

## Meldunek 8/B/02

o zachorowaniach na choroby zakaźne i zatruciach związkami chemicznymi  
zgłoszonych w okresie od 16.08 do 31.08.2002 r.

Jednostka chorobowa (symbole wg "Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych" ICD-10)	Meldunek 8/B		Dane skumulowane	
	16.08.02. do 31.08.02.	16.08.01. do 31.08.01.	1.01.02. do 31.08.02.	1.01.01. do 31.08.01.
Choroba wywołana przez ludzki wirus upośl.odp.: ogółem (B20-B24)	2	4	62	79
Dur brzuszny (A01.0)	-	-	5	2
Dury rzekome A.B.C. (A01.1-A01.3)	-	-	1	1
Salmonelozy: ogółem (A02)	1687	1487	13772	13590
Czerwonka bakteryjna /szigelozą/ (A03)	125	29	187	71
Inne bakteryjne zakażenia jelitowe: ogółem (A04)	218	226	3146	3237
Wiusowe i inne określone zakażenia jelitowe: ogółem (A08)	79	115	5411	3650
Biegunki u dzieci do lat 2: ogółem (A04; A08; A09)	621	617	13459	11194
w tym: BNO, prawdopodobnie pochodzenia zakaźnego (A09)	459	436	8146	7007
Tężec: ogółem (A33-A35)	1	2	12	13
Błonica (A36)	-	-	-	-
Krztusiec (A37)	63	84	1007	1628
Szkarlatyna /płonica/ (A38)	62	70	3162	4820
Zapalenie opon mózgowych: razem	103	127	1053	1080
w tym: meningokokowe (A39.0)	2	5	49	72
wywołane przez <i>Haemophilus influenzae</i> (G00.0)	2	3	43	44
inne bakteryjne, określone i nie określone (G00.1-G00.9)	30	25	394	405
wirusowe, określone i nie określone (A87; B00.3; B02.1)	56	85	466	456
inne i nie określone (G03)	13	9	101	103
Zapalenie mózgu: razem	49	39	324	292
w tym: meningokokowe i inne bakteryjne: ogółem (A39.8; G04.2)	5	2	78	75
wirusowe, przenoszone przez kleszcze (A84)	31	25	71	65
inne wirusowe, określone (A83; A85; B00.4; B02.0; B25.8)	-	1	17	14
wirusowe, nie określone (A86)	9	6	107	84
poszczepienne (G04.0)	-	-	1	-
inne i nie określone (G04.8-G04.9)	4	5	50	54
Riketsjozy: ogółem (A75-A79)	-	-	1	-
Ostre nagminne porażenie dziecięce, łącznie z poszczepiennym (A80)	-	-	1	-
Ospa wietrzna (B01)	643	724	64828	83208
Odra (B05)	-	3	26	117
Różyczka: ogółem (B06; P35.0)	336	748	39056	80695
Wirusowe zap. wątroby: typu A (B15)	7	34	257	333
typu B (B16; B18.0-B18.1)	73	80	1268	1497
typu C (B17.1; B18.2)	68	63	1241	1260
typu B+C (B16; B18.0-B18.1 + B17.1; B18.2)	3	3	46	81
inne i nieokreśl.(B17.0;B17.2-.8;B18.8-.9;B19)	7	5	149	146
Świnka /nagminne zapalenie przyusznic/ (B26)	644	256	26992	9728
Włośnica (B75)	-	2	11	10
Świerzb (B86)	392	320	9017	8767
Grypa: ogółem (J10; J11)	15	7	155819	519454
Bakteryjne zatrucia pokarmowe: razem	2054	1800	17428	16622
w tym: salmonelozy (A02.0)	1678	1481	13717	13533
gronkowcowe (A05.0)	108	12	665	464
jadem kiełbasianym /botulizm/ (A05.1)	5	6	60	49
wywołane przez <i>Clostridium perfringens</i> (A05.2)	-	-	2	1
inne określone (A05.3-A05.8)	4	1	155	178
nie określone (A05.9)	259	300	2829	2397
Zatrucia naturalnie toksycznym pokarmem: ogółem (T62)	8	24	28	78
w tym: grzybami (T62.0)	5	21	20	67
Inne zatrucia: ogółem (T36-T60; T63-T65)	313	427	5994	6113
w tym: pestycydami (T60)	8	11	89	200
lekami, prep.farmakologicznymi i subst.biolog. (T36-T50)	182	263	3586	3317
alkoholem (T51)	83	83	1185	1144
Ostre porażenia wiotkie u dzieci (0-14 lat)	2	4	48	53

## Zachorowania zgłoszone w okresie 16-31.08.2002 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	2	-	-	1687	125	621	1	63	62	103	2	49	31
Dolnośląskie	-	-	-	76	-	30	-	5	9	6	-	2	-
Kujawsko-Pomorskie	-	-	-	143	-	25	-	15	3	4	-	-	-
Lubelskie	-	-	-	211	2	37	-	-	-	2	-	1	-
Lubuskie	-	-	-	48	-	22	-	-	1	2	-	-	-
Łódzkie	-	-	-	124	-	31	-	9	1	6	-	2	-
Małopolskie	1	-	-	99	1	26	-	-	5	14	-	2	1
Mazowieckie	-	-	-	149	12	96	-	9	9	6	-	1	-
Opolskie	-	-	-	57	-	-	1	4	7	4	-	-	-
Podkarpackie	-	-	-	128	1	46	-	1	-	11	-	1	-
Podlaskie	-	-	-	90	-	19	-	10	-	4	1	23	22
Pomorskie	-	-	-	146	-	49	-	1	1	5	-	2	-
Śląskie	1	-	-	95	-	52	-	1	6	5	-	4	-
Świętokrzyskie	-	-	-	84	-	23	-	3	3	8	-	-	-
Warmińsko-Mazurskie	-	-	-	75	-	83	-	3	2	9	-	8	7
Wielkopolskie	-	-	-	94	-	76	-	1	14	10	1	3	1
Zachodniopomorskie	-	-	-	68	109	6	-	1	1	7	-	-	-

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	643	-	336	7	76	71	644	-	392	15	2054	5	313
Dolnośląskie	56	-	24	-	8	19	45	-	15	-	81	2	22
Kujawsko-Pomorskie	31	-	14	-	13	9	40	-	44	-	148	-	11
Lubelskie	27	-	19	-	1	4	15	-	14	-	214	-	45
Lubuskie	23	-	11	-	5	3	18	-	5	-	53	-	19
Łódzkie	42	-	20	-	7	7	36	-	24	-	125	-	13
Małopolskie	57	-	8	2	2	2	57	-	45	-	118	1	23
Mazowieckie	72	-	18	-	5	4	38	-	27	-	163	1	10
Opolskie	20	-	13	-	1	-	21	-	11	-	59	-	4
Podkarpackie	31	-	48	-	1	6	44	-	25	-	127	1	30
Podlaskie	16	-	9	-	2	1	6	-	24	-	91	-	18
Pomorskie	41	-	14	4	4	2	10	-	10	-	224	-	19
Śląskie	63	-	24	-	17	4	223	-	78	-	235	-	37
Świętokrzyskie	41	-	16	-	2	5	35	-	13	-	107	-	23
Warmińsko-Mazurskie	17	-	4	-	1	-	16	-	17	-	126	-	23
Wielkopolskie	80	-	82	1	4	4	33	-	16	15	98	-	8
Zachodniopomorskie	26	-	12	-	3	1	7	-	24	-	85	-	8

## Zakażenia HIV i zachorowania na AIDS

### Informacja z 31 lipca 2002 r.

W lipcu 2002 r. do Zakładu Epidemiologii PZH zgłoszono nowo wykryte zakażenie HIV 41 obywateli polskich, wśród których było: 12 zakażonych w związku z używaniem narkotyków, 1 zakażony drogą ryzykownych kontaktów heteroseksualnych oraz 28 bez informacji o drodze zakażenia.

Wśród nowo wykrytych zakażonych było 31 mężczyzn i 10 kobiet. Mieli oni od 17 do 49 lat, w tym było: 5 od 17 do 19 lat, 20 w grupie wieku od 20 do 29 lat, 8 - 30-39 lat, 7 - 40-49 lat oraz 1 bez informacji o dacie urodzenia i wieku. Mieszkali w następujących województwach: 8 w łódzkim, po 4 w lubelskim i zachodniopomorskim, po 3 w mazowieckim i podlaskim, po 2 w pomorskim i warmińsko-mazurskim oraz po 1 w dolnośląskim, kujawsko-pomorskim, podkarpackim i świętokrzyskim; 11 było bez informacji o województwie zamieszkania.

Zakażenie HIV potwierdzono w Zakładzie Laboratoryjno-Doświadczalnym Instytutu Wenerologii AM w Warszawie, w Wojewódzkim Zespole Chorób Zakaźnych w Gdańsku, w Wojewódzkiej Przychodni Dermatologicznej w Katowicach, w pracowni wirusologicznej Wojewódzkiej Stacji Sanitarnej-Epidemiologicznej w Lublinie, w Wojewódzkim Specjalistycznym Szpitalu im. dr Wł. Biegańskiego w Łodzi oraz w Zakładzie Immunologii Hematologicznej i Transfuzjologicznej Instytutu Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie.

Odnotowano zachorowanie na AIDS kobiety - narkomanki i 4 mężczyzn (3 homoseksualistów i narkomana).

Chorzy byli w wieku od 30 do 45 lat, w tym: 2 w grupie wieku od 30 do 39 lat i 3 - 40-49 lat. Mieszkali w następujących województwach: 2 w łódzkim oraz po 1 w lubuskim, wielkopolskim i zachodniopomorskim.

Zachorowania zgłoszone w lipcu 2002 r. rozpoznano w roku 2000 (1) i 2002 (4). We wszystkich przypadkach określono przynajmniej jedną chorobę wskazującą na AIDS w brzmieniu jak w definicji do celów nadzoru epidemiologicznego, skorygowanej w 1993 r. U 3 chorych podano liczbę komórek CD4 (od 28 do 63 na mikrolitr).

Od wdrożenia badań w 1985 r. do 31 lipca 2002 r. stwierdzono zakażenie HIV 7.670 obywateli polskich, wśród których było co najmniej 4.691 zakażonych w związku z używaniem narkotyków.

Ogółem odnotowano 1.188 zachorowań na AIDS; 587 chorych zmarło.

### Informacja z 31 sierpnia 2002 r.

W sierpniu 2002 r. do Zakładu Epidemiologii PZH zgłoszono nowo wykryte zakażenie HIV 30 obywateli polskich, wśród których było: 14 zakażonych w związku z używaniem narkotyków, 4 zakażonych drogą ryzykownych kontaktów heteroseksualnych oraz 12 bez informacji o drodze zakażenia.

Wśród nowo wykrytych zakażonych było 25 mężczyzn i 5 kobiet. Mieli oni od 20 do 48 lat, w tym po 14 było w grupie wieku od 20 do 29 lat i 30-39 lat oraz 2 w grupie 40-49 lat. Mieszkali w następujących województwach: 10 w dolnośląskim, 4 w łódzkim, po 3 w kujawsko-pomorskim, opolskim i pomorskim oraz 1 w wielkopolskim; 6 było bez informacji o województwie zamieszkania.

Zakażenie HIV potwierdzono w Wojewódzkim Zespole Chorób Zakaźnych w Gdańsku, w Wojewódzkim Szpitalu Obserwacyjno-Zakaźnym w Bydgoszczy, w Wojewódzkiej

Przychodni Dermatologicznej w Katowicach, w pracowni wirusologicznej Wojewódzkiej Stacji Sanitarnej-Epidemiologicznej w Lublinie, w Wojewódzkim Specjalistycznym Szpitalu im. dr Wł. Biegańskiego w Łodzi, w laboratorium Kliniki Chorób Zakaźnych we Wrocławiu oraz w Zakładzie Immunologii Hematologicznej i Transfuzjologicznej Instytutu Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie.

Odnotowano zachorowanie na AIDS kobiety zakażonej drogą ryzykownych kontaktów heteroseksualnych i 9 mężczyzn (4 narkomanów, 3 bez informacji o drodze zakażenia oraz 2 homoseksualistów).

Chorzy byli w wieku od 28 do 47 lat, w tym po 3 w grupie od 20 do 29 lat i od 30 do 39 lat oraz 4 w grupie 40-49 lat. Mieszkali w następujących województwach: 7 w śląskim oraz po 1 w lubuskim, małopolskim i podkarpackim.

Zachorowania zgłoszone w sierpniu 2002 r. rozpoznano w roku 2001 (1) i 2002 (9). We wszystkich przypadkach określono przynajmniej jedną chorobę wskazującą na AIDS w brzmieniu jak w definicji do celów nadzoru epidemiologicznego, skorygowanej w 1993 r. U 8 chorych podano liczbę komórek CD4 (od 1 do 126 na mikrolitr).

Od wdrożenia badań w 1985 r. do 31 sierpnia 2002 r. stwierdzono zakażenie HIV 7.700 obywateli polskich, wśród których było co najmniej 4.705 zakażonych w związku z używaniem narkotyków.

Ogółem odnotowano 1.198 zachorowań na AIDS; 594 chorych zmarło.

Wanda Szata  
Zakład Epidemiologii PZH

\* \* \*

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

### Sytuacja epidemiologiczna gruźlicy w Polsce w 2001 roku

Tak jak w latach poprzednich, ocena stanu epidemiologicznego gruźlicy w Polsce została przeprowadzona w oparciu o podstawowe mierniki epidemiologiczne: zapadalność i chorobowość na gruźlicę, zwłaszcza na postaci choroby stanowiącej źródło zakażenia i szerzenia się gruźlicy w społeczeństwie, tj. takie, w których rozpoznanie zostało potwierdzone w badaniu bakteriologicznym.

W tabeli 1 obok współczynników charakteryzujących sytuację w roku 2001 podano także współczynniki za rok poprzedni. W tekście dane dotyczące roku poprzedniego podawane są w nawiasach. Pozwala to na porównanie sytuacji w ciągu dwóch lat. Umieralność z powodu gruźlicy oceniano w latach 1999 i 2000, ponieważ dane dotyczące umieralności wg przyczyn udostępniane są przez GUS z rocznym opóźnieniem.

Wszystkie występujące współczynniki obliczone zostały w stosunku do 100.000 ludności.

#### Zapadalność na gruźlicę

W roku 2001 zgłoszono do Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc 10.672 zachorowania na gruźlicę. Było to o 805 zacho-

**Tabela 1.** Gruźlica w Polsce w latach 2000 i 2001. Zapadalność, chorobowość i umieralność z powodu gruźlicy wg województw (współczynniki na 100.000 ludności).

Województwo	Zapadalność						Chorobowość (BK+)		Umieralność	
	ogółem		0-14 lat		15-19 lat		2000	2001	2000	2001
	2000	2001	2000	2001	2000	2001				
POLSKA	29,7	27,6	1,4	1,7	7,2	6,0	21,4	21,6	2,6	2,7
1. Dolnośląskie	28,4	25,5	2,1	2,4	7,0	3,6	17,3	17,7	3,0	2,6
2. Kujawsko-Pomorskie	23,8	21,4	1,2	0,0	4,3	4,8	17,5	18,1	2,0	1,4
3. Lubelskie	34,8	33,5	0,7	1,4	6,5	5,5	25,6	26,2	2,0	2,3
4. Lubuskie	15,9	23,0	1,5	0,0	3,2	4,2	12,4	13,3	2,1	2,0
5. Łódzkie	37,9	32,9	3,3	4,3	9,5	10,1	29,3	24,7	3,1	3,0
6. Małopolskie	20,7	18,3	0,3	0,6	6,5	3,6	18,5	18,5	1,0	1,6
7. Mazowieckie	36,8	35,6	2,3	4,4	11,3	6,8	22,8	25,9	3,1	3,1
8. Opolskie	30,1	25,6	0,0	1,0	6,3	5,3	18,7	17,6	1,3	2,0
9. Podkarpackie	29,8	29,6	0,4	1,1	10,2	5,1	24,4	27,3	2,7	2,3
10. Podlaskie	22,2	21,2	0,8	1,2	7,4	2,7	16,4	16,3	2,5	2,2
11. Pomorskie	28,7	28,9	3,4	2,8	8,7	7,7	18,2	18,6	1,4	2,1
12. Śląskie	35,4	30,1	1,2	1,5	7,4	6,8	27,0	26,4	4,7	5,1
13. Świętokrzyskie	36,8	35,9	0,8	1,2	8,6	14,8	20,6	23,7	3,4	4,5
14. Warmińsko-Mazurskie	25,2	28,1	1,0	0,3	4,3	3,6	10,1	11,6	2,8	2,0
15. Wielkopolskie	22,8	18,3	1,0	0,5	4,0	4,4	20,0	17,5	2,4	1,8
16. Zachodniopomorskie	25,8	25,9	0,6	0,9	2,6	7,3	20,0	21,3	1,6	2,0
Mężczyźni	40,9	37,7	1,3	1,6	7,4	5,6	.	.	4,2	4,1
Kobiety	19,1	18,1	1,4	1,9	7,0	6,4	.	.	1,2	1,3
Miasto	29,2	27,1	1,5	2,1	6,7	5,8	.	.	2,5	2,6
Wieś	30,5	28,4	1,2	1,3	7,9	6,2	.	.	2,8	2,8

rowań mniej niż w roku poprzednim. Współczynnik zapadalności - 27,6 (29,7) - był o 7,1% niższy niż w roku poprzednim. Tempo spadku zapadalności było wyższe niż w roku poprzednim - 5,7%.

Podobnie jak w latach poprzednich dominującą postacią gruźlicy była gruźlica układu oddechowego, stanowiąca 95,4% (95,5%) ogółu nowo zarejestrowanych przypadków. Chorzy na gruźlicę innych układów i narządów - zarejestrowano ich 489 (517); współczynnik zapadalności 1,3 (1,3) - stanowili 4,6% wszystkich zgłoszonych chorych. Utrzymujący się od wielu lat niski, w porównaniu z innymi krajami, udział chorych z gruźlicą pozapłucną jest prawdopodobnie w znaczącej mierze spowodowany nie zgłaszaniem tych chorych do rejestru. Są oni rozpoznawani i leczeni przez lekarzy różnych specjalności, którzy zapominają o obowiązku zgłoszenia tych chorych do poradni gruźlicy i chorób płuc, właściwych dla miejsca zamieszkania chorego.

W analizowanym roku, podobnie jak w latach poprzednich, najczęściej zgłaszanymi postaciami gruźlicy pozapłucnej były: gruźlica narządów moczowo-płciowych - 152 (168), gruźlica węzłów chłonnych obwodowych - 152 (137), oraz gruźlica kości i stawów - 65 (103) przypadków. Zmniejszyła się ogólna liczba zachorowań na najgroźniejszą postać gruźlicy pozapłucnej - gruźlicze zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych i mózgu, z 16 w roku 2000 do 13 w 2001 roku. Natomiast w 2001 r. ponownie zarejestrowano 4 zachorowania na tę postać gruźlicy wśród dzieci do 14 r.ż. (w roku 2000 nie zgłoszono takich zachorowań). Nie było natomiast takich przypadków w grupie młodocianych.

W ocenianym roku utrzymał się związek pomiędzy zachorowaniami na gruźlicę a płcią i miejscem zamieszkania. I tak, mężczyźni chorowali na gruźlicę ponad dwukrotnie częściej niż kobiety - odpowiednie współczynniki: 37,7 (40,9) i 18,1 (19,1); a mieszkańcy wsi częściej od mieszkańców miast - odpowiednie współczynniki: 28,4 (30,5) i 27,1 (29,2).

Utrzymało się również zróżnicowanie zapadalności zwią-

zane z wiekiem. Ryzyko zachorowania (zapadalność) na gruźlicę narastało wraz z wiekiem - od 1,7 (1,4) wśród dzieci do 14 r.ż. do 56,3 (62,4) wśród osób powyżej 65 r.ż. Poza grupą dzieci, we wszystkich pozostałych grupach wiekowych utrzymał się spadkowy trend zapadalności. W analizowanym roku liczba zarejestrowanych zachorowań na gruźlicę wzrosła wśród dzieci ze 103 w roku poprzednim do 124. Nie zarejestrowano takich zachorowań w woj. kujawsko-pomorskim i lubuskim. Najwięcej zachorowań zgłoszono z woj. mazowieckim - 39 (21) i łódzkim 19 (15); współczynniki zapadalności odpowiednio - 4,4 (2,3) i 4,3 (3,3). Wzrost zachorowań na gruźlicę wśród dzieci nie może być lekceważony i wymaga wnikliwej analizy przypadków zachorowań. Winien być oceniany z uwzględnieniem całokształtu sytuacji epidemiologicznej. Zachorowania wśród dzieci stanowią 1,2% (0,9%) ogółu zachorowań na gruźlicę. W obecnej dobie rozpoznanie gruźlicy u dziecka jest coraz trudniejsze (potwierdzenie bakteriologiczne uzyskuje się rzadko), a ryzyko błędnej diagnozy jest wysokie. Tylko wnikliwa analiza pozwoli ustalić na ile jest to wzrost rzeczywisty, a w jakim stopniu jest on wynikiem "przediagnozowania" gruźlicy w tej grupie. Nadal aktualny pozostaje postulat, aby rozpoznanie gruźlicy u dziecka było stawiane zespołowo (co najmniej przez 2 doświadczonych lekarzy).

W zachorowaniach na gruźlicę szczególne miejsce mają przypadki potwierdzone bakteriologicznie. To one są odpowiedzialne za szerzenie się gruźlicy w populacji. W 2001 roku zarejestrowano 6.083 (6.518) chorych - współczynnik 15,7 (16,9) - u których rozpoznanie było potwierdzone bakteriologicznie. Chorzy ci stanowili 57,0% (56,8%) ogółu nowo zarejestrowanych. Od wielu lat odsetek ten nie ulega większym zmianom. Jest on niski w porównaniu z krajami skandynawskimi i Holandią, a zbliżony do poziomu w Niemczech i Austrii.

Niski udział przypadków potwierdzonych bakteriologicznie wśród ogółu nowych zachorowań jest wynikiem sumo-

wania się dwóch zjawisk - niezadowolającej jakości badań bakteriologicznych (zwłaszcza bakterioskopowych) i niezadowolającego poziomu rozpoznawania gruźlicy przez lekarzy. Świadczą o tym znaczne różnice w udziale zachorowań potwierdzonych bakteriologicznie w poszczególnych województwach. Udział ten wahał się od 32,9% w woj. warmińsko-mazurskim do 78,6% w woj. małopolskim. Tak znaczne różnice nie mogą być tłumaczone zróżnicowaniem dostępności do badań bakteriologicznych (jest ona wystarczająca) czy wyposażeniem laboratoriów bakteriologicznych. Badanie bakteriologiczne stanowi złoty standard w diagnostyce gruźlicy i dlatego konieczne jest zwiększenie udziału tej metody w rozpoznawaniu gruźlicy.

Podobnie jak w latach ubiegłych, wystąpiły znaczne różnice w zachorowalności na gruźlicę między województwami. W przekroju wojewódzkim współczynniki wahały się od 18,3 w woj. małopolskim i wielkopolskim do 35,9 w woj. świętokrzyskim i 35,6 w woj. mazowieckim (tab.1). Wzrost zapadalności w porównaniu z rokiem poprzednim wystąpił w 4 województwach. W dwóch był on znaczący - w woj. lubuskim o 44,6% i w woj. warmińsko-mazurskim o 11,5%. W dwóch pozostałych był on nieznaczny - o 0,7% w woj. pomorskim i 0,4% w woj. zachodniopomorskim. Wysoki wzrost zachorowań w woj. lubuskim wystąpił w dwa lata po równie głębokim spadku. Należy go traktować jako powrót do "normalności" w zakresie wykrywania i rejestracji zachorowań w tym województwie po okresie demontażu infrastruktury organizacyjnej zwalczania gruźlicy.

Równoległe w kilku innych województwach wystąpił znaczący spadek zapadalności, przekraczający średni dla kraju - 7,1%. I tak, w woj. wielkopolskim - przy zapadalności 18,3 (22,8) - odnotowano spadek o 19,7%, w opolskim - przy zapadalności 25,6 (30,1) - i śląskim - przy zapadalności 30,1 (35,4) - spadek o 15,0%, w łódzkim - przy zapadalności 32,9 (37,9) - spadek o 13,2%. Tak znaczna zmienność zapadalności w ciągu roku nakazuje przeprowadzenie analizy zachorowalności na gruźlicę, stanu wykrywania i rejestracji chorych w poszczególnych powiatach. Należy ocenić, w jakim stopniu ta zmienność jest odzwierciedleniem rzeczywistego spadku zachorowań na gruźlicę, a w jakim stopniu jest ona wynikiem zaniedbań w zakresie wykrywania i/lub zgłaszania zachorowań na gruźlicę.

Przy ocenie sytuacji epidemiologicznej należy pamiętać o tych wahaniach, świadczą one bowiem o braku stabilizacji w zakresie wykrywania i zgłaszania (kompletności) zachorowań na gruźlicę.

Na podstawie dostępnych informacji można stwierdzić, że zapadalność na gruźlicę więźniów, jakkolwiek wyższa niż wśród ogółu populacji, nie stanowi istotnego zagrożenia dla ogólnej sytuacji epidemiologicznej i jest pod kontrolą. Nie jest również problemem skala zachorowań na gruźlicę osób zakażonych HIV. Istniejący obecnie system rejestracji chorych nie pozwala na wiarygodną ocenę zachorowań na gruźlicę wśród cudzoziemców przebywających w Polsce. Na podstawie wyrzykowych danych wydaje się, że jego skala nie ma istotnego znaczenia dla ogólnej sytuacji epidemiologicznej.

W porównaniu z innymi krajami europejskimi zapadalność na gruźlicę sytuuje Polskę w grupie krajów o średniej zapadalności, ograniczonej wartościami od 20 do 40 zachorowań na 100.000 ludności. W porównywalnym roku 2000 zapadalność na gruźlicę w Polsce - 29,7 - była prawie 3-krotnie wyższa niż średnia zapadalność na gruźlicę w krajach Unii Europejskiej - 11,6. Była także znacznie wyższa niż u naszych sąsiadów z zachodu i południa: w Niemczech - 11,1; Czechach - 13,8; Słowacji - 18,7. Była natomiast niż-

sza niż w Rumunii - 122,4 (najwyższa w Europie), w Rosji - 94,6; na Litwie- 71,9; Białorusi - 66,7 i na Ukrainie - 66,5.

Najniższą zapadalność na gruźlicę rejestrowano w Szwecji - 4,7 i Norwegii - 4,9. Dystans, jaki dzieli Polskę od krajów z najlepszą sytuacją, nie zmienia się i jest szacowany na 25 lat.

### **Chorobowość**

Tak jak w latach poprzednich ocena dotyczy tylko chorobowości na gruźlicę potwierdzoną bakteriologicznie. Charakteryzuje ona liczbę wszystkich źródeł zakażenia prątkiem gruźlicy. Na dzień 31.XII.2001 r. w poradniach gruźlicy i chorób płuc było zarejestrowanych 8.335 (8.255) chorych prątkujących - współczynnik chorobowości był nieco wyższy niż w roku poprzednim - 21,6 (21,4).

Najwięcej źródeł zakażenia w stosunku do liczby mieszkańców było w woj. podkarpackim - 27,3 (24,4), śląskim - 26,4 (27,0) i lubuskim - 26,2 (25,6). Wśród chorych prątkujących szczególnie niebezpieczna jest grupa chorych, u których prątki stały się odporne na główne leki przeciwprątkowe. W wielu krajach stanowią oni liczną grupę chorych. W Polsce liczba tych chorych i ich odsetek w ogólnej chorobowości nie wykazują tendencji wzrostowych i nie stwarzają istotnego zagrożenia dla sytuacji epidemiologicznej i skuteczności leczenia. Wdrażanie bezpośrednio nadzorowanego leczenia chorych stanowi najlepszą zaporę dla rozwoju zjawiska lekooporności.

### **Umieralność**

Znana jest ograniczona wartość tego miernika w analizach epidemiologicznych a przyjęte zasady notyfikacji (wyściowa przyczyna zgonu) dodatkowo zmniejszają wagę tego miernika.

Umieralność z powodu gruźlicy w dobie rozwiniętej chemioterapii gruźlicy straciła swoje znaczenie jako miernik sytuacji epidemiologicznej. Jeśli można wyleczyć, a więc odprątkować, wszystkich chorych to zgony z powodu tej w pełni wyleczalnej choroby mogą być tylko negatywnym miernikiem realizacji programu zwalczania gruźlicy w dwóch jego podstawowych elementach: wykrywaniu (zbyt późne) i leczeniu (źle prowadzone, nieskuteczne). W roku 2000 zmarło z powodu gruźlicy 1.041 chorych i było to więcej niż w roku poprzednim - 1.022. Odpowiednie współczynniki umieralności - 2,6 (2,6).

Zgony z powodu gruźlicy stanowiły 0,3% (0,3%) ogółu zgonów i 44,8% (42,3%) zgonów z powodu wszystkich chorób zakaźnych.

Tak jak w latach poprzednich, najwyższą umieralność zarejestrowano wśród ludzi w wieku 65 lat i więcej - 10,3 (9,5). Zgony w tej grupie wiekowej stanowiły 46,7% (43,0%) ogółu zgonów z powodu gruźlicy. Nie zarejestrowano zgonu z powodu gruźlicy wśród chorych do 19 r.ż. Umieralność mężczyzn z powodu gruźlicy - współczynnik 4,1 (4,2) - była trzykrotnie wyższa niż kobiet - 1,3 (1,2). Mieszkańcy wsi - współczynnik 2,8 (2,8) - umierali nieznacznie częściej z powodu gruźlicy niż mieszkańcy miast - 2,6 (2,5).

W przekroju wojewódzkim największą umieralność z powodu gruźlicy zarejestrowano w woj. śląskim - 5,1 i świętokrzyskim - 4,5; a najniższą w woj. kujawsko-pomorskim - 1,4 i małopolskim - 1,6.

### **Podsumowanie**

W roku 2001 utrzymały się obserwowane dotychczas tendencje w zakresie kształtowania się podstawowych mierników oceny sytuacji epidemiologicznej, zmniejszyła się zapadalność na gruźlicę we wszystkich - z wyjątkiem dzieci -

grupach ludności, tak wśród mężczyzn, jak i kobiet, zarówno mieszkańców wsi jak i miast, przy utrzymującej się prevalencji zachorowań mężczyzn i mieszkańców wsi.

Utrzymał się niski udział gruźlicy pozapłucnej oraz gruźlicy potwierdzonej bakteriologicznie wśród ogółu zachorowań. Stanowi to sygnał o konieczności poprawy w zakresie rozpoznawania i rejestracji gruźlicy. Za taką koniecznością przemawia również znaczna zmienność rejestrowanej zapadalności występująca w niektórych województwach. Nie zmniejsza się dystans jaki dzieli Polskę od krajów z najlepszą sytuacją epidemiologiczną gruźlicy.

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

## Cholera w 2001 roku

W 2001 r. wszystkie regiony świata zgłaszały występowanie zachorowań na cholere wywołaną przez *Vibrio cholerae* 01, biotyp El Tor. Oficjalnie zgłoszono do ŚOZ 184.311 zachorowań i 2.728 zgonów. Oznacza to wzrost zachorowań o ok. 30% w porównaniu do 2000 r. Śmiertelność - 1,48%, była niższa niż w 2000 r., kiedy wynosiła 3,6%. Było to spowodowane bardzo niską śmiertelnością jaką zanotowano w Płd. Afryce - 0,22%, w czasie dużej epidemii, w której zachorowania stanowiły 58% wszystkich przypadków cholery zarejestrowanych w tym czasie na świecie. Jednak sytuacja pod względem śmiertelności w Płd. Afryce należała do wyjątkowych.

Bardzo wysoka śmiertelność, powyżej 30%, występowała nadal na terenach wysokiego ryzyka.

### Cholera w Afryce

W Afryce zarejestrowano 173.359 zachorowań, co stanowi 94% wszystkich przypadków zanotowanych na świecie. Oznacza to wzrost zachorowań w porównaniu do 2000 r. o 46% i powrót do poziomu z lat 1999 i 1998. Spowodowała to epidemia w Płd. Afryce (Kwazu Natal), w czasie której zachorowało 106.159 osób, co stanowiło 61% wszystkich chorych zgłoszonych z terenu Afryki w 2001 r.

Z epidemią w Płd. Afryce miały związek epidemie, które wystąpiły w Mozambiku, Swazilandzie, Zambii i Zimbabwie.

W drugiej połowie roku fala epidemiczna objęła zachodnią Afrykę m.in. Benin, Wybrzeże Kości Słoniowej (m.in. teryny podmiejskie Abidżanu) Ghanę i Togo. Z tego terenu zgłoszono 18.038 przypadków cholery, co oznaczało 4-krotny wzrost liczby zachorowań w porównaniu do 2000 r.

W Centralnej Afryce wybuchła groźna epidemia w Czadzie, mająca związek z epidemiami w płn. Kamerunie. W Czadzie, w okresie od czerwca do października, zarejestrowano 5.244 zachorowania i 226 zgonów (śmiertelność wyniosła 4,31%). Poprzednie epidemie o podobnym nasileniu zanotowano tam w 1997 i 1996 r.

Spadek liczby zachorowań zaobserwowano wyłącznie na wyspach wzdłuż wybrzeża Wsch. Afryki i na rogu Afryki.

W Somalii spadek osiągnął 76% - zarejestrowano 1.821 zachorowań w porównaniu do 7.496 w 2000 r. (w 1999 r. zarejestrowano tam 17.757 przypadków).

W 2001 r. ŚOZ brała udział na terenie Afryki w weryfikacji 41 epidemii w 28 krajach.

### Cholera w Ameryce

W 2001 r. utrzymała się tendencja do spadku zachorowań - zarejestrowano tylko 535 zachorowań, bez zgonów.

Największy spadek zachorowań zarejestrowano w Brazylii i Gwatemali - zanotowano tam odpowiednio 7 i 13 przypadków. W Peru zmniejszenie liczby zachorowań osiągnęło 47% - zanotowano 494 zachorowania.

### Cholera w Azji

Sytuacja epidemiczna cholery pozostaje tam ustabilizowana - w 13 krajach zarejestrowano 10.340 zachorowań i 138 zgonów. Najwięcej zachorowań zarejestrowano w Afganistanie - 4.499 i 114 zgonów.

Zmniejszyła się liczba zachorowań w Rep. Iranu - do 105 przypadków w porównaniu do 345 zarejestrowanych w 2000 r.

Zachorowania wywołane przez *V.cholerae* 0139, które rozszerzyły się na terenie Bengalii pod koniec kwietnia 1992 r. nadal występują w płd.-wsch. Azji. Uważa się, że stanowią ok. 15 % przypadków potwierdzonych laboratoryjnie, pochodzących z epidemicznych terenów Azji. Mimo że stwierdza się znaczny wzrost zachorowań wywołanych 0139 na terenach nadbrzeżnych w porównaniu do 2000 r., brak jest danych na to, że ten przecinkowiec stwarza nowe zagrożenie.

### Cholera w Europie

Zaledwie 4 państwa zgłosiły zachorowania importowane (Francja 2 przyp. i po 1 przyp. Niemcy, Irlandia i Hiszpania).

Epidemia cholery wystąpiła w Tatarstanie (Federacja Rosyjska), w czasie której zachorowały 53 osoby - zgonów nie było.

### Cholera w Oceanii

Epidemia wystąpiła w Mikronezji - zachorowało 14 osób; przypadki importowane zarejestrowano w Australii (4) i Nowej Zelandii (1).

### Doustne szczepionki przeciw cholere

Dostępne są 3 szczepionki uważane za bezpieczne, immunogenne i skuteczne.

- Szczepionka WC/rBS zawiera zabite (całe komórki) *V.cholerae* 01 z oczyszczonym rekombinatem B-podjednostki toksyny cholery. Badania kontrolne (field trials) w Bangladeszu, Peru i Szwecji wykazały, że szczepionka jest bezpieczna i chroni 85-90% szczepionych (po 2 dawkach w odstępie 1 tyg.) we wszystkich grupach wieku przez 6 miesięcy. W Bangladeszu stwierdzono, że odporność małych dzieci spada gwałtownie po 6 miesiącach od szczepienia, ale u 60% starszych dzieci i dorosłych utrzymuje się do 2 lat.
- Wariant tej szczepionki bez dodatku rekombinatu B-podjednostki toksyny, wyprodukowany w Wietnamie, wykazał skuteczność u 66% szczepionych przez 8 miesięcy we wszystkich grupach wieku.
- Szczepionka zawiera atenuowany żywy szczep *V.cholerae* CVD 103-HgR. Wykazano, że 1 dawka szczepionki chroni 95% szczepionych przed *V.cholerae* klasyczną i 65% przed *V.ch.* El Tor przez 3 miesiące (po podaniu dawki zakażającej).

W maju 1999 r. grupa ekspertów ŚOZ zaleciła, żeby włączyć zabita szczepionkę doustną WC/rBS w zestaw środków zapobiegających cholere w populacjach, w których aktualnie nie występuje epidemia, ale jest ryzyko wystąpienia epidemii w ciągu 6 miesięcy (uchodźcy, mieszkańcy miejskich slumsów).

*na podstawie "Wkly Epid.Rec." (2002,31,257-264)*  
*opracowała D. Naruszewicz-Lesiuk*