

Meldunek 8/B/03

o zachorowaniach na choroby zakaźne i zatruciach związkami chemicznymi zgłoszonych w okresie od 16.08 do 31.08.2003 r.

Jednostka chorobowa (symbole wg "Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych" ICD-10)	Meldunek 8/B		Dane skumulowane	
	16.08.03. do 31.08.03.	16.08.02. do 31.08.02.	1.01.03. do 31.08.03.	1.01.02. do 31.08.02.
Choroba wywołana przez ludzki wirus upośl.odp.: ogółem (B20-B24)	3	4	57	72
Dur brzuszny (A01.0)	-	-	-	5
Dury rzekome A.B.C. (A01.1-A01.3)	-	-	1	1
Salmonelozy: ogółem (A02)	1421	1687	10785	13772
Czerwonka bakteryjna /szigelozą/ (A03)	6	124	57	186
Inne bakteryjne zakażenia jelitowe: ogółem (A04)	150	219	2763	3145
Wirusowe i inne określone zakażenia jelitowe: ogółem (A08)	142	78	6292	5410
Biegunki u dzieci do lat 2: ogółem (A04; A08; A09)	474	619	12227	13454
w tym: BNO, prawdopodobnie pochodzenia zakaźnego (A09)	334	457	6917	8144
Tężec: ogółem (A33-A35)	-	1	21	12
Błonica (A36)	-	-	-	-
Krztusiec (A37)	66	62	1275	1009
Szkarlatyna /płonica/ (A38)	42	63	2468	3163
Zapalenie opon mózgowych: razem	117	108	1080	1061
w tym: meningokokowe (A39.0)	2	2	41	49
wywołane przez <i>Haemophilus influenzae</i> (G00.0)	-	2	31	43
inne bakteryjne, określone i nie określone (G00.1-G00.9)	24	30	396	394
wirusowe, określone i nie określone (A87; B00.3; B02.1)	79	62	508	471
inne i nie określone (G03)	12	12	104	104
Zapalenie mózgu: razem	68	53	383	328
w tym: meningokokowe i inne bakteryjne: ogółem (A39.8; G04.2)	9	5	76	77
wirusowe, przenoszone przez kleszcze (A84)	46	33	123	73
inne wirusowe, określone (A83; A85; B00.4; B02.0; B25.8)	2	-	23	17
wirusowe, nie określone (A86)	9	12	102	111
poszczepienne (G04.0)	-	-	-	1
inne i nie określone (G04.8-G04.9)	2	3	59	49
Riketsjozy: ogółem (A75-A79)	-	-	1	1
Ostre nagminne porażenie dziecięce, łącznie z poszczepiennym (A80)	-	-	-	2
Ospa wietrzna (B01)	654	648	73593	64833
Odra (B05)	2	-	41	26
Różyczka: ogółem (B06; P35.0)	85	329	9558	39034
Wirusowe zap. wątroby: typu A (B15)	2	7	91	257
typu B (B16; B18.0-B18.1)	59	73	1110	1266
typu C (B17.1; B18.2)	70	66	1323	1241
typu B+C (B16; B18.0-B18.1 + B17.1; B18.2)	5	3	73	46
inne i nieokreśl.(B17.0;B17.2-.8;B18.8-.9;B19)	5	6	85	146
Świnka /nagminne zapalenie przyusznic/ (B26)	1170	644	56715	26974
Włośnica (B75)	-	-	35	11
Świerzb (B86)	270	392	8006	9017
Grypa: ogółem (J10; J11)	29	15	1158687	155819
Bakteryjne zatrucia pokarmowe: razem	1673	2054	13252	17429
w tym: salmonelozy (A02.0)	1415	1678	10728	13717
gronkowcowe (A05.0)	65	108	328	665
jadem kiełbasianym /botulizm/ (A05.1)	5	5	53	61
wywołane przez <i>Clostridium perfringens</i> (A05.2)	-	-	-	2
inne określone (A05.3-A05.8)	-	4	98	155
nie określone (A05.9)	188	259	2045	2829
Zatrucia naturalnie toksycznym pokarmem: ogółem (T62)	12	8	24	28
w tym: grzybami (T62.0)	4	5	15	20
Inne zatrucia: ogółem (T36-T60; T63-T65)	323	313	6760	5997
w tym: pestycydami (T60)	4	7	84	88
lekami, prep.farmakologicznymi i subst.biolog. (T36-T50)	204	182	3477	3588
alkoholem (T51)	60	84	1201	1186
Ostre porażenia wiotkie u dzieci (0-14 lat)	6	2	33	48

Zachorowania zgłoszone w okresie 16-31.08.2003 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	3	-	-	1421	6	474	-	66	42	117	2	68	46
Dolnośląskie	-	-	-	126	-	32	-	3	1	11	-	2	-
Kujawsko-Pomorskie	-	-	-	111	3	35	-	4	-	2	1	3	-
Lubelskie	-	-	-	119	1	40	-	2	-	8	-	1	-
Lubuskie	-	-	-	52	1	6	-	1	-	-	-	-	-
Łódzkie	-	-	-	86	-	32	-	7	2	4	-	1	-
Małopolskie	-	-	-	94	-	46	-	1	-	18	-	3	1
Mazowieckie	-	-	-	137	-	44	-	5	13	15	-	5	3
Opolskie	-	-	-	40	-	11	-	-	2	2	-	2	2
Podkarpackie	-	-	-	82	-	32	-	-	1	10	-	2	-
Podlaskie	-	-	-	52	-	12	-	-	-	6	-	18	16
Pomorskie	-	-	-	133	-	23	-	5	2	4	-	-	-
Śląskie	2	-	-	94	1	53	-	27	9	7	-	6	-
Świętokrzyskie	1	-	-	53	-	15	-	5	3	3	-	1	1
Warmińsko-Mazurskie	-	-	-	74	-	29	-	-	1	16	-	23	23
Wielkopolskie	-	-	-	67	-	54	-	6	7	4	1	1	-
Zachodniopomorskie	-	-	-	101	-	10	-	-	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	654	2	85	2	64	75	1170	-	270	29	1673	4	323
Dolnośląskie	65	-	3	-	6	10	166	-	10	-	167	1	10
Kujawsko-Pomorskie	44	-	5	-	9	4	86	-	47	-	119	-	46
Lubelskie	33	2	2	-	1	1	31	-	9	-	119	-	40
Lubuskie	17	-	-	-	1	5	67	-	13	-	65	-	20
Łódzkie	20	-	3	-	6	5	20	-	16	-	92	-	34
Małopolskie	46	-	10	1	8	10	119	-	18	-	110	-	12
Mazowieckie	104	-	14	-	9	5	46	-	23	-	138	-	6
Opolskie	15	-	2	-	1	2	18	-	6	-	42	-	8
Podkarpackie	19	-	2	-	1	2	71	-	24	-	84	-	27
Podlaskie	19	-	1	-	2	1	99	-	11	-	56	-	11
Pomorskie	30	-	4	-	4	5	107	-	6	-	152	-	19
Śląskie	63	-	15	1	6	2	131	-	50	-	133	1	30
Świętokrzyskie	29	-	10	-	7	11	27	-	5	-	64	1	39
Warmińsko-Mazurskie	28	-	6	-	-	1	41	-	10	-	77	-	6
Wielkopolskie	92	-	7	-	2	3	107	-	15	29	69	1	6
Zachodniopomorskie	30	-	1	-	1	8	34	-	7	-	186	-	9

Zachorowania i podejrzenia zachorowań na odrę zgłoszone w II kwartale 2003 roku (wstępna informacja)

Województwo	Zgłoszone zachorowania i podejrzenia				Przypadki wykazane w "Meldunkach"			
	ogółem	badane serologicznie (IgM)		nie badane serologicznie	razem	potwierdzone		nie potwierdzone ²
		ogółem	potwierdzone			serologicznie (IgM)	epidemiologicznie ¹	
Polska	21	9	2	12	18	2	11	5
Dolnośląskie	-	-	-	-	-	-	-	-
Kujawsko-Pomorskie	-	-	-	-	-	-	-	-
Lubelskie	2	2	-	-	-	-	-	-
Lubuskie	-	-	-	-	-	-	-	-
Łódzkie	-	-	-	-	-	-	-	-
Małopolskie	1	1	-	-	1	-	-	1
Mazowieckie	-	-	-	-	-	-	-	-
Opolskie	1	1	-	-	-	-	-	-
Podkarpackie	-	-	-	-	-	-	-	-
Podlaskie	16	4	1	12	16	1	11	4
Pomorskie	-	-	-	-	-	-	-	-
Śląskie	1	1	1	-	1	1	-	-
Świętokrzyskie	-	-	-	-	-	-	-	-
Warmińsko-Mazurskie	-	-	-	-	-	-	-	-
Wielkopolskie	-	-	-	-	-	-	-	-
Zachodniopomorskie	-	-	-	-	-	-	-	-

¹ Powiązane z przypadkami potwierdzonymi serologicznie (IgM). ² Rozpoznane wyłącznie na podstawie objawów klinicznych.

Chorzy nowo zarejestrowani w poradniach gruźlicy i chorób płuc w I kwartale 2003 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	2303	32	46	1296
1. Dolnośląskie	123	-	3	68
2. Kujawsko-Pomorskie	82	-	1	55
3. Lubelskie	200	2	-	118
4. Lubuskie	51	-	3	24
5. Łódzkie	275	9	5	137
6. Małopolskie	143	4	5	113
7. Mazowieckie	342	7	6	181
8. Opolskie	36	1	1	20
9. Podkarpackie	122	-	5	78
10. Podlaskie	71	1	2	52
11. Pomorskie	144	1	2	77
12. Śląskie	305	2	10	155
13. Świętokrzyskie	114	-	-	51
14. Warmińsko-Mazurskie	94	-	1	35
15. Wielkopolskie	141	5	2	100
16. Zachodniopomorskie	60	-	-	32

**Zakażenia HIV i zachorowania na AIDS
Informacja z 31 sierpnia 2003 r.**

W sierpniu 2003 r. do Zakładu Epidemiologii PZH zgłoszono nowo wykryte zakażenie HIV 37 obywateli polskich, wśród których było: 17 osób zakażonych w związku z uży-

waniem narkotyków, 1 zakażona drogą ryzykownych kontaktów heteroseksualnych i 19 osób bez informacji o drodze zakażenia.

Wśród nowo wykrytych zakażonych było 28 osób płci męskiej i 9 osób płci żeńskiej. Zakażeni byli w wieku od 19 do 60 lat, w tym: 2 nastolatków, 20 osób w grupie wieku od 20 do 29 lat, 9 - od 30 do 39 lat, 2 - od 40 do 49 lat oraz 60-latek; u 3 osób nie podano ani daty urodzenia ani wieku. Mieszkali w następujących województwach: po 5 w śląskim i warmińsko-mazurskim, po 4 w zachodniopomorskim i pomorskim, 3 w mazowieckim oraz po 2 w małopolskim, kujawsko-pomorskim i wielkopolskim; 10 osób było bez informacji o województwie zamieszkania.

Zakażenia potwierdzono w Zakładzie Immunologii Hematologicznej i Transfuzjologicznej Instytutu Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie, w Zakładzie Laboratoryjno-Doświadczalnym Instytutu Wenerologii Akademii Medycznej w Warszawie, w Wojewódzkiej Przychodni Dermatologicznej w Katowicach, w Wojewódzkim Zespole Chorób Zakaźnych w Gdańsku i w Zakładzie Transfuzjologii CSK MON WIM w Warszawie.

Odnotowano zachorowanie na AIDS jednej kobiety (narkomanki) oraz czterech osób płci męskiej (dwóch narkomanów, homoseksualisty i osoby zakażonej drogą ryzykownych kontaktów heteroseksualnych). Wśród chorych były 2 osoby w grupie wieku od 30 do 39, 1 - w grupie wieku od 40 do 49 i 2 - od 50 do 59 lat. Mieszkali w następujących województwach: 2 w kujawsko-pomorskim oraz po 1 w śląskim, podlaskim i łódzkim. Zachorowania rozpoznano i zgłoszono w sierpniu 2003 r. We wszystkich przypadkach określono przynajmniej jedną chorobę wskazującą na AIDS w brzmieniu jak w definicji do celów nadzoru epidemiologicznego, skorygowanej w 1993 r. U wszystkich chorych podano liczbę komórek CD4 (od 2 do 212 na mikrolitr).

Od wdrożenia badań w 1985 r. do 31 sierpnia 2003 r. stwierdzono zakażenie HIV u 8.300 obywateli polskich, wśród których było co najmniej 4.898 zakażonych w związku z

używaniem narkotyków. Ogółem odnotowano 1.308 zachorowań na AIDS; 641 chorych zmarło.

Beata Werbińska
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 2002 roku

Ocenę sytuacji epidemiologicznej gruźlicy w Polsce w 2002 r. przeprowadzono w oparciu o podstawowe mierniki epidemiologiczne: zapadalność i chorobowość na gruźlicę potwierdzoną w badaniu bakteriologicznym. W tabeli 1 obok współczynników charakteryzujących sytuację w roku 2002 podano współczynniki z roku poprzedniego (w tekście - w nawiasach). Pozwala to na porównanie sytuacji w ciągu dwóch lat.

Umieralność z powodu gruźlicy oceniano w latach 2000 i 2001, gdyż ostatnie dostępne dane pochodzą z roku 2001. Wszystkie występujące współczynniki obliczone zostały w stosunku do 100.000 ludności.

Ze względu na to, że Główny Urząd Statystyczny dotychczas nie opublikował szczegółowych danych dotyczących liczby ludności Polski według Spisu Powszechnego w 2002 r., brak również oszacowania ludności w tymże roku. Na dzień 30 VI 2002 r. współczynniki obliczone zostały w oparciu o liczbę ludności podaną przez GUS na dzień 31 XII 2001 r.

Zapadalność na gruźlicę

W 2002 r. zgłoszono do Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc 10.475 zachorowań na gruźlicę. Było to o 197 zachorowania mniej niż w roku poprzednim. Współczynnik zapadalności - 27,6 (29,7) - był o 1,8% niższy niż w roku poprzednim. Dominującą postacią gruźlicy była gruźlica płuc, stanowiąca 90,1% ogółu nowo zarejestrowanych zachorowań. Chorzy na gruźlicę pozapłucną - zarejestrowano ich 1.037, współczynnik zapadalności 2,7% - stanowili 9,9% wszystkich zgłoszonych chorych. W analizowanym roku najczęściej zgłaszanymi postaciami gruźlicy pozapłucnej były: gruźlica opłucnej - 477 (550) przypadków, gruźlica narządów moczowo-płciowych - 139 (152), gruźlica węzłów chłonnych obwodowych - 134 (152), oraz gruźlica kości i stawów - 91 (65) przypadków. Zarejestrowano 13 (13) przypadków gruźliczego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, w tym 2 (4) zachorowania wśród dzieci do 14 r.ż. i 1 (0) zachorowanie wśród młodocianych.

Tak jak w latach wcześniejszych, mężczyźni chorowali na gruźlicę ponad dwukrotnie częściej niż kobiety - odpowiednio współczynniki: 36,8 (37,7) i 17,9 (18,1); a mieszkańcy wsi częściej od mieszkańców miast - odpowiednie współczynniki: 28,4 (28,4) i 26,3 (27,1).

Utrzymywał się związek zapadalności z wiekiem. Ryzyko zachorowania na gruźlicę narasta wraz z wiekiem od 1,8 (1,7) wśród dzieci do 14 r.ż. do 57,1 (56,3) wśród osób powyżej

65 r.ż. Poza grupą dzieci i młodocianych, we wszystkich pozostałych grupach wiekowych utrzymał się trend spadkowy zachorowań. Tempo spadku w roku 2002 - 1,8% - uległo spowolnieniu w porównaniu z dwoma latami poprzednimi, w których odnotowano spadek odpowiednio o 7,1% i 5,7%.

Zarejestrowano 125 nowych zachorowań wśród dzieci i było to o 1 przypadek więcej niż w roku poprzednim i o 22 przypadki więcej niż w 2000 r., kiedy została zahamowana tendencja spadkowa w zapadalności na gruźlicę dzieci. Najwięcej zachorowań zgłoszono z woj. mazowieckiego i łódzkiego - po 27 przypadków. Współczynniki zapadalności wyniosły w tych województwach - 3,1 (4,4) w mazowieckim i 6,2! (4,3) w łódzkim. W woj. łódzkim był to już kolejny wzrost w ostatnich dwóch latach.

Zachorowania wśród dzieci stanowią 1,2% (1,2%) ogółu zachorowań na gruźlicę. Zahamowanie spadku zachorowań na gruźlicę wśród dzieci nie może być lekceważone i wymaga wnikliwej analizy przypadków zachorowań. Tylko taka analiza pozwoli ustalić na ile jest to wzrost rzeczywisty, a w jakim stopniu jest on wynikiem "przediagnozowania" gruźlicy w tej grupie wieku. W obecnej dobie rozpoznanie gruźlicy u dziecka jest coraz trudniejsze - potwierdzenie bakteriologiczne uzyskuje się rzadko, a ryzyko błędnej diagnozy jest wysokie. 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 2002 r. zarejestrowano 5.896 (6.083) chorych, u których rozpoznanie było potwierdzone bakteriologicznie - odpowiedni współczynnik 15,3 (15,7). Chorzy ci stanowili 56,9% (57,0%) ogółu nowo zarejestrowanych. Od wielu lat odsetek ten nie ulega większym zmianom. Jest on niski w porównaniu z krajami skandynawskimi, Holandią i zbliżony do poziomu w Niemczech, Austrii i na Węgrzech.

Niski udział przypadków potwierdzonych bakteriologicznie wśród ogółu nowych zachorowań jest prawdopodobnie wynikiem sumowania się dwóch zjawisk: niezadawalającej jakości badań bakteriologicznych, zwłaszcza bakterioskopowych, oraz niezadawalającego poziomu rozpoznawania gruźlicy przez lekarzy. Przemawiają za tym znaczne różnice w udziale chorych na gruźlicę potwierdzoną bakteriologicznie w poszczególnych województwach. Wahają się one od 41,7% (32,9%) w woj. mazursko-warmińskim do 78,8% (78,6%) w woj. małopolskim. Tak znacznych różnic nie da się wytłumaczyć zróżnicowaniem dostępności do badań bakteriologicznych - jest ona wystarczająca - lub wyposażeniem laboratoriów bakteriologicznych. Badanie bakteriologiczne stanowi złoty standard w diagnostyce gruźlicy i dlatego konieczne jest zwiększenie udziału tej metody w rozpoznawaniu gruźlicy.

Utrzymują się znaczne różnice w zachorowalności na gruźlicę między województwami. W przekroju wojewódzkim wahała się ona od 18,5 w woj. opolskim i wielkopolskim oraz 19,0 w małopolskim, do 38,9 w woj. lubelskim i 33,8 w świętokrzyskim (tab. 1). Wzrost zapadalności w porównaniu z rokiem poprzednim wystąpił w 7 województwach. W dwóch województwach był on znaczący: w podlaskim o 17,0% i w lubelskim o 16,1%.

Równocześnie w 8 innych województwach wystąpił spadek zapadalności. Znaczący spadek zarejestrowano w woj. opolskim - o 27,7%, oraz w woj. mazowieckim i po-

Tabela 1. Gruźlica w Polsce w latach 2001 i 2002. Zapadalność, chorobowość i umieralność z powodu gruźlicy wg województw (współczynniki na 100.000 ludności wg stanu z 31 XII 2001 r.)

Województwo	Zapadalność						Chorobowość (BK+)		Umieralność	
	ogółem		0-14 lat		15-19 lat		2001	2002	2000	2001
	2001	2002	2001	2002	2001	2002				
POLSKA	27,6	27,1	1,7	1,8	6,0	6,4	21,6	20,2	2,7	2,6
1. Dolnośląskie	25,5	25,5	2,4	0,8	3,6	6,8	17,7	16,4	2,6	2,5
2. Kujawsko-Pomorskie	21,4	22,9	0,0	0,8	4,8	3,2	18,1	18,1	1,4	1,8
3. Lubelskie	33,5	38,9	1,4	0,5	5,5	9,7	26,2	24,7	2,3	3,2
4. Lubuskie	23,0	21,1	0,0	1,6	4,2	3,2	13,3	10,9	2,0	2,2
5. Łódzkie	32,9	32,3	4,3	6,2	10,1	9,7	24,7	22,7	3,0	2,3
6. Małopolskie	18,3	19,0	0,6	0,3	3,6	3,6	18,5	17,5	1,6	1,5
7. Mazowieckie	35,6	31,8	4,4	3,1	6,8	10,0	25,9	24,4	3,1	3,9
8. Opolskie	25,6	18,5	1,0	0,5	5,3	2,1	17,6	14,2	2,0	1,7
9. Podkarpackie	29,6	28,4	1,1	0,5	5,1	6,7	27,3	22,8	2,3	2,3
10. Podlaskie	21,2	24,8	1,2	3,0	2,7	4,6	16,3	19,3	2,2	2,6
11. Pomorskie	28,9	25,8	2,8	1,4	7,7	3,1	18,6	15,5	2,1	1,7
12. Śląskie	30,1	30,6	1,5	2,7	6,8	5,4	26,4	27,0	5,1	4,2
13. Świętokrzyskie	35,9	33,8	1,2	0,8	14,8	2,6	23,7	20,0	4,5	3,7
14. Warmińsko-Mazurskie	28,1	29,0	0,3	0,7	3,6	7,2	11,6	12,5	2,0	1,3
15. Wielkopolskie	18,3	18,5	0,5	1,9	4,4	7,4	17,5	16,3	1,8	1,4
16. Zachodniopomorskie	25,9	24,5	0,9	1,0	7,3	8,0	21,3	18,2	2,0	1,7
Mężczyźni	37,7	36,8	1,6	1,8	5,6	6,1	.	.	4,1	4,0
Kobiety	18,1	17,9	1,9	1,9	6,4	6,6	.	.	1,3	1,1
Miasto	27,1	26,3	2,1	2,3	5,8	6,0	.	.	2,6	2,4
Wieś	28,4	28,4	1,3	1,1	6,2	6,9	.	.	2,8	2,6

morskim - o 10,7%. Tak znaczna zmienność zapadalności w ciągu roku wskazuje na brak stabilizacji w zakresie wykrywania i/lub rejestracji chorych i nakazuje przeprowadzenie analizy stanu wykrywania i rejestracji chorych w poszczególnych powiatach na terenie tych województw. 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.

Zarejestrowano 266 zachorowań na gruźlicę wśród więźniów. Zachorowania te stanowiły 2,5% ogółu zachorowań w 2002 r. 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 epidemiologicznym skala zachorowań na gruźlicę osób zakażonych HIV. Jest takich przypadków kilkanaście w ciągu roku. Prawdopodobnie nie są to wszystkie zachorowania. Część przypadków nie jest bowiem zgłaszana. 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. Może natomiast stać się problemem w przyszłości.

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. 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 - 12,2. Była także znacznie wyższa, niż u naszych sąsiadów z zachodu i południa: w Niemczech - 11,1, Czechach - 14,0, Słowacji - 20,0. Była natomiast niższa niż

w Rumunii - 123,5 (najwyższa w Europie), w Rosji - 98,8, na Litwie - 80,7, Białorusi - 59,7 i na Ukrainie - 66,5. Najniższą zapadalność na gruźlicę rejestrowano w Szwecji - 4,6, Norwegii - 5,3. Nie zmniejsza się dystans, jaki dzieli Polskę od krajów z najlepszą sytuacją i jest on 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 2002 r. w poradniach gruźlicy i chorób płuc było zarejestrowanych 8.376 (8.335) chorych prątkujących - współczynnik chorobowości był nieco wyższy niż w roku poprzednim - 21,7 (21,6).

Najwięcej źródeł zakażenia w stosunku do liczby mieszkańców było w woj. śląskim - 28,2 (26,4) i lubelskim - 26,3 (26,2). Najmniej takich chorych było w woj. lubuskim - 12,0 (13,3) i warmińsko-mazurskim - 13,9 (11,6).

Zmniejszyła się w porównaniu z poprzednimi latami grupa chorych wydalających prątki odporne na co najmniej 1 lek przeciwpłukowy - było ich 268 (300) i stanowili oni 3,0 (3,2)% chorych prątkujących. Zmniejszyła się również liczba chorych przewlekle prątkujących - z 217 na 174.

Umieralność

Umieralność z powodu gruźlicy w dobie skutecznej chemioterapii gruźlicy straciła swoje znaczenie jako miernik sytuacji epidemiologicznej. Jest ona negatywnym miernikiem realizacji programu zwalczania gruźlicy w dwóch jego podstawowych elementach: wykrywaniu (zbyt późne) i leczeniu (źle prowadzone, nieskuteczne). W roku 2001 zmarło z powodu gruźlicy 1.001 (1.041) chorych. Współczynnik umieralności wyniósł 2,6 (2,7).

Zgony z powodu gruźlicy stanowiły 0,3% (0,3%) ogółu

zgonów i 45,2% (44,8%) zgonów z powodu wszystkich chorób zakaźnych.

Tak jak w latach poprzednich najwyższą umieralność zarejestrowano wśród ludzi starszych, w wieku 65 lat i więcej - 9,1 (10,3). Zgony w tej grupie wiekowej stanowiły 44,2% (46,7%) ogółu zgonów z powodu gruźlicy. Zarejestrowano 1 zgon z powodu gruźlicy wśród dzieci. Umieralność mężczyzn z powodu gruźlicy - 4,0 (4,1) była trzykrotnie wyższa niż kobiet - 1,1 (1,3). Mieszkańcy wsi - 2,8 (2,8) umierali nieznacznie częściej z powodu gruźlicy od mieszkańców miast - 2,4 (2,6).

W przekroju wojewódzkim największą umieralność z powodu gruźlicy zarejestrowano w woj. śląskim - 4,2 (5,1), mazowieckim - 3,9 (3,1), świętokrzyskim - 3,7 (4,5) i lubelskim - 3,2 (2,3), a najniższą w woj. kujawsko-pomorskim - 1,4 i małopolskim - 1,6.

Podsumowanie

W roku 2002 nastąpiło spowolnienie tempa spadku zapadalności na gruźlicę. Już drugi rok notuje się wzrost zachorowań na gruźlicę dzieci. Utrzymały się natomiast dotychczasowe tendencje spadkowe w zachorowalności mężczyzn i kobiet mieszkańców miast i wsi oraz narastanie zapadalności na gruźlicę wraz z wiekiem i wzrost udziału chorych w starszym wieku w ogólnej zapadalności. Utrzymują się znaczne różnice w sytuacji epidemiologicznej gruźlicy między województwami. Wysokiej zapadalności na gruźlicę w województwach towarzyszy wysoka umieralność. Niezadowolający jest udział chorych z gruźlicą potwierdzoną bakteriologicznie wśród ogółu chorych. Występująca znaczna zmienność zapadalności w poszczególnych województwach wskazuje na brak stabilizacji w zakresie wykrywania i rejestracji zachorowań.

Nie zmniejsza się dystans jaki dzieli Polskę od krajów z najlepszą sytuacją epidemiologiczną gruźlicy.

*dr med. Ireneusz Szczuka, Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc,
Zakład Epidemiologii i Organizacji Walki z Gruźlicą*

Stanowisko Komisji Europejskiej w sprawie utworzenia Europejskiego Ośrodka Zapobiegania i Zwalczania Chorób

Komisja Europejska w dniu 23 lipca br. zaakceptowała projekt utworzenia Europejskiego Ośrodka Zapobiegania i Zwalczania Chorób (European Centre for Disease Prevention and Control - ECDC). Ponieważ projekt ten powinien być przedmiotem zainteresowania epidemiologów między innymi w Polsce, niżej przytaczam wyciąg z oficjalnego dokumentu Komisji w tej sprawie (IP/03/1091). Więcej informacji na ten temat można znaleźć na stronie internetowej: http://europa.eu.int/comm/health/ph_overview/strategy/ecdc/ecdc_en.htm

Wiesław Magdzik

Wzmocnienie środków obrony przeciw zagrożeniom zdrowotnym - Komisja proponuje utworzenie Europejskiego Ośrodka Zapobiegania i Zwalczania Chorób

Choroby zakaźne mogą być przyczyną znaczącego zagrożenia zdrowia ludności szerząc się w szybkim tempie w skali międzynarodowej bez respektowania granic. Ostatnim przykładem był ciężki ostry zespół oddechowy (Severe

Acute Respiratory Syndrome - SARS). W zwalczaniu zagrożeń ze strony chorób zakaźnych bardzo ważną rolę odgrywa czas. Obecna sytuacja w tym zakresie, opierająca się o sieć tworzoną przez Unię Europejską od 1991 roku w oparciu o podejmowane *ad hoc* w razie potrzeby współdziałanie jej członków, jest daleko niewystarczająca w stosunku do potrzeb, zwłaszcza z uwzględnieniem możliwości bioterroryzmu.

W dniu 6 maja 2003 r. ministrowie zdrowia wyrazili potrzebę wzmocnienia skuteczności działania Unii Europejskiej w zapobieganiu i zwalczaniu epidemii. Proponowany Ośrodek (ECDC) będzie mobilizował i w znacznym stopniu wzmacniał skuteczność działania istniejących ośrodków narodowych w zakresie zapobiegania i zwalczania chorób.

ECDC, z założenia, będzie dysponować małą grupą swoich pracowników. W skład tego ośrodka wchodzić będą 3 zespoły:

- zespół kierowniczy, z dyrektorem na czele,
- zespół działania operacyjnego,
- zespół doradczy.

Ośrodek będzie działał tworząc sieć kontaktów z instytucjami zdrowia publicznego i instytucjami naukowymi w krajach członkowskich. W drodze zebranych z całej Europy ekspertów ośrodek ten będzie w stanie przygotować opinię naukową na temat zagrożeń zdrowotnych i zalecanych metod postępowania, oraz w szybkim tempie uruchomić zespoły interwencyjne i w ten sposób zapewnić szybki i skuteczny ogólnoeuropejski program działania.

Przewiduje się, że po zatwierdzeniu tej idei przez Europejski Parlament i Radę Europy, ECDC będzie w stanie działać operacyjnie jako niezależna europejska agencja w 2005 roku.

Istnienie takiej instytucji w Europie, gdzie codziennie miliony ludzi przekracza granicę, jest konieczne dla szybszego i skuteczniejszego zapobiegania epidemiom oraz zwalczania epidemii i ataków bioterrorystycznych. Instytucja ta będzie inicjowała i rozwijała epidemiologiczny surveillance na poziomie europejskim z zaangażowaniem sieci instytucji o charakterze operacyjnym w zakresie zapobiegania i zwalczania chorób zakaźnych i sieci referencyjnych laboratoriów. Jednym z bardziej istotnych kierunków działania jest system wczesnego ostrzegania (Early Warning and Response System - EWRS), który zakłada opracowywanie ekspertów zwalczania chorób zakaźnych w 24 godziny.

Przewiduje się, że ECDC będzie koordynował działania poszczególnych instytucji w sposób podobny do agencji bezpieczeństwa żywności lub WHO, zbierając naukowe ekspertyzy różnych instytucji i osób pracujących w ramach odpowiednich sieci jak i poza sieciami.

Przewiduje się, że ECDC może udzielać pomocy także krajom rozwijającym się i innym krajom poza Unią Europejską.

Przykład SARS dowodzi, że mogą pojawiać się nowe problemy do rozwiązania jak np. pandemia grypy, lub skutki ataków bioterrorystycznych.

"Meldunki" udostępnione są w Internecie na stronie
<http://www.pzh.gov.pl/epimeld>

Opracowuje zespół: Mirosław P. Czarkowski (kier. zesp.),
Ewa Cielebak, Barbara Kondej, Ewa Stępień - tel. (0-prefix-22): 84-97-702, 54-21-210; fax (0-prefix-22) 54-21-211;
e-mail: epimeld@pzh.gov.pl, epimeld@medstat.waw.pl
Kierownictwo naukowe: prof. dr hab. Wiesław Magdzik