

## Meldunek 7/A/98

### o zachorowaniach na choroby zakaźne, zatruciach i zakażeniach szpitalnych zgłoszonych w okresie od 1.07 do 15.07.1998 r.

Jednostka chorobowa (symbole wg "Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych" ICD-10)	Meldunek 7/A		Dane skumulowane	
	1.07.98. do 15.07.98.	1.07.97. do 15.07.97.	1.01.98. do 15.07.98.	1.01.97. do 15.07.97.
Choroba wywołana przez ludzki wirus upośl.odp.: ogółem (B20-B24)	-	3	46	73
Dur brzuszny (A01.0)	-	1	1	3
Dury rzekome A.B.C. (A01.1-A01.3)	-	-	2	2
Salmonelozy: ogółem (A02)	1849	1762	13075	11071
Czerwonka bakteryjna /szigelozą/ (A03)	12	5	308	104
Biegunki u dzieci do lat 2: ogółem (A04; A08; A09)	638	641	7586	11004
Tężec: ogółem (A33-A35)	1	2	12	18
Błonica (A36)	-	-	-	-
Krztusiec (A37)	90	74	2069	442
Szkarlatyna /płonica/ (A38)	505	615	12229	13251
Zapalenie opon mózgowych: razem	142	124	1366	1322
w tym: meningokokowe (A39.0)	11	6	80	85
wywołane przez <i>Haemophilus influenzae</i> (G00.0)	3	4	48	48
inne bakteryjne, określone i nie określone (G00.1-G00.9)	39	40	502	578
wirusowe, określone i nie określone (A87; B00.3; B02.1)	80	66	637	514
inne i nie określone (G03)	9	8	99	97
Zapalenie mózgu: razem	20	22	218	229
w tym: meningokokowe i inne bakteryjne (A39.8; G04.2)	1	6	42	46
wirusowe, przenoszone przez kleszcze (A84)	6	4	24	20
inne wirusowe, określone (A83; A85; B00.4; B02.0; B25.8)	-	1	20	18
wirusowe, nie określone (A86)	9	7	82	73
poszczepienne (G04.0)	-	-	-	-
inne i nie określone (G04.8-G04.9)	4	4	50	72
Riketsjozy: ogółem (A75-A79)	1	-	1	-
Ostre nagminne porażenie dziecięce (A80)	-	-	-	-
Ospa wietrzna (B01)	5381	6673	113015	116098
Odra (B05)	68	7	2067	225
Różyczka: ogółem (B06; P35.0)	2052	7803	36454	126679
Wirusowe zap. wątroby: typu A (B15)	56	78	1183	2783
typu B (B16; B18.0-B18.1)	154	211	2172	2754
typu C (B17.1; B18.2)	54	54	831	434
typu B+C (B16; B18.0-B18.1 + B17.1; B18.2)	6	6	62	33
inne i nieokreśl.(B17.0;B17.2-.8;B18.8-.9;B19)	18	15	310	494
Świnka /nagminne zapalenie przyusznicy/ (B26)	13759	4377	149052	40389
Włośnica (B75)	-	3	22	15
Świerzb (B86)	430	373	8706	9227
Grypa: ogółem (J10; J11)	22	48	769595	1574572
Bakteryjne zatrucia pokarmowe: razem	2002	1873	14561	12731
w tym: salmonelozy (A02.0)	1847	1758	13046	11050
gronkowcowe (A05.0)	2	1	71	12
jadem kiełbasianym /botulizm/ (A05.1)	2	6	36	45
wywołane przez <i>Clostridium perfringens</i> (A05.2)	-	-	-	-
inne określone (A05.3-A05.8)	11	3	82	63
nie określone (A05.9)	140	105	1326	1561
Zatrucia naturalnie toksycznym pokarmem: ogółem (T62)	5	10	19	19
w tym: grzybami (T62.0)	5	9	17	15
Inne zatrucia: ogółem (T36-T60; T63-T65)	390	297	4647	4849
w tym: pestycydami (T60)	13	14	71	81
lekami, prep.farmakologicznymi i subst.biolog. (T36-T50)	214	154	2612	2531
Zakażenia szpitalne - objawowe i bezobjawowe: ogółem	45	102	909	1486
w tym: na oddziałach noworodkowych i dziecięcych	18	27	251	522
następstwa zabiegów medycznych	20	34	251	383
wywołane pałeczkami <i>Salmonella</i>	1	25	186	152
Ostre porażenia wiotkie u dzieci (0-14 lat)	5	.	21	.

## Zachorowania zgłoszone w okresie 1-15.07.1998 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	-	-	-	1849	12	638	1	90	505	142	11	20	6
1. St.warszawskie	-	-	-	145	-	50	-	18	52	19	3	1	-
2. Białkopodlaskie	-	-	-	13	-	8	-	-	6	1	-	-	-
3. Białostockie	-	-	-	41	-	11	-	16	10	3	-	6	6
4. Bielskie	-	-	-	45	-	28	-	-	22	4	-	-	-
5. Bydgoskie	-	-	-	81	-	7	-	-	16	9	2	-	-
6. Chełmskie	-	-	-	13	-	3	-	-	-	-	-	1	-
7. Ciechanowskie	-	-	-	12	-	1	-	-	3	1	1	-	-
8. Częstochowskie	-	-	-	18	-	22	-	3	4	1	-	-	-
9. Elbląskie	-	-	-	7	-	3	-	-	9	4	1	-	-
10. Gdańskie	-	-	-	91	-	22	-	-	9	11	-	1	-
11. Gorzowskie	-	-	-	22	-	5	-	-	1	2	-	1	-
12. Jeleniogórskie	-	-	-	19	-	5	-	-	6	3	-	-	-
13. Kaliskie	-	-	-	33	-	8	-	-	-	5	-	-	-
14. Katowickie	-	-	-	79	1	25	-	2	94	2	-	-	-
15. Kieleckie	-	-	-	39	-	31	-	1	2	1	-	-	-
16. Konińskie	-	-	-	38	1	16	-	-	3	2	1	-	-
17. Koszalińskie	-	-	-	12	-	6	-	-	7	2	-	-	-
18. M.krakowskie	-	-	-	24	-	9	1	4	21	4	1	-	-
19. Krośnieńskie	-	-	-	20	-	18	-	-	3	-	-	-	-
20. Legnickie	-	-	-	18	-	8	-	-	3	4	1	-	-
21. Leszczyńskie	-	-	-	13	-	12	-	-	3	3	-	-	-
22. Lubelskie	-	-	-	51	1	12	-	-	3	4	-	-	-
23. Łomżyńskie	-	-	-	16	-	5	-	-	2	-	-	-	-
24. M.łódzkie	-	-	-	19	-	14	-	24	10	3	-	-	-
25. Nowosądeckie	-	-	-	65	-	7	-	-	14	7	-	-	-
26. Olsztyńskie	-	-	-	48	-	15	-	1	10	7	-	1	-
27. Opolskie	-	-	-	30	-	12	-	1	25	1	-	-	-
28. Ostrołęckie	-	-	-	40	-	3	-	-	1	1	-	-	-
29. Piłskie	-	-	-	18	-	5	-	1	9	1	-	-	-
30. Piotrkowskie	-	-	-	17	1	4	-	-	10	2	-	-	-
31. Płockie	-	-	-	58	-	4	-	-	3	3	-	-	-
32. Poznańskie	-	-	-	46	-	53	-	5	16	3	-	1	-
33. Przemyskie	-	-	-	37	-	16	-	-	3	3	-	1	-
34. Radomskie	-	-	-	29	-	2	-	-	6	1	-	-	-
35. Rzeszowskie	-	-	-	27	-	9	-	-	2	2	-	2	-
36. Siedleckie	-	-	-	71	3	4	-	-	4	-	-	-	-
37. Sieradzkie	-	-	-	15	-	7	-	-	1	2	-	2	-
38. Skierniewickie	-	-	-	21	-	-	-	1	3	2	-	-	-
39. Słupskie	-	-	-	10	-	1	-	-	3	-	-	-	-
40. Suwalskie	-	-	-	34	1	21	-	-	1	4	-	-	-
41. Szczecińskie	-	-	-	35	-	4	-	1	16	4	-	-	-
42. Tarnobrzeskie	-	-	-	137	4	41	-	-	2	2	-	-	-
43. Tarnowskie	-	-	-	51	-	12	-	-	15	2	1	2	-
44. Toruńskie	-	-	-	41	-	5	-	1	20	1	-	-	-
45. Wałbrzyskie	-	-	-	5	-	12	-	4	15	-	-	-	-
46. Włocławskie	-	-	-	25	-	18	-	-	6	3	-	-	-
47. Wrocławskie	-	-	-	40	-	39	-	7	28	2	-	1	-
48. Zamojskie	-	-	-	40	-	7	-	-	-	-	-	-	-
49. Zielonogórskie	-	-	-	40	-	8	-	-	3	1	-	-	-

## Zachorowania zgłoszone w okresie 1-15.07.1998 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	5381	68	2052	154	134	13759	-	430	22	2002	5	390	45
1. St.warszawskie	231	-	418	4	11	740	-	5	-	144	1	2	2
2. Białkopodlaskie	24	-	12	-	-	26	-	6	-	14	-	3	-
3. Białostockie	123	-	42	5	7	240	-	20	-	41	1	16	1
4. Bielskie	148	-	74	8	2	350	-	-	-	56	-	2	1
5. Bydgoskie	68	-	14	3	2	246	-	20	22	103	-	23	-
6. Chełmskie	9	-	50	-	-	146	-	5	-	13	-	-	-
7. Ciechanowskie	62	-	13	3	1	177	-	8	-	12	-	2	-
8. Częstochowskie	198	2	57	-	-	253	-	11	-	20	-	7	-
9. Elbląskie	118	-	15	1	1	184	-	13	-	8	-	-	-
10. Gdańskie	113	3	12	5	1	465	-	9	-	96	-	11	1
11. Gorzowskie	110	-	9	-	4	519	-	13	-	22	-	13	-
12. Jeleniogórskie	84	-	15	-	-	285	-	7	-	19	-	6	-
13. Kaliskie	90	-	2	3	1	213	-	11	-	33	-	-	-
14. Katowickie	643	14	222	20	22	1116	-	40	-	98	-	15	4
15. Kieleckie	257	-	58	7	3	396	-	14	-	45	1	19	4
16. Konińskie	118	-	3	2	-	208	-	4	-	39	-	4	-
17. Koszalińskie	141	-	10	1	7	128	-	10	-	19	-	3	4
18. M.krakowskie	338	10	87	11	7	428	-	1	-	34	-	2	2
19. Krośnińskie	29	-	8	-	-	236	-	-	-	26	-	9	-
20. Legnickie	92	1	9	2	4	277	-	42	-	19	-	-	-
21. Leszczyńskie	73	-	9	4	3	188	-	1	-	13	-	-	-
22. Lubelskie	104	13	111	6	1	533	-	7	-	51	-	14	-
23. Łomżyńskie	9	-	4	2	5	52	-	9	-	15	-	-	-
24. M.łódzkie	132	-	35	5	1	532	-	10	-	20	-	148	1
25. Nowosądeckie	65	-	45	1	2	147	-	4	-	65	1	-	-
26. Olsztyńskie	69	-	22	2	-	367	-	6	-	49	-	3	-
27. Opolskie	209	-	11	8	1	314	-	-	-	30	-	1	7
28. Ostrołęckie	30	-	22	1	2	117	-	6	-	43	-	5	-
29. Piłskie	66	-	5	2	2	295	-	-	-	18	-	-	-
30. Piotrkowskie	109	4	39	3	6	475	-	23	-	17	-	3	1
31. Płockie	24	-	20	2	2	150	-	8	-	58	-	-	1
32. Poznańskie	276	1	32	2	5	392	-	7	-	46	-	8	-
33. Przemyskie	42	1	3	-	-	123	-	5	-	37	-	3	-
34. Radomskie	82	-	185	2	1	287	-	1	-	29	-	5	-
35. Rzeszowskie	79	-	6	1	-	373	-	7	-	27	-	4	-
36. Siedleckie	31	6	73	2	1	110	-	23	-	72	-	5	-
37. Sieradzkie	36	-	33	-	1	159	-	8	-	15	-	-	-
38. Skierniewickie	28	-	27	-	-	207	-	-	-	21	-	-	-
39. Słupskie	69	-	9	3	2	242	-	6	-	10	-	7	1
40. Suwalskie	28	2	4	2	2	107	-	6	-	41	-	2	9
41. Szczecińskie	186	7	30	2	7	360	-	8	-	67	-	-	-
42. Tarnobrzeskie	97	-	25	3	-	343	-	8	-	137	-	2	3
43. Tarnowskie	88	-	8	5	-	219	-	-	-	51	-	-	-
44. Toruńskie	45	2	12	-	4	86	-	29	-	42	-	5	-
45. Wałbrzyskie	111	-	21	11	4	152	-	2	-	6	-	17	-
46. Włocławskie	43	-	12	3	1	48	-	1	-	30	-	4	-
47. Wrocławskie	142	2	83	5	6	403	-	2	-	51	-	1	2
48. Zamojskie	31	-	24	1	-	133	-	1	-	40	-	5	-
49. Zielonogórskie	81	-	12	1	2	212	-	3	-	40	1	11	1

### Umieralność okołoporodowa i niemowląt w Polsce w 1996 roku

W roku 1996 urodziło się 431 tys. noworodków (o 5 tys. mniej niż w ubiegłym roku).

Odsetek małej masy urodzeniowej (poniżej 2500 g) noworodków żywo urodzonych wyniósł 6,4%. 6,8% noworodków żywo urodzonych pochodziło z porodów przedwczesnych (przed 37 tygodniem ciąży).

Współczynnik umieralności niemowląt wyniósł 12,2 na 1000 urodzeń żywych i był niższy od współczynnika z 1995 r. o 1,4. Spadek współczynnika umieralności niemowląt w 1996 r. nastąpił w wyniku:

- zmniejszenia się odsetka noworodków o małej masie urodzeniowej z 6,7% w 1995 r. do 6,4% w 1996 r.
- spadku swobodnego współczynnika umieralności niemowląt o masie urodzeniowej 500-999 g z 814,3 w 1995 r. do 781,6 w 1996 r.

**Tabela 1.** Podstawowe wskaźniki okołoporodowe w latach 1987-1996\*

Lata	Urodzenia żywe (l.bezwz.)	Urodzenia żywe pon.2500g (odsetki)	Umieralność okołoporodowa (na 1000 ur. ogółem)	Umieralność niemowląt (na 1000 ur. żywych)
1987	607.790	8,2 <sup>a</sup>	21,3	21,2
1988	589.938	8,0 <sup>a</sup>	20,1	19,9
1989	564.431	7,9 <sup>a</sup>	19,6	19,3
1990	547.720	8,4 <sup>a</sup>	19,5	19,4
1991	547.719	8,3 <sup>a</sup>	18,3	18,2
1992	515.214	8,1 <sup>a</sup>	17,4	17,5
1993	494.310	8,1 <sup>a</sup>	16,7	16,2
1994	481.285	7,2	16,8	15,1
1995	433.109	6,7	15,3	13,6
1996	428.203	6,4	13,9	12,2

<sup>a</sup> urodzenia żywe o masie poniżej 2501 g

**Tabela 2.** Umieralność niemowląt wg statystycznych przyczyn zgonów w latach 1992-1996 (na 100 tys. urodzeń żywych)

Nr klas. międzynarod. ICD-9	Przyczyna zgonu	1992	1993	1994 <sup>*</sup>	1995 <sup>*</sup>	1996 <sup>*</sup>
	Ogółem	1750,7	1620,0	1513,4	1360,2	1220,9
	Niezdolne do życia z oznakami życia	310,2	282,8	-	-	-
001-139	Choroby zakaźne i pasożytnicze	83,5	73,0	65,0	55,0	50,4
008-009	Zakażenia jelitowe	5,4	3,0	2,3	2,8	1,6
038	Posocznica	68,5	63,7	57,8	46,2	44,6
140-239	Nowotwory	7,2	6,7	6,0	7,9	5,8
240-279	Ch. gruczołów wydzielania wewnętrznego	6,8	5,1	6,6	6,2	4,7
280-289	Choroby krwi	3,5	3,2	2,7	1,2	0,9
320-389	Choroby układu nerwowego	36,1	32,4	25,8	23,1	19,4
390-459	Choroby układu krążenia	20,4	13,1	15,6	18,0	16,8
460-519	Choroby układu oddechowego	65,4	49,0	51,9	46,6	40,9
480-487	Zapalenie płuc i grypa	59,8	45,3	44,7	39,9	34,8
520-579	Choroby układu trawiennego	13,2	10,7	8,9	9,2	8,4
580-629	Choroby układu moczowo-płciowego	1,2	2,2	1,2	0,9	1,4
680-709	Choroby skóry	0,6	0,6	1,2	0,9	0,2
710-739	Choroby układu mięśniowo-kostnego	0,4	0,4	0,2	0,0	0,0
740-759	Wady rozwojowe wrodzone	434,6	401,2	396,2	388,4	362,0
760-779	Choroby okresu okołoporodowego	685,3	668,4	865,4	730,5	635,9
779	Nieokreślone stany	2,7	2,6	177,4	6,2	4,7
780-799	Stany niedokładnie określone	37,3	32,6	31,2	36,9	38,3
E800-E999	Zewnętrzne przyczyny urazów	45,2	38,6	35,3	35,3	31,8

**Tabela 3.** Umieralność niemowląt wg statystycznych przyczyn zgonów i masy urodzeniowej w 1996 roku

Nr klas. międzynarod. ICD-9	Przyczyna zgonu	Zgony niemowląt na 1000 urodzeń żywych			
		ogółem	o masie urodzeniowej		
			500-999g	1000-2499g	pow.2499g
	Ogółem	12,2	781,6	80,4	4,5
001-139	Choroby zakaźne i pasożytnicze	0,5	14,2	3,4	0,3
008-009	Zakażenia jelitowe	0,0	0,0	0,1	0,0
038	Posocznica	0,4	12,4	3,2	0,2
140-239	Nowotwory	0,1	0,0	0,1	0,1
240-279	Ch. gruczołów wydzielania wewnętrznego	0,0	0,0	0,2	0,0
280-289	Choroby krwi	0,0	0,0	0,0	0,0
320-389	Choroby układu nerwowego	0,2	2,4	0,9	0,1
390-459	Choroby układu krążenia	0,2	0,0	0,5	0,1
460-519	Choroby układu oddechowego	0,4	4,7	2,9	0,2
480-487	Zapalenie płuc i grypa	0,3	4,1	2,3	0,2
520-579	Choroby układu trawiennego	0,1	0,6	0,4	0,1
580-629	Choroby układu moczowo-płciowego	0,0	0,0	0,1	0,0
680-709	Choroby skóry	0,0	0,0	0,0	0,0
710-739	Choroby układu mięśniowo-kostnego	0,0	0,0	0,0	0,0
740-759	Wady rozwojowe wrodzone	3,6	40,1	25,0	2,1
760-779	Choroby okresu okołoporodowego	6,4	713,1	43,8	0,9
779	Nieokreślone stany	0,0	5,9	0,2	0,0
780-799	Stany niedokładnie określone	0,4	0,4	1,5	0,3
E800-E999	Zewnętrzne przyczyny urazów	0,3	0,3	1,1	0,2

**Tabela 4.** Umieralność niemowląt w latach 1992-1996 (współczynniki na 1000 urodzeń żywych)

Województwo	1992	1993	1994 <sup>/*</sup>	1995 <sup>/*</sup>	1996 <sup>/*</sup>
Ogółem	17,5	16,2	15,1	13,6	12,2
St.warszawskie	15,5	14,6	11,5	12,3	12,4
Białkopodlaskie	16,8	13,6	13,4	15,1	10,3
Białostocki	16,9	15,2	15,8	15,0	12,7
Bielski	16,9	14,5	14,5	13,7	13,4
Bydgoskie	22,9	19,2	18,6	15,4	13,6
Chełmskie	23,7	18,6	19,9	17,9	13,2
Ciechanowskie	17,2	14,3	13,1	15,8	14,1
Częstochowskie	17,0	15,4	19,7	17,0	11,3
Elbląskie	17,4	17,1	16,2	13,9	11,5
Gdańskie	17,5	13,8	16,8	13,4	12,5
Gorzowskie	18,9	18,3	15,7	12,7	12,4
Jeleniogórskie	17,6	17,4	14,7	14,4	14,7
Kaliskie	20,7	15,2	15,6	13,3	9,9
Katowickie	19,2	18,4	18,3	14,0	14,0
Kieleckie	14,8	14,8	13,6	11,4	12,6
Konińskie	16,7	18,0	13,8	11,6	9,9
Koszalińskie	16,2	13,5	16,9	14,4	13,0
M.krakowskie	15,9	14,2	15,0	11,8	10,6
Krośnieńskie	15,5	15,8	10,9	11,1	7,9
Legnickie	19,1	15,2	15,4	12,8	11,7
Leszczyńskie	18,4	13,9	17,9	11,6	7,8
Lubelskie	15,9	16,1	13,5	14,0	13,8
Łomżyńskie	21,3	18,1	15,9	14,1	11,2
M.łódzkie	18,7	20,6	18,8	15,5	13,7
Nowosądecki	14,2	17,6	12,5	15,0	12,0
Olsztyńskie	17,0	14,7	12,6	12,2	10,2
Opolskie	20,1	18,3	14,8	13,8	12,5
Ostrołęckie	16,5	13,7	11,6	11,2	12,9
Piłskie	17,3	17,2	17,6	15,2	12,3
Piotrowskie	16,1	12,7	14,9	9,9	10,2
Płockie	20,8	15,9	13,5	12,9	10,8
Poznańskie	16,3	13,5	14,4	12,4	12,8
Przemyskie	16,2	13,9	12,3	13,6	10,9
Radomskie	18,8	18,7	15,3	14,5	15,5
Rzeszowskie	14,8	13,8	12,6	10,9	12,5
Siedleckie	15,4	14,7	14,0	11,8	10,1
Sieradzkie	13,9	12,1	11,9	11,7	9,0
Skierniewickie	15,1	13,8	15,4	11,9	10,2
Słupskie	20,8	15,8	17,6	12,8	11,1
Suwalskie	15,9	17,6	15,7	15,5	10,8
Szczecińskie	17,7	19,3	13,8	17,5	13,1
Tarnobrzeskie	14,8	13,4	14,0	12,9	11,4
Tarnowskie	15,6	13,8	11,8	12,4	10,9
Toruńskie	21,5	18,1	18,0	13,5	12,4
Wałbrzyskie	19,3	21,5	16,9	17,1	13,3
Wrocławskie	21,3	18,5	16,9	13,9	13,9
Wrocławskie	18,6	19,4	16,5	16,3	14,5
Zamojskie	12,8	13,3	13,4	14,1	12,5
Zielonogórskie	18,3	16,5	13,6	12,6	9,5

- spadku swego współczynnika umieralności niemowląt o masie urodzeniowej 1000-1499 g z 346,2 w 1995 r. do 323,7 w 1996 r.
- stabilizacji swoistych współczynników umieralności niemowląt o masie urodzeniowej 1500-2499 g i powyżej 2499 g.

Zmniejszenie się liczby zgonów niemowląt obejmowało w zasadzie wszystkie najważniejsze przyczyny zgonów.

Współczynniki umieralności okołoporodowej wyniósł 13,9 na 1000 urodzeń i był niższy od współczynnika z 1995 r. o 1,4.

W 1996 r. istniało ponad półtorakrotne zróżnicowanie wojewódzkie częstości występowania małej masy urodzeniowej (od 5,0% w woj. białostockim do 8,5% w woj. łódz-

kim), 2-krotne zróżnicowanie umieralności niemowląt (od 7,8 zgonów na 1000 urodzeń żywych w woj. leszczyńskim do 15,5 w woj. radomskim) i ponad 2-krotne zróżnicowanie umieralności okołoporodowej (od 9,3 zgonów na 1000 urodzeń w woj. słupskim do 18,6 w woj. jeleniogórskim).

<sup>/\*</sup> od 1994 r. współczynniki obliczono zgodnie z definicją obowiązującą od 1 lipca 1994 r. (Dz.U.nr 56)

na podstawie danych GUS opracował zespół:  
prof.dr hab. Z. Brzeziński, dr J. Mazur, dr K. Szamotulska

## Sytuacja epidemiologiczna gruźlicy w Polsce w roku 1997

Sytuację epidemiologiczną gruźlicy w Polsce w roku 1997, podobnie jak w latach poprzednich, oceniono w oparciu o rutynowo stosowane w takich ocenach mierniki epidemiologiczne: zapadalność i chorobowość. W obecnej analizie nie oceniono umieralności z powodu gruźlicy ze względu na brak danych z GUS. Współczynniki obliczono w stosunku do 100.000 ludności. W nawiasach podano wartości z roku poprzedniego, tj. 1996. Dane porównawcze zestawiono w tabeli 1.

### Zapadalność na gruźlicę

Po okresie zahamowania a nawet wzrostu zachorowań na gruźlicę, jaki rejestrowano w Polsce w latach 1991-1993, począwszy od 1994 roku ponownie nastąpił spadek zapadalności na gruźlicę, a tempo tego spadku wzrasta. W roku 1997 zarejestrowano 13.967 zachorowań na gruźlicę, a współczynnik 36,1 (39,8) był o 9,3% niższy niż w roku poprzednim. Liczba nowych zachorowań zmniejszyła się o 1.391. Wśród zarejestrowanych chorych u 7.484 (8.087) uzyskano potwierdzenie bakteriologiczne diagnozy. Zapadalność na tę postać gruźlicy - 19,4 (21,0) - również zmniejszyła się znacząco - o 7,7%. Udział tej grupy chorych będących źródłem zakażenia dla innych utrzymuje się od lat na prawie niezmiennym poziomie - 53,6% (52,7%). W porównaniu z innymi krajami jest to odsetek niski. Wśród chorych prątkujących szczególnie znaczenie jako źródło zakażenia mają chorzy obficie prątkujący, to jest tacy, u których prątki stwierdza się w preparacie płwociny oglądanym pod mikroskopem - takich chorych było 4.117 (4.199) - współczynnik 10,7 (11,0). Udział tej grupy chorych, najważniejszej ze względu na transmisję zakażenia prątkiem, utrzymuje się od wielu lat na niskim poziomie - 29,5% (27,3%). Tak niski udział tej grupy chorych w ogólnej zachorowalności w porównaniu z innymi krajami jest wynikiem niskiej jakości badań bakteriologicznych w naszym kraju. Stan ten wymaga radykalnej poprawy.

Na konieczność działań w kierunku poprawy jakości badań bakteriologicznych wskazują również znaczne różnice w tym zakresie między województwami. Udział chorych na gruźlicę, u których diagnoza została potwierdzona w badaniu bakteriologicznym, wśród ogółu zarejestrowanych w roku 1997 wahał się od 31,3% w woj. ostrołęckim i 32,0% w woj. gorzowskim do 85,9% w woj. chełmskim i 81,3% w woj. krakowskim. Tak znaczne zróżnicowanie nie znajduje uzasadnienia w istniejącej sieci pracowni bakteriologicznych i ich dostępności.

Tak jak w latach poprzednich dominującą postacią gruźlicy była gruźlica układu oddechowego - 13.396 (14.761)

chorych - co stanowiło 95,9% (96,1%) ogółu zachorowań.

Gruźlicę pozapłucną zarejestrowano w 1997 roku u 571 (597) chorych - współczynnik zapadalności 1,4 (1,6). Jej udział w ogólnej zapadalności na gruźlicę wynosił 4,1%

(3,9%). Tak niski, w porównaniu z innymi krajami, odsetek gruźlicy pozapłucnej jest prawdopodobnie w znaczącym stopniu wynikiem niedorejestrowania tych chorych w następstwie ich niezgłaszania do rejestru przez leczących ich lekarzy różnych specjalności.

**Tabela 1.** Gruźlica w Polsce w latach 1997 i 1996. Zapadalność i chorobowość z powodu gruźlicy według województw (współczynniki na 100.000 ludności).

Województwo (St.- stołeczne M.- miejskie)	Zapadalność						Chorobowość (BK+)	
	ogółem		0-14 lat		15-19 lat		1997	1996
	1997	1996	1997	1996	1997	1996		
POLSKA	36,1	39,8	1,9	2,1	9,2	9,2	21,7	23,2
1. St.warszawskie	45,8	49,8	3,2	2,6	11,8	10,6	23,6	23,7
2. Białkopodlaskie	41,1	41,7	2,7	2,6	15,1	15,4	25,2	22,0
3. Białostockie	30,1	34,4	4,6	9,0	5,2	7,1	21,4	22,5
4. Bielskie	38,1	41,9	3,9	2,4	16,5	7,7	16,2	18,1
5. Bydgoskie	20,6	26,6	1,2	1,2	4,1	2,1	12,4	16,2
6. Chełmskie	36,9	39,6	-	1,7	17,8	9,1	32,1	28,0
7. Ciechanowskie	44,2	57,5	1,0	1,9	26,7	21,6	21,5	27,9
8. Częstochowskie	38,3	35,7	1,3	1,8	11,3	9,7	23,8	21,5
9. Elbląskie	42,3	48,8	0,9	0,8	8,9	15,7	17,8	20,1
10. Gdańskie	34,0	35,3	1,6	2,8	7,3	2,4	18,6	19,0
11. Gorzowskie	29,9	31,9	2,6	-	4,3	4,4	10,1	14,3
12. Jeleniogórskie	40,4	48,3	2,8	5,4	15,7	4,5	24,4	25,2
13. Kaliskie	33,1	37,4	6,0	1,8	6,5	9,8	17,4	17,0
14. Katowickie	45,5	47,1	1,7	2,6	10,9	10,5	28,0	30,4
15. Kieleckie	42,3	50,3	0,4	0,8	5,2	16,6	22,2	24,9
16. Konińskie	36,4	39,2	2,7	-	-	14,6	25,4	24,8
17. Koszalińskie	28,4	32,3	0,8	-	4,3	4,3	16,2	15,1
18. M.krakowskie	28,1	29,4	0,4	1,2	4,1	6,1	21,2	21,2
19. Krośnieńskie	27,5	41,6	1,6	1,6	8,8	22,2	18,1	24,4
20. Legnickie	35,0	32,8	0,9	0,8	10,3	16,6	27,8	24,6
21. Leszczyńskie	22,6	21,1	3,2	2,0	5,7	5,8	16,3	12,6
22. Lubelskie	37,6	46,4	4,2	3,1	11,4	5,7	23,2	26,5
23. Łomżyńskie	35,6	39,3	3,4	-	16,6	6,7	13,6	18,9
24. M.łódzkie	41,0	41,3	5,6	7,0	18,5	8,6	21,4	22,1
25. Nowosądeckie	40,4	40,3	0,5	0,5	7,5	7,6	18,6	20,7
26. Olsztyńskie	27,3	29,8	0,6	-	9,8	8,5	11,5	14,2
27. Opolskie	34,7	38,0	2,8	1,8	7,1	15,4	20,8	21,9
28. Ostrołęckie	44,3	42,1	1,0	-	5,5	8,5	15,6	12,4
29. Piłskie	23,4	21,4	-	-	4,4	4,4	19,3	15,1
30. Piotrkowskie	41,8	46,9	0,7	0,7	16,5	3,7	23,5	26,1
31. Płockie	40,7	42,2	-	1,7	13,8	22,9	26,1	26,1
32. Poznańskie	23,9	26,4	4,6	2,0	4,3	6,1	16,8	19,4
33. Przemyskie	40,4	36,4	-	1,0	2,8	22,3	29,6	26,7
34. Radomskie	43,4	42,2	-	1,7	13,4	13,5	27,6	29,2
35. Rzeszowskie	40,5	42,7	-	2,7	10,7	3,1	23,8	22,4
36. Siedleckie	58,2	63,5	1,3	3,1	6,9	7,0	35,5	39,7
37. Sieradzkie	55,7	43,6	2,2	2,2	12,0	9,1	31,5	28,1
38. Skierniewickie	42,0	45,3	2,2	2,2	11,5	2,9	25,2	20,5
39. Słupskie	25,9	30,0	1,0	-	5,2	5,3	10,3	15,7
40. Suwalskie	28,5	31,0	1,6	3,2	6,9	16,4	17,0	17,2
41. Szczecińskie	20,1	30,1	1,5	0,9	4,7	4,7	16,3	21,2
42. Tarnobrzeskie	41,1	39,9	0,7	4,2	7,7	9,7	22,3	22,6
43. Tarnowskie	25,8	36,7	2,3	2,3	8,2	9,9	8,9	13,2
44. Toruńskie	27,9	36,6	3,3	5,8	11,9	8,5	19,0	20,4
45. Wałbrzyskie	37,9	48,5	1,4	1,3	12,9	9,7	20,3	23,3
46. Włocławskie	29,4	37,9	2,0	5,0	8,2	13,6	19,8	20,2
47. Wrocławskie	28,5	36,2	0,9	1,3	5,3	5,4	15,7	20,3
48. Zamojskie	39,7	46,3	-	0,9	9,6	12,3	28,9	29,5
49. Zielonogórskie	25,1	30,4	3,3	1,3	8,2	5,0	16,1	14,3
Mężczyźni	49,6	54,9	1,8	2,2	9,0	9,2	.	.
Kobiety	23,4	25,4	2,0	2,0	10,4	9,1	.	.
Miasto	34,9	39,1	2,3	2,1	9,0	8,7	.	.
Wieś	38,2	40,8	1,8	2,1	9,6	10,0	.	.

Najczęstszymi postaciami gruźlicy pozapłucnej w roku 1997 podobnie jak w latach poprzednich były: gruźlica narządów moczowo-płciowych - 200 (222) chorych, gruźlica węzłów chłonnych obwodowych - 155 (128) oraz gruźlica kości i stawów - 101 (120) chorych. Na najgroźniejszą postać gruźlicy pozapłucnej - gruźlicze zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych i mózgu - zachorowały 23 (23) osoby, w tym 2 (1) dzieci do 14 roku życia i 1 (0) młodociany w grupie wieku 15-19 lat.

Podobnie jak w latach ubiegłych również w 1997 roku mężczyźni ponad dwukrotnie częściej chorowali na gruźlicę niż kobiety. Zarejestrowano 9.324 (10.320) mężczyzn - współczynnik 49,6 (54,9). Mężczyźni stanowili 66,8% (67,2) ogółu chorych. Zapadalność kobiet na gruźlicę - było ich 4.643 (5.038) - wynosiła 23,4 (25,4).

Utrzymuje się także wyższa zapadalność na gruźlicę mieszkańców wsi niż mieszkańców miast i wynosiła odpowiednio - 38,2 (40,8) na wsi i 34,9 (39,1) w mieście.

Ryzyko zachorowania na gruźlicę wzrasta wraz z wiekiem. Zapadalność na gruźlicę była relatywnie niska w grupie dzieci - 161 (180) zachorowań - współczynnik 1,9 (2,1), wzrastała w grupie młodocianych do 9,2 (9,2), by osiągnąć najwyższą wartość wśród ludzi w wieku 65 lat i więcej - 69,9 (77,3). Spadek zapadalności na gruźlicę wystąpił we wszystkich grupach wiekowych. Mimo tego spadku w dalszym ciągu utrzymuje się wysoki, w porównaniu z innymi krajami, odsetek młodych chorych w wieku 20-44 lat. Udział tych chorych tylko nieznacznie się zmniejszył i wynosił 38,6% w porównaniu z 39,7% w roku poprzednim.

W dalszym ciągu występują znaczące różnice w zapadalności na gruźlicę między województwami. W przekroju wojewódzkim zapadalność na gruźlicę wahała się od 20,1 (29,5) w woj. szczecińskim, do 58,2 (63,2) w woj. siedleckim. Poza woj. szczecińskim najniższą zapadalność na gruźlicę zarejestrowano w woj.woj.: bydgoskim - 20,6 (26,4), leszczyńskim - 22,6 (21,2), piłskim - 23,4 (21,5) i poznańskim - 23,9 (26,2). Najwięcej zachorowań poza woj. siedleckim wystąpiło w woj. sieradzkim - 55,7 (43,4), st. warszawskim - 45,8 (47,5), katowickim - 45,5 (46,8), ostrołęckim - 44,3 (42,2) i ciechanowskim - 44,2 (57,3). Wzrost zapadalności w porównaniu z rokiem poprzednim - wystąpił w 10 województwach, w pozostałych zarejestrowano spadek liczby rejestrowanych zachorowań. W niektórych województwach spadek ten był znaczący i przekraczał 15%

(bydgoskie, ciechanowskie, jeleniogórskie, szczecińskie, krośnieńskie, toruńskie, wałbrzyskie, wrocławskie, zielonogórskie, tarnowskie, wrocławskie). Tak znaczne wahania zapadalności nakazują wnikliwą ocenę sytuacji epidemiologicznej i realizacji podstawowych elementów programu zwalczania gruźlicy oraz oceny kształtowania się tej sytuacji w następnych latach w tych województwach. Pozwoli to dopiero stwierdzić, czy mamy do czynienia z rzeczywistym spadkiem zachorowań na gruźlicę czy jest on wynikiem niedostatecznego poziomu w zakresie wykrywania chorych na gruźlicę.

Mimo utrzymującego się trendu spadkowego w zapadalności na gruźlicę sytuacja epidemiologiczna w Polsce jest nadal poważna. Zapadalność na gruźlicę w Polsce jest nadal wysoka w porównaniu z naszymi sąsiadami: zachodnim i północnym. W 1996 roku zapadalność na gruźlicę w Niemczech wynosiła 14,4, w Czechach - 18,2, na Słowacji - 27,9. Gorszą sytuację rejestrowano u naszych sąsiadów północnych i wschodnich - w Rosji - 75,0, na Litwie - 70,0, na Białorusi - 54,1, na Ukrainie - 45,4. Najwyższą (i wzrastającą) zapadalność na gruźlicę w Europie zarejestrowano w Rumunii - 106,8.

### Chorobowość

Ocena obejmuje tylko grupę chorych prątkujących gdyż tylko oni uczestniczą w transmisji zakażenia prątkiem gruźlicy. Na dzień 31.XII.1997 roku w poradniach gruźlicy i chorób płuc było rejestrowanych 8.397 (8.946) chorych - współczynnik 21,7 (23,2). W grupie tej było 3.069 (3.456) chorych obficie prątkujących. Tak więc również w zakresie chorobowości rejestrowany był trend spadkowy.

Największą liczbę źródeł zakażenia w stosunku do liczby mieszkańców zarejestrowano w woj. siedleckim - 35,5 (39,7), chełmskim - 32,1 (28,0), sieradzkim - 31,5 (28,1).

Na relatywnie niskim poziomie utrzymywała się również liczba i odsetek chorych wydalających prątki odporne na co najmniej 1 lek przeciwpłukowy - w roku 1997 było takich chorych 469 (460), co stanowi 5,6% (5,1%) ogółu chorych prątkujących.

### Podsumowanie

W roku 1997 kontynuowany był trend spadkowy zapadalności na gruźlicę. Tempo tego spadku uległo przyspieszeniu. Znaczne wahania w rejestrowanej zapadalności na gruźlicę, jakie wystąpiły w wielu województwach, wymagają wnikliwej analizy przyczyn tego zjawiska, czy nie są one wynikiem zaniedbań w zakresie wykrywania chorych.

Radykalnej poprawy wymaga diagnostyka bakteriologiczna gruźlicy.

Podjęte zostały działania zmierzające do większej dyscypliny w zakresie zgłaszania nowych zachorowań - w tym zwłaszcza na gruźlicę pozapłucną.

Mimo poprawy Polska należy do krajów europejskich o wysokiej zapadalności na gruźlicę.

*dr Ireneusz Szczuka*  
*Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc*

### Cholera w 1997 roku

Nadal, ze wszystkich regionów świata, zgłaszano do WHO zachorowania na cholere wywołane przez *V.cholerae* 01 biotypu El Tor. Ogółem zgłoszono 147.425 przypadków zachorowań i 6.274 zgony, co było zbliżone do danych z

1996 r. - kiedy wystąpiło 143.349 zachorowań i 6.689 zgonów. Śmiertelność nadal wysoka uległa jednak zmniejszeniu do 4,3% (w 1996 r. 4,7%).

Cholere zarejestrowało 65 państw - w 1996 r. 71 państw - co oznacza spadek o 9%.

Najwięcej zachorowań i zgonów zgłoszono z terenu Afryki - odpowiednio 118.349 i 5.853 przypadki. Nasilenie cholery odnotowano pod koniec roku, co wiązano z wielkimi opadami deszczu i powodzią, przypuszczalnie spowodowanymi fenomenem El Niño. Epidemie cholery objęły całą Afrykę Wsch. i miały tendencje do szerzenia się na obszary centralne i południowe. Ogółem epidemie wystąpiły w 25 państwach Afryki (w 1996 r. - 27). Największe liczby zachorowań zanotowano w Tanzanii (40.249 przyp.), Gwinei Bissau (20.555), Kenii (17.200), Czadzie (8.801) i Mozambiku (8.739). Śmiertelność uległa obniżeniu z 5,7% w 1996 r. do 5,0% w 1997 r., a wahała się w granicach od 1,5% w Mauretanii do 16,9% w Republice Środkowoafrykańskiej.

W Amerykach liczba zachorowań zarejestrowanych w 1997 r. - 17.760 była niższa niż w 1996 r. o 28%, a liczba zgonów - 225 była niższa o 36%.

Najwięcej zachorowań nadal występowało w Brazylii i Peru, najwyższa zapadalność w Boliwii i Nikaragui. Śmiertelność wahała się od 0% do 2,8% w Nikaragui i 4,6% w Ekwadorze. Istnieją przesłanki wskazujące na możliwość nawrotu cholery na tym kontynencie w następnych latach.

W Azji w porównaniu z 1996 r. zarejestrowano wzrost zachorowań o 40%. Do WHO zgłoszono 11.293 przypadków zachorowań i 196 zgonów - (śmiertelność wyniosła 1,8%). Najwięcej zachorowań wystąpiło w Afganistanie (4.170), Indii (2.768) i Chinach (1.163). Liczba krajów zgłaszających cholere uległa zwiększeniu do 18 (w 1996 r. - 13).

Występowanie cholery wywołanej przez *V.cholerae* 0139, które od 1992 r. stwierdzono w 10 krajach południowo-wschodniej Azji, w 1997 r. ograniczyło się do Bangladeszu i zgłoszono tylko 1 przypadek importowany do Japonii. Nadal jednak istnieje możliwość, że *V.cholerae* 0139 będzie czynnikiem etiologicznym kolejnej pandemii.

W Europie zarejestrowano tylko 18 przypadków zachorowań importowanych (w tym 1 zgon) do sześciu państw: Anglii, Francji, Holandii, Niemiec, Rosji i Węgier.

### Szczepionki przeciw cholere

Osiągnięto znaczny postęp w opracowaniu nowych doustnych szczepionek przeciw cholere, a obecnie dyskutowane są zalecenia do ich stosowania.

Szczepionki doustne są bezpieczne, immunogenne, skuteczne i są już dostępne w niektórych krajach.

- Szczepionka zawierająca całe *V.cholerae* 01 oraz oczyszczony toksoid rekombinantu podjednostki B (WC/rBS) - stosowane są 2 dawki w odstępie 1 tygodnia - zapewnia odporność 85% do 90% osób przez 6 miesięcy.

- Wariant szczepionki WC/rB podjednostki, produkowany i badany w Wietnamie, o skuteczności ok. 66% przez 8 miesięcy.

- Żywa atenuowana doustna szczepionka o zmodyfikowanych cechach genetycznych ze szczepu *V.cholerae* 01 CVD 103-HgR. Pojedyncza dawka zapewnia 95% ochrony przeciw *V.cholerae* biotypu El Tor już po upływie 1 tygodnia. Szczepionka uzyskała licencję w Argentynie, Kanadzie, Finlandii, Peru, Filipinach i Szwajcarii.

Szczepionki WC/rBS i CVD 103-HgR są sprzedawane

w niektórych krajach dla użytku podróżnych.

Dyskutowano na forum WHO celowość stosowania szczepionek doustnych w obozach uchodźców. Stwierdzono, że w ostrej fazie zagrożenia, kiedy umieralność przekracza 1/10.000 dziennie, nie zaleca się stosowania szczepień, a kładzie nacisk na stosowanie podstawowych metod walki z epidemią.

Szczepienia mogą być korzystne w ustalonej fazie epidemii, lub dla osób przesiedlonych (uciekierów) ale przed rozpoczęciem migracji.

Stosowanie nowych szczepionek w zapobieganiu zachorowaniom endemicznym jest wciąż dyskusyjne.

na podstawie "Wkly Epid. Rec." (1998,27,201-208)  
opracowała D. Naruszewicz-Lesiuk

### **Pierwsze na świecie ognisko włośnicy u ludzi spowodowane przez *Trichinella pseudospiralis* wykryte w Tajlandii**

W kraju tym włośnica stanowi poważny problem zdrowotny głównie na północy. Od 1962 roku zarejestrowano w Tajlandii ogółem 3.000 przypadków, z których 85 zakończyło się zgonem. Najczęściej zachorowania powodowała *Trichinella spiralis*. W latach 1994-1995 w południowej części kraju, we wsi o nazwie Panwal, znajdującej się o 465 km. od Bangkoku, wystąpiło unikalne ognisko spowodowane przez *T.pseudospiralis*. Wieś jest otoczona pagórkowatym lasem. Miejscowa ludność zarabia na życie na plantacji kawy. Dzikie zwierzęta zabijane są okazjonalnie. W 1994 r. 13 listopada miejscowy myśliwy zabił dziką świnię i rozprowadził jej mięso między innych mieszkańców wsi. W grudniu okręgowa placówka służby zdrowia zgłosiła wystąpienie ogniska.

Ekipa, która udała się na teren ogniska w celu przeprowadzenia dochodzenia stwierdziła, że kliniczne objawy włośnicy, takie jak gorączka, biegunka, bóle mięśniowe, czy obrzęki mięśni, wystąpiły u 59 osób po spożyciu mięsa tej samej dzikiej świni. W ognisku zarejestrowano jeden zgon - 24-letniego mężczyzny. Z informacji uzyskanych od krewnych zmarłego wynikało, że przed spożyciem dużej porcji niegotowanej potrawy z mięsa dzikiej świni nie zdradzał żadnych objawów chorobowych. Na kilka dni przed śmiercią chory narzekał na silne bóle głowy, uogólnione bóle mięśni, ogólne rozbiecie i utrudnione oddychanie. Przedtem wystąpiła u niego wodnista biegunka, gorączka i osłabienie. Nieprzytomnego chorego zabrano do szpitala, gdzie wkrótce zmarł.

Dane epidemiologiczne i informacje kliniczne zbierano w ognisku od 15 do 17 marca. Dochodzeniem objęto 50 osób, wśród których znajdowało się 30 mężczyzn i 20 kobiet. Chorowały osoby w wieku od 17 do 70 lat (średni wiek ok. 38 lat). U wszystkich chorych wystąpiła eozynofilia ( $>500/\text{mm}^3$ ). Enzymy we krwi oznaczano przed i po leczeniu albendazolem oraz po upływie 1 roku od wystąpienia zachorowań. Z nasileniem objawów mięśniowych, trwających ponad cztery miesiące (obrzęki mięśni, bóle mięśniowe, osłabienie), związane było znaczne podwyższenie poziomów fosfokinazy kreatynowej oraz dehydrogenazy mleczanowej. U wszystkich chorych stwierdzono ponadto przeciwciała klasy IgG specyficzne dla włośni (badania wykonywano metodą ELISA). Rodzaj pasożyta określano za pomocą eksperymentalnego zakażenia myszy nieotorbionymi lar-

wami otrzymanymi z biopsji wykonanych u ludzi; analiza DNA larw pobranych od myszy wykazała, że czynnikiem etiologicznym była *Trichinella pseudospiralis*.

W przeciwieństwie do włośnicy spowodowanej przez inne rodzaje włośni (*T.spiralis*, *T.britovi*, *T.nativa*, *T.nelsoni*) zakażenie *T.pseudospiralis* jest nietypowe, ponieważ larwy mięśniowe nie powodują przekształcenia zakażonej komórki mięśniowej w komórkę osłaniającą. Nieotorbione larwy przenikają przez tkankę mięśniową, co może powodować przedłużenie czasu trwania objawów klinicznych. *T.pseudospiralis* jest rozpowszechniona w Ameryce Północnej, Azji i Australii. Wykrywano ten włośień u ptaków drapieżnych, torbaczy, dzikich psowatych i gryzoni. U ludzi stwierdzono dotąd jeden przypadek włośnicy spowodowanej przez *T.pseudospiralis*. Wystąpił on w Nowej Zelandii.

Opisywane ognisko jest pierwszym na świecie. Wszyscy chorzy mieszkańcy wsi spożywali "lahb" (kwaśne, przyprawione, niedogotowane mięso) i "nahm" (surową, fermentowaną potrawę podobną do kiełbasy). Po 2-7 dniach (średnio 4,3) u wszystkich chorych wystąpiła wodnista, czasem śluzowata biegunka. Inne objawy żołądkowo-jelitowe wystąpiły po 3-10 dniach (średnio 6,9) od momentu spożycia zakażonego mięsa. Większość (58%) chorych miało gorączkę w pierwszym tygodniu choroby, trwającą 3-7 dni (średnio 5,8). W późniejszym okresie wystąpiły objawy będące wynikiem migracji i inwazji mięśniowej larw. Do objawów tych należały: długotrwałe osłabienie, bóle głowy, obrzęki twarzy i powiek, bóle i osłabienie mięśni, mrowienie mięśni, obrzęki mięśni ramion, żuchwowych, naramiennych, grzbietu i łydek.

W skrawkach pobranych w trakcie biopsji mięśni stwierdzono (po barwieniu hematoksyliną i eozyną) obecność nieotorbionych larw przenikających przez włókna mięśniowe. W preparatach stwierdzono ponadto dużą ilość eozynofili, neutrofilii, komórek plazmatycznych i makrofagów otaczających tkankę mięśniową. Niektóre włókna mięśniowe zawierały kilka hipertroficznycy jąderek, a w części włókien ujawniły się zmiany obrzękowe i martwicze.

Nie udało się pobrać do badania mięsa podejrzanej świni. Interesujące jest, że wieśniacy podali resztki pochodzące z podejrzanej świni psu i dwóm kotom. Zwierzęta te miały obrzęki mięśni i padły w tydzień później.

na podstawie: S.Jongwutiwes et al. "First Outbreak of Human Trichinellosis Caused by *Trichinella pseudospiralis*" (Clin.Infect.Dis.,1998,26,111-115)

opracowała A.Przybylska

"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.