowskie	m. Sulejów (kolonia PCK)	nie ustalono
11.	<i>S. sonnei</i>	8 (?)	VIII	lubelskie	m. Lublin	?
12.	<i>S. sonnei</i>	11 (?)	IX	wrocławskie	?	?
13.	<i>S. sonnei</i>	27 (?)	IX-X	olsztyńskie	?	?
14.	<i>S. sonnei</i>	39 (0)	XII	olsztyńskie	m. Szczytno (dom pomocy społecznej)	nie ustalono

\* opisy ognisk nadesłane do MZiOS lub PZH

Z opisów epidemii nadesłanych do MZiOS oraz analizy rocznych sprawozdań wynika, że podobnie jak w roku poprzednim nie było epidemii czerwonki o dużej liczbie zachorowań lub występujących na rozległym terenie (tab. II). Największe ognisko, które objęło 48 osób w Domu Dziecka w Malborku wywołane było przez *S. sonnei*. Źródła zakażenia nie udało się ustalić. Ognisko w Domu Opieki Społecznej w Szczytnie woj. olsztyńskie, w którym prawie jednocześnie zachorowało 39 osób prawdopodobnie spowodowane było przez żywność zakażoną *S. sonnei*. Badanie różnych produktów żywnościowych nie pozwoliło ustalić, który z nich należałoby uznać za źródło zakażenia.

Zwracają uwagę dwa ogniska zachorowań importowanych:

– jedno wywołane przez *S. boydii* 2 u turystów powracających ze zbiorowego wyjazdu do krajów śródziemnomorskich (zgłoszono tylko jedno zachorowanie potwierdzone bakteriologicznie przez WSSE w Przemyśle, o pozostałych chorych wiadomo tylko z nieudokumentowanego wywiadu),

– drugie (*S. sonnei*) obejmujące 3 osoby w rodzinie powracającej z Turcji wykryto w woj. wałbrzyskim.

Pojedyncze zachorowanie wywołane również przez *S. boydii* wykryto u turysty chorującego po powrocie z Tunezji.

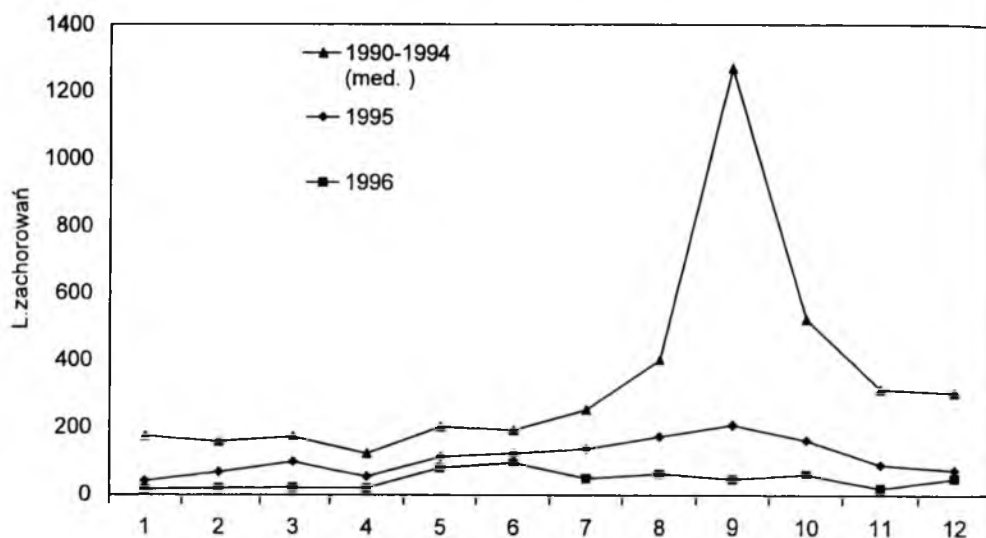
Nie odnotowano charakterystycznego wzrostu liczby zachorowań w okresie jesieni (ryc. 1 i 2). Krzywa sezonowa była płaska, jedynie nieco większą liczbę zachorowań zgłoszono w czerwcu. Zapadalność w miastach i na wsi różniła się nieznacznie, najwyższą obserwowano w miastach o 20–49 000 mieszkańców (tab. III). Podobnie jak w roku poprzednim ponad połowę chorych stanowiły dzieci i młodzież do 19 roku życia. Zapadalność w grupach wieku była podobna w mieście i na wsi, jednak w mieście zaznaczyła się znacznie wyższa zapadalność ludzi starszych, powyżej 60 r.ż. Zapadalność kobiet i mężczyzn była podobna w większości grup wieku (tab. IV).

Tabela III. Czerwonka w Polsce w latach 1995–1996. Liczba zachorowań i zapadalność na 100 000 w miastach i na wsi

Teren	1995		1996	
	l. zachorowań	zapadalność	l. zachorowań	zapadalność
Miasta: < 20 tys.	47	1,01	68	1,46
20–49 tys.	76	1,81	132	3,13
50–99 tys.	88	2,57	29	0,85
> 100 tys.	291	2,51	107	0,92
Miasto – ogółem	502	2,10	336	1,41
Wieś	313	2,13	198	1,34
Ogółem	815	2,11	534	1,38

Tabela IV. Czerwonka w Polsce w 1996 r. – wg wieku. Liczba zachorowań i zapadalność na 100 000 mieszkańców w mieście i na wsi oraz wśród mężczyzn i kobiet (wg daty rejestracji)

Grupy wieku	Teren				Ogółem		Płeć			
	Miasto		Wieś				Mężczyźni		Kobiety	
	l. zach.	zapad.	l. zach.	zapad.	l. zach.	zapad.	l. zach.	zapad.	l. zach.	zapad.
0	7	3,0	7	3,5	14	3,3	6	2,7	8	3,9
1	13	5,3	10	4,8	23	5,1	14	6,1	9	4,1
2	18	6,9	7	3,2	25	5,2	12	4,9	13	5,6
3	6	2,2	12	5,3	18	3,6	9	3,5	9	3,7
4	15	5,3	13	5,5	28	5,4	16	6,0	12	4,7
0–4	59	4,6	49	4,5	108	4,5	57	4,7	51	4,4
5–9	78	4,8	69	5,7	147	5,2	88	7,2	59	4,3
10–19	89	2,2	52	2,1	141	2,1	64	1,9	77	2,4
20–29	27	0,8	4	0,2	31	0,6	12	0,4	19	0,7
30–39	17	0,5	12	0,6	29	0,5	10	0,3	19	0,7
40–49	17	0,4	3	0,2	20	0,3	8	0,3	12	0,4
50–59	13	0,6	–	–	13	0,4	9	0,5	4	0,2
> 60	36	1,0	9	0,3	45	0,7	23	0,9	22	0,6
Ogółem	336	1,4	198	1,3	534	1,4	271	1,4	263	1,3



Ryc. 2. Czerwonka w Polsce w latach 1990-1996.  
Liczba zachorowań w miesiącach (wg daty zachorowania)

Analiza czynnika etiologicznego wykazała, że nadal głównym czynnikiem zakażenia była *S. sonnei* i to we wszystkich grupach wieku. Ogółem wywołała ona 94,2% zachorowań, *S. flexneri* tylko 4,1%. Udział *S. flexneri* wzrastał w wyższych grupach wieku od 10 do powyżej 60 lat (tab. V). Zachorowań wywołanych przez pozostałe gatunki Shigella, *S. dysenteriae* i *S. boydii* nie stwierdzono, poza dwoma zachorowaniami wywołanymi przez szczepę nabyte zagranicą.

Tabela V. Czerwonka w Polsce w 1996 r. - wg wieku i czynnika etiologicznego\*).  
Liczba i odsetki chorych (wg daty rejestracji)

Grupy wieku	Ogółem		Rozpoznanie laboratoryjno-epidemiologiczne							Rozpoznanie kliniczne		
			<i>S. sonnei</i>		<i>S. flexneri</i>		Inne					
	l.zach.	%	l.zach.	%	l.zach.	%	<i>S. dysent.</i>	<i>S. boydii</i>	<i>S. species</i>		<i>Ent. hist.</i>	
0-4	108	20,2	105	20,9	2	9,1	-	-	1	-	-	
5-9	147	27,5	146	28,8	2	9,1	-	-	-	-	-	
10-19	141	26,4	135	26,8	5	22,7	-	-	-	1	-	
20-39	60	11,3	50	9,9	5	22,7	-	1	1	2	1	
40-59	33	6,2	29	5,8	3	13,7	-	-	-	1	-	
> 60	45	8,4	39	7,8	5	22,7	-	-	-	-	1	
Ogółem:	1996	534	100,0	503	100,0	22	100,0	-	1	2	4	2
	%		100,0		94,2		4,1	-	0,2	0,4	0,7	0,4
Ogółem:	1995	815	100,0	707	100,0	92	100,0	1	3	-	6	6
	%		100,0		86,8		11,3	0,1	1,2	-	0,7	0,7

\*) na podstawie rocznych sprawozdań MZ-57 i opracowań Dz. Epidemiologii 49 WSSE

Odnotować należy po raz pierwszy zgłoszone zachorowania na czerwonkę pełzakową. *Entamoeba histolytica* stwierdzona została u 4 chorych w wieku 10-59 lat.

Klinicznie czerwonkę rozpoznano tylko u 2 chorych.

Sprawozdanie z badań bakteriologicznych wykonanych w WSSE i TSSE w 49 województwach wskazuje, że około 1/5 chorych nadal wydała pałeczki czerwonki jako ozdrowieńcy, a z nich 1/3 pozostaje nosicielami. Badania dla celów epidemiologicznych wykazują, że stosunkowo często występuje zakażenie osób w otoczeniu chorego. W roku 1996 zakażenie wykryto u 201 osób z kontaktu z chorym i u 31 osób badanych dla celów profilaktycznych m.in. pracowników branżowych (tab. VI).

Tabela VI. Czerwonka w Polsce w 1996 r. Liczba osób wydających pałeczki *Shigella* (na podstawie materiałów pracowni bakteriologicznych 49 WSSE)

Shigella gatunek/typ	Grupa osób bakteriologicznie dodatnich						
	chorzy	ozdrowieńcy	nosiciele	styczność	branżowcy*)		
					1996	1995	
<i>S. sonnei</i>	336	74	24	192	27	37	
<i>S. flexneri</i> razem	22		3	9	4	3	
w tym typ: 6	3				1		
3a	10		2				
2a	2			5			
1b	1						
4a					2		
BNO	6		1	4	1	3	
<i>S. boydii</i>	1					1	
<i>S. dysenteriae</i>							
<i>Shigella species</i>	1					1	
Ogółem	1996	360	74	27	201	31	×
	1995	525	155	21	175	×	42

\*) odsetki nosicieli wśród ogólnej liczby osób badanych na nosicielstwo: w 1996 r. – 0,005% (568 877 zbadanych), w 1995 r. – 0,008% (542 408 zbadanych)

W związku z malejącą od 2 lat liczbą wykrywanych zakażeń pałeczkami *Shigella*, Krajowy Ośrodek *Shigella* (PZH) przeprowadził w 1997 roku badanie kontrolne możliwości diagnostycznych 50 pracowni bakteriologicznych, głównie WSSE i TSSE prowadzących badania w kierunku *Shigella*. Badanie pilotowe wykazało nieodpowiednią jakość podłoży diagnostycznych stosowanych w wielu pracowniach terenowych do rutynowych posiewów próbek kału i brak możliwości rozpoznawania rzadziej występujących odmian *Shigella* z powodu wprowadzenia ograniczeń przy zakupie surowic diagnostycznych. Badanie będzie kontynuowane w roku 1998.

Należy jednak uznać, że główną przyczyną zbyt niskiej rejestracji czerwonki jest zła organizacja pobierania i przesyłania materiału do badań bakteriologicznych, a ponadto wprowadzenie opłat za badania diagnostyczne u chorych z objawami biegunki

i podejrzeniem o chorobę zakaźną. Zwolnione od opłat są tylko badania kontrolne wykonywane dla celów epidemiologicznych. Ograniczono w ten sposób zainteresowanie lekarzy pierwszego kontaktu, a często nawet lekarzy szpitalnych.

Analiza rejestrowanych zachorowań na czerwonkę i wyników dochodzenia epidemiologicznego w ogniskach czerwonki wskazuje, że niezbędna jest zmiana aktualnie obowiązującego systemu uzyskiwania danych o zachorowaniach na czerwonkę tak, aby przywrócić możliwość stałego monitorowania sytuacji epidemiologicznej tej choroby zakaźnej. Należy przypuszczać, że przywrócenie nieodpłatnych badań bakteriologicznych w przypadkach chorób biegunkowych, leży w interesie zdrowia publicznego. Badaniami tymi należałoby objąć również ludzi dorosłych i młodzież, nie tylko dzieci do lat 2. Dla osób powracających z zagranicy z objawami biegunki powinna istnieć możliwość bezpośredniego zgłaszania się do placówek SSE dla przeprowadzenia badań bakteriologicznych i parazytologicznych.