

Meldunek 7/A/99

o zachorowaniach na choroby zakaźne i zatruciach związkami chemicznymi zgłoszonych w okresie od 1.07 do 15.07.1999 r.

Jednostka chorobowa (symbole wg "Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych" ICD-10)	Meldunek 7/A		Dane skumulowane	
	1.07.99. do 15.07.99.	1.07.98. do 15.07.98.	1.01.99. do 15.07.99.	1.01.98. do 15.07.98.
Choroba wywołana przez ludzki wirus upośl.odp.: ogółem (B20-B24)	4	1	62	49
Dur brzuszny (A01.0)	-	-	3	1
Dury rzekome A.B.C. (A01.1-A01.3)	-	-	-	2
Salmonelozy: ogółem (A02)	1765	1852	10317	13065
Czerwonka bakteryjna /szigelozja/ (A03)	2	12	87	307
Inne bakteryjne zakażenia jelitowe: ogółem (A04)	173	234	1982	2309
Wiusowe i inne określone zakażenia jelitowe: ogółem (A08)	51	19	975	433
Biegunki u dzieci do lat 2: ogółem (A04; A08; A09)	505	636	7941	7587
w tym: BNO, prawdopodobnie pochodzenia zakaźnego (A09)	357	455	5873	5573
Tężec: ogółem (A33-A35)	-	1	9	13
Błonica (A36)	-	-	-	-
Krztusiec (A37)	14	90	292	2065
Szkarlatyna /płonica/ (A38)	402	507	6845	12231
Zapalenie opon mózgowych: razem	76	140	1057	1367
w tym: meningokokowe (A39.0)	3	10	67	80
wywołane przez <i>Haemophilus influenzae</i> (G00.0)	2	3	41	49
inne bakteryjne, określone i nie określone (G00.1-G00.9)	21	38	416	502
wirusowe, określone i nie określone (A87; B00.3; B02.1)	42	81	434	638
inne i nie określone (G03)	8	8	99	98
Zapalenie mózgu: razem	18	22	227	220
w tym: meningokokowe i inne bakteryjne: ogółem (A39.8; G04.2)	6	2	57	43
wirusowe, przenoszone przez kleszcze (A84)	5	7	17	25
inne wirusowe, określone (A83; A85; B00.4; B02.0; B25.8)	3	-	15	19
wirusowe, nie określone (A86)	2	8	100	82
poszczepienne (G04.0)	-	-	-	-
inne i nie określone (G04.8-G04.9)	2	5	38	51
Riketsjozy: ogółem (A75-A79)	-	1	-	1
Ostre nagminne porażenie dziecięce (A80)	-	-	-	-
Ospa wietrzna (B01)	4666	5381	70039	113086
Odra (B05)	5	69	67	2066
Różyczka: ogółem (B06; P35.0)	2141	2052	26039	36459
Wirusowe zap. wątroby: typu A (B15)	36	56	572	1181
typu B (B16; B18.0-B18.1)	143	155	1817	2167
typu C (B17.1; B18.2)	86	54	948	833
typu B+C (B16; B18.0-B18.1 + B17.1; B18.2)	3	7	71	64
inne i nieokreśl.(B17.0;B17.2-.8;B18.8-.9;B19)	8	18	194	311
Świnka /nagminne zapalenie przyusznic/ (B26)	4519	13768	75981	149074
Włośnica (B75)	-	-	26	22
Świerzb (B86)	347	436	7982	8712
Grypa: ogółem (J10; J11)	-	22	2341900	769595
Bakteryjne zatrucia pokarmowe: razem	1897	2000	11624	14519
w tym: salmonelozy (A02.0)	1764	1850	10291	13036
gronkowcowe (A05.0)	1	2	76	71
jadem kiełbasianym /botulizm/ (A05.1)	6	2	49	36
wywołane przez <i>Clostridium perfringens</i> (A05.2)	-	-	-	-
inne określone (A05.3-A05.8)	9	3	43	21
nie określone (A05.9)	117	143	1165	1355
Zatrucia naturalnie toksycznym pokarmem: ogółem (T62)	10	5	15	19
w tym: grzybami (T62.0)	10	5	13	17
Inne zatrucia: ogółem (T36-T60; T63-T65)	308	391	3835	4718
w tym: pestycydami (T60)	14	13	63	71
lekami, prep.farmakologicznymi i subst.biolog. (T36-T50)	174	214	2225	2612
alkoholem (T51)	69	99	729	928
Ostre porażenia wiotkie u dzieci (0-14 lat)	2	5	33	21

Zachorowania zgłoszone w okresie 1-15.07.1999 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	4	-	-	1765	2	505	-	14	402	76	3	18	5
Dolnośląskie	1	-	-	114	-	32	-	-	21	4	-	-	-
Kujawsko-Pomorskie	2	-	-	83	1	39	-	-	21	4	1	-	-
Lubelskie	-	-	-	164	-	33	-	-	8	6	-	2	-
Lubuskie	-	-	-	38	-	5	-	-	5	2	-	3	-
Łódzkie	-	-	-	162	-	31	-	5	33	1	-	1	-
Małopolskie	-	-	-	92	1	32	-	-	46	9	-	1	-
Mazowieckie	-	-	-	177	-	44	-	2	78	12	-	1	-
Opolskie	-	-	-	18	-	5	-	-	12	5	-	-	-
Podkarpackie	-	-	-	155	-	32	-	1	9	6	-	2	-
Podlaskie	-	-	-	90	-	32	-	2	7	6	1	5	4
Pomorskie	-	-	-	103	-	37	-	-	16	5	-	-	-
Śląskie	-	-	-	87	-	52	-	-	70	-	-	-	-
Świętokrzyskie	-	-	-	54	-	24	-	-	13	3	1	-	-
Warmińsko-Mazurskie	-	-	-	227	-	31	-	-	20	4	-	1	1
Wielkopolskie	-	-	-	162	-	65	-	4	36	4	-	2	-
Zachodniopomorskie	1	-	-	39	-	11	-	-	7	5	-	-	-

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	4666	5	2141	36	146	89	4519	-	347	-	1897	10	308
Dolnośląskie	388	-	58	-	14	9	346	-	25	-	129	-	15
Kujawsko-Pomorskie	229	-	72	2	12	8	75	-	29	-	91	-	37
Lubelskie	231	-	83	-	5	-	404	-	43	-	164	-	58
Lubuskie	155	-	33	-	2	3	82	-	9	-	38	-	17
Łódzkie	314	-	118	2	19	15	303	-	49	-	165	-	27
Małopolskie	495	1	76	17	10	8	303	-	9	-	115	10	7
Mazowieckie	483	1	678	-	18	11	699	-	23	-	185	-	15
Opolskie	177	-	20	2	5	3	290	-	1	-	19	-	2
Podkarpackie	130	-	35	-	7	1	127	-	11	-	157	-	23
Podlaskie	111	-	99	-	5	4	142	-	14	-	92	-	16
Pomorskie	170	-	27	2	6	5	262	-	10	-	117	-	33
Śląskie	521	1	522	7	21	5	426	-	49	-	101	-	9
Świętokrzyskie	272	-	20	-	12	8	174	-	26	-	66	-	27
Warmińsko-Mazurskie	243	-	112	-	2	5	236	-	13	-	229	-	5
Wielkopolskie	547	2	168	-	3	2	440	-	19	-	166	-	13
Zachodniopomorskie	200	-	20	4	5	2	210	-	17	-	63	-	4

Chorzy nowo zarejestrowani w poradniach gruźlicy i chorób płuc podległych Ministerstwu Zdrowia i Opieki Społecznej¹ w I kwartale 1999 roku

(dane Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc)

Województwo	Wszystkie postacie gruźlicy			
	ogółem	w tym dzieci i młodzież		w tym BK+
		0-14	15-19	
POLSKA	3056	14	54	1665
1. Dolnośląskie	194	2	3	107
2. Kujawsko-Pomorskie	155	2	5	82
3. Lubelskie	211	1	2	110
4. Lubuskie	40	-	-	27
5. Łódzkie	297	2	8	193
6. Małopolskie	189	-	5	112
7. Mazowieckie	535	2	14	267
8. Opolskie	105	-	-	65
9. Podkarpackie	180	1	6	98
10. Podlaskie	74	-	-	36
11. Pomorskie	130	1	1	85
12. Śląskie	427	2	6	212
13. Świętokrzyskie	129	-	-	60
14. Warmińsko-Mazurskie	118	-	-	50
15. Wielkopolskie	154	-	2	91
16. Zachodniopomorskie	118	1	2	70

¹ Bez PKP, MON i MSW.

Sytuacja epidemiologiczna gruźlicy w Polsce w roku 1998

Analizę sytuacji epidemiologicznej gruźlicy w Polsce w roku 1998, podobnie jak w latach poprzednich, przeprowadzono 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. 1997. Dane porównawcze zestawiono w tabeli 1.

Zapadalność na gruźlicę

Rok 1998 był piątym kolejnym rokiem spadku zapadalności na gruźlicę po okresie zahamowania, a nawet wzrostu zachorowań na gruźlicę, jaki rejestrowano w Polsce w latach 1991-1993. W roku 1998 zarejestrowano 13.302 zachorowania na gruźlicę, współczynnik 34,4 (36,1) był o 4,7% niższy niż w roku poprzednim. Liczba nowych zachorowań zmniejszyła się o 665. Wśród zarejestrowanych chorych u 7.501 (7.484) uzyskano potwierdzenie bakteriologiczne diagnozy. Zapadalność na tę postać gruźlicy nie zmieniła się w porównaniu z rokiem poprzednim i wynosiła 19,4. Udział tej grupy chorych, będących źródłem zakażenia dla innych, wśród ogółu chorych nieznacznie wzrósł - 56,4% (53,6%). Jednak w porównaniu z innymi krajami jest to nadal 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 4.090 (4.117) - współczynnik 10,6 (10,7). Udział tej grupy chorych, najważniejszej ze względu na ich udział w transmisji zakażenia prątkiem, utrzymuje się od wielu lat na niskim poziomie - 30,7% (29,5%). 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.

Za taką oceną badań bakteriologicznych przemawiają także znaczne różnice udziału chorych potwierdzonych bakteriologicznie, jakie występują między województwami. Udział chorych na gruźlicę, u których diagnoza została potwierdzona w badaniu bakteriologicznym wśród ogółu zarejestrowanych w roku 1998 wahał się od 34,6% (31,3%) w woj. gorzowskim i 40,4% (35,7%) w woj. łomżyńskim do 84,3% (85,9%) w woj. chełmskim i 82,6% (81,3%) w woj. krakowskim. Tak znaczne zróżnicowanie nie znajduje uzasadnienia w istniejącej sieci pracowni bakteriologicznych i ich dostępności.

Podobnie jak w latach poprzednich dominującą postacią gruźlicy była gruźlica układu oddechowego - zarejestrowano 12.799 (13.396) chorych - co stanowiło 96,2% (95,9%) ogółu zachorowań.

Gruźlicę pozapłucną zarejestrowano w 1998 roku u 503 (571) chorych - współczynnik zapadalności 1,3 (1,4). Jej udział w ogólnej zapadalności na gruźlicę wynosił 3,8% (4,1%). 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.

Tak jak w latach poprzednich najczęstszymi postaciami gruźlicy pozapłucnej w roku 1998 były: gruźlica narządów moczowo-płciowych - 176 (200) chorych, gruźlica węzłów chłonnych obwodowych - 138 (155), oraz gruźlica kości i stawów - 106 (101) chorych. Na najgroźniejszą postać gruźlicy pozapłucnej - gruźlicze zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych i mózgu - zachorowało 27 (23) osób, w grupie tej było 2 (2) dzieci do 14 r.ż.

Również w 1998 roku, podobnie jak w latach ubiegłych, mężczyźni ponad dwukrotnie częściej chorowali na gruźlicę niż kobiety. Zarejestrowano 8.919 (9.324) mężczyzn - współczynnik 47,4 (49,6). Mężczyźni stanowili 67,1% (66,8%) ogółu chorych. Zapadalność kobiet na gruźlicę - było ich 4.383 (4.643) - wynosiła 22,1 (23,4). Od wielu lat utrzymuje się także wyższa zapadalność na gruźlicę mieszkańców wsi niż mieszkańców miast - w 1998 roku wynosiła ona 35,6 (38,2) na wsi i 33,7 (34,9) w mieście.

Ryzyko zachorowania na gruźlicę wzrasta wraz z wiekiem. Zapadalność na gruźlicę jest relatywnie niska w grupie dzieci - 123 (161) zachorowań - współczynnik 1,5 (1,9), wzrasta w grupie młodocianych do 8,1 (9,2) - by osiągnąć najwyższą wartość wśród ludzi w wieku 65 lat i więcej - 67,3 (69,9). Zapadalność na gruźlicę zmniejszyła się we wszystkich grupach wiekowych. Mimo tego spadku w dalszym ciągu utrzymuje się jednak wysoki, w porównaniu z innymi krajami, odsetek chorych w młodym wieku - 20-44 lat. Udział tych chorych tylko nieznacznie się zmniejszył i wynosił 38,1% w porównaniu z 38,6% w roku poprzednim.

Utrzymują się znaczące różnice w zapadalności na gruźlicę między województwami. W przekroju wojewódzkim zapadalność na gruźlicę wahała się od 20,0 (22,1) w woj. leszczyńskim do 61,8 (58,2) w woj. siedleckim. Poza woj. leszczyńskim, najniższą zapadalność na gruźlicę zarejestro-

Tabela 1. Gruźlica w Polsce w latach 1997 i 1998. 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	1998
	1997	1998	1997	1998	1997	1998		
POLSKA	36,1	34,4	1,9	1,5	9,2	8,1	21,7	22,2
1. St.warszawskie	45,8	44,8	3,2	3,3	11,8	8,3	23,6	23,7
2. Białkopodlaskie	41,1	37,9	2,7	-	15,1	18,3	25,2	29,4
3. Białostockie	30,1	26,2	4,6	0,7	5,2	6,8	21,4	19,4
4. Bielskie	38,1	27,8	3,9	-	16,5	2,5	16,2	16,2
5. Bydgoskie	20,6	23,6	1,2	0,4	4,1	7,0	12,4	14,8
6. Chełmskie	36,9	35,7	-	-	17,8	-	32,1	27,7
7. Ciechanowskie	44,2	38,2	1,0	1,0	26,7	7,0	21,5	19,2
8. Częstochowskie	38,3	34,5	1,3	4,6	11,3	11,1	23,8	26,6
9. Elbląskie	42,3	41,2	0,9	1,8	8,9	8,7	17,8	17,2
10. Gdańskie	34,0	29,1	1,6	1,3	7,3	5,7	18,6	19,9
11. Gorzowskie	29,9	29,2	2,6	0,9	4,3	10,6	10,1	11,1
12. Jeleniogórskie	40,4	39,0	2,8	1,0	15,7	2,2	24,4	29,6
13. Kaliskie	33,1	35,1	6,0	2,5	6,5	6,4	17,4	16,6
14. Katowickie	45,5	40,5	1,7	1,7	10,9	12,0	28,0	28,4
15. Kieleckie	42,3	42,2	0,4	2,6	5,2	13,3	22,2	23,6
16. Konińskie	36,4	35,0	2,7	0,9	-	9,6	25,4	25,4
17. Koszalińskie	28,4	32,1	0,8	-	4,3	10,4	16,2	16,1
18. M.krakowskie	28,1	26,5	0,4	1,3	4,1	3,0	21,2	22,4
19. Krośnieńskie	27,5	33,5	1,6	-	8,8	8,6	18,1	23,9
20. Legnickie	35,0	31,4	0,9	0,9	10,3	10,3	27,8	26,8
21. Leszczyńskie	22,6	20,0	3,2	3,2	5,7	-	16,3	14,5
22. Lubelskie	37,6	37,3	4,2	1,4	11,4	4,5	23,2	23,4
23. Łomżyńskie	35,6	28,0	3,4	2,4	16,6	6,5	13,6	12,5
24. M.łódzkie	41,0	43,1	5,6	4,1	18,5	6,2	21,4	26,9
25. Nowosądeckie	40,4	29,1	0,5	1,6	7,5	4,4	18,6	17,6
26. Olsztyńskie	27,3	31,5	0,6	0,6	9,8	9,6	11,5	13,9
27. Opolskie	34,7	32,7	2,8	2,9	7,1	6,9	20,8	22,3
28. Ostrołęckie	44,3	33,8	1,0	4,0	5,5	10,9	15,6	19,0
29. Piłskie	23,4	22,8	-	0,9	4,4	2,2	19,3	17,7
30. Piotrkowskie	41,8	41,4	0,7	4,5	16,5	12,6	23,5	29,4
31. Płockie	40,7	46,3	-	0,9	13,8	20,6	26,1	25,5
32. Poznańskie	23,9	22,4	4,6	2,9	4,3	8,5	16,8	19,1
33. Przemyskie	40,4	36,6	-	-	2,8	16,3	29,6	25,3
34. Radomskie	43,4	42,2	-	0,6	13,4	10,2	27,6	29,9
35. Rzeszowskie	40,5	34,4	-	1,1	10,7	13,5	23,8	23,4
36. Siedleckie	58,2	61,8	1,3	0,7	6,9	8,6	35,5	38,7
37. Sieradzkie	55,7	42,0	2,2	2,3	12,0	14,7	31,5	24,8
38. Skierniewickie	42,0	32,1	2,2	1,1	11,5	11,4	25,2	21,5
39. Słupskie	25,9	28,7	1,0	-	5,2	-	10,3	14,4
40. Suwalskie	28,5	26,2	1,6	0,8	6,9	6,7	17,0	15,1
41. Szczecińskie	20,1	30,4	1,5	1,0	4,7	5,8	16,3	24,4
42. Tarnobrzskie	41,1	38,7	0,7	0,7	7,7	5,7	22,3	20,7
43. Tarnowskie	25,8	27,2	2,3	1,2	8,2	9,6	8,9	12,8
44. Toruńskie	27,9	29,1	3,3	0,7	11,9	3,3	19,0	21,2
45. Wałbrzyskie	37,9	38,4	1,4	0,7	12,9	4,8	20,3	21,4
46. Włocławskie	29,4	27,4	2,0	1,1	8,2	5,4	19,8	17,2
47. Wrocławskie	28,5	25,6	0,9	0,5	5,3	3,2	15,7	16,3
48. Zamojskie	39,7	39,0	-	-	9,6	7,0	28,9	29,0
49. Zielonogórskie	25,1	23,7	3,3	1,4	8,2	9,6	16,1	18,5

wano w woj.: poznańskim - 22,4 (26,2), piłskim - 22,8 (23,4), bydgoskim - 23,6 (20,6) i zielonogórskim - 23,7 (25,1). Najwięcej zachorowań, poza woj. siedleckim, wystąpiło w woj.: płockim - 46,3 (40,7), st. warszawskim - 44,8 (45,8), łódzkim - 43,1 (41,0), kieleckim - 42,2 (42,3) i radomskim - 42,2 (44,2). W skali kraju wzrost zapadalności w porównaniu z rokiem poprzednim - wystąpił w 13 województwach, w pozostałych zarejestrowano spadek liczby rejestrowanych zachorowań.

Mimo utrzymującego się trendu spadkowego w zapadalności na gruźlicę sytuacja epidemiologiczna w Polsce jest nadal poważna w porównaniu z naszymi sąsiadami - zachodnim i południowym. W 1996 roku zapadalność na gruźlicę w Niemczech wynosiła 14,4; w Czechach - 19,2; 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 w Europie (i wzrastającą) zapadalność na gruźlicę zarejestrowano w Rumunii - 106,8. Najniższą zapadalność w Europie zarejestrowano w tymże roku w Norwegii - 5,0; w Szwecji - 5,6; w Danii - 9,3. Dystans, jaki dzieli nasz kraj od krajów z najlepszą sytuacją epidemiologiczną wynosi około 25 lat.

Chorobowość

Ocena obejmuje tylko grupę chorych prątkujących, gdyż tylko oni uczestniczą w transmisji zakażenia prątkiem gruźlicy. Na dzień 31.XII.1998 w poradniach gruźlicy i chorób płuc było rejestrowanych 8.593 (8.397) chorych - współczynnik 22,2 (21,7).

Największą liczbę źródeł zakażenia w stosunku do mieszkańców zarejestrowano w woj.: siedleckim - 38,7 (35,5), radomskim - 29,9 (27,6) i jeleniogórskim - 29,6 (24,4).

Na relatywnie niskim poziomie utrzymywały się również liczba i odsetek chorych wydalających prątki odporne na co najmniej 1 lek przeciwprątkowy - w roku 1998 było takich chorych 541 (469), co stanowi 6,3% (5,6%) ogółu chorych prątkujących.

Podsumowanie

Od pięciu lat, ponownie rejestrowany jest spadek zachorowań na gruźlicę. Znacząco zmniejszyła się zapadalność na gruźlicę wśród dzieci. Nadal utrzymują się znaczące różnice zapadalności na gruźlicę między województwami środkowo-wschodniej (wyższa) i północno-zachodniej (niższa) części Polski. Mimo poprawy nadal niezadowolające jest wykorzystanie diagnostyki bakteriologicznej w rozpoznawaniu chorych na gruźlicę. Pomimo poprawy, Polska należy do krajów o wysokiej zapadalności na gruźlicę.

*dr Ireneusz Szczuka
Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc*

Legionelloza w Polsce

EWGLI (Europejska Grupa Pracujących nad Zakażeniami Legionella) rozesała informację o przypadkach zachorowania nad legionellozą zgłoszonych w 1999 roku (do 1.07. 1999 r.).

Ogółem w 1999 r. zgłoszono 62 zachorowania (w tym samym okresie w 1998 r. - 95). W czerwcu zgłoszono 29

zachorowań, w tym 3 ogniska: po jednym w Belgii i w Niemczech oraz jedno - które wystąpiło wcześniej - w Curacao; ponadto w przypadku 4 zachorowań stwierdzono związek z poprzednio rejestrowanymi zachorowaniami związanymi z podróżą do Polski, Włoch, Hiszpanii lub Grecji.

Zachorowania zgłosiły: Austria - 3, Dania - 3, Anglia - 3, Niemcy - 1, Włochy - 3, Holandia - 11, Szwecja - 5. Zachorowania te wystąpiły w związku z podróżami do 14 krajów (w sumie 40 wyjazdów, wliczając przejazdy przez kilka krajów). Szwecja zgłosiła dwa zachorowania w związku z pobytem w Polsce, w tym jedno związane z pobytem na terapii balneologicznej. Ten ostatni chory podróżował prostem w obie strony i po powrocie do Szwecji zachorował (z objawami zapalenia płuc) i zmarł. W moczu stwierdzono obecność antygeny *Legionella pneumophila* 1.

Pracownia Higieny Komunalnej PZH stwierdziła obecność pałeczek *Legionella pneumophila* typ 2-14 w próbkach wody pobranej z pryszniców w pokojach, w których chorzy uprzednio zamieszkiwali.

Ponadto - analizując dane z lat poprzednich - stwierdzono, że Dania w 1994 r. zgłosiła zachorowanie na legionelozę podróżnego, który odwiedził Szczecin, a w 1996 r. - cztery zachorowania po powrocie z Polski (pobyt w Gdańsku, Krakowie, Szczecinie i Warszawie); natomiast Szwecja, w 1997 r. jedno zachorowanie w związku z pobytem w Krakowie i dwa w związku z pobytem w Kołobrzegu.

Rejestracja zachorowań wśród podróżujących ma na celu działanie zapobiegawcze, wskazujące na konieczność wdrożenia odpowiednich procedur dot. bakteriologicznego badania próbek wody z urządzeń klimatyzacyjnych i kąpielowych oraz odpowiedniego oczyszczania sieci wodnych, zgodnie z wymogami.

Sprawozdanie EWGLI obejmuje zachorowania podróżnych, którzy odwiedzili Polskę, brak jest natomiast danych o zachorowaniach w Polsce, w tym wśród Polaków wyjeżdżających za granicę. Legionelozę - jak dotychczas - nie została objęta w Polsce obowiązkiem zgłaszania i rejestracji, informacje o zachorowaniach są jednak zbierane i analizowane dla celów naukowych.

na podstawie "EWGLI Summary Rep. 1999"
przygotowała H. Stypułkowska-Misiurewicz

Przypominamy:

Badania próbek wody przeprowadza Zakład Higieny Komunalnej PZH po wcześniejszym uzgodnieniu terminu wykonania badania.

Badania w kierunku legionelozy mogą być wykonane w PZH. Badamy (aktualnie bezpłatnie):

1. **mocz pacjenta** na obecność antygeny *Legionella pneumophila* 1, **jałowo pobrany**, przesłany natychmiast (badanie tego samego dnia) lub **przechowany do 14 dni w temp. 2-8°C, ew. 5 min gotowany w 100°C przy przesłkach na duże odległości**; wynik tego samego dnia lub nazajutrz, w zależności od godziny dostarczenia materiału do pracowni;
2. **surowicę krwi** określając poziom przeciwciał dla *Legionella pneumophila* 1, **wskazane dwukrotne badanie w odstępie 7-10 dni**; wynik w ciągu tygodnia;
3. **wydzielinę oskrzelową (z bronchoskopii lub płwociny) na posiew** (po wcześniejszym telefonicznym uzgodnieniu); badanie trwa min. 2 tygodnie; stosowane głównie w celu potwierdzenia zakażenia; ze względu na niski udział

uzyskiwanych dodatnich wyników rzadko stosowane.

Do materiału należy dołączyć dane identyfikacyjne pacjenta, skrócone dane kliniczne, nazwisko lekarza.

Kontakt: Prof. Hanna Stypułkowska-Misiurewicz, Katarzyna Pancer; Państwowy Zakład Higieny, 00-791 Warszawa, ul. Chocimska 24; tel.+48 (22) 849 40 51 wew. 267 lub 376; fax: +48 (22) 849 74 84.

Ponowne pojawienie się malarii w Azji środkowej

Malarię wykorzeniono w Azji środkowej w późnych latach pięćdziesiątych i wczesnych latach sześćdziesiątych obecnego stulecia. Pozostały jedynie małe, resztkowe ogniska w Tadżykistanie. Obszar utrzymał status wolnego od malarii do końca lat osiemdziesiątych. Chociaż we wczesnych latach osiemdziesiątych występowały małe ogniska na obszarach Tadżykistanu, Turkmenistanu i Uzbekistanu graniczących z Afganistanem, były one skutecznie prowadzone przez krajowe służby - przy pomocy ministerstwa zdrowia Związku Radzieckiego. Na początku lat dziewięćdziesiątych sytuacja pogorszyła się dramatycznie. Obecnie epidemie malarii rozwijają się w Tadżykistanie i Turkmenistanie, a Kazachstan, Kirgistan i Uzbekistan borykają się z poważnymi problemami.

W Tadżykistanie do ponownej endemizacji malarii doszło w następstwie wojny domowej, która wybuchła w 1992 r. Spowodowała ona przemieszczenie się ogromnej liczby osób oraz poważne zniszczenie służb socjalnych i służby zdrowia. Od 1993 r. gwałtownie wrosła liczba zachorowań na malarię i w 1998 r. w Tadżykistanie zarejestrowano około 30.000 zachorowań. Wg oszacowań niektórych ekspertów, oficjalne dane z pewnych obszarów powinny być pomnożone przez 10. Populacja Tadżyków jest dotknięta przez dwa zarodźce malarii: *Plasmodium vivax* i *P.falciparum*; drugi z nich jest obecny w 16% zachorowań i może prowadzić do poważnej choroby i zgonu.

Sytuacja w Turkmenistanie pogarszała się od czerwca 1998 r., kiedy wykryto pierwsze rodzime zachorowanie w południowej części kraju, graniczącej z Afganistanem. W 1998 r. wystąpiło 110 zachorowań (dane tymczasowe). Ponieważ chorzy nie otrzymali żadnego radykalnego leczenia, możliwe są nawroty, które będą stanowiły źródło nowych zachorowań. Istnieje zagrożenie szerzenia się malarii w całym kraju, ponieważ liczne, potencjalnie zakażone osoby, zmieniają miejsca pobytu.

Epidemie w Tadżykistanie i Turkmenistanie szerzą się gwałtownie i wpływają znacząco na sytuację epidemiologiczną malarii w sąsiednich krajach. W ostatnich trzech latach wzrastała liczba importowanych zachorowań w Uzbekistanie, Kirgistanie i Kazachstanie. W 1998 r. odnotowano ich ponad sto. W tych krajach ciągle żyją przenosiciele malarii, jej transmisja jest łatwo wznawialna i ostatnio zarejestrowano ogniska wtórnych, rodzimych zachorowań.

W ostatnich latach w pięciu środkowo-azjatyckich krajach WNP (Wspólnoty Niepodległych Państw; Kazachstan, Kirgistan, Tadżykistan, Turkmenistan i Uzbekistan) pogorszyły się warunki ekonomiczne, jakość opieki zdrowotnej, wyposażenie w sprzęt i środki, takie jak leki przeciwmalaryczne i insektycydy, które pochodziły z ministerstwa zdrowia Związku Radzieckiego. Brak jest wiedzy i doświadczenia w nadzorze nad malarią. W tej sytuacji potrzebna jest pomoc wspólnoty międzynarodowej. Jeśli nie zostaną podjęte właściwe środki zapobiegawcze, może dojść

do łatwego szerzenia się malarii, zniszczenia wysiłków włożonych w jej wykorzenienie na tym obszarze oraz powrotu do sytuacji z późnych lat dwudziestych i wczesnych lat czterdziestych, kiedy setki tysięcy ludzi w Związku Radzieckim chorowało na malarię.

Podjęto więc nową, międzynarodową inicjatywę o nazwie Roll Back Malaria. Jej celem jest znaczące ograniczenie występowania malarii w świecie, poprzez interwencje zaadaptowane do miejscowych potrzeb. W Azji środkowej powinny być pilnie podjęte ujednolicone, skoordynowane działania Wspólnoty Niepodległych Państw. Wskazane jest:

- ustalenie nadzoru i systemu wczesnego ostrzegania w celu wykrywania epidemii w porę;
- poprawa krajowych możliwości wykrywania zachorowań na malarię i leczenia jej poprzez: szkolenie podstawowego personelu służby zdrowia, dostarczanie leków przeciwmalarijnych, potrzebnych odczynników i środków do laboratoryjnego rozpoznawania malarii;
- poprawa technicznych możliwości personelu publicznej służby zdrowia na poziomie kraju, prowincji i dystryktu w celu planowania, kontrolowania i oceniania działań nadzorujących malarię, szkolenie odświeżające wiedzę i umiejętności, dostarczanie uaktualnionych zaleceń i piśmiennictwa naukowego;
- poprawa zdolności publicznej służby zdrowia do nadzorowania ognisk malarii i epidemii przez dostarczenie określonego asortymentu insektycydów i sprzętu do ich stosowania;
- poprawa edukacji zdrowotnej i informacji o zapobieganiu malarii oraz promowanie udziału społeczności w działaniach nadzorujących malarię.

na podstawie WHO "CD News" (1999,20,10-12)
opracowała Wanda Szata

Współpraca weterynaryjna i medyczna w Irlandii

W krajach rozwiniętych rośnie znaczenie salmoneloz odzwierzęcych. Jedną z najbardziej rozpowszechnionych w Irlandii przyczyn zatruc i zakażeń pokarmowych u ludzi jest zakażenie *Salmonella typhimurium*, która może atakować wszystkie gatunki zwierząt. Odzwierzęce pałeczki *Salmonella* są zazwyczaj bakteriami jelitowymi. Są one ponadto rozpowszechnione w środowisku i znajduje się je zwykle w ściekach z ferm zwierzęcych, ludzkich nieczystościach oraz w otoczeniu narażonym na zanieczyszczenie odchodami.

Udowodniono, że salmoneloza u ludzi jest ściśle związana ze spożyciem żywności pochodzenia zwierzęcego oraz z kontaktem ze zwierzętami. Zgłaszane są ogniska zachorowań o objawach żołądkowo-jelitowych związane z odwiedzaniem ferm, a więc możliwością nabycia zakażeń zoonotycznych przez kontakt ze zwierzętami hodowlanymi, szczególnie zwierzętami chorymi.

Na terenie Cork (hrabstwo w Irlandii) w 1989 r. został założony Komitet Zoonoz, z zamiarem ułatwienia łączności i wymiany informacji między personelem służb medycznych i weterynaryjnych. Dzięki utrzymywaniu łączności między pionem weterynaryjnym, pionem Zdrowia Publicznego oraz specjalistami z zakresu medycyny i ochrony środowiska wykryto wspólnie cztery ogniska zwierzęcej i ludzkiej salmonelozy. Ustalono związek epidemiologiczny między ogniskami u ludzi i zwierząt, występującymi na fermie krów mlecznych, fermie drobiu, fermie cieląt oraz fermie świń. W trzech przypadkach kliniczne objawy u zwierząt poprze-

dzały wystąpienie objawów u ludzi, podczas gdy w czwartym przypadku - w fermie drobiu - pałeczki *Salmonella* izolowano z tuszek drobiowych równocześnie z wystąpieniem klinicznej salmonelozy u ludzi pracujących przy żywym drobiu.



Ryc.1. Struktura współpracy między służbami: weterynaryjną i medyczną w Irlandii.

Przykłady te świadczą o potrzebie skoordynowanej współpracy między personelem weterynaryjnym i medycznym w przypadkach salmonelozy oraz innych zatruc i zakażeń pokarmowych. Rycina 1 przedstawia model ścisłej współpracy między pionem weterynaryjnym i medycznym zdrowia publicznego w Irlandii. Struktura ta jest propozycją dotyczącą kontroli chorób odzwierzęcych i zapobieganiu im na poziomie regionalnym i krajowym, którą w "Irish Med. J." (1998,3, 95-966) przedstawili: C. Foley-Nolan, J. Buckley, E. O'Sullivan, B. Cryan.

na podstawie FAO/WHO "Newsletter" (1999,59,3)
opracowała A. Przybylska

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

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