



Streszczenia zgłoszone na XXI Zjazd PTEiLChZ

Spis treści:

1.	D.Zarębska-Michaluk, P.M.Stępień, P.Pabjan: Successful Sofosbuvir/Ledipasvir treatment for a chronic hepatitis C genotype 1b patient with fibrodysplasia ossificans progressiva and HBV coinfection – case report	3
2.	J.Czepiel, J.Gdula-Argasińska, G.Biesiada, A.Jurczyszyn, A.Borys, P.Wońkow, K.Stażyk, T.Librowski, A.Garlicki: Wpływ przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu B na zawartość kwasów tłuszczowych w osoczu	4
3.	M.Dróżdż, G.Biesiada, H.Pituch, D.Wultańska, P.Obuch-Woszczatyński, M.Piotrowski, J.Kędzierska, M.Michalak, A.Garlicki J.Czepiel: Level of faecal calprotectin significantly correlates with <i>Clostridium difficile</i> infection severity	5
	<i>Praca nagrodzona (I nagroda), zakwalifikowana do prezentacji ustnej</i>	
4.	M.Dróżdż, J.Gdula-Argasińska, G.Biesiada, A.Jurczyszyn, W.Perucki, P.Wońkow, A.Borys, T.Librowski, A.Garlicki, J.Czepiel: n-3 Fatty acids and resolvin D1 content in plasma of patients with <i>Clostridium difficile</i> infection	6
5.	M.Dróżdż, G.Biesiada, H.Pituch, D.Wultańska, P.Obuch-Woszczatyński, M.Piotrowski, J.Kędzierska, M.Michalak, A.Garlicki, J.Czepiel: Typy genetyczne szczepów w toku zakażenia <i>Clostridium difficile</i> na terenie województwa małopolskiego	7
6.	K.Zieniewicz, M.Sobolewska-Pilarczyk, A.Stachowiak, M.Pawłowska Epidemiologia biegunek infekcyjnych u dzieci hospitalizowanych w Wojewódzkim Szpitalu Obserwacyjno – Zakaźnym w Bydgoszczy w latach 2010 – 2016	8
7.	J.Moppert, K.Zieniewicz -Cieślik, M.Tyczyno, M.Pawłowska: Częstość występowania przeciwciał anty – HAV u pracowników ochrony zdrowia – obserwacje własne	9
8.	B.Smok, J.Franczak, K.Domagalski, M.Pawłowska: Powikłania ospy wietrznej u dzieci – obserwacje własne	10
9.	J.Czepiel, M.Rajzer, G.Biesiada, D.Cibor, E.Pitera, P.Wońkow, T.Mach, A. Garlicki: Ocena wpływu przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu B i typu C na ryzyko rozwoju schorzeń sercowych-naczyniowych	11
10.	K.Stażyk, G.Biesiada, J.Czepiel, A.Garlicki: Mononukleoza zakaźna u 47- letniego pacjenta- opis przypadku	12
11.	K.Stażyk, G.Biesiada, J.Czepiel, A.Garlicki: Trudności w rozpoznaniu neuroinfekcji u pacjenta z przewlekłym niemowlęcym zespołem neurologiczno-skórno- stawowym (CINCA) - opis przypadku	13
12.	G.Biesiada, K.Stażyk, M.Gomulska, K.Połetek, J.Czepiel, A.Dudek, A.Garlicki: Charakterystyka zachorowań na wczesną neuroboreliozę w materiale Oddziału Klinicznego Chorób Zakaźnych Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie	14
13.	W.Dobrcki, N.Kuzia, M.Dobrcka: Akceptacja choroby i jakość życia zakażonych boreliozą pracowników wybranych nadleśnictw dolnego śląska	15
14.	W.Dobrcki, K.Pieczątkiewicz, M.Dobrcka: Akceptacja choroby i jakość życia u dorosłych pacjentów z przewlekłym zapaleniem wątroby typu C	16

15	W.Dobrcki, S.Pietrzak, M. Dobracka: Akceptacja choroby i jakość życia u dorosłych pacjentów z przewlekłym zapaleniem wątroby typu B	17
16.	D.Dybowska, M.Parczewski, D.Kozielewicz, M.Tyczyno, A.Urbańska, W.Halota: Analiza substytucji HCV u chorych wymagających reterapii	18
	<i>Praca nagrodzona (II nagroda), zakwalifikowana do prezentacji ustnej</i>	
17	J.Jabłońska, K.Nazzal, J.Kozłowska, M. Sapała, T.Mikuła, A.Wiercińska-Drapało: Gorączka po powrocie z podróży w materiale własnym Kliniki Chorób Zakaźnych, Tropikalnych i Hepatologii	19
18.	K.Kłos, K.Warda, L.Okowińska: Zwalczanie zakażeń Klebsiella pneumoniae CPE w warunkach szpitalnych – doświadczenia własne	20
	<i>Praca zakwalifikowana do prezentacji ustnej</i>	
19.	A.Cieśla, A.Skóra, R.Pleśniak, J.Sieklucki, M.Wajdowicz: Przerwanie łańcucha chłodniczego szczepionek w uodparnianiu czynnym po ekspozycji na zakażenie wirusem wścieklizny	21
20.	A.Cieśla, B.Konecka-Szydełko, J.Sieklucki, R.Pleśniak, M.Byś, K.Kuźniar: Ognisko wirusowego zapalenia wątroby typu A wśród dzieci w wieku przedszkolnym	22
21.	A.Cieśla, R.Pleśniak, J.Sieklucki, M.Byś, S.Kocór, A.Oboz-Adaś: Ocena obrazu klinicznego wirusowego zapalenia wątroby typu A przeprowadzona w oparciu o analizę przypadków rejestrowanych w 2017/18 roku na terenie Podkarpacia	23
22.	J.Niścigorska-Olsen: Tularemia w województwie zachodniopomorskim. Obserwacje kliniczno-epidemiologiczne w materiale własnym	24
23.	D.Krankowska, P.Borkowski, M.Olszyńska-Krowicka, W.Stańczak, J.Kozłowska, A.Wiercińska-Drapało: Bąblowica u pacjentów hospitalizowanych w Klinice Chorób Zakaźnych, Tropikalnych i Hepatologii* w Wojewódzkim Szpitalu Zakaźnym w Warszawie, w latach 2008-2018	25
	<i>Praca nagrodzona (III nagroda), zakwalifikowana do prezentacji ustnej</i>	
24.	R.Pleśniak, M.Byś, M.Szymański, M.Szura, A.Cieśla: Dziesięcioletnia obserwacja pacjentów z przewlekłym wirusowym zapaleniem wątroby typu B leczonych analogami nukleot(z)ydowymi	26
	<i>Praca zakwalifikowana do prezentacji ustnej</i>	
25.	J.Niścigorska-Olsen, M.Parczewski, A.Urbańska: Malaria w obserwacjach własnych z uwzględnieniem epidemiologii, obrazu klinicznego i metod diagnostycznych	27
	<i>Praca zakwalifikowana do prezentacji ustnej</i>	
26.	A.Cybula, M.M.Suchacz, A.Wiercińska-Drapało, E.Talarek, M.Marczyńska: Ospa kocia u ludzi – opis przypadków	28

1.

Successful Sofosbuvir/Ledipasvir treatment for a chronic hepatitis C genotype 1b patient with fibrodysplasia ossificans progressiva and HBV coinfection – case report.

Dorota Zarębska-Michaluk¹, Piotr M. Stępień¹, Paweł Pabjan¹

¹*Voivodeship Hospital, Department of Infectious Diseases, Kielce*

Background and aim: Fibrodysplasia ossificans progressiva (FOP) is an ultra-rare autosomal dominant genetic condition with a prevalence of 1:2,000,000. The nature of FOP is episodic occurrence of painful inflammatory soft tissue swelling, followed by progressive heterotopic endochondral ossifications. So far, there is no etiologic treatment to cure the disease. We present the first known case of FOP patient with HBV and HCV coinfection.

Case report: In April 2014, a 32-year-old woman was referred to our Department for HBV and HCV coinfection. At the age of nine she had a surgery for tumour in the right scapula area and, based on histopathological examination, myxofibrosarcoma was diagnosed. Then she started cytostatics, but therapy was discontinued due to disease progression: new painful tumours and deformation of chest were observed. Repeated biopsy confirmed the diagnosis of FOP. She was hospitalized many times for the symptomatic therapy, but disease progressed fast leading to disability. In 2013 she was screened to experimental treatment of FOP, but failed due to detection of HBs antigen and anti-HCV antibodies. Diagnostic procedures were performed with results as follows: elevated aminotransferases, HBeAg(-)/anti-HBe(+), HBVDNA 10⁵ IU/mL, HCVRNA 10⁶ IU/mL genotype 1b. In May 2014 entecavir was started. In April 2016 elastography revealed liver stiffness of 8,5 kPa and Sofosbuvir/Ledipasvir was initiated. Patient was successfully treated for 12 weeks with no adverse event and no HBV exacerbation. Now she is considered to experimental therapy for FOP.

Conclusions: Effective and safe antiviral treatment gives patient an opportunity to be treated for rare genetic disease.

2.

Wpływ przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu B na zawartość kwasów tłuszczowych w osoczu

Jacek Czepiel¹, Joanna Gdula-Argasińska², Grażyna Biesiada¹, Artur Jurczyszyn³, Agnieszka Borys⁴, Paweł Wołkow⁴, Katarzyna Stażyk¹, Tadeusz Librowski², Aleksander Garlicki¹.

¹*Klinika Chorób Zakaźnych i Tropikalnych, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków, Polska*

²*Zakład Radioligandów, Wydział Farmacji, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków, Polska*

³*Klinika Hematologii, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków, Polska*

⁴*Ośrodek Genomiki Medycznej OMICRON, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków, Polska*

Wstęp. Wątroba jest głównym narządem odpowiedzialnym za metabolizm lipidów. Narząd ten wykorzystuje cholesterol i kwasy tłuszczowe (FA, *fatty acids*) uzyskane egzogennie z diety oraz endogennie z innych tkanek, tworzy kompleksy lipoproteinowe, część z nich zwrótnie wraca do krwi. Spośród lipidów szczególną rolę pełnią wielonienasycone kwasy tłuszczowe (PUFA, *polyunsaturated fatty acids*), część z nich cechuje się aktywnością prozapalną (głównie n-6 PUFA), inne natomiast przeciwzapalną (n-3 PUFA). Celem pracy była ocena wpływu przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu B na zawartość kwasów tłuszczowych w osoczu.

Material i metody. Do badania włączono 60 osób, w tym 30 osób z przewlekłym wirusowym zapaleniem wątroby typu B (pwzw B) pozostających w opiece Oddziału Kliniki Chorób Zakaźnych i Tropikalnych Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie oraz 30 zdrowych ochotników. Pośród osób z pwzw B było 15 osób z marskością wątroby i 15 osób bez cech marskości. Przy użyciu chromatografii gazowej dokonano analizy zawartości kwasów tłuszczowych w osoczu badanych osób. Ponadto w surowicy oznaczono stężenie rezolwiny i lipoksyny A4 przy wykorzystaniu techniki EIA (Enzyme Immunoassay).

Wyniki. Stwierdzono istotnie statystycznie obniżenie lipoksyny A4 u pacjentów z HBV w fazie marskości w stosunku zarówno do grupy kontrolnej (1812 vs 2230 pg/ml), jak i do osób zakażonych HBV, ale jeszcze nie będących w fazie marskości wątroby (1812 vs 2453 pg/ml). Wykazano statystycznie istotnie niższą zawartość n3-PUFA (8,7% vs 15,4%) oraz niższy wskaźnik n3/n6-PUFA (0,4 vs 0,8) w osoczu osób zakażonych wirusem HBV w fazie marskości w stosunku do osób grupy kontrolnej.

Wnioski. W toku marskości wątroby dochodzi do obniżenia wytwarzania lipoksyny A4 i obniżenia odsetka n3-PUFA, co może przyczyniać się do niedostatecznego wygaszania reakcji zapalnej w toku HBV.

3.

Level of faecal calprotectin significantly correlates with *Clostridium difficile* infection severity

Mirosław Drózdź¹, Grażyna Biesiada², Hanna Pituch³, Dorota Wultańska³, Piotr Obuch-Woszczatyński³, Michał Piotrowski³, Jolanta Kędzierska⁴, Mateusz Michalak⁵, Aleksander Garlicki²
Jacek Czepiel²

¹*St. Anne Hospital in Miechów, Poland*

²*Infectious and Tropical Diseases Clinic, Jagiellonian University Medical College, Kraków, Poland*

³*Department of Medical Microbiology, Medical University of Warsaw, Poland*

⁴*Faculty of Microbiology, University Hospital in Kraków, Poland*

⁵*Students' Scientific Society, Jagiellonian University Medical College, Kraków, Poland*

Introduction. Calprotectin is a 36 kDa, calcium- and zinc-binding protein, produced mostly by neutrophils (and to some extent by monocytes/macrophages), notable for its antimicrobial properties. Faecal calprotectin (FC) rises significantly in intestinal inflammation accompanied by neutrophil activation- such as *Clostridium difficile* infection (CDI). Crucially, inflammatory reactions other than intestinal do not cause a significant increase in FC (unlike inflammation markers such as ESR or CRP). The aim of the study was to assess the benefit of FC testing in CDI.

Materials and Methods. The study group included 76 patients with CDI hospitalised at the Jagiellonian University Hospital in Kraków. FC levels were measured using an EIA (Enzyme Immunoassay). Blood tests, demographic and clinical information were recorded using standardised data collection forms.

Results. The studied population included 76 patients with CDI aged from 24 to 98 years (mean: 72; 39 men and 37 women). Median calprotectin level was 739 (Q₂₅-Q₇₅: 612-799 µg/g), what was typical for patients with intense colitis. A statistically significant difference in FC concentration in patients with severe vs non-severe CDI was observed (780 vs 661 µg/g respectively, p=0,001). Of the 76 patients, 20 died- in 13 cases death could be directly attributed to CDI (sequentially or clinically). In the remaining 7 cases, CDI had been successfully treated and death occurred due to other causes. No significant difference in FC was noted between the surviving group (n=50, FC= 700 µg/g) and the group wherein CDI was a direct factor in death (n=13, FC= 722 µg/g). Furthermore, no correlation between FC and the blood parameters prognostic for CDI (leukocyte, neutrophil count, CRP, albumin, creatinine levels) was found.

Conclusion. FC level significantly correlated with CDI severity, which demonstrates that FC could serve as a predictive marker for assessing CDI severity. Establishing severity markers for CDI is crucial in clinical practice, enabling the patient to be qualified for the optimal treatment plan, which is paramount in a successful management of CDI.

4.

n-3 Fatty acids and resolvin D1 content in plasma of patients with *Clostridium difficile* infection

Mirosław Dróżdż¹, Joanna Gdula-Argasińska², Grażyna Biesiada³, Artur Jurczyszyn⁴, Will Perucki⁵, Paweł Wołkow⁶, Agnieszka Borys⁶, Tadeusz Librowski², Aleksander Garlicki³, Jacek Czepiel³

¹*Saint Ann's Hospital, Miechow, Poland*

²*Department of Radioligands, Faculty of Pharmacy, Jagiellonian University Medical College, Krakow, Poland*

³*Department of Infectious and Tropical Diseases, Jagiellonian University Medical College, Krakow, Poland*

⁴*Department of Hematology, Jagiellonian University Medical College, Krakow, Poland*

⁵*Department of Medicine, John Dempsey Hospital, University of Connecticut, Farmington, CT, USA*

⁶*Center for Medical Genomics OMICRON and Department of Pharmacology, Jagiellonian University Medical College, Krakow, Poland*

Introduction. During the course of *Clostridium difficile* infection (CDI), there is a general inflammatory state as evidenced by elevated C-reactive protein (CRP), procalcitonin, white blood cells, and neutrophils. Lipids are important in the inflammatory process, however we are far from fully understanding of the nature of their role. In order to gain a deeper understanding of the role of fatty acids (FA) in the pathogenesis of acute infection we analyzed their plasma content in patients with CDI and controls.

Materials and method. We prospectively studied 80 patients, the study groups included 40 patients with CDI aged from 23 to 95 years (mean: 67 years; 16 men and 24 women), and 40 healthy volunteers from 33 to 85 years old (mean: 60 years; 16 men and 24 women). We checked their plasma FA content using gas chromatography and ELISA competitive assay, moreover we assessed the white blood cells (WBC) count, neutrophil count and CRP level. **Results.** Patients with CDI were characterized by significantly higher values of WBC, neutrophils, platelets and CRP compared to the control group. The plasma SFA index (45.7%) was statistically higher, almost two-fold, in the plasma of CDI patients, compared to control (28.6 %). Interestingly we observed statistically higher amounts of short fatty acids (C:6-C:14) in the samples from CDI patients. Changes in the MUFA index didn't show significant changes between studied groups. Total plasma n-6 acids were similar in the both groups (23.1% for control and 21.4 for CDI). Total n-3 were statistically significantly decreased in the plasma of patients with CDI as compared to the control group (6.4% and 18.7%). The concentration of resolvin D1 was significantly higher in the control group as compared to patients with CDI (162 pg/ml vs. 132 pg/ml, respectively).

Conclusion. There are distinct changes in plasma FA during CDI. In the situation of patients with good outcomes, we observed an effective silencing of the inflammatory response, as evidenced by n-3 PUFA consumption and their significant decrease relative to the control group.

5.

Typy genetyczne szczepów w toku zakażenia *Clostridium difficile* na terenie województwa małopolskiego

Mirosław Drózd¹, Grażyna Biesiada², Hanna Pituch³, Dorota Wultańska³, Piotr Obuch-Woszczatyński³, Michał Piotrowski³, Jolanta Kędzierska⁴, Mateusz Michalak⁵, Aleksander Garlicki²
Jacek Czepiel²

¹*Szpital św. Anny w Miechowie*

²*Klinika Chorób Zakaźnych i Tropikalnych, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum*

³*Katedra i Zakład Mikrobiologii Lekarskiej, Warszawski Uniwersytet Medyczny*

⁴*Zakład Mikrobiologii, Szpital Uniwersytecki w Krakowie*

⁵*Studenckie Towarzystwo Naukowe, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum*

Wstęp: Począwszy od 2001 roku epidemiologia zakażeń *Clostridium difficile* (C. diff.) zmieniła się istotnie. Szczepem o największym jak do tej pory poznanym potencjale do wywoływania najcięższych przebiegów zakażenia *Clostridium difficile* (*Clostridium difficile* infection - CDI) jest rybotyp 027 (RT027), który cechuje się mutacją genu regulacji negatywnej *tcdC*, co prowadzi do wzrostu produkcji toksyn A i B. RT027 był niezmiernie rzadki przed 2000 rokiem. Analizując dane 6000 tysięcy zachorowań na terenie USA sprzed 2001 roku RT027 zidentyfikowano tylko w 14 przypadkach co stanowi zaledwie 0,2 % ogółu zachorowań, natomiast w 2 pierwszych dużych epidemiach w Ameryce Północnej na początku zeszłej dekady odsetek CDI spowodowanych przez RT027 wynosił 51% w USA i 84 % w Kanadzie. Celem naszego badania była ocena rodzajów PCR-rybotypów (PCR-RT) wywołujących CDI na terenie województwa małopolskiego.

Material i metody: Do badania pilotażowego włączono 35 osób zakażonych C.diff. w wieku od 25 do 96 lat, 17 mężczyzn i 18 kobiet leczonych z powodu CDI w Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie. Oznaczenie PCR- RT C.diff. wykonano przy użyciu techniki PCR-rybotypowanie wykorzystując bazę danych Cardiff-ECDC (*European Centre for Disease Prevention and Control*) jako referencyjną.

Wyniki: W badanej grupie stwierdzono bardzo dużą dominację szczepów RT027 - było ich 32 (89%), ponadto stwierdzono jeszcze obecność czterech innych PCR-RT: RT001 (n=1), RT002 (n=1), RT020 (n=1) i po raz pierwszy w Polsce RT198 (n=1).

Wnioski: Dominującym PCR-rybotypem w badanej populacji był RT027.

6.

Epidemiologia biegunek infekcyjnych u dzieci hospitalizowanych w Wojewódzkim Szpitalu Obserwacyjno – Zakaźnym w Bydgoszczy w latach 2010 – 2016.

K. Zieniewicz [2], M. Sobolewska – Pilarczyk [1], A. Stachowiak [2], M. Pawłowska [1].

Katedra i Klinika Chorób Zakaźnych i Hepatologii Wieku Rozwojowego CM UMK [1]

Wojewódzki Szpital Obserwacyjno-Zakaźny w Bydgoszczy [2]

Cel pracy: Ocena epidemiologii biegunek infekcyjnych u dzieci hospitalizowanych w WSOZ w latach 2010 – 2016.

Material i metody: Poddano retrospektywnej analizie dokumentację medyczną 6302 pacjentów (3514 chłopców i 2788 dziewczynek) w wieku 0 – 18 lat hospitalizowanych w latach 2010 – 2016 w Oddziale Pediatrii, Chorób Infekcyjnych i Hepatologii Wojewódzkiego Szpitala Obserwacyjno – Zakaźnego w Bydgoszczy z powodu biegunki infekcyjnej. Analizie poddano: liczbę przypadków biegunek w poszczególnych latach, czynnik etiologiczny biegunki, sezonowość oraz wiek dzieci.

Wyniki: W latach 2010 – 2016 z powodu biegunki infekcyjnej hospitalizowano 6302 dzieci. Najliczniejszą grupę stanowiły dzieci w wieku 1 – 3 lat – 2331 (37%), następnie w wieku 3 – 7 lat – 1500 (23,8%) oraz niemowlęta < 1 r.ż. – 1383 (21,9%). Etiologię wirusową potwierdzono u 2027 pacjentów (32,1%), bakteryjną u 440 dzieci (7%). Wśród dzieci z biegunką wirusową dominowały zakażenia rotawirusowe, które występowały u 1860 pacjentów (91,7%), głównie w wieku 1 – 3 lat – 846 (45,6%). Kolejnym czynnikiem biegunek wirusowych był adenowirus – 134 zakażenia u dzieci oraz norowirus – u 33 dzieci. Liczby zachorowań na biegunkę rotawirusową wykazywały tendencję wzrostową od 141 pacjentów w 2010 roku, do 405 pacjentów w 2015 roku. Najwięcej biegunek o etiologii wirusowej w poszczególnych latach odnotowano w marcu i kwietniu (odpowiednio 431 i 381 przypadków), najmniej w sierpniu i we wrześniu (odpowiednio 39 i 51 hospitalizacji). Głównym czynnikiem etiologicznym odpowiedzialnym za infekcje bakteryjne była *Salmonella enteritidis*. Biegunki tej etiologii potwierdzono u 261 dzieci (59,3%) głównie w wieku 3 – 7 lat, następnie *Campylobacter jejuni* u 93 pacjentów, *Clostridium difficile* u 74 pacjentów oraz *Yersinia enterocolitica* u 12 dzieci. W biegunkach etiologii bakteryjnej nie obserwowano sezonowości, hospitalizacje występowały w podobnej liczbie (25 – 34 przypadków) w poszczególnych miesiącach z niewielkim nasileniem w lipcu i w sierpniu (odpowiednio 73 – 75 przypadków hospitalizacji).

Wnioski:

1. Biegunki infekcyjne występują częściej u niemowląt i małych dzieci, dominują biegunki o etiologii wirusowej, charakteryzujące się sezonowością
2. Głównym czynnikiem etiologicznym biegunek etiologii wirusowej są rotawirusy, a biegunek o etiologii bakteryjnej, *Salmonella enteritidis*.
3. Liczba hospitalizacji dzieci z biegunką rotawirusową wykazuje tendencję wzrostową.

7.

J. Moppert¹, K. Zieniewicz – Cieślik¹, M. Tyczyno¹, M. Pawłowska².

Częstość występowania przeciwciał anty – HAV u pracowników ochrony zdrowia – obserwacje własne.

¹ *Wojewódzki Szpital Obserwacyjno - Zakaźny im. T. Browicza w Bydgoszczy*

² *Katedra Chorób Zakaźnych i Hepatologii CM UMK w Bydgoszczy*

Cel pracy: W związku ze wzrostem liczby hospitalizacji pacjentów z wzv A w 2017 r podjęto decyzję o zaszczepieniu p/wzv A personelu medycznego. Przed szczepieniem przeprowadzono badania obecności przeciwciał anty – HAV u pracowników szpitala.

Materiał i metody: Badania przeprowadzono u 142 osób (126 kobiet i 16 mężczyzn w wieku od 26 do 79 lat), w tym 33 lekarzy, 75 pielęgniarek, 12 pracowników laboratorium i 22 osób z administracji.

Obecność przeciwciał anty – HAV wykrywano testem HAV IgG Elisa FORTRESSEDIAGNOSTICS.

Wyniki: U 95/142 (66,9%) nie wykryto w surowicy obecności anty – HAV w klasie IgG, u 38/142 (26,7 %) badanych stwierdzono obecność anty – HAV IgG, u 9/142 uzyskano wyniki na granicy wykrywalności.

Wśród osób z obecnymi p/ciałami anty – HAV IgG było: 9 lekarzy (w wieku 45 – 79 lat), 17 pielęgniarek (33 – 62 lata), 6 pracowników laboratorium (47 – 70 lat) i 6 pracowników administracji (45 – 64 lata). W oparciu o wywiad epidemiologiczny wykluczono osoby zaszczepione p/wzWA oraz te, które przechorowały wzv A. W badanej grupie pozostało 21 (15 %) osób : 4 lekarzy (w wieku 63-79 lat), 11 pielęgniarek (33-62 lata), 4 pracowników laboratorium (54 – 70 lat) i 2 pracowników administracji (47 i 55 lat). Przeciwciała anty – HAV wykrywano 2,5 – krotnie częściej u pracowników laboratorium niż lekarzy czy pielęgniarek.

Wniosek: Niska częstość występowania p/ciał anty HAV w klasie IgG wśród personelu medycznego potwierdza zasadność szczepień p/wzv A w tej grupie.

8.

Powikłania ospy wietrznej u dzieci –obserwacje własne.

Beata Smok^{1,2}, Justyna Franczak¹, Krzysztof Domagalski³, Małgorzata Pawłowska^{1,2}

[1] Oddział Pediatrii, Chorób Infekcyjnych i Hepatologii, Wojewódzki Szpital Obserwacyjno-Zakaźny im. Tadeusza Browicza w Bydgoszczy.

[2] Klinika Chorób Zakaźnych i Hepatologii Wieków Rozwojowego, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu.

[3] Interdyscyplinarne Centrum Nowoczesnych Technologii, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu.

Cel pracy: Ocena częstości i przebiegu powikłań ospy wietrznej u dzieci hospitalizowanych w WSOZ w latach 1999-2017r.

Materiał i metody: Retrospektywnie analizowano dokumentację medyczną 761 pacjentów. Oceniano: liczbę dzieci z powikłaniami ospy wietrznej w poszczególnych latach, wiek, płeć, rodzaj powikłań, długość hospitalizacji, współistniejące zaburzenia odporności oraz obecność szczepień przeciw ospie wietrznej w wywiadzie. Uwzględniono dwie grupy pacjentów:

I - 153 dzieci hospitalizowanych w okresie braku szczepień ochronnych p/ospie wietrznej (1999-2003), II – 608 dzieci hospitalizowanych w okresie dostępnych szczepień ochronnych p/ospie wietrznej (lata 2004-2017).

Wyniki: Wśród 761 badanych było 417 (54,8%) chłopców oraz 344 (45,2%) dziewczynki w wieku od 4 dni do 18 lat. 22,5% dzieci nie ukończyło 1 r.ż., a 65% było poniżej 5 r.ż. Długość hospitalizacji wynosiła od 1 do 30 dni (mediana 5 dni). Najczęściej rozpoznawanymi powikłaniami ospy wietrznej były: bakteryjne zapalenie skóry (24,8%), zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego (18,6%), zapalenie płuc i oskrzeli (18,0%), zapalenie górnych dróg oddechowych (12,1%) oraz powikłania neurologiczne (9,1%). Infekcje skóry i tkanek miękkich występowały częściej u młodszych dzieci, natomiast powikłania neurologiczne u starszych. W grupie I najczęściej obserwowano zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego (30,7%), w grupie II dominowały bakteryjne zapalenia skóry (29,4%). W grupie II częściej stwierdzano zapalenie wątroby, zespół ogólnoustrojowej reakcji zapalnej oraz infekcje tkanek miękkich. Choroby przewlekłe upośledzające odporność występowały u 4% badanych.

Wnioski:

1. Powikłania ospy wietrznej dotyczą głównie najmłodszych dzieci z prawidłową odpornością.
2. Wydaje się zasadne wprowadzenie obowiązkowych szczepień p/ospie wietrznej.

9.

Ocena wpływu przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu B i typu C na ryzyko rozwoju schorzeń sercowych-naczyniowych.

Jacek Czepiel¹, Marek Rajzer², Grażyna Biesiada², Dorota Cibor³, Ewelina Pitera⁴,

Paweł Wołkow⁴, Tomasz Mach³, Aleksander Garlicki¹

1Klinika Chorób Zakaźnych i Tropikalnych, CM UJ

2I Klinika Kardiologii i Elektrokardiologii Interwencyjnej oraz Nadciśnienia Tętniczego, CM UJ

3Klinika Gastroenterologii i Hepatologii, CM UJ

4 Ośrodek Genomiki Medycznej OMICRON, CM UJ

Wstęp: Uważa się, iż przewlekłe uszkodzenie wątroby, wpływa również na rozwój schorzeń sercowo-naczyniowych (CVD). Dotychczas wykazano to w pracach oceniających wpływ niealkoholowej stłuszczeniowej choroby wątroby (NAFLD) na CVD. Wiadomo jest, iż szereg czynników prowadzących do rozwoju NAFLD, takich jak hipercholesterolemia, otyłość, cukrzyca, jednocześnie wpływa na rozwój CVD.

Celem badania była ocena wpływu przewlekłego uszkodzenia wątroby na ryzyko rozwoju CVD na podstawie analizy chorych na przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B (pwzw B) i C (pwzw C), dzięki czemu uniknięto wyżej wzmiankowanego problemu trudności interpretacji, czy wzrost ryzyka rozwoju CVD wynika z uszkodzenia wątroby czy też z czynników prowadzących jednocześnie do rozwoju NAFLD, jak i CVD.

Materiał i metody: Do badania pilotażowego zrekrutowano 68 osób podzielonych na 3 grupy (20 osób z pwzw B, 28 osób z pwzw C, 20 osób jako grupa kontrolna). Średnia wieku poszczególnych grup wynosiła kolejno: 45,6 lat, 46,6 lat, 46,5 lat. Dokonano pomiaru tętna oraz gabinetowego ciśnienia tętniczego krwi skurczowego (SBP) i rozkurczowego (DBP) na tętnicy ramieniowej w warunkach standardowych. Wyliczono ciśnienie średnie (MAP). Z wykorzystaniem urządzenia SphygmoCor dokonano pomiarów ciśnień centralnych w aorcie (C-SBP), ciśnienie tętna (C-PP), wskaźnika wzmocnienia (Aix), a także szyjno-udowej prędkości fali tętna (PWV), uznawanych za wskaźniki sztywności tętnic.

Wyniki: Stwierdzono brak istotnych statystycznie różnic pomiędzy badanymi grupami. Uzyskano następujące wyniki (odpowiednio dla pwzw B, pwzw C i grupy kontrolnej): SBP (134 vs 130 vs 120 mmHg), DBP (83 vs 80 vs 74 mmHg), MAP (97 vs 94 vs 95 mmHg), HR (69 vs 69 vs 76 /min), C-SBP (118 vs 117 vs 107 mmHg), C-PP (32 vs 37 vs 32 mmHg), Aix (19 vs 23 vs 15 %), PWV (7,0 vs 7,3 vs 6,7 m/s).

Wnioski: Przewlekłe uszkodzenie wątroby nie wpływa na wysokość ciśnienia tętniczego ani na wskaźniki sztywności tętnic ściśle związane z rokowaniem sercowo naczyniowym.

Praca realizowana w ramach grantu Narodowego Centrum Nauki DEC-2017/01/X/NZ6/00438 (kierownik projektu Jacek Czepiel)

*XXI Zjazd Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych
20-22.09.2018 Bydgoszcz*

10.

Mononukleozę zakaźną u 47- letniego pacjenta- opis przypadku.

Katarzyna Stażyk^{1,2}, Grażyna Biesiada^{1,2}, Jacek Czepiel^{1,2}, Aleksander Garlicki^{1,2}

¹*Klinika Chorób Zakaźnych i Tropikalnych, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum*

²*Oddział Chorób Zakaźnych, Szpital Uniwersytecki w Krakowie*

Wstęp

Mononukleozę zakaźną to ostra choroba infekcyjna wywołana przez wirus Epstein- Barr. Pierwotne zakażenie często przebiega bezobjawowo, zachorowania objawowe w postaci zapalenia gardła, gorączki, powiększenia węzłów chłonnych, wątroby, śledziony najczęściej obserwuje się u nastolatków i młodych dorosłych. Obraz kliniczny choroby jest związany z odczynem limfoproliferacyjnym, gorączka i zmęczenie z produkcją cytokin.

Opis przypadku

47- letni pacjent został przyjęty do tutejszego Oddziału z powodu trwającej od około tygodnia gorączki, osłabienia, zażółcenia powłok skórnych. Przy przyjęciu stan pacjenta dobry, w badaniach laboratoryjnych stwierdzono miernie podwyższone parametry zapalne oraz podwyższone wartości ALT, AST, GGTP, bilirubiny, anty EBV IgM dodatni, rozpoznano mononukleozę zakaźną. W badaniu USG jamy brzusznej stwierdzono powiększenie wątroby i śledziony. W 5 dobie choroby wystąpiła zlewna plamisto- grudkowa wysypka, którą wiązano z obrazem klinicznym mononukleozy. W trakcie hospitalizacji pacjent zgłaszał stopniową poprawę samopoczucia, obserwowano dalszy wzrost GGTP oraz liczby leukocytów. Najwyższe obserwowane wartości leukocytozy wyniosły 34 000/ μ l- limfocyty i monocyty niepoliczalne, neutrofile stanowiły 8 %, GGTP- 1029 U/l, ALT- 636 U/l, bilirubina - 67 μ mol/l. Od 10 dnia choroby obserwowano stopniową normalizację parametrów krwi, pozostawał w obserwacji poradni chorób zakaźnych przez kolejne 3 miesiące zgłaszając objawy w postaci utrzymującego się znacznego osłabienia.

Wnioski

1. Mononukleozę zakaźną powinna być uwzględniona w diagnostyce różnicowej również u pacjentów w starszym, niż typowy dla objawowej mononukleozy, wieku.
2. W diagnostyce zapalenia wątroby należy uwzględnić pierwotną infekcję wirusem Epstein- Barr.

11.

Trudności w rozpoznaniu neuroinfekcji u pacjenta z przewlekłym niemowlęcym zespołem neurologiczno-skróno- stawowym (CINCA)- opis przypadku.

Katarzyna Stażyk^{1,2}, Grażyna Biesiada^{1,2}, Jacek Czepiel^{1,2}, Aleksander Garlicki^{1,2}

¹*Klinika Chorób Zakaźnych i Tropikalnych, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum*

²*Oddział Chorób Zakaźnych, Szpital Uniwersytecki w Krakowie*

Wstęp:

CINCA to uwarunkowany genetycznie zespół należący do grupy chorób autozapalnych zależnych od białka kriopiryny, w przebiegu którego występują: wysypka, gorączka, aseptyczne zapalenie opon mózgowo- rdzeniowych, zapalenie stawów. W jego przebiegu typowo stwierdza się podwyższone parametry zapalne. Rozpoznanie opiera się na obrazie klinicznym oraz badaniach genetycznych.

Opis przypadku

28- letni pacjent z rozpoznaniem zespołem CINCA został przyjęty do Oddziału z powodu podejrzenia neuroinfekcji. W wywiadzie ból głowy, utrata przytomności, napad prężeń, gorączka. Pacjent w okresie 4 poprzedzających miesięcy hospitalizowany dwukrotnie z powodu posocznicy i zapalenia opon mózgowo- rdzeniowych. Przy przyjęciu chory w stanie ogólnym dobrym, w badaniach laboratoryjnych stwierdzono wysokie parametry stanu zapalnego, w badaniu ogólnym płynu mózgowo- rdzeniowego stwierdzono zmiany zapalne- obraz jak w etiologii bakteryjnej, do leczenia włączono antybiotykoterapię empiryczną. Wykonano badania mikrobiologiczne krwi, moczu i płynu mózgowo- rdzeniowego uzyskując wyniki ujemne. Kontynuowano antybiotykoterapię empiryczną. Obserwowano poprawę stanu pacjenta, częściowe ustąpienie dolegliwości, parametry stanu zapalnego nadal były podwyższone z tendencją do znacznych wahań wartości. W diagnostyce objawów w pierwszej kolejności uwzględniono chorobę podstawową, według dostępnych danych wszystkie występujące u pacjenta dolegliwości oraz wyniki badań laboratoryjnych zawierają się w obrazie stwierdzonego u pacjenta schorzenia genetycznego. Po konsultacji z Poradnią Chorób Rzadkich do leczenia włączono NLPZ oraz preparaty kortykosterydowe. W stanie ogólnym dobrym pacjent został wypisany do domu, poinformowany o dalszym postępowaniu.

Wnioski:

1. Diagnostyka infekcji u pacjentów z CINCA jest utrudniona, powinna być prowadzona głównie w oparciu o badania mikrobiologiczne.
2. Większość objawów występujących w przebiegu choroby podstawowej jest taka sama jak w przebiegu infekcji.

12.

Charakterystyka zachorowań na wczesną neuroboreliozę w materiale Oddziału Klinicznego Chorób Zakaźnych Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie.

Grażyna Biesiada^{1,2}, Katarzyna Stażyk^{1,2}, Martyna Gomulska³, Karolina Połetek³, Jacek Czepiel^{1,2}, Aleksandra Dudek², Aleksander Garlicki^{1,2}

¹*Klinika Chorób Zakaźnych i Tropikalnych, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum*

²*Oddział Chorób Zakaźnych, Szpital Uniwersytecki w Krakowie*

³*Studenckie Koło Naukowe przy Klinice Chorób Zakaźnych i Tropikalnych, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum*

Wstęp

W latach 2013-2015 przyjęto do Oddziału Klinicznego Chorób Zakaźnych Szpitala Uniwersyteckiego (SU) w Krakowie 61 chorych u których wstępnie podejrzewano neuroboreliozę. W pracy przedstawiono analizę objawów chorobowych, wyniki badań płynu mózgowo-rdzeniowego (PMR) i badań przeciwciał przeciwko *Borrelia burgdorferi* (B.b.) w surowicy i PMR.

Materiał i metoda

Analizie poddano dokumentację medyczną 61 chorych diagnozowanych z powodu podejrzenia wczesnej neuroboreliozy. Chorobę rozpoznawano i leczono w oparciu o zalecenia Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych. Analizowano dane epidemiologiczne, objawy chorobowe, wyniki badań surowicy krwi i PMR oraz efekty leczenia. Oceniano badania w kierunku obecności przeciwciał przeciw B.b. metodami Elisa i Western-blot we krwi i PMR.

Wyniki

Neuroboreliozę rozpoznano u 17 chorych. Prezentowane objawy to: u 11 chorych ZOMR, u 3 chorych porażenie nerwu VII i u 1 nerwu VI, u 5 bóle korzeniowe. U 3 chorych stwierdzono równocześnie ZOMR i porażenie nerwu VII. U wszystkich chorych stwierdzono przeciwciała przeciw B.b. w surowicy i/lub w PMR. Wśród chorych z ZOMR stwierdzono przeciwciała przeciw B.b. w PMR: - u 4 w klasie IgM, u 4 w klasie IgG, u 2 w obu klasach, w 1 przypadku przeciwciała były nieobecne. U 2 chorych ze stwierdzonymi przeciwciałami w klasie IgG w PMR synteza wewnątrzoponowa przeciwciał IgG była dodatnia. W surowicy przeciwciała przeciw B.b. stwierdzono u 14 chorych, u 3 chorych z ZOMR przeciwciała były obecne tylko w PMR. Po leczeniu ceftriaksonem u wszystkich chorych obserwowano regresję objawów chorobowych.

Wnioski

1. Najczęstszą postacią wczesnej neuroboreliozy było ZOMR
2. We wczesnej neuroboreliozy wytwarzanie przeciwciał przeciwko B.b. może być opóźnione

13.

Akceptacja choroby i jakość życia zakażonych boreliozą pracowników wybranych nadleśnictw dolnego śląska.

Witold Dobracki¹, Natalia Kuzia², Magdalena Dobracka³

¹*Wydział Nauk o Zdrowiu U.Med. im.Piastów Śląskich, Wrocław*

²*Student - kierunku Pielęgniarstwo IIst., Wydział Nauk o Zdrowiu U.Med., Wrocław*

³*Student - kierunku Lekarskiego, Wydział Lekarski, U.Med., Wrocław*

Największa zapadalność na boreliozę występuje w północno-wschodniej części Ameryki Pn., Europie Środkowej, Skandynawii i Rosji. W Polsce zapadalność (na 100000 osób) wzrasta: 33,12/2013r. - 55,22/2016r.

Borelioza jest chorobą zakaźną przenoszona przez kleszcze *Ixodes ricinus*. Klinicznie może przebiegać przewlekłe zajmując: skórę (EM: 70-80%), stawy (50-60%), układ nerwowy (10-20%) i serce (ok.5%). Dolegliwości narządowe i zaburzenia psychiczne pogarszają funkcjonowanie zawodowe i społeczno-środowiskowe nasilając poczucie choroby. Diagnostyka oparta jest głównie na objawach klinicznych i badaniach serologicznych. Leczenie polega na stosowaniu właściwych antybiotyków.

Jakość życia zależna od zdrowia HRQOL(Schipper) - funkcjonalny efekt choroby i jej leczenia odbierany przez pacjenta i dotyczący domen: somatycznej, psychicznej, społecznej i środowiskowej.

Celem pracy była ocena akceptacji choroby i analiza jakości życia u chorych na boreliozę pracowników wybranych nadleśnictw z terenu Dolnego Śląska.

Do zebrania danych wykorzystano ankietę oceny jakości życia (WHOQOL-BREF), akceptacji choroby (AIS) i ankietę autorską.

Analizie poddano ankiety 243 osób z zakażeniem boreliozą (47 kobiet-19,3%, 196 mężczyzn-80,7%) z 10 nadleśnictw Dolnego Śląska. Najliczniejsza (57,6%) była grupa w wieku 45-64 lata.

Najczęściej (66,7%) dochodziło do zakażeń w środowisku wiejskim, a chorobę rozpoznawano w okresie >3lata (65,8%) od zatrudnienia.

Badanie wykazało, że znaczna część (61,7%) respondentów ocenia dobrze swoją jakość życia, choć najlepiej jest oceniana sfera socjalna, a gorzej – somatyczna. W sferze psychologicznej i środowiskowej kobiety oceniały niżej jakość swojego życia. Osoby pracujące w lesie >10lat (76,5%), pracownicy fizyczni i osoby starsze (>65lat) także gorzej oceniają swoją jakość życia.

Podsumowując: ogólnie jakość życia i akceptacja choroby jest niższa u osób chorych na boreliozę (dolegliwości) niż u osób tylko seropozytywnych.

14.

Akceptacja choroby i jakość życia u dorosłych pacjentów z przewlekłym zapaleniem wątroby typu C.

Witold Dobracki¹, Karolina Pieczętkiewicz², Magdalena Dobracka³

¹Wydział Nauk o Zdrowiu U.Med. im.Piastów Śląskich, Wrocław

²Student - kierunku Pielęgniarstwo IIst., Wydział Nauk o Zdrowiu U.Med., Wrocław

³Student - kierunku Lekarskiego, Wydział Lekarski, U.Med., Wrocław

Wirusowe zapalenie wątroby t.C jest ciągle poważnym wyzwaniem epidemiologicznym dla Światowej Organizacji Zdrowia. WZW t.C to choroba kosmopolityczna i dotyczy około 3% ludzi na świecie. W Polsce ok.2% populacji jest zakażona tym wirusem. Wywołuje on wirusowe zapalenie wątroby, którego skutkiem może być marskość wątroby i rak wątrobowo-komórkowy. Ponadto patogen ten negatywnie wpływa na inne organy ciała człowieka. Choroba powoduje dolegliwości narządowe i zaburzenia psychiczne - pogarsza funkcjonowanie społeczne i w środowisku. Nie istnieje profilaktyka swoista, jednakże obecna terapia DAA jest skuteczna: ok.98%.

Pojęcie jakości życia ma aspekt wielowymiarowy, obejmuje dziedziny: somatyczną, psychologiczną, środowiskową i socjalną. Istotne definicje uwzględniają aspekty: subiektywny i obiektywny (własna sytuacja życiowa w kontekście innych wartości).

Celem pracy była analiza jakości życia i ocena akceptacji choroby u dorosłych pacjentów z przewlekłym wzw t.C.

Materiał stanowią ankiety jakości życia WHOQOL-Bref, akceptacji choroby AIS i ankieta własna. Przebadano 208 chorych na przewlekłe WZW t.C (141 kobiet–67,8%, 67 mężczyzn–32,2%) hospitalizowanych w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im.J.Gromkowskiego we Wrocławiu.

Analiza wykazała, że znaczna część (54,3%) chorych na WZW t.C ocenia dobrze swą jakość życia. Najwyżej oceniana przez respondentów jest sfera socjalna, a najniżej – somatyczna. Kobiety gorzej od mężczyzn radzą sobie z akceptacją choroby. Osoby młodsze (18-29 rż), stanu wolnego, bezdzietne i chorujące <10 lat oceniają niżej stan swojego zdrowia niż pozostali chorzy. Lepiej z akceptacją choroby radzą sobie osoby starsze i posiadające dzieci.

Podsumowując: pacjent mający wyższy poziom akceptacji choroby (i mniejsze dolegliwości) osiąga wyższą jakość życia. Nie wykazano wpływu wykształcenia ani miejsca zamieszkania na jakość życia chorych na wzw t.C.

15.

Akceptacja choroby i jakość życia u dorosłych pacjentów z przewlekłym zapaleniem wątroby typu B.

Witold Dobracki¹, Sylwia Pietrzak², Magdalena Dobracka³

¹Wydział Nauk o Zdrowiu U.Med. im.Piastów Śląskich, Wrocław

²Student - kierunku Pielęgniarstwo IIst., Wydział Nauk o Zdrowiu U.Med., Wrocław

³Student - kierunku Lekarskiego, Wydział Lekarski, U.Med., Wrocław

Wirusowe zapalenie wątroby t.B jest chorobą zakaźną, która w Polsce dotyczy ok.2% populacji, a 5-10% w Azji Wschodniej i Afryce. Najczęstszą przyczyną zakażenia HBV (Hepadnaviridae) jest kontakt z krwią bądź płynami ustrojowymi zakażonego człowieka. Wirus HBV powoduje różne postaci kliniczne zapalenia wątroby. Chorobę cechuje wiele dolegliwości narządowych i zaburzeń psychicznych utrudniających funkcjonowanie pacjenta w środowisku i społeczeństwie. Nierzadko jej skutkiem jest marskość wątroby oraz pierwotny rak wątrobowo-komórkowy.

W profilaktyce stosuje się szczepienia zgodne z PSO.

Jakość życia pojmowana szeroko obejmuje terminy: dobrostan i pomyślność, które łączą oceny subiektywną i obiektywną warunków życia człowieka (własnej sytuacji życiowej).

Celem pracy była ocena akceptacji choroby i analiza jakości życia pacjentów z przewlekłym wirusowym zapaleniem wątroby t.B u dorosłych chorych.

Do zbierania materiału zastosowano kwestionariusz jakości życia WHOQOL-Bref, akceptacji choroby AIS i ankietę własną.

Badaniem objęto 105 chorych na przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B (36 kobiet – 34,3% i 69 mężczyzn – 65,7%) spośród pacjentów Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im.J.Gromkowskiego we Wrocławiu.

Badania zakażonych HBV wykazały, że mają oni dobrą jakość życia. Najwyżej ocenianą sferą przez respondentów jest psychologiczna, natomiast najniżej - środowiskowa i somatyczna. Na lepszą jakość życia chorych na WZW t.B wpływa głównie młody wiek oraz krótki czas od rozpoznania. Ogólna akceptacja choroby wykazała dobry poziom i korzystny wpływ na jakość życia: osób starszych, osób posiadających dzieci i pracowników umysłowych.

Podsumowując: im pacjent ma mniejsze dolegliwości oraz wyższy poziom akceptacji choroby, tym jego jakość życia jest wyższa. Nie wykazano wpływu płci, stanu cywilnego i miejsca zamieszkania na jakość życia chorych na wzw B.

16.

Analiza substytucji HCV u chorych wymagających reterapii.

Dorota Dybowska¹, Miłosz Parczewski², Dorota Kozielowicz¹, Małgorzata Tyczyno³, Anna Urbańska², Waldemar Halota¹

1Katedra i Klinika Chorób Zakaźnych i Hepatologii Wydział Lekarski CM UMK

2Klinika Chorób Zakaźnych, Tropikalnych i Nabytych Niedoborów Immunologicznych PUM

3Wojewódzki Szpital Obserwacyjno-Zakaźny im. T.Browicza w Bydgoszczy

Wstęp: Terapia zakażeń HCV z użyciem leków bezpośrednio działających na wirusa (DAA) jest wysoce skuteczna. Jednak około 1-7% pacjentów nie odpowiada na leczenie, a u większości z nich stwierdza się selekcję substytucji związanych z lekoopornością (RAS) na leki przeciwwirusowe.

Celem pracy była ocena występowania RAS u pacjentów, którzy nie osiągnęli odpowiedzi wirusologicznej.

Materiał i metody: Badano 279 pacjentów zakażonych genotypem 1 HCV leczonych DAA od 01.01.2016 do 31.12.2017. W 145 przypadkach do leczenia użyto PTV/r/OBV/DSV, w 52 LDV/SOF, w 49 ASV/DCV i w 33 GZR/EBV. Wiremię HCV oznaczano techniką PCR, a genotyp HCV techniką odwrotnej hybrydyzacji. Sekwencjonowanie NS3 i NS5A przeprowadzono metodą Sangera. Obecność RAS oznaczano przed terapią i w momencie stwierdzenia jej niepowodzenia algorytmem geno2pheno.

Wyniki: 14 (9,6%) pacjentów nie odpowiedziało na terapię DAA. Wśród nich było 10 kobiet i 4 mężczyzn w wieku 32-84 lat (średnia: 56,4 lata). 2/52 (3,85%) było leczonych LDV/SOF, 11/49 (22,44%) ASV/DCV i 1/33 (3,03%) GZR/EBV. W 3 przypadkach wcześniej stosowano interferon pegylowany z rybawiryną, a w jednym dodatkowo telaprewir. Pozostałych 9 chorych nie było do tej pory leczonych. Obecność RAS w regionie NS3 u pacjentów nie leczonych stwierdzono u 5/14 (35,7%) osób, a po leczeniu u 12/14 (85,7%) badanych. NS5A RAS wykryto odpowiednio przed i po leczeniu u 4/14(28,6%) i 12/14 (85,75) pacjentów.

Wnioski:

1. Niepowodzenie terapii DAA może być związane z RAS występującymi przed i są one selekcjonowane po nieskutecznym stosowaniu DAA.
2. Największy odsetek niepowodzeń terapeutycznych obserwowano u pacjentów leczonych ASV/DCV.

17.

Gorączka po powrocie z podróży w materiale własnym Kliniki Chorób Zakaźnych, Tropikalnych i Hepatologii

Joanna Jabłońska, Khalil Nazzal, Joanna Kozłowska, Mariusz Sapała, Tomasz Mięka, Alicja Wiercińska-Drapała

Klinika Chorób Zakaźnych, Tropikalnych i Hepatologii, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Wojewódzki Szpital Zakaźny w Warszawie

e-mail: joannaj108@hotmail.com. Tel. 22 33 55 340

CEL: Ocena przyczyn gorączki po podróży w materiale Kliniki Chorób Zakaźnych, Pasożytniczych i Hepatologii WUM w latach 2015-2018.

MATERIAŁ I METODY: analizowano retrospektywnie dane pacjentów hospitalizowanych w Klinice od momentu jej powstania (2015).

WYNIKI: 47 pacjentów było hospitalizowanych w tym okresie z powodu gorączki po powrocie z podróży. Stwierdzono:

10 przypadków dengi (3 z Tajlandii i Kambodży, 2 z Malezji, 1 z Filipin, 1 z Indonezji, 1 z Angoli i Kongo, 1 z Kostaryki, 1 z Malediwów)

6 przypadków malarii (4- Plasmodium falciparum: 2 z Angoli, 1 z Gambii, 1 z Nigerii, 1-nieokreślony typ zarodźca z Angoli, 1- Pl. vivax z Indii)

2 przypadki salmonellozy (po pobycie w Gruzji i na Węgrzech)

2 przypadki chikungunji (z Tajlandii i Filipin)

2 przypadki odry (z Tajlandii)

1 przypadek pełzakowicy (po pobycie w Indiach i na Sri Lance)

1 przypadek japońskiego zapalenia mózgu (z Malezji)

U 23 pacjentów hospitalizowanych z powodu gorączki po powrocie z podróży stwierdzono chorobę przebiegniową lub infekcję górnych dróg oddechowych

WNIOSKI:

W dobie coraz powszechniejszych podróży do krajów egzotycznych obserwuje się coraz szersze spektrum przywlekanych do Polski chorób tropikalnych, wymagających poszerzonych badań diagnostycznych.

Najczęstszą przywlekaną z podróży chorobą jest denga

U połowy pacjentów przyczyną gorączki nie były choroby tropikalne

18.

Zwalczanie zakażeń *Klebsiella pneumoniae* CPE w warunkach szpitalnych – doświadczenia własne

Krzysztof Kłos¹, Karol Warda², Lidia Okowińska²

1 Klinika Chorób Infekcyjnych i Alergologii CSK MON Wojskowy Instytut Medyczny

2 Sekcja Higieny i Epidemiologii CSK MON Wojskowy Instytut Medyczny

04-141 Warszawa, ul. Szaserów 128

Klebsiella pneumoniae jest ważnym czynnikiem etiologicznym zakażeń szpitalnych i pozaszpitalnych. W Polsce w ostatnich latach obserwuje się wzrost częstości wykrywania szczepów *K. pneumoniae* CPE (ang. Carbapenemase Producing Enterobacteriaceae) produkujących enzymy hydrolizujące karbapenemy, które dotychczas uważane były za antybiotyki „ostatniej szansy” w leczeniu ciężkich zakażeń wywołanych bakteriami Gram-ujemnymi.

Celem pracy była retrospektywna analiza częstości występowania bakterii *K. pneumoniae* CPE stwierdzonych w materiałach pobranych od chorych CSK MOM WIM w Warszawie w okresie 1.01.2016 – 30.06.2018 roku. Jednocześnie w pracy omówiono wdrożone działania i standardy postępowania mające na celu zapobieganie rozprzestrzeniania patogenów alarmowych oraz wdrożone postępowanie w ogniskach epidemicznych pałeczek *K. pneumoniae* CPE.

W analizowanym okresie wykonano 15335 badań przesiewowych w kierunku nosicielstwa, wśród których stwierdzono 358 przypadków szczepów *K. pneumoniae* CPE. Omówiono przypadki zakażeń objawowych wywołanych izolowanymi szczepami *K. pneumoniae* CPE.

W ocenianym okresie wyniki analizy wskazują na początkowo rosnącą i następnie utrzymującą się na stałym poziomie liczbę nowych przypadków szczepów *K. pneumoniae* CPE izolowanych z materiałów przesiewowych. Stwierdzono, że szczepy tego gatunku izolowane z materiałów klinicznych w większości przypadków pochodziły od osób będących nosicielami drobnoustroju w przewodzie pokarmowym.

19.

Przerwanie łańcucha chłodniczego szczepionek w uodparnianiu czynnym po ekspozycji na zakażenie wirusem wścieklizny

Cieśla Andrzej^{1, 2}, Skóra Anna³, Pleśniak Robert^{1, 2}, Sieklucki Jerzy^{1, 2}, Wajdowicz Małgorzata²

1 Wydział Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego

2 Kliniczny Oddział Chorób Zakaźnych z Pododdziałem Hepatologicznym Centrum Medycznego w Łańcucie

3 Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Łańcucie

Zasady przechowywania szczepionek w temperaturze między +2 i +8 stopni określone mianem łańcucha chłodniczego są warunkiem utrzymania ich trwałości i skuteczności. Na skutek nie przestrzegania procedur spowodowanych błędem pracownika została podana szczepionka p/wścieklicznie przechowywana przez 48 godzin w temperaturze 15 stopni Celsjusza 6 pacjentom, 4 osoby zostały zaszczepione w 7 dniu od ekspozycji (III dawka), 2 w 14 dniu (IV dawka). W przypadku 1 pacjenta dalsza profilaktyka została przerwana po wykluczeniu wścieklizny u obserwowanego weterynaryjnie psa. U pozostałych 5 pacjentów ekspozycja na zakażenie związana była z pokąsaniem kończyn dolnych lub górnych przez zwierzęta domowe kota lub psy z brakiem możliwości obserwacji weterynaryjnej oraz szczura. Profilaktyka nie wymagała zastosowania surowicy p/wścieklicznie. Powyższa grupa została zakwalifikowana do dodatkowego szczepienia: 1 osoba w drugim, 4 w trzecim i 1 w czwartym dniu od podania szczepionki z poza łańcucha chłodniczego. Dalsze szczepienia kontynuowano zgodnie z pierwotnym kalendarzem. Opinia producenta szczepionki dotycząca zdarzenia nie miała wiążącego znaczenia co do określenia postępowania. W grupie chorych nie obserwowano objawów kwalifikujących się do niepożądanych odczynów poszczepiennych po podaniu nieprawidłowo przechowywanej szczepionki jak i w całym poszerzonym cyklu szczepień. Zgodnie z zaleceniami Inspektoratu Farmaceutycznego szczepionki, które opuściły zimny łańcuch zostały uznane za niepełnowartościowe i zostały przekazane do utylizacji. Z powodu przekazania szczepionek do utylizacji szczepienia były kontynuowane alternatywną szczepionką. Po zakończeniu szczepień oznaczono miana przeciwciał z uzyskaniem wartości zabezpieczających od 6.3 do 198 IU/ml.

Wnioski: Niestandardowe uodparnianie czynne p/wścieklicznie z podaniem dodatkowych dawek szczepionki oraz ich zamiennym zastosowaniem nie wpłynęły na skuteczność immunizacji i występowanie niepożądanych odczynów poszczepiennych.

20.

Ognisko wirusowego zapalenia wątroby typu A wśród dzieci w wieku przedszkolnym

Cieśla Andrzej^{1, 2}, Konecka-Szydełko Bożena³, Sieklucki Jerzy^{1,2}, Pleśniak Robert^{1, 2}, Magdalena Byś², Kuźniar Katarzyna⁴

1 Wydział Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego

2 Kliniczny Oddział Chorób Zakaźnych z Pododdziałem Hepatologicznym Centrum Medycznego w Łańcucie

3 Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Rzeszowie

4 Studenckie Koło Naukowe Chorób Zakaźnych Wydział Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego

Na przełomie 2017/18 roku na terenie Podkarpacia zarejestrowano wzrost zapadalności na wirusowe zapalenie wątroby typu A (wzw A) w następstwie wystąpienia dwóch ognisk z tym samym punktowym źródłem skażonej wirusem zapalenia wątroby typu A (HAV) żywności. Ogniskiem stwarzającym szczególne zagrożenie, z ryzykiem niekontrolowanego szerzenia zakażenia w populacji, była ekspozycja 137 dzieci w wieku przedszkolnym. Z powodu braku dostępności szczepień p/wzw A wśród dzieci oraz niskiego wykorzystania szczepionki wśród dorosłych, zakażenie objęło grupę co najmniej 32 chorych zakażonych w czterech cyklach od października 2017 do marca 2018 roku. Zakażenie w następstwie spożycia skażonej żywności wystąpiło w grupie 12 dzieci i dorosłych, w kolejnych okresach szerzyło się w następstwie kontaktów w środowisku domowym. Występowanie objawowych zakażeń u rodziców i starszego rodzeństwa „zdrowych” dzieci uczęszczających do przedszkola wskazuje na trudną do określenia liczbę przypadków bezobjawowych. Wygaśnięcie ostatnich zachorowań wśród współdomowników spowodowało obniżenie zapadalności na wzw A do poprzednio rejestrowanych w regionie.

Wnioski:

1. Skażona przez HAV żywność stanowi duże zagrożenie epidemiologiczne, wszystkie osoby bezpośrednio po wykryciu takiej ekspozycji powinny być poddane szczepieniu.
2. Największe ryzyko szerzenia zakażeń występuje w środowisku domowym, wystąpienie wzw A u jednego z członków rodziny wymaga przeprowadzenia uodparniania u współdomowników.
3. Porównując ognisko zakażeń dzieci i drugie ognisko o tym samym źródle, w którym grupą ekspozowaną było 25 osób dorosłych, zwraca uwagę mniejsze ryzyko rozprzestrzeniania zakażenia w środowisku domowym przez chorych dorosłych w stosunku do dzieci (6:1 versus 12:13).
4. Pomimo niskiego stopnia wykorzystania szczepień zakażenie po wygaśnięciu w środowisku osób najbliższych choremu uległo samoograniczeniu.

21.

Ocena obrazu klinicznego wirusowego zapalenia wątroby typu A przeprowadzona w oparciu o analizę przypadków rejestrowanych w 2017/18 roku na terenie Podkarpacia

Cieśla Andrzej^{1, 2}, Pleśniak Robert^{1, 2}, Sieklucki Jerzy^{1, 2}, Magdalena Byś², Kocór Sylwia³, Oboz-Adaś Antonina³

1 Wydział Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego

2 Kliniczny Oddział Chorób Zakaźnych z Pododdziałem Hepatologicznym Centrum Medycznego w Łańcucie

3 Studenckie Koło Naukowe Chorób Zakaźnych Wydział Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego

Celem pracy była ocena zależności objawów klinicznych, badań biochemicznych oraz diagnostyki obrazowej w określeniu przebiegu i zagrożeń wirusowego zapalenia wątroby typu A (wzw A).

Metoda: Grupą badanych było 32 dorosłych chorych z wzw A z kwantyfikacją objawów klinicznych, oceną biochemiczną i diagnostyką obrazową usg z elastografią SWE i badaniami przepływów m. Dopplera układu naczyniowego wątroby.

Wyniki: Wystąpienie wzw A łączy się z powiększeniem wątroby, śledziony, zwiększeniem twardości w elastografii SWE wątroby, nasileniem przepływu w tętnicy wątrobowej, występowaniem limfadenopatii wnęki wątroby oraz zmianami pęcherzyka żółciowego ($p < 0.05$).

Pogrubienie z tzw. prążkowaniem, zwiększeniem mikroprzepływów w zakresie ścian pęcherzyka żółciowego jest zjawiskiem powszechnie występującym w okresie kilku dni ostrego okresu.

Nasilenie pogrubienia ścian łączy się z bólami prawego nadbrzusza, częstszym występowaniem nudności i wymiotów oraz limfadenopatii wnęki wątroby, zwiększeniem twardości w elastografii SWE, wyższymi stężeniami bilirubiny oraz zwiększeniem aktywności AST, GGTP, obniżeniem INR ($p < 0.05$). Hepatomegalia jest współzależna ze splenomegalią, powiększenie wątroby w ostrym okresie choroby łączy się z występowaniem bóli jamy brzusznej.

Limfadenopatia wnęki wątroby zwiększa częstość objawów grypopodobnych, utratę apetytu ($p < 0.05$) i nasila osłabienie ($p = 0.08$).

U jednego pacjenta z wzwA z nierozpoznaną hemochromatozą, wykrycie w elastografii SWE twardości miększu wątroby 17 kPa, łączyło się z wydłużonym okresem zdrowienia z przetrwałą hiperbilirubinemią, trwałym obniżeniem wskaźnika protrombiny.

Wnioski:

1. Uzyskane wyniki badania są zgodne z dotychczasowymi obserwacjami dotyczącymi kliniki wzw A.
2. Zmiany w obrazie USG pęcherzyka żółciowego warunkują cięższy przebieg kliniczny wzw A.
3. Wykonywanie elastografii SWE w diagnostyce wzw A umożliwia wykrycie kryptogennej marskości zwiększającej ryzyko niewydolności wątroby w przebiegu wzw A.

22.

Tularemia w województwie zachodniopomorskim. Obserwacje kliniczno-epidemiologiczne w materiale własnym.

Jolanta Niścigorska-Olsen

Oddział Obserwacyjno-Zakaźny, Chorób Tropikalnych i Nabytych Niedoborów Immunologicznych Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Szczecinie

W Oddziale Obserwacyjno-Zakaźnym, Chorób Tropikalnych i NNI SPWSZ w Szczecinie w latach 2011-2018 hospitalizowano 25 chorych z rozpoznaniem tularemii wrzodziejąco-węzłowej. Szczyt zachorowań przypadł na rok 2017, kiedy tulamię rozpoznano u 15 chorych. Zachorowania obserwowano w miesiącach letnich i jesiennych, od czerwca do października. Dwudziestu chorych podawało pokłucie przez kleszcze, komary lub inne owady.

Chorujący byli w wieku od 18 do 77 lat, średnio 50,7; z nieznaczną przewagą kobiet (13/25). Większość chorujących pochodziła ze Szczecina i okolic, Gryfina, pojedynczy z wybrzeża i centrum województwa.

Obraz kliniczny obejmował gorączkę, zmiany skórne grudkowe, grudkowo-martwicze, rozsiane osutki skórne, powiększenie węzłów chłonnych. Najczęstszą lokalizacją zmian były kończyny dolne (19/25), górne (4/25), najrzadziej głowa i szyja (2/25). Wśród powikłań obserwowano tworzenie przetok (7/25), rumień guzowaty (2/25), zapalenie stawów (2/25).

Podwyższone wykładniki stanu zapalnego stwierdzono u 14 chorych. W badaniu USG lub KT węzłów chłonnych opisywano ich powiększenie, rozmiękanie, tworzenie ropni. W badaniu histologicznym (7/25) opisywano ziarniniaki nabłonkowatokomórkowe z martwicą, komórki olbrzymie.

Rozpoznanie potwierdzono dodatnim wynikiem badań serologicznych, początkowo metodą aglutynacji probówkowej, w następnych latach metodą ELISA.

W leczeniu stosowano aminoglikozydy, chinolony oraz doksycyklinę.

Stwierdzono współzakażenie – B. burgdorferi (9/25), dodatnią serologię riketsjoz (5/25), bartonelozy (4/25).

WNIOSKI:

1. W województwie zachodniopomorskim utrzymują się ogniska występowania pałeczek *Francisella tularensis*.
2. W analizowanym materiale do zakażeń dochodziło poprzez pokłucia przez stawonogi, w tym kleszcze.
3. Obserwowano postać wrzodziejąco – węzłową tularemii, co nie wyklucza możliwości wystąpienia innych form choroby.
4. Tularemia powinna być brana pod uwagę jako przyczyna limfadenopatii z gorączką, zwłaszcza przy braku poprawy po leczeniu beta-laktamami lub makrolidami.

23.

Bąblowica u pacjentów hospitalizowanych w Klinice Chorób Zakaźnych, Tropikalnych i Hepatologii* w Wojewódzkim Szpitalu Zakaźnym w Warszawie, w latach 2008-2018.

Dagny Krankowska, Piotr Borkowski, Maria Olszyńska-Krowicka, Wojciech Stańczak, Joanna Kozłowska, Alicja Wiercińska-Drapało,

** w latach 2008-2015 Klinika Chorób Odzwierzęcych i Tropikalnych w Warszawie*

Wstęp:

W ciągu ostatnich 10 lat zauważalny jest wzrost zachorowań na bąblowicę w Polsce. Według danych z Państwowego Zakładu Higieny w 2008r. zgłoszono 28 przypadków bąblowicy, a w 2017r. 75.

Celem pracy była analiza częstości występowania bąblowicy w Klinice Chorób Zakaźnych, Tropikalnych i Hepatologii w Warszawie.

Metoda i wyniki:

W latach 2008 – 2018 w Klinice hospitalizowano 168 pacjentów z podejrzeniem bąblowicy (120 kobiet, 48 mężczyzn), w wieku 18-88 lat (średnia 51 lat). Pacjenci kierowani do Kliniki byli w większości z powodu zmian ogniskowych w wątrobie. U czworga pacjentów z *Echinococcus granulosus* zmiany były też w śledzionie.

Bąblowice rozpoznawano na podstawie badań obrazowych (USG, TK, MR) i/lub serologicznych – test ELISA (swoiste przeciwciała IgG) i test Western Blot wykonywano w Narodowym Instytucie Zdrowia Publicznego, Państwowym Zakładzie Higieny.

Bąblowice potwierdzono u 124 chorych (73,8%). U 99 (79,8%) z pośród nich rozpoznano *E. granulosus*, u 25 osób *E. multilocularis*. U 24 osób (19,4%), bąblowice jednojamową (echinokokozę) rozpoznano na podstawie badań obrazowych (USG), mimo ujemnych wyników testów serologicznych w kierunku *Echinococcus*.

Bąblowice wielojamową (alweokokozę) rozpoznano u 25 osób (20,2 %), u wszystkich tych pacjentów uzyskano dodatni wynik antygenów EM2+ oraz test Western blot w kierunku *Echinococcus multilocularis*.

Dyskusja i wnioski

Bąblowica jest coraz częściej rozpoznawaną chorobą pasożytniczą w Polsce.

Zwiększona częstość występowania bąblowicy może być związana z większą świadomością lekarzy oraz poprawą metod diagnostycznych.

W diagnostyce echinokokozy najbardziej przydatne jest badanie USG. Ujemne wyniki badań serologicznych nie wykluczają bąblowicy jednojamowej. Natomiast w diagnostyce bąblowicy wielojamowej równie ważnym elementem diagnostyki są badania serologiczne.

24.

Dziesięcioletnia obserwacja pacjentów z przewlekłym wirusowym zapaleniem wątroby typu B leczonych analogami nukleot(z)ydowymi

Robert Pleśniak^{1,2}, Magdalena Byś², Maciej Szymański³, Magdalena Szura³, Andrzej Cieśla^{1,2}

Wydział Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego

Kliniczny Oddział Chorób Zakaźnych z Pododdziałem Hepatologicznym, Centrum Medyczne w Łańcucie

Studenckie Koło Naukowe Chorób Zakaźnych Wydział Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego

Do badania zakwalifikowano 80 dorosłych pacjentów (35 kobiet, 45 mężczyzn), średnia wieku 49 lat (27 – 88 lat), 79 rasy kaukaskiej, 1 rasy azjatyckiej leczonych analogami nukleot(z)ydowymi (NA) w Ośrodku Leczenia WZW Centrum Medycznego w Łańcucie w latach 2008 – 2018. Uprzednie nieskuteczne leczenie pegylowanym interferonem alfa 2a przeszło 44 spośród nich.

Rozkład genotypów HBV, włóknienia oraz statusu HBeAg opisuje tabela.

Genotyp HBV (60 pacjentów)	Włóknienie w skali METAVIR	Status HBeAg	Serokonwersja w układzie
A – 42 (70%)	F4 – 8 (10%)	Dodatni – 14 (17,5%)	„s” – 1 (1,25%)
D – 12 (20%)	F3 – 4 (5%)	Ujemny – 66 (82,5%)	„e” – 4 (28,6%)
A+D – 3 (5%)	F2 – 46 (57,5%)		
A+C – 1 (1,7%)	F1 – 22 (27,5%)		
B -1 (1,7%)			
C -1 (1,7%)			

Wiremia HBV przed włączeniem leczenia wahała się od 34 IU/ml do $3,37 \times 10^9$ IU/ml (średnia – $4,50 \times 10^5$ IU/ml, mediana – $4,90 \times 10^3$ IU/ml). U 49 chorych leczenie rozpoczęto używając lamiwudyny (LAM), które zakończono u 39 spośród nich średnio po okresie 2 lat (1 – 5 lat) wskutek wystąpienia mutacji warunkujących oporność na lek – najczęściej w motywie 204I, 204V, 180M. U 9 pacjentów leczonych entekawirem (ETV) przerwano leczenie wskutek wystąpienia oporności (5 osób – w motywach 180M, 204V, 169T, 184A, 173L, 202G) oraz braku efektu klinicznego – 4 osoby. Pierwszorzędowy cel leczenia czyli negatywizację wiremii HBV oraz normalizację aktywności transaminazy alaninowej (ALT) osiągnęto w okresie 3 – 12 miesięcy (średnia 8 miesięcy) w przypadku ostatecznej terapii – tj. 51 chorych stosujących ETV, 20 -tenofowir (TDF) oraz 9 – LAM. Serokonwersję w układzie „e” obserwowano u 4 spośród 14 wyjściowo HBeAg dodatnich pacjentów, zaś utratę HBeAg bez wytworzenia przeciwciał anti-HBs u jednego. Dodatkowo w trakcie leczenia rak wątrobowo-komórkowy (HCC) rozwinął się u 3 chorych (3,75%).

Wnioski: terapia nowymi analogami nukleot(z)ydowymi o wysokiej barierze genetycznej (ETV, TDF) prowadziła do supresji wiremii HBV u wszystkich leczonych. Nie obserwowano istotnych klinicznie objawów niepożądanych.

25.

Malaria w obserwacjach własnych z uwzględnieniem epidemiologii, obrazu klinicznego i metod diagnostycznych.

Jolanta Niścigorska-Olsen¹, Miłosz Parczewski², Anna Urbańska²

1. Oddział Obserwacyjno-Zakaźny, Chorób Tropikalnych i Nabytych Niedoborów Immunologicznych Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Szczecinie

2. Klinika Chorób Zakaźnych, Tropikalnych i Nabytych Niedoborów Immunologicznych PUM

W Oddziale Obserwacyjno-Zakaźnym, Chorób Tropikalnych i NNI SPWSZ w Szczecinie w latach 2011-2018 hospitalizowano 37 chorych po pobycie w tropiku z podejrzeniem malarii, którą rozpoznano u 20 chorych. Potwierdzono 18 zachorowań wywołanych *Pl. falciparum*, jedno-*Pl. ovale* i jedno *Pl. vivax*.

Chorzy z malarią byli w wieku od 29 do 56 lat, średnia wieku 42,2 lata, z przewagą mężczyzn (16/20). Celem wyjazdów w 12/20 przypadków była turystyka, w 8 przypadkach praca. Zarażenia *Pl. falciparum* nabywane były w Afryce, *Pl. ovale*- w Afganistanie, *Pl. vivax*- w Meksyku. Chorujący nie stosowali chemioprophylaktyki malarii w ogóle (18/20) lub stosowali ją w sposób nieprawidłowy (2/20).

W diagnostyce malarii u wszystkich wykonano testy immunochromatograficzne, badania mikroskopowe krwi obwodowej oraz badania molekularne.

Badania PCR przeprowadzono u 19 chorych, u 16 potwierdzono malarię. Testy immunochromatograficzne w dwóch przypadkach na początku zachorowania były negatywne. Zimnicę rozpoznano na podstawie badań mikroskopowych i PCR.

Badania PCR wprowadzono do diagnostyki w 2011 r. używając ich do potwierdzenia rozpoznania. U dwóch chorych wykonywano je 3- krotnie, stwierdzając wynik dodatni przy ujemnych badaniach mikroskopowych.

Parazytemia wynosiła od pojedynczych zarodków w grubej kropli do 9,9%.

Przebieg kliniczny był ciężki u 5 chorych, średniociężki u 9 chorych, bez powikłań w 6 przypadkach. W badaniach laboratoryjnych obserwowano małopłytkowość (10/20), niedokrwistość, nieprawidłowe testy wątrobowe, cechy uszkodzenia nerek, zaburzenia hemostazy, podwyższone stężenie prokalcytoniny.

WNIOSKI:

1. Przyczyną importowanej malarii pozostaje brak profilaktyki.
2. Ograniczona czułość szybkich testów wymaga stosowania w diagnostyce malarii klasycznej mikroskopii lub PCR.
3. PCR jest czułą metodą wykrywania zarażenia *Plasmodium*, mniej użyteczną w monitorowaniu leczenia.

26.

Ospa kocia u ludzi – opis przypadków.

Aneta Cybula^{1,3}, Magdalena M. Suchacz^{1,3}, Alicja Wiercińska-Drapała^{1,3}, Ewa Talarek^{2,3},
Magdalena Marczyńska^{2,3}

1Klinika Chorób Zakaźnych, Tropikalnych i Hepatologii; Warszawski Uniwersytet Medyczny

2Klinika Chorób zakaźnych wieku Dziecięcego, Warszawski Uniwersytet Medyczny

3Wojewódzki Szpital Zakaźny w Warszawie

Zakażenie wirusem ospy krowiej, należącego do Orthopoxviridae, jest rzadką chorobą odzwierzęcą. Obecnie źródłem zakażenia dla ludzi są najczęściej koty („ospa kocia”).

Przedstawiamy 2 przypadki ospy kociej u pacjentów hospitalizowanych w Wojewódzkim Szpitalu Zakaźnym w Warszawie. Rozpoznanie potwierdzono wykryciem w wymazie ze zmiany skórnej DNA ortopoxwirusa i oligonukleotydów swoistych dla wirusa ospy krowiej (met. PCR). Wykluczono chorobę kociego pazura.

Przypadek 1.

13-letni chłopiec został zadrapany w prawą rękę przez kota. Po 3 dniach w pojawiła się tam krostka, następnie owrzodzenie, wystąpiła gorączka. Przy przyjęciu na bocznej powierzchni prawej ręki stwierdzono owrzodzenie, pokryte martwiczym strupem, stan zapalny skóry i tkanki podskórnej ręki, zapalenie naczyń chłonnych na przedramieniu oraz zapalenie węzłów chłonnych pachowych. Z posiewu wyhodowano MSSA, który uznano za nadkażenie bakteryjne, zastosowano cefotaksym. W trakcie antybiotykoterapii obserwowano zmniejszenie stanu zapalnego skóry i tkanki podskórnej oraz naczyń i węzłów chłonnych. W kolejnych tygodniach ustępował stan zapalny, strup oddzielił się samoistnie. Po 8 tygodniach w miejscu owrzodzenia obecna była płytka blizna.

Przypadek 2.

35-letni rolnik zatarł lewe oko, bezpośrednio przedtem został ugryziony przez kota w prawą dłoń. Przez 3 dni pacjent miał gorączkę, potem pojawił się narastający obrzęk powiek oka lewego oraz okolicznych tkanek, uniemożliwiający otwarcie szpary powiekowej, zmiany martwiczne powieki górnej pokryte czarnym strupem. Dodatkowo wykazano nadkażenie *Staphylococcus haemolyticus*. Chirurgicznie usunięto zmiany martwiczne, stosowano antybiotykoterapię, acyklowir, nawilżanie oka. Stopniowo martwica objęła całą powiekę górną oraz mięśnie gałkoruchowe. W trakcie choroby nastąpiło zmętnienie rogówki – chory został przekazany do Szpitala Okulistycznego w celu dalszego leczenia, w dalszej kolejności zaplanowano zabieg odtwórczy powieki górnej lewej.