

Meldunek 2/A/99

o zachorowaniach na choroby zakaźne i zatruciach związkami chemicznymi zgłoszonych w okresie od 1.02 do 15.02.1999 r.

Jednostka chorobowa (symbole wg "Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych" ICD-10)	Meldunek 2/A		Dane skumulowane	
	1.02.99. do 15.02.99.	1.02.98. do 15.02.98.	1.01.99. do 15.02.99.	1.01.98. do 15.02.98.
Choroba wywołana przez ludzki wirus upośl.odp.: ogółem (B20-B24)	-	1	5	13
Dur brzuszny (A01.0)	-	-	-	-
Dury rzekome A.B.C. (A01.1-A01.3)	-	-	-	-
Salmonelozy: ogółem (A02)	340	478	1085	1528
Czerwonka bakteryjna /szigelozja/ (A03)	2	35	39	48
Inne bakteryjne zakażenia jelitowe: ogółem (A04)	119	130	312	354
Wiusowe i inne określone zakażenia jelitowe: ogółem (A08)	63	33	154	70
Biegunki u dzieci do lat 2: ogółem (A04; A08; A09)	549	519	1629	1483
w tym: BNO, prawdopodobnie pochodzenia zakaźnego (A09)	419	381	1279	1133
Teżec: ogółem (A33-A35)	-	2	-	2
Błonica (A36)	-	-	-	-
Krztusiec (A37)	24	201	99	616
Szkarlatyna /płonica/ (A38)	413	835	1248	2634
Zapalenie opon mózgowych: razem	98	89	257	313
w tym: meningokokowe (A39.0)	7	6	18	25
wywołane przez <i>Haemophilus influenzae</i> (G00.0)	5	4	11	11
inne bakteryjne, określone i nie określone (G00.1-G00.9)	48	30	105	102
wirusowe, określone i nie określone (A87; B00.3; B02.1)	29	39	100	142
inne i nie określone (G03)	9	10	23	33
Zapalenie mózgu: razem	22	7	62	44
w tym: meningokokowe i inne bakteryjne: ogółem (A39.8; G04.2)	2	1	10	11
wirusowe, przenoszone przez kleszcze (A84)	-	-	5	2
inne wirusowe, określone (A83; A85; B00.4; B02.0; B25.8)	3	1	7	4
wirusowe, nie określone (A86)	13	3	32	15
poszczepienne (G04.0)	-	-	-	-
inne i nie określone (G04.8-G04.9)	4	2	8	12
Riketsjozy: ogółem (A75-A79)	-	-	-	-
Ostre nagminne porażenie dziecięce (A80)	-	-	-	-
Ospa wietrzna (B01)	5474	10127	18325	31457
Odra (B05)	1	88	12	195
Różyczka: ogółem (B06; P35.0)	840	1874	2549	5591
Wirusowe zap. wątroby: typu A (B15)	44	95	177	341
typu B (B16; B18.0-B18.1)	148	165	388	524
typu C (B17.1; B18.2)	62	56	177	170
typu B+C (B16; B18.0-B18.1 + B17.1; B18.2)	9	1	16	16
inne i nieokreśl.(B17.0;B17.2-.8;B18.8-9;B19)	19	26	50	79
Świnka /nagminne zapalenie przyusznic/ (B26)	5999	8372	21324	26902
Włośnica (B75)	-	1	-	14
Świerzb (B86)	709	906	2001	2781
Grypa: ogółem (J10; J11)	816963	3457	1764105	9953
Bakteryjne zatrucia pokarmowe: razem	443	619	1335	1838
w tym: salmonelozy (A02.0)	339	476	1079	1520
gronkowcowe (A05.0)	-	29	-	33
jadem kiełbasianym /botulizm/ (A05.1)	6	2	12	7
wywołane przez <i>Clostridium perfringens</i> (A05.2)	-	-	-	-
inne określone (A05.3-A05.8)	26	17	28	21
nie określone (A05.9)	72	95	216	257
Zatrucia naturalnie toksycznym pokarmem: ogółem (T62)	-	1	1	3
w tym: grzybami (T62.0)	-	1	1	2
Inne zatrucia: ogółem (T36-T60; T63-T65)	416	324	807	1078
w tym: pestycydami (T60)	4	3	6	5
lekami, prep.farmakologicznymi i subst.biolog. (T36-T50)	234	170	468	579
alkoholem (T51)	94	48	148	208
Ostre porażenia wiotkie u dzieci (0-14 lat)	-	2	1	2

Zachorowania zgłoszone w okresie 1-15.02.1999 r. wg województw

Województwo	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 /szigelozą/ (A03)	Biegunki u dzieci do lat 2: ogółem (A04; A08; A09)	Teżec: ogółem (A33-A35)	Krzusiec (A37)	Szkarlatyna (A38)	Zapalenie opon mózgowych		Zapalenie mózgu	
										Ogółem (A39.0; A87; B00.3; B02.1; G00; G03)	w tym: meningokokowe (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	-	-	-	340	2	549	-	24	413	98	7	22	-
Dolnośląskie	-	-	-	22	-	32	-	5	38	8	-	1	-
Kujawsko-Pomorskie	-	-	-	26	-	53	-	-	24	7	1	2	-
Lubelskie	-	-	-	15	1	22	-	-	22	4	-	-	-
Lubuskie	-	-	-	8	-	10	-	-	3	2	1	-	-
Łódzkie	-	-	-	40	-	27	-	10	15	11	-	2	-
Małopolskie	-	-	-	21	-	31	-	-	39	6	-	1	-
Mazowieckie	-	-	-	55	-	79	-	3	56	17	1	8	-
Opolskie	-	-	-	5	-	1	-	-	23	3	-	-	-
Podkarpackie	-	-	-	9	-	30	-	-	14	5	1	3	-
Podlaskie	-	-	-	11	-	21	-	3	13	2	-	2	-
Pomorskie	-	-	-	20	-	29	-	-	11	10	1	-	-
Śląskie	-	-	-	33	-	49	-	3	91	4	1	1	-
Świętokrzyskie	-	-	-	15	1	33	-	-	5	1	-	-	-
Warmińsko-Mazurskie	-	-	-	15	-	42	-	-	22	6	-	-	-
Wielkopolskie	-	-	-	33	-	73	-	-	30	6	1	1	-
Zachodniopomorskie	-	-	-	12	-	17	-	-	7	6	-	1	-

Województwo	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)
				typu A (B15)	typu B: ogółem (B16; B18.0-1)	typu C: ogółem (B17.1; B18.2)							
POLSKA	5474	1	840	44	157	71	5999	-	709	816963	443	-	416
Dolnośląskie	398	-	46	5	10	6	430	-	35	42351	36	-	11
Kujawsko-Pomorskie	261	-	18	-	14	3	143	-	76	39224	34	-	13
Lubelskie	327	-	14	-	10	2	440	-	53	10536	20	-	20
Lubuskie	154	-	29	-	1	1	182	-	15	10285	21	-	10
Łódzkie	246	-	20	1	20	14	419	-	109	81140	41	-	232
Małopolskie	374	1	50	3	7	2	217	-	31	137778	25	-	8
Mazowieckie	510	-	263	2	21	12	736	-	55	172313	56	-	10
Opolskie	220	-	12	-	4	3	277	-	7	17367	5	-	2
Podkarpackie	258	-	31	1	7	-	393	-	55	17074	10	-	13
Podlaskie	298	-	56	-	1	-	252	-	45	20884	11	-	9
Pomorskie	258	-	26	2	9	4	355	-	7	44852	53	-	23
Śląskie	846	-	139	7	26	7	414	-	84	140152	42	-	4
Świętokrzyskie	327	-	24	-	6	5	260	-	25	15603	18	-	24
Warmińsko-Mazurskie	242	-	38	1	3	4	448	-	27	26559	15	-	3
Wielkopolskie	458	-	59	4	12	6	597	-	50	20415	34	-	10
Zachodniopomorskie	297	-	15	18	6	2	436	-	35	20430	22	-	24

Nowo wykryte zakażenia HIV obywateli polskich w 1998 roku wg województw ¹ i grup zakażonych

Województwo (St.- stołeczne M.- miejskie)	Grupa zakażonych							Razem		
	H-/Bi	N	D	P	He	Dz	Bd	liczba	%	liczba na 100 tys. ludności ²
POLSKA	36	354	18	2	21	5	202	638	100,0	1,7
1. St.warszawskie	6	18	2	-	-	2	23	51	8,0	2,1
2. Białkopodlaskie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3. Białostockie	2	8	-	-	-	-	2	12	1,9	1,7
4. Bielskie	-	12	-	-	1	-	6	19	3,0	2,1
5. Bydgoskie	-	3	-	-	-	1	2	6	0,9	0,5
6. Chełmskie	-	-	-	-	-	-	1	1	0,2	0,4
7. Ciechanowskie	1	-	1	-	-	-	-	2	0,3	0,5
8. Częstochowskie	-	3	1	-	-	-	6	10	1,6	1,3
9. Elbląskie	-	1	-	-	1	-	1	3	0,5	0,6
10. Gdańskie ³	6	7	2	-	3	-	9	27	4,2	1,8
11. Gorzowskie	2	5	1	-	-	-	1	9	1,4	1,8
12. Jeleniogórskie	1	10	-	-	-	-	1	12	1,9	2,3
13. Kaliskie	-	8	-	-	-	-	1	9	1,4	1,2
14. Katowickie	1	59	2	-	1	1	21	85	13,3	2,2
15. Kieleckie	-	1	-	-	1	-	1	3	0,5	0,3
16. Konińskie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
17. Koszalińskie	2	3	-	-	1	-	-	6	0,9	1,1
18. M.krakowskie	1	11	-	-	1	-	2	15	2,3	1,2
19. Krośnieńskie	-	-	1	-	-	-	-	1	0,2	0,2
20. Legnickie	-	6	-	-	-	-	1	7	1,1	1,3
21. Leszczyńskie	-	-	1	-	-	-	1	2	0,3	0,5
22. Lubelskie	-	8	-	-	1	1	1	11	1,7	1,1
23. Łomżyńskie	2	2	-	-	-	-	-	4	0,6	1,1
24. M.łódzkie	1	11	1	-	2	-	10	25	3,9	2,3
25. Nowosądeckie	-	-	-	1	-	-	5	6	0,9	0,8
26. Olsztyńskie	-	2	-	-	1	-	2	5	0,8	0,6
27. Opolskie	-	13	-	-	-	-	1	14	2,2	1,4
28. Ostrołęckie	-	1	-	-	-	-	-	1	0,2	0,2
29. Piłskie	-	2	-	-	-	-	1	3	0,5	0,6
30. Piotrkowskie	-	7	-	-	-	-	1	8	1,2	1,2
31. Płockie	-	2	1	-	-	-	-	3	0,5	0,6
32. Poznańskie	1	-	-	-	-	-	3	4	0,6	0,3
33. Przemyskie	-	-	-	-	-	-	1	1	0,2	0,2
34. Radomskie	-	3	-	-	-	-	-	3	0,5	0,4
35. Rzeszowskie	-	4	-	-	-	-	1	5	0,8	0,7
36. Siedleckie	1	-	-	-	-	-	4	5	0,8	0,8
37. Sieradzkie	-	1	-	-	-	-	1	2	0,3	0,5
38. Skierniewickie	-	-	-	-	1	-	-	1	0,2	0,2
39. Słupskie	-	3	-	-	1	-	2	6	0,9	1,4
40. Suwalskie	-	6	-	-	-	-	-	6	0,9	1,2
41. Szczecińskie	1	7	1	-	2	-	3	14	2,2	1,4
42. Tarnobrzeskie	1	-	-	-	-	-	-	1	0,2	0,2
43. Tarnowskie	-	-	1	-	-	-	1	2	0,3	0,3
44. Toruńskie	-	12	-	-	-	-	5	17	2,7	2,5
45. Wałbrzyskie	-	6	2	-	-	-	5	13	2,0	1,8
46. Włocławskie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
47. Wrocławskie	-	30	1	-	1	-	6	38	6,0	3,3
48. Zamojskie	-	4	-	-	-	-	2	6	0,9	1,2
49. Zielonogórskie	1	6	-	-	-	-	8	15	2,3	2,2
Brak danych	6	69	-	1	3	-	60	139	21,8	x

¹ rejestrowanie wg miejsca zamieszkania; H-/Bi - homo- i biseksualiści; N - zakażeni w związku ze stosowaniem środków odurzających; D - kandydaci na krwiodawców; P - osoby trudniące się prostytutką; He - zakażeni drogą kontaktów heteroseksualnych; Dz - dzieci; Bd - brak danych,

² ludność - stan w dniu 30.06.1998 r.; dane GUS, ³ jeden kandydat na krwiodawcę zakażył się stosując środki odurzające we wstrzyknięciach, o pozostałych brak danych o drodze zakażenia.

Sytuacja zdrowotna ludności w Polsce i w innych krajach europejskich (1)

Z końcem 1998 roku w serii "Informacje i opracowania statystyczne" wydawanej przez Główny Urząd Statystyczny ukazało się opracowanie Alicji Zajenkovskiej-Kozłowskiej "Porównanie sytuacji zdrowotnej ludności Polski i wybranych krajów europejskich w 1996 r." Poniżej podane zostaną najbardziej istotne informacje z tej publikacji, wybrane po dokonaniu analizy przedstawionych w niej danych statystycznych, potrzebne w pracy epidemiologów zatrudnionych w stacjach sanitarno-epidemiologicznych. Nie będą cytowane komentarze zamieszczone w publikacji.

Autorka podała informacje dla 36 wybranych krajów europejskich w podziale na:

- kraje Europy Środkowej - 11 krajów (Albania, Bośnia i Hercegowina, Bułgaria, Chorwacja, Czechy, Macedonia, Polska, Rumunia, Słowacja, Słowenia, Węgry), których ludność liczyła łącznie 111.487 tysięcy,
- kraje Europy Wschodniej - 7 krajów (Białoruś, Estonia, Litwa, Łotwa, Mołdawia, Rosja, Ukraina), których ludność liczyła łącznie 219.656 tysięcy,
- kraje Unii Europejskiej - 15 krajów (Austria, Belgia, Dania, Finlandia, Francja, Grecja, Hiszpania, Holandia, Irlandia, Luksemburg, Niemcy, Portugalia, Szwecja, Wielka Brytania, Włochy), których ludność liczyła łącznie 372.161 tysięcy,
- kraje EFTA (wybrane) - 3 kraje (Islandia, Norwegia, Szwajcaria), w których ludność liczyła łącznie 11.380 tysięcy.

Łącznie w krajach, skąd przytoczono dane, zamieszkiwało w 1996 roku 614.345 tysięcy ludności.

W 1996 roku ludność Polski liczyła 38.618 tysięcy, tj. 6,3% ludności Europy, a 33,6% ludności Europy Środkowej. Ludność w wieku do lat 14 stanowiła w Polsce w 1996 r. 22,2% ogólnej liczby ludności. Wyższy odsetek notowała jedynie Mołdawia (25,7%), Macedonia (24,2%), Słowacja (22,6%). Ludność w wieku 65 lat i więcej stanowiła 11,33%. Niższy odsetek notowała jedynie Macedonia (8,87%), Mołdawia (9,09%), Słowacja (10,88%).

Polska jest największym krajem w Europie Środkowej. Trzy poza Polską największe kraje Europy Środkowej to: Rumunia (22.608 tys.), Czechy (10.315 tys.), Węgry (10.174 tys.). Wśród 36 krajów europejskich wyższą liczbą ludności od Polski legitymowało się w 1996 roku 7 krajów: Rosja (146.538 tys.), Niemcy (81.661 tys.), Wielka Brytania (58.606 tys.), Francja (58.138 tys.), Włochy (57.380 tys.), Ukraina (50.859 tys.), Hiszpania (39.220 tys.). Poza Europą Środkową 3 największe kraje o liczbie ludności niższej od Polski to: Holandia (15.531 tys.), Grecja (10.454 tys.), Białoruś (10.264 tys.).

Przytoczone informacje dotyczą demografii, zachorowań i zgonów z powodu wybranych chorób oraz służby zdrowia. Informacje demograficzne podane zostaną poniżej, natomiast dotyczące zachorowań i zgonów w "Meldunku" 2/B.

Informacje demograficzne

Współczynnik urodzeń żywych na 1.000 ludności dla Polski w 1996 r. wynosił 11,09 (w 1980 r. - 19,56; w 1990 r. - 14,37). Wśród krajów Europy Środkowej wyższy współczynnik notowały: Albania (22,19), Macedonia (15,84), Chorwacja (11,98); a wśród innych krajów europejskich: Islandia (16,76), Irlandia (13,90), Luksemburg (13,69), Dania (13,35), Francja (12,52), Wielka Brytania (12,49), Finlandia

(12,35), Holandia (12,17), Mołdawia (11,99), Szwecja (11,71). Kraje o najniższym współczynniku urodzeń w 1996 roku to: Łotwa (7,94), Bułgaria (8,63), Czechy (8,77), Rosja (8,90).

Współczynnik (surowy) zgonów na 1.000 ludności w 1996 r. w Polsce wynosił 9,98 (w 1980 r. - 9,84, w 1990 r. - 10,19). Wśród krajów Europy Środkowej wyższy współczynnik notowały: Węgry (14,22), Rumunia (12,66), Chorwacja (10,93), Bułgaria (10,58); a wśród pozostałych krajów europejskich: Ukraina (15,27), Rosja (14,21), Białoruś (13,93), Łotwa (13,78), Estonia (12,94), Dania (12,08), Mołdawia (11,58), Litwa (11,56), Wielka Brytania (11,01), Niemcy (10,83), Szwecja (10,61), Portugalia (10,48), Austria (10,02). Kraje o najniższym współczynniku zgonów w 1996 roku to: Czechy (8,10), Holandia (8,78), Luksemburg (9,03).

Współczynnik zgonów niemowląt na 1.000 urodzeń żywych w 1996 roku w Polsce wynosił 12,21 (w 1980 r. - 21,18; w 1990 r. - 15,95). Wśród krajów Europy Środkowej wyższy współczynnik notowały: Rumunia (22,30), Macedonia (16,40), Słowacja (12,57); a wśród pozostałych krajów europejskich: Mołdawia (20,65), Rosja (17,50), Łotwa (15,92), Ukraina (14,51), Białoruś (12,53). Kraje o najniższym współczynniku zgonów niemowląt na 1.000 urodzeń żywych to: Finlandia (3,98), Szwecja (4,03), Luksemburg (4,06).

Odsetek urodzeń żywych z wagą urodzeniową mniejszą niż 2.500 g wynosił w Polsce w 1996 roku 6,44% (w 1980 r. - 7,58%, w 1990 r. - 8,05%). Wśród krajów Europy Środkowej wyższy współczynnik notowały: Macedonia (11,10%), Bułgaria (9,10%), Rumunia (9,00%), Słowacja (6,90%); a wśród pozostałych krajów europejskich: Wielka Brytania (7,20%), Grecja (6,80%). Kraje o najniższym odsetku to: Luksemburg (4,10%), Estonia (4,27%), Litwa (4,30%), Finlandia (4,40%), Norwegia (4,60%).

Przeciętne dalsze trwanie życia dla noworodków płci męskiej w 1996 roku w Polsce wynosiło 68,12 lat (w 1980 r. 66,01; w 1990 r. - 66,51). Wśród krajów Europy Środkowej najdłuższy okres notowała Słowenia (71,20), a krótszy od Polski - Rumunia (65,13) i Węgry (65,29). Wszystkie kraje Europy Wschodniej notowały krótszy od Polski okres, wynoszący między 59,77 dla Rosji, a 65,06 dla Litwy. Wszystkie kraje Unii Europejskiej notowały dłuższy od Polski okres, wynoszący między 71,31 dla Portugalii, a 76,34 dla Szwecji. Dla krajów EFTA brak danych za 1996 rok. W 1990 roku okres ten wynosił między 73,49 dla Norwegii, a 75,62 dla Islandii.

Przeciętne dalsze trwanie życia dla noworodków płci żeńskiej w 1996 roku w Polsce wynosiło 76,57 lat (w 1980 r. - 74,44; w 1990 r. - 75,49). Okres ten był dłuższy od okresu dla płci męskiej o 8,45 lat. Wśród krajów Europy Środkowej najdłuższy okres notowała Słowenia (79,07), a krótszy od Polski - Rumunia (72,85), Macedonia (74,91), Węgry (74,66). Wszystkie kraje Europy Wschodniej notowały krótszy od Polski okres, wynoszący między 70,40 dla Mołdawii, a 76,14 dla Litwy. Wszystkie kraje Unii Europejskiej notowały dłuższy od Polski okres, wynoszący między 77,94 dla Danii, a 81,78 dla Szwecji. Dla krajów EFTA brak danych za 1996 rok. Za 1990 rok okres ten wynosił między 80,00 dla Norwegii, a 81,02 dla Szwajcarii.

Różnica między przeciętnym dalszym trwaniem życia dla noworodków płci żeńskiej a płci męskiej wynosiła w 1996 r. w Polsce 8,45 lat (w 1980 r. - 8,43; w 1990 r. - 8,98). Wśród krajów Europy Środkowej wyższa różnica występowała jedynie na Węgrzech (9,37), a krajami o najniższej różnicy były Czechy (4,52), Chorwacja (7,10), Rumunia (7,72). Różnica ta we wszystkich krajach Europy Wschod-

niej z wyjątkiem Mołdawii (7,44) była wyższa niż dla Polski i wynosiła od 12,75 dla Rosji do 10,55 dla Białorusi, natomiast we wszystkich krajach Unii Europejskiej była niższa niż dla Polski i wynosiła od 7,47 dla Luksemburga do 5,16 dla Danii.

Standaryzowany¹ współczynnik zgonów ogółem na 100.000 ludności w 1996 roku dla Polski wynosił 1.048,3 (w 1980 r. - 1.163,6; w 1990 r. - 1.123,4). Wśród krajów Europy Środkowej był on wyższy w Rumunii (1.285,9), na Węgrzech 1.233,2), w Macedonii (1.076,4), w Słowacji (1.058,8); a niższy w Słowenii (864,3), w Czechach (970,3) i w Chorwacji (985,8). Kraje Europy Wschodniej notowały wyższy od Polski współczynnik zgonów, wynoszący od 1.541,7 dla Mołdawii do 1.095,9 dla Litwy. Wszystkie kraje Unii Europejskiej notowały niższy od Polski współczynnik zgonów, wynoszący od 877,5 dla Portugalii do 700,5 dla Grecji. Dla krajów EFTA brak danych za 1996 rok. Za 1990 rok współczynnik ten wynosił od 774,1 dla Norwegii, do 675,5 dla Islandii.

Różnica między standaryzowanym współczynnikiem zgonów ogółem mężczyzn i kobiet. Standaryzowany współczynnik zgonów na 100.000 mężczyzn wynosił w Polsce w 1996 r. 1.397,4 (w 1980 r. - 1.537,2; w 1990 r. - 1.516,2), a na 100.000 kobiet w 1996 r. 786,5 (w 1980 r. - 889,6; w 1990 r. - 832,8). Standaryzowany współczynnik zgonów mężczyzn w Polsce w 1996 r. był wyższy od współczynnika zgonów kobiet o 77,7% (w 1980 r. o 72,7%; w 1990 - 82,1%). Wśród krajów Europy Środkowej najwyższą różnicę notowały Węgry (83,9%) oraz Słowenia (80,2%), najniższą - Macedonia (38,8%), Czechy (69,2%). Wśród krajów Europy Wschodniej różnicę mniejszą niż Polska notowała Mołdawia (56,0%) i Białoruś (73,5%). Pozostałe kraje wykazywały różnicę wyższą niż Polska - najwyższą Łotwa (103,7%), Rosja (103,3%), Estonia (102,7%). Dwa kraje Unii Europejskiej wykazywały różnicę wyższą niż Polska, tj. Luksemburg (85,7%) i Finlandia (80,9%). Pozostałe kraje wykazywały odsetki niższe niż Polska, najniższe Grecja (48,1%), Dania (52,1%), Wielka Brytania (56,2%).

Podsumowanie: Jak wynika z analizy przytoczonych w opracowaniu danych demograficznych, na które wpływ ma stan zdrowia populacji, można wyrazić ogólną opinię, bez wchodzenia w szczegóły, że kraje Unii Europejskiej były w 1996 roku w bardziej korzystnej sytuacji niż kraje Europy Środkowej, a kraje Europy Wschodniej w mniej korzystnej sytuacji. Wśród krajów Europy Środkowej Polska zajmowała pod tym względem pozycję przeciętną.

Ciąg dalszy w "Meldunku" 2/B.

¹ Dla Bośni i Hercegowiny, Belgii oraz Szwajcarii, skąd brak było danych o liczbie ludności w 1996 r., przyjęto liczbę ludności z 1990 roku.

² Przy standaryzacji współczynników przyjęto następującą strukturę wieku ludności opracowaną przez WHO dla krajów europejskich i zalecaną do stosowania w porównaniach międzynarodowych: 0 lat - 1.600; 1-4 - 6.400; dla kolejnych pięcioletnich grup wieku od grupy 5-9 lat do grupy 50-54 lata - 7.000; 55-59 - 6.000; 60-64 - 5.000; 65-69 - 4.000; 70-74 - 3.000; 75-79 - 2.000; 80-84 - 1.000; 85 lat i więcej - 1.000.

wybrał i opracował Wiesław Magdzik

Błonica w Kopenhadze

W grudniu 1998 roku w Danii zanotowano dwa przypadki zachorowań na błonicę, w tym jeden śmiertelny.

6 grudnia 23-letnia kobieta została przyjęta do szpitala

w stanie bardzo ciężkim z niewydolnością wielu narządów, łącznie z zapaleniem mięśnia sercowego. Następnego dnia pacjentka zmarła. Jej choroba rozpoczęła się dwa tygodnie wcześniej bólem gardła. Rozpoznano wówczas paciorkowcowe zapalenie gardła i leczono antybiotykami. W surowicy krwi pobranej od chorej 7 grudnia stwierdzono wysoki poziom przeciwciał błoniczych. Z wywiadu wynika, że nigdy nie była szczepiona przeciwko błonicy z powodu uszkodzenia mózgu na skutek zapalenia opon mózgowych, które przechodziła w wieku 3 miesięcy.

Dwa tygodnie później zachorował 18-letni brat zmarłej kobiety. Choroba rozpoczęła się podobnie, bólem gardła. 23 grudnia mężczyzna został przyjęty do szpitala. Badania wykazały obrzęk szyi, obecność tkanki martwiczej w migdałkach, tylna ściana gardła i krtań pokryte były szarym nalotem. Podejrzewano błonicę lub paciorkowcowe zapalenie gardła. Rozpoczęto leczenie antybiotykami oraz antytoksyną błoniczą. 27 grudnia z materiału pobranego od pacjenta wyhodowano toksynogeny szczep *Corynebacterium diphtheriae*.

Rodzina twierdziła, że mężczyzna był szczepiony w dzieciństwie przeciw błonicy trzykrotnie, zgodnie z obowiązującym kalendarzem szczepień, ale brak było odpowiedniej dokumentacji. Członkowie rodziny oraz osoby ze ścisłego kontaktu zostały powiadomione o objawach choroby, pobrano od nich wymaz z gardła oraz podano profilaktycznie antybiotyk (Zitromax 500 mg przez 3 dni). Poza tym osoby, które nie były szczepione przeciw błonicy przez ostatni rok otrzymały dawkę przypominającą anatoksyny błoniczej. Nie wiadomo w jaki sposób doszło do zakażenia 23-letniej mieszkanki Kopenhagi. W ostatnim czasie nikt z rodziny ani osób z najbliższego kontaktu nie wyjeżdżał za granicę. Ostatni pojedynczy przypadek błonicy zanotowano w Danii w 1985 roku. Zachorowała wówczas 8-letnia dziewczynka, u której stwierdzono braki w szczepieniu.

W Danii, podstawowe szczepienia przeciw błonicy (bez dawek przypominających) wprowadzono w latach 50. W 1996 roku, w odpowiedzi na epidemię błonicy w byłym Związku Radzieckim wprowadzono dawkę przypominającą szczepionki DT dla dzieci 5-letnich oraz zaczęto stosować szczepionkę DT w profilaktyce teżca u zranionych osób i u ludzi wyjeżdżających za granicę.

na podstawie "EPI-News Denmark" (1999,1)
opracowała Anna Fordymacka

Komentarz

1. Informacja o 2 zachorowaniach na błonicę w Kopenhadze w Danii zasługuje na uwagę z dwóch względów. Po pierwsze potwierdza istnienie "dziury" immunologicznej w odporności przeciw błonicy u młodych dorosłych w Danii. W kraju tym dopiero w 1996 roku wprowadzono dawki przypominające szczepionki DT u 5-letnich dzieci jako reakcję na epidemię błonicy w Rosji i innych republikach post-radzieckich. Dawne dane z Statens Seruminstytut (Scheibel i in.) sugerowały, że silne uodpornienie podstawowe jest wystarczające do utrzymania długoletniej odporności antytoksycznej, a dawki przypominające nie są konieczne. Jednak wyniki badań przeprowadzonych później wykazały, że poszczepienna odporność zanika szybciej niż sądzono uprzednio. Po drugie, jest to incydent błoniczy w kraju gdzie ostatni przypadek błonicy notowano przed 13 laty (w 1985 roku). Pojawienie się zachorowań na błonicę u osoby 18 i 23-letniej, które nigdy nie wyjeżdżały z kraju, sugeruje krążenie toksykogennych maczugowców błonicy w Danii, a

przynajmniej w Kopenhadze.

2. Dr Charles Vitek z Narodowego Programu Szczepień w CDC informuje o następującej sprawie: W trakcie badania (post release) stabilności szczepionki DTaP produkcji amerykańskiej (DTP z bezkomórkowym składnikiem krztuścowym) stwierdzono sub-normatywną siłę składnika błoniczego. Inkryminowana seria DTaP nr 0916490 została zwolniona do obrotu w 1998 roku i duże liczby dzieci były szczepione podstawowo tą serią. CDC przygotowuje zalecenie aby dzieci, które otrzymały 2 lub 3 iniekcje inkryminowaną serią, oczekują na czwartą dawkę wspomagającą w drugim roku życia oraz **planują wyjazd do krajów o wysokim ryzyku infekcji błoniczej**, zostały **dotychczas** zaszczepione szczepionką DT (lub DTaP gdy są to dzieci w wieku powyżej 12 miesięcy i upłynęło więcej niż 6 miesięcy od trzeciej dawki). Lista krajów o wysokim ryzyku błonicy obejmuje Rosję i wszystkie kraje post-radzieckie, kraje Afryki na południe od Sahary, niektóre kraje azjatyckie (Indie, Indonezja, Pakistan, Bangladesz, Nepal i inne). Polska, jak również inne kraje europejskie, nie należy do krajów o wysokim ryzyku błonicy.

Informacja ta zasługuje na uwagę, gdyż może to być pierwszy sygnał o słabszej sile składnika błoniczego i tężcowego w szczepionkach DTP z bezkomórkową szczepionką krztuścową. Mechanizm takiego osłabienia mógłby polegać na tym, że bezkomórkowy składnik krztuścowy w szczepionce DTaP wykazuje słabsze działanie adiuwancyjne na składniki toksoidowe niż to miało miejsce w szczepionce DTP zawierającej pełnokomórkową szczepionkę krztuścową.

Prof. dr Artur Gałązka

Wprowadzanie w Europie systemu zgłaszania zakażeń HIV

Od początku epidemii AIDS, monitorowanie jej w zachodniej Europie opierało się przede wszystkim na zgłaszaniu zachorowań na AIDS. Natomiast w krajach wschodniej części Europejskiego Regionu WHO oficjalnie zgłaszano zarówno zachorowania na AIDS jak i zakażenia HIV. Obecna sytuacja zakażeń HIV w Europie wschodniej wyraźnie wskazuje, że istniejący system nadzoru nad AIDS nie wykrywa nowo powstających epidemii zakażeń HIV, które wystąpiły na Białorusi, w Kazachstanie, Rosyjskiej Federacji, Republice Mołdowie i na Ukrainie. We wszystkich tych krajach liczba zgłaszanych zachorowań na AIDS pozostaje względnie niska. Natomiast liczba zgłaszanych zakażeń HIV jest niezwykle wysoka, jeśli porównać ją z liczbą zakażeń zgłoszonych w latach 1987-1994. System zgłaszania zachorowań na AIDS rozpoznaje tylko te zakażenia HIV, które wystąpiły średnio przed 10 laty. Chociaż nadzór nad AIDS na poziomie europejskim był dobrze zorganizowany i w przeszłości użyteczny, nie jest on użyteczny nadal, szczególnie jeśli chodzi o współczesny dostęp do skutecznego leczenia zakażenia HIV, które wydłuża okres wylegania AIDS ponad znany jako przeciętny okres 10 lat.

WHO/UNAIDS/EU Collaborating Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS (Ośrodek paryski) jest bardzo aktywny w prowadzeniu systemu nadzoru nad zakażeniami HIV w Europie. Ocenia on badania w kierunku zakażenia HIV i systemy zgłaszania zakażenia HIV (raport Ośrodka z kwietnia 1998 r.) oraz zwołał spotkanie grupy roboczej w celu ustalenia technicznych zaleceń, dotyczących

wprowadzania europejskiego systemu zgłaszania zakażeń HIV (projekt raportu Ośrodka z października 1998 r.)

Przyjęto, że jako minimum powinny być zgłaszane następujące kluczowe zmienne: kraj zgłaszający zakażenie, rok urodzenia i płeć zakażonego, sposób przeniesienia zakażenia, data zgłoszonego dodatniego wyniku badania w kierunku HIV, data raportu krajowego, poprzedni dodatni wynik badania w kierunku zakażenia HIV, data pierwszego dodatniego wyniku badania w kierunku zakażenia HIV, prawdopodobny rok zakażenia, stadium kliniczne, typ HIV, data rozpoznania AIDS, czy pacjent żyje czy zmarł oraz data zgonu.

Zgodzono się, że powinno się prosić o dane zagregowane za rok 1997 i 1998 z krajów, które nie mogą (z powodów technicznych lub innych) dostarczyć danych indywidualnych lub wyeliminować podwójne zgłaszanie. Zgodzono się także pomóc w komputeryzacji bazy danych epidemiologicznych niektórych krajów wschodniej Europy, szczególnie Ukrainy i Białorusi, w których gwałtowny wybuch epidemii HIV utrudnia właściwą epidemiologiczną analizę zgłoszonych zakażeń HIV. Wszystkie kraje Regionu zostaną zaproszone i zachęczone do uczestniczenia - na zasadzie dobrowoli - w pierwszej fazie pilotowej wprowadzania systemu zgłaszania zakażeń HIV.

Aby zagwarantować poufność, zakażenia HIV będą zgłaszane bez personalnych identyfikatorów (poza płeć i rokiem urodzenia). Dlatego nie zostaną zidentyfikowane podwójne zgłoszenia z różnych krajów.

Do zgłaszania zakażeń HIV utworzone zostaną dwie odrębne bazy danych: indywidualnych zgłoszeń i danych zagregowanych. Ponieważ krajowe bazy danych o zakażeniach HIV i AIDS są nie zawsze połączone, baza danych o AIDS nie zostanie zmieniona. W nawiązaniu do zastosowanej definicji przypadku, łączenie zakażeń HIV (zgłoszonych w stadium poprzedzającym AIDS) i zachorowań na AIDS nie zgłoszonych uprzednio jako zakażenia HIV, będzie prowadzone na poziomie krajowym.

Kraje zostaną poproszone o dane w lutym 1999 r. Te z krajów, które podadzą tylko dane zagregowane, poprosi się o informacje ponownie w maju i czerwcu 1999 roku. Po zakończeniu fazy pilotowej będzie się prosiło o dane regularnie dwukrotnie w roku. Baza danych indywidualnych będzie uaktualniana, przy czym będzie się podawało nową pełną wersję danych przy każdym uaktualnieniu. Będzie się prosiło o dane zagregowane w co najwyżej sześciomiesięcznych odstępach.

Planuje się, że do października 1999 r. zostanie udostępniona końcowa analiza fazy pilotowej i zostaną sformułowane zalecenia co do utrzymania europejskiego systemu nadzoru nad zakażeniem HIV.

*na podstawie "Comm.Dis.Rep." (1998,19,1-2)
opracowała Wanda Szata*

Czynniki wpływające na pojawianie się chorób pochodzenia pokarmowego

Ocenia się, że w Stanach Zjednoczonych choroby pochodzenia pokarmowego występują u 6-80 milionów osób rocznie, a zachorowania te w 9.000 przypadków kończą się zgonem. Epidemiologia chorób pochodzenia pokarmowego podlega szybkim zmianom. Ma to związek z pojawianiem się nowo poznawanych czynników patogennych, ze wzros-

tem występowania dobrze poznanych czynników, a także z nowymi nośnikami, jakie stanowi żywność. Czynniki patogene szerzące się drogą pokarmową powodują ostre objawy zapalenia żołądka i jelit. Wiele chorób pochodzenia pokarmowego może powodować również chroniczne następstwa lub inwalidztwo. Na przykład listerioza może wywoływać poronienia lub powodować zapalenie opon mózgowych u osób z postacią chroniczną choroby. Toksoplazmoza jest ważną przyczyną powstawania wrodzonych wad rozwojowych, a zakażenia *Escherichia coli* O157:H7 przyczyniają się w dużym stopniu do występowania zespołu krwotoczno-mocznicowego (HUS), odpowiedzialnego za większość przypadków ostrego uszkodzenia nerek u dzieci w Stanach Zjednoczonych. Salmonelozы mogą powodować posocznice i odczynowe zapalenie stawów, a kamylobakterioza - zespół Guillaina-Barrégo, najbardziej powszechną przyczynę porażenia nerwów występujących w Stanach Zjednoczonych w końcu dwudziestego wieku.

Czynniki demograficzne i postępowanie konsumentów

Zmiany demograficzne występujące w krajach uprzemysłowionych znajdują odbicie we wzroście udziału populacji z podwyższoną podatnością na ostre zakażenia pokarmowe. W Stanach Zjednoczonych wzrasta liczebność populacji z osłabioną odpornością w wyniku zakażenia HIV, ze względu na wiek lub z powodu ukrytych chorób przewlekłych.

Zmiany związane z postępowaniem konsumentów z żywnością mogą pociągać za sobą ryzyko jej mikrobiologicznego zanieczyszczenia. Zwiększenie spożycia świeżych warzyw i owoców może się wiązać z występowaniem ognisk zachorowań z tego powodu, że powierzchnia roślin w trakcie wzrostu lub zbiorów może być zanieczyszczona ziemią lub odchodami. Zmiana zwyczajów żywienia związana jest także z coraz częstszym spożywaniem w Stanach Zjednoczonych posiłków poza domem. W latach dziewięćdziesiątych ogniska, które wystąpiły poza środowiskami domowymi w USA stanowią prawie 80% rejestrowanych ognisk zatruc i zakażeń pokarmowych. Sytuacja w Polsce jest odmienna. W latach dziewięćdziesiątych większość ognisk wystąpiła po spożyciu potraw przygotowywanych w mieszkaniach prywatnych.

Technologia i przemysł

Konsolidacja zakładów przemysłowych produkujących żywność ma duży wpływ na epidemiologię chorób pochodzenia pokarmowego. Szeroka dystrybucja żywności pochodzącej z dużych, scentralizowanych przetwórci i dużych marketów niesie z sobą ryzyko powstawania rozproszonych geograficznie ognisk zachorowań. Znalazło to odzwiedlenie np. w szerzeniu się w Stanach Zjednoczonych zakażeń *S. enteritidis* pochodzących z jaj. Występowanie tych zachorowań spowodowało wzmocnienie kontroli zakażonych stad drobiu.

W latach siedemdziesiątych *Campylobacter jejuni* nie był znany jako czynnik powodujący zachorowania u ludzi. Obecnie bakteria ta jest jedną z wiodących czynników etiologicznych zakażeń pokarmowych w Stanach Zjednoczonych.

Wprowadzane zmiany technologiczne mają na celu podniesienie jakości produkcji przemysłowej wołowiny, mleka, wieprzowiny i drobiu. Oczekuje się, że nowe technologie zredukują ryzyko występowania chorób pochodzenia pokarmowego, gdyż na rynku znajdują się produkty bardziej ujednolicone i o wyższej jakości mikrobiologicznej.

Podróże międzynarodowe i handel

W 1950 roku podróżowało 5 milionów turystów międzynarodowych. Oczekuje się, że w 2010 roku liczba ta będzie wynosić 937 milionów. Podróżnicy mogą ulegać zakażeniu czynnikami patogennymi nie występującymi w ich krajach macierzystych. Może to skomplikować diagnostykę i leczenie. Jakość żywności ma tu zasadnicze znaczenie. Urozmaicenie rodzajów żywności na rynku międzynarodowym wiąże się z importem. W 1994 roku na przykład w Zjednoczonym Królestwie, Norwegii i Szwecji wystąpiły ogniska spowodowane przez zakażenie *Shigella sonnei*. Do zachorowań tych przyczyniło się spożycie sałaty rosnącej w południowej Europie.

Adaptacja drobnoustrojów

Naturalna selekcja jest ważnym procesem w pojawianiu się czynników patogennych. *S. enteritidis* typu fagowego 4 w latach osiemdziesiątych pojawiła się u ludzi i drobiu w Europie. W Stanach Zjednoczonych zakażenia tym serotypem były wówczas rzadko zgłaszane. Dopiero w latach dziewięćdziesiątych *S. enteritidis* typu fagowego 4 pojawiła się w południowej Kalifornii, co spowodowało pięciokrotny wzrost liczby rejestrowanych zakażeń *S. enteritidis* u ludzi.

Lecnicze stosowanie preparatów przeciwbakteryjnych, zarówno w odniesieniu do populacji ludzi, jak i zwierząt, powoduje selektywny wzrost szczepów bakteryjnych opornych na te preparaty. Znacznie wzrasta lekooporność szczepów pałeczek *Salmonella*. W Stanach Zjednoczonych procent zakażeń lekoopornymi pałeczkami *Salmonella* wzrósł od 17% izolacji w późnych latach siedemdziesiątych do 31% w późnych latach osiemdziesiątych. Chorzy z zakażeniami lekoopornymi w porównaniu z chorymi z zakażeniami podatnymi na leczenie częściej podlegają hospitalizacji i dłużej przebywają w szpitalu. W Zjednoczonym Królestwie w ciągu lat osiemdziesiątych pojawił się typ 104 *S. typhimurium* (DT 104). Typ ten był do 1995 roku drugim spośród najbardziej rozpowszechnionych czynników powodujących salmonelozы u ludzi w Anglii i Walii. Zachorowania te są wynikiem kontaktu ze zwierzętami hodowanymi oraz wynikają ze spożycia żywności, z uwzględnieniem kiełbas wołowych i wieprzowych oraz drobiu. Dziewięćdziesiąt procent wszystkich DT 104 było opornych na ampicylinę, chloramfenikol, streptomycynę, sulfonamidy i tetracyklinę. Nadzór nad zakażeniami ludzkim szczepem DT 104 wskazuje na wyższe współczynniki hospitalizacji i śmiertelności w porównaniu z zakażeniami spowodowanymi przez inne serotypy pałeczek *Salmonella*.

Zapobieganie i kontrola

Zapobieganie chorobom pochodzenia pokarmowego zależy od stosowania odpowiednich środków ostrożności w produkcji żywności, obróbce surowców i przygotowywaniu potraw. Na każdym etapie przebiegu potencjalnego procesu epidemicznego istnieje ryzyko zakażenia żywności. Na szczęście stosowane procesy technologiczne zapobiegają wielu chorobom pochodzenia pokarmowego. Procesy te (włączając mrożenie żywności, chlorowanie wody pitnej, pasteryzację mleka czy badania kontrolne mięczaków i skorupiaków) przyczyniły się do rewolucji w dziedzinie odkażania i zapewniania higieny żywności. Inżynieria przemysłowa daje nadzieję na przyszłość.

Osoby przygotowujące posiłki są ostatnim krytycznym punktem kontrolnym przed podaniem żywności na stół.

Osoby te mogą obniżać ryzyko występowania chorób pochodzenia pokarmowego przez stosowanie podstawowych środków ostrożności w postępowaniu z żywnością. Gotowanie potencjalnie zakażonej żywności może zabić czynniki patogenne, a mrożenie może zapobiec ich namnażaniu. Krzyżowego zanieczyszczenia żywności można uniknąć przez oddzielenie potraw gotowych od ociekających surowców, nie dopuszczając do ich kontaktu. Osoby pracujące przy obróbce żywności powinny myć ręce, deski do krojenia oraz zanieczyszczone powierzchnie produkcyjne, co gwarantuje zapobieganie krzyżowemu zanieczyszczeniu. Konsumenty mogą zredukować ryzyko zakażenia pochodzenia pokarmowego przez unikanie spożywania żywności wysokiego ryzyka, takiej jak: jaja sadzone, różowe w środku hamburgery oraz surowe mięczaki.

Rozwój ekonomiczny i wykorzystanie Ziemi

W Stanach Zjednoczonych zwierzęta przeznaczone na żywność produkują 1,6 miliardów ton odchodów rocznie. Produkcja na wielką skalę wymaga zajęcia się ich usuwaniem. Gryzonie i owady wykorzystujące odchody mogą stanowić rezerwuariat dla pałeczek *Salmonella*, *Camylobacter jejuni* i innych czynników patogennych występujących na fermach. Odchody ludzi i zwierząt mogą ponadto zanieczyszczać wody powierzchniowe rzek i potoków i powodować zakwitanie alg, co prowadzi do koncentracji biotoksyn w tkankach mięczaków i skorupiaków.

Systemy nadzoru wymagają monitorowania tendencji i dostarczania informacji na temat skuteczności działań zapobiegawczych. Służą temu dwa systemy: FoodNet i NAHMS (National Animal Health Monitoring System). Są to systemy nadzoru nad populacją ludzi i zwierząt. Dostarczają one podstawowych informacji dla oceny kierunków i danych w celu wykrycia i kontroli czynników ryzyka.

na podst.: Altekruze S.F., Swerdlow D.L., Wells S.J.; "Vet. Clin. North America: Food Animal Prac.", 1998, 14, 1-15 (wg "Newsletter" 1998, 57, 5-6)

opracowała Anna Przybylska

Izolacje wirusa grypy w Polsce

W drugiej połowie stycznia 1999 r. wyizolowano w Polsce kolejne dwa szczepy wirusa grypy.

W Krajowym Ośrodku ds. Grypy WHO wyizolowano od 18-letniej pacjentki z terenu Warszawy szczep wirusa grypy zidentyfikowany jako należący do podtypu A(H3N2) i spokrewniony ze szczepem szczepionkowym, rekomendowanym na sezon epidemiczny 1998/99. Drugi z izolatów uzyskano w Pracowni Wirusologicznej WSSE w Łodzi. Szczep ten wyizolowano od 15-letniego pacjenta i zidentyfikowano jako należący do typu B, spokrewniony ze szczepem szczepionkowym, aktualnym na sezon 1998/99. Izolat "warszawski" uzyskano po trzecim pasażu na 11-dniowych zarodkach kurzych, zaś "łódzki" po pierwszym pasażu. Oba szczepy celem dokładniejszej analizy pokrewieństwa antygenowego zostaną przesłane do Centrum Referencyjnego ds. Grypy w Londynie.

Prof.dr hab. Lidia B. Brydak

Prac. Wirusów Zakażeń Oddechowych, Z-d Wirusologii PZH

adres internetowy: <http://www.medstat.waw.pl>

"Meldunki" opracowuje zespół: Mirosław P. Czarkowski (red.odp.), Ewa Cielebąk, Barbara Kondej, Ewa Stępień - tel. (022) 849-77-02, tel. (022) 849-40-51/7/ w. 210, fax (022) 849-74-84, tlx 816712, e-mail epimeld@medstat.waw.pl.; Jadwiga Zabicka (koment.) - tel. (022) 849-40-51/7/ w. 206.
Kierownictwo naukowe: prof. dr hab. Wiesław Magdzik.

Zachorowania na grypę w Polsce w sezonie 1998/9 w porównaniu z sezonami 1995/6-1997/8
zapadalność na 100 tys. ludności wg dwutygodniowych meldunków

