

---

**JOHAN BÉLA ORSZÁGOS EPIDEMIOLÓGIAI KÖZPONT**

---

# Epinfo

Epidemiológiai Információs Hetilap

---

Gyógyulás humán veszettségéből	53
Pályázati felhívás	58
Fertőző betegségek adatai	60

## NEMZETKÖZI INFORMÁCIÓ

### GYÓGYULÁS HUMÁN VEZETTSÉGBŐL - ESETISMERTETÉS

Wisconsin Államban (USA) 2004 októberében egy, korábban egészséges 15 éves lánynál a humán veszettség diagnózisát állapították meg azt követően, hogy a tünetek megjelenése előtt kb. egy hónappal egy denevér megharapta. **Ez az első olyan eset, amelynek során a dokumentáltan veszettségben szenvedő beteg úgy gyógyult meg, hogy sem pre-, sem posztexpozíciós profilaxisban nem részesült.**

A lány **szeptemberben**, templomlátogatás alkalmával egy oda betévedt, és a padlóra esett **denevért** fogott el, majd az épületen kívül elengedte az állatot, de az megharapta. A denevér a lány bal mutatóujján kb. 5 mm hosszúságú sebet ejtett, mely kissé vérzett. A sebet hidrogén-peroxiddal kimosták, de a sérült nem fordult orvoshoz, és nem részesült posztexpozíciós profilaxisban. A denevért a veszettség szempontjából nem vizsgálták meg, más személy nem került kapcsolatba az állattal.

A páciens **a harapást követő kb. egy hónap múlva fáradékonyságra, fülcsengésre és bal karjának zsibbadására** kezdett panaszkodni. E tünetek mellett két nap múlva **járása bizonytalanná vált és kettőslátás** alakult ki. A harmadik napon a változatlanul fennálló kettőslátáshoz **hányinger és hányás** társult. Ekkor fordultak gyermekorvosához, aki a beteget neurológiai vizsgálatra utalta. Ott a beteg folyamatosan fennálló **homályos látásról** panaszkodott, a vizsgálat **kétoldali, részleges n.abducens** (VI. agyideg – távolítóideg) **bénulást** állapított meg. Az agy kontrasztanyaggal illetve

anélkül végzett mágneses rezonancia-vizsgálata (MRI) és angiográfiás mágneses rezonancia-vizsgálata (MRA) azonban nem mutatott kóros elváltozást, ezért a lányt hazabocsátották.

A megbetegedés **negyedik napján**, miután a tünetek folyamatosan fennálltak, lumbálpunkció és tüneti kezelés céljából mégis **kórházi felvételre** került sor. Ekkor a beteg láztalan és éber volt, képes volt utasításokat végrehajtani, viszont **homályosan látott**, bizonytalanul járt, és a kétoldali, részleges n.abducens bénulás még mindig fennállt. A liquor **lumbálpunkciós** vizsgálata során fehérvérsejteket (23 fehérvérsejt/ $\mu$ l, 93% lymphocytá; normálérték:

0 sejt/ $\mu$ l), vörösvértesteket (3 vvt/ $\mu$ l; normálérték 0 sejt/ $\mu$ l), emelkedett összfehérje mennyiséget (50 mg fehérje/dl; normálérték: 15-45 mg/dl) és normális glukózkoncentrációt (58 mg glucose/dl; normálérték: 40-70 mg/dl) találtak. A következő 36 órában **újabb súlyos neurológiai tünetek** jelentkeztek (elkent beszéd, nystagmus, tremor a bal karon, fokozódó aluszékony-ság) és a lány testhőmérséklete **38,9°C**-ra emelkedett. A beteg kezelése során az infekciókontroll szabályait betartották.

A megbetegedés **6. napján derült fény a denevér-harapásra**, így a differenciáldiagnózis során a humán veszettség lehetőségét is fontolóra vették. A beteget átszállították egy szakellátó intézménybe, és a veszettség gyanúja miatt a szállítás során a szigorított infekciókontroll – köztük a cseppfertőzés elleni védelem – szabályait betartották, a beteg számára külön ápoló-személyzetet biztosítottak. A megérkezéskor a beteg láza 38,3°C volt, kettőslátásról panaszkodott, izomkoordinációja és beszédképessége megromlott, izomrángások, és a bal kar tremora volt észlelhető. A lány tudata kissé beszűkült, de a kérdésekre adekvát válaszokat adott és az utasításoknak engedelmeskedett.

A veszettség diagnózisának tisztázása céljából vérszérumot, liquort, tarkótáji bőrbiopsziából származó szövetmintát és nyálmintát küldtek a csúcslaboratóriumba. A kontrasztanyaggal illetve anélkül végzett MRI valamint az angiogram/venogram képsorozatai nem mutattak eltérést. Mivel a betegnél **fokozott nyálelválasztást** észleltek, ezért **intubálták**. A laboratóriumi vizsgálatok a **szérumban és a liquorban** veszettségvírus-specifikus **antitesteket** mutattak ki, a nyakszirt bőrbiopsziás mintájában azonban direkt IF-vizsgálattal vírusantigént nem tudtak azonosítani, a nyálból sem sikerült sejtkultúra tenyésztéssel rabiesvírust izolálni. Egyik mintában sem tudtak RT-PCR-vizsgálattal vírus-RNS-t kimutatni, ezért a fertőzésért felelős **vírusvariáns azonosítása nem volt lehetséges**.

A páciens tüneti kezelése során az idegrendszer védelme érdekében **mesterséges altatást és gépi lélegeztetést** alkalmaztak, és kísérleti terápiaként **intravénás ribavirin-kezelést** kezdtek. A beteget **hét napig altatták**, ez idő alatt a lumbálpunctatum immunfluoreszcens módszerrel mért, veszettségvírus-elleni, IgG osztályba sorolt antitest-titere **1:32-ről 1:2048-ra** emelkedett. Hét nap után az altatás mélységét fokozatosan csökkentették, és a beteg egyre éberebbé vált. A lányt a **33. napon extubálták**, és három nap múlva egy rehabilitációs intézménybe szállították át, ekkor a hosszú ideig tartó intubáció következtében beszédképtelen volt. A beteg december 17-én még kórházi kezelés alatt állt, de **állapota folyamatosan javult**, képes volt segítséggel sétálni, 8 percen keresztül szobabiciklizni, és pépes diétáját önállóan fogyasztotta el. Jelbeszédet használva logikai feladatokat oldott meg, később visszanyerte beszédképességét is. **Még nem tudható, hogy teljes lesz-e a gyógyulás.**

Az állam és a helyi egészségügyi hatóság szakemberei október 21-én **sajtókonferenciát** tartottak azért, hogy a közösség tagjainak pontos információkat adhassanak a veszettségről és annak terjedéséről. A járványügyi szakemberek és a gyermekorvosok felkeresték a beteg iskoláját, hogy a tanulók között **felmérjék a posztexpozíciós profilaxis szükségességét**. Az állami egészségügyi hatóság segítséget nyújtott a helyi hatóságnak ahhoz, hogy felmérjék: a beteg egészségügyi és közösségi kontaktjai körében kik kerültek kapcsolatba a beteg potenciálisan fertőző váladékaival. A beteg öt családtagja, a 35 egészségügyi dolgozó közül öt fő és az 55 közösségi kontakt közül 27 személy részesült veszettség elleni posztexpozíciós profilaxisban vagy azért, mert étel/ital közös fogyasztása során exponálódott a beteg nyálával, vagy szennyeződött a beteg hányadékával. A szakellátó intézményben az egészségügyi dolgozók körében nem volt szükség a posztexpozíciós profilaxisra.

A templom helyszíni bejárása során megállapították, hogy a denevér okozta további expozíció veszélye nem áll fenn.

**Forrás: Centers for Disease Control and Prevention. Recovery of a Patient from Clinical Rabies – Wisconsin, 2004. MMWR 2004; 53:1171-1173.**

**Fordította: Zádori Edit biológus, OEK Vírusoltóanyag ellenőrző osztály  
Dr. Krisztalovics Katalin epidemiológus, OEK Járványügyi osztály**

**A tájékoztatást adta: Dr. Pauliny Zsuzsanna mb. osztályvezető  
OEK Vírusoltóanyag ellenőrző osztály**

**Szerkesztőségi megjegyzés:** A rabies az egész világon elterjedt zoonózis. A rendszertani besorolás szerint a Lyssavírus genus a Rhabdoviridae család tagja. A genusnak **hét speciese** van: első species a **rabiesvírus**, további **hat** képezi a specifikus **rabies-rokon lyssavírusokat**: Lagos bat vírus, Mokola vírus, Duvenhage vírus, európai denevér-lyssavírus 1, európai denevér-lyssavírus 2, ausztráliai denevér-lyssavírus. A rhabdovírusok nem szegmentált, negatív szálú RNS genomot tartalmaznak. Valamennyi species akut, fatális kimenetelű encephalomyelitis-t okoz.

A rabiesvírus és rabies-rokon vírusok különböző állati speciesekekhez adaptálódtak (genom variabilitás – vírusvariánsok). A rabiesvírus (species 1) különböző szárazföldi emlősök között cirkulál, variánsai szorosan kapcsolódnak egy-egy **emlős** specieshez (rezervoár), melyek földrajzi megoszlása változó (pl. Európában a vörös róka - sylvaticus járványforma). A rabies-rokon vírusok (species 2-7) rezervoárjai elsősorban vámpír, rovar- és gyümölcsevő **denevérek**; vírusvariánsai adaptálódtak egyes denevér speciesekekhez. A fogékonyság, az átvitel módja (harapás) és a kórlefolyás nem tér el a rabiesvírusra jellemzőktől. A denevérveszettség az Antarktisz kivételével globálisan elterjedt, a rezervoárok életmódjából (repülés) és táplálkozási szokásaiból (a vérszívó denevérek obligát paraziták) adódóan ökológiai előnyre tesznek szert, ezáltal sokkal gyorsabban szóródnak (denevérijárványforma), mint a szárazföldi húsevők által terjesztett vírus. A veszettségvírus átvitelének legfontosabb módja az infektív vírustartalmú nyál inokulációja harapással. Minden olyan sérülés, amely lehetővé teszi vírustartalmú váladék közvetlen kontaktusát a szabad idegvégződésekkkel, potenciális veszélyt jelent. A terjedés más módjai ritkábban fordulnak elő (pl. lappangási időszakban végrehajtott cornea-transzplantáció); természetes körülmények között, zárt barlangokban, nagylétszámú, fertőzött denevérkolóniák jelenlétében a vírus inhalációja következtében is kialakulhat megbetegedés.

A cikkben szereplő beteg a humán veszettség dokumentált történetében a **hatodik ismert túlélő**, de az eset annyiban **egyedülálló**, hogy a páciens **nem kapott veszettség elleni profilaxist sem a klinikai tünetek megjelenése előtt, sem azt követően**. A korábbi adatok alapján a veszettségben szenvedő, előzetesen nem oltott betegek körében a letalitás 100% volt. Az eddig ismert öt túlélő vagy a sérülést megelőzően kapott veszettség elleni oltást, vagy a klinikai tünetek megjelenése előtt a posztexpozíciós profilaxis valamely formájában részesült. Ahogyan a most ismertetett esetben, a korábbi túlélők esetében sem sikerült a virális antigén kimutatása, és a vírusizolálás sem. A veszettség klinikai diagnózisát minden esetben csak a szérum és a liquor megnövekedett antitest-titere erősítette meg (mely utóbbi vakcinációt követően nem detektálható). Csak egy páciens gyógyult fel neurológiai szövődmények nélkül.

A humán veszettség specifikus kezelési eljárásainak még egyike sem bizonyult hatásosnak, de a kezelések kombinációja ajánlott (amely magában foglalja a veszettség elleni oltást, a specifikus immunglobulin, a monoclonalis antitestek, ribavirin, interferon vagy ketamin adását). Mivel napjainkig nem találtak hatékony terápiás eljárást, és mivel jelen esetben a betegnek volt veszettségvírus-neutralizáló antitestje, amelyre a diagnózist alapozták, orvosai úgy döntöttek, hogy a kezelés során elkerülik az immun-modulátorok (vakcina, immunglobulin vagy interferon) alkalmazását. Mindazonáltal a jelen betegnél alkalmazott kezelés részleges előnyei még meghatározásra várnak.

A beteg kórelőzményében szereplő denevér-harapás azt sugallja, hogy a megbetegedést a denevérek veszettségvírusának egy variánsa okozta. Ez megfelel az Amerikai Egyesült Államokban az elmúlt két évtizedben regisztrált humán veszettség esetek fertőzőforrására vonatkozó epidemiológiai jellemzőknek. 1980 – 2000 között az USA-ban 26, betegek közül kimutatott vírusvariáns (74%) volt a rovarrevő denevérekkel kapcsolatos.

Jelen esetben csak öt egészségügyi dolgozó részesült posztexpozíciós profilaxisban, míg a korábbi esetekben nagyszámú kontakt személyt oltottak. **Az egészségügyi dolgozók oltása csak akkor indokolt, ha nyálkahártya vagy nyitott bőrsérülés kontaminálódik a fertőző anyaggal (pl. nyál, könny, liquor, idegszövetek). Az infékcióntróll előírásainak betartása minimálisra csökkenti az expozíció kockázatát.**

A humán veszettség kialakulása megfelelő sebességel és a tünetek megjelenése előtt megkezdett és helyesen alkalmazott posztexpozíciós profilaxis alkalmazásával megelőzhető. Oltás ajánlott minden olyan személynek, akit denevér harapott, vagy karmolt meg, vagy vele kapcsolatban nyálkahártya-expozíció történt, hacsak a denevér laboratóriumi vizsgálata nem zárul negatív eredménnyel. Ha az ember és a denevér között közvetlen kontaktus történt, és az expozíció valószínűsége fennáll, továbbá az állat nem vizsgálható meg, oltást kell elrendelni, Ha azonban a denevér-harapás nem felismerhető vagy az expozíció jelentőségét alábecsülik, a páciens nem fordul orvoshoz, és így nem kap megfelelő kezelést. Amint a veszettség klinikai tünetei egyszer már nyilvánvalóvá váltak, a progresszív és rendszerint fatális kimenetelű encephalitis bekövetkezik.

Ez az eset ismét felhívta a figyelmet arra, hogy növelni kell a lakosság veszélyérzetét tekintetben, hogy a vadállatokkal és a denevérekkel történt kontaktus által okozott veszettség kockázatát minimalizálni lehessen. Tudatni kell az emberekkel, hogy ne tartsanak denevért házi kedvencként (ha nem tudják megvédeni a fertőzéstől), és ezeket az állatokat távol kell tartani a lakásoktól és a közterületektől.

*Ha egy potenciálisan veszett állat valakit megharapott, azonnal:*

- 1) *vízzel és szappannal ki kell mosni a sebet;*
  - 2) *ha lehet, be kell fogni az állatot (ha - elkerülve a direkt kontaktust - ezt biztonságosan meg lehet tenni), és vizsgálat vagy megfigyelés alá kell vonni;*
  - 3) *kapcsolatba kell lépni a helyi egészségügyi hatósággal;*
- és*
- 4) *orvoshoz kell fordulni a kezelés és a posztexpozíciós profilaxis megkezdése céljából.*

*Magyarországon az elmúlt öt évben egy alkalommal igazolták denevér veszzettségét (1999. Budapest; Országos Állategészségügyi Intézet Virologiai osztály).*

*Hazánkban humán veszetség gyanúja esetén a **lyssavírus speciestől (rabiesvírus és rabies-rokon vírusok) függetlenül azonos járványügyi intézkedéseket kell tenni.***

*A cikkben ismertetett beteg felgyógyulása ellenére a humán veszetségnek még nincs hatékony terápiája, és a **gyógyulás oka még ismeretlen.** Az orvosszakmai és a civil köztudatban **továbbra is számolni kell a denevér által okozott veszetség veszélyével. Nem szabad a fent ismertetett eset alapján a humán veszetséget gyógyítható betegségnek tekinteni.***

## **PÁLYÁZATI FELHÍVÁS**

### **AZ EURÓPAI UNIÓ NÉPEGÉSZSÉGÜGYI PROGRAMJA 2005**

2005. évben is megjelent az éves munkaprogram és a pályázati felhívás az Európai Unió Népegészségügyi Programja (2003-2008) keretében. Tanulva az előző két év tapasztalataiból, a pályázat elkészítésére rendelkezésre álló határidő most három hónap (2005. április 15.).

A munkaprogram a korábbi tematikát kiegészítette és integrált új területeket is, melyek előtérbe kerülése méginkább hozzájárulhat az európai népesség egészségének és életminőségének jelentős mértékű javulásához. A kiemelt területek a következők:

1. Függséget okozó anyagokkal kapcsolatos kulcsfontosságú stratégiák
  - dohányzás
  - alkohol

- kábítószeresek
2. Az életmód, a szexuális és reprodukív egészség
    - életmód
    - szexuális és reprodukív egészség
    - HIV/AIDS
    - mentálhigiéne
  3. Az egészség tágabb értelemben vett meghatározó tényezőire irányuló népegészségügyi cselekvés

A közgazdasági szemléletmód erőteljesebb érvényesülése, az egészségügyi ellátórendszer területén kifejtett minőségbiztosítási tevékenység is új elemként jelenik meg.

A pályázat európai együttműködésben (több ország együttes pályázata) adható be, közös programokat támogatva. A csatlakozást megelőző pályázatoktól eltérően beruházásra nem vehető igénybe.

A kiírás tartalmazza egyrészt a felhívás szövegét, a pénzügyi, a pályázókkal kapcsolatos feltételeket, az elbírálásra vonatkozó információkat, míg a munkaprogram részletesen tartalmazza azokat a témaköröket és prioritásokat, melyeket a benyújtott pályázatok kell, hogy lefedjenek, s megfelelnek az Európai Bizottság Népegészségügyi és Fogyasztóvédelmi Igazgatósága elvárásainak.

Ajánlattételi felhívás: "A népegészségügyre vonatkozó közösségi cselekvési program (2003–2008)"

2005. évi munkaprogram

A fenti két dokumentum magyar nyelven a kapcsolódó fájlknál olvasható, illetve letölthető.

Az angol nyelvű, eredeti kiírás és a letölthető formanyomtatványok az alábbi honlapon található meg: [http://www.europa.eu.int/comm/health/ph\\_programme/howtoapply/call\\_for\\_propal\\_en.htm](http://www.europa.eu.int/comm/health/ph_programme/howtoapply/call_for_propal_en.htm)

További információ: Ratalics Ágnes Egészségügyi Minisztérium

Tel: 301-7800 vagy 301-7869/1116 mellék

Fax: 311 80 54

E-mail: [ratalics.agnes@eum.hu](mailto:ratalics.agnes@eum.hu)

**A tájékoztatást adta: dr. Kökény Mihály népegészségügyi kormánybiztos**

## A HAZAI JÁRVÁNYÜGYI HELYZET ÁLTALÁNOS JELLEMZÉSE

A **2005. február 7-13.** közötti időszakban bejelentett fertőző megbetegedések alapján az ország járványügyi helyzete az alábbiakban foglalható össze:

**Az enterális bakteriális fertőző betegségek** közül a **salmonellosis** esetek száma negyedével, a **campylobacteriosisoké** mérsékelten emelkedett az előző hetihez képest. A regisztrált salmonellosisok kétharmada, a campylobacteriosisok fele három héttel korábban kezdődött megbetegedés.

**Tovább folytatódott a már decemberben is erős calicivírus-cirkuláció,** ötödik hete szinte változatlanul nagy gyakorisággal fordult elő az **enteritis infectiosa,** hetente közel 1000 esetet regisztráltak. Mind a heti bejelentések, mind az év eleje óta nyilvántartásba vett esetek számát tekintve másfélszer több megbetegedés került a nyilvántartásba, mint az 1999-2003. évek azonos időszakát jellemző medián. A legtöbb esetet a fővárosban és Békés megyében diagnosztizálták.

A héten négy **gastroenteritis járványról** érkezett jelentés. A járványok három kórházat és egy idősek otthonát érintettek.

Kevesebb **vírushepatitis** fordult elő, mint az előző héten és az 1999-2003. évek azonos időszakában. Az esetek több mint felét Borsod-Abaúj-Zemplén és Hajdú-Bihar megyében diagnosztizálták.

**A légúti fertőző betegségek** közül mérsékelten csökkent a **scarlatina** esetek száma az előző hetihez képest, ugyanakkor a **varicella** bejelentéseké több mint 20%-kal emelkedett. A betegség járványügyi helyzete jóval kedvezőtlenebb volt, mint a korábbi évek azonos időszakában. A területi incidenciát Békés és Győr-Moson-Sopron megyében volt a legmagasabb. A **rubeola** és a **mumpsz** csak alacsony számban fordult elő. Egy kéthónapos csecsemő **pertussis** megbetegedésének gyanúja került a nyilvántartásba.

Az ÁNTSZ illetékes kerületi intézete február 9-én végzett járványügyi vizsgálatot, és **két családtagot részesítettek posztexpozíciós profilaxisban.** A járvány nem tekinthető lezártnak.

**Az idegrendszeri fertőző betegségeket** tekintve kevesebb meningitis fordult elő, mint az előző héten.

Három újabb tularemia eset került a nyilvántartásba, ezzel a január 1. óta bejelentett esetek száma 17-re emelkedett, ami megközelíti az 1999-2003. évek azonos időszakát jellemző mediánt, amikor a betegség járványügyi helyzete kedvezőtlenebb volt. Két megbetegedést Jász-Nagykun-Szolnok, egy esetet Komárom-Esztergom megyében diagnosztizáltak.



EGÉSZSÉGÜGYI MINISZTERIUM  
Eng.sz.: 87104/1975

MINISTRY OF HEALTH  
OF THE HUNGARIAN REPUBLIC

**A tárgyhéten regisztrált fertőző megbetegedések Magyarországon (+)**  
**Cases of notified communicable diseases registered current week in Hungary (+)**

6/2005.sz.heti jelentés (weekly report)

(2005.02.07 – 2005.02.13.)

Betegség Disease	a 6. héten (week)			az 1 – 6. héten (week)		
	2005.02.07- 2005.02.13.	2004.02.02- 2004.02.08.	Medián 1999- 2003	2005.	2004.	Medián 1999- 2003
Typhus abdominalis	-	-	-	-	-	-
Paratyphus	-	-	-	-	-	-
Salmonellosis	89	34	65	464	378	500
Dysentheria	3	3	7	11	15	27
Dyspepsia coli	3	3	3	11	11	19
Egyéb E.coli enteritis	1	1	1	6	10	9
Campylobacteriosis	108	80	95	640	643	659
Yersiniosis	2	7	4	12	20	23
Enteritis infectiosa	958	598	649	5415	3466	3275
Hepatitis infectiosa	12	10	21	78	103	92
AIDS	-	-	1	5	4	2
Poliomyelitis	-	-	-	-	-	-
Acute flaccid paralysis	-	-	1	-	-	2
Diphtheria	-	-	-	-	-	-
Pertussis	1	1	-	5	7	-
Scarlatina	117	59	112	667	320	665
Morbilli	-	-	-	-	-	1
Rubeola	5	4	2	11	9	16
Parotitis epidemica	2	1	5	12	23	34
Varicella	1816	888	1249	9047	5898	6129
Mononucleosis inf.	28	20	28	128	110	151
Legionellosis	-	1	-	9	16	3
Meningitis purulenta	1	4	7	29	31	47
Meningitis serosa	1	-	3	10	9	17
Encephalitis infectiosa	9	2	1	40	12	11
Creutzfeldt-J.-betegség	-	-	•	2	2	•
Lyme-kór	3	3	4	30	17	24
Listeriosis	-	-	-	1	1	-
Brucellosis	-	-	-	-	-	-
Leptospirosis	3	-	1	6	2	9
Tularemia	3	1	1	17	3	18
Tetanus	-	-	-	-	-	-
Vírusos haemorrh. láz	1	-	-	1	-	-
Malaria*	-	-	-	-	-	1
Toxoplasmosis	4	5	7	28	15	36

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

(\*) importált esetek (imported cases)

(•) nincs adat (no data available)

A statisztika készítés ideje: 2005.02.15

A tárgyhéten regisztrált fertőző megbetegedések Magyarországon (+)  
Cases of notified communicable diseases registered current week in Hungary (+)

6/2005.sz. heti jelentés (weekly report)

(2005.02.07 – 2005.02.13.)

Terület Territory	Salmonel- losis	Dysentheria	Campylo- bacteriosis	Enteritis infectiosa	Hepatitis infectiosa	Scarlatina	Varicella	Mononucl. infectiosa	Meningitis purulenta	Lyme-kór
Budapest	8	2	8	127	1	35	174	6	-	-
Baranya	4	-	3	31	-	6	76	4	-	-
Bács-Kiskun	28	-	12	52	1	1	77	2	-	-
Békés	1	-	3	153	-	5	152	-	-	-
Borsod-Abaúj- Zemplén	1	-	-	25	4	2	189	1	1	1
Csongrád	8	-	13	52	-	1	26	1	-	-
Fejér	1	-	8	54	1	2	74	1	-	-
Győr-Moson-Sopron	3	-	2	24	-	15	181	1	-	-
Hajdú-Bihar	5	-	14	14	3	3	157	3	-	-
Heves	3	-	9	42	-	1	44	-	-	-
Jász-Nagykun- Szolnok	1	-	2	77	1	4	95	-	-	-
Komárom- Esztergom	1	-	3	18	-	6	97	-	-	1
Nógrád	-	-	-	29	-	5	26	-	-	-
Pest	11	-	9	70	-	16	146	3	-	-
Somogy	4	-	1	52	-	2	59	-	-	-
Szabolcs-Szatmár- Bereg	1	-	12	30	1	2	54	2	-	-
Tolna	4	-	3	31	-	-	27	-	-	1
Vas	3	-	-	13	-	5	54	2	-	-
Veszprém	1	-	2	51	-	5	48	2	-	-
Zala	1	1	4	13	-	1	60	-	-	-
<b>Összesen (total)</b>	<b>89</b>	<b>3</b>	<b>108</b>	<b>958</b>	<b>12</b>	<b>117</b>	<b>1816</b>	<b>28</b>	<b>1</b>	<b>3</b>
<b>Előző hét (previous week)</b>	<b>71</b>	<b>1</b>	<b>95</b>	<b>954</b>	<b>22</b>	<b>130</b>	<b>1478</b>	<b>19</b>	<b>6</b>	<b>2</b>

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

A statisztika készítés ideje: 2005.02.15

**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.hu/oeke](http://www.antsz.hu/oeke)

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: [epiujsag@oeke.antsz.hu](mailto:epiujsag@oeke.antsz.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:**

dr. Bujdosó László

**Epinfo szerkesztősége**

**Alapító főszerkesztő:** dr. Straub Ilona

**Főszerkesztő:** dr. Melles Márta

**Főszerkesztő helyettes:** dr. Csohán Ágnes

**Olvasószerkesztő:** dr. Krisztalovics Katalin

**Szerkesztők:**

dr. Böröcz Karolina

dr. Hermann Dóra

Lendvai Gyuláné

**Technikai szerkesztő:**

Kissné Sponga Zsuzsanna

**Nyomda vezetője:**

Vizinger Ferenc

ISSN 1419-757X