

Meldunek 2/B/98

o zachorowaniach na choroby zakaźne, zatruciach i zakażeniach szpitalnych zgłoszonych w okresie od 16.02 do 28.02.1998 r.

Jednostka chorobowa (symbole wg "Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych" ICD-10)	Meldunek 2/B		Dane skumulowane	
	16.02.98. do 28.02.98.	16.02.97. do 28.02.97.	1.01.98. do 28.02.98.	1.01.97. do 28.02.97.
Choroba wywołana przez ludzki wirus upośl.odp.: ogółem (B20-B24)	4	8	14	21
Dur brzuszny (A01.0)	-	-	-	-
Dury rzekome A.B.C. (A01.1-A01.3)	-	-	-	1
Salmonelozy: ogółem (A02)	592	483	2122	1886
Czerwonka bakteryjna /szigelozą/ (A03)	20	14	68	39
Biegunki u dzieci do lat 2: ogółem (A04; A08; A09)	559	799	2041	2940
Tężec: ogółem (A33-A35)	1	-	3	2
Błonica (A36)	-	-	-	-
Krztusiec (A37)	194	25	817	102
Szkarlatyna /płonica/ (A38)	829	776	3455	3557
Zapalenie opon mózgowych: razem	84	107	396	465
w tym: meningokokowe (A39.0)	4	5	29	21
wywołane przez <i>Haemophilus influenzae</i> (G00.0)	11	5	23	15
inne bakteryjne, określone i nie określone (G00.1-G00.9)	28	54	128	202
wirusowe, określone i nie określone (A87; B00.3; B02.1)	35	31	177	189
inne i nie określone (G03)	6	12	39	38
Zapalenie mózgu: razem	11	21	54	58
w tym: meningokokowe i inne bakteryjne (A39.8; G04.2)	3	1	14	7
wirusowe, przenoszone przez kleszcze (A84)	1	-	4	1
inne wirusowe, określone (A83; A85; B00.4; B02.0; B25.8)	2	-	5	2
wirusowe, nie określone (A86)	3	10	18	23
poszczepienne (G04.0)	-	-	-	-
inne i nie określone (G04.8-G04.9)	2	10	13	25
Riketsjozy: ogółem (A75-A79)	-	-	-	-
Ostre nagminne porażenie dziecięce (A80)	-	-	-	-
Ospa wietrzna (B01)	8575	7862	40210	40959
Odra (B05)	172	19	367	81
Różyczka: ogółem (B06; P35.0)	1950	5772	7530	21217
Wirusowe zap. wątroby: typu A (B15)	81	280	425	1415
typu B (B16; B18.0-B18.1)	180	219	716	815
typu C (B17.1; B18.2)	55	30	227	110
typu B+C (B16; B18.0-B18.1 + B17.1; B18.2)	6	1	21	4
inne i nieokreśl.(B17.0;B17.2-.8;B18.8-.9;B19)	30	44	109	175
Świnka /nagminne zapalenie przyusznicy/ (B26)	8580	2002	35481	9312
Włośnica (B75)	3	2	17	8
Świerzb (B86)	747	838	3520	3722
Grypa: ogółem (J10; J11)	6381	219568	16334	1460832
Bakteryjne zatrucia pokarmowe: razem	714	561	2553	2183
w tym: salmonelozy (A02.0)	590	481	2111	1881
gronkowcowe (A05.0)	19	-	52	1
jadem kiełbasianym /botulizm/ (A05.1)	1	2	8	12
wywołane przez <i>Clostridium perfringens</i> (A05.2)	-	-	-	-
inne określone (A05.3-A05.8)	3	2	11	16
nie określone (A05.9)	101	76	371	273
Zatrucia naturalnie toksycznym pokarmem: ogółem (T62)	-	-	4	3
w tym: grzybami (T62.0)	-	-	2	1
Inne zatrucia: ogółem (T36-T60; T63-T65)	303	348	1365	1732
w tym: pestycydami (T60)	2	2	7	12
lekami, prep.farmakologicznymi i subst.biolog. (T36-T50)	178	176	756	810
Zakażenia szpitalne - objawowe i bezobjawowe: ogółem	71	128	231	742
w tym: na oddziałach noworodkowych i dziecięcych	17	87	57	242
następstwa zabiegów medycznych	11	25	67	114
wywołane pałeczkami <i>Salmonella</i>	15	4	24	91
Ostre porażenia wiotkie u dzieci (0-14 lat)	2	.	4	.

Zachorowania zgłoszone w okresie 16-28.02.1998 r. wg województw

Województwo (St.- stołeczne M.- miejskie)	Choroba wyw.przez ludzki wirus upośl. odp.: ogółem (B20-B24)	Dur brzuszny (A01.0)	Dury rzekome A.B.C. (A01.1-3)	Salmonelozy: ogółem (A02)	Czerwonka bakteryjna /szigeloz/ (A03)	Biegunki u dzieci do lat 2: ogółem (A04; A08; A09)	Tężec: ogółem (A33-A35)	Krzusiec (A37)	Szkarlatyna (A38)	Zapalenie opon mózgowych		Zapalenie mózgu	
										Ogółem (A39.0; A87; B00.3; B02.1; G00; G03)	w tym: meningokoko- we (A39.0)	Ogółem (A39.8;A83-86; B00.4; B02.0; B25.8; G04.0; G04.2; G04.8-9)	w tym: wirusowe, prz. przez kleszcze (A84)
POLSKA	4	-	-	592	20	559	1	194	829	84	4	11	1
1. St.warszawskie	-	-	-	75	11	44	-	45	92	2	-	1	-
2. Białkopodlaskie	-	-	-	5	-	5	-	1	4	-	-	-	-
3. Białostockie	-	-	-	23	1	11	-	13	10	2	-	2	1
4. Bielskie	-	-	-	9	1	17	-	-	25	2	1	-	-
5. Bydgoskie	-	-	-	10	-	11	-	-	34	10	1	-	-
6. Chełmskie	-	-	-	5	-	2	-	-	4	1	-	-	-
7. Ciechanowskie	-	-	-	67	-	2	-	-	11	-	-	-	-
8. Częstochowskie	-	-	-	1	-	11	-	5	11	2	-	-	-
9. Elbląskie	1	-	-	7	-	9	-	1	11	1	-	1	-
10. Gdańskie	-	-	-	14	-	34	-	-	29	2	-	-	-
11. Gorzowskie	-	-	-	10	-	2	-	-	9	-	-	-	-
12. Jeleniogórskie	2	-	-	7	-	10	-	-	11	-	-	-	-
13. Kaliskie	-	-	-	14	-	19	-	-	10	4	-	-	-
14. Katowickie	-	-	-	22	-	28	-	1	137	3	-	-	-
15. Kieleckie	-	-	-	17	-	30	-	1	2	2	-	1	-
16. Konińskie	-	-	-	4	-	14	-	-	1	1	-	-	-
17. Koszalińskie	-	-	-	6	-	14	-	-	16	2	-	-	-
18. M.krakowskie	-	-	-	6	-	17	-	3	20	3	-	-	-
19. Krośnieńskie	-	-	-	15	5	8	-	-	3	1	-	-	-
20. Legnickie	-	-	-	16	-	1	-	2	15	3	-	-	-
21. Leszczyńskie	-	-	-	3	-	18	-	3	9	-	-	-	-
22. Lubelskie	-	-	-	7	-	7	-	1	22	4	-	1	-
23. Łomżyńskie	-	-	-	1	-	4	-	1	2	-	-	-	-
24. M.łódzkie	-	-	-	10	-	16	-	74	15	-	-	-	-
25. Nowosądeckie	-	-	-	2	-	2	-	-	30	1	-	-	-
26. Olsztyńskie	-	-	-	10	-	25	-	-	14	-	-	-	-
27. Opolskie	-	-	-	13	-	2	-	-	33	6	-	1	-
28. Ostrołęckie	-	-	-	9	-	2	-	-	1	-	-	-	-
29. Piłskie	-	-	-	4	-	7	-	-	8	-	-	-	-
30. Piotrkowskie	-	-	-	10	-	7	-	-	9	1	-	-	-
31. Płockie	-	-	-	10	-	8	-	-	6	-	-	1	-
32. Poznańskie	-	-	-	15	-	27	-	6	41	-	-	1	-
33. Przemyskie	-	-	-	3	-	10	-	-	4	6	-	-	-
34. Radomskie	-	-	-	5	-	13	-	-	12	1	-	-	-
35. Rzeszowskie	-	-	-	2	1	4	-	-	4	1	-	1	-
36. Siedleckie	-	-	-	10	-	6	-	1	3	1	-	-	-
37. Sieradzkie	-	-	-	4	-	7	-	-	5	1	-	-	-
38. Skierniewickie	-	-	-	-	-	-	-	-	5	4	1	-	-
39. Słupskie	-	-	-	12	-	11	-	-	13	-	-	-	-
40. Suwalskie	-	-	-	16	-	2	-	-	4	1	-	-	-
41. Szczecińskie	-	-	-	13	1	8	-	-	50	2	-	-	-
42. Tarnobrzeskie	-	-	-	7	-	13	-	-	7	2	-	-	-
43. Tarnowskie	-	-	-	27	-	6	-	-	5	-	-	-	-
44. Toruńskie	-	-	-	26	-	8	-	-	17	3	1	1	-
45. Wałbrzyskie	-	-	-	6	-	16	-	4	8	4	-	-	-
46. Włocławskie	-	-	-	11	-	4	-	-	9	1	-	-	-
47. Wrocławskie	-	-	-	9	-	20	1	31	22	1	-	-	-
48. Zamojskie	-	-	-	8	-	7	-	-	6	1	-	-	-
49. Zielonogórskie	1	-	-	6	-	10	-	1	10	2	-	-	-

Zachorowania zgłoszone w okresie 16-28.02.1998 r. wg województw (cd.)

Województwo (St.- stołeczne M.- miejskie)	Ospa wietrzna (B01)	Odra (B05)	Różyczka: ogółem (B06; P35.0)	Wirusowe zapalenie wątroby		Świnka (B26)	Włośnica (B75)	Świerz (B86)	Grypa: ogółem (J10; J11)	Bakteryjne zatrucia pokarmowe: ogółem (A02.0; A05)	Zatrucia grzybami (T62.0)	Inne zatrucia: ogółem (T36-T60; T63-T65)	Zakażenia szpitalne - objawowe i bezobjawowe: ogółem
				typu B (B16;B18.0-.1)	"nie B": ogółem (B15; B17;B18.2-B18.9;B19)								
POLSKA	8575	172	1950	180	172	8580	3	747	6381	714	-	303	71
1. St.warszawskie	863	4	397	12	9	338	-	2	266	103	-	1	-
2. Białkopodlaskie	33	-	10	1	2	20	-	17	-	5	-	6	-
3. Białostockie	206	-	8	2	13	147	-	31	-	23	-	6	3
4. Bielskie	210	2	16	5	4	225	-	9	4	9	-	-	4
5. Bydgoskie	197	-	17	5	5	461	-	12	48	11	-	16	-
6. Chełmskie	59	-	110	1	1	68	-	14	-	5	-	-	-
7. Ciechanowskie	51	-	4	2	-	82	-	5	18	67	-	3	15
8. Częstochowskie	127	11	36	4	1	230	-	6	3	19	-	5	1
9. Elbląskie	156	-	16	4	1	204	-	25	-	8	-	-	-
10. Gdańskie	247	6	27	2	4	260	3	8	1068	19	-	12	-
11. Gorzowskie	47	4	9	4	3	125	-	18	552	10	-	12	-
12. Jeleniogórskie	106	9	31	3	1	55	-	9	21	9	-	-	-
13. Kaliskie	135	20	18	2	2	149	-	7	-	14	-	4	-
14. Katowickie	1146	8	177	22	16	1024	-	81	943	31	-	-	-
15. Kieleckie	252	5	66	8	4	238	-	12	8	19	-	32	14
16. Konińskie	28	-	14	1	-	133	-	8	106	4	-	1	-
17. Koszalińskie	116	-	5	1	8	79	-	6	741	12	-	2	1
18. M.krakowskie	279	28	31	8	5	466	-	1	-	11	-	8	-
19. Krośnieńskie	24	-	9	4	-	82	-	2	55	23	-	6	-
20. Legnickie	303	13	17	4	5	267	-	45	-	16	-	2	-
21. Leszczyńskie	48	-	15	1	-	63	-	-	28	3	-	2	-
22. Lubelskie	172	3	67	10	8	167	-	20	-	7	-	49	-
23. Łomżyńskie	74	-	6	6	1	10	-	19	286	1	-	-	-
24. M.łódzkie	216	-	32	9	8	276	-	48	71	17	-	25	2
25. Nowosądeckie	96	4	16	4	3	167	-	5	-	2	-	6	-
26. Olsztyńskie	114	-	16	2	-	64	-	26	252	10	-	5	-
27. Opolskie	298	4	25	3	1	289	-	5	-	13	-	1	2
28. Ostrołęckie	114	-	6	1	2	57	-	18	-	9	-	1	-
29. Piłskie	109	-	5	2	-	71	-	8	4	17	-	-	2
30. Piotrkowskie	134	3	36	1	-	134	-	33	1772	10	-	9	-
31. Płockie	129	-	50	1	3	117	-	30	-	10	-	2	-
32. Poznańskie	252	5	38	2	2	285	-	8	16	15	-	9	1
33. Przemyskie	53	-	2	-	-	39	-	10	53	8	-	2	-
34. Radomskie	114	-	95	1	-	215	-	7	21	5	-	9	-
35. Rzeszowskie	114	-	13	2	-	105	-	4	14	2	-	1	-
36. Siedleckie	168	13	155	3	2	76	-	13	-	10	-	3	-
37. Sieradzkie	42	-	22	1	2	34	-	3	-	5	-	2	-
38. Skierniewickie	74	-	14	3	3	127	-	3	-	-	-	2	-
39. Słupskie	125	-	9	1	3	38	-	12	-	12	-	4	-
40. Suwalskie	102	-	9	6	3	58	-	17	1	16	-	1	-
41. Szczecińskie	351	3	27	1	8	77	-	16	-	21	-	2	-
42. Tarnobrzesckie	143	-	13	1	6	220	-	16	-	7	-	8	-
43. Tarnowskie	141	-	13	1	2	279	-	3	-	27	-	2	-
44. Toruńskie	148	-	9	2	12	159	-	47	-	26	-	-	-
45. Wałbrzyskie	143	2	22	3	4	187	-	7	25	6	-	27	-
46. Włocławskie	109	-	19	2	1	68	-	5	-	11	-	5	16
47. Wrocławskie	229	4	74	10	11	409	-	13	5	13	-	-	1
48. Zamojskie	104	-	102	1	1	79	-	23	-	7	-	3	-
49. Zielonogórskie	74	21	22	5	2	57	-	10	-	6	-	7	9

Zakażenia HIV i zachorowania na AIDS

Informacja z 28 lutego 1998 r.

W lutym 1998 r. do Zakładu Epidemiologii PZH zgłoszono nowo wykryte zakażenie HIV 77 obywateli polskich, w tym 41 zakażonych w związku z używaniem narkotyków.

Obecność przeciwciał anti-HIV potwierdzono w Zakładzie Laboratoryjno-Doświadczalnym Instytutu Wenerologii AM w Warszawie, w Wojewódzkim Zespole Chorób Zakaźnych w Gdańsku, w Wojewódzkiej Przychodni Dermatologicznej w Katowicach, w Pracowni Bakteriologicznej Katedry i Kliniki Chorób Zakaźnych Collegium Medicum UJ w Krakowie, w Laboratorium Kliniki Chorób Zakaźnych AM we Wrocławiu, w Zakładzie Serologii Instytutu Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie oraz w Zakładzie Transfuzjologii i Transplantologii CSK WAM w Warszawie.

Odnotowano zachorowania na AIDS dwóch kobiet zakażonych drogą kontaktów heteroseksualnych oraz dwunastu mężczyzn (ośmiu narkomanów, dwojga dzieci kobiet zakażonych HIV oraz po jednym biseksualście i zakażonym drogą kontaktów heteroseksualnych).

Chorzy byli w wieku od czternastu miesięcy do 43 lat. Mieli miejsce zamieszkania w następujących województwach: sześciu w woj. gdańskim, dwaj w woj. st. warszawskim oraz po jednym w woj. bydgoskim, elbląskim, gorzowskim, jeleniogórskim, lubelskim i wrocławskim.

We wszystkich przypadkach określono przynajmniej jedną chorobę wskazującą na AIDS w brzmieniu jak w definicji AIDS do celów nadzoru epidemiologicznego, skorygowanej w 1993 r. W dwunastu przypadkach podano liczbę komórek CD4 (od 20 do 1.307/ μ L).

Od wdrożenia badań w 1985 r. do 28 lutego 1998 r. stwierdzono zakażenie HIV 5.067 obywateli polskich, wśród których było co najmniej 3.308 zakażonych w związku z używaniem narkotyków.

Ogółem odnotowano 620 zachorowań na AIDS; 364 chorych zmarło.

Wanda Szata
Zakład Epidemiologii PZH

* * *

UWAGA: Liczby zachorowań na choroby wywołane przez ludzki wirus upośledzenia odporności [HIV] podawane na str. 1-2 "Meldunków" pochodzą ze sprawozdań Mz-56 nadsyłanych przez Wojewódzkie Stacje San.-Epid. w ramach systemu zbiorczego zgłaszania zachorowań na choroby zakaźne. Natomiast dane o zachorowaniach zawarte w powyższej informacji pochodzą ze skorygowanych w Zakładzie Epidemiologii PZH zgłoszeń poszczególnych zachorowań.

Sytuacja epidemiologiczna odry w Polsce w 1998 roku

Ostatnia epidemia wyrównawcza odry w Polsce wystąpiła w 1990 roku. Zanotowano wówczas 56.471 zachorowań, a zapadalność wzrosła do 148,1 na 100.000 - zmarło z powodu odry 12 osób.

Od tego czasu upłynęło siedem lat charakteryzujących się postępującym spadkiem zapadalności. W 1997 r. zarejestrowano najniższą liczbę zachorowań na odrę od czasu podjęcia rejestracji tej choroby w Polsce - 338 przypadków. Zapadalność wyniosła zaledwie 0,87 na 100.000.

Należy podkreślić, że ze względu na zahamowanie krą-

żenia dzikiego wirusa na terenie niektórych województw lub części terenu województwa, uodpornienie populacji zależne jest wyłącznie od prowadzonych tam szczepień.

Wiadomo, że pierwszorazowe szczepienie przeciw odrze w Polsce obejmuje około 96% dzieci. Np. w 1996 r., zależnie od województwa, zaszczepiono od 84,6 do 99,8% dzieci (średnia dla kraju - 96,7%). Szczepienie drugie, przypominające objęło od 94,9% dzieci urodzonych w 1983 r. do 98% urodzonych w 1985 r. i zaledwie 93,6% urodzonych w 1989 r. Tak więc co roku pozostaje w kraju pewna liczba dzieci nieszczepionych. Ponadto od ok. 5 do 10% dzieci jest szczepionych nieskutecznie.

W związku z tym (upraszczając) z każdego rocznika dzieci z roku na rok pozostaje ok. 10%, a w niektórych województwach ponad 15% dzieci nieuodpornionych. Stwarza to warunki do wystąpienia kolejnej epidemii wyrównawczej.

Pewne symptomy zbliżającej się epidemii wystąpiły już pod koniec 1997 r. (np. epidemia w woj. suwalskim oraz wzrost zachorowań w IV kwartale w woj. krakowskim - 32 przypadki z 44 zarejestrowanych w tym województwie w ciągu roku).

Pierwsze 6 tygodni bieżącego roku przyniosły dalsze pogorszenie sytuacji odry w kraju.

W okresie od 1 stycznia do 15 lutego br. zarejestrowano 42 zachorowania w woj. krakowskim (w 1997 r. w analogicznym okresie stwierdzono tylko 3 zachorowania), 29 w częstochowskim (2), 28 w katowickim (19), 20 w piotrkowskim (0), 13 w jeleniogórskim (1).

opracowała D. Naruszewicz-Lesiuk

* * *

Zakład Epidemiologii PZH zwrócił się do Kierowników działów epidemiologii WSSE w Krakowie, Częstochowie, Katowicach, Piotrkowie i Jeleniej Górze o przedstawienie w czasie kursu z wybranych zagadnień epidemiologicznych kraju, który odbędzie się w dniach 20-24 kwietnia w Warszawie, wniosków z przeprowadzonej analizy sytuacji epidemiologicznej odry oraz informacji o podjętych na ich terenie działaniach przeciwepidemicznych.

Prof. dr hab. W. Magdzik

UWAGA: WAŻNA INFORMACJA DLA LEKARZY WOJEWÓDZKICH, DYREKTORÓW WOJEWÓDZKICH I TERENOWYCH STACJI SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNYCH, KIEROWNIKÓW DZIAŁÓW EPIDEMIOLOGII WSSE

Aktualna sytuacja epidemiologiczna, zapobieganie i zwalczanie wirusowego zapalenia wątroby typu B (wzw B) w Polsce

Do 1992 roku włącznie sytuacja epidemiologiczna wzw B w Polsce była jedną z gorszych wśród krajów europejskich. Od 1993 roku nasilono zapobieganie i zwalczanie tej choroby obejmując szczepieniami następujące grupy ryzyka: grupy osób szczepione już od 1989 roku, tj. pracowników służby zdrowia, studentów akademii medycznych, uczniów średnich szkół medycznych, noworodki i niemowlęta urodzone przez kobiety zakażone HBV; a ponadto osoby przygotowywane do planowanych zabiegów operacyjnych, przewlekłe chorzy, osoby ze ścisłej styczności z nosicielami

Tabela 1. Wirusowe zapalenie wątroby typu B w Polsce w 1996 roku wg województw

Województwo	Liczba zachorowań	Zapadalność na 100.000
1. M.krakowskie	353	28,4
2. Łomżyńskie	95	26,9
3. Katowickie	987	25,2
4. Płockie	121	23,2
5. Elbląskie	106	21,5
6. Radomskie	163	21,3
7. Ciechanowskie	91	20,9
8. Koszalińskie	107	20,5
9. Wrocławskie	224	19,7
10. M.łódzkie	218	19,6
11. Suwalskie	95	19,5
12. Tarnobrzесьkie	118	19,4
13. Kieleckie	218	19,2
14. Szczecińskie	190	19,2
15. Opolskie	194	18,9
16. Toruńskie	127	18,9
17. Ostrołęckie	77	18,8
18. Włocławskie	77	17,7
POLSKA	6435	16,7
19. Wałbrzyskie	123	16,7
20. Bielskie	151	16,4
21. Legnickie	86	16,4
22. Skierniewickie	69	16,3
23. Piłskie	80	16,2
24. St.warszawskie	383	15,9
25. Konińskie	76	15,8
26. Siedleckie	102	15,4
27. Częstochowskie	120	15,3
28. Białostockie	106	15,1
29. Słupskie	61	14,3
30. Olsztyńskie	106	13,7
31. Leszczyńskie	54	13,6
32. Piotrkowskie	87	13,5
33. Zielonogórskie	90	13,3
34. Kaliskie	96	13,3
35. Lubelskie	136	13,2
36. Chełmskie	32	12,8
37. Nowosądeckie	90	12,2
38. Tarnowskie	85	12,2
39. Krośnieńskie	60	11,8
40. Jeleniogórskie	61	11,6
41. Gorzowskie	58	11,3
42. Bydgoskie	125	11,0
43. Gdańskie	153	10,5
44. Zamojskie	48	9,8
45. Białkopodlaskie	30	9,7
46. Sieradzkie	39	9,4
47. Poznańskie	123	9,1
48. Przemyskie	20	4,8
49. Rzeszowskie	24	3,2

Tabela 2. Wirusowe zapalenie wątroby typu B w Polsce w 1997 roku^{*/} wg województw

Województwo	Liczba zachorowań	Zapadalność na 100.000
1. M.krakowskie	332	26,8
2. Ciechanowskie	99	22,7
3. Łomżyńskie	71	20,1
4. Katowickie	712	18,2
5. Szczecińskie	157	15,8
6. Opolskie	158	15,4
7. Tarnobrzесьkie	92	15,1
8. Bielskie	137	14,9
9. Wałbrzyskie	105	14,3
10. Kieleckie	161	14,2
11. Wrocławskie	161	14,2
12. Płockie	72	13,8
13. Elbląskie	68	13,8
14. Suwalskie	67	13,7
15. Skierniewickie	58	13,7
16. Radomskie	104	13,6
17. M.łódzkie	148	13,4
18. Częstochowskie	101	12,9
POLSKA	4895	12,7
19. Toruńskie	85	12,6
20. Nowosądeckie	89	12,0
21. Białostockie	82	11,7
22. Bydgoskie	128	11,3
23. St.warszawskie	271	11,2
24. Gdańskie	161	11,0
25. Słupskie	47	11,0
26. Ostrołęckie	45	11,0
27. Gorzowskie	56	10,9
28. Zielonogórskie	73	10,8
29. Koszalińskie	55	10,5
30. Włocławskie	45	10,3
31. Jeleniogórskie	54	10,3
32. Siedleckie	68	10,3
33. Lubelskie	105	10,2
34. Zamojskie	50	10,2
35. Tarnowskie	70	10,0
36. Legnickie	52	9,9
37. Konińskie	47	9,8
38. Chełmskie	23	9,2
39. Piłskie	44	8,9
40. Piotrkowskie	57	8,9
41. Kaliskie	64	8,9
42. Leszczyńskie	35	8,8
43. Sieradzkie	31	7,5
44. Poznańskie	101	7,4
45. Olsztyńskie	55	7,1
46. Przemyskie	28	6,7
47. Krośnieńskie	31	6,1
48. Białkopodlaskie	17	5,5
49. Rzeszowskie	23	3,1

Tabela 3. Wirusowe zapalenie wątroby typu B u dzieci w wieku do lat 3 w Polsce w 1996 roku wg województw

Województwo	Liczba zachorowań	Zapadalność na 100.000
1. Toruńskie ^{/2}	10	39,4
2. Gorzowskie ^{/3}	7	37,2
3. Suwalskie ^{/3}	7	34,5
4. Koszalińskie ^{/2}	6	30,3
5. Bydgoskie ^{/2}	12	28,8
6. Piłskie ^{/2}	5	25,0
7. Opolskie ^{/3}	8	24,5
8. Chełmskie ^{/1}	2	21,7
9. Łomżyńskie ^{/3}	3	20,2
10. Zielonogórskie ^{/2}	4	15,9
11. Katowickie ^{/3}	18	15,3
12. Wrocławskie ^{/3}	4	11,9
13. Włocławskie ^{/2}	2	11,7
14. Kaliskie ^{/2}	3	10,8
15. Płockie ^{/1}	2	10,3
16. Konińskie ^{/2}	2	10,1
POLSKA	129	9,5
17. St.warszawskie ^{/1}	5	7,9
18. M.krakowskie ^{/1}	3	7,6
19. Olsztyńskie ^{/3}	2	6,8
20. Radomskie ^{/3}	2	6,7
21. Poznańskie ^{/2}	3	6,7
22. Szczecińskie ^{/2}	2	6,0
23. Przemyskie ^{/3}	1	5,9
24. Gdańskie ^{/3}	3	5,8
25. Lubelskie ^{/1}	2	5,6
26. Jeleniogórskie ^{/3}	1	5,6
27. Legnickie ^{/2}	1	5,4
28. Krośnieńskie ^{/3}	1	5,0
29. Wałbrzyskie ^{/2}	1	4,3
30. Tarnobrzесьkie ^{/3}	1	4,3
31. Piotrkowskie ^{/1}	1	4,3
32. Częstochowskie ^{/3}	1	3,9
33. M.łódzkie ^{/1}	1	3,5
34. Rzeszowskie ^{/3}	1	3,4
35. Tarnowskie ^{/3}	1	3,4
36. Bielskie ^{/2}	1	3,0
37. Białkopodlaskie ^{/1}	-	-
38. Białostockie ^{/1}	-	-
39. Ciechanowskie ^{/2}	-	-
40. Elbląskie ^{/3}	-	-
41. Kieleckie ^{/3}	-	-
42. Leszczyńskie ^{/3}	-	-
43. Nowosądeckie ^{/3}	-	-
44. Ostrołęckie ^{/1}	-	-
45. Siedleckie ^{/1}	-	-
46. Sieradzkie ^{/1}	-	-
47. Skierniewickie ^{/1}	-	-
48. Słupskie ^{/3}	-	-
49. Zamojskie ^{/3}	-	-

^{*/} Łącznie z zakażeniami mieszanymi HBV i HCV - dane tymczasowe). ^{/1} Województwa, które rozpoczęły szczepienie noworodków i niemowląt w 1994 r.; ^{/2} w 1995 r.; ^{/3} w 1996 r.

HBV. Ponadto w 1994 roku objęto tzw. uniwersalnymi szczepieniami przeciw wzv B wszystkie noworodki i niemowlęta w 13 województwach o najwyższej zapadalności, w 1995 roku - w dalszych 14 województwach, a w 1996 roku w pozostałych 22 województwach. Szczepienia są zalecane dzieciom, młodzieży i kobietom w wieku 20-39 lat nie objętym szczepieniami obowiązkowymi.

Nasilona została również sukcesywna wymiana w zakła-

dach służby zdrowia sterylizatorów na suche gorące powietrze do sterylizacji sprzętu medycznego na autoklawy.

W wyniku tych wielokierunkowych działań uległa znacznej poprawie sytuacja epidemiologiczna wzv B (ryc. 1). W 1993 roku zanotowano 13.296 zachorowań, w 1994 r. - 10.924, w 1995 r. - 9.034, w 1996 r. - 6.435, a w 1997 r. - według tymczasowych danych - 4.895. Tak więc spadek liczby zachorowań między 1993 a 1994 r. wyniósł 17,8%,

między 1994 a 1995 r. - 17,3%, między 1995 a 1996 r. - 25,0%, a między 1996 a 1997 r. - 23,5%. W ciągu ostatnich 4 lat, tj. między 1993 a 1997 rokiem, liczba zachorowań na wzv B obniżyła się z 13.296 do 4.895, tj. o 62,7%, a zapadalność z 34,6 do 12,7 na 100.000. Uzyskano spadek zapadalności na wzv B we wszystkich grupach wieku zarówno wśród kobiet (ryc. 2) jak i wśród mężczyzn (ryc. 3), zapadalność wśród kobiet we wszystkich grupach wieku niższą od zapadalności mężczyzn, łącznie z zapadalnością w grupie wieku 20-39 lat, w której od lat znacznie dominowały w Polsce zachorowania kobiet nad zachorowaniami mężczyzn (ryc. 4).

Według dotychczasowych szacunków w 1998 roku spodziewać się można spadku liczby zachorowań na wzv B i zapadalności o nie więcej niż 10%. Jeżeli będą stosowane zbliżone do dotychczasowych środki zapobiegania i zwalczania wzv B to szacowana liczba zachorowań w 1998 r. powinna wynieść około 4.300-4.500, a zapadalność 11,2-12,0 na 100.000. Nie zostanie więc osiągnięta oczekiwana od kilku lat zapadalność zbliżona do zapadalności w krajach zachodnioeuropejskich, tj. niższa od 10,0 na 100.000.

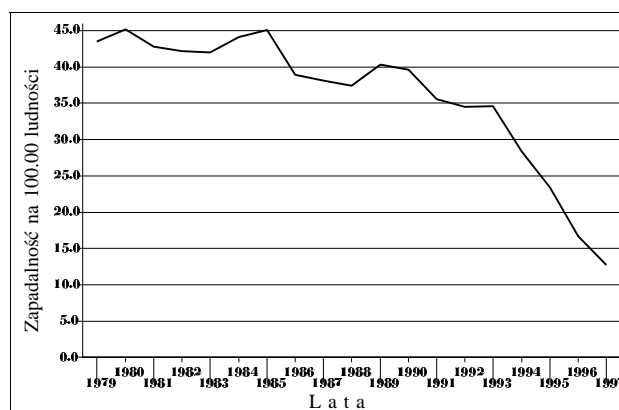
Dla zwiększenia tempa spadku zachorowań na wzv B konieczne jest obecnie szczególne nasilenie działalności zmierzającej do zapobiegania i zwalczania wzv B na terenach i wśród grup ludności stanowiących wysokie ryzyko zakażenia. Konieczne jest przeprowadzenie i prowadzenie na bieżąco tak w całej Polsce, jak i zwłaszcza w poszczególnych województwach, pogłębionego surveillance'u wzv B w celu określenia kierunków szczególnie nasilonego działania. Konieczne jest również w ślad za tym podejmowanie takiego działania.

Z tabeli 1 i 2 wynika, że zapadalność wyższą o ponad 50% od przeciętnej w 1996 i 1997 roku zanotowano w województwach: krakowskim, katowickim i łódzkiej (w woj. krakowskim w 1997 roku wyższą nawet o ponad 100% od przeciętnej dla kraju), a ponadto tylko w 1997 roku w woj. ciechanowskim. Tak więc najgorsza sytuacja epidemiologiczna wzv B istniała w woj. krakowskim.

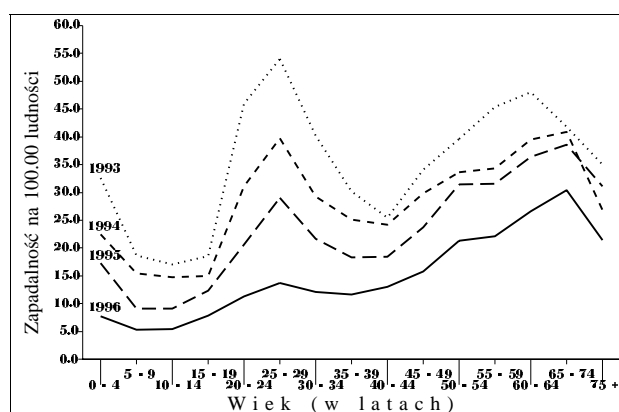
Zapadalność niższą o ponad 50% od zapadalności przeciętnej dla Polski zanotowano w 1996 i w 1997 roku w woj. rzeszowskim, a ponadto tylko w 1996 r. w woj. przemyskim, a tylko w 1997 roku w woj. krośnieńskim i białkopodlaskim. Najlepsza sytuacja istniała więc pod tym względem w woj. rzeszowskim.

W tabeli 3 podano liczby zachorowań i zapadalność na 100.000 na wzv B w 1996 r. wśród dzieci w wieku 0-2 lata. Wynika z niej, że zapadalność wśród dzieci wykazuje znacznie większe różnice między województwami niż zapadalność globalna. Możliwe, że przyczyną jest wdrażanie szczepień noworodków i niemowląt nie równocześnie, lecz sukcesywnie w latach 1994-1996. Zapadalność wyższą o ponad 50% od przeciętnej dla kraju stwierdzono w 11 województwach, w tym w 1 województwie, które wdobyło szczepienie noworodków w 1994 roku, w 5 województwach, które wdobyły szczepienie w 1995 r i w 6 województwach, które wdobyły szczepienie w 1996 r. Zapadalność wyższą o ponad 100% od przeciętnej dla kraju stwierdzono wśród wyżej wymienionych w 9 województwach, wyższą o ponad 200% w 5 województwach, a wyższą o ponad 300% w woj. toruńskim, które rozpoczęło szczepienie wszystkich noworodków w 1995 roku.

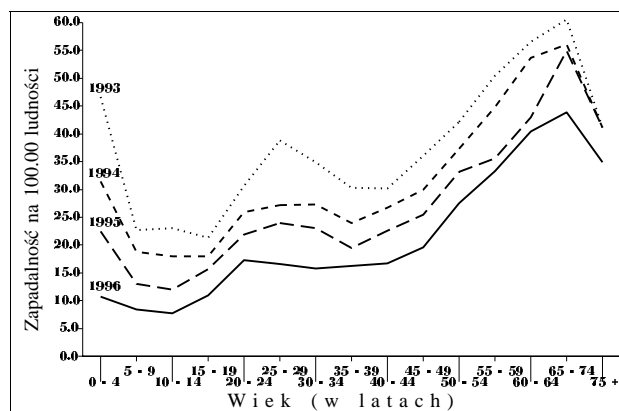
Należy również podkreślić, że w 13 województwach nie zarejestrowano w 1996 r. zachorowań na wzv B w tej grupie wieku, mimo że są wśród nich województwa o wysokiej



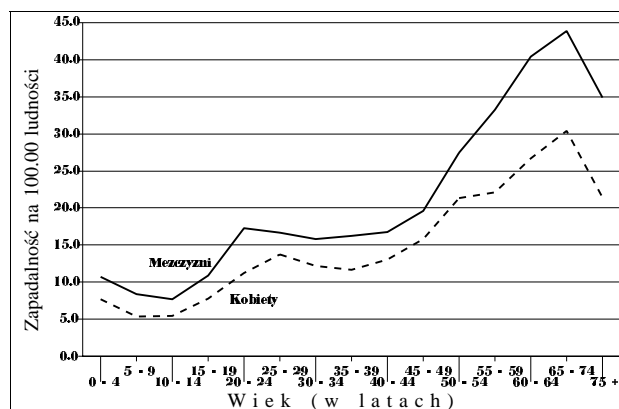
Ryc. 1. Wirusowe zapalenie wątroby typu B w Polsce w latach 1979-1997. Zapadalność ogółem.



Ryc. 2. Wirusowe zapalenie wątroby typu B w Polsce w latach 1993-1996. Zapadalność kobiet wg wieku.



Ryc. 3. Wirusowe zapalenie wątroby typu B w Polsce w latach 1993-1996. Zapadalność mężczyzn wg wieku.



Ryc. 4. Wirusowe zapalenie wątroby typu B w Polsce w 1996 r. Zapadalność płci i wieku.

zapadalności w latach poprzednich. W dalszych 8 województwach zapadalność była niższa o ponad 50% od przeciętnej dla Polski, a w 12 województwach zarejestrowano w tej grupie wieku tylko po 1 zachorowaniu. Na uwagę zasługuje fakt, że woj. krakowskie legitymuje się tu zapadalnością niższą od przeciętnej dla Polski, mimo najwyższej w kraju zapadalności globalnej.

W ostatnich latach szczepiono przeciw wzw B rocznie w Polsce 1.200.000-1.300.000 osób. Stosuje się około 4.500.000 dawek szczepionki. Jak wynika z analiz niemowlęta szczepione były w wielu województwach w odsetku wyższym nawet od 98%.

Oceniono, że pod koniec 1994 roku na 1 autoklaw przeznaczony w zakładach służby zdrowia do sterylizacji sprzętu medycznego przypadało 12 sterylizatorów na suche, gorące powietrze. Pod koniec 1996 roku stosunek ten wynosił 1:9,6, a pod koniec 1997 r. 1:7,7. Przed 1994 r. oceniano, że w niektórych zakładach służby zdrowia odsetek nieskutecznych procesów sterylizacyjnych przewyższał 20%. Obecnie nie przewyższa na ogół 5%.

Uzyskano więc w tym zakresie znaczny postęp. Mimo to sytuację należy uznać jako sprzyjającą szerzeniu się szpitalnych i profesjonalnych zakażeń HBV. Konieczne jest zwrócenie również uwagi na inne poza sprzętem do sterylizacji czynniki sprzyjające zakażeniom szpitalnym HBV.

Na obecnym etapie, gdy działanie podejmowane w całym kraju w sposób rutynowy staje się mniej efektywne, konieczny jest surveillance wraz z dokładną analizą sytuacji epidemiologicznej zachorowań dla stwierdzenia przyczyn utrzymywania się jeszcze stosunkowo wysokiej zapadalności. Konieczne jest również podjęcie lub nasilenie działania najbardziej istotnego dla sytuacji w województwie.

Oczekuje się nadesłania przez kolegów epidemiologów z wyżej wymienionych województw o wysokiej i niskiej zapadalności na wzv B w 1996 i w 1997 roku informacji do dwutygodniowych "Meldunków" zawierającej analizę sytuacji epidemiologicznej wzv B na swoim terenie dla określenia ewentualnych przyczyn złej i dobrej sytuacji i planowanego działania na przyszłość (województwa: krakowskie, katowickie, łomżyńskie, ciechanowskie, toruńskie; a także województwa o niskiej zapadalności, tj. rzeszowskie, przemyskie, krośnieńskie, białkopodlaskie). Informacje z innych województw będą również przychylnie widziane.

Koleżdy ci mogą być również proszeni o przedstawienie tych informacji podczas kursu w PZH dla kierowników działów epidemiologii WSSE w dniach 20-24 kwietnia br.

Ze swojej strony pragniemy zapewnić, że podobne informacje o sytuacji epidemiologicznej wzv B w Polsce oraz wpływających wnioskach w miarę uzyskiwania danych i przeprowadzania analiz będą ukazywać się w przyszłości.

*prof.dr hab. Wiesław Magdzik
Krajowy Specjalista d/s Higieny i Epidemiologii*

Zakażenia ludzi enterokrwotocznymi typami Escherichia coli w Niemczech w 1996 roku

W 1996 roku w Niemczech potwierdzono ogółem 96 przypadków krwotocznego zespołu mocznicowego (HUS - haemorrhagic uremic syndrome). Potwierdzenie uzyskano przez identyfikację enterokrwotocznych *E.coli* (EHEC) i/lub wykrycie specyficznych przeciwciał. Odnotowano ponadto 63 przypadki zapalenia jelit (*enteritis*) spowodowanego

przez EHEC, a 40 osób uznano za bezobjawowych nosicieli tego mikroorganizmu. Oprócz EHEC O157 (O157:H7, O157:H) izolowano enterokrwotoczne *E.coli* O26 (O26:H, O26:H11) i O111 (O111:H, O111:H2), które wykrywano już w poprzednich latach, oraz EHEC O103:H2 po raz pierwszy notowaną w 1996 roku jako czynnik etiologiczny HUS i przypadków *enteritis*. Po EHEC O157:H7, EHEC O103:H2 była następnym spośród najbardziej rozpowszechnionych czynników patogennych powodujących zakażenia EHEC u ludzi.

*na podstawie: Bockemühl J. i in. "Bundesgesundheitsbl" (1997,40,194-197) /wg WHO/FAO Newsletter (1997,54)/
opracowała Anna Przybylska*

Różyczka i zespół różyczki wrodzonej w Regionie Amerykańskim

W latach 1995-1996 the Caribbean Epidemiology Centre (CAREC) potwierdził krążenie wirusa różyczki w siedmiu krajach w rejonie Karaibów. W związku z tym w 1996 roku cztery kraje tego rejonu podjęły pilotażowy surveillance zespołu różyczki wrodzonej (CRS). W wyniku podjętych badań wykryto osiem potwierdzonych przypadków CRS na Jamajce (6), w Barbados i Trynidadzie (1) oraz Tobago (1).

Równocześnie Regionalny Program Surveillance'u Odry wyeksponował znaczenie różyczki jako problemu zdrowotnego. Badania laboratoryjne przeprowadzone w przypadkach podejrzenia odry wykazały, że w 17% zachorowań miało miejsce zachorowanie na różyczkę, a nie na odrę. Największy udział przypadków rozpoznanych ostatecznie jako różyczka stwierdzono w Nikaragui (38%), Salwadorze (33%) i Kostaryce (32%). W związku z powyższym CAREC ustalił definicję przypadku CRS, wzór formularza zgłoszeń i wytyczne do surveillance'u. Surveillance opiera się o rejestr ciężarnych z laboratoryjnie potwierdzonym zachorowaniem na różyczkę oraz obserwację noworodków. Ponadto na anglojęzycznych Karaibach wzmocniono surveillance odry i połączono te działania z surveillance'm różyczki.

W Meksyku w 1995 roku zgłoszono 51.157 zachorowań na różyczkę, a w 1996 roku 26.286 zachorowań. Meksykańskie Ministerstwo Zdrowia szacuje faktyczną liczbę zachorowań u dzieci w wieku do 15 lat na 2 miliony. W Kolumbii od 1995 roku zgłasza się średnio 7.000 zachorowań na różyczkę rocznie, najwięcej w grupie wieku do 5 lat, a następnie w wieku 5-14 lat. W tym kraju wady wrodzone należą do pięciu głównych przyczyn zgonów w grupie 0-4 lata, a wrodzone kardiopatie odpowiadające kryteriom CRS stanowią 59-62% wszystkich wad wrodzonych u dzieci w ciągu pierwszych trzech lat życia. W Kanadzie w 1996 roku rozpoznano klinicznie 5 przypadków CRS, z których dwa dotyczyły dzieci urodzonych w Środkowej Ameryce i następnie adoptowanych przez kanadyjskich rodziców.

Jak dotychczas, tylko w kilku krajach Regionu Amerykańskiego wdrożono zwalczanie różyczki w priorytetowych grupach wieku. W rejonie Andyjskim tylko w Kolumbii wprowadzono szczepienia MMR u dzieci w wieku 1-3 lata, a w Ekwadorze planuje się wprowadzenie szczepionki MMR do rutynowych szczepień w 1998 roku. W Środkowej Ameryce szczepionkę MMR stosuje się w Kostaryce, Salwadorze i Hondurasie oraz w Surinamie i w angloję-

zycznych Karaibach.

na podstawie "Wkly Epid.Rec." (1997,40,301-303)
opracował Wojciech Żabicki

Grypa na świecie (styczeń-luty 1998)

W Austrii (30.01.98) w Wiedniu i Styrii w drugiej połowie stycznia zdiagnozowano sporadyczne przypadki infekcji wirusem grypy A. Część zachorowań została dalej zidentyfikowana jako wywołane podtypem A(H3N2).

W Czechach (04.02.98) zachorowania o charakterze ostrych infekcji oddechowych wzrosły w miesiącu styczniu, nie osiągając jednak poziomu epidemii. Serologicznie zdiagnozowano przypadki grypy A(H3N2) oraz A.

We Francji (10.02.98) w pierwszym tygodniu lutego odnotowano zwiększoną aktywność wirusa grypy. Wzrosła liczba izolowanych szczepów, co dotyczy szczególnie płd. części kraju. Większość izolatów wirusa grypy A zidentyfikowano jako podtyp H3N2, dwa zaś uzyskane z płn. części kraju jako podtyp H1N1.

W Hiszpanii (26.01.98) w drugiej połowie stycznia aktywność wirusa grypy wzrosła. Większość laboratoryjnie potwierdzonych przypadków to infekcje wywołane wirusem grypy podtypu A(H3N2).

W Maroku (29.01.98) w grudniu i styczniu w 29 przypadkach (Agadir, Casablanca, Fez, Marakesz, Oujda i Rabat) izolowano wirus grypy A, z czego jeden izolowany szczep zidentyfikowano jako H1N1, pozostałe zaś jako należące do podtypu H3N2.

W Niemczech (06.02.98) wzrosły w styczniu zachorowania na ostre infekcje układu oddechowego, przy czym do

1.02.98 stanowiły one 10.1% wszystkich konsultacji lekarskich. W styczniu wzrosła również liczba izolowanych szczepów, z których większość została zdiagnozowana jako A(H3N2).

W Rumunii (10.02.98) zachorowania o charakterze ostrych infekcji oddechowych utrzymywały się w styczniu na niskim poziomie, obecnie jednak w całym kraju obserwuje się powolny wzrost. Pierwszy potwierdzony przypadek infekcji grypowej zarejestrowano w ubiegłym tygodniu w Bukareszcie, gdzie u dziecka stwierdzono infekcję wirusem grypy A(H3N2).

W Szwecji (09.02.98) w pierwszym tygodniu lutego aktywność wirusa grypy wzrosła. We wszystkich częściach kraju izolowano szczepy wirusa grypy, z których większość zidentyfikowano jako A(H3N2) oraz nieliczne jako A(H1N1).

W Wielkiej Brytanii (10.02.98) w pierwszym tygodniu lutego wzrosła liczba izolowanych szczepów wirusa grypy. Większość z nich pochodziła ze sporadycznych przypadków zachorowań, nieliczne zaś ze środowisk szkolnych. Ze 129 izolowanych od października 1997 szczepów, 78 określono jako A(H1N1), a 51 jako A(H3N2).

na podstawie "Wkly Epid.Rec." (1998,7,47)
opracowała Lidia B. Brydak

"Meldunki" opracowuje zespół: Ewa Cielebak, Mirosław P. Czarkowski (red. odp.), Barbara Kondej, 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.

Zachorowania na grypę w Polsce w sezonie 1997/8 w porównaniu z sezonami 1994/5-1996/7
zapadalność na 100 tys. ludności wg dwutygodniowych meldunków

