

Hanna Stypułkowska-Misiurewicz

CZERWONKA BAKTERYJNA I PEŁZAKOWA W 2006 ROKU

Słowa kluczowe: czerwotka bakteryjna, czerwotka pełzakowa- zakaźne schorzenie jelitowe, zapadalność, etiologia, 2006

Key words: shigellosis, amoebiasis, dysentery- intestinal infection, incidence rate, etiology, 2006

W roku 2006 zarejestrowano tylko 35 zachorowań na czerwotkę bakteryjną, zapadalność wyniosła 0,09 na 100 000, (w 2005 r. - 80 zachorowań, zapadalność 0,21), znacznie mniej niż wynosiła mediana w latach 2000-2004: odpowiednio 121 zachorowań i zapadalność 0,3 na 100 000 mieszkańców (tab. I).

Tabela I. Czerwotka w Polsce w latach 2000-2006. Liczba zachorowań* i zapadalność wg województw na 100 000 mieszkańców

Table I. Shigellosis in Poland in 2000-2006. Number of cases and incidence per 100 000 population (by date of registration), by voivodeship

Województwo	Mediana		Rok			
	2000-2004		2005		2006	
	l.zachor.	zapid.	l.zachor.	zapid.	l.zachor.	zapid.
POLSKA	121	0,3	80	0,21	35	0,09
Dolnośląskie	2	0,07	-	-	8	0,28
Kujawsko-pomorskie	3	0,14	1	0,05	1	0,05
Lubelskie	13	0,6	6	0,27	4	0,18
Lubuskie	3	0,3	-	-	1	0,10
Łódzkie	-	-	-	-	-	-
Małopolskie	9	0,28	4	0,12	1	0,03
Mazowieckie	12	0,2	3	0,06	6	0,12
Opolskie	-	-	3	0,29	-	-
Podkarpackie	6	0,13	4	0,19	1	0,05
Podlaskie	-	-	-	-	-	-
Pomorskie	6	0,3	7	0,32	2	0,09
Śląskie	6	0,13	3	0,06	1	0,02
Świętokrzyskie	3	0,23	-	-	-	-
Warmińsko-mazurskie	24	1,68	38	2,66	1	0,07
Wielkopolskie	1	0,03	-	-	9	0,27
Zachodniopomorskie	4	0,2	11	0,65	-	-

* wg daty rejestracji

Podobnie jak w latach 2000-2005 nie zarejestrowano w 2006 r. zgonów z powodu czerwonki, ostatnie zanotowano w 1999 r.- zmarło troje pensjonariuszy z Domu Opieki Społecznej, ale czerwonka nie była uznana za główną przyczyną ich zgonu.

W 2006 r. 27 zachorowań (75%) zgłoszono z czterech województw: z wielkopolskiego 9, dolnośląskiego 8, mazowieckiego 6 i lubelskiego 4, z pozostałych siedmiu tylko po jednym lub dwa zachorowania. Z pięciu województw: łódzkiego, opolskiego, podlaskiego, świętokrzyskiego i zachodniopomorskiego nie zgłoszono ani jednego zachorowania.

Hospitalizowano ogółem 19 chorych (54,3%) - najwięcej w województwie dolnośląskim- 5 osób oraz województwie lubelskim- 3 osoby. W województwach kujawsko-pomorskim, małopolskim, podkarpackim, pomorskim, śląskim, podkarpackim i warmińsko-mazurskim zgłoszono wyłącznie zachorowania osób hospitalizowanych, co świadczy o braku rozpoznawania czerwonki u chorych leczonych w przychodniach.

Do Państwowego Zakładu Higieny nadesłano sprawozdania tylko z dwóch ognisk czerwonki, w obu zakażenie nabyto za granicą (tab. II): jedno wywołane było przez *S. flexneri*, drugie przez *S. sonnei*. Były to zachorowania zbiorowe, które wystąpiły zaraz po powrocie z wyjazdu turystycznego do krajów egzotycznych (Egipt, Indie). Ponadto w Oleśnicy woj. dolnośląskie, odnotowano wystąpienie zachorowań wywołanych przez *S. sonnei*. Pomimo prowadzonego dochodzenia epidemiologicznego nie wykryto związku między chorującymi i nie udało się wykazać wspólnego dla nich źródła zakażenia. W 2006 r. po raz pierwszy nie wykryto żadnego ogniska epidemicznego czerwonki, które szerzyłoby się w Polsce wśród dorosłych lub wśród młodzieży.

Tabela II. Epidemie i ogniska czerwonki bakteryjnej w Polsce w 2006 r. (na podstawie rocznych sprawozdań MZ-57 i opisów nadesłanych do Ministerstwa Zdrowia)

Table II. Outbreaks of shigellosis in Poland in 2006 (source: annual and epidemic's reports of sanitary - epidemiological stations)

L.p.	Czynnik etiologiczny	Liczba chorych/ na narażonych w ognisku	Miesiąc	Województwo miejscowość	Środowisko	Źródło zakażenia (nośnik)
1.	<i>S. flexneri</i>	5/8	IV	Wielkopolskie, Międzychód	Egipt- prywatny wyjazd	zawleczone
2.	<i>S. sonnei</i>	3/7	II	Wielkopolskie, m. Poznań	Wyjazd turystyczny-Indie	zawleczone
3*	<i>S. sonnei</i>	8	II-IV kwartał	Dolnośląskie, powiat Oleśnica	Zachorowania rozproszone	nieustalone

*ognisko domniemane na podstawie liczby zgłoszonych zachorowań-zachorowania rozproszone

Wśród zgłoszonych 35 zachorowań - 12 zachorowań (34 %) było związanych z pobytem za granicą: 8 w woj. wielkopolskim, w tym pięć osób powracających z wyjazdu grupowego do Egiptu i trzy powracające z wycieczki do Indii, w woj. mazowieckim troje chorujących po powrocie z indywidualnych wyjazdów do Indii, Maroka i Etiopii, oraz w woj. lubelskim 11-letni chłopiec zachorował w związku z podróżą z Anglii i został hospitalizowany (tab. III). Należy przypuszczać, że we wszystkich województwach są zachorowania zawlezione do

Polski przez przyjeżdżających, leczone bardziej lub mniej skutecznie, bez dochodzenia epidemiologicznego i bez rozpoznania wywołującego je czynnika bakteryjnego.

Tabela III. Czerwonka w Polsce w 2006 r. Liczba zachorowań w związku z podróżą za granicę wg kraju pobytu i województwa zgłoszenia

Table III. Shigellosis in Poland in 2006. Number of cases imported according to country of probable infection and voivodeship of registration

Województwo	Powrót z kraju	Miesiąc	Rodzaj i typ <i>Shigella</i>	Płeć i wiek chorego w latach
Wielkopolskie	Indie	II	<i>S. flexnerii</i>	3 osoby dorosłe
Wielkopolskie	Egipt	IV	<i>S. sonnei</i>	4 osoby dorosłe, 1 poniżej 14 r.ż
Mazowieckie	Marokko	I	<i>S. flexneri</i>	K- 8 lat
Mazowieckie	Indie	II	<i>S. boydii</i>	K-32 lat
Mazowieckie	Etiopia	II	<i>S. flexneri</i>	M-31 lat
Lubelskie	Anglia	IX	<i>S. sonnei</i>	M-11 lat

Na krzywej rozkładu zachorowań wg miesięcy zaznaczył się wzrost liczby zachorowań w październiku 7 (20,6%), kwietniu 5 (14,7%) oraz w dwóch miesiącach letnio-jesiennych lipcu 4 (11,8%) i wrześniu 4 (11,8%). Nie odnotowano zachorowań w listopadzie i w grudniu. W pozostałych miesiącach krzywa uległa znacznemu spłaszczeniu w porównaniu do krzywej z mediany liczby zachorowań w poszczególnych miesiącach w latach 2000-20004.

Liczba zachorowań na czerwonkę w miastach (23 zachorowania) była znacząco wyższa niż na wsi (12 zachorowań), podobnie jak zapadalność w miastach (0,10/100 000) była wyższa niż na wsi (0,08/100 000) (tab. IV). Najwięcej zachorowań zgłoszono z miast największych, ponad 100 tys. mieszkańców (13 przypadków) i najwyższa była w nich zapadalność (0,12/100 000), co związane jest z zachorowaniami osób wyjeżdżających turystycznie z Poznania i Warszawy do krajów w Azji i Afryce.

Tabela IV. Czerwonka w Polsce w latach 200-2006*.Liczba zachorowań i zapadalność na 100 000 mieszkańców w miastach i na wsi

Table IV. Shigellosis in Poland in 200-2006. Number of cases and incidence per 100 000 in urban and rural population

Środowisko	2000-2004		rok			
	(mediana)		2005		2006	
	l.zachor.	zapid..	l.zachor	zapid.	l.zachor.	zapid.
Miasta < 20 tys.	15	0,31	14	0,29	5	0,10
20-49tys.	6	0,14	3	0,07	3	0,07
50-99tys.	7	0,21	2	0,06	2	0,06
>100 tys.	21	0,19	45	0,41	13	0,12
Miasto ogółem	66	0,28	64	0,27	23	0,10
Wieś	43	0,29	16	0,11	12	0,08
Ogółem	121	0,3	80	0,21	35	0,09

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

Struktura wieku chorych na czerwonkę była odmienna niż w latach ubiegłych (tab. V). Chorowały głównie osoby dorosłe i tylko 9 zachorowań stwierdzono wśród dzieci w grupie wieku od 0 do 9 lat, w tym 4 zachorowania wśród dzieci w wieku przedszkolnym i żadnego zachorowania wśród najmłodszych dzieci (niemowląt) w wieku poniżej 1 roku życia. Brak zachorowań wśród dzieci młodszych jest wynikiem znacznego zmniejszenia się liczby dzieci uczęszczających do żłobków i przedszkoli i korzystających z przygotowanego tam wyżywienia. Powodem są: niż demograficzny i znaczne ograniczenie liczby tych instytucji, a również brak aktywnego nadzoru epidemiologicznego nad zakładami dziecięcymi oraz coraz częstszego stosowania leczenia empirycznego środkami przeciwbakteryjnymi dzieci powyżej 2 roku życia, bez rozpoznawania czynnika etiologicznego chorób biegunkowych. Najwyższą zapadalność stwierdzono wśród jednorocznych chłopców 1,66: w tym w mieście 0,97, choć w sumie były to 3 zachorowania, które wystąpiły w mało licznej grupie wieku. Najwięcej zachorowań, po 8 zarejestrowano w grupie wieku od 10 do 19 lat (zapadalność 0,15) i 30-39 (zapadalność 0,15) Nieznacznie mniej zachorowań - 7 wystąpiło wśród dorosłych w grupie wieku 20-29 lat. Nie zgłoszono żadnych zachorowań osób w grupie wieku 40-49 lat i powyżej 60 lat. Mogłoby to świadczyć, że poprawiły się znacznie warunki sanitarne w zakładach psychiatrycznych i domach opieki, w których uprzednio odnotowywano epidemie czerwonki oraz o przywiązaniu większej wagi do nowych czynników zachorowań np. wirusowych i odstąpienie od wykonywania ukierunkowanych badań bakteriologicznych.

Podobnie jak w roku ubiegłym zgłoszono mniej zachorowań ogółem wśród mężczyzn (16) niż wśród kobiet (19), ale różnica liczby zachorowań w poszczególnych grupach wieku była niewielka. Zapadalność mężczyzn (0,09) nie różniła się od zapadalności kobiet (0,10) (tab. V).

Tabela V. Czerwonka w Polsce w 2006 roku wg wieku*. Liczba zachorowań i zapadalność na 100 000 mieszkańców w mieście i na wsi oraz wśród mężczyzn i kobiet (wg daty rejestracji)

Table V. Shigellosis in Poland in 2006 by age, gender and location.* Number of cases and incidence per 100 000 by age: in urban and rural population, in men and women (by date of registration)

Grupa wieku	Teren				Ogółem		Płeć			
	miasto		wieś				mężczyźni		kobiety	
	l.zachor.	zapad.	l.zachor.	zapad.	l.zachor.	zapad.	l.zachor.	zapad.	l.zachor.	zapad.
Ogółem	23	0,10	12	0,08	35	0,09	16	0,09	19	0,10
0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1	2	0,97	1	0,66	3	0,84	3	1,66	-	-
2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3	1	0,51	1	0,66	2	0,57	1	-	1	0,59
4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
0-4	3	0,29	2	0,26	5	0,28	4	0,44	1	0,12
5-9	3	0,29	1	0,11	4	0,21	1	0,10	3	0,32
10-19	3	0,10	5	0,22	8	0,15	5	0,19	3	0,12
20-29	6	0,14	1	0,04	7	0,11	2	0,06	5	0,16
30-39	6	0,19	2	-	8	0,15	4	0,15	4	0,16
40-49	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
50-59	2	0,05	1	-	3	0,05	-	-	3	0,10
>60	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

*wg rocznego biuletynu PZH/GIS " Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce rok 2006", Warszawa 2007

Z nadesłanych do Zakładu Bakteriologii PZH sprawozdań za 2006 r. z pracowni bakteriologicznych wszystkich 16 WSSE wynika, że w pracowniach SSE zbadano w kierunku etiologicznych czynników zakaźnych schorzeń jelitowych próbki materiału od 491 560 osób w związku z przystąpieniem do pracy, nieco więcej niż w 2005 r. (zbadano 452 635 osób), a nosicielstwo *Shigella* wykryto tylko u 5 osób (1,01/100 000). Badania były znacznie mniej efektywne w kierunku *Shigella* niż w 2005r., kiedy nosicielstwo *Shigella* wykryto u 6 osób (1,32/100 000) (tab.VI). Większość chorych - tzn.17 z 35 zarejestrowanych podobnie jak w roku poprzednim 39 z 80 zarejestrowanych, zbadano poza laboratoriami SSE. W laboratoriach SSE zakażenie szczepami *Shigella* wykryto tylko u 49% zgłoszonych chorych. Z roku na rok we wszystkich grupach osób badanych maleje liczba wykrywanych osób wydalających pałeczki czerwonki. Świadczy to o pogorszeniu się efektywności badań bakteriologicznych w kierunku pałeczek czerwonki. W 2006 r. wykryto wydalanie pałeczek *Shigella* przez ogółem 26 osób w porównaniu do 99 osób w 2005 r. i do 245 osób wykrytych

Tabela VI. Czerwonka bakteryjna w Polsce w 2006 r. Wyniki dodatnie badania bakteriologicznego w kierunku pałeczek *Shigella* w województwach (na podstawie danych z pracowni bakteriologicznych 16 WSSE)

Table VI. Shigellosis in Poland in 2006. Positive results of bacteriological examination of cases, convalescents, carriers, contacts and food staff by voivodeship (source: laboratory annual reports of all 16 sanitary epidemiological stations)

Województwo	Wg rejestracji*	Wg pracowni bakteriologicznych osoby z dodatnim wynikiem badań					
	Chorzy	Chorzy	Odzro- wieńcy	Nosi- ciele	Stycz- ność	Bran- żowcy**	Dzieci
POLSKA 2005 r.	80	39	20	6	27	6	1
POLSKA 2006 r.	35	17	0	3	1	5	0
Dolnośląskie	8	2	-	1	-	-	-
Kujawsko-pomorskie	1	1	-	-	-	-	-
Lubelskie	4	4	-	-	-	-	-
Lubuskie	1	1	-	-	-	-	-
Łódzkie	-	-	-	-	-	-	-
Małopolskie	1	1	-	-	-	-	-
Mazowieckie	6	3	-	-	-	2	-
Opolskie	-	-	-	-	-	-	-
Podkarpackie	1	-	-	-	-	1	-
Podlaskie	-	-	-	-	-	-	-
Pomorskie	2	-	-	1	-	1	-
Śląskie	1	1	-	-	-	-	-
Świętokrzyskie	-	-	-	-	-	-	-
Warmińsko-mazurskie	1	1	-	1	-	1	-
Wielkopolskie	9	3	-	-	1	-	-
Zachodniopomorskie	-	-	-	-	-	-	-

* wg daty rejestracji, na podstawie opracowań Działów Epidemiologii wszystkich 16 WSSE

** odsetek nosicieli wśród ogólnej liczby badanych na nosicielstwo w związku z przystąpieniem do pracy: w 2004 r. 2.3/100 000 (zbadano 566 852 osób), w 2005 r.-1.32/100 000 (zbadano 452 635 osób), w 2006 r.-1.01/100 000 (zbadano 491560 osób).

w 2002 r. Niepokój, co do efektywności wykrywania zakażenia *Shigella* w pracowniach SSE budzi całkowity brak izolacji *Shigella* w niektórych laboratoriach SSE: w 2006 r. nie wykryto ani jednego dziecka wydalającego *Shigella* wśród ogółu dzieci badanych w Polsce w celach profilaktycznych, w związku z ich przyjęciem do placówek leczniczych i ani jednego osobnika wydalającego *Shigella*, aż w 5 województwach (tab. VI). Wśród ogółem 26 osób zbadanych z wynikiem dodatnim: *S. flexneri* wykryto u 10 (38,4%) osób, *S. sonnei* u 16 (61,6%) osób. W roku 2006 nie wykryto żadnego zakażonego *S. dysenteriae*, a dwa przypadki zakażenia *S. boydii* wykryto poza SSE, nie znalazły się bowiem w sprawozdaniu z badań laboratoryjnych nadesłanych do PZH.

W roku 2006 zaprzestano działania Krajowy Ośrodek *Shigella* PZH. Taką funkcję pełniła utworzona w 1956 roku przez Prof. Kazimierza Lachowicza pracownia czerwonki, której zadaniem było śledzenie sytuacji epidemiologicznej czerwonki i zmian w ekologii różnych odmian *Shigella* w Polsce. Od połowy 2005 r. Pracownia Schorzeń Jelitowych Zakładu Bakteriologii PZH przejęła obok innych zadań również diagnostykę szczepów *Shigella*.

Zgodnie z wynikiem badań przeprowadzonych przez Krajowy Ośrodek *Shigella* w latach 2002-2003 dotyczących jakości badań bakteriologicznych ukierunkowanych na wykrycie pałeczek *Shigella*, sugeruje się konieczność zmiany jednakowej dotychczas procedury posiewu próbek kału badanych w kierunku *Salmonella* – *Shigella* ze względu na szczególne wymagania niektórych odmian *Shigella*. Ponownie należałoby opracować wskazówki metodyczne dotyczące rozpoznawania etiologii zachorowań biegunkowych u chorych, pobierania od nich materiału do badania bakteriologicznego i warunków przesyłania próbek. Warunkiem koniecznym dla wykrywania zachorowań na czerwonkę byłoby uzyskanie opłacania z funduszków zdrowia publicznego badań laboratoryjnych u chorych podejrzanych o zakaźne schorzenie jelitowe.

Reasumując, należy uznać, że wiedza o sytuacji epidemiologicznej czerwonki w Polsce jest coraz mniejsza. Pomimo, że istnieje prawny obowiązek zgłaszania zachorowań na czerwonkę, nadal brak jest umocowania prawnego obowiązku badania bakteriologicznego i wskazania środków dla ich prowadzenia i do kontynuowania programu *surveillance* w zakresie etiologii chorób biegunkowych u chorych powyżej 2 roku życia (zachorowania na czerwonkę występują najczęściej u dzieci w wieku od 2 do 6 lat). Brak finansowania badań laboratoryjnych zakaźnych schorzeń jelitowych ze środków społecznych spowodował ustanie zainteresowania ich etiologią i znacznie ograniczył działania dla zapobiegania epidemicznemu szerzeniu się ich w populacjach znajdujących się w Polsce w najgorszych warunkach społecznych i higieniczno-sanitarnych. W ograniczonym zakresie wykonywane są tylko badania w przypadku zbiorowego zatrucia pokarmowego, ale procedura ich przeprowadzania nie uwzględnia specyficznych wymagań niezbędnych dla wykrywania pałeczek czerwonki. Zagadnienie wymaga pilnego rozwiązania w związku z rozszerzeniem granic Unii Europejskiej i coraz swobodniejszym przemieszczaniem się towarów i ludzi, w tym, również tych pochodzących z terytoriów pozaeuropejskich.

Wykrywalność i zgłaszanie zachorowań na czerwonkę jest w Polsce zastanawiająco mała w porównaniu do rozwiniętych krajów EU. W Danii w roku 2006 izolowano *Shigella* od 92 osób, zapadalność (1,7/100 000), a w 2007 od 327 osób (zapadalność 6,0/100 000). Izolowano szczepy należące do wszystkich czterech odmian: *S. dysenteriae*, *S. flexneri*, *S. boydii* i *S. sonnei*.

OSTRA CZERWONKA PELZAKOWA W 2006 ROKU

W 2006 roku stwierdzono znaczny wzrost liczby zachorowań na czerwonkę pelzakową, zgłoszono 21 osób chorych, w porównaniu do 2 w 2005 r., zapadalność wyniosła 0,05 na 100 000 mieszkańców, a więc była tego samego rzędu wielkości co zapadalność na czerwonkę bakteryjną. Zachorowania wystąpiły jako przypadki rozproszone na terenie kraju i zanotowano je w 8 województwach; najliczniej w województwie poznańskim 9, zapadalność 0,267 i pomorskim 5 zapadalność 0,227 (tab. VII). Z wyjątkiem dwu województw dolnośląskiego i opolskiego rozpoznawanie stawiano u chorych hospitalizowanych.

Tabela VII Czerwonka pelzakowa ostro w Polsce w latach 2005-2006. Liczba zachorowań i zapadalność na 100 000 mieszkańców oraz liczba i odsetek hospitalizacji

Table VII. Amoebic dysentery in Poland in 2005-2006. Number of cases and incidence per 100 000 population by voivodeship

Województwo	zachorowania *		hospitalizacja	
	l.zachor.	zapad.	l.zachor.	%
POLSKA 2005 r.	2	0,005	2	100,0
2006 r.	21	0,055	19	90,5
Dolnośląskie	1	0,035	-	-
Kujawsko-pomorskie	1	0,048	1	100,0
Lubelskie	-	-	-	-
Lubuskie	-	-	-	-
Łódzkie	1	0,039	1	100,0
Małopolskie	1	0,031	1	100,0
Mazowieckie	-	-	-	-
Opolskie	1	0,096	-	-
Podkarpackie	-	-	-	-
Podlaskie	-	-	-	-
Pomorskie	5	0,227	5	100,0
Śląskie	-	-	-	-
Świętokrzyskie	-	-	-	-
Warmińsko-mazurskie	2	0,140	2	100,0
Wielkopolskie	9	0,267	9	100,0
Zachodniopomorskie	-	-	-	-

* wg daty rejestracji
by date of registration

Zachorowanie na czerwonkę pelzakową występuje w Polsce u osób, które nabyły zakażenie w trakcie pobytu za granicą. Należy przypuszczać, że wkrótce może stać się chorobą nowo pojawiającą się w Polsce, w związku z coraz liczniejszymi wyjazdami turystycznymi i służbowymi do krajów o klimacie tropikalnym i prymitywnych warunkach bytowania, a być może i z ogólnym ociepleniem klimatu. Cysty *Entamoeba histolyticum* są odporne na stężenie chloru stosowanego w sieciach wodociągowych, stosunkowo długo mogą pozostawać na powierzchni owoców i warzyw jedzonych w postaci surowej.

Przyczyną wzrostu liczby wykrywanych ostatnio zachorowań mogą być obowiązkowe badania w kierunku amebiazy osób, które wróciły do Polski z wyjazdu służbowego do krajów tropikalnych, jak również wprowadzenie bardziej czułych nowoczesnych metod badania w tym kierunku.

H Stypułkowska-Misiurewicz

DYSENTERY AND AMOEBIASIS IN POLAND IN 2006

SUMMARY

The number of notified as shigellosis, bacillary dysentery cases in the three last years (2004, 2005, 2006) is lower and lower and is the lowest of all years since 1918 when notification started. Only 35 cases were notified in the year 2006, while 80 were notified in 2005 (incidence rate 0,21/100 000 population), and 74 cases in 2004 (incidence rate 0,19/100 000 population). No one-death case was notified. The last three death cases were notified in 1999. No one outbreak was registered. Twelve cases got infection while being abroad. *S. flexneri* was found only in 41% of with shigellosis patients and 60% of infected food handlers, *S. sonnei* was dominating, isolated from 59% of patients and from all contacts and carriers but only from 40% of healthy food handlers examined. Two cases of *S. boydii* infections were found. Such structure of etiology is indicating that only few cases among children and young persons were diagnosed. In the period of low frequency of *Shigella* infections, the external quality assessment control of the quality of bacteriological media, laboratory and prae-laboratory procedures for detection of different *Shigella* groups and types should be executed.

The increasing number of amoebic dysentery was registered: 21 cases in 2006 incidence rate 0.05/100 000 but only 2 cases in 2005. The cases were registered in 8 out of 16 voivodeships probably imported from underdeveloped countries. It is a new emerging problem.

Adres autorki:

Prof. dr hab. med. Hanna Stypułkowska-Misiurewicz
Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego- Państwowy Zakład Higieny
ul. Chocimska 24, 00-791 Warszawa
tel.0-22 5421 376, fax:0-22 5421 307
e-mail: hstypulkowska@pzh.gov.pl