

Meldunek 8/A/96

o zachorowaniach na choroby zakaźne, zatruciach i zakażeniach szpitalnych zgłoszonych w okresie od 1.08 do 15.08.1996 r.

(do użytku służbowego)

Jednostka chorobowa (symbol wg IX rewizji "Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób")	Meldunek 8/A		Dane skumulowane	
	1.08.96. do 15.08.96.	1.08.95. do 15.08.95.	1.01.96. do 15.08.96.	1.01.95. do 15.08.95.
AIDS - Zespół nabytego upośledzenia odporności (079)	1	1	65	65
Dur brzuszny (002.0)	-	-	4	9
Dury rzekome A.B.C. (002.1-002.3)	-	-	1	6
Inne salmonelozy: ogółem (003)	1497	1776	16451	19540
Czerwonka (004; 006.0)	16	44	307	325
Biegunki u dzieci do lat 2 (008; 009)	488	946	10280	13810
Błonica (032)	-	-	9	-
Krztusiec (033)	8	12	137	382
Płonica (034.1)	348	291	15345	19627
Tężec (037; 670; 771.3)	3	5	20	26
Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych: razem	916	216	4239	1819
w tym: meningokokowe (036.0)	9	4	102	107
inne bakteryjne (320.0-320.3; 320.8; 320.9)	61	63	908	864
wirusowe, surow. nieokreś. (047; 049.0; 049.1; 053.0; 054.7)	810	124	3054	681
nieokreślone etiologicznie (322)	36	25	175	167
Ospa wietrzna (052)	2065	1930	84743	142950
Odra (055)	10	11	476	625
Różyczka (056; 771.0)	1748	678	67349	51550
Zapalenie mózgu: razem	26	28	281	247
w tym: arbowirusowe (062-064)	13	13	54	79
wirusowe nieokreślone (049.9)	-	5	91	51
poszczepienne (323.5)	-	-	-	-
inne i nieokreślone (054.3; 323.1; 323.8; 323.9)	13	10	136	117
Wirusowe zap. wątroby: typu B (070.2; 070.3)	229	330	4190	5695
inne i nieokreś. (070.0; 070.1; 070.4-070.9)	288	500	7577	12205
Nagminne zapalenie przyusznic (072)	850	1569	26897	66178
Świerzb (133.0)	493	373	10352	11142
Grypa (487)	63	19	2702244	691496
Zatrucia i zakażenia pokarmowe: ogółem	1698	2091	18105	21756
w tym: bakteryjne: razem	1684	2076	17936	21606
w tym: salmonelozy (003.0)	1495	1775	16418	19503
enterotoksyna gronkowcowa (005.0)	-	71	43	419
botulizm (005.1)	9	6	54	65
Cl.perfringens (005.2)	-	-	2	-
inne i nieokreślone (005.3; 005.4; 005.8; 005.9)	180	224	1419	1619
grzybami (988.1)	7	5	39	41
chemiczne: ogółem (988.2; 988.8; 988.9; 989)	7	10	130	109
w tym: chemicznymi środkami ochr. roślin (989.2-989.4)	1	-	9	4
Zatrucia zw. chemicznymi /z wyj.pokarm./: ogółem (960-987; 989)	345	240	6672	5641
w tym: chemicznymi środkami ochrony roślin (989.2-989.4)	9	13	109	127
Zakażenia szpitalne: ogółem	40	53	1464	1441
w tym: na oddz. noworodkowych i dziec. (003; 041; 079; 136.9)	11	15	391	408
następstwa zabiegów medycznych (003; 041; 079; 136.9)	20	32	483	586
wywołane pałeczkami Salmonella (003)	4	2	216	229
Porażenie dziecięce nagminne (045)	-	-	-	-
Dur plamisty i inne riketsjozy (080-083)	-	-	-	1
Włośnica (124)	-	-	27	71

Zachorowania zgłoszone w okresie 1-15.08.1996 r. wg województw

Województwo (St.- stołeczne M.- miejskie)	AIDS - Zespół nabytego upośledzenia odporności (079)	Dur brzuszny (002.0)	Dury rzekome A.B.C. (002.1-3)	Inne salmonelozы: ogółem (003)	Czerwonka (004; 006.0)	Biegunki u dzieci do lat 2 (008; 009)	Krzusiec (033)	Płonica (034.1)	Teżec (037; 670; 771.3)	Zapalenie opon mózgowo- rdzeniowych		Odra (055)	Różyczka (056; 771.0)
										Ogółem (036.0; 047; 049.0-1; 053.0; 054.7; 320.0-3; 320.8-9; 322)	w tym: meningokokoko- we (036.0)		
POLSKA	1	-	-	1497	16	488	8	348	3	916	9	10	1748
1. St.warszawskie	-	-	-	74	-	50	-	22	1	134	-	-	31
2. Białkopodlaskie	-	-	-	9	-	8	-	1	-	10	-	-	1
3. Białostockie	-	-	-	19	-	10	2	4	-	7	-	-	8
4. Bielskie	-	-	-	26	-	12	-	6	-	3	-	1	72
5. Bydgoskie	1	-	-	37	-	14	1	9	-	22	-	-	92
6. Chełmskie	-	-	-	13	-	1	-	5	-	1	-	-	-
7. Ciechanowskie	-	-	-	7	-	-	-	6	-	47	-	-	43
8. Częstochowskie	-	-	-	14	-	2	-	9	-	3	-	-	33
9. Elbląskie	-	-	-	10	-	8	-	3	-	9	-	-	20
10. Gdańskie	-	-	-	30	-	15	-	15	-	237	-	-	34
11. Gorzowskie	-	-	-	22	-	2	-	5	-	3	-	-	28
12. Jeleniogórskie	-	-	-	20	-	5	-	2	-	-	-	-	7
13. Kaliskie	-	-	-	34	-	7	-	3	-	3	-	-	17
14. Katowickie	-	-	-	44	-	22	1	39	-	2	1	3	251
15. Kieleckie	-	-	-	32	1	17	-	7	-	12	-	-	56
16. Konińskie	-	-	-	30	-	7	-	-	-	2	-	-	26
17. Koszalińskie	-	-	-	8	-	7	-	3	-	6	-	-	45
18. M.krakowskie	-	-	-	22	1	3	-	18	-	18	-	-	60
19. Krośnieńskie	-	-	-	14	-	15	-	1	-	18	-	-	6
20. Legnickie	-	-	-	18	-	6	-	2	-	8	-	1	9
21. Leszczyńskie	-	-	-	42	-	5	-	1	-	4	-	-	29
22. Lubelskie	-	-	-	32	4	12	-	12	-	25	-	-	10
23. Łomżyńskie	-	-	-	45	-	12	-	1	-	4	-	-	3
24. M.łódzkie	-	-	-	8	-	4	-	4	-	11	1	-	13
25. Nowosądeckie	-	-	-	29	-	10	-	-	-	6	-	-	16
26. Olsztyńskie	-	-	-	51	2	13	-	1	-	3	-	1	34
27. Opolskie	-	-	-	34	-	14	-	14	-	7	-	-	82
28. Ostrołęckie	-	-	-	16	1	1	-	3	-	6	-	-	4
29. Piłskie	-	-	-	26	-	2	1	14	-	1	-	1	43
30. Piotrkowskie	-	-	-	67	-	4	-	5	-	6	-	-	48
31. Płockie	-	-	-	22	-	12	-	3	-	37	-	-	4
32. Poznańskie	-	-	-	46	-	38	-	20	-	5	2	1	251
33. Przemyskie	-	-	-	26	-	8	-	4	1	10	-	-	6
34. Radomskie	-	-	-	19	-	4	1	7	-	2	-	-	20
35. Rzeszowskie	-	-	-	43	2	5	-	2	-	11	-	-	9
36. Siedleckie	-	-	-	49	-	11	-	3	-	22	2	-	1
37. Sieradzkie	-	-	-	17	-	6	-	1	-	8	-	-	8
38. Skierniewickie	-	-	-	82	-	1	-	1	-	5	-	-	4
39. Słupskie	-	-	-	11	-	5	-	9	-	7	-	-	24
40. Suwalskie	-	-	-	18	-	8	-	4	-	18	-	-	27
41. Szczecińskie	-	-	-	70	-	8	-	22	-	113	2	-	82
42. Tarnobrzeskie	-	-	-	56	-	29	-	5	-	8	-	-	17
43. Tarnowskie	-	-	-	37	-	18	1	11	1	15	-	-	25
44. Toruńskie	-	-	-	32	-	12	-	1	-	16	1	2	6
45. Wałbrzyskie	-	-	-	15	3	8	1	9	-	8	-	-	53
46. Włocławskie	-	-	-	15	-	3	-	6	-	-	-	-	3
47. Wrocławskie	-	-	-	38	-	16	-	15	-	4	-	-	64
48. Zamojskie	-	-	-	32	2	4	-	6	-	4	-	-	6
49. Zielonogórskie	-	-	-	36	-	4	-	4	-	5	-	-	17

Zachorowania zgłoszone w okresie 1-15.08.1996 r. wg województw (cd.)

Województwo (St.- stołeczne M.- miejskie)	Zapalenie mózgu		Wirusowe zapalenie wątroby		Nagminne zapalenie przyusz- nicy (072)	Świerzb (133.0)	Grypa (487)	Zatrucia i zakażenia pokarmowe				Zakażenia szpitalne (003; 041; 079; 136.9)	Włośnica (124)
	Ogółem (049.9; 054.3; 062-064; 323.1; 323.5; 323.8-9)	w tym: arbowirusowe (062-064)	Typu B (070.2; 070.3)	Inne i nieokreślone (070.0-1; 070.4-9)				Razem	Bakteryjne (003; 005)	Grzyzbami (988.1)	Chemiczne (988.2; 988.8-9; 989)		
POLSKA	26	13	229	288	850	493	63	1698	1684	7	7	40	-
1. St.warszawskie	1	-	11	4	39	2	-	74	73	1	-	1	-
2. Białkopodlaskie	-	-	-	7	2	31	-	9	9	-	-	-	-
3. Białostockie	7	7	3	2	29	18	-	20	20	-	-	3	-
4. Bielskie	-	-	4	6	48	-	-	30	28	2	-	1	-
5. Bydgoskie	-	-	3	3	11	16	-	52	51	-	1	3	-
6. Chełmskie	-	-	2	2	1	-	-	13	13	-	-	-	-
7. Ciechanowskie	-	-	6	3	-	4	-	8	8	-	-	-	-
8. Częstochowskie	-	-	5	-	37	7	-	15	15	-	-	3	-
9. Elbląskie	-	-	1	9	20	25	-	10	10	-	-	-	-
10. Gdańskie	-	-	5	6	16	11	-	35	35	-	-	-	-
11. Gorzowskie	-	-	2	1	4	9	-	22	22	-	-	-	-
12. Jeleniogórskie	-	-	1	1	14	1	-	22	20	2	-	-	-
13. Kaliskie	-	-	4	-	12	5	-	34	34	-	-	2	-
14. Katowickie	1	-	28	14	124	66	-	60	60	-	-	-	-
15. Kieleckie	1	1	8	-	43	11	-	42	40	2	-	8	-
16. Konińskie	-	-	4	1	5	1	-	30	30	-	-	1	-
17. Koszalińskie	-	-	1	25	4	11	-	9	9	-	-	-	-
18. M.krakowskie	1	-	22	6	27	-	-	28	27	-	1	-	-
19. Krośnieńskie	-	-	3	-	-	10	-	19	19	-	-	-	-
20. Legnickie	-	-	6	-	14	1	-	18	18	-	-	-	-
21. Leszczyńskie	-	-	3	13	3	7	30	42	42	-	-	-	-
22. Lubelskie	-	-	5	5	1	23	-	32	32	-	-	-	-
23. Łomżyńskie	-	-	2	1	1	14	-	46	46	-	-	-	-
24. M.łódzkie	-	-	4	1	6	20	29	8	8	-	-	2	-
25. Nowosądeckie	-	-	3	17	33	3	-	29	29	-	-	-	-
26. Olsztyńskie	-	-	2	4	4	9	-	54	54	-	-	-	-
27. Opolskie	-	-	4	-	32	1	-	34	34	-	-	2	-
28. Ostrołęckie	-	-	3	1	6	4	-	16	16	-	-	-	-
29. Piłskie	-	-	2	1	2	6	-	26	26	-	-	-	-
30. Piotrkowskie	-	-	-	9	12	1	-	67	67	-	-	2	-
31. Płockie	-	-	1	1	6	7	-	22	22	-	-	-	-
32. Poznańskie	-	-	4	7	58	10	4	47	47	-	-	1	-
33. Przemyskie	-	-	2	1	5	3	-	32	27	-	5	-	-
34. Radomskie	-	-	12	3	6	1	-	19	19	-	-	-	-
35. Rzeszowskie	7	-	-	3	3	5	-	44	44	-	-	-	-
36. Siedleckie	-	-	2	18	1	9	-	53	53	-	-	-	-
37. Sieradzkie	-	-	2	1	6	1	-	17	17	-	-	-	-
38. Skierniewickie	-	-	2	-	2	3	-	82	82	-	-	-	-
39. Słupskie	-	-	4	80	18	10	-	77	77	-	-	2	-
40. Suwalskie	4	4	2	-	17	31	-	19	19	-	-	-	-
41. Szczecińskie	-	-	8	2	24	9	-	111	111	-	-	1	-
42. Tarnobrzesckie	3	1	5	7	4	11	-	56	56	-	-	2	-
43. Tarnowskie	-	-	6	5	11	2	-	37	37	-	-	-	-
44. Toruńskie	1	-	2	3	15	39	-	35	35	-	-	1	-
45. Wałbrzyskie	-	-	6	-	19	4	-	15	15	-	-	-	-
46. Włocławskie	-	-	2	-	65	7	-	16	16	-	-	-	-
47. Wrocławskie	-	-	16	11	24	13	-	40	40	-	-	-	-
48. Zamojskie	-	-	2	3	3	11	-	35	35	-	-	-	-
49. Zielonogórskie	-	-	4	1	13	-	-	37	37	-	-	5	-

Sytuacja epidemiologiczna gruźlicy w Polsce w 1995 roku

Sytuację epidemiologiczną gruźlicy w Polsce w roku 1995, podobnie jak w latach poprzednich, oceniono w oparciu o rutynowo stosowane mierniki epidemiologiczne: zapadalność, chorobowość i umieralność. Współczynniki obliczono w stosunku do 100.000 ludności. W nawiasach podano wartości z roku poprzedniego, tj. 1994. Dane porównawcze zestawiono w tabeli 1.

Zapadalność na gruźlicę

W roku 1995 zapadalność na gruźlicę - 41,4 była niższa niż w roku poprzednim (43,2) i po raz pierwszy od pięciu lat niższa niż w roku 1990, w którym wynosiła 42,3. Niemniej, zapadalność na gruźlicę w Polsce w dalszym ciągu należała do najwyższych w Europie. Średnia zapadalność na gruźlicę dla Regionu Europejskiego WHO - oszacowana z lat 1990-1994 - wynosiła 33,3. Zapadalność w 1994 r. w Czechach - 19,0, Słowacji - 33,0, Niemczech - 16,0, Rosji - 48,1, Ukrainie - 40,1, Białorusi - 42,8, Szwecji - 6,1, Rumunii - 93,5.

W analizowanym roku zarejestrowano 15.959 zachorowań na gruźlicę i było to o 694 zachorowania mniej niż w roku poprzednim i o 177 zachorowań mniej niż w roku 1990.

Zachorowań na gruźlicę potwierdzoną w badaniu bakteriologicznym zarejestrowano 8.220 (8.567), współczynnik zapadalności - 21,3 był niższy od rejestrowanego w roku poprzednim (22,2) i zbliżony do rejestrowanego w 1990 r., kiedy to wynosił 22,3. To właśnie w tej grupie, najważniejszej z epidemiologicznego punktu widzenia (źródła zakażenia), nastąpił znaczący spadek zachorowań - o 347 w porównaniu z rokiem poprzednim. Udział tej postaci gruźlicy - 51,5% (51,4%) utrzymał się na poziomie zbliżonym do roku poprzedniego.

Udział chorych obficie prątkujących, których w roku 1995 było 4.318 (4.663), wynosił 27,1% (28,0) ogółu chorych i nie podlega większym zmianom od wielu lat.

W przekroju terytorialnym udział chorych prątkujących wśród ogółu nowo zarejestrowanych wykazywał znaczne różnice i wahał się od 26,8% w woj. gorzowskim do 78,8% w woj. legnickim. Tak znaczne różnicowanie nie znajduje uzasadnienia w dostępności do badań bakteriologicznych.

Tak jak w latach poprzednich dominującą postacią gruźlicy była gruźlica układu oddechowego 15.311 (15.937) - stanowiła ona 95,9% (95,7%) ogółu zarejestrowanych przypadków.

Spośród 648 (716) zachorowań na gruźlicę pozapłucną - zapadalność 1,7 (1,9) - najczęstszymi postaciami były: gruźlica narządów moczowo-płciowych - 231 (259), gruźlica węzłów chłonnych obwodowych - 146 (175) oraz gruźlica kości i stawów - 129 (148). Na najgroźniejszą postać gruźlicy pozapłucnej - gruźlicze zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych i mózgu - zachorowało 17 (20) osób, w tym 2 (2) dzieci do 14 roku życia. Nie zarejestrowano zachorowań na tą postać wśród młodocianych (15-19 lat).

W roku 1995 tak jak w latach poprzednich mężczyźni¹ chorowali ponad dwukrotnie częściej niż kobiety. Zarejestrowano 10.506 (11.044) zachorowań wśród mężczyzn i 5.265 (5.422) zachorowań u kobiet¹. Zapadalność wśród mężczyzn - 55,9 (58,9), a wśród kobiet - 26,6 (27,4). Spadek zapadalności był szybszy u mężczyzn niż wśród kobiet.

Utrzymała się też w roku 1995 wyższa zapadalność na gruźlicę mieszkańców wsi - współczynnik - 42,6 (44,3) - niż mieszkańców miast - współczynnik - 39,8 (41,8).

Nie uległy zmianie tendencje w zakresie zapadalności w poszczególnych grupach wieku. Zapadalność na gruźlicę wzrastała z wiekiem: była relatywnie niska - 2,3 (2,3) wśród dzieci, znacząco rosła wśród młodocianych - 11,3 (11,1) i osiągnęła najwyższą wartość wśród ludzi po 65 roku życia - 81,4 (81,4).

Podczas gdy zapadalność na gruźlicę w 1995 roku była o 4,2% niższa niż w roku poprzednim, to tempo spadku w poszczególnych grupach wiekowych było zróżnicowane. W grupie dzieci do 14 roku zapadalność nie zmieniła się w porównaniu z rokiem poprzednim, była taka jak w 1990 r. i wyższa niż w 1989 - 2,0 (najniższa zapadalność w tej grupie), natomiast wśród młodocianych (15-19 lat) zapadalność była nieco wyższa niż rok wcześniej. W starszych grupach wiekowych zapadalność była niższa niż w roku 1994: w grupie 20-44 zmniejszyła się o 5,4% a w grupie 45-64 o 8,6%; utrzymywała się jednak na takim samym poziomie wśród ludności w wieku 65 lat i więcej. W dalszym ciągu w Polsce, w porównaniu z krajami o lepszej sytuacji, wysoki jest udział zachorowań na gruźlicę ludzi w młodym i średnim wieku - grupa 20-44 lata. Ta grupa stanowiła w 1995 r. 39,7% ogółu chorych.

Tak jak w latach poprzednich wystąpiło znaczne różnicowanie zapadalności na gruźlicę w przekroju terytorialnym Polski: od 17,1 (24,1) w woj. leszczyńskim i 24,2 (29,4) w woj. zielonogórskim do 65,0 (62,9) w woj. siedleckim i 63,5 (58,7) w woj. elbląskim. W 17 województwach wystąpił w omawianym roku wzrost zapadalności na gruźlicę.

Chorobowość na gruźlicę

W epidemiologicznych ocenach znaczenie ma chorobowość na gruźlicę potwierdzoną bakteriologicznie, zwłaszcza na gruźlicę obficie prątkującą, tj. potwierdzoną w badaniu bakterioskopowym, bowiem ta grupa chorych jest źródłem zakażenia prątkami dla swego otoczenia. Na dzień 31.XII.1995 roku w poradniach gruźlicy i chorób płuc było zarejestrowanych 9.162 (9.484) chorych prątkujących, w tym 3.718 (4.115) obficie prątkujących. Współczynnik chorobowości był niższy niż w roku poprzednim i wyniósł 23,7 (24,6) dla chorych prątkujących oraz 9,6 (10,7) dla obficie prątkujących.

Największa liczba źródeł zakażenia w stosunku do zamieszkałej ludności występowała w woj.: zamojskim - współczynnik chorobowości 35,5 (36,0), radomskim - 33,3 (36,6), siedleckim - 33,2 (35,5) i przemyskim - 33,0 (32,1). Relatywnie najmniej takich źródeł zakażenia zarejestrowano w woj.: gorzowskim - 8,8 (13,5), leszczyńskim - 10,3 (15,2) i śluskim - 12,4 (12,7).

Umieralność z powodu gruźlicy

Umieralność z powodu gruźlicy jest przede wszystkim miernikiem niepowodzeń w zakresie wykrywania i leczenia, a znacznie ograniczona jest jej rola jako miernika sytuacji epidemiologicznej.

Umieralność z powodu gruźlicy w roku 1995 uległa dalszemu zmniejszeniu w porównaniu do roku poprzedniego. Gruźlicę, jako przyczynę zgonu, stwierdzono u 1.130 (1.191) chorych. Współczynnik umieralności - 2,9 był niższy od ubiegłorocznego (3,1).

Tabela 1. Gruźlica w Polsce w latach 1995 i 1994. Zapadalność, chorobowość i umieralność z powodu gruźlicy według województw (współczynniki na 100.000 ludności).

Województwo (St.- stołeczne M.- miejskie)	Zapadalność						Chorobowość (BK+)		Umieralność	
	ogółem		0-14 lat		15-19 lat		1995	1994	1995	1994
	1995	1994	1995	1994	1995	1994				
POLSKA	41,4	43,2	2,3	2,3	11,3	11,1	23,7	24,6	2,9	3,1
1. St.warszawskie	50,7	46,8	3,0	4,2	8,4	13,7	25,6	23,0	2,6	2,7
2. Białkopodlaskie	48,5	60,2	-	-	15,6	27,9	28,1	30,3	3,2	2,9
3. Białostockie	35,0	46,3	11,3	14,7	5,4	16,5	21,0	24,3	1,6	4,9
4. Bielskie	41,7	40,4	1,9	0,5	-	4,0	19,2	19,8	3,6	3,6
5. Bydgoskie	24,3	28,1	1,1	0,7	5,2	11,6	14,7	15,2	2,4	3,0
6. Chełmskie	47,6	46,5	-	-	18,3	14,0	31,2	32,0	1,6	1,6
7. Ciechanowskie	56,1	60,7	2,8	2,7	27,1	13,7	23,1	23,4	3,9	4,1
8. Częstochowskie	42,6	49,8	1,8	0,6	8,1	9,8	27,7	28,4	4,9	5,2
9. Elbląskie	63,5	58,7	1,6	0,8	20,4	11,5	20,1	22,0	0,8	1,8
10. Gdańskie	36,7	39,2	1,5	1,8	9,0	14,9	18,5	15,6	1,7	1,2
11. Gorzowskie	32,8	43,5	-	1,6	8,9	-	8,8	13,5	1,4	2,4
12. Jeleniogórskie	53,8	50,6	9,5	4,2	13,7	9,3	28,2	27,3	6,1	4,8
13. Kaliskie	40,2	40,2	3,5	2,3	27,9	8,3	18,4	15,0	3,3	2,9
14. Katowickie	44,2	44,7	1,9	0,9	10,3	11,1	30,7	30,9	4,6	4,3
15. Kieleckie	57,2	56,1	0,8	0,8	19,8	22,4	25,3	25,7	2,6	2,4
16. Konińskie	33,8	38,7	-	4,2	9,8	9,9	22,9	28,0	2,3	1,5
17. Koszalińskie	31,3	38,6	0,8	0,8	8,7	11,1	15,3	16,2	1,0	0,6
18. M.krakowskie	32,1	31,8	1,2	1,1	8,3	6,2	23,5	25,0	1,5	1,4
19. Krośnieńskie	40,3	45,0	-	3,0	17,8	22,6	23,1	33,2	4,7	3,4
20. Legnickie	30,6	40,8	0,8	-	4,1	10,5	25,6	29,3	4,4	3,6
21. Leszczyńskie	17,1	24,1	3,0	2,0	2,9	15,0	10,3	15,2	0,8	0,8
22. Lubelskie	44,2	51,2	1,7	4,3	10,3	12,7	28,6	28,0	5,4	6,0
23. Łomżyńskie	49,2	35,7	9,8	8,6	16,8	13,8	20,9	18,9	4,5	5,7
24. M.łódzkie	42,5	52,4	6,8	8,6	12,3	21,0	21,8	26,4	1,3	1,2
25. Nowosądeckie	45,6	41,3	4,0	0,5	4,6	15,7	19,4	20,5	4,4	3,7
26. Olsztyńskie	33,6	34,4	0,5	0,5	10,0	7,3	14,9	13,9	1,7	3,5
27. Opolskie	38,4	32,4	1,3	0,8	16,7	9,6	21,8	18,3	2,1	2,7
28. Ostrołęckie	53,7	66,0	-	2,8	5,7	2,9	20,1	25,0	5,4	5,2
29. Piłskie	24,8	26,5	1,6	-	6,7	9,2	14,0	20,9	1,6	1,2
30. Piotrkowskie	54,5	45,6	7,4	5,9	9,3	7,5	31,0	25,3	3,9	2,9
31. Płockie	40,6	42,2	-	0,8	13,7	9,2	22,4	26,4	5,2	4,0
32. Poznańskie	27,1	30,1	3,0	2,9	7,1	4,5	17,4	17,5	2,5	3,3
33. Przemyskie	47,3	45,3	2,8	1,9	25,4	14,3	33,0	32,1	2,7	5,6
34. Radomskie	51,6	50,1	1,6	2,1	16,8	12,4	33,3	36,6	4,6	3,7
35. Rzeszowskie	33,0	41,3	2,1	1,0	9,3	6,3	18,4	25,5	2,4	3,4
36. Siedleckie	65,0	62,9	1,8	2,4	7,1	21,8	33,2	35,5	5,3	7,4
37. Sieradzkie	50,7	56,3	6,3	6,2	30,5	15,5	30,8	30,5	3,2	2,4
38. Skierniewickie	41,5	48,9	6,3	2,1	14,6	8,9	21,5	28,1	2,4	2,6
39. Słupskie	28,2	28,8	0,9	-	10,7	8,1	12,4	12,7	1,4	1,4
40. Suwalskie	28,2	35,6	2,3	3,0	7,1	4,8	14,2	18,6	0,4	1,0
41. Szczecińskie	25,9	36,6	0,5	2,7	10,7	10,9	23,2	23,9	1,7	2,0
42. Tarnobrzeskie	44,2	40,9	0,7	2,0	5,9	15,9	22,5	24,8	5,6	5,1
43. Tarnowskie	39,0	40,1	1,7	-	6,6	8,4	14,4	13,0	1,2	1,3
44. Toruńskie	36,6	43,8	1,9	-	29,1	8,7	21,3	23,4	2,2	3,1
45. Wałbrzyskie	51,8	48,8	0,6	3,1	14,8	5,0	24,1	25,0	3,2	3,1
46. Włocławskie	32,9	33,2	1,0	-	8,1	5,4	18,6	18,6	0,5	1,6
47. Wrocławskie	39,0	39,3	1,3	1,3	6,5	6,6	21,7	20,1	1,1	0,7
48. Zamojskie	46,6	44,2	-	0,8	5,0	2,5	35,5	36,0	2,4	3,2
49. Zielonogórskie	24,2	29,4	4,9	4,2	13,4	10,3	14,4	18,6	2,2	3,4
Mężczyźni	55,9	58,9	2,3	2,2	10,5	9,7	.	.	4,6	4,9
Kobiety	26,6	27,4	2,3	2,3	11,8	12,5	.	.	1,3	1,4
Miasto	39,8	41,8	2,5	2,2	10,0	10,1	.	.	2,6	2,5
Wieś	42,6	44,3	2,0	2,3	13,1	12,8	.	.	3,5	4,1

Tak jak w latach ubiegłych zgony z powodu gruźlicy i pasożytniczych - stanowiąc 46,0% (45,5%) zgonów tej grupy i 0,3% (0,3%) ogółu zgonów w Polsce w roku 1995.

Mężczyźni umierali z powodu gruźlicy - współczynnik 4,6 (4,9) - prawie 4 razy częściej niż kobiety - współczynnik 1,3 (1,4). Mieszkańcy wsi - współczynnik 3,5 (4,1) - umierali z powodu gruźlicy znacząco częściej od mieszkańców miast - współczynnik 2,6 (2,5). Z powodu gruźlicy, podobnie jak w latach poprzednich, umierali głównie chorzy w starszych grupach wiekowych: zgony z powodu gruźlicy wśród osób w wieku 65 lat i więcej stanowiły 41,3% (45,7) a w grupie 45 lat i więcej 82,6% (83,9%) ogółu zgonów z powodu gruźlicy w roku 1995.

Zarejestrowano 1 (1) zgon dziecka do 14 roku życia. Nie zarejestrowano zgonów w grupie wiekowej 15-19 lat. W krajach z dobrą sytuacją epidemiologiczną nieliczne zgony z powodu gruźlicy występują głównie wśród chorych w podeszłym wieku.

Najwyższą umieralność z powodu gruźlicy zarejestrowano w woj.: jeleniogórskim - 6,1 (4,8), tarnobrzeskim - 5,6 (5,1), lubelskim - 5,4 (6,0), ostrołęckim - 5,4 (5,2) i siedleckim - 5,3 (7,4); natomiast najniższą w woj.: suwalskim - 0,4 (1,0), wrocławskim - 0,5 (1,6), leszczyńskim - 0,8 (0,8), elbląskim - 0,8 (1,8) i koszalińskim - 1,0 (0,6).

Podsumowanie

Po wzroście zapadalności na gruźlicę rejestrowanym w latach 1991-1993 i niewielkim spadku w roku 1994, w 1995 r. zarejestrowano dalszy i większy spadek zapadalności i co istotne, dotyczył on w znacznej części zachorowań na gruźlicę potwierdzoną bakteriologicznie.

Dane z roku 1996 pokażą, czy jest to powrót do wieloletniej tendencji spadkowej zapadalności po jej przejściowym załamaniu.

Zapadalność na gruźlicę w Polsce nadal należy do najwyższych w Europie, a dystans dzielący nas od krajów z najlepszą sytuacją nie zmniejsza się.

Gruźlica nadal pozostaje ważnym problemem zdrowotnym naszego kraju, a realizacja programu zwalczania gruźlicy wymaga ciągłej oceny jego składowych tak w kategoriach epidemiologicznych, jak i ekonomicznych.

^{/*} Dane nie obejmują chorych zarejestrowanych w poradniach MON i MSW.

dr Ireneusz Szczuka
Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc

Zachorowania na boreliozę w Polsce w II kwartale 1996 r.

W II kwartale br. zarejestrowano w Polsce ogółem 41 zachorowań na boreliozę, dwukrotnie więcej niż w I kwartale (20). Wzrost liczby zarejestrowanych przypadków bardziej należy jednak wiązać z upowszechnianiem się informacji o obowiązku zgłaszania boreliozy niż z sezonowością zachorowań na tę chorobę.

Ponad połowa zgłoszeń w II kwartale (22 przypadki) pochodziła z terenu woj. białostockiego. Pozostałe przypadki zarejestrowano w 11 innych województwach: 4 zachorowania w woj. suwalskim, po 3 zachorowania w woj. bydgoskim i krośnieńskim, 2 w woj. bielskim i po jednym zachorowaniu w woj. warszawskim, białkopodlaskim, rzeszowskim, sieradzkim, toruńskim, wrocławskim i zielonogórskim.

Od początku 1996 roku, tj. od momentu wprowadzenia

rejestracji, zachorowania na boreliozę zanotowano na terenie 18 województw. W 31 województwach w ogóle nie rozpoznano (bądź nie zgłoszono) zachorowań. Zważywszy, że wśród województw, w których nie zanotowano zachorowań, znajdują się także województwa, na których terenie stwierdzono istnienie znacznych rezerwuarów *Borrelia burgdorferi* oraz wektorów przenoszących zakażenie (np. woj. olsztyńskie, elbląskie i szereg innych), można wnioskować, że borelioza w Polsce w wielu przypadkach nie jest jeszcze rozpoznawana przez lekarzy lub nadal nie jest zgłaszana do stacji sanitarno-epidemiologicznych.

Należy oczekiwać, że wystąpienie Głównego Inspektora Sanitarnego do lekarzy wojewódzkich (z lipca br.), m.in. zwracające uwagę na potrzebę zgłaszania przez lekarzy zachorowań na boreliozę, przyspieszy proces dochodzenia do ściślejszego nadzoru nad rozpowszechnieniem tej choroby w Polsce.

red.

Cholera w Europie

Francja. W dniu 23 lipca zanotowano we Francji kolejnie importowane zachorowanie na cholere. Poprzednie przypadki importowane w 1996 r. stwierdzono: 8 marca - 2 zachorowania i 21 czerwca - 1 zachorowanie ("Wkly Epid. Rec." 1996,30,232).

Zwraca uwagę fakt, że do końca lipca br. liczba importowanych do Europy przypadków cholery była znacznie niższa niż w 1995 r. W 1996 r. - 7 przypadków wystąpiło w 3 krajach, w 1995 r. - 27 przypadków w 14 krajach.

D.Naruszewicz-Lesiuk

Program eliminacji odry w anglojęzycznych krajach Karaibów

W czasie spotkania "Twelfth Meeting of the Caribbean EPI Managers", które odbyło się w San Juan (Portoryko) w dniach 13-16 listopada 1995 r. podsumowano rezultaty strategii eliminacji odry, wdrożonej w anglojęzycznych krajach karaibskich.

Upłynęły cztery lata od zgłoszenia z tego terenu ostatniego zachorowania na odrę potwierdzonego wynikami badań laboratoryjnych. Ten sukces osiągnięto dzięki przeprowadzeniu akcji masowych szczepień przeciw odrze, które objęły 90% ogółu dzieci w wieku od 9 miesiąca życia do 14 lat i dzięki wdrożeniu czułego systemu nadzoru (surveillance).

W czasie spotkania podkreślono znaczenie następujących elementów nadzoru epidemiologicznego: klasyfikacji przypadków, diagnostyki laboratoryjnej i zapobiegania epidemiom. Ważny jest monitoring wrażliwej populacji i jej uodpornienie poprzez szczepienia.

W okresie 1992-1994 r. - niezależnie od tego, że badano 888 przypadków podejrzanych o odrę - nie stwierdzono transmisji rodzimych zachorowań na odrę. Ostatni przypadek potwierdzony laboratoryjnie wykryto na Barbados w 1991 r.

Od 1992 r. do 1994 r. obserwowano występowanie najwyższej liczby zachorowań charakteryzujących się gorączką i wysypką na początku roku, co zbiegało się z sezonem turystycznym. Wzrost zachorowań w późniejszej porze roku zbiegał się z sezonem deszczowym i wzrostem zachorowań na dengę.

Do czasu Konferencji w listopadzie 1995 r. zgłoszono 300 zachorowań podejrzanych o odrę. Od 91% (274 chorych) pobrano i przesłano pierwszą próbkę krwi do Karaibskiego Centrum Epidemiologii, a od 110 chorych pobrano również drugą próbkę. Żaden przypadek podejrzany nie został potwierdzony. U 48 chorych (17,5%) rozpoznano różyczkę; u 9 chorych (3,3%) dencę.

W czasie Konferencji zwrócono uwagę na kumulowanie się liczby osób wrażliwych. W 5 lat po akcji masowych szczepień wykryto około 107.000 dzieci w wieku 1-5 lat wrażliwych na odrę - czyli 25% tej populacji. Przegląd serologiczny przeprowadzony w 1995 r. na Jamajce wykazał około 15% wrażliwych na odrę, wśród osób uprzednio szczepionych przeciw tej chorobie. Jeżeli podobna sytuacja panuje i w innych krajach, populacja wrażliwa na odrę może być nawet większa od oszacowanej wielkości i to całkowicie wystarcza aby spowodować dużą epidemię.

Wśród licznych wniosków Konferencji mających zastosowanie w sytuacji w jakiej znajdują się kraje Karaibskie należy wymienić jeden o bardziej uniwersalnym znaczeniu: w krajach, w których stosowana jest standaryzowana definicja przypadku odrzy i w których roczna zapadalność na odrę kształtuje się poniżej 10 na 100.000 (w Polsce 1,9/100.000), należy sprawdzić system nadzoru w celu udoskonalenia wykrywania podejrzanych przypadków.

na podstawie "Wkly Epid.Rec." (1996,29,217-219)
opracowała D.Naruszewicz-Lesiuk

Stanowisko centrali WHO w Genewie w sprawie rewakynacji BCG w zapobieganiu gruźlicy (1995)

Szczepionki BCG oparte o żywy atenuowany szczep *Mycobacterium bovis bacillus Calmette-Guerin* są stosowane do zapobiegania gruźlicy u ludzi od 1921 r. Obecnie jest to najczęściej stosowana szczepionka i w 1993 r. w 172 krajach poddano tym szczepieniom 85% niemowląt. Wykonawstwo szczepień wahało się od 62% w regionie afrykańskim, do 92% w południowo-wschodniej Azji i zachodnim Pacyfiku.

Stosowanie szczepionki BCG jest kontrowersyjne od dziesiątków lat w następstwie rozbieżnych wyników badań klinicznych na temat jej efektywności. Rutynowo szczepienia BCG stosuje się w krajach trzeciego świata, natomiast zostały zawieszane lub ograniczone w zachodniej Europie i północnej Ameryce. Strategia stosowania szczepień BCG różni się w poszczególnych krajach i regionach, a ponadto stosuje się różne preparaty; najczęściej szczepienie BCG wykonuje się po urodzeniu lub w pierwszym roku życia. W szeregu krajów dzieci poddawane są rewakynacji z chwilą osiągnięcia wieku szkolnego. W niektórych krajach, zwłaszcza we wschodniej Europie stosuje się szereg rewakynacji w dzieciństwie i u młodzieży. Ostatnio ogłoszone stanowisko centrali WHO koncentruje się na celowości stosowania rewakynacji.

Skuteczność szczepień BCG

Od 1927 do 1968 r. w dziesięciu krajach podjęto 21 klinicznych badań kontrolnych nad efektywnością szczepień BCG, a dziewiętnaście tych prac badawczych zakończono i podsumowano. Efektywność szczepień różniła się znacznie w granicach od 0 do 80%. W ostatnim i największym badaniu, które przeprowadzono w Chingleput (Indie) z udziałem

ponad 200.000 osób, wyniki były szczególnie rozczarowujące ponieważ nie wykazano żadnych korzyści wynikających ze szczepień. W siedmiu pracach, które koncentrowały się na umieralności, efekt ochrony w postaci zabezpieczenia przed zgonem wahał się od 7% do 88%, ale w większości tych prac liczby zgonów były niewielkie. W badaniach, które koncentrowały się na specyficznej zapadalności, efekt ochronny w postaci zabezpieczenia dzieci przed prosówką i gruźliczym zapaleniem opon wahał się od 46% do 100%. W ostatnim dziesięcioleciu opublikowano wyniki czternastu prac badawczych typu "case-control study", które przeprowadzono w 12 krajach. Program tych badań obejmował porównanie zachorowań na gruźlicę z grupami kontrolnymi według stanu uodpornienia BCG. Skuteczność tych szczepień w zapobieganiu gruźlicy wahała się od 2% do 83%, a w zapobieganiu gruźliczym zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych i prosówki u dzieci od 58% do 100%. Ocena wyników postępowania w otoczeniu domowym chorych na gruźlicę wykazała działanie ochronne u 53-74% osób ze styczności, które otrzymały szczepienie BCG.

Wydaje się jednak, że szczepionka nie zapobiega pierwotnym zakażeniom wywołanym przez *M.tuberculosis*, ani też nie ogranicza w istotnym stopniu występowania płucnych postaci gruźlicy. Z tych powodów szczepienia BCG mają względnie mały wpływ na zwalczanie gruźlicy w świecie, gdyż nie zmniejszają w istotny sposób przenoszenia zakażeń.

Skórne testy tuberkulinowe i rewakynacja BCG

Skórne testy tuberkulinowe są dodatnie u większości sprawdzanych osób. Okres utrzymywania się alergii tuberkulinowej jest różny, a wielkość stwardnienia maleje z upływem czasu. W szeregu programów przeciwgruźliczych przyjęto uważać ujemne wyniki testów tuberkulinowych jako wskazanie do rewakynacji BCG. Jednakże jest niewielka korelacja między wynikami testów skórnych, a odpornością i nie ma żadnych dowodów wskazujących, że ograniczenie alergii tuberkulinowej po szczepieniu BCG wiąże się z jakimkolwiek zmniejszeniem odporności. Nie ma żadnych wiarygodnych możliwości odróżnienia reakcji tuberkulinowych związanych z naturalnym zakażeniem od będących następstwem szczepień BCG. Ryzyko stosowania szczepionki BCG u osób z alergią tuberkulinową po szczepieniu BCG lub naturalnym zakażeniu jest minimalne. W szeregu prac badawczych wykazano, że prowadzenie szczepień BCG bez uprzedniego sprawdzenia alergii tuberkulinowej jest bezpieczne i możliwe do stosowania w grupach ludności objętych szczepieniami.

Skuteczność powtarzanych rewakynacji BCG

Nie ma definitywnych dowodów wskazujących, że powtarzanie rewakynacji BCG zapewnia zwiększoną ochronę przeciw gruźlicy. Na Węgrzech, gdzie systematyczne rewakynacje BCG stosowano od 1959 do 1970 r. obserwowano istotny spadek występowania gruźlicy. Tym niemniej nie było wśród ludności węgierskiej porównywalnej grupy kontrolnej i na występujące zjawisko mogły mieć wpływ inne czynniki. Retrospektywne badania przeprowadzone w Polsce w okresie obejmującym lata 1965-1977 wykazały, że ludzie z odczynami tuberkulinowymi o średnicy 5mm, którzy nie otrzymali rewakynacji BCG, mieli w ciągu 12 lat wyższą zapadalność na gruźlicę niż osoby poddane rewak-

cynacji. Uważa się jednak, że liczby zachorowań były niewielkie, a dobór porównywalnych grup ludności nieprawidłowy. Natomiast w Chile, gdzie rewakycynację BCG stosuje się w wieku 6 i 14 lat nie stwierdzono różnic u młodzieży chorującej na gruźlicę z bliznami po szczepieniu i w grupie kontrolnej. Zebrany materiał sugeruje brak korzyści przy powtarzaniu rewakycynacji, ale jak dotychczas nie zostało to potwierdzone w prospektywnych badaniach klinicznych.

Wprawdzie szczepionka BCG jest względnie tania, to jednak jej stosowanie po upływie pierwszego roku życia przy powtarzanych rewakycynacjach powoduje dodatkowe koszty. Równocześnie jednak badania nad opłacalnością stosowania szczepionek BCG są trudne ze względu na zróżnicowanie preparatów, różne schematy jej stosowania i różną skalę problemu gruźlicy z epidemiologicznego punktu widzenia.

W oparciu o przedstawiony materiał the Global Tuberculosis Programme and Global Programme of Vaccines stwierdza, że:

1. Szybkie wykrywanie i skuteczne leczenie zachorowań na gruźlicę pozostają podstawowym działaniem w zwalczaniu gruźlicy we wszystkich krajach.
2. W krajach o wysokiej chorobowości i zapadalności na gruźlicę szczepienia BCG należy wykonywać, jeżeli jest to tylko możliwe, u noworodków natychmiast po urodzeniu, a w każdym przypadku w pierwszym roku życia.
3. Należy zaprzestać wykonywania prób tuberkulinowych jako podstawy do decyzji o rewakycynacji BCG.
4. Nie zaleca się wykonywania rewakycynacji u osób szczepionych BCG, ponieważ nie ma dowodów wskazujących na celowość takiego postępowania.
5. Powtarzanie rewakycynacji BCG nie jest wskazane u nikogo.

Wojciech Żabicki

Rewizja Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych

Międzynarodowe Przepisy Zdrowotne (MPZ) wywodzą się od pierwszych przepisów kwarantannowych wydanych przez miasto Wenecję w 1377 r. i Pierwszej Konferencji Sanitarnej zwołanej w 1851 r. Przepisy te stanowiły podwalinę wciąż aktualnych zasad propagujących maksymalną ochronę przy minimalnych restrykcjach. Ujednolicenie przedsięwzięć kwarantannowych było już wówczas rozważane, ale upłynął cały wiek do czasu przyjęcia w 1951 r. Międzynarodowych Przepisów Sanitarnych. W 1969 r. przekształcono je w MPZ, w 1973 r. wprowadzono do nich zmiany dotyczące cholery, a w 1981 r. usunięto z przepisów ospę w związku z eradykacją tej choroby na świecie.

Aktualne MPZ

Jednym z głównych celów MPZ jest zapewnienie uniwersalnych zasad standaryzowania przedsięwzięć stosowanych przez wszystkie kraje w kontrolowaniu początkowo 6 chorób, później ograniczonych do 4, a ostatnio do 3 chorób: cholery, dżumy i żółtej gorączki. Przepisy wymieniają co powinno być zrobione, przez kogo i w jakim celu: czy jest to tylko odnotowanie, czy przedsięwzięcia zapobiegawcze i kontrolujące łącznie ze szczepieniami, dezynfekcją, dezynsekcją lub deratyzacją.

Od czasu przyjęcia MPZ zrobiono znaczny postęp w naukach biologicznych i bakteriologii, a zwłaszcza istotny w

epidemiologii i strategii zwalczania (kontroli) chorób. Nadzór epidemiologiczny stał się jednym z ważnych elementów narodowych i międzynarodowych wysiłków w kontroli chorób, włączając w to zapobieganie ich międzynarodowemu szerzeniu się.

Aktualnie MPZ opisują rejestrację i specyficzne wymagania odnośnie cholery, dżumy i żółtej gorączki. Wymieniają warunki sanitarne; zabezpieczenia zdrowotne i osobowe jakie powinny być dostępne w portach morskich i lądowych; jakie maksymalne przedsięwzięcia mogą wdrożyć narodowe władze zdrowia w celu ochrony terytorium przed chorobami objętymi MPZ przy wyjeździe, między portami wyjazdu i przyjazdu i przy przyjeździe. MPZ zawierają przepisy dotyczące międzynarodowego transportu towarów, bagaży, przesyłek itp.

Rewizja MPZ

Aktualne przepisy nie regulują przedsięwzięć koniecznych w postępowaniu z nowymi lub nawracającymi chorobami, zwłaszcza z tymi, które mogą stanowić międzynarodowe zagrożenie. Z drugiej strony, w świetle obecnego stanu wiedzy epidemiologicznej i możliwości leczenia cholery, można rozważać czy jest uzasadnione utrzymywanie jej w MPZ.

W rezultacie Światowe Zgromadzenie Zdrowia w maju 1995 r. przyjęło rezolucję (WHA 48.7) zobowiązującą Dyrektora Generalnego do przygotowania rewizji MPZ. W grudniu 1995 r. grono ekspertów WHO rozważyło możliwość dopasowania MPZ do potrzeb ostatnio zaistniałych epidemii. W konkluzji sformułowano następujące kluczowe zalecenia:

1. Należy zrewidować rolę oraz działanie MPZ; zgłaszanie tylko 3 chorób zastąpić bezzwłocznym zgłaszaniem do WHO określonych zespołów objawów odpowiadających występowaniu chorób o znaczeniu międzynarodowym.
2. Zrewidowaniu MPZ powinno towarzyszyć wydanie praktycznego podręcznika definiującego kryteria wymogów międzynarodowego zgłaszania i ułatwiających stosowanie MPZ.
3. Zrewidowanie MPZ powinno być zintegrowane z nadzorem epidemii i czynnościami kontrolnymi na poziomie światowym, regionalnym i narodowym.
4. MPZ powinny zawierać opis nieodpowiednich i niekoniecznych działań i powinny w sposób klarowny wskazywać dlaczego te działania nie są pożądane.

Dotychczas 50 państw desygnowało swoich ekspertów do współdziałania z WHO w zakresie rewizji MPZ. Kilka krajów podkreśliło znaczenie opracowania ograniczonej listy zespołów objawowych o znaczeniu międzynarodowym i zbadania możliwości ich zgłaszania. Możliwe, że proponowana rewizja MPZ zostanie przedstawiona Światowemu Zgromadzeniu Zdrowia w 1998 r.

na podstawie "Wkly Epid.Rec." (1996,31,233-235)
opracowała D.Naruszewicz-Lesiuk

"Meldunki" opracowuje zespół: Ewa Cielebak, Mirosław P. Czarkowski (red. odp.), Ewa Stępień, Jadwiga Żabicka (koment.); tel. (022) 49-77-02 lub c. (022) 49-40-51 do 7 w. 210; tlx 816712; fax (022) 49-74-84.