

Meldunek 2/B/99

o zachorowaniach na choroby zakaźne i zatruciach związkami chemicznymi zgłoszonych w okresie od 16.02 do 28.02.1999 r.

Jednostka chorobowa (symbole wg "Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych" ICD-10)	Meldunek 2/B		Dane skumulowane	
	16.02.99. do 28.02.99.	16.02.98. do 28.02.98.	1.01.99. do 28.02.99.	1.01.98. do 28.02.98.
Choroba wywołana przez ludzki wirus upośl.odp.: ogółem (B20-B24)	7	5	12	18
Dur brzuszny (A01.0)	-	-	-	-
Dury rzekome A.B.C. (A01.1-A01.3)	-	-	-	-
Salmonelozy: ogółem (A02)	361	594	1446	2122
Czerwonka bakteryjna /szigelozja/ (A03)	1	20	42	68
Inne bakteryjne zakażenia jelitowe: ogółem (A04)	93	169	403	523
Wiusowe i inne określone zakażenia jelitowe: ogółem (A08)	60	27	215	97
Biegunki u dzieci do lat 2: ogółem (A04; A08; A09)	540	559	2169	2042
w tym: BNO, prawdopodobnie pochodzenia zakaźnego (A09)	419	405	1697	1538
Tężec: ogółem (A33-A35)	-	1	-	3
Błonica (A36)	-	-	-	-
Krztusiec (A37)	16	194	115	810
Szkarlatyna /płonica/ (A38)	372	829	1620	3463
Zapalenie opon mózgowych: razem	76	87	333	400
w tym: meningokokowe (A39.0)	3	4	20	29
wywołane przez <i>Haemophilus influenzae</i> (G00.0)	3	10	14	21
inne bakteryjne, określone i nie określone (G00.1-G00.9)	34	30	139	132
wirusowe, określone i nie określone (A87; B00.3; B02.1)	31	37	132	179
inne i nie określone (G03)	5	6	28	39
Zapalenie mózgu: razem	11	10	72	54
w tym: meningokokowe i inne bakteryjne: ogółem (A39.8; G04.2)	5	1	15	12
wirusowe, przenoszone przez kleszcze (A84)	-	1	5	3
inne wirusowe, określone (A83; A85; B00.4; B02.0; B25.8)	-	2	6	6
wirusowe, nie określone (A86)	2	3	34	18
poszczepienne (G04.0)	1	-	1	-
inne i nie określone (G04.8-G04.9)	3	3	11	15
Riketsjozy: ogółem (A75-A79)	-	-	-	-
Ostre nagminne porażenie dziecięce (A80)	-	-	-	-
Ospa wietrzna (B01)	4222	8588	22549	40045
Odra (B05)	14	170	26	365
Różyczka: ogółem (B06; P35.0)	796	1949	3347	7540
Wirusowe zap. wątroby: typu A (B15)	37	81	214	422
typu B (B16; B18.0-B18.1)	126	181	514	705
typu C (B17.1; B18.2)	82	55	259	225
typu B+C (B16; B18.0-B18.1 + B17.1; B18.2)	4	6	20	22
inne i nieokreśl.(B17.0;B17.2-.8;B18.8-.9;B19)	17	30	67	109
Świnka /nagminne zapalenie przyusznic/ (B26)	4996	8577	26331	35479
Włośnica (B75)	-	-	-	14
Świerzb (B86)	676	759	2679	3540
Grypa: ogółem (J10; J11)	327409	6381	2142776	16334
Bakteryjne zatrucia pokarmowe: razem	465	716	1800	2554
w tym: salmonelozy (A02.0)	360	592	1439	2112
gronkowcowe (A05.0)	43	19	43	52
jadem kielbasianym /botulizm/ (A05.1)	1	1	13	8
wywołane przez <i>Clostridium perfringens</i> (A05.2)	-	-	-	-
inne określone (A05.3-A05.8)	3	3	31	24
nie określone (A05.9)	58	101	274	358
Zatrucia naturalnie toksycznym pokarmem: ogółem (T62)	-	-	1	3
w tym: grzybami (T62.0)	-	-	1	2
Inne zatrucia: ogółem (T36-T60; T63-T65)	166	303	979	1381
w tym: pestycydami (T60)	-	2	6	7
lekami, prep.farmakologicznymi i subst.biolog. (T36-T50)	101	177	570	756
alkoholem (T51)	16	46	166	254
Ostre porażenia wiotkie u dzieci (0-14 lat)	-	-	1	2

Zachorowania zgłoszone w okresie 16-28.02.1999 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	7	-	-	361	1	540	-	16	372	76	3	11	-
Dolnośląskie	-	-	-	23	-	43	-	3	55	5	-	-	-
Kujawsko-Pomorskie	-	-	-	17	-	51	-	1	37	6	-	-	-
Lubelskie	-	-	-	16	-	35	-	-	8	4	-	1	-
Lubuskie	2	-	-	3	-	7	-	-	8	5	1	-	-
Łódzkie	-	-	-	30	-	22	-	9	6	2	-	-	-
Małopolskie	-	-	-	39	-	39	-	-	21	9	-	1	-
Mazowieckie	1	-	-	37	-	38	-	2	50	8	-	2	-
Opolskie	-	-	-	3	-	10	-	-	24	1	-	-	-
Podkarpackie	-	-	-	14	-	25	-	1	12	6	1	2	-
Podlaskie	-	-	-	14	-	9	-	-	6	1	-	3	-
Pomorskie	-	-	-	33	-	29	-	-	18	3	1	-	-
Śląskie	4	-	-	29	-	52	-	-	54	11	-	-	-
Świętokrzyskie	-	-	-	11	-	28	-	-	7	3	-	-	-
Warmińsko-Mazurskie	-	-	-	9	1	36	-	-	19	6	-	1	-
Wielkopolskie	-	-	-	69	-	99	-	-	31	3	-	1	-
Zachodniopomorskie	-	-	-	14	-	17	-	-	16	3	-	-	-

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	4222	14	796	37	130	86	4996	-	676	327409	465	-	166
Dolnośląskie	381	2	57	3	11	8	420	-	38	27432	28	-	24
Kujawsko-Pomorskie	235	-	13	-	9	7	88	-	69	17656	17	-	6
Lubelskie	221	-	13	1	8	4	351	-	83	2927	18	-	6
Lubuskie	126	-	28	2	-	4	156	-	9	9467	3	-	10
Łódzkie	153	-	31	3	10	11	202	-	84	50350	30	-	28
Małopolskie	308	-	38	4	19	6	211	-	9	27809	42	-	4
Mazowieckie	587	-	269	4	19	22	712	-	64	59108	36	-	4
Opolskie	129	-	9	-	-	2	345	-	15	3372	4	-	4
Podkarpackie	109	4	11	-	5	2	172	-	30	8149	16	-	13
Podlaskie	121	-	54	2	1	1	212	-	39	12000	15	-	16
Pomorskie	243	-	59	2	5	1	309	-	30	16986	40	-	13
Śląskie	733	1	107	3	25	8	324	-	78	48174	40	-	1
Świętokrzyskie	212	-	9	-	6	3	249	-	26	5632	15	-	17
Warmińsko-Mazurskie	111	5	35	1	5	1	340	-	58	13983	10	-	12
Wielkopolskie	416	2	47	4	4	2	438	-	35	14693	69	-	8
Zachodniopomorskie	137	-	16	8	3	4	467	-	9	9671	82	-	-

Zakażenia HIV i zachorowania na AIDS

Informacja z 28 lutego 1999 r.

W lutym 1999 r. do Zakładu Epidemiologii PZH zgłoszono nowo wykryte zakażenie HIV 65 obywateli polskich, wśród których było 34 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 Specjalistycznym Dermatologicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Łodzi, w Laboratorium Kliniki Chorób Zakaźnych AM we Wrocławiu oraz w Zakładzie Serologii Instytutu Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie.

Odnotowano zachorowanie na AIDS kobiety zakażonej HIV drogą ryzykownych kontaktów heteroseksualnych i czterech mężczyzn (trzech narkomanów i zakażonego drogą ryzykownych kontaktów heteroseksualnych).

Chorzy byli w wieku od 29 do 42 lat.

Zachorowania zgłoszone w lutym br. rozpoznano przed rokiem 1999. Chorzy mieli miejsce zamieszkania w następujących województwach: dwaj w woj. jeleniogórskim oraz po jednym w województwie: st. warszawskim, opolskim i wałbrzyskim.

We wszystkich przypadkach określono przynajmniej jedną chorobę wskazującą na AIDS w brzmieniu jak w definicji do celów nadzoru epidemiologicznego, skorygowanej w 1993 r. W jednym przypadku podano liczbę komórek CD4 (292/ μ L).

Od wdrożenia badań w 1985 r. do 28 lutego 1999 r. stwierdzono zakażenie HIV 5.685 obywateli polskich. Według danych Zakładu Epidemiologii PZH uwzględniających m.in. informacje ze zgłoszeń zachorowań na AIDS i z ponownych zgłoszeń zakażeń, wśród ogółu zakażonych HIV było dotychczas co najmniej 3.725 zakażonych w związku z używaniem narkotyków.

Ogółem odnotowano 742 zachorowania na AIDS; 420 chorych zmarło.

Wanda Szata
Zakład Epidemiologii PZH

Zachorowania na AIDS w Polsce w 1998 roku

Do 15 lutego 1999 r. do Zakładu Epidemiologii PZH zgłoszono 105 zachorowań na AIDS rozpoznanych w 1998 roku. Zdecydowaną większość (62%) tych zachorowań rozpoznano w pierwszym kwartale roku 1998. W następnych kwartałach rozpoznano odpowiednio: 20%, 11% i 7% zgłoszonych zachorowań.

Większość chorych (79%) stanowili mężczyźni.

Odsetek osób z poszczególnych grup wieku był następujący: od 0 do 19 lat - 2,9%; 20-29 lat - 32,4%; 30-39 - 43,8%; 40-49 - 14,3% oraz 50-59 lat - 6,7% ogółu chorych.

Wśród chorych było 53% zakażonych w związku ze stosowaniem środków odurzających we wstrzyknięciach, 22% zakażo się drogą ryzykownych kontaktów heteroseksualnych, a 18% stanowili mężczyźni homo- i biseksualni. Wśród chorych było ponadto dwoje niemowląt zakażonych od matek. W pozostałych przypadkach brak informacji o drodze zakażenia.

Najwięcej chorych (13 osób) mieszkało w byłym woje-

wództwie katowickim. Liczby osób z pozostałych województw były następujące: wrocławskie - 11, st. warszawskie, gdańskie i legnickie - po 9, zielonogórskie - 6, bielskie - 5, jeleniogórskie, m. łódzkie i poznańskie - po 4, elbląskie, lubelskie, opolskie, słupskie i szczecińskie - po 3, bydgoskie, ciechanowskie, gorzowskie, piotrkowskie i wałbrzyskie - po 2 oraz białostockie, kieleckie, koszalińskie, sieradzkie, skierniewickie i zamojskie - po 1.

Dotychczas zgłoszono 46 zgonów chorych na AIDS w 1998 roku.

Wanda Szata
Zakład Epidemiologii PZH

* * *

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

Sytuacja zdrowotna ludności w Polsce i w innych krajach europejskich (2)

Zachorowania i zgony z powodu wybranych chorób

Standaryzowany¹ współczynnik zgonów z powodu chorób układu krążenia na 100.000 ludności w 1996 roku w Polsce wynosił 524,6 i stanowił 50,44% standaryzowanego współczynnika zgonów ogółem. Dla mężczyzn był on wyższy i stanowił 670,6, dla kobiet niższy - 419,5. Współczynnik ten w 1980 r. stanowił 49,6%, a w 1990 r. - 52,44% standaryzowanego współczynnika zgonów ogółem. Standaryzowany współczynnik zgonów z powodu chorób układu krążenia w Polsce był w 1996 roku niższy od współczynnika we wszystkich krajach Europy Wschodniej (gdzie wynosił od 794,6 w Mołdawii do 613,7 w Estonii, a odsetek w stosunku do standaryzowanego współczynnika zgonów ogółem od 55,33% na Ukrainie do 51,54% w Mołdawii), wyższy od współczynnika we wszystkich krajach Unii Europejskiej (od 367,0 w Austrii do 269,3 w Holandii, odsetek od 50,12% w Austrii do 36,44% w Danii), a wśród krajów Europy Środkowej był niższy niż w Rumunii (794,4), Macedonii (619,6), na Węgrzech (603,8), na Słowacji (579,7), w Czechach (529,4); a wyższy niż w Chorwacji (488,8) i na Słowenii (358,9). Odsetek natomiast był niższy niż w Rumunii (61,78%), Macedonii (57,56%), Słowacji (54,75%), Czechach (54,59%); a wyższy niż w Chorwacji (49,60%), na Węgrzech (48,96%) i Słowenii (41,52%).

Standaryzowany współczynnik zgonów z powodu nowotworów złośliwych na 100.000 ludności w 1996 roku w Polsce wynosił 213,8 i stanowił 20,4% standaryzowanego współczynnika zgonów ogółem. Dla mężczyzn był on wyższy i wynosił 301,0 (21,5%), a dla kobiet niższy - 155,7 (19,8%). W 1980 r. stanowił on 21,9%, a w 1990 r. - 25,5% standaryzowanego współczynnika zgonów ogółem. Współczynnik ten w Polsce w 1996 r. był wyższy niż we wszystkich krajach europejskich z wyjątkiem Węgier (280,9), Czech (243,4), Danii (234,2), Słowacji (222,9). Najniższy współczynnik notowała Macedonia (159,9), Szwecja (161,3) i Rumunia (165,8). Odsetek standaryzowanego współczynnika zgonów z powodu nowotworów złośliwych w stosunku do standaryzowanego współczynnika zgonów ogółem w 1996

roku był w Polsce wyższy od odsetka we wszystkich krajach Europy Wschodniej, gdzie stanowił wielkość od 18,1% na Litwie do 10,3% w Mołdawii, był niższy od odsetka we wszystkich krajach Unii Europejskiej z wyjątkiem Szwecji (19,5%), gdzie stanowił wielkość od 28,8% w Luksemburgu, do 21,1% w Danii, i był niższy od odsetka w krajach Europy Środkowej z wyjątkiem Czech (14,9%) i Rumunii (12,9%), gdzie stanowił wielkość od 25,2% na Węgrzech do 20,4% w Chorwacji.

Standaryzowany współczynnik zgonów z powodu zewnętrznych przyczyn na 100.000 ludności w 1996 roku w Polsce wynosił 72,4 i stanowił 6,9% standaryzowanego współczynnika zgonów ogółem. Dla mężczyzn był on wyższy i wynosił 115,4 (8,3%), dla kobiet niższy - 32,4 (4,1%). W 1990 roku wynosił on 82,5 (7,3%), w 1980 r. - 80,7 (6,9%). Współczynnik ten był w Polsce w 1996 r. niższy niż we wszystkich krajach Europy Wschodniej, gdzie wynosił od 211,2 (14,8%) w Rosji do 119,3 (7,7%) w Mołdawii, a wyższy niż w krajach Unii Europejskiej z wyjątkiem Finlandii (79,1; 10,2%), gdzie wynosił od 55,9 (6,4%) w Danii do 28,6 (3,7%) w Wielkiej Brytanii. Spośród krajów Europy Środkowej był on niższy niż na Węgrzech (102,6; 8,3%), w Słowenii (86,7; 10,0%), w Rumunii (80,4; 6,2%); a wyższy niż w Chorwacji (70,0; 7,2%), w Słowacji (68,7; 6,5%) i w Czechach (34,4; 3,2%).

Standaryzowany współczynnik zgonów z powodu trzech głównych "killerów" - tj. chorób układu krążenia, nowotworów złośliwych i zewnętrznych przyczyn - w 1996 roku w Polsce stanowił 77,3% standaryzowanego współczynnika zgonów ogółem, wśród mężczyzn - 77,8%, wśród kobiet - 77,2% (w 1990 roku, jak również w 1980 roku - 78,7%). W porównaniu do kilku wybranych krajów odsetek ten w 1996 roku był w Polsce niższy niż na Litwie (84,9%), w Rosji (81,4%), w Rumunii (80,9%), na Węgrzech (80,1%) oraz na Ukrainie (79,4%); a wyższy niż w Szwecji (76,8%), w Niemczech (76,1%), w Czechach (75,6%) i w Wielkiej Brytanii (71,7%). Pozostałe odsetki zgonów były spowodowane wszystkimi innymi przyczynami łącznie z chorobami zakaźnymi, na temat których brak danych w publikacji.

Zapadalność na gruźlicę w 1996 roku wynosiła w Polsce 39,77 na 100.000 (w 1990 roku - 42,33; w 1980 roku - 72,54). Była ona w 1996 roku niższa od zapadalności we wszystkich krajach Europy Wschodniej, gdzie wynosiła od 70,31 na Litwie, do 40,36 w Estonii, wyższa od zapadalności w krajach EFTA, gdzie wynosiła od 11,79 w Szwajcarii do 4,18 w Norwegii, wyższa od zapadalności we wszystkich krajach Unii Europejskiej z wyjątkiem Portugalii (49,60), gdzie wynosiła od 21,24 w Hiszpanii do 5,73 w Szwecji, a spośród krajów Europy Środkowej niższa niż w Rumunii (98,71), Chorwacji (48,58), na Węgrzech (42,42); a wyższa niż w Macedonii (39,65), w Bułgarii (37,18), w Słowacji (28,75), Słowenii (28,27), w Czechach (18,77) i w Albanii (8,13). W 1996 roku wśród krajów europejskich najwyższą zapadalność na gruźlicę notowała Rumunia (98,71), Litwa (70,31), Rosja (67,59); a najniższą Norwegia (4,19), Islandia (4,49), Szwecja (5,73).

Zapadalność na kiłę w 1996 roku wynosiła w Polsce 3,9 na 100.000 (w 1990 roku - 5,4; w 1980 r. - 15,1). Była ona niższa niż we wszystkich krajach Europy Wschodniej, gdzie wynosiła od 265,0 w Rosji do 66,2 w Estonii, a wyższa niż w krajach Unii Europejskiej i EFTA, gdzie wynosiła od 3,3 w Danii do 0,1 w Belgii i Norwegii. Wśród krajów Europy Środkowej była ona niższa niż w Rumunii (32,2), Bułgarii (26,8), Czechach (4,9); a wyższa niż w Słowacji (2,8), Sło-

wenii (2,3), na Węgrzech (2,2), Chorwacji (0,4), Albanii i Macedonii (0,0). Najwyższą zapadalność w Europie w 1996 roku notowała Rosja (265,0), Białoruś (210,6), Mołdawia (200,9); a najniższą Albania (0,0), Macedonia (0,0), Belgia (0,1), Norwegia (0,1).

Zapadalność na rzeżączkę w 1996 roku wynosiła w Polsce 3,3 na 100.000 (w 1990 roku - 21,6; w 1980 r. - 104,0). Była ona niższa, niż we wszystkich krajach Europy Wschodniej, gdzie wynosiła od 165,9 w Estonii do 77,7 na Litwie. Wśród krajów Unii Europejskiej była niższa niż w Wielkiej Brytanii (22,2), Hiszpanii (10,0), Holandii (7,7), Finlandii (7,4), Belgii (5,6), Niemczech (5,0), Norwegii (4,0); a wśród krajów Europy Środkowej była niższa niż w Bułgarii (23,2), na Węgrzech (21,1), Rumunii (19,8), w Czechach (11,0).

Zapadalność na AIDS w 1996 r. wynosiła w Polsce 0,27 na 100.000 (w 1990 r. - 0,06). Była ona niższa niż we wszystkich krajach Unii Europejskiej i EFTA, gdzie wynosiła od 14,48 w Hiszpanii do 0,43 w Finlandii, oraz niższa od zapadalności w Słowenii (0,50), na Węgrzech (0,44), w Chorwacji (0,36), na Łotwie (0,32), na Ukrainie (0,28), Rumunii (2,38), Białorusi (2,28). Była natomiast wyższa niż na Litwie (0,05), w Mołdawii (0,02), w Rosji (0,02), a także w Czechach (0,17), Bułgarii (0,12), Słowacji (0,04) i Albanii (0,03).

Zapadalność na teżec w 1996 roku w Polsce wynosiła 0,12 na 100.000 (w 1990 roku - 0,17; w 1980 r. - 0,25). Wyższą zapadalność niż w Polsce notowała Słowenia (0,25), Chorwacja (0,24), Luksemburg (0,24), Łotwa (0,16). Najniższą zapadalność notowała Holandia (0,01) ponadto Czechy, Słowacja, Mołdawia, Finlandia, Wielka Brytania (0,02).

Zapadalność na krztusiec w 1996 roku w Polsce wynosiła 0,9 na 100.000 (w 1990 roku - 0,8; w 1980 r. - 0,7). Niższą zapadalność niż w Polsce notowały Węgry (0,0), Belgia (0,0), Portugalia (0,2), Luksemburg (0,2), Bułgaria (0,5). Najwyższą zapadalność w Europie notowała Szwajcaria (241,1), Szwecja (120,7), Holandia (17,9), Chorwacja (15,4), Finlandia (11,4), Islandia (10,1).

Zapadalność na odrę w 1996 roku w Polsce wynosiła 1,7 na 100.000 (w 1990 roku - 148,1; w 1980 r. - 69,9). Była ona wyższa niż zapadalność w Słowacji (0,0), Belgii (0,0), Szwajcarii (0,0), w Czechach (0,1), na Węgrzech (0,1), na Łotwie (0,1), w Finlandii (0,1), w Norwegii (0,2), w Wielkiej Brytanii (0,2), w Szwecji (0,3), Słowenii (0,4), Holandii (0,4), Islandii (0,8), w Niemczech (1,0), na Litwie (1,0), w Portugalii (1,1), w Estonii (1,4). Najwyższą zapadalność na odrę w 1996 roku notowano we Francji (113,1), w Grecji (59,5), we Włoszech (56,8), w Macedonii (43,7), w Albanii (36,5).

Służba zdrowia

W 1996 roku było w Polsce 235 lekarzy na 100.000 ludności (w 1990 roku - 214; w 1980 r. - 170; w 1970 r. - 142). Niższy wskaźnik niż w Polsce wykazywało 6 krajów europejskich: Albania (141), Rumunia (181), Irlandia (210), Słowenia (213), Chorwacja (225), Luksemburg (229), a wyższy 21 krajów. Najwyższy wskaźnik wykazywała Ukraina (443), Hiszpania (415), Rosja (410), Litwa (398), Grecja (392), Belgia (379).

W 1996 roku było w Polsce 46 lekarzy stomatologii na 100.000 ludności (w 1990 roku - 48; w 1980 r. - 47; w 1970 r. - 40). Niższy wskaźnik niż Polska wykazywało 9 krajów: Irlandia (44), Mołdawia (43), Austria (42), Hiszpania (36), Rosja (31), Rumunia (26), Portugalia (26), Słowa-

cja (18); a wyższy 18 krajów. Najwyższy wskaźnik wykazywała Szwecja (152), Norwegia (128), Grecja (102), Finlandia (94), Niemcy (74), Belgia (69), Bułgaria (66).

W 1996 roku było w Polsce 557 pielęgniarów na 100.000 ludności (w 1990 roku - 544; w 1980 r. - 439; w 1970 r. - 302). Niższy wskaźnik niż Polska wykazywało 7 krajów: Portugalia (338), Albania (390), Hiszpania (439), Rumunia (441), Chorwacja (442), Austria (507), Macedonia (551); a wyższy 18 krajów. Najwyższy wskaźnik wykazywała Finlandia (2152), Irlandia (1479), Norwegia (1473), Ukraina (1145), Belgia (1095), Białoruś (1074).

W 1996 roku było w Polsce 64 położnych na 100.000 ludności (w 1990 roku - 63; w 1980 r. - 45; w 1970 r. - 35). Wyższy wskaźnik niż Polska wykazywało 8 krajów: Irlandia (397), Mołdawia (101), Bułgaria (79), Czechy (76), Finlandia (76), Belgia (70), Rosja (66), a niższy 14 krajów. Najniższy wskaźnik wykazywały Holandia (9), Niemcy (11), Austria (18), Węgry (24).

W 1996 roku w Polsce było 727 łóżek szpitalnych na 100.000 ludności (w 1990 roku - 803; w 1980 r. - 832; w 1970 r. - 805). Wskaźnik ten był niższy niż w 16 krajach europejskich, tj. we wszystkich krajach Europy Wschodniej, gdzie wynosił od 1213 w Mołdawii do 761 w Estonii, w stosunku do krajów Unii Europejskiej był niższy niż we Francji (1063), w Niemczech (968), Austrii (930), Finlandii (926), a w stosunku do krajów Europy Środkowej był niższy niż w Bułgarii (1069), Czechach (897), na Węgrzech (824), w Rumunii (756) i Słowacji (754). Wyższy wskaźnik łóżek szpitalnych wykazywało 12 krajów europejskich. Wynosił on od 319 w Albanii, do 619 w Chorwacji.

W 1990 roku w Polsce było leczonych w szpitalach 15,2 osoby na 100 osób (w 1990 roku - 14,1; w 1980 r. - 14,4; w 1970 r. - 11,7). Wśród krajów europejskich niższy wskaźnik wykazywało jedynie 7 krajów: Albania (9,0), Czechy (9,9), Holandia (10,2), Portugalia (11,3), Chorwacja (14,8), Norwegia (15,0), Irlandia (15,1). Wyższy wskaźnik niż Polska wykazywało 20 krajów. Wynosił on od 26,8 w Finlandii do 15,5 w Słowenii. Najwyższy wskaźnik wykazywała Finlandia (26,8), Białoruś (24,8), Austria (24,7), Węgry (24,2), Francja (22,7).

¹ 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.

na podst.: A. Zajenkowska-Kozłowska "Porównanie sytuacji zdrowotnej ludności Polski i wybranych krajów europejskich w 1996 r." (Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 1998)

wybrał i opracował Wiesław Magdzik

Ognisko spowodowane przez *Salmonella oranienburg* w 1998 roku w Australii

Salmonella oranienburg po raz pierwszy izolowano w 1929 roku od dzieci z objawami *gastroenteritis*, mieszkających w Domu Dziecka w Oranienburgu koło Berlina. Informacje na ten temat opublikowano po raz pierwszy w Niem-

czach w 1930 roku. Obecność *S.oranienburg* w Australii stwierdzono i udokumentowano co najmniej w 1950 roku. Typ ten najczęściej izolowano z populacji aborygenów oraz od dzikich zwierząt, szczególnie gadów (jaszczurek, węży i krokodyli), stanowiących dietę tubylców w północno-zachodniej części Zachodniej Australii. Znalezione go również w zbiornikach wodnych i u innych zwierząt występujących w naturalnych warunkach na tych tropikalnych terenach. Między 1950 i 1976 rokiem na omawianym terenie 191 zachorowań - na 216 zarejestrowanych ogółem w Australii - notowano w rejonach Pibara (43) i Kimberley (148). Od września do listopada 1975 roku rejestrowano 54 zachorowania w stanie Wiktorii, a wszystkie izolaty pochodziły od osób powracających dwoma samolotami z zagranicy. Od 1986 do 1989 roku liczba zachorowań wynosiła średnio 61 przypadków rocznie i wahała się od 37 do 106.

Przed 1990 rokiem (od 1978 r.) *S.oranienburg* izolowano z różnych produktów roślinnych. Od 1990 roku typ ten izolowano z posiłków mięsnych, mięsa wołowego, z masy z surowych jaj, a ponadto od bawołów, gadów - dzikich i hodowanych w niewoli, z próbek mułu ściekowego w Nowej Południowej Walii, a w mniejszej liczbie - od różnych zwierząt towarzyszących człowiekowi oraz zwierząt hodowlanych we wszystkich stanach Australii.

Od marca do czerwca 1998 roku do CDCB (Communicable Disease Control Branch) zgłoszono ognisko liczące 102 przypadki zakażenia *S.oranienburg*, które wystąpiły w Południowej Australii. Wywiad na temat żywności wskazywał na włoskie potrawy, a szczególnie makaron, pizzę i lody (gelato). W badaniach kliniczno-kontrolnych ("case control-study") ustalono zależność między zachorowaniami, a spożyciem lodów. W uzupełnieniu badań epidemiologicznych laboratoryjnie potwierdzono obecność *S.oranienburg* w próbie podejrzanego lodu, wyprodukowanego przez spółkę Południowo-Australijską. Wynik ten potwierdziły badania środowiskowe prowadzone przez oddział żywności South Australian Department of Human Services.

na podstawie "Comm.Dis.Int." (1998,22,8,155)
opracowała A. Przybylska

Ognisko spowodowane przez oporną na chinolony, wielooporną pałeczkę *Salmonella typhimurium* DT 104 w Danii w 1998 roku

Latem 1998 roku zanotowano w Danii pierwsze ognisko spowodowane przez wielooporną pałeczkę *S.typhimurium* DT 104. W ognisku tym nośnikiem było krajowe mięso wieprzowe. Większość zachorowań wystąpiła w ciągu pierwszego tygodnia czerwca. Typ pałeczki był zgodny z wyizolowanym z mięsa pobranego 25 maja w rzeźni w Zelandii. Przypadki rejestrowane po 29 czerwca były związane z wykorzystaniem mięsa mrożonego. Wywiad z chorymi potwierdził, że spożywali oni wieprzowinę pochodzącą ze sklepów zaopatrujących się w wymienionej rzeźni. Ustalono ponadto, z którego gospodarstwa pochodziły ubite świnię. Pałeczki *Salmonella* wyizolowane z tego samego stada były identyczne z izolatami otrzymanymi z prób pobranych w rzeźni, z zakupionej wieprzowiny oraz z uzyskanymi od chorych. Ten sam szcep stwierdzono w innym stadzie, z którego pochodziły prosięta zakupione przez właścicieli zakażonego stada.

Wszystkie przypadki (22 chorych) badano z wykorzysta-

niem metod epidemiologii molekularnej we współpracy z Duńskim Laboratorium Weterynaryjnym. Wystąpienie ogniska potwierdzono 18 czerwca w Statens Serum Institut. Izolaty od 5 chorych z zakażeniem *S.typhimurium* DT 104 wykazywały taką oporność, jaką stwierdzono w odniesieniu do izolatów uzyskanych przez oddziały nadzoru nad żywnością w Kopenhadze i Roskilde. Tego profilu oporności nie wykrywano przedtem u duńskich zwierząt i w żywności, a u ludzi wykrywano rzadko. Późniejsze badania potwierdziły, że wszystkie izolaty należały do typu 104 i miały takie same właściwości struktury DNA. Pałeczka ta jest często oporna na ampicylinę, chloramfenikol, streptomycynę, sulfonamidy i tetracyklinę. Bakteria ta może również nabyć oporność na inne preparaty przeciwbakteryjne, włączając chinolony. Fluorochinolon jest lekiem pierwszego wyboru, stosowanym zarówno w leczeniu salmoneloz pozajelitowych, jak i poważnych powikłań jelitowych u ludzi. Oporność *S.typhimurium* DT 104 może powodować trudności terapeutyczne. W Anglii ta wielooporna pałeczka jest drugim po *S.enteritidis* DT 4, najbardziej rozpowszechnionym sero- i fagotypem.

Od początku lat dziewięćdziesiątych zakażenie odzwierzęcą pałeczką *S.typhimurium* DT 104 stało się problemem zdrowotnym w poszczególnych krajach uprzemysłowionych. Przed 1998 rokiem zakażenia te stanowiły w Danii mniej niż 1% ogólnej liczby zakażeń pałeczkami *Salmonella*.

na podstawie "Wkly Epid.Rec." (1998,42,327-328)
opracowała A. Przybylska

Izolacje wirusa grypy w Polsce

W pierwszej połowie lutego 1999 r. wyizolowano w Polsce kolejne dwa szczepy wirusa grypy. Oba szczepy wyizolowano w Pracowni Wirusologicznej WSSE w Warszawie od pacjentek w wieku 29 i 45 lat. Analiza antygenowa wykonana w Krajowym Ośrodku ds. Grypy WHO wykazała w obu przypadkach pokrewieństwo antygenowe do szczepu szczepionkowego B/Beijing/184/93, rekomendowanego na sezon epidemiczny 1998/99. Oba izolowane szczepy uzyskano po czwartym pasażu na 11-dniowych zarodkach kurzych. Celem dokładniejszej analizy izolaty 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 Żabicka (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

