
JOHAN BÉLA ORSZÁGOS EPIDEMIOLOGIAI KÖZPONT

Epinfo

Megemlékezés Johan Béláról	173
Chlamydia pneumoniae	174
Humán influenza A/H7N7 fertőzések	178
Hazai információ Influenza	179
Fertőző betegségek adatai	183
Aerobiológiai jelentés	186

 Epidemiológiai Információs Hetilap

MEGEMLÉKEZÉS JOHAN BÉLÁRÓL

"Az ember élete tele van lehetőségekkel, hogy egészségünket védjük, ellentálló képességünket fokozzuk és tele van alkalmakkal, hogy egészségünket veszélyeztessük vagy elveszítsük. Ez minden felnőtt magánügye, de az egyéneken keresztül nemzeti ügy is." (Johan Béla: A közegészségügy és a közösség. Új idők Szépirodalmi, művészeti, képes hetilap és kritikai szemle. 1943. XLIX. évf. 44. szám.)

Johan Béla ezen gondolatai tükröződnek a nevét viselő **Egészség Évtizedének Nemzeti Programjában**, a 35/2002. (VI. 28.) Országgyűlési Határozat célkitűzéseiben: **"Emberközpontú összefogással el kell érjünk, hogy az egészség alapérték legyen az élet minden területén. Minden egyes tett, legyen az politikai, kormányzati, társadalmi, gazdasági vagy akár médiajelenség, kerüljön megméréstetésre, mennyiben szolgálja az egyes ember és a magyar társadalom egészségének ügyét. Az állampolgár érezze, hogy a társadalom és a Kormány minden segítséget megad neki egészsége megőrzéséhez és ő maga pedig felelősségteljesen éljen is a lehetőségekkel."**

A magyar közegészségügy-járványügy megszervezéséért végzett kiemelkedő tevékenysége előtt fejet hajtva emlékezünk Johan Bélára halálának 20. évfordulóján.

CHLAMYDIA (CHLAMYDOPHILA) PNEUMONIAE FERTŐZÉSEK

A **C.pneumoniae** felfedezésének története 1965-re nyúlik vissza. Grayston és mtsai Taiwanban trachoma elleni vakcinával kapcsolatos klinikai vizsgálatok során a kísérletben résztvevő gyermekekből **Chlamydia** törzseket izoláltak. A 183. izolátumot is **Chlamydia trachomatis**-nak tartották. Akkoriban helytelenül még „trachoma vírusnak” nevezték a kórokozót. Ma a baktériumokhoz sorolják az apró, obligát intracelluláris mikroorganizmusokat, amelyekről ismert, hogy energiaszükséglet tekintetében a gazdasejtre vannak utalva. 1972-ben, a Grayston laboratóriumában végzett szerológiai vizsgálatok igazolták, hogy a TW-183-as izolátum nincs összefüggésben a szem trachomás megbetegedésével, valamint kimutatták, hogy a kórokozóval szemben termelődött ellenanyag a populációban nagy gyakorisággal fordul elő. 1980-ban egy véletlen segített az új faj felismeréséhez. A **C.trachomatis** okozta légúti fertőzések vizsgálata során ezt az izolátumot használták kontrollként, amely - nem várt módon - a pneumoniás betegek savóival reagált. Ezzel a megfigyeléssel és az akut légúti megbetegedésekből nyert újabb - a TW-183-nak megfelelő - izolátumok segítségével, valamint molekuláris biológiai vizsgálatokkal 1989-ben igazolták, hogy a még 1965-ben izolált kórokozó egy új **Chlamydia** speciesnek felel meg, melyet, az általa okozott megbetegedésnek megfelelően, **Chlamydia pneumoniae**-nak nevezték el.

A fertőzés lefolyása

A **C.pneumoniae** tüdőgyulladás legtöbbször enyhe, atípusos pneumonia formájában zajlik, hasonlóan a **Mycoplasma pneumoniae** által okozott megbetegedéshez. Az infekció jelentkezhethet influenzaszerű tünetegyüttes formájában is. Ezekben az esetekben a mikrobiológiai vizsgálat a kezelés szempontjából nagy jelentőségű.

Az inkubációs idő tartama pontosan nem ismert, egyes irodalmi adatok szerint 7-21 napra tehető.

A betegség az életkortól függően **két különböző formában zajlik le**. A **40 éven aluliak** megbetegedésére a bizonytalan kezdet, a fokozatosan kialakuló improduktív köhögés, torokfájás, nátha és a nem túl magas láz a jellemző. A tüdőgyulladás legtöbbször enyhe lefolyású, de elhúzódó. Amennyiben a beteg nem kellő ideig részesül antibiotikus kezelésben, úgy a visszaesés nem ritka. A **40 éven felüli fertőzötteknél** gyakoribb a rövid prodromális szak, a hirtelen kezdet, hidegrázás, magas láz. A pneumonia súlyos lefolyású, egyesek állapota intenzív terápiás kezelést igényel. Idősebb betegek között halálos kimenetelű esetek is előfordultak. A **C.pneumoniae** infekció gyakran csak a felső légutakat érinti. Az akut bronchitisek, pharyngitisek, sinusitisek 1-5%-áért ez a kórokozó tehető felelőssé.

A fertőzés során kialakuló **antitestek nem védő jellegűek**, éppen ezért az ember élete folyamán többször is megbetegedhet **C.pneumoniae** következtében. A kórokozó bizonyos vírusokhoz hasonlóan perzisztálhat a szervezetben és krónikus fertőzést okoz. Ezzel is magyarázható a lakosság

magas átfertőzöttsége ill. az igen gyakori és eltérő mértékű specifikus ellenanyag-pozitivitás.

Diagnózis

Klinikai gyanú esetén a diagnosztikus eljárás a specifikus ellenanyag kimutatása immunszerológiai módszerekkel (mikro-immunfluoreszcens teszt – MIF, ELISA) valamint a kórokozó direkt kimutatása egyéb módszerekkel (direkt IF, PCR, sejt kultúra tenyésztés). A betegség elsőként említett klinikai megjelenési formájára szerológiailag a korai IgM, IgA osztályú ellenanyagok és a specifikus IgG-titer lassú növekedése jellemző, bár a friss infekciót igazoló IgM az első savóban nem mindig mutatható ki. **Az akut légúti infekciót a szerológiai eredmény akkor igazolja, ha a vérből IgM, IgA típusú ellenanyagot és/vagy az IgG-titer 4-szeres változását lehet kimutatni.** A diagnózishoz **három-négy hetes különbséggel levett savópár vizsgálata javasolt.** A második klinikai formát enyhe vagy mérsékelt IgM válasz és korai, gyors IgA, IgG-titer emelkedés jellemzi.

Az **C.pneumoniae** species specifikus tesztek fajlagossága (95-99%), szenzitivitása (58-99%) nagyban eltér. A mikro-immunfluoreszcens teszt az "arany standard" a szerológiai diagnózisban, munkaigényes vizsgálat, és kivitelezéséhez nagy tapasztalat kell. Az új ELISA-tesztek érzékenysége és fajlagossága megközelíti a MIF-módszerét.

A virológiai légúti kóroki monitor során **direkt IF-vizsgálattal a C.pneumoniae** kimutatása is megtörténik. A korábbi vizsgálatok által jelzett nagyfokú átfertőződés ismeretében ez a mikrobiológiai diagnózis **csak a klinikai képpel párhuzamosan értékelhető.**

Epidemiológiai vonatkozások közösségekben

A **C.pneumoniae** fertőzésekre nem jellemző a kifejezett szezonális, **bármely évszakban előfordul** a megbetegedés. Szociális otthonokban az influenzavírus és az RS (respiratory syncytial) vírus jól ismert oka a légúti fertőzéseknek. Az újabb epidemiológiai vizsgálatok azt mutatták azonban, hogy a **közösségben zajló járványoknak kb. a 10%-áért a C.pneumoniae** a felelős. A legmagasabb incidenciát az **időseknél** fordul elő, és egy-egy járványban **5-10%-os letalitással** lehet számolni. Kanadai szerzők olyan ápolási otthonokban fellépő **C.pneumoniae** járványokról számoltak be, ahol a megbetegedési arány átlagosan 50%-os volt. A jellemző tünetek az akután fellépő köhögés, láz és a torokfájás voltak. Pneumóniát az esetek egy részében diagnosztizáltak. Kínában, a Guangdong tartományban zajló atípusos pneumonia járványért is a **C.pneumoniae-t** tették kezdetben felelőssé, azonban a WHO március 26-án ezt a járványt az ismeretlen etiológiájú, súlyos akut légúti tünetegyüttes (SALT) által okozott nemzetközi járvány egyik góciának minősítette.

Sok országban történt a **C.pneumoniae** fertőzés előfordulására vonatkozó felmérés. Ezek a vizsgálatok a lakosság 18-75%-os átvészelttségét mutatták. Magyarországon Marton Anna és munkatársai végeztek kórházi betegek, egészséges véradók és gyermekek körében a **C.pneumoniae** fertőzés átvészelttségére utaló szerológiai vizsgálatokat. A budapesti gyermekek

körében 46,5%-os, a 30-50 éves felnőttek között 80%-os volt az átvészeltség. Budai és munkatársai vizsgálatai alapján az iskolás kor alatti gyermekeknél az atípusos pneumóniákban a **C.pneumoniae** az esetek 30%-ban volt kórokozó. Von Hertzen Finnországban történő felmérései igazolják, hogy a **C.pneumoniae** szerepet játszik a krónikus obstruktív tüdőbetegség kialakulásában is. A vizsgált betegek köpetében magas titerben volt jelen a **C.pneumoniae** elleni szekretoros IgA, és emelkedett a szérum IgG és IgA antitestjeinek szintje is. A feltételezést az esetek jelentős részében a kórokozó direkt kimutatásával (PCR vizsgálattal) is megerősítették. Az utóbbi időben nagy figyelem irányult a koszorúérbetegség és a **C.pneumoniae** fertőzések kapcsolatára. Számos vizsgálat folyik ezzel kapcsolatban, melyek pl. a **C.pneumoniae** antitest-titere és az észlelt koszorúér megbetegedés közötti összefüggésekre vagy a kórokozónak az atheromás plakkokból történő kimutatására vonatkoznak. Vizsgálták a makrolid kezelés hatását instabil anginában és a non-Q myocardialis infarctusban.

Magyar szerzők akut myocardialis infarctusban és angina pectorisban szenvedő betegeiknél 85%-ban igazoltak **C.pneumoniae** fertőzöttséget. Jelentős részüknél (22%) az immunválasz erőssége friss, ill. perzisztáló fertőzésre utalt. A fenti összefüggések ellen szólhat, hogy a **C.pneumoniae** járványokat nem követte a szívinfarktus előfordulási gyakoriságának növekedése.

Terápia

A **C.pneumoniae** okozta pneumonia kezelésére a makrolidok, vagy doxycyclin a választandó antibiotikumok. A kezelést 10-14 napig kell folytatni; esetleges relapsus esetén ugyanezt a kezelést kell megismételni. A kinolonok közül az ofloxacin terápiásan alkalmazható, de jobb hatásúak az új származékok (levofloxacin, moxifloxacin). A **C.pneumoniae** eradikációja még a szokásosnál hosszabb, adekvát antibiotikum kezelés után sem mindig sikeres.

A tájékoztatást adta: dr. Visontai Ildikó főigazgató-helyettes főorvos
"Johan Béla" Országos Epidemiológiai Központ

Közreműködtek: dr. Szalka András orvosigazgató, Fővárosi Szent László Kórház
dr. Budai Irén tanársegéd, Semmelweis Egyetem Budapest,
Orvosi Mikrobiológiai Intézet

Felhasznált irodalom:

1. Bennedsen, M., Berthelsen, L., Lind, I.: Performance of Three Microimmuno-fluorescence Assays for Detection of Chlamydia pneumoniae Immunoglobulin M, G, and A Antibodies. Clin Diagn Lab Immunol 2002:Jul 9
2. Binder I., Budai J., Kátay A., Nyerges G.: Fertőző betegségek. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 1981.
3. Carla, J. T. és mtsai: A Chlamydia pneumoniae az ápolási otthonokban kitörő járványok új forrása. JAMA 1997;277:1214-1218.

4. Communicable Disease Surveillance & Response (CSR) WHO
5. Grayston, J. T: Infections Caused by Chlamydia pneumoniae Strain TWAR Clin. Infect. Dis., 1992;15:757-763.
6. Czirók Éva: Klinikai és járványügyi bakteriológia Melania Kft., Budapest, 1999.
7. Deák J., és mtsai: A Chlamydia pneumoniae kimutatása polymerase láncreakcióval. Infektológia és klinikai mikrobiológia 1996;103-106.
8. Graber H., és mtsai: Antibiotikum kezelés az alapellátásban. Springer Orvosi Kiadó Kft. 1999.
9. Graber H.: Az antibiotikum kezelés gyakorlata. Medicina Könyvkiadó. Budapest, 1993.
10. Hermann, C., Graf, K., Groh, A., Straube, E., Hartung, T.: Comparison of eleven commercial tests for Chlamydia pneumoniae-specific immunoglobulin G in asymptomatic healthy individuals. J Clin Microbiol 2002;40(5):1603-1609.
11. Károlyi A. és mtsai: Az atípusos pneumóniák előfordulásáról. Orv. Hetil. 1998;129:2793-2794.
12. Marton A. és mtsai: Chlamydia pneumoniae: egy újabb légúti kórokozó. LAM., 1991;1:1120-1125.
13. Nyerges G.: Infektológia. Fertőzőes kórképek a klinikai gyakorlatban. Springer Orvosi Kiadó Kft., Budapest, 1992.
14. Von Hertzen, L. és mtsai: Chlamydia pneumoniae fertőzés krónikus obstruktív tüdőbetegségben szenvedők között. Epidemiol. Infect., 1997;118:155-164.
15. Budai I. és mtsai: Chlamydia pneumoniae species specifikus antitestek kimutatása ELISA-val 14 év alatti gyermekekben atípusos pneumónia eseteiben. Magyar Infektológiai Társaság Vándorgyűlése 2002. Szekszárd, Infektológia és Klinikai Mikrobiológia IX. évf. 1. suppl. 2002.

SZÁRNYAS INFLUENZAVÍRUSSEL KAPCSOLATOS HUMÁN FERTŐZÉSEK HOLLANDIÁBAN

2003. március elején több hollandiai csirkefarmon észleltek fokozottan patogén szárnyas influenzavírus (**A/H7N7**) által okozott járványt. Március 11-én a fertőzött állatokkal dolgozók közül többeknél conjunctivitis alakult ki. Az elvégzett virológiai vizsgálatok néhány esetben **influenza A/H7N7 vírus** jelenlétét igazolták. Egy héttel később az egyik, korábban A/H7N7 pozitívnak bizonyult munkás közvetlen környezetében élő két személyen ugyancsak conjunctivitis tünetei alakultak ki. A két utóbbi személynek nem volt közvetlen kapcsolata a fertőzött állatokkal, ezért felmerült az emberről emberre terjedő fertőzés lehetősége. Március 26-ig a holland hatóságok **247 olyan személyt** vizsgáltak meg, akik kapcsolatban voltak a fertőzött állománnyal és náluk klinikai tünetek alakultak ki, **197 esetben conjunctivitis, 17 esetben influenzaszerű megbetegedés, 36 esetben hasmenés ill. hányinger.** A virológiai vizsgálatok **65 esetben H7N7 altípusú influenza A vírust, 5 esetben H3 típusú hemagglutinint tartalmazó vírust** mutattak ki, 40 személy vizsgálata folyamatban van. **Emberről-emberre történő terjedést** az előbb említett

két eseten kívül nem találtak. **Nem volt** olyan megbetegedés sem, amelyben kevert fertőzést (H7 és H1, valamint H3 antigént tartalmazó vírusokat egyaránt) ki lehetett volna mutatni.

A tájékoztatást adta: dr. Jankovics István szakértő (OEK)

Szerkesztőségi megjegyzés: A „csirke pestist” (fowl plague) 1878-ban Olaszországban írták le először, mint a csirkék súlyos légúti megbetegedését, mely közel 100%-os elhullással jár. A kórokozóját – az influenzavírust –

1955-ben izolálták. A klasszikus "fowl plague" vírus olyan influenzavírus, melynek hemagglutininje a H7 alcsoportba tartozik, a neuraminidáz komponense változó. Az eredeti vizsgálatok alapján úgy tűnt, hogy minden H7 vírus fokozottan patogén "fowl plague" vírus és más **avian influenzavírus (AI)** nem okoz „csirke pestist”. Amikor azonban 1959-ben nagy virulenciájú H5 vírust izoláltak csirkékben, és 1971-ben avirulens H7 vírust azonosítottak pulykákban, a terminológiát meg kellett változtatni. Minden AI vírust, tekintet nélkül a hemagglutinin altípusára „Highly pathogenic avian influenza” vírusként (HPAI) definiáltak, melyek a meghatározott laboratóriumi virulencia faktorokat mutatják. Újabban a hemagglutinin szekvencia alapján sorolják az egyes AI vírusokat a HPAI vírusok közé.

Korábban 1981-ben és 1998-ban közöltek olyan adatokat, hogy a H7N7 vírus conjunctivitist okozott embereken (N Engl J Med. 1981;304:911. és Arch Virol. 1998;143:781-787.).

Járványügyi szempontból fontos felhívni a figyelmet az ún. kevert (H7, H1, H3) fertőzésekre, ugyanis az influenza A vírus nagyfokú reasszortáló

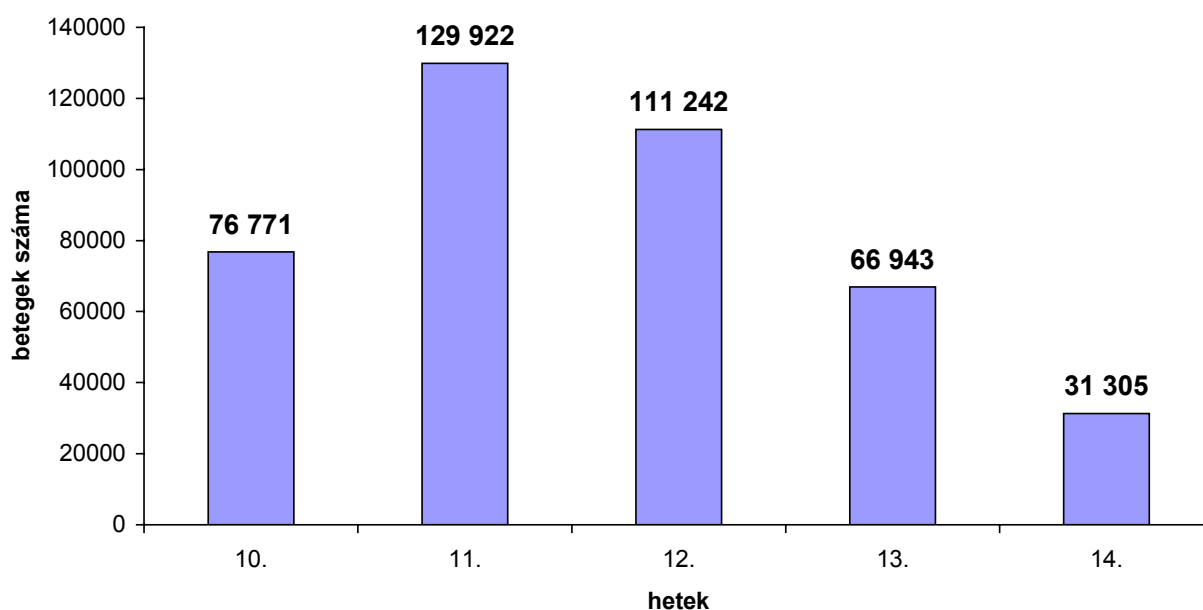
képessége miatt ilyen esetekben megnő a valószínűsége egy pandémiás prototípus törzs kialakulásának. Ez megelőzhető a csirkefarmokon dolgozók rendszeres vakcinálásával.

HAZAI INFORMÁCIÓ

INFLUENZA, INFLUENZASZERŰ MEGBETEGEDÉSEK

A 2003. február végén kezdődött, országos méretű influenzajárvány hat hete tart. A járvány 5. hetében megkezdődött a megbetegedések számának intenzív csökkenése, amely a 6. héten is folytatódott. A járvány 6. hetében bejelentett megbetegedések száma kb. fele volt az előző hetinek (ábra).

Influenzaszerű megbetegedések száma Magyarországon
2003. 10-14. hét



A 14. naptári hétre vonatkozóan **16 megye** és a **főváros jelentett** számszerű adatokat. Március 31. és április 6. között összesen **31 305 beteg** fordult orvoshoz panaszával, 3 207 esetben (10,2 %) diagnosztizáltak szövődményt, 8 012 beteget (25,6%) vettek táppénzes állományba. A 17 területen influenza miatt 108 beteget (0,3 %) kellett kórházban kezelni, három beteg halt meg influenza következtében (1.táblázat).

A 14. héten a jelentést adó valamennyi területen tovább csökkent az influenza betegek száma, a lakosság érintettsége 1%-nál alacsonyabb volt. A 100 lakosra vonatkoztatott megbetegedési arány **Jász-Nagykun-Szolnok (0,9 %) és Pest (0,6 %) megyében volt a legmagasabb.**

A legerőteljesebben **Bács-Kiskun és Csongrád megyében csökkent** a lakosság érintettsége, 0,9 %-ról 0,3 %-ra, illetve 0,6 %-ról 0,2 %-ra változott. Több mint a felére csökkent a regisztrált megbetegedések száma **Baranya, Békés és Hajdú-Bihar megyében is.**

1. táblázat

**Influenza és influenzaszerű megbetegedések adatai
a 2003. év 14. hetében**

Terület	Betegek	Táppénzbe vettek	Szövőd- ményes esetek	Kórházba szállítottak	Halottak
	száma				
Budapest	3 663	1 059	108	2	0
Baranya	833	127	121	4	0
Bács-K.	1 507	1 480	231	9	1
Békés	893	168	412	4	0
Csongrád	736	146	67	3	0
Fejér	1 935	427	61	1	0
Hajdú-B.	2 141	348	202	37	1
Heves	1 639	339	78	3	0
Jász-N.-Sz.	3 592	769	75	7	0
Komárom-E.	1 220	320	122	0	0
Nógrád	1 176	193	112	1	0
Pest	6 026	1 349	723	19	0
Somogy	1 347	199	98	10	1
Szabolcs-Sz.-B.	1 237	103	52	0	0
Vas	966	317	145	1	0
Veszprém	1 318	370	292	1	0
Zala	1 076	298	308	6	0
Összesen	31 305	8 012	3 207	108	3

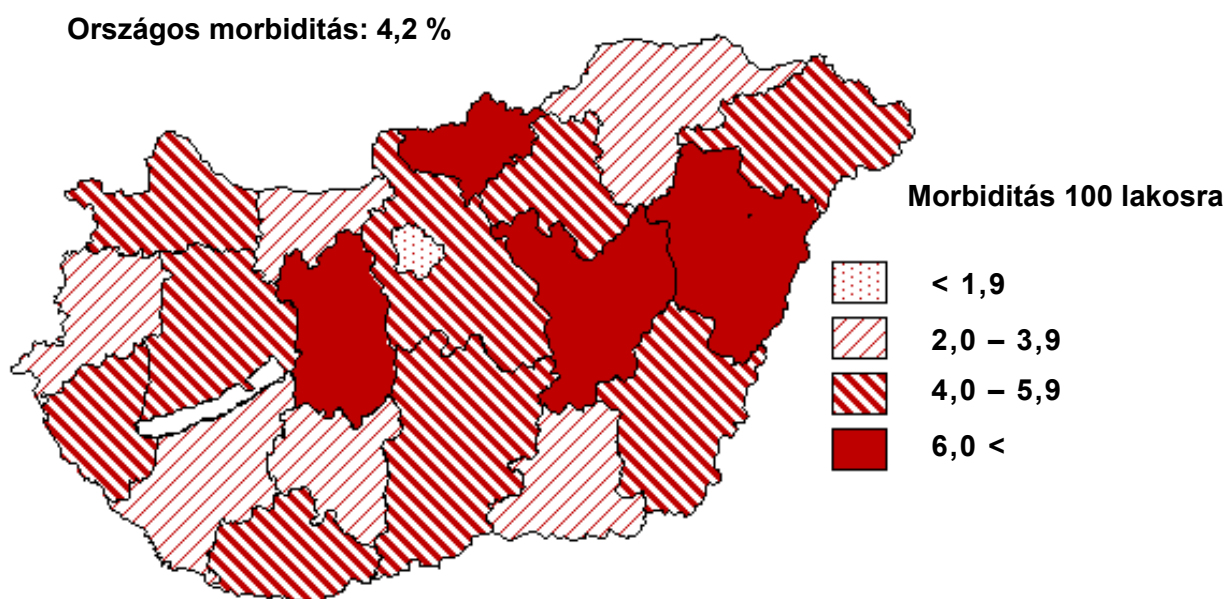
A jelentőszolgálat adatai szerint a betegek **35,3%-a gyermek** volt, 22,9%-a 15-24 éves, 15,2%-a 25-34 éves, 18,4%-a 35-59 éves és 8,2%-a volt 60 éven felüli volt.

A 15 évesnél fiatalabb gyermekek aránya egy területen volt lényegesen magasabb az országos átlagnál: Somogy megyében az összes megbetegedés 46,3%-a gyermekek körében fordult elő.

A szövődményes esetek **46,1%-a bronchitisnek** bizonyult. Emellett sinusitis (15,8%), pharyngitis és/vagy tonsillitis (10,9%), továbbá pneumonia (8,1%) fordult elő még nagyobb gyakorisággal. A szövődményes esetek előfordulásában területileg jelentős különbségek voltak. A szövődménnyel járó esetek aránya Békés megyében volt a legmagasabb (46,1%), Jász-Nagykun-Szolnok megyében pedig a legalacsonyabb (2,1%). A szövődménnyel járó esetek aránya a 60 éven felüliek (13,0%) és az 1-14 évesek között (11,1%) haladta meg jelentősebben az átlagos értéket.

A 9-14. naptári héten összesen 426 278 megbetegedést jelentettek be, hat hét alatt a lakosság **4,2%-a** fordult orvoshoz influenzás tünetekkel. A járvány ideje alatt a legérintettebb Fejér, Hajdú-Bihar, Jász-Nagykun-Szolnok és Nógrád megye volt, ahol a kumulatív morbiditás az országos érték másfélszeresét is meghaladta, a legalacsonyabb előfordulási gyakoriságot Budapesten (1,9%), Somogy (2,7%) és Tolna (2,9%) megyében észlelték (térkép).

Influenza morbiditás a 2003. év 9-14. naptári hetében Magyarországon



2003. 9-14. hetében az influenza jelentőszolgálat keretében 23, influenza következtében meghalt beteget jelentettek az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálatnak.

Az ÁNTSZ megyei intézeteinek tájékoztatása szerint az influenzajárvány miatt elrendelt részleges kórházi látogatási tilalom már csak Jász-Nagykun-Szolnok megyében van érvényben.

2. táblázat

**Influenza megbetegedések heti és szummációs adatai
2003. 9–14. hét**

Terület	Betegek száma a 14. héten	Morbiditás 100 lakosra	Betegek száma (2003. 9–14. hét)	Kumulatív morbiditás 100 lakosra
Budapest	3 663	0,2	34 358	1,9
Baranya	833	0,2	16 705	4,2
Bács-K.	1 507	0,3	21 412	4,0
Békés	893	0,2	21 765	5,6
Borsod-A.-Z.	•	•	28 528	3,9
Csongrád	736	0,2	15 067	3,6
Fejér	1 935	0,5	31 996	7,6
Győr-M.-S.*	•	•	21 628	5,1
Hajdú-B.	2 141	0,4	37 304	6,9
Heves	1 639	0,5	18 532	5,7
Jász-N.-Sz.	3 592	0,9	27 380	6,7
Komárom-E.	1 220	0,4	10 564	3,4
Nógrád	1 176	0,5	14 082	6,5
Pest	6 026	0,6	50 058	4,8
Somogy	1 347	0,4	9 047	2,7
Szabolcs-Sz.-B.	1 237	0,2	23 188	4,1
Tolna	•	•	7 120	2,9
Vas	966	0,4	7 901	3,0
Veszprém	1 318	0,4	16 252	4,4
Zala	1 076	0,4	13 391	4,6
Összesen	31 305	0,3	426 278	4,2

*A 9. héten csak Győr-Moson-Sopron megyében rendelték el a jelentőszolgálatot.

• nincs adat, a jelentőszolgálatot megszüntették

A HAZAI JÁRVÁNYÜGYI HELYZET ÁLTALÁNOS JELLEMZÉSE

A **2003. március 31. és április 6.** közötti időszakban bejelentett fertőző megbetegedések alapján az ország járványügyi helyzete az alábbiakban foglalható össze:

Az enterális fertőző megbetegedések száma emelkedett az előző hetihez viszonyítva. A **salmonellosis** járványügyi helyzete kissé kedvezőtlenebb volt, mint az előző év azonos hetében. A **dysenteria** és a **campylobacteriosis** epidemiológiai helyzete kedvezően alakult.

Az **enteritis infectiosa** bejelentések száma közel 20%-kal haladta meg mind az előző héten, mind a 2002. év azonos hetében regisztráltak. Az esetek harmada Budapesten fordult elő. A héten nem érkezett jelentés közösségi, illetve területi gastroenteritis járványról.

Emelkedett a **vírushepatitis** bejelentések száma az előző hetihez viszonyítva, de a tünetegyüttes előfordulása nem tért el lényegesen az előző év azonos időszakában regisztrálttól.

A **légúti fertőző betegségek** járványügyi helyzete az évszakknak megfelelően alakult. A tárgyhéten két **pertussis**-gyanút jelentettek. A szerológiai vizsgálatok alapján az egyik beteg, egy kéthónapos, oltatlan gyermek megbetegedését igazoltan a **B.pertussis** okozta. A másik beteg, egy hároméves oltott gyermek, a szerológiai vizsgálatok folyamatban vannak. **Morbillit** nem jelentettek, és csupán egy **rubeola** került a nyilvántartásba. A tíz **mumpsz** eset közül három felnőtt Baranya megyében, egy felnőtt és két gyermek Bács-Kiskun megyében betegedett meg. Harmadával több **varicella** esetet jelentettek, mint a 2002. év azonos hetében, a legtöbb megbetegedés a főváros és Pest megye mellett Győr-Moson-Sopron megyében fordult elő. Négy **legionellosis** megbetegedés került bejelentésre (közülük kettő január-februári megbetegedés volt), ezzel az év eleje óta regisztrált esetek száma 32-re emelkedett, szemben az előző év 1-14. hetében nyilvántartásba vett hét esettel.

Az **idegrendszeri fertőző betegségek** csoportjában öt **gennyes meningitist** regisztráltak. A **meningitis serosa** és **encephalitis infectiosa** előfordulása nem tért el lényegesen a korábbi időszakban regisztrálttól.

A **súlyos, akut légúti tünetegyüttesel** kapcsolatosan április 4-10. között az OEK Járványügyi osztályára **egy betegről** érkezett bejelentés. A rendelkezésre álló adatok alapján az eset nem felel meg a WHO esetdefiníciónak. Tekintettel azonban arra, hogy a beteg Kína Guangdong tartományával szomszédos területről érkezett, és környezetében számos légúti megbetegedés fordult elő, a gyanús esetnek megfelelő láz és köhögés miatt fertőző osztályon helyezték el. Gyorsdiagnosztikai módszerekkel ezideig kórokozót nem sikerült kimutatni a beteg vizsgálati anyagaiból.

EGÉSZSÉGÜGYI, SZOCIÁLIS ÉS
CSALÁDÜGYI MINISZTERIUM
Eng.sz.: 87104/1975

MINISTRY OF HEALTH,
SOCIAL AND FAMILY AFFAIRS
OF THE HUNGARIAN REPUBLIC

Bejelentett fertőző megbetegedések Magyarországon (+)
Notified cases of communicable diseases in Hungary (+)

14/2003.sz.heti jelentés (weekly report)

(2003.03.31 – 2003.04.06.)

Betegség Disease	a 14. héten (week)			az 1 – 14. héten (week)		
	2003.03.31- 2003.04.06.	2002.04.01- 2002.04.07.	Medián 1997- 2001	2003.	2002.	Medián 1997- 2001
Typhus abdominalis	-	-	-	-	1	-
Paratyphus	-	-	-	-	-	-
Salmonellosis	73	50	109	1066	1008	1824
Dysenteria	3	6	9	36	68	133
Dyspepsia coli	1	1	3	22	18	33
Egyéb E.coli enteritis	2	1	•	24	10	•
Campylobacteriosis	57	73	•	1224	1224	•
Yersiniosis	-	2	•	42	33	•
Enteritis infectiosa	777	634	•	12026	10896	•
Hepatitis infectiosa	19	18	30	233	222	537
AIDS	-	-	-	6	8	9
Poliomyelitis	-	-	-	-	-	-
Acut flaccid paralysis	-	-	•	7	5	•
Diphtheria	-	-	-	-	-	-
Pertussis	2	-	-	3	-	-
Scarlatina	48	54	116	601	1059	1855
Morbilli	-	-	-	2	1	5
Rubeola	1	1	3	20	26	45
Parotitis epidemica	10	2	4	71	51	86
Varicella	1118	853	•	15221	14767	•
Mononucleosis inf.	40	21	23	392	392	341
Legionellosis	4	1	•	32	7	•
Meningitis purulenta	5	6	•	86	72	•
Meningitis serosa	2	-	1	21	21	34
Encephalitis infectiosa	1	1	-	18	17	18
Creutzfeldt-J.-betegség	1	-	•	2	6	•
Lyme-kór	1	6	•	41	51	•
Listeriosis	1	-	•	2	1	•
Brucellosis	-	-	-	1	-	-
Leptospirosis	-	-	1	4	4	18
Tularemia	-	-	-	12	33	23
Tetanus	-	-	-	-	-	2
Vírusos haemorrh. láz	1	-	•	2	-	•
Malaria*	-	-	-	3	2	2
Toxoplasmosis	4	1	2	60	72	104

(+) előzetes, részben tisztított adatok (preliminary, partly corrected figures)

(*) importált esetek (imported cases)

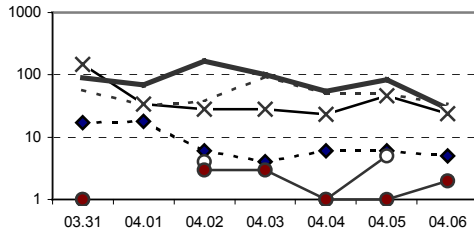
(•) nincs adat (no data available)

A statisztika készítés ideje: 2003.04.08

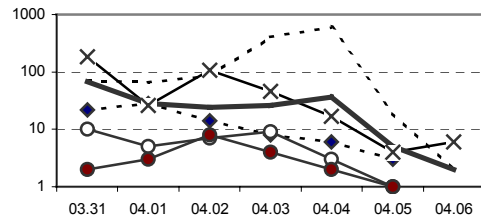
"Fodor József" Országos Közegészségügyi Központ Országos Környezetegészségügyi Intézete
 Budapest, 1097 Gyáli út 2-6. Tel/Fax: 1-476-1215 email: pollen.oki@antsz.gov.hu

Az ÁNTSZ Aerobiológiai Hálózatának jelentése 2003. 14. hét

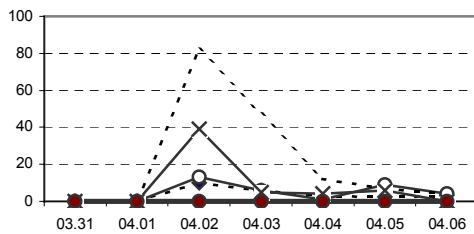
Budapest-OKI



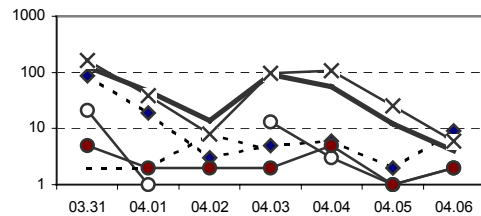
Budapest-Svábhegy



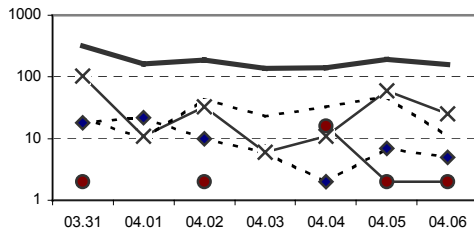
Békéscsaba



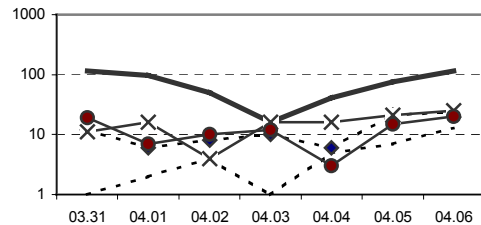
Debrecen



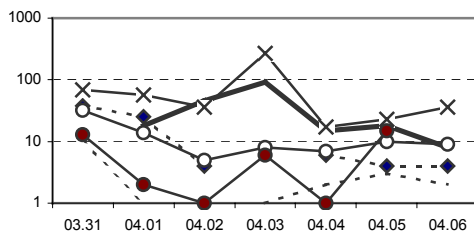
Győr



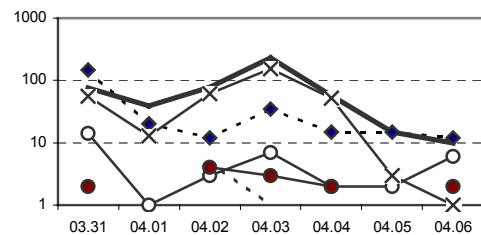
Kecskemét



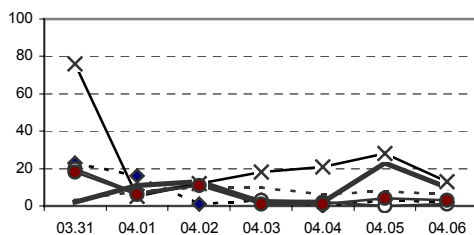
Miskolc



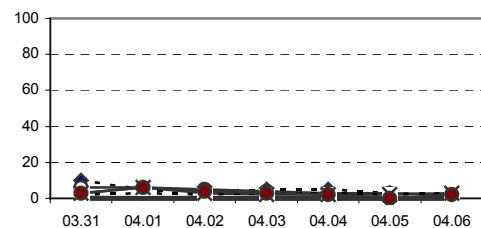
Nyíregyháza



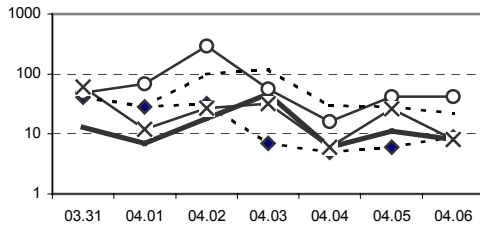
Pécs



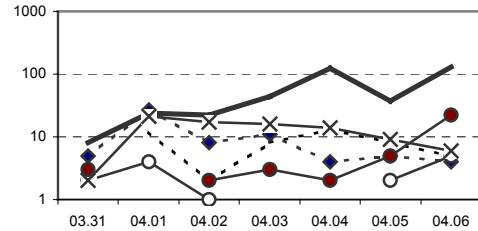
Salgótarján



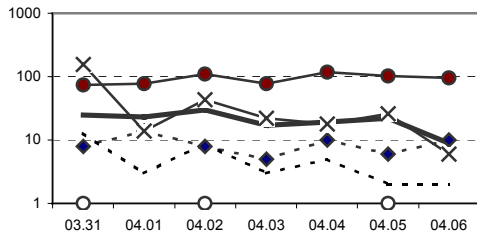
Szekszárd



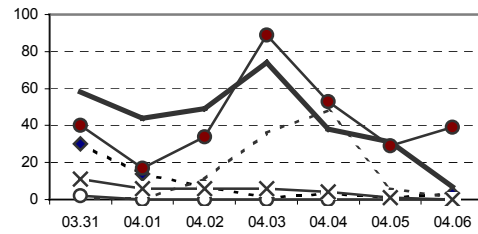
Szolnok



Veszprém



Zalaegerszeg



---◆--- Aln éger —○— Cor mogyoró —x— Cupr ciprus és tiszafaf. - - - - Frax kőris —●— Pop nyár —●— Sal fűz

Külső téri penészgombák

	Budapest OKI	Budapest Svábhegy	Békéscsaba	Debrecen	Győr	Kecskemét	Miskolc
Alt	*	*	*	*	*	*	*
Clad	*	*	*	*	*	*	*

	Nyíregyháza	Pécs	Salgótarján	Szekszárd	Szolnok	Veszprém	Zalaegerszeg
Alt	*	*	*	*	*	*	*
Clad	*	*	*	*	*	*	*

A szokatlanul hideg időjárás sem csökkentette jelentősen a légkörben szálló allergének mennyiségét. Az éger (Alnus) virágzása országszerte folytatódik. A másik legkorábban megjelenő allergénünk, a mogyoró (Corylus) virágpormennyisége csökkenő tendenciát mutat, pollenszórása a végéhez közelít. Kiemelkedően sok a kőrisfa (Fraxinus) erősen allergén virágporszemeinek mennyisége Budapesten és Szekszárdon. Jelentőssé vált a nyárfa (Populus) gyengén allergén pollenszemeinek előfordulása is a csapdákban. Ezek és a ciprus-/tiszafafélék (Cupressaceae/ Taxaceae) virágportömege által kifejtett immunrendszeri megterhelés még akkor is jelentős, ha csak ritkán okoznak közvetlen allergiás tüneteket. Az előre jelzett kellemes, tavaszi időjárás hatására további allergének (juharfák, tölgyek, nyír) megjelenésére számíthatunk. A légköri penészgombák (Alternaria és Cladosporium) elemszáma továbbra is kevés.

Interneten is elérhető polleninformáció a www.antsz.gov.hu/oki lapon.

A „Johan Béla” Országos Epidemiológiai Központ (OEK) kiadványa.

A kiadványban szereplő közlemények szakmai egyeztetést követően jelennek meg, ennek megfelelően az országos jellegű összeállítások, illetve a szerkesztőségi megjegyzésben foglaltak az Országos Epidemiológiai Központ és az országos tisztifőorvos szakmai véleményét és javasolt gyakorlatát tartalmazzák.

A kiadványt a „Johan Béla” Országos Közegészségügyi Intézet és a Centers for Disease Control and Prevention (CDC) a Magyar-Amerikai Közös Alapnál elnyert pályázat által biztosított együttműködés révén fejlesztették ki.

Az **Epinfo** minden héten pénteken kerül postázásra és az Internetre.

Internet cím: www.antsz.gov.hu/oe

A kiadvánnyal kapcsolatos észrevételekkel, közlési szándékkal szíveskedjék az **Epinfo** főszerkesztőjéhez fordulni:

„Johan Béla” Országos Epidemiológiai Központ

1966 Budapest, Pf. 64. Telefon: 476-1153, 476-1194

Telefax: 476-1223

E-mail: epiujsg.oe@antsz.gov.hu

A heti kiadványban szereplő anyagok szabadon másolhatók és felhasználhatók, azonban a kiadvány forrásként való használatánál hivatkozni kell az alábbi módon: Országos Epidemiológiai Központ. A közlemény címe. Epinfo a megjelenés éve; a kiadvány száma:oldalszám. (Pl.: Országos Epidemiológiai Központ. 10 éves az Epinfo. Epinfo 2003;1:1-2.)

**Országos tisztifőorvos:
Prof. dr. Ungváry György**

Epinfo szerkesztősége

Alapító főszerkesztő: dr. Straub Ilona

Főszerkesztő: dr. Melles Márta

Főszerkesztő helyettes: dr. Csohán Ágnes

Olvasó szerkesztő: dr. Krisztalovics Katalin

Szerkesztők:

Boros Julianna

dr. Böröcz Karolina

Lendvai Gyuláné

Technikai szerkesztő:

Kissné Sponga Zsuzsanna

Nyomda vezetője:

Vizinger Ferenc

ISSN 1419-757X