

*Hanna Stypulkowska-Misiurewicz, Ewa Gonera*

## CZERWONKA BAKTERYJNA W 1998 ROKU

Czerwonka bakteryjna jest nadal poważnym problemem w krajach rozwijających się, skąd do Europy i USA docierają zachorowania zawlezione przez podróżujących, nieświadomych zagrożenia m.in. z powodu braku rejestracji i diagnostyki zachorowań.

We wszystkich krajach o rozwiniętej państwowej służbie zdrowia publicznego, zachorowania na czerwonkę bakteryjną podlegają obowiązkowi rejestracji. Publikowane liczby odnoszą się do zachorowań diagnozowanych w różnym trybie. W Anglii z Walią i w Szkocji zachorowania są zgłaszane na podstawie rozpoznania klinicznego jako jednostka kliniczna czerwonka – „dysenteria” nie zawsze potwierdzona bakteriologicznie, natomiast na podstawie cotygodniowych sprawozdań publicznej służby laboratoryjnej (PHLS), publikowane są dane o zachorowaniach wywołanych pałeczką czerwonki *Shigella* ze zróżnicowaniem na *S. dysenteriae*, *S. flexneri*, *S. boydii* i *S. sonnei*.

W Szwecji rejestruje się wyłącznie przypadki rozpoznanej bakteriologicznie shigelozy z rozróżnieniem wywołującej ją gatunku *Shigella*. Zachorowania każdorazowo różnicowane są wg środowiska, w którym doszło do zakażenia: na rodzime (ok. 20%) i importowane (80%).

We Francji jeden raz w roku podawane są informacje Krajowego Ośrodka *Shigella* o izolowanych szczepach. Wszystkie kraje publikują dane o występujących zachorowaniach zbiorowych i wynikach epidemiologicznego dochodzenia w ogniskach. Najbardziej szczegółowe, comiesięczne informacje podaje służba sanitarna Czech, która rejestrowała od 1741 do 510 zachorowań rocznie w latach 1995–1998; zapadalność w 1998 roku wyniosła 5,1 na 100 000 mieszkańców i była prawie 4-krotnie wyższa niż zapadalność w Polsce w 1998 roku.

Od kilku lat w większości krajów europejskich zaznacza się spadek liczby rejestrowanych zachorowań na czerwonkę bakteryjną, ale w krajach tych, w tym również w Szwecji i w Anglii, zapadalność na czerwonkę jest wyższa niż w Polsce.

W 1998 roku w Polsce zaznaczył się niewielki wzrost liczby zachorowań na czerwonkę: zgłoszono 555 zachorowań, o 26% więcej niż w roku 1997, w którym zgłoszono 439 zachorowań, lecz prawie dwa i pół razy mniej niż wynosiła mediana rocznej liczby zachorowań zgłoszonych w latach 1992–1996.

Zapadalność w Polsce wynosiła 1,4 na 100 000 mieszkańców i była nieznacznie wyższa niż w roku 1997, kiedy to wynosiła 1,1 na 100 000 mieszkańców, ale ponad dwukrotnie niższa od mediany rocznych zapadalności w latach 1992–1996: 3,4 zachorowań wśród 100 000 mieszkańców.

Zgonów z powodu czerwonki w roku 1998 nie zgłoszono.

Czerwonka nie była zarejestrowana w 13 spośród 49 województw w kraju, w 4 tych samych co w roku 1997, a mianowicie w jeleniogórskim, leszczyńskim, sieradzkim i wrocławskim oraz 9 innych: chełmskim, kaliskim, legnickim, łódzkim, ostrołęckim, poznańskim, radomskim, skierniewickim, tarnowskim. Sporadyczne, pojedyncze zachorowania zgłoszono z 8 województw: bydgoskiego, ciechanowskiego, częstochowskiego, elbląskiego, koszalińskiego, pilskiego, piotrkowskiego i rzeszowskiego (tab. I). Z danych tych wynika, że czerwonki nie rozpoznawano w 1998 roku w połowie województw, a jeżeli zachorowanie wystąpiło nie wdrożono dochodzenia epidemiologicznego i postępowania przeciwepidemicznego.

Tabela 1. Czerwonka w Polsce w latach 1997-1998 wg województw\*.

Liczba zachorowań i zapadalność na 100 000 mieszkańców (wg daty rejestracji)

T a b l e 1. Shigellosis in Poland in years 1997-1998 by voivodeship

Number of cases and incidence rate per 100 000 population (by date of notification)

Województwo	Mediana 1992-1996		1997		1998	
	Zachorowania	Zapadalność	Zachorowania	Zapadalność	Zachorowania	Zapadalność
1	2	3	4	5	6	7
POLSKA	1 290	3,4	439	1,1	555	1,4
1. warszawskie	105	4,3	16	0,7	29	1,2
2. białkopodlaskie	1	0,3	3	1,0	9	2,9
3. białostockie	13	1,9	14	2,0	8	1,1
4. bielskie	6	0,7	4	0,4	32	3,5
5. bydgoskie	10	0,9	1	0,1	1	0,1
6. chełmskie	4	1,6	13	5,2	-	-
7. ciechanowskie	5	1,1	6	1,4	1	0,2
8. częstochowskie	3	0,4	1	0,1	1	0,1
9. elbląskie	17	3,5	30	6,1	1	0,2
10. gdańskie	23	1,6	4	0,3	4	0,3
11. gorzowskie	16	3,1	25	4,9	8	1,6
12. jeleniogórskie	6	1,1	-	-	-	-
13. kaliskie	1	0,1	1	0,1	-	-
14. katowickie	20	0,4	11	0,3	41	1,1
15. kieleckie	66	5,8	20	1,8	12	1,1
16. konińskie	7	1,5	17	3,5	25	5,2
17. koszalińskie	9	1,7	4	0,8	1	0,2
18. krakowskie	19	1,5	1	0,1	3	0,2
19. krośnieńskie	72	14,3	8	1,6	6	1,2
20. legnickie	12	2,3	3	0,6	-	-
21. leszczyńskie	21	5,4	-	-	-	-
22. lubelskie	75	7,3	5	0,5	8	0,8
23. łomżyńskie	2	0,6	2	0,6	3	0,8
24. łódzkie	1	0,1	1	0,1	-	-
25. nowosądeckie	17	2,3	6	0,8	45	6,0
26. olsztyńskie	45	5,9	9	1,2	3	0,4

c.d. tab. I

1	2	3	4	5	6	7
27. opolskie	3	0,3	-	-	2	0,2
28. ostrołęckie	16	4,0	2	0,5	-	-
29. piłskie	3	0,6	-	-	1	0,2
30. piotrkowskie	7	1,0	1	0,2	1	0,2
31. płoćkie	4	0,8	7	1,3	32	6,1
32. poznańskie	2	0,1	1	0,1	-	-
33. przemyskie	45	11,0	19	4,6	47	11,3
34. radomskie	1	0,1	2	0,3	-	-
35. rzeszowskie	28	3,8	2	0,3	1	0,1
36. siedleckie	14	2,1	6	0,9	107	16,2
37. sieradzkie	8	1,9	-	-	-	-
38. skierniewickie	4	0,9	2	0,5	-	-
39. śląskie	46	10,9	20	4,7	26	6,1
40. suwalskie	6	1,2	9	1,8	11	2,2
41. szczecińskie	18	1,8	61	6,1	35	3,5
42. tarnobrzeskie	63	10,4	4	0,7	30	4,9
43. tarnowskie	13	1,9	3	0,4	-	-
44. toruńskie	5	0,8	3	0,5	5	0,7
45. wałbrzyskie	22	3,0	3	0,4	4	0,5
46. włocławskie	-	-	-	-	-	-
47. wrocławskie	30	2,7	67	5,9	5	0,4
48. zamojskie	11	2,2	5	1,0	2	0,4
49. zielonogórskie	5	0,7	17	2,5	5	0,7

\* wg biuletynów rocznych PZH/MZIOS „Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce”

Tylko w 13 województwach stwierdzono wystąpienie kilkudziesięciu zachorowań na czerwonkę: w tym najwięcej w woj. siedleckim 107, aż dwa zachorowania zbiorowe, a następnie w woj. przemyskim, nowosądeckim i katowickim.

Najwyższą zapadalność na 100 000 mieszkańców odnotowano w woj. siedleckim 16,2 i przemyskim 11,3 oraz śląskim 6,1. Na zapadalność rzutują ogniska czerwonki występujące w słabo zaludnionym terenie.

Do MZiOS zgłoszono 10 ognisk czerwonki obejmujących w sumie 275 chorych (połowę z 555 zgłoszonych w 1998 roku w Polsce). Zbiorowe zachorowania wystąpiły w środowiskach szczególnie podatnych: Państwowych Domach Opieki Społecznej, w szpitalu psychiatrycznym, domu małego dziecka i w internacie szkolnym, z tego w dwóch ogniskach gwałtownie występujące zachorowania rozpoznawane były początkowo jako zatrucie pokarmowe. Tylko w jednym ognisku ustalono przypuszczalny nośnik zakażenia (tab. II).

Najwięcej zachorowań - 107 - zgłoszono w woj. siedleckim, w tym w 2 ogniskach zakładowych zgłoszono 98 zachorowań. Zachorowania wywołane były przez ten sam czynnik, stosunkowo rzadko wykrywany, *S.flexneri* 4a, który wystąpił u 25 osób w domu opieki w Mieni i 72 w szpitalu psychiatrycznym. Zachorowania szpitalne w placówkach psychiatrycznych są szczególnie trudnym problemem ze względu na

Tabela II. Większe epidemie i ogniska czerwonej bakterijnej w Polsce w 1998 roku  
(na podstawie rocznych sprawozdań MZ-57 i opisów nadesłanych do MZiOS)

Table II. Outbreaks of shigellosis in Poland in 1998  
(source: annual and outbreaks reports of sanitary epidemiological stations)

L.p.	Czynnik etiologiczny	Liczba chorych	Miesiąc	Województwo	Miejscowość (środowisko)	Źródło zakażenia (nośnik)
*1.	<i>S. flexneri</i> 4a	72	II-IV	siedleckie	Łuków – szp. psychiatryczny +8 osób (ogn. rodzinne) w Rudzie Serokowskiej	?
*2.	<i>S. flexneri</i> 4a	18	III-IV	katowickie	Orzesze – dom pom. społ.	tymbaliki z drobiu
*3.	<i>S. flexneri</i>	7	V	gorzowskie	wycieczka do Tunezji	?
*4.	<i>S. flexneri</i> 4a	26	VIII	płockie	Miszew Murowany – dom pomocy społecznej	?
*5.	<i>S. flexneri</i> 4a	25	X	siedleckie	Mienia – dom pom. społ.	?
*6.	<i>S. sonnei</i>	11	I	katowickie	Będzin – ośrodek pomocy dzieciom i rodzinie	?
*7.	<i>S. sonnei</i>	26	I-II	szczecińskie	Szczecin – przedszkole publ.	?
*8.	<i>S. sonnei</i>	33	V	przemyskie	Lubaczów – zespół placówek opiek.-wychow.	?
*9.	<i>S. sonnei</i>	25	IX	bielskie	Bielsko-Biała – państw. dom małego dziecka	?
*10.	<i>S. sonnei</i>	32	IX	nowosądeckie	Krynica – internat zespołu szkół gastronomicznych	?

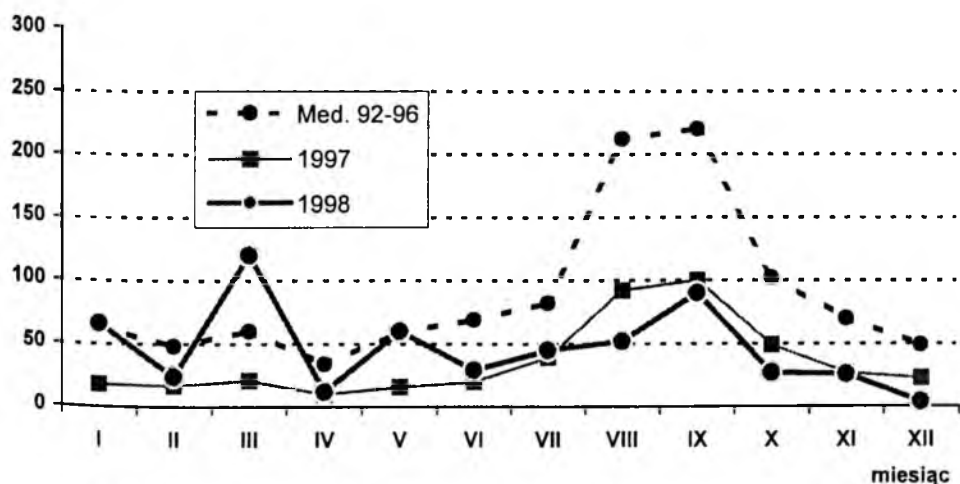
\*opisy ognisk nadesłane do MZiOS lub PZH

stan zdrowia podopiecznych i kłopoty materialne placówek i jak w powyższym przypadku wywołane bywają przez rzadko spotykane odmiany serologiczne. W sumie na 6 placówek związanych z pomocą społeczną, w których zanotowano ogniska czerwonki, aż w trzech stwierdzono zachorowania wywołane przez *S. flexneri* 4a. *S. sonnei* była czynnikiem epidemicznym tylko w dwóch ogniskach (w woj. szczecińskim i nowosądeckim). Poza tym tylko jedno ognisko odnotowano w przedszkolu i tylko jedno w internacie szkolnym szkoły gastronomicznej; były to jedyne placówki dziecięce i młodzieżowe wymagające interwencji epidemiologa z powodu zachorowań na czerwonkę. W poprzednich latach znacznie więcej zgłaszano ognisk zachorowań na czerwonkę.

Na szczególną uwagę zasługuje wykrycie *S. flexneri* 4a jako czynnika epidemicznego aż w 4 ogniskach czerwonki. Nie wykryto między nimi żadnego związku epidemiologicznego. W sumie *S. flexneri* 4a była czynnikiem etiologicznym u 141 osób, które zachorowały w ogniskach. Nie wszystkie wyizolowane szczepy *S. flexneri* typowano serologicznie, m.in. nie określono typu serologicznego szczepów *S. flexneri* izolowanych od 7 osób, które chorowały po powrocie z wycieczki do Tunezji.

Ogółem zgłoszono tylko jedno ognisko wśród osób powracających z wyjazdów turystycznych do Płn. Afryki, na wybrzeże M. Śródziemnego. Na podstawie wywiadów można wnioskować, że zachorowań jest znacznie więcej, nierzadko o bardzo gwałtownych objawach klinicznych. Brak badań bakteriologicznych po powrocie z wyjazdu powoduje, że zachorowania nie są rozpoznane i zarejestrowane.

Liczby zachorowań na czerwonkę odnotowanych w poszczególnych miesiącach 1998 roku, podobne były do liczb krzywej sezonowej roku 1997. Krzywa sezonowa uległa spłaszczeniu w porównaniu do krzywej sezonowej mediany miesięcznych liczb zachorowań zarejestrowanych w latach 1992–1996, kiedy to w sierpniu i wrześniu znacznie więcej rejestrowano zachorowań niż w pozostałych miesiącach roku (ryc. 1).



Ryc. 1. Czerwonka w Polsce. Miesięczna liczba zachorowań w latach 1997–1998 (wg daty zachorowania)

Fig. 1. Shigellosis in Poland. Seasonal distribution in years 1997–1998 (by date of onset of illness)

Tabela III. Czerwonka w Polsce w latach 1997-1998\*.

Liczba zachorowań i zapadalność na 100 000 w miastach i na wsi.

T a b l e III. Shigellosis in Poland in years 1997-1998.

Number of cases and incidence rate per 100 000 in urban and rural population

Teren	1992-1996 (mediana)		1997		1998	
	I. zachor.	zapid.	I. zachor.	zapid.	I. zachor.	zapid.
Miasta <20 tys.	89	1,9	24	0,51	119	2,48
20-49 tys.	132	3,1	25	0,59	58	1,37
50-99 tys.	153	4,4	52	1,52	51	1,52
>100 tys.	350	3,0	162	1,40	112	0,97
Miasto - ogółem	773	3,3	263	1,10	340	1,42
Wieś	517	3,5	176	1,20	215	1,46
Ogółem	1 290	3,4	439	1,14	555	1,44

\* wg biuletynów rocznych PZH/MZIOS „Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce”

W 1998 roku ponad 100 zachorowań wystąpiło w marcu (epidemie), a tylko 50 w sierpniu i poniżej 100 we wrześniu. Prawdopodobnie na wysokość krzywej wpływają zachorowania zgłoszone najczęściej w ogniskach występujących w instytucjach opiekuńczych, szpitalach i innych zbiorowiskach, a nie jak uprzednio zachorowania dzieci w żłobkach i przedszkolach, których zwykle najwięcej było na jesieni, po powrocie dzieci z wakacji letnich na wsiach.

Tak jak w latach ubiegłych więcej zachorowań rozpoznano w miastach niż na wsiach, ale zapadalność była nieznacznie wyższa na wsiach (tab. III). Najwięcej zachorowań (119) zgłoszono z małych miast, o mniejszej niż 20 tys. liczbie mieszkańców i w nich zapadalność była najwyższa (2,48 na 100 000). Jest to sytuacja całkowicie odmienna w porównaniu do roku 1997 i mediany rocznych zachorowań w latach 1992-1996, kiedy znacznie więcej zachorowań odnotowywano w dużych miastach o ludności powyżej 100 000 mieszkańców.

W miastach najczęściej zachorowań wystąpiło wśród młodzieży w grupie wieku 10-19 lat (110 zachorowań, w tym w jednym tylko ognisku w internacie 32).

Najwyższa zapadalność w miastach wystąpiła u dzieci jednorocznych (7,6) i dwuletnich (6,9) na wsi u dzieci jednorocznych (6,3 na 100 000). Wyjątkowo znaczna zapadalność (2,6 na 100 000) wystąpiła na wsi wśród osób w wieku 60 lat i wyżej (ogniska w domach opieki) (tab. IV). Liczba chorych i zapadalność kobiet i mężczyzn były podobne. Jak zwykle w wieku 0-2 lat choruje więcej chłopców i nieco wyższa jest ich zapadalność. Zaskakującym jest jednak fakt, że w roku 1998 we wszystkich grupach wieku większa była liczba chorych mężczyzn i wyższa zapadalność niż kobiet.

Zachorowania na czerwonkę w 1998 roku wg wieku i czynnika etiologicznego przedstawiają się wyjątkowo interesująco (tab. V). Po raz pierwszy od prawie dwudziestu lat 36,2% zachorowań wywołała *S. flexneri*. Zachorowania wywołane przez *S. sonnei* wystąpiły u 62,2%. W roku 1997 i latach poprzednich *S. sonnei* wywoływa-

Tabela IV. Czerwonka w Polsce w 1998 roku wg wieku\*.

Liczba zachorowań i zapadalność na 100 000 mieszkańców w mieście na wsi oraz wśród mężczyzn i kobiet (wg daty rejestracji)

Tabela IV. Shigellosis in Poland in 1998 by age, sex and terrain.

Number of cases and incidence rate per 100 000 by age: in urban and rural population, in men and women (by date of reporting)

Grupy wieku	Teren				Ogółem		Płeć			
	Miasto		Wieś				Mężczyźni		Kobiety	
	l. zachor.	zapad.	l. zachor.	zapad.	l. zachor.	zapad.	l. zachor.	zapad.	l. zachor.	zapad.
Ogółem	340	1,4	215	1,5	555	1,4	289	1,5	266	1,3
0	8	3,7	1	0,5	9	2,2	6	2,9	3	1,5
1	17	7,6	12	6,3	29	7,0	16	7,5	13	6,4
2	16	6,9	4	2,1	20	4,7	13	6,0	7	3,4
3	13	5,3	3	1,5	16	3,6	8	3,5	8	3,6
4	15	5,7	5	2,3	20	4,2	9	3,7	11	4,7
0-4	69	5,9	25	2,5	94	4,3	52	4,7	42	4,0
5-9	72	4,9	24	2,0	96	3,6	49	3,6	47	3,6
10-19	110	2,8	18	0,7	128	2,0	65	2,0	63	2,0
20-29	25	0,7	13	0,6	38	0,7	23	0,8	15	0,5
30-39	23	0,7	14	0,7	37	0,7	21	0,8	16	0,6
40-49	15	0,4	25	1,2	40	0,6	22	0,7	18	0,6
50-59	9	0,4	28	2,2	37	1,0	21	1,2	16	0,8
>60	17	0,5	68	2,6	85	1,3	36	1,4	49	1,3

\* wg biuletynów rocznych PZH/MZIOS „Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce”

ła 90% zachorowań, a *S. flexneri* 7,8%. Oba gatunki pałeczki czerwonki wywołują wprawdzie zachorowania we wszystkich grupach wieku, ale wyraźnie widać, że *S. sonnei* występuje głównie w zachorowaniach dzieci i młodzieży – 81% zachorowań, a *S. flexneri* u dorosłych w wieku 60 lat i wyżej (33,3% zachorowań) oraz w wieku 30–50 lat (41,7%). Klinicznie rozpoznano czerwonkę tylko u 6 osób, w zachorowaniach zbiorowych. Zachorowań wywołanych przez *S. dysenteriae* i *S. boydii* w zasadzie nie rozpoznawano, poza jednym przypadkiem, wywołanym przez *S. boydii* u dziecka poniżej 5 lat.

Ze sprawozdań nadesłanych przez pracownie bakteriologiczne 49 WSSE wynika, że prawie u 150 chorych pałeczki *Shigella* izolowano poza placówkami laboratoryjnymi SSE. Ogółem w 1998 roku badaniem bakteriologicznym stwierdzono wydalanie pałeczek *Shigella* u 730 osób. Liczba ta była o 33% wyższa niż wykryto w 1997 roku (547 osób) (tab. VI).

Wśród 490 osób wydalających *S. sonnei* chorzy stanowili ok. 50% (233 osoby), pozostali wydalali *S. sonnei* bezobjawowo. Szczególnie często stwierdzano wydalanie bezobjawowe wśród osób badanych w związku z ich stycznością z chorym na czerwonkę wywołaną przez *S. sonnei*. Znacznie rzadziej stwierdzano nosicielstwo *S. flexneri* wśród branżowców, jak i wśród osób ze styczności z chorym. Przyczyną może być większa zjadliwość pałeczek *S. flexneri* niż *S. sonnei* i częściej występujące

Tabela V. Czerwonka w Polsce w 1998 roku – wg wieku i czynnika etiologicznego\*.

Liczba i odsetki chorych (wg daty rejestracji)

T a b l e V. Shigellosis in Poland in 1998 year by age and etiological agent.

Number and percentage of cases (by date of reporting)

Grupy wieku	Ogółem		Rozpoznanie bakteriologiczno-epidemiologiczne						Rozp. klin.		
			<i>S. sonnei</i>		<i>S. flexneri</i>		Inne				
	l. zachor.	%	l. zachor.	%	l. zachor.	%	<i>S. dysent.</i>	<i>S. boydii</i>		<i>S. spec.</i>	
0-4	94	16,9	84	24,3	9	4,5	–	1	–	–	
5-9	96	17,3	87	25,2	8	4,0	–	–	–	1	
10-19	128	23,1	109	31,6	19	9,5	–	–	–	–	
20-29	38	6,8	21	6,1	14	7,0	–	–	–	3	
30-39	37	6,7	12	3,5	23	11,4	–	–	–	2	
40-49	40	7,2	12	3,5	28	13,9	–	–	–	–	
50-59	37	6,7	4	1,2	33	16,4	–	–	–	–	
<60	85	15,3	16	4,6	67	33,3	–	–	–	–	
Ogółem:	1.	555	100,0	345	100,0	201	100,0	–	1	–	8
	%	100,0		62,2		36,2		–	0,2	–	1,4
1997 r.	1.	439	100,0	395	100,0	34	100,0	1	–	1	8
	%	100,0		90,0		7,8		0,2	×	0,2	1,8

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

zachorowanie niż zakażenie bezobjawowe. Większa wrażliwość pałeczek *S. flexneri* i ich wymagania wzrostowe powodują, że trudniej za pomocą rutynowych badań bakteriologicznych wykazać ich obecność u badanego zdrowego człowieka.

Przegląd lekooporności szczepów *Shigella* nadesłanych do Krajowego Ośrodka *Shigella* w PZH wykazał, że wszystkie zbadane szczepy *S. sonnei* i *S. flexneri* wrażliwe były na leki furanowe (np. nifuroksazyd), cefotaksym, kwas nalidyksowy i imipenem. Ponadto 100% szczepów *S. sonnei* wrażliwych było na amoksycylinę z kwasem klawulanowym, gentamycynę i kolistynę. Podobnie jak w roku ubiegłym szczepy *S. sonnei* odporne były na biseptol (w tym na sulfametoksazol 97,2% i trimetoprim 100%), ampicylinę 100%, na doksycyklinę 100% i streptomycynę 77% oraz jeden szczep odporny na chloramfenikol. Pałeczki *S. flexneri* opornością na leki różniły się od pałeczek *S. sonnei*. Wśród zbadanych w 1998 roku szczepów *S. sonnei* na biseptol było opornych 57% szczepów, na streptomycynę – 62%, na chloramfenikol – 71,4%, na doksycyklinę – 73%, na ampicylinę – 74%, na gentamycynę – 27%, na kolistynę – 3% i na amoksycylinę z kwasem klawulanowym – 7% opornych.

Wyniki te wskazują, że o ile w leczeniu empirycznym czerwonki można stosować nifuroksazyd, to przy braku efektu leczniczego konieczne jest zbadanie lekooporności wyizolowanego szczepu *Shigella*, zwłaszcza jeżeli czynnikiem zakaźnym jest *S. flexneri*, lub inna rzadko spotykana odmiana biochemiczne lub serologiczne.

Reasumując, niewielki wzrost w roku 1998 liczby zachorowań na czerwonkę (o 116 przypadków) w porównaniu do roku 1997 nie zmienia faktu, że od 1993 spada liczba zgłoszonych corocznie zachorowań. Wprowadzona od 1994 r. odpłatność za wykonywane w laboratoriach SSE badania diagnostyczne spowodowała, że zacho-



Tabela VI. Czerwonka bakteryjna w Polsce w 1998 roku. Wyniki badań bakteriologicznych w kierunku pałeczek Shigella

(na podstawie materiałów pracowni bakteriologicznych 49 WSSE)

Table VI. Shigellosis in Poland in 1998 year. Positive results of bacteriological examinations of different groups of persons (cases, convalescents, carriers, contacts and foodstuff) (source: laboratory annual reports of all sanitary-epidemiological stations)

Shigella gatunek/typ	Grupy osób bakteriologicznie dodatnich					
	chorzy	ozdrow.	nosiciele	styczność	branzowcy*	
					1998	1997
<i>S. sonnei</i>	233	70	26	149	12	27
<i>S. flexneri</i> razem	164	29	4	42	1	1
w tym typ:	6	-	-	5	1	-
1a	1	-	-	-	-	-
1b	1	-	-	-	-	-
2a	3	-	-	-	-	-
3a	1	-	1	-	-	-
4a	103	28	3	17	-	-
w.Y	27	-	-	10	-	1
BNO	23	1	-	10	-	-
<i>S. boydii</i>	-	-	-	-	-	-
Ogółem:						
1998	397	99	30	191	13	×
1997	261	89	29	140	×	28

\* Odsetek nosicieli wśród ogólnej liczby badanych na nosicielstwo: w 1997 r. - 0,0065% (496 465 zbadanych); w 1998 r. - 0,0025% (511 857 zbadanych).

rowania na czerwonkę rozpoznawane są prawie wyłącznie w ogniskach zatrucia pokarmowego w zakładach opieki społecznej i szpitalach psychiatrycznych. Wiąże się z tym dominacja *S. flexneri* głównie serotypu 4a w etiologii zachorowań w ogniskach (ogółem 5 ognisk - 148 osób) nad *S. sonnei* (5 ognisk - 126 osób) i zmiana w krzywej sezonowej miesięcznie rejestrowanych zachorowań (dominacja zachorowań wiosennych: marcowo - majowych) nad letnio - jesiennymi. Ze względów epidemiologicznych należałoby przywrócić nieodpłatność badania diagnostycznego chorób biegunkowych.

H. Stypułkowska-Misiurewicz, E. Gonera

## DYSENTERY IN 1998

### SUMMARY

Since the year 1992 a dramatic decrease of dysentery cases notified every year has been observed in Poland. In 1994 the microbiological examination of diarrhoea stool specimens stopped to be free of charge. Dysentery started to be recognised only in the cases suspected as foodborne

disease outbreak investigated for epidemiological reason. This practise influenced the change in the epidemiological feature of dysentery in 1998: increase of cases due to *S. flexneri* infection (all together 36% of cases) mostly serological type 4a, and decrease of cases due to *S. sonnei* infection (from 90% to 60%). There were no more summer – autumn seasonal increase in number of monthly registered dysentery cases in July – September but spring increase March-May was observed that is rather unusual in Poland. We suggest that free of charge microbiological examination of diarrhoea stool specimens should be reintroduced due to epidemiological interest – surveillance of infectious diseases.

Adres autorek:

Hanna Stypułkowska-Misiurewicz

Zakład Bakteriologii – Krajowy Ośrodek Shigella

Państwowy Zakład Higieny

ul. Chocimska 24, 00-791 Warszawa