

Meldunek 4/B/98

o zachorowaniach na choroby zakaźne, zatruciach i zakażeniach szpitalnych zgłoszonych w okresie od 16.04 do 30.04.1998 r.

Jednostka chorobowa (symbole wg "Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych" ICD-10)	Meldunek 4/B		Dane skumulowane	
	16.04.98. do 30.04.98.	16.04.97. do 30.04.97.	1.01.98. do 30.04.98.	1.01.97. do 30.04.97.
Choroba wywołana przez ludzki wirus upośl.odp.: ogółem (B20-B24)	2	4	25	45
Dur brzuszny (A01.0)	-	-	1	-
Dury rzekome A.B.C. (A01.1-A01.3)	-	1	1	2
Salmonelozy: ogółem (A02)	865	869	4805	4526
Czerwonka bakteryjna /szigelozą/ (A03)	12	7	217	69
Biegunki u dzieci do lat 2: ogółem (A04; A08; A09)	551	1071	4366	6765
Tężec: ogółem (A33-A35)	2	1	8	6
Błonica (A36)	-	-	-	-
Krztusiec (A37)	156	28	1563	218
Szkarlatyna /płonica/ (A38)	1058	1331	8351	8170
Zapalenie opon mózgowych: razem	112	73	775	802
w tym: meningokokowe (A39.0)	4	5	50	47
wywołane przez <i>Haemophilus influenzae</i> (G00.0)	3	-	33	23
inne bakteryjne, określone i nie określone (G00.1-G00.9)	60	43	292	369
wirusowe, określone i nie określone (A87; B00.3; B02.1)	38	20	339	307
inne i nie określone (G03)	7	5	61	56
Zapalenie mózgu: razem	25	12	131	127
w tym: meningokokowe i inne bakteryjne (A39.8; G04.2)	8	4	30	22
wirusowe, przenoszone przez kleszcze (A84)	1	-	6	4
inne wirusowe, określone (A83; A85; B00.4; B02.0; B25.8)	2	4	16	12
wirusowe, nie określone (A86)	10	2	45	41
poszczepienne (G04.0)	-	-	-	-
inne i nie określone (G04.8-G04.9)	4	2	34	48
Riketsjozy: ogółem (A75-A79)	-	-	-	-
Ostre nagminne porażenie dziecięce (A80)	-	-	-	-
Ospa wietrzna (B01)	8835	8738	77564	75404
Odra (B05)	226	15	1367	152
Różyczka: ogółem (B06; P35.0)	3969	12664	20879	62212
Wirusowe zap. wątroby: typu A (B15)	94	160	797	2243
typu B (B16; B18.0-B18.1)	168	231	1355	1664
typu C (B17.1; B18.2)	86	40	497	248
typu B+C (B16; B18.0-B18.1 + B17.1; B18.2)	3	-	36	9
inne i nieokreśl.(B17.0;B17.2-.8;B18.8-.9;B19)	35	37	212	356
Świnka /nagminne zapalenie przyusznicy/ (B26)	12341	2932	80437	19794
Włośnica (B75)	7	-	21	10
Świerzb (B86)	663	769	6559	6875
Grypa: ogółem (J10; J11)	80533	5920	752487	1572368
Bakteryjne zatrucia pokarmowe: razem	930	1016	5724	5293
w tym: salmonelozy (A02.0)	860	868	4782	4516
gronkowcowe (A05.0)	-	2	67	6
jadem kiełbasianym /botulizm/ (A05.1)	-	2	16	19
wywołane przez <i>Clostridium perfringens</i> (A05.2)	-	-	-	-
inne określone (A05.3-A05.8)	2	9	47	35
nie określone (A05.9)	68	135	812	717
Zatrucia naturalnie toksycznym pokarmem: ogółem (T62)	-	1	4	5
w tym: grzybami (T62.0)	-	-	2	2
Inne zatrucia: ogółem (T36-T60; T63-T65)	314	312	2830	3041
w tym: pestycydami (T60)	5	4	21	22
lekami, prep.farmakologicznymi i subst.biolog. (T36-T50)	167	192	1613	1600
Zakażenia szpitalne - objawowe i bezobjawowe: ogółem	66	82	522	1106
w tym: na oddziałach noworodkowych i dziecięcych	19	40	155	418
następstwa zabiegów medycznych	24	29	146	233
wywołane pałeczkami <i>Salmonella</i>	-	6	31	113
Ostre porażenia wiotkie u dzieci (0-14 lat)	1	.	10	.

Zachorowania zgłoszone w okresie 16-30.04.1998 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)	Salmonelozы: ogółem (A02)	Czerwonka bakteryjna /szigelozą/ (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	2	-	-	865	12	551	2	156	1058	112	4	25	1
1. St.warszawskie	-	-	-	65	1	36	-	38	78	7	-	1	-
2. Białkopodlaskie	-	-	-	4	-	2	-	-	8	1	-	-	-
3. Białostockie	-	-	-	9	4	9	-	21	7	4	-	5	-
4. Bielskie	-	-	-	17	-	24	-	-	45	5	-	-	-
5. Bydgoskie	-	-	-	17	-	23	-	-	83	2	-	2	-
6. Chełmskie	-	-	-	7	-	7	-	-	5	1	-	-	-
7. Ciechanowskie	-	-	-	11	-	4	-	-	1	1	-	-	-
8. Częstochowskie	-	-	-	8	-	13	-	7	8	1	-	-	-
9. Elbląskie	-	-	-	11	-	9	-	-	26	2	-	-	-
10. Gdańskie	-	-	-	36	-	25	-	-	22	6	-	-	-
11. Gorzowskie	-	-	-	17	-	4	-	-	6	2	-	1	-
12. Jeleniogórskie	-	-	-	14	-	5	-	-	9	-	-	-	-
13. Kaliskie	-	-	-	13	-	8	-	1	6	3	-	-	-
14. Katowickie	-	-	-	29	4	38	-	-	163	20	-	2	-
15. Kieleckie	-	-	-	38	-	32	-	2	5	3	1	1	-
16. Konińskie	-	-	-	15	-	6	-	-	11	-	-	-	-
17. Koszalińskie	-	-	-	8	-	11	-	-	24	-	-	-	-
18. M.krakowskie	-	-	-	19	-	9	1	2	56	4	-	-	-
19. Krośnieńskie	-	-	-	7	-	13	-	2	1	1	-	-	-
20. Legnickie	-	-	-	39	-	3	-	-	6	-	-	-	-
21. Leszczyńskie	-	-	-	9	-	9	-	-	16	-	-	-	-
22. Lubelskie	-	-	-	34	-	12	-	-	13	4	-	-	-
23. Łomżyńskie	-	-	-	9	-	9	-	-	6	-	-	3	1
24. M.łódzkie	-	-	-	10	-	21	-	30	17	-	-	-	-
25. Nowosądeckie	-	-	-	14	1	7	-	-	13	3	-	-	-
26. Olsztyńskie	-	-	-	27	-	29	-	1	4	3	-	-	-
27. Opolskie	-	-	-	12	-	-	-	3	33	3	-	1	-
28. Ostrołęckie	1	-	-	8	-	3	-	4	8	-	-	-	-
29. Piłskie	-	-	-	9	-	4	-	1	7	-	-	-	-
30. Piotrkowskie	-	-	-	13	-	3	-	1	14	1	-	-	-
31. Płockie	-	-	-	12	1	8	-	1	8	-	-	-	-
32. Poznańskie	-	-	-	23	-	26	1	2	63	3	-	-	-
33. Przemyskie	-	-	-	7	-	6	-	1	4	2	-	4	-
34. Radomskie	-	-	-	14	-	23	-	3	30	-	-	1	-
35. Rzeszowskie	-	-	-	13	-	1	-	-	9	3	-	1	-
36. Siedleckie	-	-	-	32	-	10	-	-	8	4	-	-	-
37. Sieradzkie	-	-	-	6	-	3	-	5	7	1	-	-	-
38. Skierniewickie	-	-	-	13	-	-	-	-	12	1	-	-	-
39. Słupskie	-	-	-	27	1	1	-	-	9	2	1	-	-
40. Suwalskie	-	-	-	45	-	1	-	-	-	2	-	-	-
41. Szczecińskie	-	-	-	29	-	9	-	-	76	2	-	-	-
42. Tarnobrzeskie	-	-	-	21	-	18	-	-	12	2	-	1	-
43. Tarnowskie	-	-	-	24	-	12	-	-	23	1	1	-	-
44. Toruńskie	1	-	-	13	-	6	-	-	11	2	-	-	-
45. Wałbrzyskie	-	-	-	5	-	13	-	5	12	3	-	-	-
46. Włocławskie	-	-	-	5	-	6	-	-	5	-	-	1	-
47. Wrocławskie	-	-	-	28	-	20	-	26	55	2	-	-	-
48. Zamojskie	-	-	-	2	-	5	-	-	1	4	-	1	-
49. Zielonogórskie	-	-	-	17	-	5	-	-	12	1	1	-	-

Zachorowania zgłoszone w okresie 16-30.04.1998 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)	Świerzb (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	8835	226	3969	168	218	12341	7	663	80533	930	-	314	66
1. St.warszawskie	621	2	637	8	13	427	-	4	19412	65	-	-	1
2. Białkopodlaskie	45	-	22	2	1	9	-	31	2028	4	-	3	-
3. Białostockie	133	-	22	1	5	105	-	17	785	8	-	12	4
4. Bielskie	253	2	52	3	4	426	-	5	1084	19	-	4	10
5. Bydgoskie	153	-	27	5	2	380	-	15	3452	25	-	33	-
6. Chełmskie	81	-	241	1	-	211	-	2	1511	7	-	-	-
7. Ciechanowskie	42	-	4	1	-	138	-	-	267	11	-	2	-
8. Częstochowskie	245	15	67	7	4	291	-	5	264	8	-	4	2
9. Elbląskie	89	1	12	-	-	135	-	34	3453	12	-	2	-
10. Gdańskie	195	22	36	5	10	463	-	13	921	39	-	2	-
11. Gorzowskie	102	3	13	2	4	294	-	15	479	18	-	10	1
12. Jeleniogórskie	180	4	24	-	3	117	-	6	1154	14	-	-	-
13. Kaliskie	216	6	45	4	-	123	-	9	2333	13	-	5	1
14. Katowickie	1529	49	330	21	35	1412	-	72	2532	34	-	5	2
15. Kieleckie	269	2	111	8	11	496	-	4	640	46	-	48	1
16. Konińskie	59	-	13	-	-	241	-	6	272	16	-	2	-
17. Koszalińskie	149	-	13	2	8	136	-	5	433	9	-	3	8
18. M.krakowskie	391	34	103	11	8	697	-	-	678	25	-	3	2
19. Krośnieńskie	88	-	26	1	-	154	-	4	18	8	-	3	-
20. Legnickie	213	-	14	-	9	232	-	34	474	40	-	3	-
21. Leszczyńskie	62	-	26	5	1	256	-	6	167	9	-	1	-
22. Lubelskie	201	14	231	2	10	342	-	14	4007	37	-	23	-
23. Łomżyńskie	43	1	14	6	3	24	-	13	414	9	-	-	-
24. M.łódzkie	142	-	47	5	13	499	-	57	8804	10	-	40	-
25. Nowosądeckie	125	-	31	8	2	103	-	3	1940	14	-	2	-
26. Olsztyńskie	134	-	43	1	-	177	7	28	1881	26	-	2	-
27. Opolskie	304	3	40	5	3	287	-	7	2708	12	-	14	1
28. Ostrołęckie	66	1	25	-	-	66	-	7	257	8	-	4	1
29. Piłskie	103	-	5	2	-	213	-	6	266	9	-	5	-
30. Piotrkowskie	131	6	50	2	1	225	-	10	161	13	-	6	-
31. Płockie	52	-	25	-	1	100	-	17	190	12	-	2	-
32. Poznańskie	314	8	56	7	3	424	-	15	104	23	-	1	11
33. Przemyskie	55	-	-	1	-	64	-	12	28	7	-	1	-
34. Radomskie	173	4	322	9	1	421	-	14	2295	14	-	3	-
35. Rzeszowskie	169	-	3	2	1	220	-	3	803	13	-	-	-
36. Siedleckie	137	9	261	1	-	120	-	24	259	34	-	10	-
37. Sieradzkie	25	-	107	-	-	118	-	10	253	6	-	-	-
38. Skierniewickie	46	-	22	5	1	302	-	-	636	13	-	-	-
39. Słupskie	117	1	4	2	5	79	-	10	417	27	-	11	1
40. Suwalskie	103	-	3	4	2	116	-	12	319	47	-	1	1
41. Szczecińskie	200	2	78	3	9	225	-	16	1438	46	-	10	-
42. Tarnobrzeskie	86	3	28	1	6	206	-	14	327	21	-	2	4
43. Tarnowskie	158	-	27	2	5	223	-	6	594	24	-	-	-
44. Toruńskie	85	2	52	1	7	156	-	25	1368	16	-	1	-
45. Wałbrzyskie	139	3	24	5	5	132	-	3	924	5	-	14	2
46. Włocławskie	87	-	89	1	-	65	-	9	1435	5	-	4	-
47. Wrocławskie	343	1	132	1	14	524	-	12	5513	31	-	3	7
48. Zamojskie	69	-	358	2	5	93	-	22	811	2	-	10	-
49. Zielonogórskie	113	28	54	3	3	74	-	7	24	16	-	-	6

Nowo wykryte zakażenia HIV obywateli polskich w 1997 roku ^{/*} wg województw i grup zakażonych

Województwo ^{/1} (St.- stołeczne M.- miejskie)	Grupa zakażonych								Razem		
	H-/Bi	N	D	Hem	P	He	Dz	Bd	liczba	%	liczba na 100 tys. ludności ^{/2}
POLSKA	28	312	27	1	2	12	5	192	579	100,0	1,5
1. St.warszawskie	3	30	3	-	-	-	-	13	49	8,5	2,0
2. Białkopodlaskie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3. Białostockie	-	15	-	-	-	-	-	4	19	3,3	2,7
4. Bielskie	-	9	1	-	-	-	-	-	10	1,7	1,1
5. Bydgoskie	-	2	1	-	-	1	-	3	7	1,2	0,6
6. Chełmskie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
7. Ciechanowskie	-	3	2	-	-	-	-	-	5	0,9	1,1
8. Częstochowskie	-	2	-	-	-	-	-	-	2	0,3	0,3
9. Elbląskie	-	5	1	-	-	-	-	-	6	1,0	1,2
10. Gdańskie	1	3	-	-	-	2	-	12	18	3,1	1,2
11. Gorzowskie	-	7	-	-	-	1	-	2	10	1,7	1,9
12. Jeleniogórskie	-	3	-	-	-	-	-	3	6	1,0	1,1
13. Kaliskie	-	8	2	-	-	-	-	1	11	1,9	1,5
14. Katowickie	3	20	3	-	-	-	-	25	51	8,8	1,3
15. Kieleckie	-	2	-	-	-	-	-	-	2	0,3	0,2
16. Konińskie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
17. Koszalińskie	-	1	-	-	-	-	-	-	1	0,2	0,2
18. M.krakowskie	2	2	2	-	-	-	-	1	7	1,2	0,6
19. Krośnieńskie	-	1	-	-	-	-	-	2	3	0,5	0,6
20. Legnickie	1	5	-	-	-	-	-	1	7	1,2	1,3
21. Leszczyńskie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
22. Lubelskie	-	13	-	-	-	-	-	2	15	2,6	1,5
23. Łomżyńskie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
24. M.łódzkie	5	5	2	1	-	1	-	3	17	2,9	1,5
25. Nowosądeckie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
26. Olsztyńskie	-	-	-	-	-	-	-	2	2	0,3	0,3
27. Opolskie	-	5	-	-	-	-	-	3	8	1,4	0,8
28. Ostrołęckie	-	4	-	-	-	-	-	4	8	1,4	1,9
29. Piłskie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
30. Piotrkowskie	-	17	1	-	-	-	-	2	20	3,5	3,1
31. Płockie	-	-	1	-	-	-	-	-	1	0,2	0,2
32. Poznańskie	2	2	1	-	1	-	-	4	10	1,7	0,7
33. Przemyskie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
34. Radomskie	-	1	1	-	-	-	-	1	3	0,5	0,4
35. Rzeszowskie	-	1	-	-	-	-	-	1	2	0,3	0,3
36. Siedleckie	-	1	-	-	-	-	-	2	3	0,5	0,4
37. Sieradzkie	-	8	1	-	-	-	-	2	11	1,9	2,7
38. Skierniewickie	-	-	-	-	-	-	-	1	1	0,2	0,2
39. Słupskie	-	1	1	-	-	-	-	1	3	0,5	0,7
40. Suwalskie	1	-	-	-	-	-	1	4	6	1,0	1,2
41. Szczecińskie	2	7	1	-	-	2	-	3	15	2,6	1,5
42. Tarnobrzeskie	-	-	-	-	-	-	-	1	1	0,2	0,2
43. Tarnowskie	-	-	-	-	-	-	-	1	1	0,2	0,1
44. Toruńskie	-	13	-	-	-	1	-	8	22	3,8	3,3
45. Wałbrzyskie	-	8	1	-	-	-	-	4	13	2,2	1,8
46. Włocławskie	-	1	-	-	-	-	-	1	2	0,3	0,5
47. Wrocławskie	1	20	2	-	1	1	-	7	32	5,5	2,8
48. Zamojskie	-	7	-	-	-	-	-	-	7	1,2	1,4
49. Zielonogórskie	-	8	-	-	-	-	-	1	9	1,6	1,3
Brak danych	7	72	-	-	-	3	4	67	153	26,4	x

^{/*} dane z 28.04.1998 r.; ^{/1} wg stałego miejsca zamieszkania;

^{/2} ludność wg stanu w dniu 30.06.1997 r.; H-/Bi - homo- i biseksualiści; N - zakażeni w związku ze stosowaniem środków odurzających; D - kandydaci na krwiodawców; Hem -

chorzy na hemofilię; P - osoby trudniące się prostytucją; He - zakażeni drogą kontaktów heteroseksualnych; Dz - dzieci; Bd - brak danych;

Wanda Szata, Zakład Epidemiologii PZH

Zakażenia HIV i zachorowania na AIDS Informacja z 30 kwietnia 1998 r.

W kwietniu 1998 r. do Zakładu Epidemiologii PZH zgłoszono nowo wykryte zakażenie HIV 69 obywateli polskich, w tym 46 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 Specjalistycznym Dermatologicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Łodzi, 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 zachorowanie na AIDS kobiety - narkomanki i siedmiu mężczyzn (czterech narkomanów, dwóch bez informacji o drodze zakażenia i jednego homoseksualisty).

Chorzy byli w wieku od 20 do 57 lat. Mieli miejsce zamieszkania w następujących województwach: po dwóch w woj. ciechanowskim i słupskim oraz po jednym w woj. st. warszawskim, bydgoskim, legnickim i ostrołęckim.

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 siedmiu przypadkach podano liczbę komórek CD4 (od 0 do 170/ μ L).

Od wdrożenia badań w 1985 r. do 30 kwietnia 1998 r. stwierdzono zakażenie HIV 5.207 obywateli polskich, wśród których było co najmniej 3.392 zakażonych w związku z używaniem narkotyków.

Ogółem odnotowano 635 zachorowań na AIDS; 368 osób 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 nadawanych 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.

Zachorowania na odrę w woj. piotrkowskim w I kwartale 1998 roku

W województwie piotrkowskim na przełomie roku 1997/1998 zaobserwowano wzrost zachorowań na odrę. W 1997 r. zarejestrowano 3 przypadki, natomiast w I kwartale 1998 r. - 42 przypadki (59,5% hospitalizowano).

W latach poprzednich: w 1990 r. zanotowano 575 zachorowań, 1991 r. - 36 zachorowań, 1992 r. - 44 zachorowania, 1993 r. - 8 zachorowań, 1994 r. - 3 zachorowania, 1995 r. - 3 zachorowania, w 1996 r. nie było zachorowań.

Najwięcej zachorowań wystąpiło na terenie działania TSSE Opoczno (20) i TSSE Tomaszów Mazowiecki (11). W rejonach tych przeważały zachorowania w mieście.

Zachorowania dotyczyły młodzieży i młodych dorosłych w wieku 14 do 28 lat (40 osób), 1/3 osób była w wieku 22-28 lat. Tylko 2 zachorowania wystąpiły u nieszczepionych niemowląt, skontaktowanych z osobami chorymi.

Ogółem 29 osób chorych było nieszczepionych, 13 osób otrzymało jedną dawkę szczepionki. Czas, który upłynął od szczepienia do zachorowania, obejmował okres od 16 do 22 lat.

Z przeprowadzonych wywiadów wynika, że zachorowania we wszystkich przypadkach przebiegały z następującymi objawami: gorączka 38-40°C, kaszel, katar, zapalenie spojówek, wysypka plamisto-grudkowa. U 5 osób wystąpiły powikłania - zapalenie płuc, zapalenie oskrzeli.

Zbadano serologicznie 68 osób podejrzanych o odrę, z tego 35 przypadków zachorowań potwierdzono badaniami serologicznymi metodą Elisa - stwierdzając obecność przeciwciał odrowych w klasie IgM. Badania diagnostyczne wykonano na koszt WSSE ze względu na trudną sytuację ekonomiczną placówek służby zdrowia.

W 7 przypadkach udało się ustalić źródło zakażenia (2-3 tyg. wcześniej styczność z osobą chorą).

O sytuacji epidemiologicznej w zachorowaniach na odrę informowano na bieżąco Lekarza Wojewódzkiego.

W rejonach największej liczby zachorowań na spotkania z lekarzami omawiano aktualną sytuację epidemiologiczną.

Wzmocniono nadzór nad szczepieniami ochronnymi.

W województwie piotrkowskim szczepienia ochronne przeciw odrze wykonywane są w wysokim procencie. Wśród najstarszych roczników objętych szczepieniami odsetek zaszczepionych wg wieku wynosi (w przybliżeniu): 25 lat - 59%, 24 lata - 71%, 23 lata - 80%, 22 lata - 89%, 21 lat - 93%, 20 lat - 92%, 19 lat - 98%, 18-15 lat - powyżej 98%. Wśród młodszych, urodzonych w latach 1983-1995, wg stanu w dniu 31.12.1997 r. odsetek zaszczepionych ogółem przekracza 99%; a w roczniku 1996 - t.j. wśród dzieci w 2 roku życia - 90%. Dawkę przypominającą szczepionki otrzymało ponad 95% młodzieży z rocznika 1982, ponad 97% z roczników 1983-1984, ponad 99% dzieci z roczników 1985-1990 i ponad 94% z rocznika 1991 - t.j. dzieci w 7 roku życia.

mgr Bogusława Piasecka
WSSE w Piotrkowie Trybunalskim

Sytuacja epidemiologiczna w Polsce w 1997 roku w zakresie chorób przenoszonych drogą płciową

W 1997 r. w Polsce rozpoznano 980 przypadków kiły nabytej wcześniej, o 22% mniej niż w 1996 r., w którym zarejestrowano 1.254 zachorowań. Współczynnik zapadalności w 1997 r. wyniósł 2,6 na 100.000 ludności, podczas gdy w 1996 r. - 3,2.

W 1997 r. rozpoznano 479 przypadków kiły wcześniej objawowej ze wskaźnikiem zapadalności 1,3 na 100.000 ludności, o 9% mniej niż w roku poprzednim. Zarejestrowano 501 przypadków kiły bezobjawowej (wskaźnik zapadalności 1,3/100.000), o 31% mniej niż w roku poprzednim, w którym rozpoznano 727 przypadków.

W 1997 r. wskaźnik natychmiastowego (epidemiologicznego) leczenia kontaktów kiły wyniósł 0,40 (w 1996 r. - 0,39).

Kiłę późną rozpoznano u 232 pacjentów ze wskaźnikiem zapadalności 0,6; który nie uległ zmianie w stosunku

do lat poprzednich.

Zachorowań na kiłę wrodzoną rozpoznano ogółem 4 (w roku poprzednim 14), w tym 2 u dzieci do 1 roku życia (w 1996 r. - 8).

Rozpoznano 1.117 przypadków rzeżączki (spadek o 12% w stosunku do roku poprzedniego) ze wskaźnikiem 2,9 na 100.000 ludności (w 1996 r. - 3,3).

Wskaźnik leczenia natychmiastowego kontaktów rzeżączki podobnie jak w roku poprzednim wynosił 0,23.

W 1997 r. zarejestrowano 2.461 przypadków nierzeżączkowych zakażeń dolnych odcinków dróg moczowo-płciowych, o 4% mniej niż w roku poprzednim.

Tabela 1. Liczba zachorowań i zapadalność (na 100 tys. ludności) na choroby przenoszone drogą płciową w Polsce w latach 1997-1996.*

Jednostka chorobowa	1997 r.		1996 r.	
	zach.	zapad.	zach.	zapad.
Kiła wrodzona	4	0,01	14	0,04
Kiła wczesna: ogółem	980	2,54	1254	3,24
w tym: objawowa	479	1,24	527	1,36
utajona	501	1,30	727	1,88
Kiła późna	232	0,60	242	0,63
Rzeżączka	1117	2,89	1275	3,30
Nieswoiste zapalenie cewki moczowej	2461	6,37	2554	6,61
Kłyczyny kończyste	1183	3,06	1201	3,11
Opryszczka narządów płciowych	340	0,88	373	0,97

Sytuacja epidemiologiczna w poszczególnych województwach była zróżnicowana.

Kiły wczesnej ogółem najczęściej rozpoznano w województwach: łódzkim - współczynnik zapadalności 8,9 na 100.000 ludności (w 1996 r. - 8,3), warszawskim - 6,7 (8,8), zielonogórskim - 6,6 (4,4), białkopodlaskim - 5,2 (7,8), koszalińskim - 4,8 (5,5), białostockim - 4,7 (3,0), poznańskim - 4,2 (8,0), gdańskim - 4,1 (4,8), elbląskim - 4,0 (4,1) i szczecińskim - 3,8 (8,5).

Najkorzystniejsze współczynniki zapadalności na 100.000 ludności zanotowano w województwach: leszczyńskim - nie zanotowano zachorowań; przemyskim - współczynnik zapadalności 0,2; bielskim - 0,3; kaliskim, legnickim i nowosądeckim - 0,4; opolskim i tarnobrzeskim - 0,5; ciechanowskim - 0,7; rzeszowskim - 0,8 i piotrkowskim - 0,9.

Najwyższe współczynniki zapadalności na kiłę wczesną objawową zanotowano w województwach: łódzkim - 4,9 na 100.000 ludności; zielonogórskim - 3,7; białkopodlaskim - 3,2; warszawskim - 3,0; szczecińskim - 2,6; koszalińskim - 2,5; białostockim - 2,3; elbląskim - 2,2 i lubelskim - 2,1. Wśród województw, w których zapadalność była najniższa, należy wymienić: nowosądeckie - 0,1; bielskie, ciechanowskie, legnickie i tarnobrzeskie - 0,2; katowickie i piotrkowskie - 0,3; radomskie - 0,4; rzeszowskie i wrocławskie - 0,5 na 100.000 ludności. W województwach: kaliskim, leszczyńskim, łomżyńskim i przemyskim nie zanotowano tej postaci kiły.

Kiły wczesnej bezobjawowej notowano najczęściej w województwach: łódzkim - 4,0 na 100.000 ludności; warszawskim - 3,6; zielonogórskim - 2,9; gdańskim - 2,8; poznań-

skim - 2,5; białostockim - 2,4 i koszalińskim 2,3. Najniższe współczynniki stwierdzono w woj.: bielskim - 0,1; bydgoskim, legnickim, przemyskim i sieradzkim - 0,2; rzeszowskim, tarnobrzeskim i toruńskim - 0,3; chełmskim, jeleniogórskim, kaliskim, pilskim i sieradzkim - 0,4.

Pomimo zmniejszenia liczby zachorowań na kiłę w 1997 r. poprawa sytuacji epidemiologicznej nie dotyczyła wszystkich województw. Zapadalność na kiłę wczesną ogółem zmniejszyła się w 29 województwach, w 4 pozostała na tym samym poziomie, a w 16 województwach wzrosła. Szczególnie duży, co najmniej dwukrotny wzrost współczynników zapadalności zanotowano w woj.: wrocławskim, pilskim, krośnieńskim, konińskim, tarnowskim i bydgoskim. W liczbach bezwzględnych o co najmniej 10 przypadków zwiększyły się zachorowania na kiłę wczesną ogółem w 2 województwach: w białostockim o 12 zachorowań i zielonogórskim o 15.

Zapadalność na kiłę wczesną objawową w 1997 r. zmniejszyła się w porównaniu z poprzednim rokiem w 20 województwach, w 6 utrzymała się na tym samym poziomie, a w 23 wzrosła. Szczególnie duży, co najmniej dwukrotny wzrost współczynników zapadalności na tę postać kiły zanotowano w woj.: bydgoskim, jeleniogórskim, pilskim, płockim, suwalskim i toruńskim. W liczbach bezwzględnych o więcej niż 5 przypadków zwiększyły się zachorowania w woj.: zielonogórskim o 10 zachorowań, bydgoskim o 8, pilskim i płockim o 7, lubelskim i suwalskim o 6.

Zapadalność na kiłę wczesną bezobjawową zmniejszyła się w 34 województwach, w 2 utrzymała się na tym samym poziomie, a w 13 wzrosła. Największy wzrost stwierdzono w woj.: konińskim, tarnowskim, krośnieńskim, pilskim, wrocławskim, białostockim, wrocławskim, skierniewickim, kaliskim, zielonogórskim. Największy spadek zapadalności nastąpił w woj.: sieradzkim, chełmskim, szczecińskim, ciechanowskim, tarnobrzeskim, jeleniogórskim, krakowskim, przemyskim, rzeszowskim i poznańskim.

Liczba rozpoznanych przypadków kiły bezobjawowej wczesnej przewyższyła o 4,6% liczbę rozpoznanych zachorowań na kiłę wczesną objawową. Jest to zjawisko korzystne w porównaniu z rokiem poprzednim. W 1996 r. kiła bezobjawowa przewyższyła liczbę przypadków kiły objawowej o 38%. Najbardziej niekorzystne wskaźniki stosunku kiły bezobjawowej wczesnej do objawowej stwierdzono w województwach.: skierniewickim - 8,00; gorzowskim - 4,00; katowickim - 3,36; wrocławskim - 3,00; tarnowskim - 2,50; radomskim - 2,33 i gdańskim - 2,16. Najniższe współczynniki stwierdzono w woj.: sieradzkim - 0,17; bydgoskim - 0,22; pilskim - 0,25; suwalskim - 0,28; toruńskim - 0,29; chełmskim - 0,33; zamojskim - 0,38; jeleniogórskim - 0,40.

Kiłę wrodzoną do 1 roku życia rozpoznano po 1 przypadku w województwie chełmskim i kaliskim, a u dzieci starszych w woj. koszalińskim i ostrołęckim.

Najwyższe współczynniki zapadalności na rzeżączkę zanotowano w województwach: śląskim - 9,1 na 100.000 ludności; warszawskim - 9,0; elbląskim - 8,9; łódzkim - 7,6; gorzowskim - 6,8; olsztyńskim - 6,8; koszalińskim - 5,7; zielonogórskim - 5,3; białostockim - 5,0. Do województw, w których zapadalność była najniższa należą: nowosądeckie - mające współczynnik 0,4 na 100.000 ludności; opolskie - 0,5; suwalskie i krośnieńskie - 0,6; bielskie, kieleckie, lubelskie i sieradzkie - 0,7; kaliskie, łomżyńskie i piotrkowskie - 0,9.

Spadek zachorowań na rzeżączkę w roku 1997 nastąpił w 33 województwach, w 1 zapadalność utrzymała się na ta-

kim samym poziomie, a w 15 wzrosła. Największy wzrost zachorowań na rzeżączkę zanotowano w woj.: rzeszowskim, olsztyńskim, zielonogórskim, wałbrzyskim, elbląskim i skiernewickim - o 60-100% (w innych o 10-50%).

Podsumowanie

Sytuacja epidemiologiczna w zakresie kiły, rzeżączki i nierzeżączkowego zapalenia cewki moczowej (NGU) jest w Polsce raczej korzystna. Od 1970 r. utrzymuje się stała tendencja spadkowa. W 1997 r. zachorowania na kiłę nabytą wczesną zmniejszyły się o 22,0%, na rzeżączkę o 12,0%, w stosunku do danych z 1996 r. i na NGU o 4,0%.

Pomimo spadku zachorowań na kiłę wczesną ciągle niepokoją wysokie współczynniki zapadalności w województwach: łódzkim, warszawskim, poznańskim; oraz w rejonach przygranicznych: szczecińskim, zielonogórskim, koszalińskim, białostockim, białskopodlaskim i w województwach, w których siedziba województwa jest miastem portowym: w gdańskim i elbląskim.

Istotny wpływ na sytuację epidemiologiczną w zakresie chorób przenoszonych drogą płciową ma szerzenie się prostytucji. Tylko nieliczne osoby sprzedające seks za pieniądze zgłaszają się na badania do wojewódzkich przychodni skórno-wenerologicznych, bądź do poradni dermatologicznych. Dotyczy to także osób zatrudnionych w tak zwanych agencjach towarzyskich, w tym często cudzoziemców obojga płci. Wzrasta odsetek cudzoziemców oraz osób zakażonych kiłą i rzeżączką przez cudzoziemców w Polsce, bądź w czasie pobytu Polaków za granicą. Odsetek osób z tej grupy stale wzrasta. Np. w 1993 r. grupa ta stanowiła 3,3% wszystkich rozpoznanych przypadków kiły nabytej wczesnej, a w 1997 r. 14,7%. W 1997 r. wśród osób leczonych z powodu rzeżączki cudzoziemcy i ich partnerzy stanowili 6,8%.

Pomimo pewnej poprawy, liczba rozpoznanych przypadków kiły wczesnej bezobjawowej w okresie sprawozdawczym była wyższa od liczby przypadków kiły objawowej, a współczynniki zapadalności na kiłę późną nie ulegają zmianie od wielu lat. Wskazuje to, że kiłę nabytą późną rozpoznaje się w Polsce najczęściej dopiero w wyniku badań profilaktycznych krwi, bądź pojawienia się objawów klinicznych kiły, często w okresie nieodwracalnych zmian powodujących trwałe inwalidztwo.

^{/*} Tabela wg województw zostanie opublikowana m.in. w biuletynie "Choroby Zakaźne i Zatrucia w Polsce - rok 1997", PZH, MZiOS.

dr Henryk Zieliński
Instytut Wenerologii AM w Warszawie

Wzmoczenie nadzoru nad wirusowym zapaleniem wątroby typu B w Polsce

W latach 1980-1985, t.j. w pierwszych latach po wprowadzeniu odrębnej rejestracji zachorowań na wirusowe zapalenie wątroby typu B, rocznie notowano w Polsce 42,0-45,2 zachorowań w przeliczeniu na 100 tys. ludności. Od 1985 r. zapadalność na tę postać wzv zmniejszyła się ponad 3-krotnie, do poziomu 12,7/100 tys. ludności w roku 1997. Szczególnie znaczący spadek liczby zachorowań zanotowano w okresie ostatnich czterech lat.

Obniżenie wskaźnika zapadalności na wzv B było możliwe dzięki sukcesywnemu podejmowaniu wielokierunkowych działań obejmujących m.in. wprowadzenie szczepień

ochronnych (początkowo tylko ludności z grup ryzyka, następnie także wszystkich noworodków), poprawę sterylizacji sprzętu medycznego w placówkach służby zdrowia (zastępowanie sterylizatorów na suche gorące powietrze autoklawami), oświatę zdrowotną.

Obecne tempo spadku liczby zachorowań na wzv B nie gwarantuje jednak szybkiego osiągnięcia w Polsce poziomu zapadalności zbliżonego do zapadalności w krajach zachodnioeuropejskich (tzn. poniżej 10 zachorowań rocznie na 100 tys. ludności), a większość przypadków zachorowań (około 60%) nadal związana jest z zakażeniem w placówkach służby zdrowia. Dlatego od początku bieżącego roku prowadzony jest szczegółowy nadzór epidemiologiczny nad zachorowaniami na wzv B.

W ramach tego nadzoru kopie standardowych wywiadów epidemiologicznych rutynowo zbieranych przez pracowników stacji sanitarno-epidemiologicznych, uzupełnione o niezwykle istotną informację o ew. szczepieniach przeciw wzv B,^{/*} w cyklu kwartalnym przesyłane są do Zakładu Epidemiologii PZH, gdzie prowadzona jest ich szczegółowa analiza.

Oczekuje się, że wprowadzony nadzór dodatkowo przyniesie także odpowiedzi na pytania dotyczące zagrożeń zawodowych wzv B w placówkach ochrony zdrowia.

^{/*} Zaproponowano wykorzystanie do tego celu ostatniej strony formularza (część V pkt. 5 - Ewentualny opis działań dodatkowych). *red.*

Rozpoczęcie zgłaszania poszczególnych zakażeń HIV z krajów Europejskiego Regionu WHO planowane na 1999 rok

W dniach od 18 do 20 lutego 1998 roku w European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS w Saint-Maurice pod Paryżem odbyło się spotkanie robocze na temat nadzoru nad zakażeniami HIV w Europie.

Na spotkaniu przyjęto m. in. następujące ustalenia i zalecenia:

1. Epidemia zakażeń HIV osiągnęła ważny punkt zwrotny zarówno w zachodniej jak i we wschodniej Europie.

Prowadzona profilaktyka ograniczyła epidemię w licznych krajach. Odnotowano tam spadek liczby zachorowań na AIDS i częstości zgonów związanych z AIDS. Jest to także wynik nowego i bardziej skutecznego leczenia zdiagnozowanych zakażeń HIV.

Z drugiej strony, niektóre kraje o dotychczas małym rozpowszechnieniu zakażeń HIV, stanęły wobec gwałtownie pojawiających się epidemii w pewnych grupach ludności. Pojawiające się epidemie wciąż nie są wykrywane przez nadzór nad AIDS.

Z tych dwóch powodów, nadzór w Europie oparty o zgłaszanie zachorowań na AIDS, który był bardzo użyteczny od jego wprowadzenia w 1984 r., jest mniej dostosowany do zmieniającej się sytuacji. Istnieje więc wyraźna potrzeba zmiany sposobu nadzorowania sytuacji zakażeń HIV i AIDS w Europie.

2. Nadzór nad zakażeniami HIV i AIDS powinien pozwalać na monitorowanie trendów epidemii oraz istnienia i skuteczności profilaktyki.

3. Powinny być kontynuowane:

- a) nadzór nad zdiagnozowanymi zachorowaniami na AIDS;
- b) badania ostrzegawczo-nadzorujące wraz z opartymi o

rozłączne anonimowe testowanie (badania typu sentinel surveillance);

c) badania behawioralne.

4. We wszystkich krajach kluczowym elementem nadzoru nad zakażeniami HIV jest zgłaszanie nowo zdiagnozowanych zakażeń.

Na poziomie kraju należy dbać o unikanie tzw. podwójnego zliczania zakażeń. Konieczne jest postępowanie z zachowaniem zasad etyki i poufności.

Cechy umożliwiające identyfikację nowo zdiagnozowanego zakażenia HIV powinny być takie same jak stosowane przy rejestracji zachorowań na AIDS, aby można było porównywać zawartość obu tych baz danych.

5. Celowe jest zgłaszanie poszczególnych zakażeń HIV na poziom Europy.

Uczestnictwo w zgłaszaniu będzie otwarte dla wszystkich krajów Europejskiego Regionu WHO, które będą zdolne w nim uczestniczyć.

Dane zgłaszane na poziom Europy będą anonimowe - podobnie jak to ma miejsce w przypadku zachorowań na AIDS.

6. Zgłaszanie powinno objąć przynajmniej następujące zmienne charakteryzujące zakażonego HIV: wiek, płeć, grupę przenoszenia zakażenia, datę rozpoznania zakażenia HIV, datę ostatniego ujemnego testu w kierunku zakażenia HIV, powody testowania, miejsce testowania, liczbę komórek CD4, informację o rozpoznaniu AIDS, datę rozpoznania AIDS, datę zgłoszenia AIDS, informację czy zakażony żyje, datę zgonu oraz datę zgłoszenia zgonu.

7. Powołana zostanie grupa robocza, która opracuje praktyczne zalecenia do wzorcowania wspólnej dla całego Europejskiego Regionu WHO bazy danych o poszczególnych zakażeniach HIV. Zalecenia te będą obejmowały także określenia i kategoryzację stosowanych zmiennych. Rozpoczęcie zgłaszania jest przewidziane na rok 1999. Grupa robocza zaproponuje szczegółowy kalendarz przedsięwzięć w tym zakresie.

Zakład Epidemiologii PZH będzie informował o wszel-

kich dalszych zaleceniach, które otrzyma z European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS.

na podstawie "Report of the meeting on the surveillance of HIV infection in Europe" opracowała Wanda Szata

Grypa A(H5N1) w Hong Kongu

Badania z użyciem grupy kontrolnej przeprowadzone wspólnie przez Departament Zdrowia Hong Kongu i CDC w Atlancie (USA) wykazały, że głównym czynnikiem ryzyka zakażenia grypą była obecność osób w kurnikach na tydzień przed wystąpieniem choroby. Celem badania było porównanie różnej ekspozycji na czynnik ryzyka między osobami, które zachorowały, a grupą kontrolną. Brano pod uwagę następujące czynniki:

- kontakt z żywymi kurczętami,
- przygotowanie posiłków,
- spożycie przygotowanych potraw na tydzień przed chorobą,
- kontakt z osobami, które zachorowały tydzień przed wystąpieniem objawów.

Wyniki wspólnych badań przedstawiono na konferencji w Atlancie.

Ogółem potwierdzono grypę A(H5N1) u 18 osób w Hong Kongu. Ostatnie zachorowanie odnotowano 28.12.97 r. Jedną kobietą (24 lata) pozostaje w leczeniu, stan jej jest stabilny, 11 osób opuściło szpital, zaś 6 zmarło.

na podstawie "Wkly Epid.Rec."(1998,12,85)
opracował Krzysztof Kuszewski

"Meldunki" opracowuje zespół: Ewa Cielebąk, 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.

